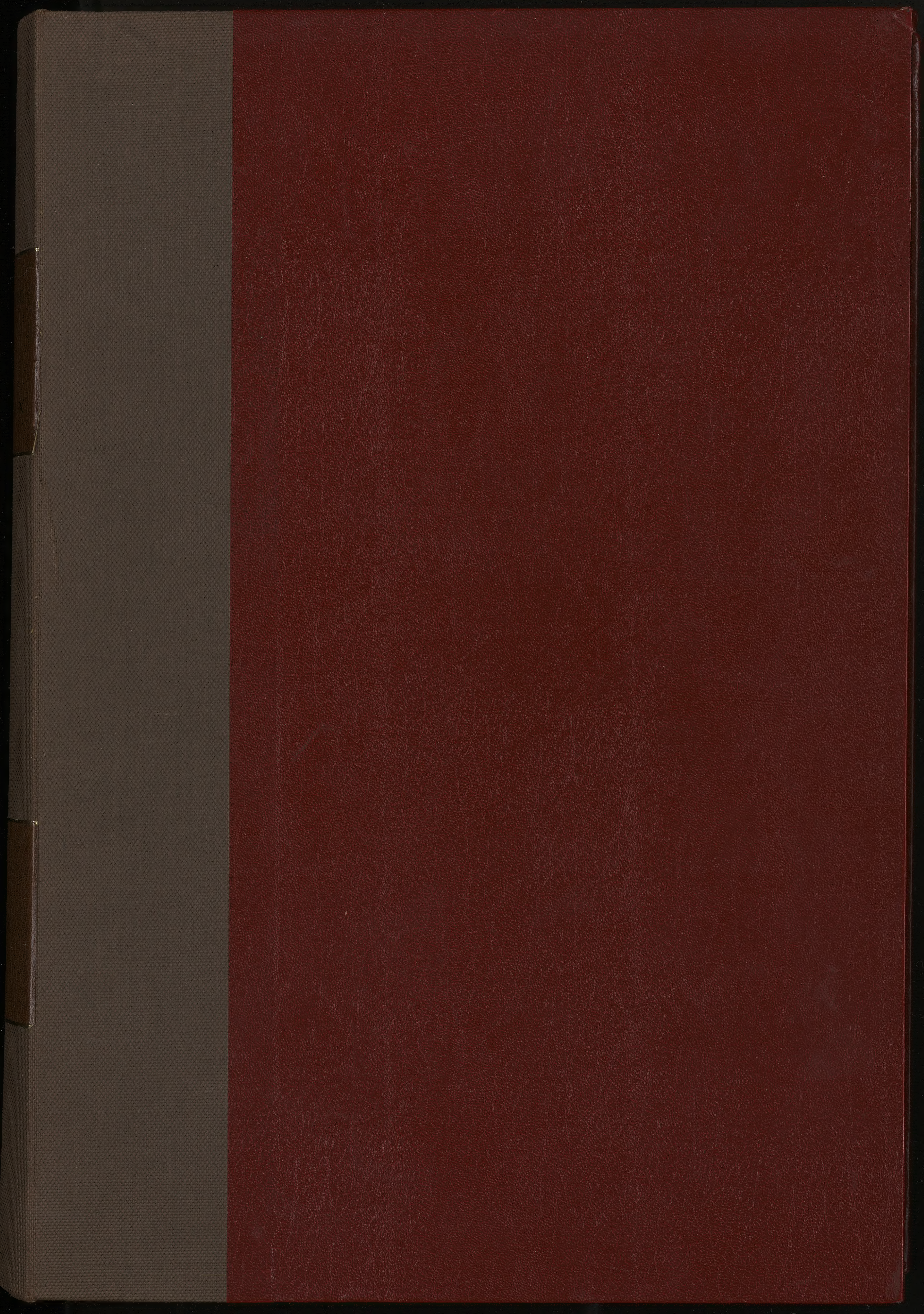
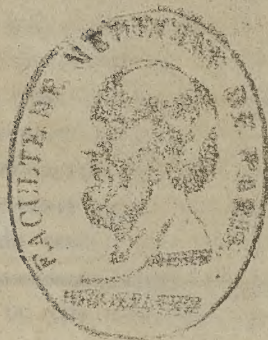


LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.





PARIS

AUX BUREAUX DE LA GAZETTE DES HOPITAUX

RUE DES SAINTS-PÈRES, 40.

—

1855

N° 1. — JEUDI 4 JANVIER 1855. (28e ANNÉE.) N° 1. — JEUDI 4 JANVIER 1855.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 3 JANVIER 1855.

Séance de l'Académie de Médecine.

La séance annuelle de l'Académie de médecine, les séances consacrées aux élections des membres du bureau et des commissions avaient nécessairement suspendu la discussion sur le cancer; mais pendant ce temps les orateurs préparaient de nouvelles armes: aussi a-t-elle recommencé avec une nouvelle vigueur.

Le fauteuil était occupé par M. le professeur Jobert (de Lamballe). A côté de lui était M. Depaul, remplissant les fonctions de secrétaire. Après une courte allocution, dans laquelle les nouveaux élus ont remercié l'Académie de l'honorable mission qui leur est confiée pour l'année 1855, l'ordre du jour a appelé la discussion sur le cancer.

Le remarquable discours de M. Robert a pris la plus grande partie de la séance, mais avant lui M. Hervez de Chégoin est monté à la tribune et a développé quelques opinions sur lesquelles nous croyons devoir appeler l'attention.

Si nous avons bien compris la théorie développée par M. Hervez de Chégoin, la cause du cancer circulerait dans l'économie, et viendrait dans un temps donné, et sans qu'on puisse déterminer sous quelle influence, se fixer sur un point du corps. L'épuisement de cette cause est indispensable à la cure radicale du cancer; aussi conseille-t-il de pratiquer l'opération; s'il y a récidive de la pratiquer encore, jusqu'à ce que toute la cause du cancer ait disparu de nos organes. C'est en s'appuyant sur cette théorie qu'il considère les cancers anciens comme moins graves que les cancers récents; qu'il regarde la guérison comme d'autant plus probable qu'on aura pratiqué un plus grand nombre d'opérations; en un mot que la guérison est principalement obtenue par des récidives multipliées; aussi est-il à se demander si la récidive ne serait pas la condition indispensable de la curabilité du cancer.

Cette doctrine pourrait trouver peut-être, dans un certain nombre de faits isolés et interprétés à ce point de vue, quelques éléments qui viendraient l'appuyer, mais nous devons le dire, l'immense majorité des faits se trouve en opposition complète avec elle; aussi est-il possible de lui faire les objections les plus sérieuses.

L'orateur ne croit pas qu'il existe dans le cancer un tissu de nouvelle formation, il pense qu'il y a simplement déformation des tissus normaux; il partage l'opinion de M. Delafond. Nous ne nous arrêterons pas sur ce point, il nous suffira de renvoyer au discours de M. Robert, qui a détruit de fond en comble toutes les opinions émises par M. Delafond.

Toutefois M. Hervez reconnaît au microscope quelques avantages : il enhardit le chirurgien quand il ne rencontre pas dans la tumeur les éléments caractéristiques du cancer, mais il ne modifie en rien sa conduite, puisque dans tous les cas il faut opérer sans se lasser et tant que cela est possible. Aussi cet instrument, sans être indispensable, peut-il présenter quelque avantage.

M. Robert, dans un des plus remarquables discours prononcés dans cette discussion, est venu combattre la théorie anatomique de M. Delafond et les opinions de M. Velpeau sur la spécificité de la cellule cancéreuse.

Dans un de nos précédents articles, nous avons déjà fait à la doctrine de M. Delafond un certain nombre d'objections que nous avons été heureux de retrouver dans le discours de M. Robert. Nous n'y reviendrons pas. Mais si M. Delafond a montré à l'appui de sa théorie des dessins représentant les divers éléments qui entrent dans la structure des tumeurs cancéreuses, fibro-plastiques, épithéliales, etc., M. Robert en a montré aussi, mais de bien plus exacts, puisque toutes les figures ont été faites au micromètre, et que par conséquent il a été possible de comparer le volume des noyaux, des nucléoles qu'on rencontre dans les cellules. Il a également fait voir les anomalies qui se rencontrent assez souvent dans les éléments des tumeurs. Mais dans ces anomalies, il a montré le caractère qui pouvait empêcher de confondre ces cellules déformées avec celles qui se rencontrent normalement dans l'économie ou qu'on trouve dans des tumeurs d'une autre nature. Il a expliqué la différence des résultats par la différence des grossissements; enfin, il a prouvé que dans certaines circonstances l'action des agents chimiques sur les cellules pouvait modifier leur disposition de telle sorte, que malgré la presque identité de forme il y avait encore possibilité de distinguer les éléments morbides entre eux, et ceux-ci des éléments normaux.

Il est évident que pour arriver à ce résultat, à savoir, qu'on peut toujours distinguer les divers éléments des tumeurs, il faut avoir une grande habileté, avoir beaucoup observé au microscope; et de ce qu'une science est difficile, ce n'est pas une raison pour qu'elle soit rejetée parce qu'un œil inexpérimenté aura vu sous la lentille autre chose que ce qu'il aurait rencontré avec des connaissances plus approfondies.

Dans un de ses discours, M. Velpeau avait dit qu'il y avait un certain nombre de tumeurs dont il était facile de reconnaître exactement la nature au lit du malade et sans le secours du microscope. M. Robert combat cette assertion. Selon lui, il n'est pas de signe clinique qu'on puisse dire pathognomonique du cancer. La rétraction du mamelon dans le squirrhe, l'aspect particulier de l'ulcération, etc., peuvent dans quelques cas, ainsi que le démontrent les faits qu'il a cités, induire en erreur; c'est au microscope qu'il faut demander cette certitude de diagnostic sans laquelle on est dans l'impuissance absolue de porter un pronostic exact. C'est ici que M. Robert critique les observations que M. Velpeau a invoquées dans les dernières séances à l'appui de sa doctrine. Ces observations sont incomplètes, nous le reconnaissons aussi bien que M. Robert; mais nous ne doutons pas que M. Velpeau, qui a demandé la parole pour la prochaine séance, ne vienne apporter le complément tant désiré.

Quelle que soit d'ailleurs la réponse de M. Velpeau, le discours de M. Robert n'en restera pas moins comme un des plus précieux monuments de cette discussion, et nous devons le féliciter d'avoir, dans cette circonstance, écarté cette distinction des diverses espèces de tumeurs épithéliales, fibro-plastiques et cancéreuses qui sont venues apporter des complications au moins inutiles. Ce n'est pas, en effet, le micrographe qui doit décider de l'aptitude de telle ou telle tumeur à récidiver, mais bien au clinicien; et quand le microscope aura fait connaître quels sont les véritables éléments anatomiques des tumeurs, le clinicien en étudiera l'évolution, et l'on arrivera certainement à des connaissances plus complètes sur la nature et la marche de la maladie.

Les conclusions de M. Robert sont extrêmement sages, et décèlent le savant véritable ami du progrès, qui, en face d'une découverte nouvelle, l'étudie avec soin, et en tire les éléments qui peuvent être utiles aux progrès de la science et au bien de l'humanité. — Dr A. Jamain.

Mort de M. le professeur Requin.

La mort vient de faire un vide sensible au sein de la Faculté et de l'Académie de médecine. M. le professeur Requin, encore dans la force de l'âge et qui semblait naguère dans la plénitude de la santé, a été enlevé après vingt-deux ou vingt-trois jours d'une maladie aiguë qui s'était annoncée dès son début avec des caract d'une gravité extrême. quent à

M. Requin était né à Lyon en 1803; il avait par ément, à la peine cinquante-deux ans. Appelé, il y a trois a et depuis deux chaire de pathologie médicale de la Faculté de , où il faisait partie ans à peine au sein de l'Académie de méd eu à peine le temps de de la section d'anatomie pathologique duit son mérite. jouir de la position élevée où l'av avait été un des sujets les plus

Dès les débuts de sa carrière iade d'agrégés, véritable pépinière distingués de cette brillan jeune aussi aux hôpitaux, il s'y était de professeurs. Admis er, et il était hiérarchiquement arrivé jus- également fait rem ers services hospitaliers de l'Hôtel-Dieu, où il qu'à l'un des l'honorable M. Louis. D'une érudition profonde et avait succé distingué, il a su conserver jusqu'au dernier jour cette d'un es rité qui fait toujours rechercher le véritable savant. sur

FEUILLETON.

DE TOULON EN CRIMÉE.

Dans ma dernière lettre, à mon retour de l'expédition de la Baltique, ai tâché de vous donner, sous les rapports qui peuvent intéresser un iédecin, un aperçu des pays que je venais de parcourir. Aujourd'hui arrive de Crimée, et je m'empresse de vous faire part de ce que ai vu.

En quittant Toulon, nous nous dirigeâmes vers le Pirée, où nous porons des troupes. Depuis quelque temps déjà les soldats ne campaient lus sous la tente; on avait loué pour eux, au Pirée, des maisons spaieuses, bien aérées, où ils n'auront pas à souffrir de la pluie et du oid que l'on éprouve sous la tente pendant l'hiver.

Les troupes françaises qui sont à Patissia, petit village à quelques ilomètres d'Athènes, jouissent aussi du même avantage que leurs amarades du Pirée. On disait, à notre départ, qu'elles devaient quitter ette dernière garnison pour aller prendre tout à fait leurs quartiers l'hiver à Athènes.

Le temps, dans cette saison, commence à devenir brumeux et pluieux. Il était nécessaire que les troupes fussent à l'abri dans de bonnes naisons pour les garantir des mille affections que le froid et l'humidité font naître. Du reste, maintenant, elles sont dans un parfait état de santé.

Au moment où nous étions au Pirée, le choléra régnait à At es, où il faisait de nombreuses victimes. Presque tous les habitan effrayés venaient de quitter la ville; il n'y restait plus que les em és du gouvernement et les soldats.

Nous continuâmes notre route vers Constantino sans nous arrêter à Gallipoli, qui nous parut bien désert dep que l'armée alliée est allée à Varna et en Crimée. Nous restâme uelque temps à Constantinople; je profitai alors de ces loisirs f és pour visiter la ville et ses environs, m'initier un peu aux mo s turques, qui sont si différentes des nôtres, et compléter les o ervations climatologiques que j'avais faites à mon premier voyage.

La Turquie d'Europe jo généralement d'un air salubre, et possède un territoire d'une pro ieuse fertilité; elle a de belles eaux qui descendent des montag s entrecoupées de plaines riantes et de vallons délicieux. La vé ation forestière de la Turquie d'Europe est classée en trois zones istinctes, savoir : celle des chênes, qui s'élève jusqu'au delà de 1,0 mètres; celle des hêtres, qui se tient, suivant les localités, entre 66 et 1,600 mètres; et celle des pins, que l'on rencontre entre 800 2,000 mètres, pendant qu'il y a aussi des espèces qui descendent jusqu'à la mer. La Servie est, avec la Bosnie, le pays des bois de chêne par excellence. Les sapins règnent dans la haute Bosnie et l'Albanie. Le platane se trouve en Thrace, vers le Bosphore et les Dardanelles. La flore de la Turquie est aussi riche que variée.

Parmi les mammifères de la Turquie, on remarque les chauves-souris, la musaraigne, l'ours brun, la martre, la loutre, le loup, le chacal, le renard, le sanglier, la gazelle, le chamois, le daim. L'ours habite surtout les hautes montagnes boisées entre l'Albanie et la Macédoine; on le prend quelquefois avec un tonneau d'eau-de-vie mêlée de miel; il s'enivre avec cette liqueur et s'épuise à force de danser.

Le loup est commun partout; et, sauf dans les hautes montagnes, il n'est guère funeste ailleurs que pour les bergeries. Le sanglier se trouve dans les forêts des pays slaves, du Pinde et du Rhodope. Le chamois parcourt en troupeaux les hauts pâturages des montagnes entre la Valachie et la Transylvanie. Les chiens abondent en Turquie, surtout les races dites chiens de berger, chiens loups et chiens dogues. Les grandes villes turques, excepté en Valachie et en Moldavie, possèdent toutes un nombre plus ou moins grand de chiens qui n'appartiennent à personne et qui mènent le genre de vie des chiens marrons de l'Amérique, vivent en familles, divisés en quartiers, ne tolérant point le mélange d'individus d'une famille étrangère; et s'entre-aidant pour se défendre contre leurs ennemis communs. Ces chiens font en Turquie, avec les oiseaux de proie, l'office de balayeurs des rues. Leurs aboiements, la nuit, sont très désagréables pour les voyageurs, qui, dans les villages, sont également exposés à l'attaque de ces bêtes incommodes. Les moutons sont les compagnons de l'homme dans toute la Turquie, et constituent la principale nourriture des habitants. Il y a aussi beaucoup de chèvres. Le buffle est fréquent, surtout en Valachie et en Bulgarie. Le cheval turc est de taille moyenne et dur à la fatigue; on ne le desselle

Depuis ses premiers succès, M. Requin est loin d'être resté inactif. Indépendamment des nombreux concours auxquels il a pris part, toujours avec honneur, il a composé plusieurs ouvrages qui ont tous été favorablement accueillis du public. Il a publié d'abord, sous la direction de son maître de prédilection, M. Chomel, un *Traité du rhumatisme*, qui formait le tome IIe des *Leçons de clinique médicale*. Il a publié ensuite une notice médicale sur Naples, puis diverses monographies ou dissertations dont il avait eu à traiter comme sujets de thèses, de concours, et un grand nombre d'articles de dictionnaires ou recueils périodiques. Mais de toutes ses œuvres, la plus considérable est celle qu'il était sur le point de terminer après douze ans de travail assidu, les *Eléments de pathologie médicale*, œuvre importante à laquelle il avait consacré dans ces dernières années la meilleure part de son intelligence et de son activité.

Ses obsèques ont eu lieu ce matin à onze heures. Des discours ont été prononcés sur sa tombe par M. Grisolle, au nom de la Faculté, et par M. Dubois (d'Amiens), au nom de l'Académie.

HOTEL-DIEU. — M. Sandras.

De quelques-unes des formes encore peu connues de la paralysie générale.

Il y a en ce moment dans la salle Sainte-Monique deux malades, l'une couchée au n° 1 et l'autre au n° 21, qui présentent toutes deux un exemple d'une affection encore peu connue et qui n'a attiré l'attention des observateurs que dans ces dernières années seulement ; nous voulons parler de la paralysie progressive atrophique, sorte de paralysie qui se borne à la motilité seulement, qui est caracterisée par la marche envahissante, et qui se traduit enfin par l'atrophie musculaire.

(Nous aurons à revenir sur les idées que professe M. Sandras relativement aux paralysies générales. Nous nous bornerons à constater pour l'instant que pour M. Sandras le mot *paralysie générale* exprime un genre, un groupe d'affections nerveuses ayant des caractères communs, particulièrement de débuter par la périphérie et de progresser toujours en envahissant successivement les parties de plus en plus centrales, mais se composant en réalité d'affections différentes et qui peuvent dépendre de causes diverses, telles que la chlorose, l'épuisement des forces par de longs abus ou par des passions violentes, certaines intoxications, etc. On verra des exemples de ces diverses sortes d'influences pathogéniques dans les deux cas que nous rapportons ici.)

Chez ces deux malades, la maladie a commencé sans aucun désordre de l'intelligence, sans aucun symptôme indiquant une lésion du cerveau ou de la moelle. La paralysie a commencé à la périphérie et s'étend progressivement.

Il y a une autre chose qui frappe tout d'abord chez ces deux malades ; c'est qu'on ne remarque aucun embarrrs de la parole, ce qui est, comme chacun le sait, un des signes les plus constants de la paralysie des aliénés. Cependant il est des cas où il existe de la difficulté de la parole, mais cette difficulté tient à une autre cause ; elle peut tenir, par exemple, à l'atrophie plus ou moins avancée de quelques-uns des muscles de la langue. On pourrait facilement confondre dans ce cas, si l'on ne tenait compte des autres symptômes.

Nous nous rappelons l'histoire d'un jeune homme qui avait en même temps qu'une tumeur blanche une atrophie du bras. Ce jeune homme étant venu à mourir, on a pu examiner les muscles, qui étaient réduits à une trame celluleuse membraniforme ; on y reconnaissait çà et là quelques traces de fibres musculaires encore appréciables.

Il ne s'agissait dans ce cas que d'une atrophie locale essentielle ; les muscles des autres parties du corps étaient sains et bien développés. On a cherché dans les nerfs qui animent les muscles du bras et dans la portion de la moelle qui leur donne naissance, on n'y a trouvé aucune lésion appréciable.

Dans quelques cas, on voit divers symptômes précéder le développement de l'atrophie. Je me rappelle notamment une femme chez qui l'atrophie avait été précédée de douleurs vives dans les genoux. Je n'en persiste pas moins à les ranger parmi les atrophies essentielles.

Est-il toujours facile de distinguer l'atrophie essentielle de la paralysie atrophique progressive ? Oui.

Ainsi, chez la première malade dont je viens de parler, il se manifeste d'abord une douleur dans le genou droit ; cette douleur est bientôt accompagnée d'affaiblissement dans tout le membre abdominal droit ; puis il survient un phénomène qui indique plutôt la paralysie que l'atrophie ; le pied tourne en dedans, comme s'il n'était pas suffisamment soutenu par les péroniers latéraux. Enfin, au bout de six mois, les mêmes accidents se produisent dans le même ordre de succession dans le membre supérieur : douleurs avec un certain degré de contracture musculaire d'abord, puis affaiblissement du membre allant graduellement en augmentant. Il y a deux mois que ces derniers symptômes se sont manifestés. Cette femme était, en outre, sujette à la migraine et à des accès de suffocation hystérique ; elle n'a jamais eu d'ailleurs de trouble des facultés intellectuelles, point d'étourdissements ; enfin point de paralysie brusquement survenue.

Ce qu'il y a de remarquable chez cette malade, c'est qu'elle souffre dans toutes les régions où se manifeste l'atrophie ; mais ces douleurs sont limitées aux muscles. La peau conserve sa sensibilité normale.

La malade du n° 1, au contraire, présente un exemple qui se rapproche davantage de la paralysie atrophique ; mais ce n'est pas encore cependant la paralysie atrophique, comme nous allons le voir ; c'est une forme spéciale de paralysie qui dépend de la chlorose.

Il y a eu d'abord chez cette femme une absence des règles qui a été accompagnée des symptômes les plus caractérisés de la chlorose. Il y a cinq ans, elle éprouva des fourmillements douloureux dans les extrémités inférieures, et en même temps une faiblesse croissante dans les membres inférieurs et les membres supérieurs.

Chez cette malade, il n'y a point de douleurs dans les muscles, mais la paralysie est accompagnée d'un certain degré d'atrophie qui la fait ressembler à l'autre. La sensibilité est intacte partout ; point de douleur sur le trajet de la colonne vertébrale ; les règles sont revenues.

La malade du n° 21 est beaucoup plus près de l'atrophie essentielle que celle du n° 1. Chez celle-ci l'atrophie est certainement consécutive à la paralysie progressive des chlorotiques.

Cette considération entraîne des conséquences très importantes pour le pronostic. C'est justement celle de ces deux femmes qui est le plus anciennement malade qui a le plus de chances de guérison.

En effet, la malade du n° 1, malgré l'ancienneté de la maladie, malgré certains phénomènes qui sembleraient attirer l'attention sur la moelle épinière, il y a déjà amélioration. Chez l'autre, au contraire, la maladie a débuté d'une manière moins grave en apparence, mais elle a pris graduellement plus de gravité.

Ce double pronostic s'est vérifié peut-être d'une manière un peu moins grave pour la malade du n° 21, mais d'une manière très nette pour le n° 1.

Je dis que le pronostic s'est vérifié, mais d'une manière moins fâcheuse qu'on n'aurait pu le penser d'abord pour le n° 21 ; voici comment les choses se sont passées :

Nous avons d'abord jugé qu'il serait utile d'exciter les muscles paralysés par l'électricité ; nous n'avons d'abord rien obtenu, mais en insistant on a fini par réveiller la tonicité électrique des muscles. Ce résultat, quoiqu'un peu tardif, nous a paru néanmoins assez encourageant pour persévérer. Les dernières excitations électriques, en effet, nous ont montré qu'on pouvait obtenir, même dans des muscles très atrophiés, quelques contractions ; nous en avons obtenu notamment dans les muscles des éminences thénar et hypothénar d'un côté, ainsi que dans les interosseux de la main. Mais dans les mêmes muscles de l'autre main nous n'avons rien obtenu. On n'a rien obtenu non plus dans les muscles jambiers antérieurs.

Quant à l'autre malade, celle du n° 1, le résultat a été tout différent. Chez elle l'amélioration obtenue a été considérable. Non-seulement elle peut se tenir debout, mais elle peut même actuellement marcher et se promener dans la salle.

L'amélioration a été surtout très marquée dans les membres supérieurs, qu'elle ne pouvait mouvoir quand elle est entrée à l'hôpital et qu'elle meut aujourd'hui avec facilité dans tous les sens. Il y a une différence énorme entre l'état où elle était avant le traitement et celui où elle se trouve aujourd'hui.

Il y a toutefois une circonstance à faire remarquer chez cette malade : les petits mouvements fibrillaires caractéristiques de l'atrophie ont persisté longtemps ; mais ce symptôme n'a pas la gravité qu'on lui a attribuée ; il en a été de ces mouvements fibrillaires comme de la chute des gros orteils qu'on remarquait chez cette femme lorsqu'elle est entrée à l'hôpital. Ils ont cédé l'un et l'autre avec le temps.

Nous avons suivi chez cette malade un traitement tout différent de celui qui a été mis en usage chez la malade du n° 21. La raison qui nous a fait adopter un traitement différent, c'est la différence que la maladie a présentée dès son origine avec celle de l'autre malade, tant dans sa marche que dans sa nature même. Cette femme présentait tous les attributs de l'état chlorotique. Il fallait donc avant tout traiter la chlorose avant de songer à s'occuper des symptômes extrinsèques. Voici, en effet, ce que l'expérience m'a appris à cet égard :

Si dans des cas de cette nature on a recours d'emblée à l'électricité, on n'en obtient que des résultats nuls ou même fâcheux. Par l'emploi prématuré de l'électricité, on tourmente inutilement les muscles et quelquefois même on s'expose à épuiser leur innervation, à surmener en quelque sorte leur contractilité un instant réveillée, et il en résulte en définitive une perte complète et sans retour du mouvement.

Au lieu d'agir ainsi, il faut commencer par combattre l'état chlorotique, qui est ici l'état morbide principal d'où dépendent les phénomènes paralytiques. C'est ce qui a été fait chez cette malade. Nous l'avons mise à l'usage du fer et d'une alimentation substantielle ; puis nous lui avons fait prendre des bains alcalins, qui tonifient, réveillent l'activité circulatoire et reconstituent la crâse du sang.

Lorsque la malade nous a paru être suffisamment tonifiée, j'ai exploré l'état de la contractilité musculaire ; je l'ai trouvée très affaiblie ; mais je ne doute pas qu'elle ne revienne rapidement sous l'influence seule du traitement tonique longtemps continué. Que si plus tard elle ne revenait pas suffisamment par l'action seule du traitement général, nous aurons recours alors à l'électricité avec la certitude d'en obtenir le résultat le plus avantageux.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 2 janvier 1855. — Présidence de M. Jobert (de Lamballe).

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

Choléra. — 1° Les rapports de MM. les docteurs Goupil, Donon, Dufour et Houzelot sur les moyens qu'ils ont employés pour combattre le choléra dans le département de Seine-et-Marne.

Valérianate de zinc contre le choléra. — 2° Un recueil d'observations sur les propriétés du valérianate de zinc contre le choléra.

Fabrique d'eaux minérales. — 3° Le même ministre demande l'avis de l'Académie sur une demande d'exploitation d'une fabrique d'eaux minérales.

Remèdes secrets. — 4° Neuf lettres relatives à des formules et recettes de remèdes secrets ou nouveaux.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Choléra. — M. Vitry (de Mirecourt) adresse un mémoire sur le choléra, sa prophylaxie et son traitement.

Cancer. — M. Remy (de Châtillon-sur-Marne) adresse le résultat de quelques-unes de ses observations sur la curabilité du cancer, à propos de la discussion qui a lieu en ce moment à l'Académie. (M. Barth).

Lois de la nature. — M. Coinze, agronome à Morhange (Moselle), adresse une note complémentaire à son *Mémoire sur les lois de la nature*. (M. Collineau).

---

jamais ; il passe la nuit comme le jour avec le bât ou la selle, par suite de l'incurie ou de la nonchalance des conducteurs ou voyageurs indigènes.

Un caractère commun à tous les peuples de la Turquie est la sobriété, comme aussi l'indifférence pour les commodités de la vie. Le Turc a la tête bien conformée et les traits réguliers. Les femmes musulmanes sont, en général, fort blanches, parce qu'elles évitent les rayons du soleil ; elles ont de belles formes et ne portent ni corsets, ni jarretières. L'habitude d'une vie sédentaire contribue à leur donner un embonpoint quelquefois trop grand.

Si divers que soient les peuples de la Turquie, ils ont des caractères communs que n'offrent pas les autres nations du même continent. Chez tous l'amour des enfants est si proéminent, que les femmes stériles sont regardées généralement avec mépris. La stérilité est un cas de divorce chez les Turcs ; et en Servie, un mariage ne se fait guère par inclination, mais pour avoir des descendants entre deux familles amies. La mort d'un enfant affecte souvent une mère slave au point qu'elle ne peut lui survivre. Une femme grecque se livrera volontiers si on lui donne une presque certitude de conception d'enfant. Les femmes slaves et albanaises ont une tendre amitié pour leurs frères, et cette amitié est quelquefois plus vive que leur attachement à leurs maris. L'hospitalité est sacrée chez les peuples turcs, et surtout chez les Slaves. Cette vertu est presque la sauvegarde des voyageurs dans les pays sauvages et montueux de cet empire, et elle est pratiquée avec désintéressement.

Le Turc ne danse presque jamais, il regarde cet exercice comme au-dessous de sa dignité ; mais il aime à voir danser, soit chez lui, soit ailleurs. La danse des femmes au harem est très lascive. Les costumes des habitants de la Turquie sont aussi variés que pittoresques ; la civilisation n'y a pas encore réduit, comme chez nous, les vêtements nationaux presque à un seul modèle. Le costume militaire a seul été modifié.

Les dames turques s'épilent tous les poils du corps au moyen de mélange de chaux et d'alun. Elles se parfument avec des huiles odoriférantes, et prennent beaucoup de bains chauds ; elles se fardent et se teignent les ongles et les cheveux.

En Valachie, les femmes des paysans vont pieds nus en été, et lorsqu'il pleut ou qu'elles lavent du linge, la pudeur ne paraît pas leur défendre de relever leur chemise fort au-dessus du genou.

En Turquie, il ne faut pas s'attendre à rencontrer des monuments autres que des bazars, des mosquées, des bains, des fontaines et quelques tombeaux de sultans ou de vizirs. Les Turcs ne sentent pas la beauté des obélisques, des colonnes et des arcs de triomphe ; voilà pourquoi ils démolissent souvent d'anciens édifices grecs ou romains, au lieu d'aller chercher leurs pierres dans les carrières voisines. A Constantinople, le sol de l'Hippodrome est couvert de plusieurs mètres de décombres, de manière qu'on ne peut plus voir ni le pied de l'obélisque, ni l'inscription latine. Les arches de l'aqueduc de Justinien servent à préserver de la pluie les barques turques. Il n'y a que les fontaines qui soient bien entretenues. Parmi les cinq cents fontaines de Constantinople, il y en a quelques-unes de fort belles et à bassin ; ces fontaines sont alimentées par des réservoirs établis dans la forêt de Belgrade.

L'agriculture turque est encore en grande partie à l'état où elle était au moyen âge. On ne cultive que juste le terrain nécessaire pour les besoins du pays, et l'on suit à cet égard une routine invariable. On laboure généralement la terre très peu profondément et avec de très mauvaises charrues. Le maïs se plante comme dans la France méridionale, c'est-à-dire sur des alignements élevés et séparés par des sillons ou fossés, afin que l'eau puisse s'y rassembler et y couler. Le blé se coupe moins près de la terre que chez nous, parce qu'en général on jette la paille. Les vignobles sont sans échalas ou supports ; le cep est rampant, et dans les contrées méridionales aussi petit que dans les Pyrénées-Orientales. Il y a le long des routes, surtout dans la Turquie du sud, beaucoup de vignes sauvages à gros raisins qui s'élèvent sur les arbres et en retombent en pampres richement chargés.

Les oliviers ne sont jamais taillés ni émondés. Les pommes de terre ne se mangent guère que dans la Bosnie et la Servie ; celles que l'on trouve à Constantinople et à Smyrne viennent de Malte et d'Angleterre. Les légumes semblent inconnus à la presque totalité des Turcs. Les boulangers turcs sont en même temps restaurateurs ou rôtisseurs, et les barbiers en même temps chirurgiens.

La Turquie possède encore la fabrication des soieries, que les chevaliers normands ont transplantée de ce pays en Europe ; mais cette industrie souffre de la concurrence étrangère.

Les seules bêtes de somme que l'on emploie pour le trait dans toute

Monomanie. — M. Lionet, médecin de l'hôpital de Corbeil, communique une observation de monomanie suivie de considérations médico-légales sur cette maladie. (MM. Baillarger et Ferrus).

— Après la lecture de la correspondance, M. Jobert (de Lamballe), président, se lève et s'exprime en ces termes :

« Je remercie l'Académie de l'honneur qu'elle m'a fait en me nommant président pour l'année 1855. Je ne saurais avoir la prétention de diriger ses séances avec le talent et l'habileté de l'honorable collègue qui vient de quitter ce fauteuil; mais j'aurai du moins le zèle et l'exactitude qui conviennent à une assemblée aussi active et aussi amie de ses devoirs.

» Je réclame donc la bienveillance de la savante Compagnie. J'adresse, au nom de l'Académie, des remercîments au savant professeur qui a su, pendant sa présidence, associer la fermeté à des manières distinguées, lesquelles ne sont pour lui ni un effort, ni une étude.

» Je prie aussi le spirituel M. Gibert de recevoir les remercîments de l'Académie pour la manière dont il a rempli les fonctions pénibles de secrétaire pendant sept ans.

» J'ai à rendre compte de la mission dont l'Académie a chargé son bureau et sa députation.

» S. M. l'Empereur a reçu l'Académie avec bienveillance et bonté. L'Empereur accorde toute sa sympathie à l'Académie pour ses utiles et importants travaux.

» S. M. sait apprécier tout le bien que fait l'Académie, comme elle sait reconnaître les services qui se rattachent à la cause de l'humanité, qui est l'objet de ses constantes préoccupations. »

— M. Depaul, secrétaire annuel, remercie également l'Académie des suffrages dont elle l'a honoré en l'appelant à succéder à M. Gibert, et réclame sa bienveillante indulgence pour l'encourager dans l'accomplissement de ses nouvelles fonctions.

— M. le président fait part ensuite à l'Académie de la perte qu'elle vient de faire par la mort de M. Requin, dont les obsèques auront lieu demain à dix heures.

— L'Académie vient de perdre aussi un de ses membres correspondants, M. Rigollo (d'Amiens).

Cancer. — L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le cancer.

DISCUSSION.

M. HERVEZ DE CHÉGOIN, sans avoir la prétention de dissiper l'incertitude qui règne sur cette question, se propose d'asseoir, à l'aide des considérations même et des faits qui ont été rapportés, sur des bases raisonnables la conduite qu'on doit tenir dans le traitement chirurgical du cancer.

On est si accoutumé à considérer le cancer comme incurable, dit-il, que toutes les observations de guérison durable nous paraissent douteuses, sinon même erronées. Il est vrai que cette opinion est celle des hommes de l'art les plus éminents qui nous ont précédés, et qui regardaient comme non cancéreuses les tumeurs de nature incertaine qui elles ne récidivaient pas. Il est malheureux qu'à cette époque le microscope n'ait pu être appliqué à l'examen de ces tumeurs, car il m'a été donné de suivre pendant plus de trente ans des malades opérés de tumeurs considérées comme cancéreuses et qui n'ont point récidivé.

Mais puisque la récidive est le caractère essentiel du cancer, que dire de cette incurabilité, quand, après cette récidive plus ou moins répétée, elle finit par ne plus se renouveler? Or c'est précisément ce qui a eu lieu dans les cas rapportés par M. Velpeau, et j'insiste sur cette particularité remarquable, que les cas de guérison cités par ce chirurgien ont eu lieu précisément après des récidives multipliées, après la quatrième, la cinquième et la sixième opération. Est-ce que par hasard cette récidive serait une condition indispensable pour arriver à une cure définitive? Cette idée, qui, au premier abord, pourrait paraître extraordinaire, conduit à des conséquences qui semblent justes, puisque les cancers qui ont guéri définitivement après la quatrième ou cinquième opération étaient nécessairement plus anciens que lorsqu'ils avaient été opérés pour la première fois.

Il y a longtemps déjà que j'ai rapporté des faits semblables qui ont servi de base à des propositions qu'on a pu trouver singulières parce qu'elles sont opposées aux idées reçues. La maladie, attaquée à son début, n'a pas été arrêtée; il a fallu que la maladie se renouvelât plusieurs fois pour qu'une dernière opération devînt efficace; il a fallu qu'elle fût attaquée loin de son début pour être complétement détruite.

Je cherche en vain dans mes souvenirs et dans les cas rapportés ici des exemples de guérisons que j'appellerai d'emblée, c'est-à-dire des cancers commençants opérés une seule fois et guéris, et je trouve que ces guérisons sont plus rares que celles des cancers déjà opérés.

Au sujet de l'opinion de M. Velpeau sur l'origine locale du cancer, je cherche vainement, dit M. Hervez de Chégoin, à concevoir comment une maladie primitivement locale, bornée, circonscrite, consistant dans une tumeur qu'on enlève complétement et au delà, comment cette tumeur qu'on saisit à son point d'origine peut se reproduire à une distance très grande ou dans les organes profonds si elle ne tient pas à une cause générale. Je comprends moins encore comment une lésion extérieure, une contusion, par exemple, peut produire le cancer. On peut tirer des remarques de M. Velpeau sur ce sujet des conclusions bien différentes des siennes. Dans un travail d'une date déjà éloignée, j'ai été conduit justement à des conclusions qui font regarder les causes extérieures comme inhabiles à produire le cancer.

L'opinion qui admet une cause générale rencontre aussi des objections. On se demande comment une cause générale de si mauvaise nature peut se borner ainsi à un point de l'économie, laissant tout le reste dans une parfaite intégrité. Sans prétendre donner une solution suffisante de ce phénomène, pourquoi le rejeter si d'autres maladies, telles que les scrofules, le virus vénérien, certaines dartres, etc., nous présentent des analogies qui satisfont notre esprit?

Mais l'ignorance où nous sommes du temps nécessaire à l'épuisement de la cause cancéreuse nous laisse dans l'incertitude du succès d'une première et deuxième opération, et autorise ainsi à les multiplier quand l'état local le permet et que l'état général le comporte également; en ayant bien soin de distinguer la véritable diathèse cancéreuse d'avec la cachexie qui peut exister chez un cancéreux, sans être cancéreuse elle-même.

D'après ces considérations, le microscope, dont on ne peut révoquer en doute les grands avantages, en général, puisqu'il nous fait voir ce que nous ne verrions pas sans lui, puisqu'un fait quelconque, alors même qu'il n'a point son application actuelle, est toujours utile à connaître, le microscope appliqué à l'examen du cancer est-il actuellement d'une utilité réelle en servant de guide à la pratique chirurgicale?

En examinant cette question avec une logique sévère, on arrive forcément aux conclusions suivantes :

Si le cancer qu'on doit enlever ne peut être soumis au microscope avant l'opération, il est clair qu'il n'y a pas lieu encore à en tirer un parti quelconque;

Si cet examen antérieur est possible, quelle induction pratique pourra-t-on conclure de sa décision positive ou négative?

Négative, il donne la confiance au chirurgien, le fixe dans son incertitude. Il donne aussi aux malades une satisfaction qui n'est pas à dédaigner. Quand il se tromperait quelquefois, ses erreurs sont moins nombreuses que ses vérités positives. Cette décision terrible doit-elle s'opposer à l'opération? Non encore, puisque des faits démontrent que l'opération réussit quelquefois, malgré la nature bien évidente de la maladie. C'est donc une chance dont il ne faut point priver les malades.

Mais puisque le microscope ne modifie en rien la conduite du chirurgien, quelle est donc son utilité quand il apprend le caractère grave de la maladie? Il permet au chirurgien de porter un pronostic malheureusement trop souvent réalisé, mais avec quelques restrictions.

Je suis donc conduit à conclure de tout ce qui précède :

1° Que le cancer n'est pas constamment incurable;

2° Que le microscope, si précieux pour quelques sciences, sans être indispensable au chirurgien pour lui servir de guide, présente cependant quelques avantages dont il ne faut pas se priver.

M. ROBERT. Je croirais manquer à mon devoir si je ne venais réfuter diverses assertions émises à cette tribune, et vous soumettre quelques éléments nouveaux d'appréciation dans une question qui intéresse au plus haut degré la chirurgie pratique. Je me bornerai à l'examen de quelques-uns des points doctrinaux qui dominent la discussion.

Une des questions fondamentales est assurément celle de savoir si au point de vue anatomique les éléments cancéreux admis par les micrographes sont doués de caractères spécifiques, c'est-à-dire des caractères de forme, de structure et de composition chimique qui les distinguent des autres éléments normaux ou pathologiques.

Au nombre des adversaires de cette spécificité je trouve, en première ligne, M. Delafond, dont les arguments spécieux et présentés avec art ont produit dans cette enceinte une sensation marquée.

Notre collègue est partisan de la doctrine de Schwan sur la cellule unitaire, bien que cette doctrine ait été victorieusement combattue et que, suivant l'expression même de M. Velpeau, *elle menace de disparaître de la science sérieuse*. Donc, suivant lui, toute l'organisation procède d'un seul et même élément, la cellule; et celle-ci se ressemble partout à elle-même. La seule différence qui la distingue dans les divers tissus tient à la nature de la substance qu'elle contient, substance qu'elle a puisée dans le blastème ou liquide amorphe qui l'environne. D'après cette théorie, M. Delafond cherche à établir que la cellule dite cancéreuse n'a rien de spécifique dans ses attributs extérieurs; mais comme, en définitive, il ne peut contester la spécificité du cancer, il avance que cette cellule ne doit ses propriétés qu'au liquide ou suc cancéreux qu'elle renferme.

De ces deux propositions, la dernière est une simple vue de l'esprit sans démonstration, et dont je laisserai la responsabilité à notre collègue. Quant à la première, je vais essayer de la combattre.

D'après M. Delafond, la forme de la cellule n'a rien de spécial et rien de constant; elle tient aux conditions diverses auxquelles elle est soumise de la part des tissus qui l'environnent. Ainsi, qu'elle se développe dans une trame organique molle et non comprimée par les tissus voisins, elle aura la forme sphérique ou ovoïde; qu'elle se trouve dans des conditions opposées, elle s'allongera plus ou moins et prendra l'aspect d'un corps fusiforme, d'une fibre, ou bien elle s'aplatira et se convertira en une lame très mince.

Cette hypothèse peut séduire au premier abord; mais à coup sûr elle ne saurait soutenir le contrôle des faits. Qu'il me suffise de rappeler que dans le squirrhe le plus dense on trouve souvent la cellule cancéreuse avec la forme type, c'est-à-dire ovoïde ou sphérique, tandis que dans l'encéphaloïde ramolli et même ulcéré il n'est pas rare de voir des cellules allongées. Dans les tumeurs épithéliales libres de toute espèce d'entrave, telles qu'on les voit aux lèvres ou au col de l'utérus, on trouve des cellules aplaties. Enfin dans les tumeurs fibro-plastiques sous-cutanées et exemptes de compression on voit des corps fusiformes. Tous ces faits sont évidents, incontestés, et je ne conçois pas que M. Delafond ait pu n'en pas tenir compte.

Notre collègue prétend aussi que le volume des cellules varie suivant les phases de leur développement, et qu'on ne saurait, par conséquent, l'invoquer pour caractériser les diverses espèces de produits pathologiques. Or, veut-on savoir jusqu'où peut conduire cette théorie, du reste entièrement dénuée de preuves? Tous les micrographes savent que les globules de pus sont beaucoup plus petits que les cellules du cancer; M. Delafond le reconnaît aussi. Mais comme, d'après lui, ces deux éléments doivent présenter la même organisation, il admet tout simplement que la cellule de pus *n'a pas eu le temps de se développer*.

Notre honorable collègue a fait passer sous vos yeux une série de dessins représentant des cellules cancéreuses, fibro-plastiques, et des globules de pus; puis, par un artifice que j'expliquerai tout à l'heure, il a démontré l'analogie de ces divers produits. Je présenterai à mon tour divers dessins où sont représentés les formes types des éléments cancéreux, fibro-plastiques, épithéliaux, et les globules de pus. Ces dessins, exécutés par M. Lackerbauer, sous l'habile direction de M. Robin, sont l'expression la plus exacte de la vérité.

Les dessins que M. Robert fait passer sous les yeux de l'Académie représentent :

1° Les noyaux libres du cancer, élément le plus constant de ce produit morbide, et qui constituent à eux seuls un assez grand nombre de tumeurs désignées, à cause de cela, sous le nom de nucléaires. Ces noyaux sont volumineux, pyoïdes, constamment pourvus de un à trois nucléoles larges et brillants quand on les étudie avec un grossissement de 500 ou 600 diamètres;

2° Les noyaux fibro-plastiques, plus allongés, moins volumineux, rarement pourvus de nucléoles, et que l'on rencontre moins souvent à l'état libre que les noyaux du cancer;

3° La cellule cancéreuse, caractérisée par son grand volume, par sa forme obronde et surtout parce qu'elle contient toujours au moins un noyau volumineux pourvu lui-même de un à trois nucléoles;

4° La cellule fibro-plastique, qui en diffère de la manière la plus évidente par son petit volume, par sa forme très allongée, renflée en fuseau à sa partie moyenne, terminée en pointe fine à ses deux extrémités, et enfin par la petitesse et la forme allongée de ses noyaux;

5° La cellule épithéliale, que M. Delafond a passée sous silence et qui est facile à reconnaître à sa forme polygonale et à la petitesse de son noyau, dont l'existence n'est même pas constante;

6° Enfin, les globules de pus, caractérisés par leur forme exactement globuleuse, leur petit volume, leur aspect chagriné, leurs noyaux volumineux et l'absence de nucléoles. Ici sont les globules de pyoïdes, ou globules sans noyaux, que fournit le pus des surfaces séreuses.

M. Robert présente en outre deux dessins destinés à montrer l'action de l'acide acétique sur les globules de pus, action caractéristique qui, en faisant pâlir la cellule, met les noyaux plus en évidence.

Supposez, continue M. Robert, tous ces éléments placés à la fois sur

---

la Turquie sont des buffles. Le buffle est un animal d'une force puissante et de haute taille. Ses membres trapus, son poil épais et grossier, ses cornes renversées, ses yeux de faïence et son air stupide indiquent une race de bétail très inférieure au bœuf. Les Turcs mettent un scrupule religieux à tuer un buffle et n'emploient jamais sa chair que dans une circonstance. Quand le terme d'une femme enceinte a été au delà de neuf mois, la sage-femme qui la garde prend de la chair d'un jeune buffle-veau, et, la faisant bouillir dans la crème du lait de sa mère ou tout autre, elle la donne à la patiente, qui ne manque jamais, assure-t-on, d'être heureusement délivrée peu de jours après.

Le climat de Constantinople, sans être aussi beau que celui de l'Italie méridionale, est des plus heureux. Le froid des hivers est mitigé par les vents du sud, et les chaleurs de l'été sont tempérées par le souffle du nord; les vicissitudes extrêmes de l'atmosphère sont peu communes. Les cimetières sont généralement relégués au delà des murs d'enceinte, ainsi que les établissements insalubres ou dangereux. Les mosquées sont bâties sur le sommet des collines et entourées de belles places armées de platanes séculaires. Péra, quartier habité par les Européens, est un faubourg de Constantinople situé à un kilomètre du port sur le haut d'une colline, dont Galata occupe le versant méridional.

Comme le sol de la ville ne fournit que peu d'eau de source, il eût été entièrement impossible à une grande cité de subsister sur cet emplacement, si l'emploi de quelques moyens artificiels n'avaient suppléé aux défectuosités naturelles du lieu. Le premier de ces moyens consiste en puits et citernes creusés derrière les maisons, comme des réservoirs, pour recueillir l'eau de pluie qui tombe en hiver. Mais chez un peuple comme les Turcs, où l'eau est une nécessité aussi bien de religion que d'existence, il était indispensable de s'assurer une source beaucoup plus abondante d'approvisionnement, et on l'a trouvée dans les petits lacs qu'ils ont pratiqués dans les montagnes près des rivages de la mer Noire. Ces montagnes sont la région des pluies et des torrents, et partout où l'on trouve un filet d'eau qui descend dans un vallon on élève un monticule en travers du bas du courant, et l'eau ainsi obstruée est rejetée en arrière, et s'accumule au point de former un lac grand, profond et de forme triangulaire. Ce monticule est ordinairement revêtu de marbre, couvert de sculptures dans le goût oriental, et l'aspect en est très grandiose. Des tuyaux de tuiles conduisent l'eau à travers les montagnes, et dès qu'une vallée vient à s'interposer on y construit un aqueduc, et il en est quelques-uns qui sont d'un très bel effet dans la perspective.

Les habitants de Constantinople ont été récemment témoins d'un essai hydrostatique très ingénieux, et au lieu de ponts dispendieux pour conduire l'eau, ils ont construit des souterrains, c'est-à-dire des piliers quadrangulaires isolés, sur la surface desquels sont attachés plusieurs tuyaux en tuile qui montent au faîte, où se trouve un petit réservoir carré. L'eau monte d'un côté, est reçue dans le réservoir, et descend de l'autre au moyen des tuyaux. Le pilier suivant est de six pouces en dessous du premier, de sorte qu'il se forme un plan incliné pour l'eau qui se trouve sur le sommet de ces piliers, et qu'elle descend ainsi des montagnes à la ville, où elle monte avec une telle force quelquefois qu'elle forme un fort jet qui la lance à une distance considérable. Ces piliers, qui sont d'un effet très pittoresque, et dont il est impossible d'expliquer le but à qui n'en connaît pas la destination, se voient çà et là sur tout le pays qui sépare Constantinople du voisinage de la mer Noire. Le château d'Europe, qui est à l'entrée des Dardanelles, est ainsi alimenté par une source d'eau qui lui vient d'une montagne voisine dont il est séparé par une grande vallée.

Les réservoirs d'eau dans les montagnes furent dans l'origine construits par des empereurs grecs, et se nommèrent *hydratia*. Leur conservation était d'une telle importance, que plusieurs édits impériaux furent promulgués pour régler les plantations d'arbres à l'entour, ou pour défendre de puiser de l'eau pour les usages privés. Ces lois ont été remises en vigueur, et plus rigoureusement encore, par les Turcs, auxquels l'eau est plus nécessaire qu'aux Grecs. Les bords sont plantés d'arbres pour les rendre solitaires, et il est interdit sous les peines les plus sévères, à qui que ce soit, non-seulement de prendre de l'eau dans ces réservoirs, mais même de couper ou de déraciner un arbre du bord.

CORNET.

(La suite au prochain numéro.)

Ont été nommés au grade de chevalier de la Légion d'honneur :

M. Paulin, médecin de l'École normale supérieure.

M. Duchesne-Duparc, docteur en médecine.

M. Choulette, pharmacien major de 2e classe.

l'objectif d'un microscope, et veuillez me dire s'il est possible de les méconnaître? Mais les êtres organisés ne sont pas assujettis à des formes constantes. Si parmi ces dernières il en est qu'ils affectent le plus souvent, il en est aussi d'exceptionnelles. Cette loi de variabilité des formes se retrouve non-seulement dans les grandes divisions des espèces animales, mais encore dans chaque être en particulier; elle se retrouve dans sa conformation extérieure aussi bien que dans ses éléments les plus intimes. Aussi les naturalistes qui étudient ces corps ont-ils pour principe de rechercher d'abord les formes les plus constantes qu'ils prennent pour types; puis ils placent les autres au second rang et les considèrent comme des anomalies ou des aberrations.

Or que penseriez-vous d'un anatomiste qui, voulant vous initier à la connaissance de l'organisation de l'homme, négligerait complétement les formes-types et ne s'occuperait que des anomalies? C'est cependant ce qu'a fait M. Delafond, et c'est au moyen de cet artifice qu'il a cru pouvoir établir l'identité des cellules cancéreuses et fibro-plastiques, voire même des globules de pus.

Du reste, ce mode singulier de démonstration, loin de porter atteinte à la spécificité de la cellule du cancer, ne fait au contraire que la confirmer davantage. Si l'on étudie, en effet, cette cellule dans les conditions même où M. Delafond l'a supposée, on y trouvera encore, soit dans la forme, soit dans la structure, des caractères spéciaux qui pour des yeux exercés ne permettront pas de la méconnaître.

M. Robert fait passer ici sous les yeux de l'assemblée divers dessins représentant la cellule du cancer sous des formes insolites.

Ce sont d'abord des cellules très allongées : celles-ci fusiformes à un seul noyau, celles-là à deux noyaux, d'autres irrégulièrement bifurquées, etc.

C'est ensuite une large cellule de cancer contenant plusieurs noyaux, ce qu'on a désigné sous le nom de plaque à noyaux multiples; une cellule mère qui emboîte une autre cellule, deux cellules se comprimant l'une l'autre, enfin une vieille cellule infiltrée de graisse. Et cependant il est encore possible de les reconnaître toutes à leur volume et à la proportion relative de leurs noyaux.

Mais, en admettant que dans un cas donné quelques cellules de cancer aient présenté des caractères douteux ou équivoques, ira-t-on pour cela contester à cet élément la spécificité de sa forme? A-t-on jamais avancé que l'examen isolé d'une cellule pût suffire au diagnostic d'une tumeur?

Si l'on rencontre de prime abord des formes insolites, il faut multiplier les recherches, examiner la pièce pathologique dans tous les points de son étendue, et à coup sûr on y découvrira des formes types qui mettront en évidence la nature vraie de l'altération:

J'arrive maintenant à l'objection la plus sérieuse qu'on ait adressée à la spécificité anatomique des éléments du cancer. On a dit que dans plusieurs tissus normaux de l'économie il se trouve des cellules ayant avec celles du cancer la plus grande analogie, si ce n'est une similitude complète. Produit d'abord par M. Virchow, cet argument jouit d'une certaine faveur en Allemagne; on le retrouve dans le *Manuel d'anatomie pathologique* de M. Forster, dans le *Traité d'hystologie pathologique* publié très récemment par M. Weld; enfin il a été reproduit dans le cours de cette discussion par MM. Delafond et Velpeau. Suivant M. Virchow, les épithélium pavimenteux de la membrane muqueuse des bassinets, de la vessie, des poumons, de la conjonctive, etc., ressembleraient beaucoup à la cellule du cancer; et il y a un an à peine M. Michel (de Strasbourg) adressait à la Société de chirurgie un travail où il disait avoir trouvé la même analogie aux cellules de la moelle des os chez les jeunes enfants.

Ces faits m'ont d'abord paru graves, et j'ai eu à cœur de les vérifier tous par moi-même, afin d'en apprécier plus exactement la valeur.

Après avoir examiné comparativement, et à plusieurs reprises, des éléments recueillis sur des tumeurs cancéreuses et sur les organes sains mentionnés plus haut, je n'ai pu conserver aucun doute sur la possibilité de les distinguer. Je reconnais, il est vrai, que si dans cet examen on se borne à constater les différences de *forme*, on peut quelquefois rester incertain; mais si l'on prend aussi en considération le volume, la structure et les caractères chimiques, il est très rare que l'on ne parvienne pas à une détermination précise et rigoureuse.

Après ce travail, je me suis demandé comment il se fait que des savants distingués, que des hommes versés dans les études hystologiques soient parvenus à des résultats si différents de ceux qu'on a signalés dans notre pays.

Cela ne tiendrait-il pas à la différence même des instruments qu'ils emploient et à la faiblesse de leur grossissement?

Je conclus donc, et je dis que les objections élevées contre la spécificité anatomique des éléments du cancer sont moins fondées que spécieuses, et que, dans l'état actuel de la science et pour des yeux exercés, ils peuvent toujours être distingués des autres éléments de l'organisation, soit normaux, soit pathologiques.

M. Velpeau, dans sa brillante improvisation, n'a que faiblement contesté ce point; mais il n'en a pas agi de même à l'égard de la spécificité de ces mêmes éléments au point de vue de la pathologie et de la clinique; c'est de ce côté qu'il a le plus spécialement dirigé son attaque.

Notre savant collègue dit qu'on a trouvé la cellule cancéreuse dans des tumeurs qui n'étaient pas du cancer, et dont l'ablation a été suivie de la guérison sans récidive. A une première objection relative à l'insuffisance de la preuve déduite de l'absence de récidive, M. Velpeau ayant répliqué que ce n'est point sur cette absence de récidive qu'il a fondé son diagnostic, mais bien sur la physionomie de la maladie prise dans son ensemble, je réponds à mon tour que si l'on analyse un à un tous les symptômes assignés par les cliniciens aux tumeurs cancéreuses, il n'en est pas un seul qui soit pathognomonique, pas un seul qui ne puisse tromper, surtout lorsque la cachexie manque et que la généralisation ne s'est point encore manifestée. Les recherches microscopiques modernes, en nous apprenant à mieux distinguer la nature des tumeurs qu'on ne le faisait il y a douze ou quinze ans, nous montrent chaque jour que des symptômes réputés comme caractéristiques du cancer ne doivent plus être considérés comme tels, et qu'on les rencontre parfois dans des productions d'une tout autre nature.

M. Robert en cite deux exemples des plus frappants. Le premier est la rétraction du mamelon dans les tumeurs du sein considérée de temps immémorial comme un signe pathognomonique de l'existence du squirrhe, et qui se rencontre d'une manière très marquée dans une forme d'hypertrophie de la mamelle récemment décrite par M. Robin, laquelle rétraction consiste dans le développement exagéré des culs-de-sac glandulaires avec atrophie des conduits excréteurs.

Le deuxième exemple est emprunté à la réunion de certains symptômes alarmants qui se sont rencontrés à sa connaissance dans deux cas où il ne s'agissait que de tumeurs hypertrophiques.

M. Velpeau, dans une seconde proposition opposée à la spécificité clinique des éléments cancéreux, a avancé que ces derniers n'avaient point été trouvés dans des tumeurs réellement cancéreuses. Parmi les faits qu'il a cités se trouve en premier lieu cette fameuse tumeur du sein examinée par cinq micrographes dans laquelle on n'a point trouvé d'éléments cancéreux et qui cependant s'est comportée comme un cancer véritable. Mais quelle était donc la structure de cette tumeur? quelle était la structure des tumeurs secondaires s'il y en avait? Cela méritait bien d'être mentionné, et je cherche en vain dans le livre et dans les discours de M. Velpeau ces renseignements indispensables.

M. Velpeau s'attache également à démontrer que des tumeurs qui primitivement ne renfermaient pas de cellules cancéreuses ont récidivé après l'opération, et que les tumeurs secondaires étaient abondamment fournies de ces cellules. Il cite des faits de M. Mayor (de Genève), et c'est sans doute par mégarde, car il s'agit dans la thèse de ce jeune confrère de tumeurs de la verge ou des lèvres qui ont récidivé et amené la mort. On a trouvé des cellules cancéreuses dans les tumeurs secondaires; mais les tumeurs primitives qui avaient été enlevées pendant la vie n'avaient pas été examinées, par conséquent rien ne prouve qu'elles n'étaient pas cancéreuses elles-mêmes.

M. Velpeau rapporte plus loin une observation de M. Richet qui lui paraît très concluante. C'est celle d'un marchand de bois affecté d'une tumeur des fosses nasales. Pour ma part, je la trouve si incomplète que mes convictions n'en sont nullement ébranlées.

Notre éminent collègue réserve pour la fin une observation qui lui semble la plus décisive : c'est celle de la double tumeur des mamelles, cancéreuse d'un côté, non cancéreuse de l'autre. On n'y trouve pas la preuve de ce que M. Velpeau avance; en y voit : 1° au sein gauche une tumeur que notre collègue a regardée comme non cancéreuse, et qui, examinée après la mort, contenait des éléments de cancer; 2° au sein droit, au contraire, une tumeur qu'il regardait comme squirrheuse, et qu'on a trouvée libre de tout élément cancéreux. Mais, en vérité, qu'est-ce que cela prouve, si ce n'est l'incertitude des enseignements fournis par la seule observation clinique?

J'abandonne ce sujet pour aborder des questions plus immédiatement applicables à la pratique.

Je vais faire intervenir deux mots que je n'ai pas encore prononcés, et qui constituent le point culminant de cette discussion : je veux parler de la bénignité et de la malignité des tumeurs. La détermination de ces deux manières d'être, aidée par les notions de structure intime et d'histologie, ne leur est point rigoureusement subordonnée, et, d'une autre part, elle domine de si haut la pratique, qu'on aurait bien vite à se demander si, au lieu de chercher à classer les productions morbides très scientifiquement et suivant les principes de la méthode naturelle, il ne vaudrait pas mieux les distinguer tout simplement en bénignes et malignes, c'est-à-dire à se préoccuper beaucoup plus de leur évolution et de leur pronostic que de leur structure.

Si j'étais mis en demeure de choisir entre ces deux manières d'envisager les faits qui nous occupent, je pourrais regretter assurément la classification anatomique, mais j'accepterais sans hésiter la base clinique.

Mais une telle alternative n'est rien moins que nécessaire, à la condition expresse qu'on introduise dans les mots et dans leur emploi une réforme impérieusement commandée. Il ne faut plus associer, comme l'ont fait jusqu'à ce jour partisans et adversaires du microscope, les idées de bénignité et d'homœomorphisme, de malignité et d'hétéromorphisme. C'est là qu'est la source de la confusion, la barrière malencontreuse qui sépare les anatomistes et les cliniciens.

On ne saurait trop le répéter : toutes les tumeurs peuvent être bénignes ou malignes relativement. Un squirrhe vrai qui reste huit ou dix ans et plus sans s'ulcérer, sans engorger les ganglions, sans causer ni douleur, ni cachexie; qui, après avoir été enlevé, ne reparaît plus, ou ne récidive qu'après plusieurs années, est extrêmement bénin, si on le compare à certain encéphaloïde qui parcourt toutes ces phases, et fait périr le malade en moins d'une année.

Le même raisonnement est applicable aux tumeurs épithéliales et fibro-plastiques et à d'autres tumeurs peut être encore peu connues qui jouissent du funeste privilége de repulluler après l'ablation.

Je vais plus loin; un squirrhe tel que je viens de le décrire est beaucoup moins malin, sans contredit, qu'une simple tumeur adénoïde d'un volume considérable, ulcérée et fournissant une suppuration abondante et fétide.

Ainsi donc, si les caractères tirés de la structure sont stables et faciles à constater dans la majorité des cas, rien n'est au contraire plus variable et incertain que la notion puisée dans la seule évolution des produits morbides; et chaque jour nous recevons des démentis quand nous cherchons à prévoir si une tumeur sera bénigne ou maligne, guérissable ou mortelle.

Nous devons donc toujours poser deux problèmes, résoudre deux questions : la structure, le pronostic.

N'allez pas croire qu'il y ait antagonisme entre ces deux solutions importantes, et que la première exclue la seconde. A mon avis, on ne serait nullement excusable de n'en chercher qu'une. Faut-il davantage se préoccuper de savoir celle qui doit avoir la suprématie sur l'autre, et s'enorgueillir de ce qu'on aura plus facilement démêlé la composition élémentaire que prévu l'issue ultérieure, ou réciproquement? Point du tout. Il ne s'agit pas d'établir la prééminence, mais uniquement la priorité à l'une de ces deux idées dans la série d'actes intellectuels que suscite l'observation d'une maladie. Or il ne saurait y avoir doute à cet égard; la science du présent doit passer avant celle du futur, le diagnostic anatomique avant le pronostic.

Cette manière de voir me rallie également aux anatomistes et aux cliniciens, dont les efforts aboutissent au même résultat.

Les premiers divisent les tumeurs en cancéreuses, épithéliales, fibro-plastiques, vasculaires, glandulaires, etc., etc. Appréciant mieux des caractères délicats longtemps passés inaperçus, ils cherchent à reconnaître à quelle variété de tumeurs ils ont affaire; et souvent ils établissent leur diagnostic avec bonheur. Ils savent que telle production peut impunément rester longtemps en place sans porter une atteinte grave à l'organisme; que telle autre ne peut point guérir spontanément; que la première est généralement plus bénigne que la seconde, etc. Ils constituent mentalement ainsi toute l'histoire de la maladie, posent les chances bonnes ou mauvaises, puis, en définitive, quand vient le moment de prendre un parti, ils opèrent ou s'abstiennent.

Que fait donc de plus le clinicien pur? En quoi pose-t-il mieux les indications? Son jugement est-il par hasard mieux assis sur des traditions d'une valeur douteuse et sur l'empirisme qu'il ne le serait sur des notions plus complètes, plus exactes?

En résumé, choisir pour base de la classification des tumeurs la composition anatomique et la structure est à la fois plus philosophique et conforme à la vraie science.

Ce point de départ est plus propre en certains cas à éclairer le pronostic et à guider la pratique. Dans les cas douteux, il n'entraîne avec lui aucun inconvénient et ne saurait jamais conduire dans une voie périlleuse.

Si pour la plupart d'entre nous le microscope a détruit bien des illusions sur la curabilité du cancer vrai, il nous a révélé la possibilité de guérir des maladies que souvent autrefois on abandonnait à leur marche funeste.

Les recherches faites au moyen de cet instrument ont réalisé un immense progrès dans l'étude des productions accidentelles, et, si la lumière doit un jour devenir complète sur ce point si important, une grande part de gloire en reviendra à ceux qui ont apporté à ces travaux difficiles une louable ardeur et une persévérance digne d'encouragement.

— Plusieurs membres demandent la parole. La suite de la discussion est remise à la séance prochaine.

PRÉSENTATIONS.

M. Maisonneuve présente une jeune fille qu'il a opérée d'un kyste butireux du sinus maxillaire simulant un cancer encéphaloïde.

— M. Jobert (de Lamballe) présente un malade auquel il a fait l'ablation d'un lipome situé dans une région où il est rare de rencontrer des tumeurs de cette nature, dans le creux de l'aisselle.

— M. Bonnafont présente un jeune militaire qui était atteint depuis cinq ans d'une tumeur lacrymale, laquelle, après avoir résisté à divers traitements mis en usage, a été guérie par un appareil de son invention, qui consiste à exercer une compression directe sur la tumeur.

— La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 26 décembre 1854. — Présidence de M. COMBES.

Sur les manifestations électriques des plantes. — M. Billiard adresse, comme faisant suite à de précédentes communications relatives à la recherche des causes du choléra-morbus, un nouveau mémoire intitulé *Etude sur les manifestations électriques des plantes*.

Les expériences qui font l'objet de ce mémoire ont été entreprises dans l'idée que leurs résultats confirmeraient ce que l'auteur tenait déjà pour probable d'après les conclusions auxquelles il était arrivé relativement aux animaux, savoir, que les plantes possédaient une électricité propre, différente de celle que manifestent les êtres vivants appartenant à l'autre règne, et également distincte de celle qui se manifeste dans les corps inorganiques.

Les essais ont été faits avec diverses plantes : pour les unes, c'était un bouton floral, pour d'autres une fleur développée; dans d'autres cas un fruit vert ou mûr, ou déjà gâté, une racine, un bulbe, un tubercule.

Pour le tubercule sain de pomme de terre il y a eu, dans trois expériences, une forte déviation à gauche. Pour chacune des autres plantes, dont les unes déviaient plus ou moins à gauche, et les autres laissaient l'aiguille en repos, il n'y a jamais eu plus de deux expériences, et souvent il n'y en a eu qu'une seule. Pour un tubercule de pomme de terre malade il n'y a pas eu de déviation, et l'effet a été également nul pour les fruits déjà gâtés. L'auteur insiste sur ce point comme concourant, avec les résultats analogues obtenus par lui sur les animaux malades, à confirmer sa théorie sur les causes du choléra-morbus.

(Ce mémoire est renvoyé à l'examen de la section de médecine et de chirurgie, constituée en commission du concours pour le prix du legs Bréant.)

Cause des mouvements du cœur. — M. Guérin, à l'occasion des recherches sur les mouvements du cœur récemment présentées à l'Académie, adresse de Mézières une portion d'un travail qu'il préparait sur ce sujet, et dont il avait déjà présenté quelques résultats dans une thèse inaugurale soutenue en 1849. (Commissaires : MM. Magendie, Rayer, Bernard, déjà désignés pour les communications de M. Hiffelsheim et de M. Faton.)

Huile de foie de morue. — M. Deschamps (d'Avallon) adresse une note sur la préparation de l'huile de foie de morue, et des échantillons de l'huile préparée suivant le procédé qu'il indique. (Renvoi à l'examen des commissaires déjà désignés pour deux communications relatives à la même substance : MM. Dumas et Balard, auxquels est invité à s'adjoindre M. Bussy.)

— Par suite de la retraite de MM. Moreau et Bricheteau, nommés médecins honoraires des hôpitaux, diverses mutations ont eu lieu dans le service médical de ces établissements :

M. Bouley, de Beaujon est passé à Necker, à la place de M. Bricheteau;

M. Hip. Bourdon, de Saint-Antoine à Beaujon;

M. Gubler, des Nourrices à Saint-Antoine;

M. Oulmont, de la Rochefoucault aux Nourrices;

M. Moutard-Martin, du Bureau central à la Rochefoucault.

M. Moreau n'est pas remplacé à la Maternité.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de PLON frères, rue Garancière, 8.

N° 2. — SAMEDI 6 JANVIER 1855. (28e ANNÉE.) N° 2. — SAMEDI 6 JANVIER 1855.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

D'une nouvelle théorie étiologique et prophylactique du choléra.

Nous n'avons aujourd'hui aucun renseignement nouveau à faire connaître sur l'état du choléra à Paris ou dans les départements. Aucun document officiel n'a été publié depuis la semaine dernière, et à en juger par ce qu'il nous a été possible d'apprendre, soit dans les hôpitaux, soit en ville, il ne faut pas interpréter cette absence de documents autrement que par l'abaissement graduel du chiffre des cholériques.

Il n'en est pas moins opportun d'accueillir et de porter à la connaissance de nos lecteurs tous les faits, ainsi que les résultats de recherches qui peuvent concourir à éclairer quelques points soit de l'étiologie, soit de la prophylaxie du choléra. C'est à ce titre que nous exposerons une nouvelle théorie étiologique qui, si elle était confirmée par de nouvelles observations, conduirait à des applications hygiéniques d'une incontestable utilité.

Le docteur Pettenkoffer (de Munich), chargé par le gouvernement bavarois de faire une enquête pendant la dernière épidémie qui a sévi avec tant de violence dans ce pays, sur les causes de ce fléau, est arrivé à des conclusions qui nous paraissent mériter une sérieuse attention. Elles ont paru telles à l'illustre professeur de Giessen, M. Liebig, qui en a fait le sujet d'une lettre publiée dans le *Medical Times*; nous en extrayons ce qui suit :

« Une disposition du sol en bassin, dit M. Pettenkoffer, favorise généralement l'apparition et l'aggravation du choléra. Les maisons qui occupent les parties les plus basses des villes, celles dans lesquelles les lieux d'aisance et les ruisseaux sont construits de manière que les liquides qu'ils renferment y demeurent et ne soient pas rejetés au dehors, sont surtout exposées à cette maladie.

» Un terrain meuble et propre à absorber les liquides favorise le développement des miasmes, tandis qu'une couche solide et pierreuse tend à en préserver.

» La présence dans le sol de produits de décomposition des excréments humains ou animaux paraît un des éléments les plus propres à lui communiquer la propriété d'absorber le miasme.

» Le degré relatif d'élévation des habitations entre elles, indépendamment de leur élévation absolue au-dessus du niveau des rivières ou de la mer, influe beaucoup sur leur aptitude au choléra.

» Les maisons ou les quartiers où il n'y a pas de lieux d'aisance, mais des siéges mobiles, sont plus exposés au choléra, ainsi que les maisons qui ont dans leurs cours des ruisseaux destinés à recevoir les eaux communes n'ayant qu'une faible pente ou encore ayant leur pente dans le sens de la maison.

» Les excréments des cholériques, lorsqu'ils commencent à se décomposer, deviennent une source fertile de propagation de la maladie dans les familles. »

Ces observations ont été confirmées par le résultat des recherches faites dans les mêmes circonstances par le docteur Thiersch.

« Ce médecin a constaté que les cadavres des individus morts récemment du choléra et les matières évacuées par le vomissement ou la diarrhée ne propagent pas le choléra ; ils ne sont pas contagieux. Mais si ces matières sont abandonnées à elles-mêmes à une température de 5 à 10 degrés centigrades, du troisième au septième jour elles se trouvent dans des conditions nouvelles : il s'y opère un commencement de fermentation, et elles deviennent propres alors à développer le choléra chez des individus en bonne santé. La période pendant laquelle ces matières jouissent de cette propriété ne dépasse pas huit jours.

» Si l'on mélange des évacuations cholériques récentes à la nourriture des souris, celles-ci n'en éprouvent rien de particulier. Mais si ces matières ont de trois à sept jours d'ancienneté, elles ont commencé de fermenter, et les souris qui en ont mangé tombent malades, sont prises de diarrhée, et meurent entre trente-six et quarante-huit heures après. »

On voit, en rapprochant les résultats des expériences de M. Thiersch des faits observés par M. Pottenkoffer, qu'ils se complètent mutuellement. Le poison du choléra se développerait, d'après la théorie qui ressort de ces faits, dans les liquides excrémentitiels, quelque temps après qu'ils ont été rejetés au dehors. C'est ainsi que les lieux d'aisance, les égouts dans lesquels ils viennent se mêler à des matières animales, deviendraient des sources réelles d'empoisonnement cholérique.

Nous rappellerons aussi que des faits analogues ont été signalés et une théorie à peu près semblable soutenue avec une grande insistance parmi nous il y a cinq ans, lors de l'épidémie de 1849, par notre confrère M. Pellarin.

M. Liebig conclut de ces faits que les moyens connus de prévenir la fermentation et la putréfaction sont donc propres à prévenir la propagation du choléra. Le chlorure de chaux, l'acide sulfurique, l'eau de goudron, etc., sont autant de moyens désinfectants dont on pourrait en pareil cas tirer un utile parti. Ce savant chimiste rapporte le fait suivant à l'appui de l'efficacité prophylactique des moyens de désinfection.

« Dans la prison de Kaisheim (en Bavière), le choléra fut importé par un individu qui y vint mourir. On eut immédiatement recours aux moyens de désinfection ; sur les 5 ou 600 prisonniers qui habitaient la maison, un seul fut atteint de la maladie. Mais dans un autre établissement de ce genre, à Ebrach, dans le même royaume, où cette précaution ne fut point mise en usage, sur 350 prisonniers qui s'y trouvaient détenus, il mourut 15 individus sur 100. »

Sans accepter de tous points l'interprétation théorique de ces faits, ils n'en sont pas moins dignes d'attention ; et si on les rapproche surtout de cette persistance de petits foyers cholériques que nous signalions dans notre dernière *Revue*, nous y trouverons un motif de plus pour les signaler à la méditation des hygiénistes.

Du délire et de ses rapports avec les altérations anatomiques de l'encéphale dans la fièvre typhoïde.

Un jeune homme de vingt-cinq à vingt-six ans, grand et fort, bien constitué, a succombé il y a quelques jours, dans le service de la clinique de M. Rostan, à une affection complexe sur les éléments de laquelle nous aurons à nous expliquer tout à l'heure, mais que nous désignerons provisoirement sous le nom d'affection typhoïde.

Cet homme était entré dans les salles dans un état de stupeur très prononcé. Il avait une fièvre intense, de 100 à 120 pulsations; le ventre ballonné, sensible à la pression, avec du gargouillement ; la langue et les dents sèches et fuligineuses; des râles sibilants et quelques râles sous-muqueux dans la poitrine, des taches lenticulaires rosées sur la base de la poitrine ; enfin, un délire très violent et presque continu, qui durait depuis le début de la maladie. Ajoutons que ce jeune homme, exerçant la profession d'homme de lettres, professeur de langues, était arrivé depuis peu à Paris.

Il ne pouvait rester un instant de doute dans l'esprit à l'égard de l'affection typhoïde. Mais la fièvre typhoïde était-elle seule ; suffisait-elle pour rendre compte de tous les symptômes, et particulièrement des symptômes cérébraux, de ce délire plus précoce, plus intense et plus continu qu'il n'est d'habitude dans la fièvre typhoïde ? Ce délire n'était-il que le symptôme d'une simple lésion fonctionnelle dépendant de la cause ou de l'état typhoïde général ; accusait-il une lésion matérielle des organes encéphaliques ; et cette lésion elle-même était-elle liée à la maladie principale, ou bien en était-elle indépendante et constituait-elle une véritable complication? En d'autres termes, existait-il à la fois chez ce sujet une affection typhoïde et une phlegmasie méningo-encéphalique marchant coïncidemment? On comprend toutes les difficultés de semblables questions. On sait quelles sont les opinions que professe M. Rostan sur ce point; on sait que pour ce professeur le délire, alors même qu'il n'est qu'un des éléments symptomatiques ou un épiphénomène de l'affection typhoïde, est toujours lié à une modification matérielle du cerveau, et reconnaît le plus ordinairement pour cause une inflammation de la périphérie du cerveau, pourvu toutefois qu'il ait été persistant et d'une certaine intensité.

Dans l'espèce, non-seulement il y avait lieu de présumer l'existence d'une lésion matérielle des organes encéphaliques, ces dernières circonstances ayant existé au plus haut degré ; mais on pouvait encore se demander même si la phlegmasie méningo-encéphalique n'était pas quelque chose de plus qu'un des phénomènes inhérents à l'affection typhoïde, si elle ne constituait pas jusqu'à un certain point une affection concomitante, une véritable complication de cette affection. M. le professeur Rostan inclinait vers cette dernière interprétation, s'appuyant d'une part sur l'intensité extrême et la continuité des phénomènes nerveux, sur l'époque de la maladie où ils avaient commencé à se manifester, et enfin sur quelques circonstances inhérentes au sujet lui-même, sur la pro-

FEUILLETON.

DE TOULON EN CRIMÉE (1).

De Constantinople, on nous envoya en Crimée porter des vivres et des munitions à l'armée. Nous débarquâmes à Kamiech, dans une petite rade où des milliers de bâtiments de commerce étaient à l'ancre, apportant des munitions et des vivres. Les bâtiments anglais débarquaient leur chargement dans une autre rade, à Balaklava, située plus au sud, et qui est dominée par une petite ville dont les troupes anglaises s'étaient facilement emparées.

Les mouillages de Balaklava et de Kamiech sont peu sûrs, et sont si peu abrités contre les vents, que, dans la grande tempête qui a régné le 14 novembre sur les côtes de Crimée, plus de quarante bâtiments de commerce ou de guerre ont été jetés à la côte.

Le temps est constamment mauvais dans cette saison. Aux pluies torrentielles succèdent de véritables ouragans qui emportent tout avec eux, enlèvent, dispersent les tentes de campement et ne laissent pas les bâtiments en sûreté, quoique mouillés sur leurs deux ancres.

La Crimée, cette vaste contrée de la Russie méridionale, présente une superficie d'à peu près 1,100 lieues carrées géographiques. Deux régions distinctes se partagent le sol de la Crimée. La première, qui est montagneuse, forme le long de la côte méridionale une lisière d'environ 150 kilomètres d'étendue, avec une largeur moyenne de 20 à 25 kilomètres. La seconde, qui est la région des plaines, offre tous les caractères des steppes de la Russie méridionale, et s'étend au nord-est jusqu'à l'isthme de Pérécop, langue de terre qui joint la Crimée au continent.

La Crimée, par sa position presque centrale dans la mer Noire, commande à la fois aux côtes d'Asie, aux bouches du Danube et à l'entrée du Bosphore de Constantinople. Il y a en Crimée des voies praticables aux voitures :

1° Entre Simphéropol et Sébastopol, en longeant le versant septentrional de la chaîne taurique;

2° Entre Simphéropol et Jalta, en traversant les montagnes de Tehatir-Dagh ;

3° De Jalta à Kalaklava, en suivant la côte méridionale.

Le chemin qui conduit de Kamiech au camp de l'armée de siége est à peine tracé. Les trains de mulets qui y passent continuellement vont très lentement, tant il y a de boue.

L'armée qui assiége Sébastopol forme un vaste demi-cercle dont la ville est le centre. Elle est campée sur un terrain calcaire où l'on marche très difficilement, la pluie ayant défoncé le terrain. La terre, qui pourrait produire des moissons abondantes, est très peu cultivée ; il n'y a partout que des champs de vigne. Sauf cela, le pays est complétement nu et entièrement privé de bois.

Les côtes de la Crimée ne présentent pas de bons mouillages ; il n'y a que la rade de Sébastopol qui puisse offrir un abri suffisant. Le port de Sébastopol est un des plus remarquables de l'Europe. La nature y a creusé une magnifique rade formant de nombreux bassins admirablement appropriés aux besoins d'une flotte militaire. La ville est bâtie en amphithéâtre. Les rues sont larges, les maisons d'un aspect agréable, et sa population, depuis qu'un ukase impérial en a exclu les juifs, est assez remarquable. La grande rade, dirigée de l'ouest vers l'est, et s'avançant jusqu'à 7 kilomètres dans l'intérieur des terres avec une largeur moyenne de 1,000 mètres, sert de station à toute la partie active de la flotte russe, qui est bien diminuée maintenant, depuis que le prince Mentchikoff a fait couler les plus grands vaisseaux pour défendre l'entrée de la rade.

A l'est, se prolonge sur plus de 3,000 mètres de longueur la baie du sud, sur laquelle se trouvent de vastes magasins où sont renfermées de grandes quantités d'approvisionnements. La baie de l'artillerie a trois étages de batteries et quatre forts.

En dehors de la rade de Sébastopol se trouve une petite baie appelée baie de la Quarantaine, où les bâtiments qui arrivaient à Sébastopol allaient purger leur quarantaine. Au fond de la baie se trouve un magnifique lazaret bâti par les soins de l'empereur Alexandre.

L'institution des lazarets est une chose trop utile, surtout dans les circonstances actuelles, où le choléra sévit de tous les côtés, pour que nous n'en disions pas un mot en passant. Nos lecteurs nous sauront gré de cette petite digression, qui leur fournira des détails jusque-là

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

fession du malade, qui pouvait porter à penser qu'il avait pu y avoir chez lui une surexcitation du cerveau. En un mot, M. Rostan inclinait à penser qu'il existait concurremment chez ce sujet deux affections, l'affection typhoïde et une méningo-encéphalite. Dans tous les cas, il affirmait que les phénomènes cérébraux n'étaient pas purement dynamiques, qu'ils étaient certainement liés à l'existence d'une méningo-encéphalite; et il appuyait cette affirmation sur le résultat constant des autopsies qui lui avaient toujours révélé dans les cas de cette nature l'existence des traces de l'inflammation des méninges et de la surface corticale du cerveau, à tous les degrés, depuis la simple injection jusqu'au ramollissement inflammatoire le plus prononcé, jusqu'à la suppuration.

Voici, en outre, un fait que celui-ci nous remet en mémoire; il a été recueilli dans le même service et publié il y a six ou sept ans dans cette *Revue*. Il s'agissait d'une jeune fille entrée à l'hôpital avec tous les signes les plus caractérisés de l'affection typhoïde grave. Au bout de peu de jours de maladie, des phénomènes cérébraux se manifestèrent avec beaucoup d'intensité. La malade fut prise d'un délire violent et d'une agitation extrême qui durèrent pendant près de quinze jours. En raison de l'époque de la maladie où commencèrent à se manifester ces symptômes cérébraux, c'est-à-dire presque au début de l'affection typhoïde, en raison surtout de leur intensité et de leur continuité, M. Rostan n'hésita pas à déclarer qu'il devait y avoir dans ce cas une altération matérielle du cerveau et de ses membranes, une phlegmasie méningo-encéphalique qui compliquait l'affection typhoïde. Une autre complication malheureuse qui vint précipiter l'issue fatale de la maladie avant son terme naturel, et alors même qu'un amendement sensible avait pu faire espérer une autre solution, fournit l'occasion de vérifier l'exactitude de ce diagnostic. A l'autopsie, on trouva, en effet, un très bel exemple de méningo-encéphalite diffuse occupant toute la périphérie du cerveau.

L'issue fatale de la maladie, chez notre jeune malade, a permis de faire la même vérification. L'autopsie a également démontré, comme chez la jeune fille dont nous venons de rappeler l'histoire, l'existence d'une très vive injection des méninges qui adhéraient à la surface du cerveau, notablement injecté lui-même dans presque toute son étendue.

Resterait maintenant à déterminer ce point délicat de pathologie, savoir si, alors que les accidents cérébraux sont élevés au point de constituer une véritable phlegmasie caractérisée par les symptômes propres et par les lésions anatomiques spéciales, on doit cesser de les considérer comme un épiphénomène de la maladie principale, et les regarder comme une véritable complication entraînant par conséquent ses indications thérapeutiques propres. Cette question, comme on le voit, n'est pas sans importance au point de vue pratique même. Des recherches faites dans cette direction par M. Piedagnel il y a une quinzaine d'années tendent à résoudre la question dans le sens où nous la comprenons, c'est-à-dire en conciliant les rapports réels des symptômes nerveux et de leurs lésions anatomiques correspondantes avec l'idée d'unité de l'affection typhoïde dont ils ne sont qu'une dépendance.

M. Piedagnel a été conduit en effet, par un grand nombre d'autopsies, à constater que le cerveau et ses membranes présentent constamment des altérations qui rendent compte du délire et des mouvements musculaires involontaires qu'on remarque dans la fièvre typhoïde, que l'étendue de ces altérations est en rapport avec l'ancienneté et l'intensité des symptômes cérébraux. Il a constaté que ces altérations avaient lieu dans l'arachnoïde et la piemère réunies et dans le cerveau. Les altérations du cerveau ont lieu à sa surface; c'est la substance corticale de l'organe qui en est le siége. M. Piedagnel y distingue trois degrés successifs, depuis la simple augmentation de volume d'une ou plusieurs circonvolutions jusqu'à la destruction complète de la substance corticale. En résumé, il a paru à M. Piedagnel résulter de l'analyse des faits qu'à l'altération de la substance grise se rapportent les diverses espèces de délire, et que tout ce qui a rapport aux mouvements, à la contracture musculaire doit être attribué aux modifications présentées par la substance blanche; d'où il suit que le délire dans l'arachnitis ne tient pas à l'inflammation des membranes du cerveau, comme on le dit généralement, mais bien à l'inflammation de la surface du cerveau lui-même.

Chorée générale chez un adulte paraissant résulter d'un exercice exagéré et prolongé des muscles.

Un homme d'une cinquantaine d'années, broyeur de couleurs, exerçant cette profession depuis une trentaine d'années environ, a été pris pour la première fois, il y a sept ou huit ans, de coliques d'abord, puis de céphalalgie et de crampes dans tous les membres; il put néanmoins continuer encore à travailler plusieurs années; puis, il y a de cela environ deux ans, il fut pris de mouvements désordonnés choréiques, qui n'ont cessé de s'accroître jusqu'au point où on le voyait au moment où il est entré à l'Hôtel-Dieu. Cet homme est actuellement en proie à une agitation choréique générale de tous les membres qui ne lui permet de se soutenir sur les jambes et de marcher qu'appuyé contre un mur ou sur le bras d'un de ses camarades.

Au premier abord, bien que les exemples de chorée saturnine soient assez rares, on était assez naturellement porté à considérer comme telle l'affection de cet homme et à faire remonter l'origine de sa chorée à l'intoxication plombique à laquelle sa profession semblait naturellement l'exposer. Mais en l'examinant plus attentivement, on ne tardait pas à se prendre de doute à cet égard, surtout en considérant que cet homme n'avait jamais eu de paralysies ni dans les avant-bras ni dans aucune autre région, qu'il n'avait eu des coliques qu'une seule fois et au début de sa maladie seulement, qu'il n'avait jamais eu cette constipation opiniâtre qui caractérise ordinairement l'intoxication saturnine, enfin qu'il ne présentait point le liséré caractéristique des gencives. D'un autre côté, si, faisant abstraction de la matière même sur laquelle il travaillait, le plomb, on a égard à la nature de son travail, qui exigeait pendant de longues heures consécutives l'attitude debout et un mouvement continuel des bras, travail auquel il s'est livré sans presque aucune interruption pendant plus de vingt ans; si l'on considère, enfin, la petite stature et la complexion frêle et délicate de cet homme, son tempérament nerveux et son état chlorotique, n'est-on pas conduit à se demander si, au lieu d'accuser le plomb d'avoir produit cette chorée, alors qu'il n'avait donné lieu à aucun des accidents intermédiaires qui eussent dû nécessairement la précéder, il n'est pas plus naturel de l'attribuer à la fatigue continue auquel le système musculaire de cet individu a été soumis pendant une si longue série d'années.

Il restait enfin un dernier moyen d'exploration susceptible de dissiper les doutes qui pouvaient subsister encore dans l'esprit relativement à la part que l'intoxication saturnine avait pu prendre au développement de cette affection, c'était l'exploration électrique. On sait, d'après les belles recherches de M. Duchenne (de Boulogne), que chez les sujets en proie à l'intoxication saturnine les muscles affectés de paralysie ou d'atrophie ont plus ou moins complétement perdu leur contractilité électrique.

Bien que chez ce sujet il n'y eût point de paralysie à proprement parler, on pouvait certainement considérer comme telle la perturbation fonctionnelle dont ses muscles étaient frappés; et partant, si cette perturbation était due au poison saturnin, on devait s'attendre à constater les mêmes désordres dans les propriétés organiques de la fibre musculaire. Or il n'en a point été ainsi. Les muscles des avant-bras, des bras et de la main, soumis à l'excitation d'un appareil électro-magnétique, se sont contractés avec autant ou presque autant d'énergie que dans l'état normal. L'irritabilité musculaire était intacte. On avait donc là un motif de plus d'exclure l'influence toxique du plomb.

Ce fait serait donc curieux comme un exemple rare de chorée survenue chez un homme adulte d'un âge déjà assez avancé, sous la seule influence probable d'un exercice musculaire exagéré, continu et presque toujours le même pendant un grand nombre d'années; en un mot, sous une influence analogue à celle qui paraît le plus habituellement produire l'atrophie musculaire progressive.

Appareil compresseur pour la guérison des tumeurs lacrymales.

M. Bonnafont a imaginé, pour obtenir la guérison des tumeurs lacrymales, un appareil compresseur dont il a eu l'occasion de faire récemment une heureuse application chez un militaire atteint depuis cinq ans d'une tumeur lacrymale qui avait résisté aux divers traitements mis jusque-là en usage. Le but de cet appareil, que M. Bonnafont a présenté à l'Académie de médecine dans la séance dernière, est d'exercer une compression directe sur la tumeur. Il se compose à cet effet: 1° d'un frontal en tôle, garni à sa partie interne d'un petit coussin qui s'applique sur le front; du milieu de la face externe de ce frontal part une pince en fil de fer dont les mors, qui se tiennent fermés par l'effet de la forme donnée à la pince, descendent jusqu'au niveau de la tumeur qu'on veut comprimer; 2° d'un compresseur formé d'une petite tige en bois ayant 0m,08 de long et 0m,005 à peu près d'épaisseur, garnie à une extrémité d'une olive creuse en gomme élastique, et présentant le long de la tige cinq ou six petits crans. Le frontal étant fixé à l'aide d'une bande qui fait deux ou trois fois le tour de la tête, l'olive du compresseur est appliquée sur la tumeur lacrymale, et la tige engagée par un de ses crans entre les mors de la pince. La compression, d'abord légère, peut être augmentée progressivement par le malade lui-même, au fur et à mesure que la tumeur, moins sensible, s'habitue à la compression.

Nous avons vu cet appareil appliqué sur ce militaire, et il nous a été facile de nous convaincre, ainsi que l'affirmait M. Bonnafont, qu'il est d'un maintien facile et peu gênant. Au dire du malade, il est si aisément supportable, qu'il a pu lire, se promener, et passer souvent des nuits sans en être incommodé. La compression étant parfaitement limitée sur la tumeur, le mouvement des paupières, pas plus que ceux du globe de l'œil, n'en sont nullement dérangés. Quant au degré de pression qu'il est nécessaire d'exercer au bout de trois ou quatre jours, les malades le règlent eux-mêmes, sentant et comprenant très bien lorsque l'appareil comprime trop ou pas assez.

M. Bonnafont avait commencé, pour opérer cette compression, par se servir d'un tampon de charpie, qu'il remplaça plus tard par de petites rondelles d'agaric taillées en forme de cône. Mais ces agents étant trop durs, M. Bonnafont eut l'idée de les remplacer par des tampons en caoutchouc. Comme il n'en existait pas de tout faits, il en parla à M. Gariel, dont l'esprit inventif ne fait jamais défaut quand il s'agit de donner à cette matière la forme exigée pour les applications chirurgicales.

Deux malades que M. Bonnafont a traités avec l'olive creuse en caoutchouc n'ont plus éprouvé aucune douleur, et la compression s'est faite si méthodiquement, que la guérison n'a pas tardé à en être la conséquence.

Quelques chirurgiens qui ont été à même de voir cet appareil appliqué ont exprimé la crainte qu'il n'eût pour conséquence, en produisant l'adhésion des surfaces intérieures du sac, d'oblitérer entièrement le canal nasal; mais on sait qu'anatomiquement parlant cela n'est pas possible, puisque le bord antérieur de la gouttière lacrymale est assez saillant pour mettre à l'abri de la compression, sinon la totalité, du moins une grande partie de ce conduit.

Bien que les deux malades en question aient guéri sans le secours d'aucun autre moyen, M. Bonnafont a été obligé sur quatre autres malades qu'il a traités par le même procédé d'y faire concourir les injections, d'abord avec de l'eau tiède renouvelée tous les trois jours, puis rendues un peu résolutives, soit en employant une légère infusion de sureau seul ou avec addition d'un peu d'acétate de plomb; chez l'un d'eux il y avait même une fistule complète avec une ouverture qui laissait suinter une assez grande

---

très peu connus en France, même dans nos ports militaires; car le lazaret qui est au milieu de la rade de Lorient est le seul de toutes les côtes de l'Océan et de nos cinq ports militaires.

On nomme lazaret le lieu destiné au débarquement des marchandises et des personnes provenant des pays étrangers et soupçonnées d'apporter des maladies contagieuses. La quarantaine est le temps de relâche imposé aux bâtiments suspects avant qu'ils puissent communiquer avec l'intérieur. Les épidémies qui sont sujettes aux quarantaines sont les trois grands fléaux qui désolent l'humanité, la peste, la fièvre jaune et le choléra, redoutable trinité dont la puissance est également meurtrière. Les quarantaines ont été souvent de vingt et même de trente jours, et l'arbitraire le plus grand présidait autrefois à leur application. Les études faites sur les épidémies ont permis de réduire considérablement cette durée. Si d'une part les intérêts politiques et commerciaux peuvent être lésés par les exigences qu'imposent les lois sanitaires, d'un autre côté l'impérieuse nécessité de veiller sur la santé publique, et aussi d'assurer l'heureux effet que produit sur le moral des populations une vigilance éclairée, a dû faire prévaloir le respect dû à la conservation des peuples sur les dommages privés ou même généraux qui pouvaient résulter d'une sage prévoyance. Toutefois, en donnant à la question hygiénique la prédominance que les lois de l'humanité lui assignaient, il était important que les précautions commandées par l'intérêt général fussent restreintes dans les limites strictement nécessaires. C'est là que la médecine intervint en fixant le temps après lequel toute crainte de voir le fléau se propager devenait superflue. Grâce à elle, la longueur des quarantaines a pu être considérablement réduite, et elle varie, suivant les cas, entre cinq et quinze jours.

Les mesures prises vis-à-vis des personnes et vis-à-vis des choses diffèrent selon les conditions de salubrité du navire. Elles se réduisent cependant à trois principales: évacuation des lieux infectés et isolement des individus suspects, ventilation, purification. La disposition intérieure des lazarets est telle, que les malades sont séparés et ne peuvent communiquer avec les personnes du dehors. Un médecin est attaché à l'établissement; mais la faculté de se faire traiter par un médecin de son choix est laissée à chaque malade, sauf les précautions nécessaires pour sauvegarder la santé publique.

Les marchandises sont placées dans des magasins spacieux et parfaitement secs; elles y sont exposées à la libre circulation de l'air et secouées de temps en temps. Les balles et les colis sont ouverts, les effets sont ventilés; mais le linge et tout ce qui pourrait avoir servi à des personnes mortes ou atteintes d'épidémie est soumis à des purifications plus sévères, aux fumigations de chlore, à l'immersion dans de l'eau de mer et quelquefois au feu, qui, suivant l'adage, purifie tout. Les dispositions précédentes ne sont applicables dans toute leur rigueur que dans les ports pourvus d'un lazaret. Parmi ceux de la marine militaire, Lorient est le seul qui jouisse de cet établissement, encore est-il ordinairement affecté au service de l'artillerie. A Toulon, à Brest, à Cherbourg et à Rochefort, les navires suspects sont mis en quarantaine et sont tenus de l'annoncer en arborant un pavillon jaune. Les malades et les hommes valides restent emprisonnés dans cette étroite enceinte jusqu'au jour où les uns sont transportés dans les hôpitaux de l'État et les autres embarqués de nouveau ou renvoyés dans leurs familles, absolument comme dans les circonstances ordinaires.

De Sébastopol on se rend à Bagtché-Seraï, riche et ancienne cité de la Crimée, et renommée par son palais et ses fontaines, objets des chants de Pauschkine, surnommé le rossignol russe. Le palais de cette ville occupe une enceinte considérable qu'entourent de hautes murailles et une petite rivière profondément encaissée; ce palais a de larges galeries et des peintures brillantes; l'intérieur offre par sa magnificence une véritable page des *Mille et une Nuits*; la salle du divan a une pompe toute royale, et les autres salons qui s'y joignent sont à l'avenant. Plusieurs pavillons isolés contiennent les tombeaux des anciens khans de la Crimée.

On visite ensuite Simphéropol, chef-lieu du gouvernement de la Tauride et autrefois la seconde ville de la Crimée. Cette ville servait jadis de résidence au kalga sultan, c'est-à-dire au second khan; elle était alors ornée de palais, de mosquées, de beaux jardins, dont il reste aujourd'hui peu de traces. Aux rues tortueuses, aux murs élevés, aux bosquets de rosiers de l'antique cité a succédé la froide monotonie des villes russes. Le plan de Simphéropol est assez vaste pour contenir dix fois autant de maisons qu'elle en possède. Elle est baignée par le Salghir, rivière dont les bords sont couverts des plus riches vergers de la Crimée. Simphéropol repose sur un immense plateau où ses rares maisons et ses rues très larges n'offrent point de caractère particulier; mais les environs de cette ville sont charmants.

quantité de matière, et, malgré cette complication, la guérison a été obtenue au bout de deux mois et demi de traitement.

En résumé, sur six malades atteints de tumeur lacrymale, dont cinq au deuxième degré de gravité, toutes anciennes et rebelles à d'autres médications, M. Bonnafont les a guéris par l'usage de son appareil compresseur lacrymal seul ou secondé par des injections. Ces résultats sont dignes de l'attention des praticiens.

Si de nouveaux succès viennent les corroborer, il y a lieu d'espérer que les opérations qui se pratiquent pour ces sortes de maladies seront plus rarement nécessaires. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. MAISONNEUVE.

Kyste butireux du sinus maxillaire simulant un cancer encéphaloïde, même au microscope, diagnostiqué, opéré et guéri.

Il s'agit d'une jeune fille qui, il y a peu de jours encore, avait le visage horriblement déformé par une tumeur considérée comme un cancer encéphaloïde incurable par d'éminents praticiens et un micrographe des plus justement renommés. Cette fille, nommée N... (Victorine-Eléonore), âgée de vingt et un ans, bergère, née à Montmirail, s'aperçut, il y a près d'un an, d'un léger gonflement de la joue du côté droit. Cette tuméfaction fit des progrès rapides et s'accompagna bientôt de violentes douleurs de tête. L'ouverture spontanée d'un petit abcès qui s'était formé vers l'angle interne de l'œil la soulagea momentanément, mais la tumeur principale n'en continua pas moins ses progrès jusqu'au 3 novembre 1854, où elle entra à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Laugier.

A cette époque, le côté droit de la face était le siége d'une tuméfaction énorme qui envahissait le nez, toute la région maxillaire supérieure et la partie interne de l'orbite. La narine droite était distendue et complétement obstruée par une tumeur élastique et saignante; les os du nez étaient refoulés et en partie détruits. L'œil était repoussé en dehors. La peau qui recouvrait la tumeur était amincie et luisante; elle était le siége de deux ulcérations profondes situées l'une près l'angle interne de l'œil, l'autre sur la partie la plus saillante de la tuméfaction. De violentes douleurs s'irradiaient dans tout le côté droit de la face et ne laissaient à la malade aucun repos.

En présence de ces symptômes, on ne pouvait guère douter qu'on n'eût affaire à un cancer encéphaloïde des plus graves. Tel fut en effet le diagnostic de M. le professeur Laugier; tel fut aussi celui d'un savant micrographe, à l'examen duquel on crut devoir soumettre une portion de la tumeur qu'on excisa dans ce but.

Pendant six semaines que la malade resta dans les salles de la clinique de l'Hôtel-Dieu, où elle fut soumise à des examens multipliés, rien ne vint infirmer le diagnostic, et le mal, dont les progrès étaient incessants, parut tellement au-dessus des ressources de l'art que l'on ne crut pas même devoir tenter l'opération. C'est dans ces conditions désespérées que la malade vint à l'hôpital de la Pitié se confier aux soins de M. Maisonneuve.

En présence de cette affection si grave, au moins en apparence, ce chirurgien ne put se défendre d'un moment d'hésitation; mais, en voyant cette jeune fille pleine de vie et de courage, il ne put se résoudre à l'abandonner à une mort horrible sans tenter quelque chose pour la guérison.

Déjà, tout en explorant la tumeur, il commençait à combiner dans sa pensée le plan d'une opération terrible, quand après vingt minutes environ de l'examen le plus minutieux, le plus approfondi, dans le but, autant peut-être de déterminer les limites exactes du mal que d'en apprécier la nature, M. Maisonneuve déclara que ce prétendu cancer encéphaloïde pourrait bien n'être qu'un kyste butireux du sinus maxillaire, auquel cas la malade serait guérie en peu de jours. Ce diagnostic lui avait été suggéré pendant son exploration par la circonstance que la pression de ses doigts faisait sourdre de la narine une matière butireuse analogue à celle que l'on voit dans certains kystes sébacés du cuir chevelu.

Heureux de cette découverte si inattendue, M. Maisonneuve fit immédiatement par la narine une ponction qui pénétrait jusqu'au centre de la tumeur, et, combinant à la fois les pressions et les injections, il parvint à extraire de cet énorme kyste, gros comme les deux poings environ, une matière suifeuse, blanche.

Aucun accident ne suivit cette opération. Pendant cinq ou six jours M. Maisonneuve se contenta de faire dans l'intérieur du kyste des injections détersives, sous l'influence desquelles la tumeur revint sur elle-même, et les traits du visage ne tardèrent pas à reprendre leur forme naturelle.

Quinze jours à peine se sont écoulés depuis cette heureuse opération, et la malade, qui, naguère hideuse et difforme, semblait vouée à une mort prochaine, a recouvré aujourd'hui toute la régularité de ses traits, et semble toute disposée à parcourir une longue existence.

DE L'EFFICACITÉ D'UNE ALIMENTATION TONIQUE SUR LA CHOLÉRINE DES ENFANTS

et de l'influence de la saison des châtaignes sur cette affection.

Par M. le docteur Rousse, de Bagnères-de-Bigorre.

Sunt nobis humida arva et castaneæ : ce qui signifie que Bagnères-de-Bigorre est entouré d'eau et qu'il y a d'excellentes châtaignes qui restaurent pendant l'hiver nos lymphatiques scrofuleux, qui ne sont goîtreux que parce qu'ils se nourrissent mal et travaillent faiblement et longtemps. Telle est notre endémie goîtreuse.

Ce que j'avance encore à cette heure, et ce que la *Gazette des Hôpitaux* a déjà imprimé, s'applique de plus à la diarrhée (cholérine) qui a décimé, non les fils des riches, qui sont bien nourris, bien couverts, bien logés, mais les enfants des pauvres.

En effet, la diarrhée des premiers a vite et en partie disparu à l'aide des moyens ordinaires; diète légère, eau de riz, lavements amidonnés, parfois sangsues, parce qu'il y avait chez eux plus d'irritation que de faiblesse; et non chez les derniers, qui sont la plupart étiques pendant tout le temps qu'il ne nous a pas été donné de les tonifier par la châtaigne bouillie, les bouillons et le jus de viandes, la brebis, qui est à cette époque peu chère.

Je crois qu'ici le tube intestinal est loin d'être irrité, mais qu'il est affaibli par manque d'influx nerveux nécessaire pour l'accomplissement normal de ses fonctions.

Quoi qu'il en soit, voici quelques observations sur ce sujet:

La châtaigne est composée de fécule, de gluten, de matière sucrée et de beaucoup de tanin par incorporation ou autrement; et s'il est vrai que les diarrhées ont sévi fortement cette année, principalement sur nos enfants lymphatiques, débilités, je crois pouvoir avancer qu'un traitement tonique et nourrissant doit leur être appliqué.

Obs. I. — Marie Védère, âgée de vingt-deux mois, lymphatique, présente, le 15 juillet 1854, les symptômes suivants : malaise général; anorexie; pesanteur dans l'abdomen se propageant de proche en proche pour se fixer sur l'S iliaque et sur le rectum; évacuations tout à coup liquides, jaunâtres, au nombre de dix, douze par jour; langue pâle, blanchâtre et humide; pouls petit et lent, un peu fébrile le soir; sueur froide; peau très pâle; urines blanchâtres, chaudes et rares; sommeil par moments, mais court. Reste de l'économie à l'état normal. — Eau de riz; lavements de son; cataplasmes émollients sur le ventre; chaleur.

Le 16, même état. — Bouillon; jus de viandes.

Le 17, même état. Selles plus liquides, moins jaunâtres, contenant quelques grumeaux semblables à du riz crevé.

Enfin cette diarrhée a ainsi continué, et vers le 20 octobre la malade vomit tout ce qu'elle ingère dans son estomac.

Ces vomissements disparaissent par l'application d'un vésicatoire sur le creux de l'épigastre.

La diarrhée a néanmoins continué avec une intensité augmentant d'heure en heure.

Ne sachant plus que faire, et voyant que ma petite malade s'affaiblissait de plus en plus, j'ai fait longtemps bouillir quatre châtaignes, que j'ai données à manger petit à petit à notre patiente.

Le 26, le pouls s'est relevé; quatre selles pendant la nuit, plus consistantes; langue rosée, soif moindre; plus de chaleur à la peau, inquiétude moindre, désir plus prononcé de boire du bouillon; pression sans nul effet sur le ventre; urines moins chaudes, plus claires et plus abondantes. — 6 à 8 châtaignes, bouillon, jus de viandes.

Le 5 novembre, la petite entre franchement en convalescence.

Obs. II. — Le 1er octobre 1854, un enfant de six ans, très lymphatique, arrive de Bagnères-de-Luchon avec une potion laudanisée qui a été sans effet pour arrêter sa diarrhée, qui datait d'un mois. Nul signe d'inflammation chez lui, si ce n'est une grande soif, une grande pâleur, des urines chaudes et rares, des pesanteurs dans le bas-ventre et une insomnie continue et agitée. — Je prescris la diète, de l'eau de riz, un lavement d'eau tiède, puis un quart de lavement avec une cuillerée d'amidon (serigue d'enfant).

Le 2, selles liquides, jaunâtres, très abondantes. La tisane prise est aussitôt convertie en diarrhée. Urines rares; chaleur à la bouche; soif intense; langue petite et blanchâtre; peau froide; grande faiblesse; pouls petit et lent; même état. — Même prescription.

Le 3, la mère de cet enfant me fait observer que vers sept à huit heures du matin son enfant paraît disposé à prendre quelque chose. Je lui donne alors trois châtaignes bouillies en petite quantité et par moments. Le soir il en mange deux autres. Enfin, à l'aide de cette alimentation, du bouillon et du jus de viandes, son appétit revient, ses selles diminuent, se solidifient petit à petit, et le 3 novembre il est guéri.

Obs. III. — Le 11 août 1854, un enfant de vingt-trois mois, sevré depuis quelques jours, bien constitué quoique lymphatique, grand et très développé pour son âge, devient tout à coup, et sans cause connue, triste, abattu. Chaleur dans les mains et sur le front; somnolence; chaleur à la bouche; langue petite et blanchâtre; soif intense; ventre très chaud et sensible en bas à la pression; urines chaudes et blanchâtres; huit selles très abondantes, liquides et jaunâtres; pouls petit et lent; nuit agitée, quoique dormant. — Eau de riz; cataplasmes émollients sur le ventre; lavement d'eau douce.

Le 12, pouls petit et fréquent; peau froide; grande pâleur; chaleur à la bouche; soif intense; faiblesse et moins de somnolence; douze selles liquides et très jaunâtres; urines rares; sensibilité du ventre moindre; cœur et poumons à l'état normal. — Lui redonner le sein. Prescription *ut suprà*, plus un quart de lavement avec une cuillerée à bouche d'amidon.

Le 13, même état. Même prescription. Selles plus nombreuses; plus de faiblesse. Le petit malade tette sans force.

Enfin, le 20 septembre l'état du malade est moins satisfaisant encore, et sa faiblesse si grande que, désespéré, je lui fais manger avec la plus grande difficulté trois châtaignes bouillies, qu'il prend d'abord avec dégoût, mais qu'il finit par ingurgiter dans son estomac.

Dès cet instant tout semble s'améliorer. L'appétit revient comme la chaleur; sa bouche est moins chaude; son ventre s'affaisse; trois selles plus consistantes; urines plus limpides; sommeil; il tette avec force. — Bouillon; jus de viandes; châtaignes.

Enfin, le 27 septembre l'enfant est tout à fait bien.

Obs. IV. — Faget (de Revel), sept ans, bien constitué, bien nourri, bien vêtu, bien couché, appartenant à une famille très riche, arrive de Luchon affecté de diarrhée intense sans cause connue. Langue large et rouge sur ses bords; pouls plein; chaleur à la peau; face colorée; envies de vomir; ventre tendu et douloureux; urines chaudes et rares; soif intense. — Diète; eau de riz avec sirop de coings; lavements émollients; cataplasmes de son sur l'abdomen, puis un quart de lavement avec une cuillerée à bouche d'amidon.

Après six jours de ce traitement, la diarrhée a complétement disparu, lorsque dans la même ville de Bagnères, où se trouvait notre malade, les enfants mouraient de cholérine en assez grand nombre.

Dans ce cas, j'avais affaire à une véritable inflammation du tube intestinal; c'est pourquoi rien de tonique n'a été prescrit.

Conclusion. — J'ai soigné quatre-vingts enfants débiles et lymphatiques affectés de cholérine depuis le 22 juillet jusqu'au mois de novembre. Aussi, pour éviter toute répétition de symptômes et de traitement tonique, je ne relate pas d'autre observation, parce que je suis convaincu que la lecture de celles que je viens de rapporter suffira pour prouver l'efficacité de l'alimentation que j'ai mise en pratique. Cette médication, au reste, est naturellement et par hasard employée depuis longtemps dans nos contrées. Nos vieilles femmes, en effet, savent que toute diarrhée, épidémique ou non, mais jamais inflammatoire, disparaît lorsque la saison des châtaignes arrive.

En revenant, on nous fit transporter à Constantinople, où on a disposé plusieurs grands hôpitaux pour l'armée alliée, les blessés du combat du 5 novembre. On nous en mit 300, dont 135 amputés. Nous les avons gardés à bord pendant trois jours; vous pouvez juger de l'ouvrage que nous avons eu; de quatre du matin à onze heures du soir nous étions constamment occupés à faire des pansements.

Tous les amputés russes avaient été blessés à la jambe droite et au bras gauche; plusieurs d'entre eux sont morts pendant la traversée succombant aux atteintes de l'infection purulente. Nous avons pu observer toute la série des plaies produites par les armes à feu, depuis la simple plaie faite par la balle et la baïonnette jusqu'aux énormes pertes de substance, aux grands délabrements produits par le boulet de canon et les éclats d'obus et de mitraille. C'est vraiment une triste chose que la guerre quand on la voit ainsi dans ses plus affreux résultats!

Je terminerai par quelques mots sur la fabrication du biscuit de mer, détails qui ne seront pas de trop, je l'espère, dans ce feuilleton.

Parmi les annexes ordinaires des arsenaux, se placent en première ligne les manutentions, c'est-à-dire les établissements consacrés à la préparation et à la conservation des vivres de la marine. Autrefois les commandants des bâtiments de guerre étaient, comme les capitaines des navires du commerce, chargés de pourvoir à la nourriture de leurs états-majors et de leurs équipages, moyennant une allocation proportionnée au nombre d'hommes embarqués, et c'est ce qui se pratique encore dans la marine anglaise. L'entreprise de la fourniture des vivres a été ensuite donnée à un munitionnaire général. Enfin le service des subsistances a été et est encore confié à une administration spéciale, qui le régit sous le contrôle du commissariat.

Lors de la création de ce service, la fabrication des aliments avait pris une extension considérable, que l'on a restreinte depuis à la boulangerie et aux salaisons. Sous le premier titre nous comprenons la préparation du biscuit de mer. Elle a singulièrement exercé la sagacité des hommes spéciaux dans ces dernières années, sans cependant avoir été beaucoup améliorée, puisque la principale condition que le biscuit doive remplir, une longue durée à bord des bâtiments, n'a pas encore été réalisée.

Le biscuit reste au four plus longtemps que le pain ordinaire, mais il n'est pas cuit deux fois, comme son nom semble l'indiquer. On l'obtenait dans l'origine en formant une pâte que l'on grillait sur des charbons ardents et que l'on retournait lorsque le premier côté était cuit. Il y a loin de ce procédé grossier à celui qu'on emploie aujourd'hui. Des machines pétrissent la pâte, la coupent en galettes et la façonnent avec une admirable promptitude; portée ensuite dans des fours d'où on ne la retire qu'après l'évaporation complète de l'eau qui a servi à la pétrir, elle n'arrive au degré de dessiccation qu'on lui connaît qu'après un séjour d'au moins six semaines dans des étuves. Néanmoins le biscuit, qui a d'ailleurs tous les défauts des pains sans levain, se détériore rapidement lorsqu'il est enfermé dans les cales toujours humides des bâtiments à la mer. Quatre mois suffisent, et souvent moins, pour le rendre aussi malsain que désagréable au goût : les insectes qui pullulent sous les tropiques s'y insinuent, malgré toutes les précautions prises pour les éloigner; alors il n'offre plus qu'une alimentation nauséabonde, et la nécessité peut seule en commander l'emploi.

Cornet.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. Decq;
A Genève, à la librairie de Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

L'Homœopathie et le choléra en 1854, à Marseille. Réponse aux homœopathes en général, et à M. Chargé en particulier, par M. le docteur Frédéric Cruchet, membre correspondant de la Société chirurgicale d'émulation et du Cercle médical de la Faculté de Montpellier, ancien médecin adjoint honoraire du Lazaret de la Gironde, ancien médecin sanitaire, membre du Comité médical des Bouches-du-Rhône, et membre titulaire de la Société impériale de médecine de Marseille. Prix : 1 fr.; dans toutes les librairies médicales.

Réflexions critiques sur l'homœopathie, par M. le docteur Labbey (de Bayeux). In-8°. Prix : 2 fr. — Paris, chez Labé, place de l'Ecole-de-Médecine.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 20 décembre 1854. — Présidence de M. Huguier.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. Giraldès lit, au nom de M. Prescott Hevett, une lettre qui renferme des détails explicatifs sur une observation de fracture du crâne déjà communiquée à la Société. (Renvoi de cette lettre à M. Robert.)

RAPPORTS.

M. le docteur Desormeaux lit un rapport sur quelques observations adressées à la Société par M. le docteur Lambert (de Montigny-sur-Aube).

Les conclusions de ce rapport sont d'adresser des remercîments à l'auteur et de déposer son travail aux archives de la Société. (Adopté.)

— M. le docteur Cullerier fait le rapport suivant sur un ouvrage adressé à la Société par M. le docteur Putégnat (de Lunéville) :

Messieurs, vous m'avez chargé de vous faire un rapport verbal sur un ouvrage qui a pour titre : *Histoire et thérapeutique de la syphilis des nouveau-nés et des enfants à la mamelle*, par M. le docteur Putégnat (de Lunéville).

L'auteur commence par déclarer qu'en abordant une question si neuve, si vaste et si digne d'intérêt, son but n'est pas de faire une monographie complète, mais un tableau, dans lequel il s'efforce de représenter avec précision, clarté et indépendance, tout ce qui est écrit d'important jusqu'à ce jour sur la syphilis infantile.

Cette déclaration me met tout d'abord à l'aise pour le compte rendu de ce travail, puisque ce n'est plus avec M. Putégnat que j'aurai à discuter, mais bien avec tous les auteurs qu'il cite, et dont les opinions sont bien connues dans la science.

Ainsi il rappelle la classification de Bertin, celle de M. Lagneau, puis il fait connaître la sienne, qui ne diffère de cette dernière que par le classement des symptômes, et il décrit ceux-ci suivant qu'ils affectent la peau, les muqueuses, le système lymphatique, le tissu ostéo-fibreux, les viscères splanchniques, le système nerveux.

Il n'y a assurément rien de nouveau dans cette division qui, outre qu'elle est la plus claire, est aussi la plus facile à décrire. Pour la développer, l'auteur s'est beaucoup appuyé sur les travaux modernes; pour les affections de la peau et l'aspect général des enfants vérolés, sur le mémoire de MM. Trousseau et Lasègue, publié il y a quelques années dans les *Archives de médecine*, pour le pemphigus, il fait connaître l'opinion de M. le professeur Dubois, celles de MM. Cazenave, Bouchut, Depaul, Vidal (de Cassis), celles de MM. Ricord et Cazeaux, de tous ceux enfin qui se sont occupés plus ou moins de la question. Il rappelle fidèlement ces opinions, mais il se garde de faire connaître la sienne.

Même remarque sur le chapitre des altérations des viscères, où l'auteur transcrit presque textuellement et la manière de voir de M. Dubois sur la suppuration du thymus, et celle de M. Depaul sur un mode particulier d'hépatisation pulmonaire attribué à la syphilis, et l'opinion du professeur Simpson (d'Edimbourg) sur la péritonite syphilitique, et enfin de longs passages du beau travail de M. Gubler sur l'altération du foie.

A part quelques exagérations de détail, à part quelques passages trop forcés et trop sombres, le tableau de la syphilis infantile que vient de tracer M. Putégnat est exact.

J'aurais voulu seulement que l'auteur fît un peu plus refléter dans cet ouvrage les convictions qu'a dû lui donner sa pratique personnelle. C'est certainement très bien à un écrivain de rapporter fidèlement les opinions diverses qui ont cours dans la science, mais il faut compléter cette exactitude par un peu de critique et par l'énoncé de ses propres opinions, sans quoi on s'expose à faire une œuvre dénuée de tout intérêt.

Cette remarque s'applique surtout aux grandes questions doctrinales de la syphilis, telles que l'identité du chancre et de la blennorrhagie, la contagion des accidents secondaires, l'hérédité. On voit bien que M. Putégnat est identiste; on voit bien qu'il croit à la contagion de la syphilis secondaire; on voit bien qu'il adopte l'idée si générale de l'hérédité paternelle, mais c'est bien plus par les mots que par les faits que cette opinion se révèle, et à part quelques observations recueillies par lui-même, c'est surtout dans celles des autres qu'il trouve ses preuves.

Quant aux divers traitements préconisés contre la syphilis infantile, l'auteur les indique scrupuleusement. Il fait une grande part au traitement direct et externe. Cette manière d'administrer le mercure, que j'ai cherché à réhabiliter dans un mémoire inséré dans le *Bulletin de thérapeutique*, paraît avoir toute l'approbation de M. Putégnat, et je suis heureux de lui voir adopter mes arguments en faveur de cette médication, dont j'obtiens tous les jours de si beaux résultats.

On le voit, M. le docteur Putégnat a mis à profit, ou pour mieux dire a rappelé les travaux de ses contemporains aussi bien que les travaux plus anciens; mais on a lieu de s'étonner de l'entendre dire que l'étude sérieuse de la syphilis infantile ne remonte qu'à quelques années. Cette allégation n'est pas juste pour le plus grand nombre des auteurs classiques qui, en écrivant sur la syphilis en général, ont tous, ou à peu près, consacré quelques chapitres spéciaux à celle des enfants. C'est faire trop bon marché des ouvrages de la fin du siècle dernier, parmi lesquels il faut signaler les mémoires si remarquables de Faguier et de Doublet, qui ont mis à profit la position qu'ils occupaient à la tête de l'hospice de Vaugirard, consacré à cette époque, comme chacun le sait, au traitement des femmes enceintes, des nourrices et des enfants syphilitiques. C'est trop oublier le *Traité de la maladie vénérienne chez les enfants nouveau-nés* de Bertin, traité si remarquable à beaucoup d'égards, d'une description si souvent exacte, et qui, portant le millésime de 1810, est encore de nos jours consulté avec fruit par les praticiens qui étudient ou qui veulent écrire sur la syphilis infantile.

Je ne cite que ces auteurs, parce que leurs ouvrages traitent tout spécialement de la syphilis des nouveau-nés, car si je devais nommer tous ceux qui ont étudié la question d'une manière incidente, il me faudrait faire une liste bien longue, commençant à Jacques Catanes pour ne finir que de nos jours; et dans tous ces ouvrages je trouverais des passages très sérieux, pour parler comme M. Putégnat, et j'ajoute, des pages très instructives et très bonnes à méditer.

Les travaux modernes, parmi lesquels je place le livre dont j'ai l'honneur de vous rendre compte, éclaireront certainement cette question si intéressante et si délicate; mais ils n'ont pas encore fait oublier les travaux anciens dans lesquels on peut puiser à pleines mains et qu'on prend encore souvent pour modèles.

Je ne terminerai pas ce que j'ai à dire de l'opuscule de M. Putégnat sans déplorer qu'il ait cru devoir accepter certaines expressions malheureuses qui dans une autre enceinte ont pu échapper à l'improvisation d'un savant professeur, mais qui sont déplacées dans un ouvrage écrit avec réflexion et maturité. Or l'épithète de chancriers, que M. Putégnat semble se complaire à adresser aux adversaires de ses opinions, est un mot tout à fait extra-scientifique que la Société de chirurgie n'a pas voulu laisser passer dans ses discussions et qu'elle regrettera sans doute de voir imprimé dans un livre dont l'auteur, par d'autres travaux nombreux, a droit à sa sympathie.

PRÉSENTATION DE PIÈCES ANATOMIQUES.

M. Maisonneuve présente un anévrisme poplité provenant d'un homme qui a succombé dans son service après avoir subi la ligature de l'artère fémorale.

Avant de pratiquer cette opération, l'on fit quelques essais de compression; mais cette méthode de traitement n'ayant point donné les résultats désirables, on lia la fémorale. La gangrène envahit le membre, et au bout de quinze jours environ le malade succomba.

L'examen de la pièce anatomique fait voir que l'anévrisme s'est développé à la partie antérieure de l'artère; la face postérieure du vaisseau est saine.

M. Maisonneuve présente en même temps une artère carotide primitive sur la partie moyenne de laquelle il a appliqué une ligature. Un caillot se voit au-dessous de cette ligature, qui a été pratiquée il y a deux ans.

M. Huguier demande pourquoi l'on a dû interrompre la compression?

M. Maisonneuve insiste d'abord sur la gravité de la ligature de l'artère carotide primitive. Il a pratiqué un assez grand nombre de fois cette ligature, et c'est ainsi qu'il en a reconnu le danger. Il a vu plusieurs fois, dans ce cas, les malades succomber par la gangrène du cerveau. Dans un fait remarquable à cet égard, l'hémiplégie a été instantanée, et le malade a succombé au bout de quelques jours. M. Maisonneuve croit, au contraire, que la ligature de la carotide externe n'a point une pareille gravité; il l'a pratiquée six ou sept fois, et il n'a eu qu'un seul accident, qui même ne peut être rapporté à l'opération. Il préconise donc cette ligature de la carotide externe et engage es chirurgiens à y avoir recours, quand elle est praticable, dans les cas où la ligature de la carotide primitive n'est point toujours indiquée.

M. Boinet demande de quel côté a eu lieu l'hémiplégie dans la ligature de la carotide primitive?

M. Maisonneuve répond que l'hémiplégie a eu lieu suivant les règles physiologiques connues.

M. Giraldès. Les résultats annoncés par M. Maisonneuve sont déjà connus d'une façon générale; mais il ne faut point les accepter d'une manière absolue, car il y a des distinctions importantes à faire. Ainsi l'on peut citer des faits où l'on a lié des deux côtés l'artère carotide primitive sans accident; il faut donc tenir compte de l'état du malade et des conditions anatomiques de l'appareil circulatoire cérébral.

M. Maisonneuve ne veut point proscrire la ligature de la carotide primitive, mais il veut appeler l'attention sur l'importance et la fréquence de ces accidents.

M. Robert établit d'abord que l'opinion de M. Maisonneuve sur la gravité de la ligature de la carotide primitive n'est point chose neuve, et il ajoute que tout chirurgien qui connaît la science des indications ne fera jamais cette ligature au lieu d'une autre déjà reconnue moins grave.

La gangrène du cerveau a été observée par M. Sédillot, Porter, etc.; mais il faudrait dire dans combien de cas cette gangrène a eu lieu et quel était alors l'état du système artériel cérébral. M. Robert est porté à faire ici cette remarque, parce qu'on a lié plusieurs fois et avec succès les deux artères carotides. La guérison a eu lieu lorsque ces ligatures n'ont pas été faites à trop court intervalle de temps l'une de l'autre. Dans un cas de Langenbeck, l'on fit la seconde ligature trois jours après la première, et la mort eut lieu. M. Robert a de son côté rapporté un cas de guérison de ligature des deux carotides. M. Maisonneuve pense qu'il vaut mieux recourir à la ligature de la carotide externe; mais MM. Velpeau et Sédillot ont avant notre collègue lié la carotide externe et n'ont point obtenu de résultats bien brillants. D'ailleurs, si M. Maisonneuve veut que ses opinions soient discutées à fond, il faut qu'il complète sa communication en y ajoutant des détails plus précis.

M. Maisonneuve répond qu'il a seulement voulu communiquer ici quelques remarques et non un travail complet; il discute ensuite certaines objections qui lui ont été faites. Ainsi il indique d'abord quatre cas de gangrène sur onze ligatures de la carotide primitive. Quant à la ligature de la carotide externe, elle n'a donné lieu qu'à un seul accident, une petite hémorrhagie, pour laquelle on a lié la carotide primitive. Cette dernière ligature a été suivie de mort. L'âge des malades opérés était vingt-huit à trente ans.

M. Maisonneuve fait ensuite quelques remarques sur l'application de la compression au traitement de l'anévrisme poplité. Il rappelle d'abord que les instruments étaient mal conditionnés. On en a fait deux, mais aucun n'était construit d'une manière satisfaisante; on a dû les modifier. Mais il survint des douleurs, puis des eschares dans la région inguinale, et c'est l'apparition de ces accidents qui a déterminé à faire la ligature. La gangrène qui s'est montrée a commencé par les orteils.

M. Follin prie M. Maisonneuve de préciser mieux qu'il ne l'a fait le genre de compression mise en pratique. S'est-on servi d'une compression unique ou double, continue ou alternante? Il serait à désirer que les moindres détails de ce fait fussent publiés pour qu'on pût lui assigner sa véritable place dans l'histoire de la compression appliquée au traitement des anévrismes.

M. Broca. Le malade de M. Maisonneuve était dans d'assez bonnes conditions; mais c'était un homme à fibres molles, et chez de semblables individus la guérison est moins facile que chez d'autres, car le sang n'est pas très plastique; d'ailleurs l'artère était en bon état. Plusieurs instruments compresseurs ont été construits pour être appliqués ici, mais l'on n'est point arrivé à la perfection à cet égard. Toutefois, dans les trois ou quatre premiers jours de ce traitement, il est survenu une diminution notable de la tumeur. Pendant que les appareils à compression alternative faisaient défaut, on appliqua une sorte de brayer compresseur. A la vérité, un semblable instrument a donné quelques succès à Thillaye, à Charleton, à Verdier; mais ici la compression se fait en un seul point, au pli de l'aine, et n'offre que des chances assez petites de succès.

M. Broca croit devoir entrer dans ces explications pour établir que la compression double et alternative n'a point été essayée ici d'une manière convenable. Il se joint à M. Follin pour demander à M. Maisonneuve une observation détaillée de ce fait, afin qu'on sache bien quel mode de compression a été mis en pratique. Il croit qu'il y avait quelque amélioration lorsque l'on a cessé la compression alternative.

M. Maisonneuve rappelle qu'il s'est servi tant qu'il a pu de l'instrument à double compression; mais il reste dans sa pensée que cet instrument est d'une application fort difficile. C'est par l'insuffisance de cet appareil qu'il fut conduit à se servir du brayer compresseur.

M. Giraldès constate que l'insuccès provient du défaut d'un appareil bien fait et peut-être aussi d'un manque de persévérance. Il existe des appareils compresseurs bien conditionnés, et celui de Carte, qui est dans ce cas, a pu être vu par tous les fabricants d'instruments à l'exposition de Dublin.

M. Broca a trouvé une obscurité très grande dans la description de l'appareil de M. Carte. Il l'a modifié en ajoutant une gouttière qui va du bassin à la cuisse et qui fait ainsi partie du corps. Il y a aussi une gouttière latérale sur laquelle on peut appliquer des tiges supportant des pelotes compressives. C'est cet appareil modifié dont s'est servi M. Depaul.

— La Société se réunit à cinq heures en comité secret.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société : E. Follin.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, en date du 26 décembre 1854, à partir du 1er janvier 1855, le traitement fixe des professeurs de la Faculté de médecine de Paris est reporté de 6,000 à 7,000 fr.

A partir de la même époque, le droit de présence aux examens alloué aux professeurs des Facultés des lettres et des sciences est porté de 5 à 7 fr.

Le maximum des traitements éventuels est maintenu ainsi qu'il suit dans les Facultés des lettres et des sciences de Paris :

Pour les professeurs, à 5,000 fr.;
Pour les agrégés, à 2,500 fr.;
Pour les secrétaires, à 5,000 fr.

— Par divers décrets, ont été promus ou nommés dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier.—M. Scoutetten, médecin principal de 1re classe.
M. Malgaigne, professeur à la Faculté de médecine de Paris.
M. Dufour, second chirurgien en chef de la marine.
M. De Laporte, chirurgien de 1re classe de *la Forte*.
M. Dutrouleau, premier médecin en chef à la Guadeloupe.
Au grade de chevalier.—M. le docteur Aubin Desfougerais.
M. Béving, médecin major de 1re classe au 2e régiment du génie.
M. Berthemot, médecin major de 2e classe à l'hôpital de Marseille.
M. Tourny, médecin major de 1re classe au 25e de ligne.
M. Herbin, médecin major de 2e classe au 3e régiment de chasseurs.
M. Rollinger, médecin major de 2e classe au 10e léger.
M. Doury, chirurgien aide-major au 3e régiment d'infanterie de marine.
M. Jossic, médecin professeur.
M. Hubac, ancien chirurgien de 2e classe de la marine.
M. Poumeau, chirurgien de 2e classe de la marine.

— Le concours pour l'agrégation en médecine à la Faculté de Montpellier est sur le point de se terminer : une seule thèse, celle de M. Girbal, reste à discuter. — Immédiatement après commencera le concours pour la section de chirurgie : un des candidats inscrits, M. Camille Bernard (d'Apt), a écrit à M. le doyen pour annoncer qu'il se retire du concours.

— Un concours pour une place d'interne dans les hôpitaux vient d'avoir lieu à la Faculté de Montpellier; les candidats ont été classés dans l'ordre suivant : MM. Estor, Pécholier, Coulon, Puech, Bertin, Valette. En conséquence, M. Estor a été nommé.

— M. le docteur Phillips commencera un cours des maladies des voies urinaires le mardi 16 janvier, dans l'amphithéâtre no 2 de l'Ecole pratique, et il le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues à la Faculté de médecine par MM. :

Clin, né le 27 juin 1826 à Beauvais (Oise); *De la fièvre typhoïde.*

Liégard, né le 25 octobre 1827 à Caen (Calvados); *Considérations pratiques sur la nature et le traitement de la fièvre cérébrale ou encéphalo-méningite.*

Batailley, né le 4 janvier 1828 à Saint-Symphorien (Gironde); *Considérations sur les phénomènes de la vie nutritive et leurs rapports avec le système nerveux.*

Deglo de Besses, né le 31 octobre 1826 à Silhac (Ardèche); *De la suette miliaire.*

Boucher, né le 1er avril 1828 à Saint-Amand (Nièvre); *Quelques considérations sur la paralysie essentielle de la vessie.*

Nous rappelons à MM. les docteurs que leurs thèses seront annoncées dans l'un des numéros qui suivra la remise qu'ils en auront faite à notre bureau.

Le Gérant.
Paris. — Typographie de Plon frères, rue Garancière, 8.

N° 3. — MARDI 9 JANVIER 1855. (28e ANNÉE.) N° 3. — MARDI 9 JANVIER 1855.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Discours prononcé par M. Grisolle sur la tombe de M. le professeur Requin. — CLINIQUE DE LA VILLE. Observation de roséole cholérique, suivie de réflexions sur les exanthèmes consécutifs au choléra. — Epilepsie chez un enfant de quinze ans traitée et guérie par l'emploi de l'oxyde de zinc. — De la présence de la graisse dans les excrétions. — Un mot de réponse aux contradictions de quelques docteurs. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, séance du 27 décembre 1854. — Chronique et nouvelles. — FEUILLETON. Des premières vérités sur la médecine.

PARIS, LE 8 JANVIER 1855.

Nous avons donné il y a huit jours quelques trop courts détails sur la carrière si bien remplie et si prématurément tranchée de M. le docteur Requin; nous sommes heureux de pouvoir les compléter aujourd'hui en mettant sous les yeux de nos lecteurs les simples et dignes paroles prononcées sur sa tombe au nom de la Faculté de médecine par l'honorable M. Grisolle.

Messieurs,

Nos pertes se multiplient avec une effrayante rapidité. Que de deuils depuis cinq ans n'avons-nous pas conduits! Blandin, Marjolin, Fouquier, Royer-Collard, Richard, Orfila, ne sont plus. Il y a peu de mois nous accompagnions les restes mortels d'un de nos plus illustres vétérans, ceux du professeur Roux, et aujourd'hui nous adressons de suprêmes adieux à l'un des plus jeunes, à l'un des derniers venus parmi nous, à Pierre-Achille Requin, professeur de pathologie interne à la Faculté de médecine de Paris, l'un des médecins de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie impériale de médecine, chevalier de la Légion d'honneur.

Requin nous est ravi dans la vigueur de l'âge, à l'apogée du talent et presque au moment où la fortune, si longtemps marâtre pour lui, avait enfin récompensé une vie toute de travail, de persévérance et d'honneur.

Requin, messieurs, ne naquit point sous une étoile favorable. Fils d'un glorieux soldat qui avait conquis l'épée de général sur les champs de bataille de la République et de l'Empire, il perd prématurément son père et, encore enfant, il tombe de l'opulence dans un état voisin de la misère. Mais le travail et d'heureuses dispositions l'avaient déjà signalé à ses maîtres, qui l'adoptent et développent chez lui ce goût, cette passion qu'il eut toujours pour ces grands modèles que l'antiquité grecque et l'antiquité latine ont légués à notre admiration. Un invincible attrait le poussait pourtant vers la médecine; mais son indigence semblait devoir lui fermer à jamais l'accès d'une science aussi difficile que la nôtre et si longue à apprendre. Son énergie le fit triompher de cet obstacle. Requin, quittant à peine les bancs du collége, presque encore élève, se fait maître à son tour. Il devient le seul instituteur d'une de ses sœurs et lui ouvre une honorable carrière; il donne des répétitions de grammaire, et c'est avec le modique produit de ses leçons qu'il vient en aide à sa nombreuse famille, qu'il commence et achève des études qui doivent plus tard lui donner sinon la fortune, du moins l'indépendance et la gloire. Touchante ressemblance de Requin avec plusieurs des hommes qui ont illustré notre Faculté, avec plusieurs de nos anciens maîtres, Boyer, Antoine Dubois, Dupuytren, Marjolin et tant d'autres qui, nés pauvres aussi, mais infatigables pour le travail, sont parvenus à la célébrité. Comme ses illustres devanciers, Requin n'est sorti de la misère que par le travail; il n'a rien dû au hasard, rien à l'intrigue, rien à la faveur. Les positions élevées qu'il a occupées dans l'enseignement et dans les hôpitaux, il les a conquises au concours; le libre choix de ses collègues, dicté par l'éclat de services rendus, l'a appelé à siéger à l'Académie de médecine, et la croix de la Légion d'honneur a été une distinction sollicitée par le conseil général de Vaucluse qui, interprète des vœux de toute une population reconnaissante, obtint cette récompense pour le médecin courageux qui avait couru affronter l'épidémie cholérique de 1835.

L'année 1829 marque pour Requin le début de ses travaux, de ses luttes, de ses succès. A peine est-il reçu docteur, qu'un brillant concours le place au nombre des agrégés de notre Faculté. Ce précoce triomphe excite son courage, et on le voit aussitôt commencer cette lutte que j'appellerai volontiers héroïque, car elle n'a pas duré moins de vingt-deux ans, et qui, après de nombreuses vicissitudes, a abouti à une victoire décisive et méritée. Les connaissances de Requin étaient si vastes, si variées, son ardeur pour le travail si infatigable, qu'on l'a vu disputer avec honneur les chaires de physiologie, de thérapeutique et de matière médicale, de pathologie interne et même d'hygiène, c'est-à-dire l'enseignement d'une science qui est l'application de toutes les sciences médicales, naturelles et physiques. Si dans ces quatre premiers concours Requin n'a pas atteint le but que son courage se proposait, sa réputation pourtant a grandi après chacune de ses luttes; plusieurs fois l'opinion le désigna d'avance au choix de ses juges, et plusieurs suffrages obtenus le jour du scrutin avaient donné une sorte de sanction à ce témoignage public. Tant d'efforts, tant de constance furent enfin couronnés d'un éclatant triomphe; en 1851, Requin fut appelé à combler le vide que la mort de M. Fouquier avait laissé au sein de la Faculté.

Les luttes de concours n'ont pas suffi à cette âme ardente, à cet esprit actif; mais par ses nombreuses publications Requin a mérité aussi d'être compté parmi les représentants les plus distingués de la littérature médicale contemporaine. Mémoires originaux, monographie, traité didactique, articles de critique et de biographie, et jusqu'à des impressions de voyage, Requin a abordé tous les genres, et si (chose inévitable) il n'a pu exceller dans tous, on trouve du moins dans toutes ses productions cet esprit d'originalité, ce cachet que les intelligences d'élite impriment à toutes leurs œuvres. Son livre sur le rhumatisme et la goutte, rédigé d'après les leçons d'un maître illustre et vénéré, et son *Traité de pathologie médicale* se distinguent par une érudition de bon aloi, par des descriptions souvent remarquables, par des principes thérapeutiques rigoureux, par une critique ferme, spirituelle, judicieuse.

L'homme éminent que nous pleurons ne se recommandait pas seulement par sa science et par ses services; mais la fermeté et l'indépendance de son caractère, la noblesse de ses sentiments lui avaient acquis une universelle estime et la sympathie de tous. Requin nous a donné l'exemple des plus solides qualités qui honorent l'homme, et surtout le médecin: courage, dévouement, désintéressement, loyauté parfaite, amour tendre de l'humanité, amour du devoir. A toutes les périodes de sa noble vie, et mort presque pauvre malgré ses mérites et ses services, il a honoré la profession par une intégrité qu'on ne saurait surpasser; parvenu tard et après des luttes nombreuses aux positions qu'il ambitionnait si légitimement, on l'a vu toujours supporter avec une résignation stoïque même les échecs dont il pouvait accuser l'injustice des hommes. Son cœur généreux lui faisait accepter sans murmure le triomphe d'émules plus jeunes que lui; et les luttes des concours qui ont brisé tant de vieilles amitiés ont cimenté les siennes. Quel plus bel éloge peut-on faire de son esprit et de son cœur?

En jetant, messieurs, un regard sur cette vie si courte et pourtant si remplie, on aime à la fois dans Requin le pathologiste érudit et profond, au savoir étendu, presque encyclopédique, l'homme courageux et persévérant qui a conquis par un travail des plus opiniâtres les positions les plus élevées de la hiérarchie médicale; on aime peut-être plus encore ce cœur si complétement honnête, cette âme sympathique à tout ce qui est bien, cet ami dévoué, fidèle, d'un commerce si sûr. Aussi Requin, qui n'appartenait à la Faculté que depuis trois ans, avait su exciter parmi nous cette affection vive qui ne s'acquiert d'ordinaire que par une longue habitude. En exprimant ici les regrets de tous mes collègues pour une perte aussi cruelle qu'imprévue, qu'il me soit permis d'y joindre aussi l'expression de ma propre douleur, douleur bien vive, car je perds en ce jour dans Requin un ancien maître, et je vois se briser pour jamais une amitié de plus de vingt ans, que ne troubla jamais aucun nuage.

La plupart des journaux sérieux ou plaisants ont une singulière habitude, c'est, à l'occasion de chaque nouvelle année, de se congratuler de leur mérite transcendant, de leur prospérité financière de plus en plus brillante, du nombre sans cesse croissant de leurs abonnés, des splendides dividendes réservés à leurs actionnaires, etc., etc. Une certaine portion de la presse médicale se garde bien de manquer à cette coutume, et, il faut en convenir, ce n'est pas elle qui déploie le moins d'aplomb à cet égard. Cette ridicule manie a inspiré à la *Gazette médicale* quelques lignes pleines de sens, et qui conviennent parfaitement à un journal ancien et accrédité comme elle l'est. Nous les reproduisons avec plaisir, car nous connaissons plus d'un confrère pour qui elles seront un utile avertissement.

« La *Gazette* n'est ni fière ni jalouse de ses cadets ou cadettes. Elle apprend même avec une sincère satisfaction que tous les membres, jeunes ou vieux, de la famille, prospèrent, et elle s'associe de cœur et d'âme aux congratulations que se font à eux-mêmes ses collègues en journalisme. Elle partage la joie de tous, persuadée que tous partagent fraternellement la sienne. Cette prospérité générale de la presse médicale vaut la peine d'être notée. Elle atteste le progrès immense qui s'est accompli dans la situation intellectuelle et matérielle du corps médical; elle montre jusqu'à quel degré inespéré d'énergie se sont développés parmi nous l'ardeur du savoir et le goût des bonnes lectures; elle constate enfin ce fait consolant que la matière médicale abonnable n'est pas, comme on a pu le croire, un fonds épuisé, et que son rendement n'a pas de limites assignables. Oh! trois fois bienvenus soien-

---

FEUILLETON.

Des premières vérités sur la médecine.

Par M. le docteur Auguste DUMOULIN,

Ancien interne lauréat des hôpitaux, médecin du bureau de bienfaisance du 10e arrondissement.

LETTRE PREMIÈRE.

Mon cher confrère et ami,

Vous êtes, me dites-vous, sur le point de devenir définitivement sceptique à l'endroit de la médecine; vous êtes disposé même à lui contester le titre de science, car elle ne vous paraît reposer sur aucun principe certain; elle vous semble œuvre d'erreur dans toutes ses parties. L'étude des doctrines médicales vous a laissé si peu assuré des progrès de l'esprit humain en cette matière que vous n'oseriez donner l'ombre d'une préférence à l'une d'elles au détriment des autres. Vous leur faites une foule de reproches qu'il serait trop long de reproduire ici et de discuter un à un. Non pas que j'aie l'intention de me faire contre vous le défenseur obstiné de telle ou telle doctrine; non, certes; ce que je désire seulement, c'est de vous démontrer que votre mécontentement vous mène à établir une énormité: *la médecine n'est pas une science.* Je vous accorde sans peine que sur un même fait on a bâti dix systèmes différents, contraires l'un à l'autre, sans qu'il s'y trouve cependant nulle contradiction en chacun pris en particulier; je vous accorde encore que ces dix systèmes sont absolument faux; mais, parce que l'esprit humain semble avoir tant de plaisir à caresser l'erreur, il ne faut pas, vous qui avez le bon sens de vous en rendre compte, tomber dans un excès au moins aussi blâmable, et prétendre que la médecine n'a pas une vérité pour principe, qu'elle n'est pas une science. Comme vous ne manquerez pas de me prier de vous fournir les raisons qui m'obligent à ne pas être de votre avis, je commencerai à vous les donner dès cette première lettre. Je n'ai rien tant à cœur que de vous arracher à l'abîme où vous me paraissez disposé à tomber, de vous éloigner le plus possible de ce gouffre toujours béant et toujours disposé à recevoir les victimes des erreurs humaines, le scepticisme; enfin de ranimer chez vous l'ardeur que je vous ai toujours connue.

Avant d'aller plus loin, qu'il soit bien compris entre nous, et surtout ne prenez pas ceci pour une consolation ou pour la justification de votre scepticisme naissant, que malheureusement vous n'êtes pas le seul mécontent de ces temps-ci: l'humeur chagrine qui vous tourmente ne s'attaque pas à vous seul. Combien de nos confrères en sont au point où vous êtes! je parle de ceux qui réfléchissent et qui ne veulent pas exercer notre art sans se rendre compte de la couleur du drapeau sous lequel ils sont enrôlés. Combien d'entre eux ont pu être depuis leur début dans la carrière, suivant l'impression du moment, et cependant sans versatilité d'esprit, tour à tour naturistes, vitalistes, organiciens, d'après les maîtres qu'ils ont eus! Vous avez fait ainsi, et ne vous en veuillez pas; c'est bien à vous d'avoir alors fait acte d'obéissance au principe d'autorité, ce qui est toujours excellent quand l'esprit n'est point suffisamment cultivé et que les connaissances acquises forment encore un trop mince bagage. Mais il arrive un moment, et c'est ce qui a eu lieu pour vous, où un esprit juste et droit, après avoir pour s'instruire puisé un peu à toutes les sources, cherche enfin à apporter à la recherche de la vérité sa part de méditations. Il n'y a pas témérité dans cet élan à la recherche de la lumière; le principe d'autorité ne peut exiger davantage, et les œuvres des hommes n'ont pas après tout, vous ne tarderez pas à le voir, un tel caractère d'infaillibilité qu'il faille s'astreindre à les imiter toutes servilement. Vous êtes, mon cher confrère, arrivé à ce point où, comme un voyageur cependant muni de cartes, de plans, de renseignements, ne sait dans un carrefour quelle route suivre pour ne pas s'égarer, vous sentez que vous n'avez pas de guide, pas de fil conducteur; vous ne savez dans quel sentier diriger vos pas. C'est alors que vous reconnaissez combien la vie est courte, comme les années passent vite, et vous êtes justement effrayé de les voir se perdre dans les incertitudes et l'ennui qui les accompagnent; vous regrettez peut-être quelquefois de les employer à pareil labeur.

Écartez, mon ami, ces pensées funestes et ne doutez pas de la vérité. Laissez de sombres écrivains enseigner qu'elle est introuvable, et dans leur ardeur du doute jeter le scepticisme dans toutes les classes de la société en l'appliquant à la multitude des connaissances humaines; rappelez-vous, pour vous convaincre de la possibilité de contempler la vérité, certaines idées et certains jugements innés, ainsi l'existence de Dieu, l'existence du moi, etc.; soyez des nôtres; ne vous laissez pas séduire aux attraits trompeurs d'une philosophie dont les ornements ne sont que de faux brillants, philosophie qui flatte l'orgueil, passion si facile à mettre en émoi, qui fait croire au droit et au pouvoir de connaître l'essence des choses, de pénétrer le pourquoi et le comment, qui va même jusqu'à persuader à l'homme illusionné que c'est son devoir d'agir ainsi. Votre éducation première, vos instincts naturels, la tournure de votre esprit, l'intimité où je vous ai vu avec un vénérable et honorable maître enlevé trop tôt, malgré son âge, à la science et à ses élèves, voilà autant de raisons pour ne pas appartenir à cette philosophie dont je vous signalais à l'instant les tendances et les dangers. Soyez au contraire, mon cher confrère, l'un des adeptes de cette philosophie qui nous montre le chemin de la vérité en nous enseignant la notion de la certitude, celle que l'homme peut avoir et qui se tire de la relation des sens, de l'évidence et du sens commun, du témoignage des hommes; soyez de cette philosophie, et vous ne serez plus sceptique. Demeurez persuadé que Chateaubriand a eu raison de dire en conformité d'idées avec les auteurs chrétiens: « Et qui donc est dans le secret de l'essence des choses, sinon cette intelligence première qui existe de toute éternité? La brièveté de notre vie, la faiblesse de nos sens, la grossièreté de nos instruments et de nos moyens s'opposent à la découverte de cette formule générale que Dieu nous cache à jamais (1). » Suivez l'enseignement de cet éminent penseur, et le calme sera rendu à votre esprit, et vous retrouverez à utiliser pour l'exercice

(1) *Génie du christianisme*, t. Ier, p. 380.

les véridiques manifestes, les consciencieux prospectus de nouvelle année qui nous apportent cette bonne nouvelle!

» Si cependant, dans cet essaim d'entreprises médico-littéraires en plein rapport, il s'en trouvait quelqu'une qui, moins favorisée du sort, sentît sa figure s'allonger un peu à l'aspect disgracieux de ses livres, il ne faut pas pour cela qu'elle se décourage et jette, comme on dit vulgairement, le manche après la cognée. C'est malheureusement le défaut des éditeurs, actionnaires et autres agents indispensables dans la mise en mouvement de ces machines, de se dégoûter très vite. Ils manquent en général de patience. Après un an ou deux d'expérience, ils abandonnent la partie pour arrêter, disent-ils, les frais, et ne pas s'exposer à un déficit indéfini. Mais c'est là, commercialement parlant, une raison pitoyable. Dans ces sortes d'affaires, la réussite n'est qu'une question de temps. Il ne faut pas s'effrayer inconsidérément de la disparition de plusieurs mises de fonds, car cela est dans l'ordre; et lorsqu'une entreprise de ce genre n'a au bout d'un an, plus ou moins, qu'un passif de 15 à 20,000 francs, les entrepreneurs, au lieu de songer à liquider, comme ils le font d'ordinaire, devraient se frotter les mains d'en être quittes à si bon marché. Dans ces opérations, il faut avant tout de la tenue. La fonte plus ou moins rapide d'un premier capital n'est rien, pourvu qu'on en ait un second, et, après le second, un troisième en réserve. Qu'ils en croient donc la *Gazette*, ceux qui (ce qu'à Dieu ne plaise) se trouveraient dans ces conditions. La *Gazette* est vieille : elle a vu naître et mourir plusieurs générations de feuilles médicales; elle a subi elle-même bien des vicissitudes. Arrivée depuis longtemps dans un port sûr et à l'abri des grands orages, elle suit avec intérêt la marche et les progrès de la presse médicale périodique, dont elle est (si les micrographes nous permettent de le dire) la patriarche. Elle peut donc, à l'occasion, donner un bon conseil en ces matières. Dans l'espèce, elle n'a d'autre recommandation à faire aux entreprises en souffrance que de se pourvoir de ces deux choses : l'argent et la patience. Quiconque s'entend un peu à ces choses reconnaîtra que la Sagesse en personne ne pourrait mieux dire.

» Mais ce n'est là, du reste, qu'une hypothèse, heureusement des plus improbables. Il est entendu que tout le monde est content. Ne troublons donc pas ce concert de bénédictions. »

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. THORE fils.

Observation de roséole cholérique, suivie de réflexions sur les exanthèmes consécutifs au choléra.

M. G..., âgé de cinquante-huit ans, a eu une cholérine très grave dans l'année 1849. Il avait une diarrhée assez abondante depuis trois jours, lorsque dans la nuit du 18 au 19 août 1854, vers onze heures, il éprouve des vomissements accompagnés de crampes; il se lève, se promène et refuse les secours qu'on lui offre, dans l'attente d'une préparation qu'il a envoyé chercher chez un maréchal ferrant des environs et dont il s'est servi dans sa première attaque.

Son état s'aggravant de plus en plus, on vient réclamer mes soins. En mon absence, mon père s'empresse de se rendre auprès du malade, qu'il trouve dans l'état suivant : facies cholérique très accusé, yeux enfoncés et paupières cyanosées; les mains ont une teinte violacée, elles sont amaigries; le pli fait à la peau disparaît avec beaucoup de lenteur; froid de la langue, de la face, des extrémités; crampes incessantes dans les membres supérieurs et inférieurs, dans les mains et les muscles du tronc; vomissements et selles riziformes caractéristiques.

On enveloppe le malade dans une couverture de laine; des frictions sont faites sur toute l'étendue du corps avec l'essence de térébenthine; lavements laudanisés; sinapismes répétés et énergiques. Dans l'après-midi, on administre 15 milligrammes de sulfate de strychnine dans 60 grammes de solution de gomme en quatre fois, d'heure en heure.

Les crampes et les vomissements continuent jusqu'à minuit. On administre une seconde dose de sulfate de strychnine. Il y a quelques selles blanchâtres et involontaires. Les mains ont toujours une coloration violette, la peau n'a pas repris sa tonicité. Aphonie très prononcée. Les crampes ont cessé; la chaleur reparaît, mais avec lenteur, et la réaction est presque complète dans la matinée du 20. Le malade accuse une oppression très pénible. — On applique huit sangsues à la base de la poitrine et un large vésicatoire à sa partie antérieure; eau de Seltz glacée pour boisson, et donnée en petite quantité.

Le 21, il a uriné pour la première fois à trois heures de l'après-midi, 64 heures après l'invasion du choléra; il est calme : les accidents diminuent. Otite gauche; écoulement assez abondant de pus par l'oreille.

Le 22, il accuse encore une forte oppression. On applique 8 sangsues à la base du thorax. Le pouls est régulier, assez fort, à 72. La température de la peau est normale.

Le 23, selles bilieuses, liquides et assez abondantes; un peu de somnolence. La dyspnée a disparu.

L'état va en s'améliorant jusqu'au 27; il est tout à fait bien, il a un peu d'appétit.

Le 28, on s'aperçoit de l'existence de taches rosées, irrégulièrement circulaires, isolées les unes des autres, à la peau du cou et des membres supérieurs. Pas de fièvre, absence complète d'accidents généraux, pouls à 68-72, appétit. L'écoulement de l'oreille gauche continue.

Le 29, état général satisfaisant; appétit très prononcé, apyrexie, selles et urines comme à l'état normal. L'éruption s'est beaucoup étendue : après avoir débuté par les membres supérieurs, elle a envahi le thorax, puis l'abdomen, les cuisses, surtout à leur face externe, et les jambes. Elle peut être comparée à la rougeole la mieux caractérisée. Espaces bien distincts de la peau saine; taches de forme variée, circulaire. La face seule n'a point été envahie. Pas de toux, d'éternuments; pas de fièvre. Écoulement toujours abondant par l'oreille gauche.

Le 30, l'éruption est toujours bien accusée aux bras, sur le tronc et aux cuisses; état général très bon.

Le 31, apparition de sudamina; appétit régulier, selles naturelles.

Le 1er septembre l'éruption commence à s'éteindre, laissant à sa suite des taches brunâtres et cuivrées, en tout semblables à celles de la rougeole. Pas de desquammation bien apparente, persistance de sudamina.

Au bout de quelques jours toutes les éruptions ont disparu complétement.

Il est inutile d'insister sur la gravité de ce cas de choléra et sur son heureuse terminaison. Doit-on l'attribuer à l'usage des frictions avec l'essence de térébenthine, qui ont été continuées avec autant de persévérance que d'énergie, ou bien à l'administration du sulfate de strychnine? Dans quelle mesure le médicament a-t-il été utile? Doit-on l'accuser d'avoir causé les accidents de dyspnée qui se sont prolongés plus longtemps que d'ordinaire, et qui ont nécessité deux appositions de sangsues et l'application d'un vésicatoire?

Ce sont autant de questions que je me borne à poser. Je préfère m'arrêter sur un sujet moins important, mais plus intéressant peut-être, parce qu'il est moins connu. Je veux parler des éruptions qui se manifestent à la suite du choléra.

Elles paraissent avoir été signalées pour la première fois par Lepecq de la Clôture, dans un choléra sporadique. Je le cite textuellement, parce qu'il ne sera point indifférent de comparer cette affection à celle que nous observons aujourd'hui :

« Une fille de vingt-cinq ans fut prise à peu près d'un choléra » semblable au *trousse-galant*; elle se sentit saisie de l'horreur fé» brile, avec pesanteurs douloureuses aux précœurs, des borbo» rygmes et grouillements d'entrailles; elle avait les extrémités » froides. Bientôt elle vomit de la bile *porracée érugineuse*, avec » de grands efforts. Chaque secousse de vomissements lui procurait » une oppression ou la jetait en syncope. Elle fut ainsi tourmentée » pendant quarante heures de suite, qu'elle ne cessa de vomir et » d'aller à la selle avec des épreintes cruelles, poursuivie de ho» quets et d'anxiété, et frappée tout à la fois de terreur... Au troi» sième jour elle eut les poignets, l'avant-bras, le dos, le cou cou» verts de rougeurs pustuleuses. » (Page 1,005, obs. cxij.)

Le premier travail important sur ce sujet a été publié en France par M. Duplay (*Gazette médicale*, 1832). Il a étudié la rougeole cholérique, également décrite par M. Rayer sous le nom de *roseola cholerica* (page 238, tome Ier).

En 1849. M. Legoupils a inséré dans la *Revue médico-chirurgicale de Paris* (octobre, p. 193) un fort intéressant mémoire.

MM. Briquet et Mignot citent cinq exemples d'exanthèmes dans leur *Traité du choléra* (page 350).

J'ignore s'ils ont été observés fréquemment dans cette dernière épidémie, et je ne connais que le fait communiqué à la Société de médecine pratique par son honorable secrétaire général, M. le docteur Foucart, dans la séance du 6 juillet. Il a été recueilli sur un enfant de deux ans, qui fut pris, le 29 juin, à deux heures du matin, de vomissements, de crampes avec cyanose, enfoncement des yeux, refroidissement. Il fut traité pendant quatre jours par les vomitifs (sirop d'ipéca et tartre stibié). Les urines reparaissent au bout de quarante-huit heures, et le quatrième jour son corps se couvrit d'une éruption composée d'un mélange de rougeole et de miliaire, qui persista pendant quarante-huit heures, fort intense et finit par s'éteindre insensiblement.

Il suffit de jeter un coup d'œil sur les observations qui ont été publiées pour s'assurer que les éruptions consécutives au choléra appartiennent à des espèces et même à des groupes fort distincts; aux pustules (Lepecq, Prichal); à la miliaire (Polya, Grunhut, Alibert); au zona (Kœlher, de Varsovie); à l'érythème (M. Legoupils); à l'urticaire (MM. Briquet et Mignot); à la scarlatine (MM. Rayer, Dalmas); à la roséole (le plus grand nombre des médecins, en France comme en Angleterre).

Aussi paraît-il convenable de ne point leur imposer une seule dénomination et de les décrire d'une manière générale sous le nom d'exanthèmes cholériques. C'est ce que j'ai essayé de démontrer dans un mémoire publié dans la *Gazette médicale* (année 1850, p. 484.)

En effet, sur quatre observations que j'ai recueillies (trois en 1849, une en 1854), je trouve deux cas de roséole, un d'érythème et un de scarlatine. Ce dernier a été remarquable en ce que l'éruption a été bien caractérisée, suivie d'une desquammation très abondante et compliquée d'une anasarque provoquée par un brusque refroidissement. De ces quatre malades, trois appartenaient au sexe féminin, ce qui est en rapport avec les observations faites par tous les autres médecins. J'ai pensé trouver l'explication de ce résultat, au moins pour les faits qui me sont propres, dans la gravité moindre chez la femme que chez l'homme. La mortalité a été, cette année, de moitié pour le sexe féminin et des deux tiers pour le sexe masculin.

On a admis la période de 20 à 30 ans comme celle qui prédisposait le plus à ces éruptions. Je trouve sur mes quatre observations des individus âgés de 34, 43, 58 et 70 ans. Elles peuvent atteindre les périodes extrêmes de la vie, puisque M. Barth a vu une roséole sur une femme de la Salpêtrière âgée de 73 ans, qui a guéri, et M. Foucart sur un enfant de deux ans. Ce dernier fait est d'autant plus remarquable qu'il est le seul qui ait été jusqu'à présent constaté dans la première enfance.

La température ne paraît point exercer une influence bien prononcée, non plus que la forme du choléra, ou le degré d'intensité de l'évolution épidémique. Cependant je serais porté à admettre qu'on observe plus fréquemment ces éruptions à l'époque où le fléau, sévissant avec moins de violence, permet à la médecine de lutter avec plus d'avantage et de soustraire un plus grand nombre de victimes à ses coups.

On pourrait attribuer leur développement aux moyens irritants appliqués, comme on le fait habituellement avec tant d'énergie, sur la peau.

---

de notre belle profession l'ardeur que vous avez mise à apprendre ce que vous savez aujourd'hui.

Vous doutez de la science, mon cher confrère; vous faites comme quelques gens du monde qui, sans contredit, pour des raisons moins valables que les vôtres, la plupart du temps par ces motifs futiles que la mode et un prétendu bon ton veulent afficher, nient carrément la médecine. Evidemment votre doute n'est pas l'écho de leur ridicule et ignorant scepticisme; mais enfin il lui vient en aide, et cela a des dangers d'autant plus grands, que malheureusement vous n'êtes pas le seul médecin incrédule à l'endroit de la science. Je commencerai donc cette série de lettres par vous démontrer que la médecine est une science, et des plus utiles. Si vous l'admettez avec moi, et dans le sens philosophique que j'y attache, je croirai qu'un grand pas sera fait pour votre conversion; je pourrai plus librement ensuite discuter avec vous sur le terrain de la pathologie, persuadé que ce que je vous dirai sera lu par un homme qui n'appartiendra plus à cette secte du doute, la pire de toutes.

J'espère, mon cher confrère, vous convaincre dans les lettres suivantes que c'est précisément pour ne pas avoir assez vu le lien qui existe entre les systèmes de philosophie et les doctrines médicales qu'on sait si peu de nos jours l'origine de ces dernières, qu'on ne peut non plus se rendre compte de leur vague et de leur reproduction. Elles ont toujours suivi et suivent encore les vicissitudes de la philosophie. Que de gens ne s'occupent même pas de l'apprendre! Ils peuvent avoir des notions sur l'art médical, mais ils n'ont certes par sur la science des connaissances indispensables. Comme l'a dit le P. Ruffier (*Examen des préjugés vulgaires*) : « La science ne consiste pas précisément à savoir beau» coup, mais à bien savoir ce qu'on sait et ce qu'on doit savoir. » Que de gens entrent dans l'étude de la médecine sans songer un seul instant à la vraie philosophie qui doit y présider et servir de guide; quelques-uns même avec la pensée qu'ils trouveront dans la médecine matière à appliquer les principes des faux systèmes philosophiques, systèmes qui paraissent renfermer la vérité aux yeux des gens à courte vue ou à esprit prévenu! Ne faites pas ainsi, mon cher confrère, et vous direz encore une fois que la médecine est une science, la plus belle de toutes peut-être, car son but est sublime, et l'exercice de l'art demande chez celui qui s'en charge les nobles qualités qui placent si haut un homme dans l'amour et l'estime de ses concitoyens.

Je n'ai pas la prétention, mon cher confrère, dans des lettres surtout, de vous faire un cours de pathologie générale; je désire seulement vous dire quelques mots de ce qui me paraît capital, de ce qu'il faut comprendre autrement que n'enseignent à le faire les systèmes philosophiques qui se sont succédé. Dans les lettres qui suivront celle-ci, je traiterai de l'étiologie, de la lésion, des symptômes et des affections, de ce qu'on doit entendre par essence ou nature intime des maladies. Ma conclusion sera celle-ci : les maladies sont des entités constituant des unités pathologiques, des espèces à existence propre, non réductibles les unes dans les autres, ayant chacune des causes, des lésions, des symptômes différents. A certaines de ces unités se joint un plus ou moins grand nombre d'affections qui en dépendent absolument. A chacune d'elles aussi correspond un traitement particulier. En outre, des indications particulières ressortent des circonstances où a lieu l'évolution de la maladie; circonstances qui ont rapport principalement à l'individu, aux saisons, aux climats, au genre de vie, etc.

En 1848, dans des considérations générales à un *Traité de pathologie chirurgicale* dont la rédaction m'était confiée, j'exprimai la même pensée, je disais : « Ce qu'il me paraît convenable de faire, c'est recon» naître en chirurgie un certain nombre d'espèces morbides ou unités » pathologiques, à existence propre, ne pouvant se réduire les unes » dans les autres, autour desquelles viennent se grouper diverses affec» tions; parties plus ou moins nombreuses pour chacune d'elles, d'un » tout qu'on nomme la maladie. » Ce que je disais à propos des maladies chirurgicales est parfaitement applicable aux maladies internes, comme l'on dit vulgairement et assez mal à propos, soit dit en passant; car si la division entre la chirurgie et la médecine est utile pour l'étude et pour l'enseignement, il ne faut pas oublier que toute chirurgie qui n'est pas médecine ne devient plus guère qu'un art manuel.

Cette manière d'interpréter la maladie n'est donc pas neuve; elle résulte de l'abandon des systèmes philosophiques et des systèmes de médecine qui en sont les corollaires. L'évidence, le sens commun, le témoignage des hommes, la tradition, voilà les bases sur lesquelles, dans le cercle des connaissances humaines, repose l'existence des maladies. Ensuite il n'y a plus qu'à voir, entendre, toucher, sentir même et procéder par induction; autrement dit, il faut guider l'observation par l'admirable méthode de Bacon. Mais ce travail, éminemment utile s'il est fait d'emblée, sans notions antérieures indispensables, et que par la force des choses il est impossible de ne pas avoir, mène dans une fausse route; il entraîne au sensualisme, et par conséquent au matérialisme dans ses applications. Il faut le faire précéder de certains jugements qu'on pourrait dire jugements innés. En un mot, d'une manière absolue et en tant qu'existence, les maladies sont connues sans le secours des sens; puis c'est avec leur aide qu'on les étudie et qu'on arrive à une observation exacte. Demandez donc, mon cher confrère, à la méthode du grand chancelier d'Angleterre ce qu'elle peut vous donner, mais ne lui demandez pas davantage, ce que vous avez déjà fait, je le crois bien; car alors la philosophie de la sensation pure serait la vôtre; Locke et Condillac deviendraient vos maîtres. Conséquent avec vos principes, vous arriveriez à décrire les maladies de la matière, ce qui, à mon avis, est la négation de la médecine. Toutefois, mon cher confrère, si je vous engage à profiter de la méthode de Bacon pour le classement des maladies, après avoir fait, si l'on veut l'appeler ainsi, acte de cartésien, en portant certains jugements innés, je ne vous propose pas plus un éclectisme philosophique qu'un éclectisme médical; l'un et l'autre, vous le savez, sont l'objet d'une assez longue réfutation dans un livre dont je m'occupe déjà depuis longtemps, et dont vous avez bien voulu apprécier l'utilité. (*La suite à un prochain numéro.*)

Dans le fait que nous venons de rapporter, on serait bien autorisé à admettre cette étiologie ; les frictions ont été pratiquées sur toute l'étendue du corps avec une continuité d'efforts tout à fait remarquable et avec un zèle très louable. Mais dans un grand nombre de cas où les révulsifs cutanés ont été peu ou point du tout employés, on les a vues se manifester, tandis qu'elles manquent dans le plus grand nombre de cas où les mêmes moyens ont été mis en usage avec beaucoup d'énergie.

Même observation pour les opiacés.

Quant à leur fréquence, voici pour la déterminer des chiffres que nous avons pu recueillir : MM. Briquet et Mignot les ont notées 5 fois sur 200 cas de choléra, M. Legoupils 8 fois sur 142, et nous 4 fois sur 85, ce qui fait 17 fois sur 427 ou 1/25e.

Elles se sont toujours manifestées du huitième au dixième jour chez les adultes. Dans l'observation de M. Foucart, elles ont paru le quatrième jour, ce qui s'explique par la rapidité plus grande de la réaction chez les enfants.

C'est, en effet, lorsque tous les symptômes les plus significatifs de la convalescence ont été constatés qu'on les voit apparaître, ce qui leur ôte un peu de leur importance comme phénomène critique. Il faut toutefois en tenir encore compte sous le rapport du pronostic. On a cependant vu des malades succomber après les avoir présentées, mais presque toujours à des accidents étrangers au choléra même.

Dans la période d'invasion, surtout quand elle n'est pas très tardive, on constate l'existence de la fièvre, fréquence du pouls, élévation de la température de la peau, agitation, soif, comme aussi des troubles graves du côté de l'encéphale ; mais ces symptômes généraux ou locaux appartiennent autant à la période de réaction qu'à l'éruption même.

Le plus souvent elle débute par les parties supérieures du tronc, s'étend aux membres supérieurs, puis aux membres inférieurs, rarement à la face. La durée est de quatre ou cinq jours et ne dépasse guère ce terme.

Inutile de donner la description de ces exanthèmes, puisqu'ils représentent exactement la roséole, l'érythème, la scarlatine, l'urticaire. On constate souvent l'injection des conjonctives, le larmoiement, la bouffissure de la face, la rougeur et la tuméfaction des amygdales.

La desquammation varie suivant la forme que l'on observe, tantôt elle manque ou est peu accusée, tantôt elle est identique à celle qui termine la rougeole ou la scarlatine.

Le traitement est nul ou à peu près, et se borne à de simples précautions hygiéniques.

ÉPILEPSIE CHEZ UN ENFANT DE QUINZE ANS traitée et guérie par l'emploi de l'oxyde de zinc.

Nous conservons à cette observation le titre que lui a donné son auteur, bien qu'à vrai dire il y ait lieu de se demander si c'est bien à une véritable épilepsie qu'il a eu affaire, et bien qu'il ait associé la belladone à l'oxyde de zinc. Il nous a semblé utile de revenir sur l'emploi d'un médicament véritablement avantageux, mais qui tend à perdre d'autant plus rapidement du terrain qu'il a été peut-être un peu trop vanté dans ces derniers temps.

Dans le courant du mois d'avril 1854, dit M. le docteur Kops, je fus appelé à donner des soins à un enfant de quinze ans, d'un tempérament lymphatique et d'une constitution délicate, qui se plaignait d'une douleur intense, non continue, dans le côté droit, douleur que n'exaspéraient ni la toux ni la respiration. Un vésicatoire fut appliqué sur la partie souffrante et un sudorifique administré à l'intérieur.

Le lendemain, la douleur, loin de diminuer, s'aggravait de plus en plus, le malade jetait des cris désordonnés, frappant des pieds et des mains d'une manière effrayante. La douleur persistait dans le côté ; le vésicatoire fut pansé avec l'acétate de morphine, et on lui fit prendre une potion laudanisée.

Deux heures après l'administration de ce médicament, le malade s'assoupit ; toute douleur semblait disparue, lorsque, après un sommeil léger de deux heures et demie, tout à coup l'enfant se redressa sur son séant en jetant un cri terrible, les yeux hagards, la figure contractée, en proie à des mouvements violents que l'on avait peine à contenir ; puis il tomba dans une léthargie momentanée, dont il ne sortit que pour recommencer ses cris et ses mouvements.

M. Kops songea aux vers intestinaux, prescrivit les vermifuges et le calomel ; rien n'y fit, la douleur persista aussi violente qu'auparavant ; seulement trente-huit heures après elle changea de place et se fixa dans l'abdomen. Les souffrances devinrent effrayantes, mouvements convulsifs, écume à la bouche ; l'enfant jetait un cri, tombait sur son lit avec abolition complète de la conscience.

Convaincu que la maladie ne provenait pas d'un vice de la constitution, ne trouvant ni saburre ni vers intestinaux, écartant l'idée d'onanisme, M. Kops eut recours au traitement spécifique.

Passant en revue les moyens employés jusqu'à ce jour, il préféra le zinc associé à la belladone, 2 grains d'oxyde de zinc avec 1/2 grain de belladone sous forme de pilules en commençant.

Dès le deuxième jour, la dose fut augmentée d'un grain d'oxyde de zinc et de 1/2 grain d'extrait de belladone.

En augmentant la dose de l'une et de l'autre substance, on arriva au sixième jour. L'amélioration était notable ; les mouvements convulsifs étaient aussi intenses qu'au début ; mais, comme la perte de conscience, ils étaient de moins longue durée. Pouls régulier, mais faible, sans aucune exacerbation le soir ; le malade affaibli avait la conception plus obtuse, se plaignait de la perturbation de l'organe visuel.

Le septième jour, vers le soir, il survint des vomissements et d'autres phénomènes d'intolérance, qui obligèrent à interrompre le traitement. Il fut repris le neuvième, à la dose de 4 grains d'oxyde de zinc associés à 2 grains de belladone (extrait ; ils furent heureusement supportés.

La dose fut augmentée d'un grain d'oxyde de zinc et d'un 1/2 grain d'extrait par jour, et de cette manière on parvint à administrer 16 grains d'oxyde de zinc combinés à 8 grains de belladone.

Au treizième jour de la reprise de la médication, tous les symptômes de la maladie avaient disparu ; la durée des mouvements convulsifs et de la perte de conscience avait d'abord diminué, puis leur intensité, au point de ne plus se montrer que dans la soirée, sous forme de quelques mouvements convulsifs peu intenses. La médication fut continuée ; mais ayant constaté la périodicité de ces symptômes, M. Kops prescrivit, le vingt-cinquième jour de la maladie, 20 grains de sulfate de quinine en poudre, à prendre à quatre, cinq et six heures du soir.

Le lendemain, même prescription. L'intermittence était rompue. L'oxyde de zinc fut continué à la dose de 20 grains, combinés avec 8 grains d'extrait de belladone.

Un régime fortifiant et l'emploi du fer ont complété le traitement, qui avait amené en un mois la disparition complète de tous les symptômes de la maladie.

Mais ne peut-on pas se demander si la guérison est encore bien solide, et si une rechute ne viendra pas renverser les espérances favorables conçues par le médecin belge ? Ne sait-on pas, en effet, comme l'a très bien établi M. Debreyne, à propos de l'emploi de la belladone, qu'il peut survenir des récidives, alors qu'on pourrait croire la guérison stable et certaine ?

(*Ann. de la Soc. de méd. de Gand* et *Bull. de thér.*)

DE LA PRÉSENCE DE LA GRAISSE DANS LES EXCRÉTIONS.

Par M. Reeves.

La présence de la graisse dans les excrétions est un sujet d'un très grand intérêt à la fois pour le physiologiste et pour le pathologiste.

L'opinion avancée par Liebig que le sucre et l'amidon, dans l'acte de la digestion, sont convertis en graisse, fait nié par MM. Dumas et Boussingault, mais confirmé par MM. Pelouze et Gellis par la découverte qu'ils ont faite que l'acide butyrique peut se former par la fermentation du sucre, découverte corroborée par les expériences de Greendlach et Edwards sur les abeilles, la conversion de l'amidon en sucre dans le diabète et l'influence favorable de la diète végétale pour diminuer la graisse, tout tend à prouver la vérité de la théorie du grand chimiste allemand, dit M. Reeves.

La graisse forme un des principes constituants du sérum, de l'urine, de la bile et des fèces. Des faits nombreux ont établi l'existence de la graisse dans le sang, dans les urines et dans les fèces.

La graisse, comme maladie, doit être regardée comme résultant de quelque changement, soit dans la bile elle-même ou le foie ; qu'il sécrète des matériaux qui lui sont apportés par la veine porte, dont le sang doit en contenir une quantité plus grande que de coutume, et de ce que le système n'étant pas en état de la recevoir, au lieu d'être prise dans l'intestin par l'épithélium à colonnes déjà sans doute chargé d'huile, elle apparaît dans les fèces. Dans un des cas observés par le docteur Elliotson, les intestins étaient comme baignés dans l'huile. La graisse peut passer soit en masse, comme un fluide butyreux plus ou moins épais, ou comme une huile. Les deux cas ont lieu à la fois, mais le fluide butyreux est le plus fréquent. (*Gaz. Méd.*)

UN MOT DE RÉPONSE aux contradictions de quelques docteurs.

Par M. le Dr A. Bayard.

Dans les premiers jours de l'année 1854, j'engageai M. Carnot à répondre lui-même aux aperçus statistiques de MM. Roche, Bricheteau, Barth, etc., pensant que sa voix aurait sur les lecteurs une plus légitime influence que la mienne. Il s'y refusa nettement, en m'autorisant à publier la lettre suivante pour éclairer le débat :

A M. le docteur Bayard.

Le 23 avril 1849, l'Académie des sciences nomma une commission prise dans son sein, composée de MM. Arago et Mathieu, pour examiner mes travaux manuscrits antérieurs, et décider si, comme je le prétendais, la mortalité avait réellement, depuis le dix-huitième siècle, augmenté de *trois septièmes* en France dans la période *féconde* de la vie humaine, entre 15 et 45 ans.

Cette assertion, combattue jusqu'alors par M. Ch. Dupin, qualifiée d'*étrange* par M. Arago lui-même le 11 novembre 1848, allait enfin être souverainement jugée par l'Institut de France. J'en reçus la nouvelle avec joie.

Lorsque, six mois après, j'eus l'honneur de voir à Paris les deux juges que l'Académie m'avait donnés, j'avais publié mon *Essai de mortalité comparée*, et je m'aperçus que la lecture avait complétement changé les impressions primitives de M. Arago. Chargé de faire le rapport, M. Mathieu voulut bien me prévenir qu'il avait pris jour pour le lire à la séance du 5 novembre 1849. Je crus dès lors mes tribulations finies.

Ce rapport ne fut pas lu !... Je n'en discute pas les motifs, et les respecte sans les approuver ni vouloir les faire connaître. A dater de ce moment, par une loyale compensation peut-être, M. Mathieu se montra, dans l'*Annuaire du bureau des longitudes*, moins discret que dans les salons du palais Mazarin. S'enhardissant même d'année en année, il finit, en 1853, par adopter, à très peu de chose près, mon assertion *étrange*, non brutalement, ni de manière à effrayer la population, mais sous une forme nouvelle qui, parfaitement intelligible pour ses lecteurs *habituels*, restait néanmoins à peu près impénétrable aux autres. Qu'on en juge par la simple comparaison de la table III, dans les *Annuaires* de 1849 et de 1853.

Sur 100,000 habitants, on compte en France, savoir :

1° D'après l'*Annnaire* de 1849 :	2° D'après l'*Annuaire* de 1853 :
1,655 individus de 15 à 16 ans	1,834 individus de 15 à 16 ans
1,211 — de 45 à 46 ans	1,136 — de 45 à 46 ans
444 perte en 30 ans, absolue,	698 perte en 30 ans, absolue,
21 p. 0/0 — relative.	38 p. 0/0 — relative.

Or, dans un pays où les immigrations balancent les émigrations, où les naissances sont à l'état stationnaire depuis soixante-dix ans, comme en France, il est évident qu'en temps de paix la mortalité normale entre 15 et 45 ans est indiquée par la différence entre la population correspondant à ces deux âges.

La table III de l'*Annuaire* de 1849 se basait sur des documents recueillis en 1746 ; celle de 1853 se fonde, au contraire, sur les dénombrements divers faits de 1849 à 1851. Ainsi s'explique la différence essentielle qu'elles présentent, différence qui constate dans la période féconde de la vie humaine un accroissement de mortalité *relative* qui s'élève à 11/27 ou 41 p. 0/0, fraction bien peu différente de celle 3/7 ou 43 p. 0/0 à laquelle j'ai été conduit par des recherches d'un tout autre ordre et infiniment plus précises ! Sans aucun doute, M. Mathieu arrivera bientôt à ce même chiffre lorsqu'il se sera convaincu par la lecture des documents officiels que le nombre des *majeurs mâles* forme présentement en France les 5/18 de la population totale, et non les 3/10, comme il l'avance ! Au 2 décembre 1852, le nombre total des électeurs inscrits ne s'élevait qu'à 9,843,076, ainsi que le constate le *Moniteur*. L'erreur commise par le savant astronome est donc évidente, et suffit pour expliquer la faible différence qui se trouve d'ailleurs entre nos deux appréciations.

Je puis donc affirmer maintenant que si l'approbation éclatante de l'Académie des sciences manque encore à mes recherches, elles ont obtenu du moins l'assentiment public des juges qu'elle m'avait donnés ! Je puis affirmer, en outre, que M. Ch. Dupin n'a plus élevé aucune contestation depuis que la commission de 1849 a été nommée pour décider la question, ce qui me permet assurément de croire à l'approbation *tacite* de ce savant géomètre.

J'ai donc le droit de dire hautement que parmi mes contradicteurs je ne compte plus aujourd'hui aucun homme doué de l'intelligence mathématique. Telle est la seule réponse que je puisse faire à MM. les docteurs Roche, Bricheteau, Barth, etc. ; elle suffit et ne saurait les offenser.

H. Carnot,
Ancien officier d'artillerie.

Autun, 1er février 1854.

Remarques. — M. Carnot ne mentionne ici que les objections présentées ou accueillies par des membres de l'Académie impériale de médecine. Il garde un silence absolu sur certaines cendres que cette docte assemblée n'a pas couvertes de son approbation, et qu'il juge sans doute inutile de tirer de l'obscurité.

Il est d'ailleurs quelquefois impossible de s'expliquer, dans les limites d'une parfaite convenance, avec certains Aristarques ! Comment, par exemple, répondre sans lui causer quelque déplaisir, à un confrère, à un lauréat, à un professeur, à un membre de plusieurs sociétés savantes, qui a le malheur de ne pas comprendre seul des principes statistiques aussi élémentaires que les suivants :

Principes élémentaires de statistique incompris de M. Mordret.

1° M. Mordret (*Etat actuel de la vaccine*, p. 125) ne comprend pas comment on peut attribuer à la vaccine la diminution relative des naissances depuis 1817, puisque, dit-il, cette diminution date des dernières années du dix-huitième siècle. Faut-il donc rappeler à ce médecin que les guerres sanglantes de 1792 à 1815 ont, en exterminant les jeunes hommes, produit un effet analogue à celui que les maladies intestinales produisent depuis 1817 en détruisant la jeunesse des deux sexes ? La guerre est coupable du méfait *avant* 1816, et la vaccine *après*. Est-ce clair ?

2° M. Mordret, p. 131, paraît ne pas comprendre que, si les hommes se mariaient aujourd'hui en France à un âge plus avancé qu'autrefois, comme il le suppose, le nombre des mariages diminuerait forcément, toutes choses égales d'ailleurs. Or il sait bien que de 1817 à 1848 ce nombre a augmenté de *trois septièmes*. Donc son hypothèse est inadmissible, pour parler convenablement.

3° M. Mordret, page 132, enfourchant un cheval tué sous MM. Bousquet et Aran, s'en prend de ce qui se passe à la *réticence* des maris de notre siècle. Il ne comprend pas que, si cette réticence allait en *augmentant*, le chiffre des mariages irait en *diminuant*, toutes choses égales d'ailleurs. Ce n'est pourtant pas difficile à conclure.

4° M. Mordret, p. 155, paraît ignorer que, pour comparer la mortalité à des époques différentes, il faut que tous les éléments du calcul soient *similaires*, sauf les époques. Assimiler la population de Paris à celle des villages voisins, remplis de ses nourrissons, c'est prouver qu'on a lu Buffon sans le comprendre à peu près comme MM. Bousquet et Gibert lisent Cicéron. La lecture de Molière leur conviendrait mieux sans aucun doute, leur modestie y gagnerait.

5° Le département de la Sarthe a fourni en 1851 4,662 mâles de 20 à 21 ans aux tableaux du recrutement. Eh bien ! M. Mor-

dret ne comprend pas que la population de 0 à 15 ans est de toute nécessité *plus grande* que trente fois ce nombre, ou 139,860, et pour convaincre les récalcitrants (*sic*) de son intelligence mathématique, il fixe à 125,629 habitants, p. 137, le chiffre de cette population de 0 à 15 ans dans cette même année 1851. Un enfant de dix ans ne s'y serait pas trompé; il fallait un lauréat de la Castille pour contre-signer un pareil barbarisme.

6° Statisticien malgré les dieux, M. Mordret s'imagine (*loco citato*) qu'il suffit de copier (*sic*) dans les bureaux de la préfecture les chiffres du dénombrement de 1851 des décès de cette même année, de diviser les uns pour les autres, d'encadrer le tout sans plus d'effort et d'ajouter carrément : « Il n'y a là aucune erreur possible. » Oh! M. Mordret ne comprend donc pas que la population de 15 à 40 ans, par exemple, résultant de la balance de vingt-cinq années plus ou moins meurtrières pour la jeunesse, il est irrationnel de mettre en regard une année *isolée*, exceptionnellement bonne pour toute la France, et que la mortalité normale ne peut être représentée que par une *moyenne* prise au moins sur les dix années consécutives antérieures!

Ce confrère ne paraît pas se douter d'ailleurs qu'il existe une relation algébrique obligée entre la population par âge et la mortalité normale qui lui correspond, en sorte que l'une sert à connaître l'autre.

Si, par exemple, il est un pays où les chiffres placés en regard par M. Mordret constituent un état normal, on peut affirmer hardiment et même démontrer que ce pays n'est pas la Sarthe.

En effet, s'il est un pays où la population de 15 à 40 ans soit de 190,403 habitants et la mortalité normale annuelle à cet âge de 1 sur 123, on peut conclure de ces données par un calcul algébrique très simple la valeur des deux inconnues suivantes :

Population de 15 à 16 ans.	8,386
— de 40 à 41	6,847
Perte eue en 25 ans.	1,539

Or la Sarthe, qui a fourni 4,662 conscrits en 1851 et 4,363 en moyenne de 1839 à 1847, contient au moins 8,726 habitants des deux sexes de 20 à 21, par conséquent sensiblement plus de 15 à 16 ans. Ce n'est donc pas à ce département que peut s'appliquer de nos jours le tableau dressé par M. Mordret, ce qu'il fallait démontrer.

7° Enfin, car il faut s'arrêter dans l'examen de cette œuvre inimitable, M. Mordret semble ignorer que depuis 1848 la science a gagné un document essentiel qui lui faisait défaut jusqu'alors, c'est-à-dire le chiffre des électeurs inscrits. C'est au moyen de ce chiffre officiel qu'il a été possible à M. Mathieu de corriger dans l'*Annuaire* de 1853 la table de la population par âge en France, table tout à fait défectueuse jusqu'à cette époque. C'est au moyen de ce même chiffre que l'on sait que la population mineure de la Sarthe était à peu près de 200,868 habitants au 2 décembre 1852 et qu'il est permis de conclure très approximativement que celle au-dessous de l'âge de 15 ans s'élevait à 146,634 âmes et non à 125,629, comme l'écrit M. Mordret. Dès lors il devient facile de connaître la population au-dessus et au-dessous de l'âge de recrutement avec une approximation très suffisante. En voici le tableau sommaire destiné à remplacer celui de M. Mordret :

Département de la Sarthe.

Mineure.	Population de 0 à 15 ans,	146,634	200,868
	— de 15 à 20	45,508	
	— de 20 à 21	8,726	
Majeure.	Population de 21 à 40 ans,	136,469	272,203
	— de 40 à 41	5,764	
	— de 41 à 100	130,270	
	Population totale,		473,071

Le seul chiffre qui présente une garantie raisonnée d'exactitude dans le dénombrement fourni par M. Mordret est celui de 15 à 40 ans, soit 190,403; il est ici le même.

Ce petit tableau indique d'une manière précise la mortalité normale de 20 à 40 ans, puisque la différence des populations annuelles qui correspondent à ces deux âges est 2,962. Donc sur la population de 20 à 40 ans, qui s'élève à 144,895 habitants, on compte dans le département de la Sarthe 2,962 décès en moyenne annuelle, c'est-à-dire 2 pour 100 au moins. Il y a loin de là au rapport 1/123 que M. Mordret veut faire avaler aux sages-femmes de son pays.

La morale de cette courte dissertation est que l'on peut être fort habile accoucheur et statisticien au-dessous du médiocre. »

Ne forçons pas notre talent.

Mon honoré confrère avait été prévenu par M. Carnot qu'il s'enferrerait infailliblement. Il n'y a pas manqué. Si donc ces observations critiques ne lui sont pas agréables, il ne peut s'en prendre qu'à lui-même, car les généreux conseils ne lui ont pas fait défaut.

Quant à ce qui me concerne personnellement dans son œuvre, il dit que, m'appuyant sur les doctrines développées en 1847 par M. Serres, j'ai été au delà de ce qu'avait avancé ce grand médecin. Tout cela est vrai, très vrai, j'en conviens, tout en engageant mon très honoré confrère à adopter désormais, lui aussi, la maxime de M. Carnot : *Ne sutor ultrà crepidam.*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 27 décembre 1854. — Présidence de M. Huguier.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

— A propos du procès-verbal, M. Giraldès demande à confirmer par quelques faits ce qu'il a avancé dans la dernière séance relativement à la ligature de la carotide primitive. Il rappelle la statistique de ces ligatures publiée en 1836 par M. Velpeau dans son *Traité de médecine opératoire*, et celle de Norris, qui sur 149 faits observa 54 cas de mort. M. Giraldès a dépouillé 40 faits de cette statistique, et il a trouvé que dans 6 cas on avait observé de l'hémiplégie. Cet accident n'a été constaté dans aucun des six cas de ligature des deux carotides. Il passe rapidement en revue les faits de Warren, en où les ligatures furent faites à un mois d'intervalle; d'Ellis et de Mussey, où il n'y eut que douze jours de distance; enfin celle de Coole, où la deuxième ligature fut faite trois mois après la première. De l'examen de ces statistiques, M. Giraldès conclut que M. Maisonneuve est tombé sur une série de faits malheureux qui ne peuvent l'autoriser à formuler une conclusion sur l'accident qu'il a signalé comme fréquent dans cette ligature de la carotide.

M. Chassaignac pense qu'il ne faut point accepter sans réserves l'opinion formulée par M. Maisonneuve sur la fréquence d'une gangrène du cerveau après la ligature de la carotide primitive. L'on doit d'abord se demander s'il y a eu véritablement gangrène dans ces cas. L'on sait combien est multipliée la circulation anastomotique du cerveau. La preuve en est dans la facilité avec laquelle reparaissent les battements dans un anévrisme de la carotide lorsqu'on a appliqué une ligature au-dessous de lui. A ce propos M. Chassaignac rapporte qu'un jour, en faisant l'ablation d'une tumeur du cou, il ouvrit la carotide externe et fut obligé de lier la carotide primitive; le sang revint comme dans une saignée, par le bout inférieur du vaisseau lésé. La circulation se rétablissait ainsi rapidement au moyen des anastomoses de la carotide interne. En résumé, il y a dans le cerveau plus de sang qu'il n'en faut, et l'on ne doit point craindre la gangrène.

M. Chassaignac, à propos du sphacèle de la jambe survenu chez l'opéré de M. Maisonneuve, recommande, pour entretenir la chaleur dans les membres où a été faite une ligature d'artère, l'emploi de sachets de son. Il n'y a point alors danger de compression comme avec les sachets de sable.

M. Giraldès. M. Chassaignac vient de parler de la gangrène du cerveau et d'en contester presque la possibilité. Mais dans l'observation d'A. Cooper, où il y eut une hémiplégie complète, il n'y avait point de sang dans la substance cérébrale, qui par la pression laissait s'écouler une substance laiteuse. La pulpe du cerveau conservait une coloration jaunâtre.

M. Chassaignac. Il est difficile de dire si l'on avait affaire ici à un ramollissement ou à une gangrène. L'on a observé des cas de sphacèle du cerveau faisant hernie au dehors, et ils ne se présentaient pas avec les caractères que vient de rappeler M. Giraldès.

M. Broca expose devant la Société le mécanisme de l'instrument à compression artérielle que M. Charrière a construit suivant ses indications. Cet appareil résulte de la combinaison de mécanismes déjà connus, car M. Broca s'est efforcé de réunir ici ce que les autres instruments pouvaient offrir de bon.

Il y a dans ce compresseur, comme dans ceux de Ph. Crampton et de Carte, une gouttière sur laquelle repose le membre; mais ici la gouttière et l'armature sont unies, ce qui donne une grande fixité à l'instrument.

Une gouttière qui s'étend de la partie inférieure de la cuisse au bassin, et qui est échancrée en ce dernier point, ne peut guère servir que pour un seul membre; mais en l'échancrant à ses deux extrémités, on peut la faire servir à la fois aux deux cuisses. C'est ce qu'a conseillé de faire M. Broca.

La pression peut s'exercer dans ces appareils compresseurs à l'aide d'anneaux, de tiges, d'arcs, de ressorts. M. Broca donne la préférence aux tiges articulées. Ces tiges, en nombre variable, supportent des pelotes qui peuvent de la sorte être appliquées sur les différents points du membre. M. Broca examine alors comparativement l'action des tiges articulées et des ressorts. Selon lui, les ressorts ne constituent que des appareils défectueux; ils ont une élasticité brutale qui ne convient point à tous les cas, et partant ce sont des instruments sans avenir. Ils n'ont donné que deux succès, car le malade de Verdier n'était pas guéri. En résumé, M. Broca pense que les insuccès sont ici en trop grand nombre pour qu'on doive se servir des appareils à ressort.

Les appareils à arc, comme le compresseur de Dupuytren, ont aussi l'inconvénient grave de ne pas s'appliquer méthodiquement.

M. Broca décrit ici le système particulier du compresseur qu'il a fait construire. Cet appareil se compose d'une tige articulée à angle droit avec la gouttière, et qu'une ingénieuse disposition de vis connue sous le nom de vis de Signoroni fait incliner au degré convenable. La pelote est de forme conique et disposée suivant le système imaginé par M. Carte, et connu sous le nom de compression élastique. Ce mode de compression, pratiqué à l'aide d'un cylindre en caoutchouc sur lequel repose la tige de la pelote, a une efficacité incontestable; en effet, cette compression élastique, qui n'a point la dureté de la compression directe, a pu être supportée par des malades auxquels cette dernière ne pouvait être appliquée.

CORRESPONDANCE.

M. Larrey lit une lettre de M. Bertherand aîné qui complète des détails déjà donnés à la Société. Nous extrayons de cette lettre les passages suivants :

« Je me hâte de vous envoyer les détails que vous réclamez pour pour compléter l'histoire de mon brave officier.

» Ainsi que je l'ai dit dans le cours de l'observation, les vomissements ont été très abondants et très répétés *durant le temps écoulé entre la blessure et l'opération.* La voix était aussi très altérée alors, par le fait du siége même de la plaie, de l'hémorrhagie qui obstruait le pharynx, de la douleur et de l'ébranlement général.

» Je suis très sûr de n'avoir lié que l'artère, qui se trouvait *seule* et *parfaitement isolée* sur ma sonde cannelée au moment où j'ai passé le fil. L'opération a été faite promptement, sans difficulté, et sans que le blessé ait accusé de grandes douleurs. La ligature d'un nerf aussi important que le pneumo-gastrique passerait-elle ainsi inconnue?

» Après le pansement les vomissements *ont cessé.* Cela m'a semblé rationnel, puisque le sang ne descendait plus dans l'estomac, et qu'il n'y avait plus lieu à expulsion de caillots, comme précédemment.

» La réaction vive qui nécessita une saignée le troisième jour était tout à fait exempte de congestion particulière du poumon. Avant son évacuation sur Dellys, comme pendant le séjour qu'il fit à cet hôpital, Parard ne parut jamais dyspnéique; l'appareil respiratoire fonctionnait bien.

» Durant la convalescence, les forces revenant, la voix avait repris plus de sonorité. L'aphonie n'a commencé à me frapper que lors des violentes atteintes de choléra, et je l'expliquai alors tout naturellement par la complication cholérique.

» Vous voyez, mon cher monsieur Larrey, dans quelle perplexité je me trouve pour assigner une cause réelle à la perte de la voix. J'avais compté sur la convalescence pour résoudre le problème par l'intervention de l'épidémie. Il est clair maintenant que si la situation persiste, on est fondé à rechercher une autre influence. La lésion du pneumo-gastrique étant écartée, resterait celle de quelques filets du récurrent, ou de quelques ramuscules cardiaques du grand sympathique. Ne pourrait-on pas invoquer aussi la commotion, l'ébranlement de la base du crâne lors de la blessure?

» Tout cela me paraît bien obscur, et je désire que la discussion de mon travail fasse jaillir quelque lumière au milieu de ces épaisses ténèbres. »

— La Société, conformément aux conclusions d'un récent rapport de M. Broca, procède au vote sur la candidature de M. Rothmund (de Munich). Ce chirurgien, ayant réuni la majorité des suffrages, est nommé membre correspondant de la Société de chirurgie.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. le docteur A. Richard montre un kyste multiloculaire de l'ovaire. Le contenu des aréoles est une masse colloïde qui se sépare facilement, en conservant la forme des petites loges. A la partie postérieure de la tumeur, on voit une trompe qui s'ouvre dans l'un des kystes.

Au dire de la malade, le développement du ventre ne datait que de trois mois. Deux ponctions ont été pratiquées dans cette tumeur, et l'on n'a obtenu qu'un demi-verre de liquide.

M. Boinet soutient que la disposition multiloculaire de ce kyste devait empêcher d'y pratiquer une ponction. Ces kystes aréolaires sont plus élastiques que fluctuants, et moins la fluctuation est sensible plus il faut les respecter. Il n'y avait aucune injection à tenter ici. Peut-être dans ces cas l'ovariotomie serait-elle indiquée.

M. Debout raconte qu'il y a deux ans environ une dame âgée de soixante-dix à soixante-douze ans vint le consulter pour une tumeur abdominale, qu'il crut être un kyste de l'ovaire communiquant avec la trompe. Il fut conduit vers cette idée par les faits suivants : en 1848, cette dame avait vu s'établir par l'utérus un écoulement filant assez abondant, qui avait coïncidé avec la diminution de la tumeur. Un an après survinrent des accidents assez graves, et M. Debout, supposant que le kyste s'était de nouveau rempli, essaya de le vider par un moyen mécanique. Il fit constiper la malade avec quelques opiacés pendant deux ou trois jours, puis il la purgea. A la seconde tentative de ce genre l'écoulement de liquide se manifesta de nouveau, et a duré pendant une année.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société : E. Follin.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 3 janvier ont été promus dans le corps des officiers de santé de la marine :

Au grade de second chirurgien en chef, M. Arlaud, chirurgien professeur;

Au grade de chirurgien principal, M. Reynaud, chirurgien de 1re classe.

— MM. les docteurs Bossu et Chatain ont été nommés chefs des cliniques internes et d'accouchements à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon.

— Les constructions commencées, il y a dix ans, à l'Ecole impériale vétérinaire de Lyon touchent presque à leur terme. Les dépenses faites jusqu'à ce jour pour la création de ce magnifique établissement ne s'élèvent pas à moins de 900,000 fr.

— M. le docteur Routh, président du collége de Magdalen à Oxford, vient de mourir, âgé de près de cent ans. Il était né le 15 septembre 1755. Il avait été nommé président du collége de Magdalen en 1791.

— Les viandes salées de l'Amérique se débitent aujourd'hui sur une grande échelle dans les principaux ports de l'Europe. Déjà à Marseille cette concurrence a fait baisser de beaucoup le prix des viandes fraîches. A Bordeaux, ces viandes salées se vendent à la criée, depuis un jusqu'à trois kilos. Le prix d'un kilo ne dépasse pas 90 c. Cette viande de bœuf salée est tirée des meilleures parties de l'animal, cuisses, filets et entrecôtes; elle forme entre autres un excellent pot-au-feu. La dessalaison est opérée en une heure, en suspendant la viande dans un vase d'eau tiède, avec la précaution qu'elle ne touche pas au fond.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues à la Faculté de médecine par MM. :

Desterne, né le 16 décembre 1828 à Moulins (Allier); *De l'hystérie.*

Cady, né le 9 août 1825 à Rochefort-sur-Loire (Maine-et-Loire); *Cause et prophylaxie de la phthisie pulmonaire.*

Delore, né le 7 avril 1828 à Fleurie (Rhône); *Quelques recherches sur le pus.*

Lalourcey, né le 24 août 1828 à Laigne (Côte-d'Or); *De la fièvre typhoïde.*

Codet, né le 26 octobre 1825 à Montauban (Ille-et-Vilaine); *De l'influence du régime sur l'organisation animale.*

Petit, né le 11 décembre 1827 à Urrugne (Basses-Pyrénées); *De l'allaitement maternel.*

Nous rappelons à MM. les docteurs que leurs thèses seront annoncées dans l'un des numéros qui suivra la remise qu'ils en auront faite à notre bureau.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Plon frères, rue Garancière, 8.

N° 4. — JEUDI 11 JANVIER 1855. (28e ANNÉE.) N° 4. — JEUDI 11 JANVIER 1855.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 10 JANVIER 1855.

Séance de l'Académie de Médecine.

Malgré les nombreux discours qui ont déjà été prononcés à l'Académie de médecine dans la discussion du cancer; malgré les efforts des hommes éminents qui ont pris la parole en cette occasion, la question ne paraît pas encore épuisée. A chaque séance viennent surgir des faits nouveaux qui ajoutent chaque fois un intérêt croissant à cette question déjà si importante par elle-même.

Cette question n'est pas seulement l'objet des préoccupations de la presse et des praticiens de la capitale; nous recevons chaque jour des notes très remarquables de nos correspondants de la province et de l'étranger. Parmi les réflexions qui nous ont été soumises, nous signalerons particulièrement celles de M. Dezautières, praticien distingué à Decize (Nièvre), et celles de M. Poirier (de Gand).

Trois orateurs que nous avions déjà entendus dans les séances précédentes sont montés à la tribune : M. Leblanc, M. Delafond et M. Velpeau.

Nos lecteurs se rappellent que le premier discours de M. Delafond pouvait être divisé en trois parties distinctes. La première traitait de la pathologie comparée du cancer; la seconde, de l'anatomie de l'élément cancéreux; dans la troisième, la dégénérescence carcinomateuse était examinée au point de vue pratique. On se rappelle que la seconde partie de ce discours avait été combattue par M. Robert. Dans cette séance, la première avait été attaquée par M. Leblanc. Cet orateur s'est attaché à combattre, nous ne dirons pas les conclusions de M. Delafond, car il a prouvé que les faits invoqués par cet orateur viennent démontrer le contraire de ce qu'il avait avancé.

Le discours de M. Delafond n'a été qu'une réponse à la partie anatomique de celui de M. Robert; il a défendu avec vigueur la théorie de la cellule primordiale, et il s'est efforcé de démontrer que la cellule dite cancéreuse ne pouvait être distinguée des cellules normales; par conséquent, que le microscope ne pouvait être d'aucune utilité pour le diagnostic du cancer. Il appuie ses propositions sur ses recherches particulières et sur les travaux d'un certain nombre de micrographes allemands. L'argumentation de M. Delafond a été vive, pressante; elle a fait une profonde impression sur l'auditoire.

Mais pourquoi M. Delafond a-t-il posé dans ses conclusions certaines propositions qu'il est loin d'avoir démontrées? Ainsi, il est encore revenu sur cette théorie du développement plus ou moins grand de la cellule, selon que celle-ci se rencontrait au milieu de tissus plus ou moins denses. Nous avons dit déjà ce qu'il y avait d'erroné dans cette doctrine, car il est parfaitement démontré que la cellule est tout aussi ronde et aussi volumineuse dans le squirrhe ligneux que dans l'encéphaloïde ramolli. Il confond les cellules épithéliales, fibro-plastiques et cancéreuses; il dit ne pouvoir les distinguer les unes des autres. C'est encore un point qui ne saurait être admis sur ce seul fait qu'il existe des anomalies dans la forme des cellules; car, ainsi que l'a prouvé M. Robert, chacune d'elles a des caractères anatomiques qui lui sont propres, et il est possible de les reconnaître quand elles sont examinées avec une attention suffisante. Enfin il nie complétement l'action des agents chimiques sur les diverses espèces de cellules, tandis que M. Robert est arrivé à des résultats tout opposés. Peut-être M. Delafond serait-il arrivé aux mêmes résultats que M. Robert s'il avait employé les mêmes procédés d'investigation.

L'heure avancée de la séance n'a pas permis à M. Velpeau de terminer son remarquable discours. Trois points y ont été examinés. Il s'est fort peu arrêté sur les deux premiers, à savoir : que l'on pouvait diagnostiquer certains cancers sans le secours du microscope; que le cancer pouvait guérir. Mais arrivant au troisième point, c'est-à-dire à la spécificité de la cellule cancéreuse, il s'est attaché à prouver : 1° que des cancers véritables pouvaient exister sans qu'il soit possible d'y constater la cellule cancéreuse; 2° que dans certains cas où on avait trouvé des cellules caractéristiques il n'y avait pas de cancer.

Pour arriver à cette démonstration, M. Velpeau s'est appuyé sur un grand nombre d'observations, les unes toutes nouvelles, ayant trait à des affections que leur symptomatologie, leur évolution devaient faire considérer comme de véritables cancers, et qui étaient dépourvues de cellules, tandis que d'autres étaient caractérisées par la présence de la cellule, et qui n'offraient que ce seul signe qui pût les faire considérer comme des tumeurs de mauvaise nature, et qui, ainsi que l'expérience l'a prouvé, n'étaient point des cancers; les autres, qu'il avait déjà invoquées précédemment, et qui avaient été considérées comme incomplètes. Mais M. Velpeau, par la lecture des notes qui lui ont été données par les micrographes eux-mêmes, est venu apporter les compléments qui lui avaient été demandés. L'habile académicien, par les arguments qu'il a développés à la tribune, a combattu victorieusement les objections qui lui ont été faites dans la presse et dans le discours de M. Robert, et il a démontré la non-spécificité de la cellule cancéreuse.

Trois observations de tumeurs épithéliales de la lèvre inférieure ont été pour la doctrine de M. Velpeau un argument des plus puissants. Ainsi, il a montré que dans un cas où l'on avait constaté une récidive dans la région parotidienne, la cellule cancéreuse, qui n'avait pas été aperçue lors de la première opération, a été parfaitement constatée dans la nouvelle tumeur. Il a démontré en outre que le cancer épithélial pouvait se généraliser; il a cité une observation qui lui a été envoyée, avec pièce à l'appui, et dans laquelle le cancroïde a été constaté dans un grand nombre de points de l'économie et jusque dans les os, puisque deux côtes étaient envahies par la maladie.

Mais il ne faut pas croire que M. Velpeau se soit montré ennemi du microscope; il ne prétend pas, ainsi qu'on l'a dit, qu'il faille briser cet instrument parce que dans certaines circonstances il n'a pu constater dans des cancers autre chose que la cellule caractéristique; il reconnaît, au contraire, qu'il a déjà rendu des services réels, et qu'il en rendra de plus grands encore.

Ce discours est le troisième que M. Velpeau a prononcé depuis le commencement de la discussion, et nous devons dire que dans cette dernière improvisation, qui a été peut-être encore plus brillante que les deux précédentes, le savant professeur a su, par son éloquence et sa logique, ébranler les convictions les mieux établies. — Dr A. Jamain.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'Académie des sciences a tenu lundi dernier sa séance publique annuelle. La médecine a eu, cette année comme toujours, une large part aux munificences académiques. Si aucun ouvrage n'a paru mériter une distinction hors ligne, on se convaincra du moins par l'énoncé seul des travaux couronnés que ce n'est ni le zèle, ni le mérite des travailleurs qui ont fait défaut.

On trouvera au compte rendu la liste des ouvrages que l'Académie a récompensés et ceux auxquels elle a accordé des encouragements. En ce qui concerne les premiers, n'ayant point eu à se prononcer sur le mérite relatif de ces divers ouvrages, qu'elle a placés tous sur la même ligne, elle a réparti à peu près uniformément entre leurs auteurs les sommes allouées. Nous croyons qu'il ne sera pas sans intérêt d'indiquer sommairement, d'après le rapport général de la commission, les points de science ou de perfectionnement pratique que l'Académie a plus particulièrement remarqués dans les ouvrages récompensés.

L'un des ouvrages les plus importants que l'Académie a distingués est le *Traité thérapeutique du quinquina*, de M. Briquet; ouvrage déjà connu de nos lecteurs par l'analyse qui en a été faite par la *Gazette des Hôpitaux*. La commission l'a considéré comme devant contribuer à rendre nos connaissances plus positives et plus complètes tant sur l'action physiologique de cet important médicament que sur son influence thérapeutique. C'est surtout pour avoir étudié avec beaucoup plus de détails qu'on ne l'avait fait avant lui les modifications qui se produisent à la suite de l'administration du sulfate de quinine dans l'action du cœur, dans le système nerveux, dans le qualités du sang, et pour avoir déterminé avec une grande précision le temps qui s'écoule entre le moment où le sel de quinquina commence à être absorbé et celui où il est complétement éliminé, que l'Académie a récompensé son auteur.

En récompensant le mémoire de M. Trousseau sur la ponction de la poitrine dans les épanchements pleurétiques aigus, l'Académie a entendu surtout encourager les louables efforts qu'a faits le savant professeur de clinique pour généraliser l'usage d'une opération autrefois restreinte à des cas tout à fait exceptionnels, en vue de dangers plus hypothétiques que réels, et dont M. Trousseau a, l'un des premiers, démontré l'innocuité. L'Académie n'avait pas, pour cette fois, à se prononcer sur la valeur respective des différentes méthodes et procédés imaginés pour l'exécution de cette opération. C'est un point qu'elle s'est probablement réservé de juger pour un autre concours.

Le travail de M. Robin sur les végétaux parasites de l'homme et des animaux a été jugé digne de récompense, comme remplissant une lacune importante dans l'histoire du parasitisme pathologique, particulièrement en ce qui concerne le mode de développement et de reproduction des diverses espèces de champignons dont la présence a été constatée par divers naturalistes dans plusieurs maladies de la peau, telles que la teigne faveuse, le muguet, le pityriasis versicolor, le prurigo decalvans, etc.

Ce que l'Académie a plus particulièrement remarqué dans le mémoire de MM. Wilhelm Boeck et Danielssen sur l'éléphantiasis des Grecs, c'est le soin avec lequel ces deux auteurs ont étudié, après la mort, les nombreux désordres que les deux formes types de l'éléphantiasis (l'éléphantiasis tuberculeux et l'éléphantiasis anesthésique) produisent dans une foule d'organes, et en particulier dans la moelle épinière et ses enveloppes, dans les voies respiratoires et dans le système osseux.

Les recherches de M. Schiff sur l'influence des nerfs sur la nutrition des os ont paru très importantes à la commission, comme tendant à remplacer par la démonstration expérimentale d'influences pathogéniques positives des données étiologiques trop souvent hypothétiques.

Quant au travail de M. Aran sur l'atrophie musculaire progressive, il est trop connu de nos lecteurs pour qu'il soit nécessaire d'en rappeler l'objet. L'observation ultérieure n'a fait, comme on sait, que confirmer l'exactitude de cette description d'une maladie nouvelle.

On remarqua sans doute, non sans quelque surprise, que des travaux d'une importance réelle, et qui assurément ne sont pas inférieurs sous beaucoup de rapports à ceux que nous venons de signaler, figurent dans la liste des ouvrages qui n'ont reçu qu'un simple encouragement. On se l'expliquera tout naturellement par le commentaire dont la commission a cru devoir faire précéder cette seconde liste; nous considérons comme un devoir de le reproduire textuellement :

« Désirant, dit la commission, établir partout une démarcation tranchée entre les distinctions qu'elle propose, l'Académie a réservé pour cette classe (encouragements) deux ordres de travaux :

» 1° Les uns, qui, par leur importance ou par les dépenses qu'ils entraînent, méritent d'être simplement encouragés, jusqu'à ce que, les auteurs les ayant complétés, elle puisse les récompenser dignement, s'il y a lieu;

» 2° Les autres, qui, par leur nature, ne peuvent avoir qu'une valeur secondaire, ou qui ne sont encore que le point de départ de recherches ayant besoin d'être continuées et jugées définitivement plus tard. »

La plupart de ces travaux, d'ailleurs, sont déjà connus de nos lecteurs. Leur énoncé suffira donc pour en rappeler le mérite au souvenir de chacun. — Dr Brochin.

Remarques

SUR PLUSIEURS FAITS DE PLAIES PAR ARRACHEMENT.

Par M. le docteur A. Jamain.

Nos lecteurs ont pu remarquer dans les derniers numéros de l'année dernière deux observations très intéressantes de plaies par arrachement, lues à la Société de chirurgie par M. Huguier, chirurgien de l'hôpital Beaujon. Dans l'une, il est question d'un homme dont la main avait été arrachée avec ses tendons; dans la seconde, la phalangette du doigt annulaire de la main gauche avait entraîné avec elle le tendon qui s'y insère. Nous avons observé dans le service de M. Huguier un troisième malade chez lequel, outre une dénudation complète de la paume de la main, on a observé une contusion très violente de la face dorsale. Enfin nous avons reçu de M. le docteur Verdet, de Vaucouleurs (Meuse), une observation d'arrachement du pied.

Ces quatre observations nous ont semblé pouvoir fournir le sujet de remarques pratiques importantes.

Les phénomènes qui ont été observés dans les deux premières observations de M. Huguier ne sont que la confirmation de ce l'on trouve consigné dans tous les traités classiques, tels qu'irrégularité de la solution de continuité, arrachement des tendons au niveau des points d'insertion des fibres musculaires, absence d'hémorrhagie, guérison assez rapide sans aucune espèce d'accident.

Il est des cas cependant dans lesquels les choses ne se passent pas aussi bien. Il suffit de rappeler l'observation publiée par notre savant confrère M. Estevenet pour attirer l'attention des chirurgiens sur un point assez important de ces arrachements de tendons.

A la suite d'une luxation du pied en dehors, le tendon du fléchisseur commun des orteils avait été arraché complétement au niveau de son insertion musculaire, et entre autres accidents qui accompagnèrent cette grave lésion, M. Estevenet observa un énorme phlegmon occupant toute la jambe jusqu'au genou. Dès le sixième jour, une suppuration abondante commença à couler par l'ouverture de l'articulation; en même temps des abcès se formèrent, l'un vers la partie antérieure et interne de la jambe, un second sur la partie antérieure, un troisième vers la tête du péroné. Ces trois abcès furent successivement ouverts; il ne parut pas que la suppuration passât des uns aux autres par le tissu cellulaire sous-aponévrotique; leur source commune parut venir des muscles du mollet. Il est probable que le trajet laissé par l'arrachement du tendon devait être le siége primitif et commun de ces foyers purulents (1).

Il n'est pas rare de voir des phlegmons succéder à des désordres semblables à ceux qui ont accompagné cette blessure; ils ne sont pas constants toutefois; car, dans l'observation que nous rapportons plus loin, il y eut ouverture de l'articulation tibio-tarsienne, arrachement d'un tendon, et cependant on n'a pas observé de phlegmon. Toujours est-il que, si la plaie de l'articulation a prédisposé à l'inflammation phlegmoneuse, il n'en est pas moins intéressant de signaler ce siége du foyer purulent au milieu du tissu musculaire de la jambe, dans le trajet laissé par l'arrachement du tendon. Nous avons cru devoir attirer l'attention des praticiens sur cet accident de cette espèce de plaies.

Dans les deux autres observations, on peut voir combien la nature, lorsqu'elle est secondée par un praticien habile, peut offrir de ressources même dans les cas les plus graves. Ainsi chez le premier malade, celui de M. Huguier, on pourra voir avec quel talent ce chirurgien a profité des moindres circonstances pour conserver à son malade une main qu'il semblait condamné à perdre.

Obs. — *Ecrasement de la main avec dénudation complète de la face palmaire.*

Le 13 octobre 1854 est entré à l'hôpital Beaujon le nommé Masson (François), journalier à Puteaux. Travaillant à un rouleau d'impression, il a eu la main gauche prise et laminée pour ainsi dire entre les cylindres jusqu'au niveau du poignet. On a été obligé de desserrer ceux-ci avant de pouvoir retirer la main.

A son arrivée, on constate un écoulement de sang peu considérable, reste d'une hémorrhagie assez abondante. La main gauche présente l'état suivant : la peau de la face palmaire a été enlevée avec la couche graisseuse et aponévrotique; le décollement s'étend vers les deux premières phalanges de l'index et du médius. Le lambeau est encore adhérent au bord cubital.

Les tendons, muscles et nerfs de la paume sont mis à nu; on voit plusieurs artères et branches collatérales des doigts qui, quoique déchirées, ne donnent pas de sang; l'arcade palmaire superficielle est intacte. La plaie est limitée en haut et en dehors au pli radio-palmaire et au côté externe de l'index; la peau du pouce et du thénar est donc en majeure partie respectée. C'est sur la base de l'index et du médius que la lésion en est la plus profonde. Les tendons fléchisseurs du premier et une partie de ceux du second sont complétement dépouillés de leurs gaînes.

A la face dorsale de la main il n'y a pas de plaie, mais la peau est fortement contuse; on prévoit une gangrène étendue; toute cette région est en même temps le siége d'une tuméfaction considérable.

Le sang étant à peu près arrêté, on se contente d'irrigation continue. L'état contusionné du lambeau de la plaie palmaire ne permet pas de songer à une réunion immédiate.

Le 14, l'hémorrhagie n'a pas de tendance à se renouveler. Le lambeau palmaire enroulé paraît déjà en partie privé de vie et la tuméfaction est augmentée au dos de la main.

Le lambeau palmaire est de couleur brunâtre, sphacélé jusqu'à sa base, et on le résèque; les deux points contusionnés de la région dorsale prennent aussi une couleur grisâtre et sont entourés de phlyctènes. Une tuméfaction modérée, sans rougeur notable, s'étend vers l'avant-bras. — Même pansement, cataplasme sur l'avant-bras.

Le 18, le sphacèle de la peau paraît aujourd'hui limité; il s'arrête au bord cubital; cependant, vers la partie supérieure de ce bord, il s'étend d'environ 1 centimètre vers la face dorsale de la main. Au côté externe la gangrène a fait des progrès; elle comprend les tendons de l'index et du médius. Sur le dos de la main, le sphacèle est aussi limité à deux eschares blanchâtres de l'étendue d'une pièce de 1 franc. La tuméfaction de la main est toujours très considérable, ce qui donne à la plaie une très grande étendue; l'avant-bras ne s'est pas plus tuméfié que le 16; il n'est point douloureux; l'état général est satisfaisant.

Le 20, on trouve tout le doigt indicateur gangrené, depuis son extrémité jusqu'au sommet de la première phalange; partout ailleurs le sphacèle a cessé de faire des progrès; les téguments de la face dorsale présentent une rougeur phlegmoneuse intense.

On ouvre un petit abcès au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne du doigt indicateur.

Le 21, on incise l'eschare de la face dorsale qui correspond au troisième métacarpien. Cette incision donne issue à une quantité considérable de pus qui vient de la face dorsale du poignet.

Le 24, on désarticule la phalangette de l'index mortifié. Les autres plaies se détergent; la suppuration n'a pas augmenté vers la face dorsale du poignet.

Le 26, on trouve la seconde phalange de l'index dénudée; on désarticule; les plaies commencent à bourgeonner; elles présentent l'état le plus satisfaisant; l'avant-bras reste toujours dans le même état; on n'y observe rien de fâcheux.

Le 28, la plaie de la face palmaire est tout entière couverte de bourgeons charnus d'un bon aspect. Les deux eschares de la face dorsale sont tombées, mais l'intervalle qui existait entre elles a disparu, de sorte que la plaie présente une étendue d'environ 3 centimètres de diamètre. Elle est peu profonde, car le sphacèle n'a pas dépassé les téguments. Elle se recouvre de bourgeons charnus de bonne nature. La première phalange de l'index, qui n'est recouverte par les téguments qu'à sa face dorsale, fait saillie par son extrémité inférieure. La face palmaire se recouvre de bourgeons charnus. — On cesse les irrigations.

Le 30, l'état du malade est toujours satisfaisant. Le petit doigt commence à être entraîné dans la flexion; on lui imprime des mouvements en sens opposé, afin d'éviter la formation d'une cicatrice vicieuse qui maintienne le doigt dans une position fâcheuse.

Le 4 novembre, la cicatrisation commence sur les bords des deux plaies, qui ont un bon aspect, sauf quelques bourgeons œdémateux, que l'on réprime avec l'azotate d'argent. L'incision faite le 20 au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne du doigt indicateur continue à donner un peu de pus, qui paraît venir du troisième métacarpien fracturé.

Le 6, l'état est toujours bon; la cicatrisation marche sans accidents. On espère pouvoir conserver non-seulement la main, dont le sacrifice avait d'abord paru nécessaire, mais encore le doigt médius et l'annulaire, que M. Huguier avait d'abord pensé devoir désarticuler. Le moignon de l'index est encore couvert de téguments à sa face dorsale; mais dénudé à sa partie antérieure, et ne pouvant plus être d'aucune utilité, devant gêner au contraire, puisque la cicatrice devra le fléchir complétement, il doit être sacrifié. La première phalange, d'ailleurs, est nécrosée à sa partie supérieure. Tout en justifie donc l'amputation. M. Huguier y procède de la manière suivante : il commence par disséquer la peau qui recouvre la face dorsale de la phalange, puis la phalange est enlevée. La peau est rabattue sur la face palmaire à l'aide de bandelettes agglutinatives, de manière à recouvrir complétement la tête du deuxième métacarpien et à diminuer l'étendue de la cicatrice future, en même temps qu'elle fournira une surface cutanée à l'apposition du pouce. Le petit doigt, qui avait été excorié à sa face palmaire, continuant à se fléchir par la cicatrisation, on le fixe aux deux autres doigts.

Le 12, on enlève les bandelettes. Le lambeau est complétement réuni; le reste de la plaie est diminué d'étendue; celle de la face dorsale est presque cicatrisée. L'état général est bon. Le malade ressent des douleurs vives dans le creux de la main.

Le 18, la plaie dorsale est complétement cicatrisée; celle de la paume se rétrécit rapidement; les doigts continuent à se fléchir, et on maintient l'auriculaire à l'aide d'une attelle dorsale qui prend son point d'appui sur l'avant-bras.

Nous avons vu le malade plusieurs fois depuis cette époque; la cicatrisation faisait des progrès, des bourgeons charnus exubérants étaient cautérisés légèrement avec l'azotate d'argent.

Cette observation est remarquable sous plusieurs rapports. On peut voir qu'il y avait là une lésion complexe : d'une part, arrachement des téguments de la paume de la main, d'autre part, contusion tellement violente du dos de la main, que la gangrène s'est manifestée dans une étendue assez considérable. La main était donc presque entièrement privée de son appareil tégumentaire.

Quelles étaient les ressources qui restaient au chirurgien; devait-il compter sur le lambeau arraché? Evidemment non; car il était très mince, enroulé vers le bord cubital de la main; sa mortification était imminente, ainsi que l'a prouvé d'ailleurs l'événement. Il ne pouvait donc servir à recouvrir au moins une partie des surfaces mises à nu.

Il nous faut maintenant examiner ce qu'il convenait de faire dans cette circonstance. Fallait-il amputer? Fallait-il abandonner le malade aux ressources de la nature, en se tenant toutefois prêt à parer aux accidents qui pourraient survenir ?

Examinons d'abord la première question. Il est certain que l'amputation devait venir à l'esprit de tous les praticiens à l'aspect de délabrements aussi étendus; mais en admettant cette opération comme urgente, c'est à l'amputation de l'avant-bras que l'on devait nécessairement avoir recours; car on ne pouvait songer à la désarticulation du poignet, puisqu'il n'y avait pas possibilité de tailler un lambeau ni sur la face palmaire, puisqu'il n'existait plus de téguments, ni sur la face dorsale, puisque la gangrène était prochaine. En face d'une amputation dont les conséquences sont toujours graves, puisqu'il s'agissait de la privation d'un membre, le chirurgien ne devait-il pas hésiter et attendre qu'un accident plus urgent vînt autoriser l'opération; c'est ce qu'a fait M. Huguier, et nous ne saurions trop recommander sa conduite; car, par sa patience et son savoir, il a pu épargner à ce malheureux blessé une mutilation qui l'aurait privé des moyens de subvenir à ses besoins.

Cette détermination prise, voyons quelle a été la conduite de M. Huguier. Dans tout le traitement, nous le voyons disputer au mal chacune des phalanges du doigt indicateur, qu'il se trouve enfin dans la nécessité de sacrifier en entier, et encore il conserve tous les téguments sains qui existent sur la face dorsale; il ramène ces téguments dans la paume de la main pour diminuer autant que possible l'étendue de la cicatrice; enfin il lutte par des moyens appropriés contre la tendance qu'ont les doigts à se fléchir par la rétraction du tissu inodulaire. Nous ne pouvons dire s'il réussira complétement, car on sait combien il est difficile de maintenir les doigts dans leur rectitude normale lorsque le travail de cicatrisation les entraîne dans la flexion.

Nous ne saurions trop appeler l'attention sur ce fait des plus intéressants, qui nous montre qu'il ne faut pas se hâter de pratiquer des opérations, et que par une expectation prudente on peut sauver souvent un membre dont on pouvait croire la perte inévitable.

L'observation suivante offre aussi un grand intérêt. Dans celle-ci il s'agit d'un pied qui a été conservé malgré les désordres les plus graves; les accidents qui sont survenus pendant le cours de la maladie ont eu une plus grande intensité que chez le malade de M. Huguier. Aussi M. Verdet s'est-il vu plusieurs fois reprocher de n'avoir pas pratiqué immédiatement l'amputation; mais le succès qui est venu couronner ses efforts l'a justement indemnisé des craintes qu'il a eues pendant assez longtemps. Nous allons d'ailleurs laisser parler M. Verdet lui-même.

Obs. — *Luxation du pied avec déchirure très étendue des téguments. Arrachement du tendon d'un des péroniers. — Guérison.*

Le 22 septembre 1851, je fus mandé chez le sieur Lécaille Hugot, cultivateur à Vaucouleurs, pour y donner des soins à son fils.

Ce jeune homme conduisait des chevaux en pâture, lesquels, effrayés par des enfants, se lancèrent au grand galop; dans ce mouvement désordonné, celui qu'il montait s'abattit et tous deux roulèrent sur un chemin coupé de profondes ornières remplies de boue.

Arrivé dans la maison, je trouvai le blessé étendu sur les genoux de l'homme qui l'avait rapporté; une autre personne soutenait le pied gauche couvert de fange et de sang, et chaussé d'un énorme brodequin que je coupai avec précaution.

A l'aspect de l'immense désordre, je crus d'abord que le seul moyen à employer était l'amputation de la jambe; cependant je lavai avec soin et le plus doucement possible la large plaie que j'avais sous les yeux. Je pus examiner attentivement et prendre une décision.

Tous les muscles, les vaisseaux, les nerfs, les ligaments de la face externe de la jambe gauche étaient arrachés; le pied, renversé en dedans, laissait voir les surfaces articulaires avec leurs luisants cartilages; le tendon d'Achille était intact, mais complétement à nu; un tendon, que je pensai appartenir à l'un des péroniers, était arraché et se trouvait dans la partie béante de la plaie. Les os n'étaient point fracturés; il n'y avait point d'hémorrhagie.

En voulant conserver la jambe il y avait de grandes chances à courir, mais enfin la conservation d'un membre me parut valoir la peine d'en courir les risques.

Après avoir mis la plaie dans le plus grand état de propreté possible, je fis mettre le blessé sur son lit et le fis tourner sur le côté droit. Je plaçai deux aides, l'un pour l'extension, l'autre pour la contre-extension; j'enlevai avec le bistouri quelques portions de muscles qui ne tenaient presque plus, ainsi que le tendon arraché dont j'ai parlé, et après avoir débridé pour faire rentrer à sa place la malléole externe, je réduisis la luxation et posai le pied sur l'attelle garnie de son coussin et du bandage à bandelettes; je mis sur la plaie une compresse fenêtrée enduite de cérat, par-dessus de la charpie; je posai le bandage, mis l'attelle externe et j'assujettis le tout par trois liens. Un cerceau empêcha les couvertures de poser sur le pied.

La journée se passa bien. Le soir, je donnai d'heure en heure une cuillerée de potion calmante. Le malade eut une nuit tranquille.

Le 23, mêmes prescriptions; mêmes résultats.

Le 24, fièvre, agitation, douleur dans la plaie; levée de l'appareil pendant la nuit. La gangrène occupe deux petits points. — Pansement avec la poudre de quinquina rouge incorporée dans le cérat; tisane d'orge, chicorée amère et bois de réglisse.

De tous côtés il me revenait des rapports, des on dit. J'aurais dû couper la jambe... Le malade souffrirait beaucoup moins... Après avoir

---

(1) *Annuaire de médecine et de chirurgie pratiques*, par MM. Jamain et Wahu, 1853, p. 198.

temporisé il faudrait toujours en venir là... C'était du temps perdu... ; de la peur... ; même de l'ignorance... On eut beau dire, je tins bon.

Le 25, la nuit a été très agitée; il y a eu des soubresauts dans les membres, de la soif, de l'insomnie. J'ai craint les accidents nerveux. La gangrène s'est étendue. — Deux pansements ; rapprochement des cuillerées de potion calmante.

Le 26, nuit mauvaise. La gangrène occupe toute la plaie. Il y a constipation. — Lavement laxatif, qui procure une selle; boisson composée d'eau et de sirop de gomme.

Les 27, 28, 29, 30, même état quant à la plaie. Dévoiement. — Lavement d'eau de mauve et de tête de pavot.

Le 1er octobre, nuit passable. On vient me prier de faire le pansement du matin plus tôt qu'à l'ordinaire, en raison de l'odeur insupportable qui s'exhale de la plaie. La gangrène est bornée ; le tour de la plaie est d'un rose assez vif. — Bouillon de veau.

Les 2 et 3, mêmes prescriptions. Toujours deux pansements.

Le 5, la plaie commence à se nettoyer. — Bons potages deux fois par jour; limonade; lavements.

Le 10, la plaie est complétement débarrassée de gangrène ; les bourgeons charnus se développent; la suppuration, très abondante, est de bonne nature ; le malade dort, et l'appétit a passablement d'activité.

Les 11, 12, 13, 14, continuation du mieux.

Le 15, fièvre très forte, suite d'indigestion ; dévoiement ; mauvaise nuit. — Diète; infusions de feuilles d'oranger.

Le 16, même régime.

Les 17, 18, 19, mieux. — Légère alimentation.

Le 20, appétit assez vif. Les bourgeons charnus se développent avec force. — Cautérisation avec le nitrate d'argent ; bandelettes de cérat autour de la plaie ; cérat sur la charpie.

Jusqu'au 2 novembre, mêmes pansements. De cette époque jusqu'au 25, chaque matin lavage de la plaie avec un petit pinceau de charpie trempé dans une dissolution de nitrate d'argent fondu.

Tous les jours, la plaie diminue un peu. A dater du 3 décembre, le petit blessé se lève toute la journée et commence à s'essayer sur des béquilles.

Enfin, au 25 décembre, débarrassé de petits clous qui avaient envahi la jambe au-dessus de la plaie, le jeune Lécaille put sortir, se promener avec ses béquilles dans la ville, et le pied cessa d'enfler tous les soirs, comme cela avait eu lieu jusqu'alors.

Au mois de mars 1852, je le rencontrai allant à la charrue avec son père ; il marchait sans trop boiter. Il était complétement guéri ; mais il y avait ankylose de l'articulation du pied.

En janvier 1853, il faisait plusieurs lieues sans être fatigué et boitait à peine.

DE L'AUSCULTATION DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE.

(Leçons professées à l'Ecole pratique par le docteur J.-J. Batailhé).

Les phénomènes stéthoscopiques de l'appareil respiratoire, soit à l'état sain, soit à l'état morbide, sont excessivement nombreux et présentent des nuances infiniment variées.

Les conditions physiques de la production d'un grand nombre de ces phénomènes sont encore inconnues. Il importerait cependant de les déterminer d'une manière rigoureuse, car dès ce moment on n'en serait plus réduit à les étudier seulement d'une manière directe par l'observation ; on pourrait les *deviner*, les *prévoir*, et la stéthoscopie se trouverait plus facile à apprendre et à enseigner.

Si nous ne nous trompons, nous avons atteint ce but en plusieurs points, comme on le verra par les leçons que nous publions.

Ce travail sera divisé en cinq articles.

Article Ier. — Etude des deux mouvements respiratoires d'inspiration et d'expiration dans leurs rapports avec l'auscultation.

Article II. — Marche de l'air expiré et de l'air inspiré dans l'arbre aérien et dans ses diverses sections, dans ses rapports avec l'auscultation.

Article III. — Exposé général des phénomènes stéthoscopiques perçus dans les diverses sections de l'arbre aérien et dans le parenchyme pulmonaire.

Article IV. — Exposé des bruits physiologiques et des bruits morbides dans les diverses sections de l'arbre aérien (vésicules, petites bronches, etc.).

Article V. — Bruits entendus dans les excavations accidentelles ou morbides creusées dans le parenchyme pulmonaire.

Au premier abord, les deux premiers articles, ne disant pas un mot d'un seul phénomène stéthoscopique, pourront paraître un hors-d'œuvre. Il n'en est pourtant rien ; bien au contraire, ils sont la base des trois articles suivants, tellement que le lecteur qui aura bien mûri les deux premiers articles pourrait à la rigueur composer lui-même les articles suivants.

Article Ier. — Etude des deux mouvements respiratoires d'inspiration et d'expiration dans leurs rapports avec l'auscultation.

Première proposition. — *Le mouvement d'expiration dure un temps sensiblement moindre que le mouvement d'inspiration.*

L'exactitude de cette proposition est démontrée par l'observation directe.

A l'état normal, si l'on observe la cage thoracique d'une personne qui respire d'une manière calme et tranquille, pendant le sommeil, par exemple, l'on voit manifestement que le mouvement d'expiration dure moins que le mouvement d'inspiration.

Il est des auteurs (Chomel, *Pathologie générale*) qui ont admis ce que nous avançons là ; mais nous devons dire que d'autres ont avancé tout au contraire que le temps d'expiration dure plus que le temps d'inspiration.

Cette dernière évaluation de la durée relative des deux temps est erronée ; l'observation directe et attentive nous l'a démontré. Cette erreur s'explique même jusqu'à un certain point, puisque la plupart des auteurs qui l'ont admise comptent le *temps de repos au bénéfice de l'expiration.* (Voyez Bérard, *Leçons de physiologie.*)

Lorsque par une cause morbide ou physiologique les mouvements respiratoires viennent à s'accélérer, la différence de durée entre les deux temps ne disparaît pas. Loin de là, elle ne fait que s'*accroître;* l'expiration gagne en *vitesse* plus que l'*inspiration*, comme le confirme encore l'observation *directe*.

Si, après avoir constaté par l'observation la différence de durée des deux mouvements respiratoires, nous recherchons les causes de cette différence, nous les trouverons dans le mécanisme différent des deux mouvements de la respiration.

Quels sont en effet les agents du mouvement d'inspiration ? Ce sont des puissances musculaires, ce sont les muscles inspirateurs.

De tous ces muscles, le plus important est sans contredit le diaphragme, qui ne se borne pas à agrandir le diamètre vertical de la poitrine, comme on l'avait longtemps pensé, mais qui agrandit encore le diamètre transversal et le diamètre antéro-postérieur, comme l'ont si bien démontré MM. Beau et Maissiat.

Mais à ce muscle capital, d'autres, et très nombreux, viennent se joindre pour produire l'inspiration. Ce sont les muscles intercostaux externes et internes, les scalènes, les deux pectoraux, grand et petit, les sterno-mastoïdiens, les grands dentelés, etc., etc. Ceux-ci supposent la contraction préalable des muscles trapèze, rhomboïde, pour fixer l'épaule.

Parmi ces muscles, quelques-uns peuvent agir simultanément et indépendamment les uns des autres. Mais d'autres, et c'est le plus grand nombre, se prêtent un mutuel appui, n'entrent pas en action *simultanément*, mais *successivement* (intercostaux, grand dentelé, etc.). Cette succession d'*action* dans les puissances inspiratrices nécessite un certain temps.

De plus, à mesure que sous l'influence des puissances inspiratrices la cage thoracique se dilate, on voit grandir les obstacles que ces puissances ont à vaincre.

Les côtes résistent de plus en plus au mouvement d'élévation et de torsion ; le poumon, par son élasticité, résiste de plus en plus à la pénétration de l'air ; les gaz abdominaux, de plus en plus comprimés, résistent de plus en plus à l'abaissement du diaphragme.

Si nous portons notre attention sur le mouvement d'expiration, nous y trouverons des conditions toutes différentes, soit que nous examinions l'expiration *simple* ordinaire, soit que nous examinions l'expiration *complexe* (celle qui est active, qui se fait au service de la toux, de la parole, dans les cas de dyspnée, etc.).

Dans l'expiration simple, quels sont les agents du mouvement d'expiration ? Ce sont les côtes tendant à se détordre et à s'abaisser pour reprendre leur état naturel ; c'est l'élasticité du poumon, qui tend à se débarrasser de l'air qu'il a reçu dans l'inspiration ; c'est l'élasticité des gaz abdominaux et des parois de l'abdomen, qui tend à refouler le diaphragme. Toutes ces causes agissent avec une énergie d'autant plus grande que l'inspiration a été plus profonde; toutes entrent en action simultanément, ne dépendant en aucune façon les unes des autres.

Dans l'expiration complexe, les causes précédentes, purement physiques, entrent en action ; mais il s'y joint l'action des muscles expirateurs; c'est-à-dire l'action des muscles grand oblique, petit oblique, transverse, droit de l'abdomen. Les muscles ont une action *puissante* parce qu'ils sont forts, parce qu'ils sont nombreux, parce qu'ils s'attachent aux côtes presque perpendiculairement et près de leur extrémité sternale.

Toutes ces puissances, élasticité des côtes, élasticité des poumons, élasticité des gaz abdominaux, muscles, sont indépendantes les unes des autres dans leur action ; elles agissent en même temps, simultanément.

Ajoutez que dans l'état physiologique et dans l'immense majorité des cas pathologiques, le mouvement d'expiration n'éprouve aucune espèce d'obstacle, que les forces expiratrices n'ont rien à vaincre.

Donc dans l'inspiration : succession d'action dans les puissances inspiratrices, résistance à vaincre, croissant à mesure que le mouvement avance.

Dans l'expiration : action simultanée de tous les agents expirateurs, aucune résistance à vaincre; en faut-il davantage pour expliquer que le temps de l'expiration ait une durée moindre que le temps de l'inspiration ?

Deuxième proposition. — *Le mouvement d'expiration acquiert promptement, sinon son maximum de vitesse, du moins une très grande vitesse.*

L'exactitude de cette proposition résulte encore de l'inspection directe. Elle est aussi contenue implicitement dans ce que nous avons dit de la nature des puissances inspiratoires qui entrent en action simultanément, et qui ont leur maximum d'énergie du moment même où elles viennent d'entrer en action.

Article II. — De la marche de l'air inspiré et de l'air expiré dans l'arbre aérien, et des conséquences qui en résultent.

Dans l'inspiration, l'air parcourt successivement le larynx, la trachée du cou, la trachée pectorale, les grosses et les moyennes bronches, les plus petites bronches, que nous nommerons *bronchilles* (pour plus de facilité dans l'exposition); il parvient enfin dans les vésicules.

Dans l'expiration l'air parcourt cette même série de tuyaux, mais en sens inverse.

Or, le mouvement d'expiration durant moins que le mouvement d'inspiration, il en résulte qu'envisagé dans l'*ensemble de sa course l'air expiré a nécessairement une vitesse plus grande que celle de l'air inspiré*, et que par conséquent les bruits produits par la circulation de l'air envisagés dans leur ensemble doivent être plus intenses dans l'expiration que dans l'inspiration.

Il est un seul point où l'air expiré a une vitesse inférieure à celle de l'air *inspiré :* ce point, c'est la section *vésiculaire* de l'arbre aérien.

Dans les vésicules, en effet, l'air inspiré est à la fin de sa *course*; il y arrive par conséquent avec une vitesse *notable*, sinon avec son maximum de vitesse. Au contraire, l'air expiré se trouve dans les vésicules au commencement de sa course, et par conséquent sa vitesse y est égale à 0.

Donc dans les vésicules pulmonaires il ne saurait se produire aucun bruit d'expiration ; il ne peut s'y produire que des bruits d'inspiration. Nous verrons l'observation clinique confirmer complétement ces données fournies par la marche de l'air.

Mais les vésicules sont la seule partie de l'arbre aérien où la vitesse de l'air inspiré l'emporte sur la vitesse de l'air expiré : dans les tuyaux plus élevés, dans les *bronchilles*, déjà l'air expiré a plus de vitesse que l'air inspiré. Cela est dû à la nature brusque du mouvement d'expiration et peut-être aussi à ce que la capacité de l'arbre aérien se trouve diminuée à mesure qu'on se rapproche du larynx.

Dès lors dans les bronchilles, et à plus forte raison dans les moyennes bronches, dans les grosses, dans les trachées, l'air expiré produira des bruits plus intenses que l'air inspiré. La clinique confirmera ces données de la théorie.

Cependant il est des cas où les bruits produits dans les bronchilles, les moyennes bronches sont plus intenses dans l'inspiration que dans l'expiration. Ces faits pourraient au premier abord contredire ce que nous venons de dire de la marche de l'air et de ses conséquences. Il n'en est pourtant pas ainsi.

Imaginons un état morbide quelconque oblitérant toutes les vésicules qui naissent d'une bronchille. Dès lors dans cette bronchille l'air inspiré arrivera avec une grande vitesse; l'air expiré, au commencement de sa course, aura une vitesse égale à 0. Donc dans cette bronchille l'air inspiré seul pourra produire des bruits, l'air expiré jamais. Pour des raisons identiques, si toutes les bronchilles naissant d'une grosse ou d'une moyenne bronche sont oblitérées, il ne saurait se produire dans cette bronche que des bruits d'inspiration et jamais de bruits d'expiration.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 9 janvier 1855. — Présidence de M. Jobert (de Lamballe).

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Épidémies. — M. le ministre du commerce transmet un rapport de M. Lebon, officier de santé à Conflans, sur une épidémie de variole qui a régné dans la commune d'Olley depuis le mois de mars dernier jusqu'au mois de septembre suivant.

Eaux minérales. — Le même ministre transmet des échantillons d'une source minérale de Saxon (Suisse), avec demande d'avis.

Remèdes contre la congélation et les blessures par instruments tranchants. — Le sous-chef du cabinet de l'Empereur demande l'avis de l'Académie sur un remède inventé par un pharmacien allemand pour guérir les membres gelés ou atteints d'engelures, et sur l'eau de M. Brocchieri destinée à guérir rapidement les blessures d'instruments tranchants. (La commission, composée de MM. Jobert, Robert, Bussy, se réunira d'urgence jeudi prochain.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Cancer. — M. le docteur Élie adresse, sur le sujet actuellement en discussion devant l'Académie, une lettre dans laquelle il se propose de réfuter l'opinion des micrographes, qui nient la nature cancéreuse des tumeurs dites épithéliales, fibro-plastiques, etc., parce que en les examinant au microscope on n'y trouve que des éléments anatomiques qui entrent normalement dans la composition des tissus de l'économie, et qui n'admettent comme cancéreuses que celles qui à l'examen microscopique présentent un élément spécifique hétéromorphe.

Sans doute il est incontestable, dit l'auteur, qu'en examinant au microscope les diverses variétés des tumeurs cancéreuses, on trouve tantôt des cellules spéciales, dites cancéreuses; tantôt des cellules dites épithéliales; tantôt les éléments du tissu fibro-plastique. Mais qui a dit aux micrographes que le blastème cancéreux, ce plasma au milieu duquel doivent se développer les éléments histologiques du cancer, ne peut, en s'organisant, revêtir qu'une seule et même forme, celle de la fameuse cellule? Pourquoi ne pourrait-il, au contraire, revêtir tantôt une forme, tantôt une autre, suivant les conditions au milieu desquelles il s'organise? Qui sait si la région, si les tissus au milieu desquels se développent les tissus anomaux ne contribuent pas pour leur part à faire revêtir au blastème primitif tantôt cette forme élémentaire, tantôt celle-ci? Qui sait si les productions dites hétéromorphes ne sont aussi soumises à l'influence de cette loi admise et proclamée par les micrographes, la loi de l'analogie de développement? Il ne suffit pas de démontrer qu'un tissu est formé d'éléments d'une forme différente pour conclure de là qu'il est d'une nature différente. La forme extérieure ne suffit pas pour déterminer la nature des corps, et pour emprunter un exemple à la cristallographie, à laquelle peut se comparer la formation des éléments histologiques, est-ce qu'il n'y a pas des substances qui en se cristallisant sous différentes conditions peuvent revêtir tantôt une forme cristalline, tantôt une autre? L'analyse chimique démontre dans ce cas que, malgré leurs formes élémentaires tout à fait différentes, ces substances sont cependant de même nature. Oui, dans le cancer on trouve tantôt la cellule cancéreuse, tantôt la cellule épithéliale, l'élément fibro-plastique, etc. Mais on n'est pas autorisé pour cela à conclure que ces

tumeurs sont d'une nature différente: l'observation clinique, qui équivaut ici à l'analyse chimique, montre qu'on se tromperait. Le microscope conduit seulement à conclure que le cancer est une production polymorphe qui, en se cristallisant, revêt tantôt une forme et tantôt une autre.

La forme élémentaire ne suffit donc pas pour caractériser la nature d'une tumeur. Il ne faut pas se borner à ce moyen pour se faire une idée des différences qui peuvent exister entre les diverses productions accidentelles. Le seul moyen qui puisse nous faire arriver à un tel but, c'est l'observation clinique.

Sangsues considérées comme corps étrangers. — M. Ridreau, médecin aide-major aux hôpitaux de l'armée d'Orient, adresse un mémoire intitulé *Des sangsues considérées comme corps étrangers vivant dans les voies aériennes, et en particulier dans le larynx*. (Commissaires : MM. Desportes, Soubeiran.)

Variole. — M. Droz adresse un mémoire sur le traitement de la variole.

— M. le président annonce que M. le docteur Mandilény, correspondant de l'Académie à Moscou, est présent à la séance.

Cancer. — L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le cancer.

DISCUSSION.

M. Leblanc lit un discours dont il nous a été à peine possible d'entendre quelques mots. Tout ce que nous avons pu saisir, c'est que M. Leblanc s'est proposé de répondre aux objections que M. Delafond a adressées à sa première argumentation, et qu'il entend maintenir dans leur intégrité les propositions qu'il a émises à cette époque.

M. Delafond. Lorsque j'ai pris la parole pour faire connaître à l'Académie ce que j'ai vu dans mes recherches microscopiques, je ne m'attendais pas à la vive opposition que j'ai rencontrée non-seulement dans le sein de l'assemblée, mais encore en dehors de cette enceinte. Les uns m'ont appelé confusioniste; pour d'autres, je suis un micrographe arriéré, ceux-ci ont qualifié ma cellule de cellule romantique; le spirituel M. Bouillaud lui-même a dit que la cellule que j'avais décrite était plus philosophale que philosophique. Mais quand j'ai voulu aller au fond de toutes ces oppositions, je n'y ai pas trouvé les arguments que je devais m'attendre à rencontrer. Ainsi, je m'attendais à ce que M. Robert allait nous démontrer que la cellule cancéreuse a des caractères fixes et constants, et qu'il n'est pas possible de la confondre soit avec la cellule épithéliale, soit avec la cellule fibro-plastique. Je l'ai écouté avec la plus religieuse attention, et je n'ai pas été peu surpris de voir qu'il n'avait fait que répéter ce qui est écrit partout dans les micrographes, auprès desquels il a été chercher ses inspirations et ce que je croyais avoir suffisamment réfuté. Je ne me crois donc pas moins fondé aujourd'hui que la première fois que je suis monté à cette tribune à dire et à maintenir qu'une cellule primordiale préside à la formation de tous les tissus et que les cellules prétendues spécifiques du cancer ne sont que des accidents de forme de cette cellule primordiale. Si la doctrine que j'ai soutenue à cet égard avec les physiologistes les plus éminents de l'Allemagne et de l'Angleterre et avec quelques micrographes français non moins autorisés est fausse, je ne demande pas mieux que de reconnaître mon erreur et de renoncer à mes opinions, mais à la condition qu'on m'en aura démontré la fausseté. Je conviendrai alors volontiers que je me suis trompé avec les plus savants micrographes. Mais jusqu'ici, je dois le dire, je n'ai trouvé cette preuve nulle part. C'est à M. Robert, qui s'est constitué ici le mandataire de l'école micrographique dont je combats les principes, à faire cette démonstration et à me convaincre de mon erreur. Jusqu'ici je n'ai rien vu dans ses arguments qui soit de nature à me faire revenir sur ma manière de voir. Je vais donc essayer de nouveau, en reprenant un à un les arguments de M. Robert, à démontrer que la doctrine que j'ai soutenue ici n'a point été sérieusement combattue et qu'elle est encore intacte.

M. Delafond entre ici, sur les diverses théories cellulaires, dans une longue discussion technique dans laquelle il nous est impossible de le suivre. Il s'étaye sur un grand nombre d'auteurs pour soutenir la doctrine de l'unité cellulaire, et indépendamment de l'autorité des micrographes allemands, de Virchow, de Shwan, de Forster, Müller, etc., sur laquelle il s'appuie plus particulièrement, il cite des passages des travaux de MM. Lebert et Broca eux-mêmes, dans lesquels il trouve des arguments favorables à son opinion.

M. Delafond termine en résumant son argumentation par les conclusions suivantes :

1° Il existe dans l'organisme, indépendamment des cellules normales, des cellules pathologiques qu'il n'est pas possible d'en distinguer par des caractères fixes et constants.

2° Dans l'origine de leur formation, les trois cellules cancéreuses, la cellule cancéreuse proprement dite, la cellule épithéliale et la cellule fibro-plastique, n'offrent entre elles aucune différence tranchée.

3° Si dans quelques circonstances ces cellules, et notamment les cellules fibro-plastiques, présentent des différences de forme et de dimension, ces différences ne tiennent qu'à la densité différente des tissus au sein desquels elles se sont développées.

4° Les caractères chimiques à l'aide desquels on a cherché à distinguer ces cellules ne sont point suffisamment tranchés pour constituer une véritable distinction. Quant à la diversité de dimension, de forme, de contours, j'ai dit les raisons qui s'opposent à ce qu'on puisse s'en servir comme caractères diagnostiques différentiels.

5° Les réactifs chimiques sont également insuffisants pour fonder une semblable distinction.

6° Des faits déjà nombreux démontrent que des cancers véritables n'ont pas toujours offert la cellule dite cancéreuse, tandis qu'elle a été rencontrée dans des tumeurs et dans des tissus qui n'étaient point cancéreux.

8° Des faits plus nombreux encore démontrent que les tumeurs épithéliales, que l'on ne considère point comme de vrais cancers, sont susceptibles de repulluler, non-seulement sur place, mais à distance.

M. Velpeau. Il s'est dit bien des choses depuis le commencement de cette discussion, les unes qui touchent au cœur de la question, d'autres qui y sont étrangères. Il serait important de circonscrire un peu la question et d'en élaguer tout ce qui n'est pas directement afférent à la question principale. Ce que vient de dire M. Delafond abrégera considérablement ce que j'ai à dire.

Bien que je n'aie pas à me défendre du reproche que semble vouloir me faire M. Robert d'avoir provoqué cette discussion, je dois cependant rappeler comment elle s'est trouvée amenée aux termes où elle en est aujourd'hui.

Je venais de publier un livre où je soutenais que le cancer guérit quelquefois et qu'on pouvait le diagnostiquer le plus souvent sans le secours du microscope. Lorsque j'ai entendu M. Robert contester ces propositions, j'ai dû me défendre. J'ai donc dû d'abord chercher à prouver s'il était vrai qu'on peut diagnostiquer le cancer sans le secours du microscope, ce qui ne veut pas dire que le microscope soit inutile et que les travaux des micrographes soient sans valeur, comme on a voulu me le faire dire. J'ai dû examiner en second lieu s'il est vrai qu'il n'y ait pas de cancers sans cellules, et enfin si le cancer est curable ou non. Tels sont les trois points principaux en discussion.

Pour le premier point, il n'a point été sérieusement contesté.

Quant à ce qui concerne la curabilité du cancer dans certains cas, il ne me paraît pas non plus qu'il ait été réfuté.

Mais il est un troisième point sur lequel ont porté presque toutes les oppositions, c'est celui qui est relatif à la spécificité de la cellule cancéreuse.

Vous voyez maintenant s'il est possible d'admettre cette spécificité après ce que vient de dire M. Delafond. Pour mon compte, j'avoue que je n'aurais pas été en mesure de résoudre cette question microscopiquement. Bien que j'aie souvent mis les yeux sur un microscope depuis longues années, je ne me serais pas reconnu assez compétent pour décider ce point. J'admire M. Robert, qui naguère encore nous avouait son inexpérience en micrographie, d'avoir si rapidement fait son éducation.

Ainsi cette spécificité de la cellule cancéreuse, la voilà détruite par le microscope même. Quant à moi, je ne l'ai attaquée que par la clinique. Pourquoi l'ai-je attaquée par la clinique? J'ai besoin d'entrer ici dans une petite explication pour détruire une objection qui a déjà été faite plusieurs fois. On s'appuie sur la présence ou l'absence de la cellule pour diagnostiquer le cancer. Mais lorsque les micrographes ont découvert pour la première fois cette cellule dans le cancer, c'est qu'on l'avait déjà diagnostiqué; on avait donc d'autres éléments que le microscope pour le reconnaître. Puis j'ai vu plus tard que les tumeurs que je donnais à examiner aux micrographes ne contenaient pas toutes la cellule, d'où ils concluaient que ce ne devait point être du cancer. Mais comme le cancer a une marche et des évolutions bien connues, je leur ai dit : Attendez.

De ce que ces tumeurs n'auraient point repullulé, je n'en aurais pas encore conclu rigoureusement que ce n'était point du cancer, puisque l'expérience m'avait déjà appris que de véritables cancers à cellule ne repullulaient pas toujours. Mais le plus souvent ces tumeurs dans lesquelles les micrographes n'avaient point trouvé la cellule repullulaient. Dès lors il n'y avait plus de doute. Dès cette époque j'ai donc dû comprendre que la cellule n'était pas le caractère *sine quo non* du cancer.

Voilà les propositions que je suis venu soutenir ici. Je ne croyais pas qu'il y eût d'objections à faire à cela. Eh bien! M. Robert a prononcé un discours dans lequel j'ai retrouvé les objections que j'avais déjà lues dans les journaux rédigés par les micrographes. Il a contesté mes faits; il m'a demandé comment je savais que c'était du cancer en me fondant sur la récidive, puisque je savais que le vrai cancer ne récidive pas toujours. Il faut que je résolve une fois pour toutes cette question.

La non-récidive est pour moi une preuve qu'une tumeur n'est point cancéreuse, mais lorsqu'elle est réunie à d'autres circonstances qui ont également une valeur négative. C'est toujours sur la réunion de ces caractères négatifs que j'ai fondé mon diagnostic. Or j'admets bien que j'aie pu me tromper quelquefois; mais croira-t-on que je me sois trompé constamment dans des séries nombreuses de faits? M. Velpeau rappelle ici quelques-uns des faits qu'il a déjà cités, et il les soumet à une analyse de laquelle il résulte que toute erreur a été impossible. M. Robert, ajoute-t-il, a analysé ensuite les principaux symptômes du cancer, il a beaucoup insisté en particulier sur la rétraction du mamelon. Cette rétraction, suivant lui, ne serait pas un signe pathognomonique du cancer; on l'a trouvée, dit-il, dans des tumeurs qui n'étaient pas cancéreuses, et il s'appuie sur l'autorité de M. Robin, le chef en second des micrographes, qui dit avoir constaté deux fois la rétraction dans des cas de tumeurs du sein qui n'étaient point des cancers. Mais sur quoi se sont-ils fondés pour affirmer que ce n'était point du cancer? Sur l'absence de la cellule. Mais je connais ces deux faits, dont l'un m'appartient; la récidive a eu lieu deux mois et demi après l'opération. Voilà comment ce n'était pas du cancer; voilà comment on peut sur l'absence de la cellule fonder les motifs de sécurité!

Mais, a ajouté M. Robert, la rétraction du mamelon ne suffit pas pour caractériser le cancer, puisque d'une part on l'a trouvée dans des tumeurs du sein qui n'étaient pas cancéreuses, et qu'on ne la rencontre pas dans tous les cancers. Quand cela serait, est-ce que personne a jamais prétendu que la rétraction du mamelon constitue à elle seule un caractère spécifique du cancer? M. Robert a fait ici ce que font tous les jours les micrographes; ils prennent un à un chaque caractère pour en apprécier la valeur. Est-ce qu'on peut établir le diagnostic d'une maladie quelconque sur un seul caractère? J'ai eu la faiblesse, moi aussi, il y a bien longtemps, de procéder ainsi. Ayant à faire pour le concours d'agrégation une leçon sur la valeur des symptômes de la phthisie, je m'attachai à analyser symptôme par symptôme, et n'en ayant trouvé aucun qui fût constant, j'arrivai à conclure qu'il n'était pas possible de diagnostiquer la phthisie.

Cette manière d'argumenter ne saurait donc détruire ce que j'ai avancé.

M. Robert s'est tourné d'un autre côté. Il a cherché à prouver que les caractères physiques de l'encéphaloïde peuvent se trouver dans des tumeurs non cancéreuses; parmi les faits qu'il a cités, il en est un que je connais. M. Velpeau fait l'histoire de ce fait qui lui est personnel, et il résulte de ce résumé qu'il s'agissait bien en réalité d'un cancer encéphaloïde.

M. Robert est revenu sur le fait des cinq micrographes dont il a déjà été plusieurs fois question dans cette discussion. M. Velpeau, analysant de nouveau ce fait, démontre qu'il s'agissait bien d'un cancer, malgré le désaccord des micrographes. Il a en ce moment dans ses salles un malade qui est dans un état tout à fait semblable. Il prie M. Robert de le venir voir, déclarant que s'il n'y reconnaît point un cancer, toute discussion est désormais impossible entre eux.

Après quelques mots sur les tumeurs fibro-plastiques, la pire espèce de cancer, qui repullule le plus vite et le plus constamment, et sur les tumeurs épithéliales susceptibles, comme les autres espèces de cancer, de se généraliser, M. Velpeau, se trouvant pris à court de temps, renvoie la suite de son argumentation à la séance prochaine.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance publique annuelle du 8 janvier 1855. — Présidence de M. Combes.

Cette séance a été consacrée :

1° A la proclamation des prix décernés pour l'année 1854 et des sujets de prix proposés pour l'année 1855 et suivantes;

2° A la lecture d'une notice biographique sur la vie et les travaux de Malus rédigée par M. Arago.

Voici la liste des prix et des récompenses accordés aux auteurs d'ouvrages de médecine et de chirurgie :

Prix de médecine et de chirurgie. — Ont obtenu des récompenses :

M. Briquet, pour un traité thérapeutique du quinquina et de ses préparations, 2,000 fr.;

M. Trousseau, pour un mémoire sur la ponction de la poitrine dans les épanchements pleurétiques aigus, 2,000 fr.;

M. Robin, pour une histoire naturelle des végétaux parasites de l'homme et des animaux, 2,000 fr.;

MM. Wilhem Bœck et Danielssen, pour leurs recherches sur l'éléphantiasis des Grecs, 2,000 fr.;

M. Berthelot, pour son travail sur les corps gras, 2,000 fr.;

M. Schiff, pour son travail relativement à l'influence des nerfs sur la nutrition des os, 2,000 fr.;

M. Blanchard, pour ses études sur l'organisation des vers, 2,000 fr.;

M. Aran, pour ses recherches sur l'atrophie musculaire progressive, 1,500 fr.;

M. Gratiolet, pour son mémoire sur les plis du cerveau de l'homme et des primates, 1,500 fr.

Ont obtenu des encouragements :

MM. Bourguignon et Delafond, pour leur ouvrage sur la gale du mouton;

M. Roux, pour la continuation de ses expériences sur un nouveau mode de conservation des pièces anatomiques;

MM. Giraldès et Goubeaux, pour leurs injections de perchlorure de fer dans les artères;

M. Gosselin, pour son mémoire sur les kystes du poignet et de la main;

M. Morel-Lavallée, pour son mémoire sur les épanchements séreux traumatiques;

M. Perdrigeon, pour son mémoire sur les accidents fébriles à forme intermittente causés par le cathétérisme de l'urètre;

MM. Philippeau et Vulpian, pour leur recherche sur l'origine des nerfs crâniens;

M. Flandin, pour ses recherches sur les poisons consignés dans son *Traité de médecine légale;*

M. Broca, pour ses recherches sur le rachitisme;

M. Verneuil, pour ses recherches sur le pancréas;

M. Chevallier, pour ses travaux en hygiène;

M. Triquet, pour ses études sur les maladies de l'oreille;

M. Loir, pour ses mémoires sur l'hygiène appliquée à l'état civil des nouveau-nés.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret impérial en date du 31 décembre dernier, M. le docteur Tenain, médecin par quartier de S. M. l'Empereur, a été nommé chevalier de l'ordre de la Légion d'honneur.

— M. le docteur Jacques Bureau vient d'être décoré de l'ordre de Saint-Sylvestre (Etats-Romains).

— M. le professeur Piorry commencera mercredi, 17 janvier, un cours de plessimétrisme, et le continuera les mercredis suivants.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues à la Faculté de médecine par MM. :

Grau, né le 24 octobre 1827 à Bogota (Nouvelle-Grenade); *Des fistules vésico-utérines.*

Pitou (dit Balme), né le 25 octobre 1825 à Paris (Seine); *Des accidents cérébraux consécutifs à la suppression de l'excrétion urinaire.*

Caussin, né le 29 mai 1828 à Saux-en-Barrois (Meuse); *Des hémorrhagies qui peuvent survenir avant et pendant le travail de l'accouchement.*

Riban, né le 21 novembre 1825 à Louvigné-du-Désert (Ille-et-Vilaine); *De la chlorose chez les femmes.*

Favardin, né le 15 juillet 1826 à Andes (Allier); *Fractures du péroné.*

Mousseaux, né le 24 septembre 1825 à Darney (Vosges): *Des rétrécissements de l'urètre et de leurs différents modes de traitement.*

Landry, né le 10 octobre 1826 à Limoges (Haute-Vienne); *Recherches sur les causes et les indications curatives des maladies nerveuses.*

Roussel, né le 27 décembre 1830 à la Croix-Rousse (Rhône); *Quelques mots sur l'épidémie du choléra de Joigny.*

Nous rappelons à MM. les docteurs que leurs thèses seront annoncées dans l'un des numéros qui suivra la remise qu'ils en auront faite à notre bureau.

Le Gérant,

Paris. — Typographie de Plon frères, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Choléra. — Fièvres intermittentes cholériques. — Indications du sulfate de quinine.

L'épidémie peut être considérée comme à peu près arrivée à son terme à Paris et dans les environs. Les bulletins des hôpitaux n'accusent aucune invasion nouvelle depuis plusieurs jours. Il en est de même pour la presque totalité des départements qui ont eu à subir ses coups dans le courant de l'année dernière. Mais, comme le fléau semblait ne vouloir quitter la France qu'après en avoir successivement parcouru tous les points, il vient encore de faire explosion dans quelques-uns des départements qu'il n'avait point visités encore. On a annoncé tout récemment son invasion dans le Finistère et dans l'Allier. A Brest, d'après les dernières nouvelles, le nombre des sujets atteints serait déjà assez considérable, et plus de la moitié des malades auraient succombé. On a signalé aussi son apparition sur plusieurs points de l'Afrique, et notamment dans le Maroc (1). Nous avons reçu ces jours derniers une lettre d'un de nos correspondants de Philippeville, M. le docteur Basset, qui nous donne quelques renseignements intéressants sur l'état sanitaire de cette contrée, où un reste d'influence épidémique paraît se faire sentir encore.

Ce médecin a observé, à la suite d'une épidémie de fièvres pernicieuses qui a décimé la population, quelques cas de choléra qui ne lui ont pas paru constituer un état épidémique de cette maladie. Mais leur parallélisme avec les fièvres intermittentes et leur ressemblance surtout avec les fièvres rémittentes pernicieuses cholériformes, lui ont paru pouvoir très bien rattacher ces cas de choléra aux affections paludéennes.

Cette coïncidence est de nature à soulever une question importantante ; savoir, jusqu'à quel point on peut établir une analogie entre le choléra et certaines formes de fièvres intermittentes pernicieuses. M. Basset semble disposé à admettre cette analogie d'après les faits qu'il lui a été donné d'observer pendant le cours de cette épidémie. Origine, marche, symptômes, terminaison, tels sont les liens d'affinité qu'il croit avoir observés entre le choléra et les fièvres pernicieuses cholériformes. Le choléra serait dans ce cas une véritable fièvre pernicieuse dont le premier accès se terminerait souvent d'une manière fatale dans le stade de frisson (période algide des auteurs).

Cette opinion n'est pas nouvelle ; elle avait déjà été formulée, et même traduite en pratique dès la première épidémie cholérique en France, en 1832, et elle a été plusieurs fois reproduite depuis. Alibert, se rappelant avoir vu dans le *Traité des fièvres pernicieuses* de Torti, sous le titre de *fièvre intermittente cholérique pernicieuse*, un tableau qui avait la ressemblance la plus frappante avec le choléra, eut l'idée d'opposer à cette dernière les préparations de quinquina, et en particulier le sulfate de quinine. Au dire d'un des anciens élèves d'Alibert, qui a publié, en 1849, une petite brochure destinée à exposer la méthode de son maître, il en aurait obtenu des résultats très satisfaisants. Les faits cités à l'appui de cette pratique sont trop peu nombreux pour permettre d'en apprécier la valeur réelle ; et le peu de faveur qui a accueilli depuis cette méthode témoigne assez de son inefficacité.

Si l'on y réfléchit, en effet, la ressemblance que l'on a cru trouver entre une attaque de choléra et un accès de fièvre intermittente pernicieuse n'est qu'apparente, et l'assimilation de ces deux maladies est plus spécieuse que fondée. Sans doute, on trouve bien entre elles une certaine analogie : la sidération profonde et subite des forces, le refroidissement, l'arrêt de la circulation, puis la réaction qui succède à cet état de concentration violente des forces vitales, se retrouvent dans l'une et dans l'autre. Mais il manque dans le choléra ce qui constitue le caractère essentiel et fondamental de la fièvre intermittente pernicieuse, le retour de l'accès. Le choléra est une affection essentiellement continue, à un seul accès. Il y a des rechutes, mais jamais d'intermittence, ni même de rémission franche. Or cette intermittence ou cette rémission, qui est le caractère de l'une et qui manque dans l'autre, constitue entre elles une différence capitale. Tandis que l'une réclame impérieusement le sulfate de quinine dans l'intervalle des accès, ce médicament héroïque n'a aucune prise sur le choléra, où l'on ne saurait saisir d'ailleurs le moment opportun pour l'administrer.

Mais si l'inopportunité, ou tout au moins l'insuffisance du sulfate de quinine dans le choléra nous paraît démontrée aussi bien par l'expérience que par la théorie, il n'en est point de même pour ces affections mixtes qui ont été observées par plusieurs praticiens dans des contrées où règnent habituellement les fièvres intermittentes, affections qui paraissent être le produit de la combinaison de l'élément épidémique cholérique avec l'élément endémique paludéen. Tel est le cas, par exemple, des fièvres intermittentes cholériques dont M. le docteur Liegey (de Rambervillers) a fait l'histoire en 1849, et qui régnaient dans la contrée à l'époque où le choléra enlaçait comme cette année la France presque entière de son lugubre réseau. Tel est probablement aussi le caractère des affections que notre correspondant nous dit avoir observées à Philippeville. Dans ce cas, le sulfate de quinine est évidemment indiqué par la périodicité des accès et par l'élément paludéen dont l'affection est compliquée. On comprend ainsi les succès que M. Liegey et quelques autres praticiens assurent avoir obtenus par l'emploi du sulfate de quinine.

Il y a tout lieu de penser que notre confrère de Philippeville obtiendrait des succès semblables si, comme il se propose de le faire à la première occasion, il a recours à la médication antipériodique ; nous ne saurions que l'encourager à en faire l'essai. Mais, nous le répétons, il ne faudrait pas conclure des succès qui pourraient être obtenus dans ce cas spécial à des succès semblables dans le choléra franc, succès que ni les saines notions pathologiques, ni l'expérience pratique n'autorisent à espérer.

Affection organique du cœur à sa période ultime. — Mort par asphyxie. — Hypertrophie considérable de tout le cœur droit, et dilatation de l'artère pulmonaire ; légère atrophie du cœur gauche, et réduction du calibre de l'aorte. — Particularités remarquables des orifices ventriculo-auriculaires.

Le 12 décembre 1854 est entrée à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Antoine, service de M. Rostan, une jeune femme sur laquelle il ne put être donné aucun renseignement.

Le 13, à la visite du matin, on constate un coma profond duquel il est impossible de la tirer ; un œdème considérable avec bouffissure de tout le corps, surtout des extrémités inférieures ; une couleur violacée des téguments, une gêne considérable de la respiration.

Evidemment il y a là un obstacle puissant à l'hématose. En examinant le cœur, on sent à la main un frémissement et un choc. La percussion donne une matité plus étendue. L'auscultation révèle par l'irrégularité des bruits que les mouvements du cœur se font mal. On constate cependant que le deuxième bruit est normal et bien frappé, tandis que le premier est masqué par un souffle rude qui commence avant lui et ne finit qu'après. On dirait qu'il a son point de départ à la pointe et qu'il finit à la base.

Le pouls est très irrégulier.

Quant aux poumons, il y a un peu de matité en arrière et quelques râles muqueux.

La malade étant sondée, on trouve un peu d'albumine dans les urines.

Le diagnostic porté est celui-ci : rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire avec hypertrophie du cœur. Ce diagnostic se fonde tant sur les signes physiques que sur les phénomènes généraux intenses et l'âge peu avancé de la malade.

On ordonne une saignée de 500 grammes et 1 granule de digitale.

Quelques heures après la malade avait cessé d'exister.

Voici les détails d'anatomie pathologique intéressants que l'autopsie de cette malade a révélés et que nous devons, ainsi que les renseignements qui précèdent, à l'obligeance de M. Devers, alors

(1) Nous saisissons avec bonheur cette occasion pour annoncer que d'après les dernières nouvelles reçues de Constantinople, le choléra a complètement cessé en Crimée, ainsi que dans les diverses parties de la Turquie occupées par nos troupes.

FEUILLETON.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Eléments de chirurgie opératoire, ou Traité pratique des opérations, par M. Alphonse GUÉRIN, chirurgien des hôpitaux, membre de la Société de chirurgie, ancien aide d'anatomie de la Faculté, ex-prosecteur de l'Ecole anatomique des hôpitaux (1).

La publication d'un *Traité pratique d'opérations* était, nous devons le dire, une œuvre difficile et hardie. En effet, cette partie de la science chirurgicale avait été explorée avec tant de soin par les professeurs de médecine opératoire des Facultés de médecine de Paris et de Strasbourg, qu'à peine avaient-ils laissé quelques rares épis à glaner dans ce champ cependant si vaste.

La position tout exceptionnelle de M. Guérin lui a rendu possible la tâche pénible qu'il a osé entreprendre. Aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, rompu à l'enseignement de l'anatomie et de la médecine opératoire par des cours publics, des cours particuliers et des répétitions nombreuses faites aux élèves de l'Ecole pratique, il est arrivé à l'Ecole anatomique des hôpitaux pour recommencer pendant quatre ans encore les mêmes leçons.

Il suffit de se rappeler la manière dont ces leçons ont été données pour comprendre toute leur importance. Entouré d'un petit nombre d'élèves, le professeur décrit les opérations et les pratique sous leurs yeux ; puis les élèves répètent sous les yeux de leur maître toutes les opérations qu'ils ont vu exécuter. Dans ces circonstances, M. Guérin s'est à chaque instant trouvé dans l'obligation de donner en particulier des développements nombreux aux préceptes qu'il avait exposés dans ses leçons. C'est ainsi qu'il a été à même de saisir toutes les difficultés qui pouvaient se présenter dans le manuel opératoire, et qu'il a pu noter les obstacles qui s'opposaient à l'exécution rapide et sûre de toutes les opérations que l'on pratique sur le cadavre.

Telles sont les conditions dans lesquelles M. Guérin s'est trouvé lorsqu'il a écrit son *Traité de chirurgie opératoire*. Ce n'est pas, comme il le dit, un livre d'érudition ; il s'est efforcé à le rendre utile aux élèves. Pouvait-il en être autrement ? Il est certain que la publication d'un cours fait pendant longtemps sans interruption à des élèves fort nombreux et plus ou moins aptes à recevoir les leçons du maître devait être une œuvre utile.

Voyons maintenant comment M. Guérin a rempli la tâche qu'il s'est imposée.

Description anatomique succincte de la région sur laquelle doit porter l'instrument tranchant ; description courte, mais très claire, du manuel opératoire ; nombreuses figures destinées à représenter la disposition anatomique des parties et les temps les plus difficiles des opérations, tels sont les moyens à l'aide desquels M. Guérin démontre les opérations.

Nous avons dit démontre ; car dans son ouvrage l'auteur professe encore la médecine opératoire. Il n'a pas abandonné son enseignement ; on le voit à chaque page disposer ses aides pour les opérations les plus graves ; on le voit tenir le bistouri et le couteau et exécuter sous les yeux des lecteurs les mêmes opérations qu'il exécutait si bien sous les yeux de ses élèves.

Dans la première partie de son ouvrage, M. Guérin, après avoir dit quelques mots des instruments, des incisions, des sutures et des agents anesthésiques, traite des accidents qui peuvent survenir pendant le cours des opérations, puis des moyens hémostatiques.

Il passe ensuite à la description des opérations qui se pratiquent sur les vaisseaux. Dans ce chapitre, comme dans tous les autres d'ailleurs, M. Guérin ne décrit qu'un certain nombre de procédés ; il supprime, et avec raison, tous ceux qui ne sont plus exécutés maintenant et qui ne l'ont peut-être jamais été que par leurs auteurs. Chaque méthode est terminée par un paragraphe dans lequel le lecteur trouvera une appréciation exacte de l'opération elle-même, des divers procédés qui ont été imaginés et une indication précise des préceptes qu'il croit les meilleurs.

Le chapitre suivant est consacré aux amputations. Ici l'auteur s'est écarté du chemin tracé par ses devanciers. Il réunit dans un chapitre général les amputations dans la continuité, c'est-à-dire les amputations proprement dites et les amputations dans la contiguïté ou désarticulations. Nous comprenons parfaitement cette division dans un traité complet de médecine opératoire ; mais dans un livre élémentaire, destiné surtout aux élèves qui ont besoin d'un guide pour leurs travaux, cette distinction n'est pas nécessaire, il suffisait de l'admettre en principe, car elle est gênante. En effet, pour répéter les opérations sur le cadavre, on commence à l'extrémité d'un des membres et on continue amputation et désarticulation jusqu'au tronc ; et en décrivant ces opérations dans des chapitres séparés, l'élève se trouve obligé de feuilleter son livre pour trouver le paragraphe qu'il désire consulter. Nous n'hé-

(1) Un volume grand in-18. Chez Chamerot, rue du Jardinet, 13.

élève du service, et qui à ce titre a procédé à l'ouverture du cadavre :

Le 15 au matin, le cadavre n'est plus qu'une masse informe et à demi putréfiée. Si on fait une incision, il s'écoule de la sérosité sanguinolente.

En ouvrant le crâne, on voit que le tissu cellulaire sous-arachnoïdien et les ventricules en sont remplis. Le cerveau est piqueté à la coupe. En ouvrant l'abdomen et la poitrine, on voit qu'il y en a également dans le péritoine, la plèvre et le péricarde. Le poumon est fortement congestionné ; les reins aussi. Le cœur est hypertrophié et congestionné. Il a la forme d'une sphère dont le tiers supérieur aurait été enlevé. Son plus grand diamètre vertical est de 0,083, bilatéral de 0,107 et antéro-postérieur de 0,091.

Mais ce qui saute aux yeux, c'est le défaut de symétrie entre les deux moitiés du cœur. L'oreillette droite, le ventricule droit et l'artère pulmonaire offrent un développement considérable par rapport à l'oreillette gauche, au ventricule gauche et à l'aorte. En un mot, il y a une hypertrophie de tout le cœur droit, tandis que le cœur gauche présente une légère atrophie.

En effet, le sillon de la face antérieure du cœur est fortement déjeté à gauche, ce qui tient à la capacité plus grande de la cavité ventriculaire droite. Les parois elles-mêmes du ventricule ont une épaisseur de 0,028, qui surpasse celle du ventricule de gauche, qui est de 0,025. L'oreillette droite, énormément distendue par un sang noir et épais, offre une capacité triple et quadruple de celle de l'oreillette gauche. Ses parois sont aussi plus épaisses.

Les orifices ventriculo-auriculaires présentent des particularités remarquables : tous deux ont des bords taillés à pic qui paraissent avoir été épaissis par un dépôt de lymphe plastique qui aurait fait adhérer entre eux et aux valvules les cordons fibreux des colonnes charnues ventriculaires. Toutefois l'orifice tricuspède a conservé son calibre normal, tandis que l'orifice mitral est réduit de moitié. Le diagnostic se trouve confirmé.

Mais ce que le diagnostic n'avait pu faire prévoir, c'est l'état de l'aorte et de l'artère pulmonaire. L'orifice aortique a 0,045 de circonférence, l'orifice pulmonaire 0,098. Du reste, les valvules sigmoïdes fonctionnent parfaitement et sont en rapport de grandeur avec les orifices (celles de l'artère pulmonaire sont doubles de celles de l'aorte).

Cette dernière persiste à peu près avec le même calibre dans toute sa longueur. Au niveau de la quatrième vertèbre lombaire, elle a encore 0,041 de circonférence (il y a loin de cela au chiffre de 0,070 à 0,075, qui est la circonférence normale d'après M. Cruveilhier). Les collatérales ont aussi un volume moindre.

L'artère pulmonaire, au contraire, se dilate encore au-dessus de son orifice, offrant jusqu'à 0,112 de circonférence. Elle décroît ensuite rapidement.

Ces deux vaisseaux ont des parois d'égale épaisseur. Il y a une adhérence intime et très forte entre eux au moment où ils se croisent ; mais cette adhérence est ancienne, et il n'y a aucune trace d'inflammation récente soit à leur surface, soit dans leur intérieur.

Nous voyons donc que toutes ces lésions de l'organe circulatoire remontent à une époque éloignée. Peut-être sont-elles congénitales. Il eût été intéressant de connaître l'état de santé habituel de cette malade.

Quoi qu'il en soit, on comprend qu'une endocardite limitée, venant par un dépôt fibrineux sur les orifices auriculo-ventriculaires à diminuer le calibre de ces orifices ou de l'un des deux, ce nouvel obstacle se surajoutant chaque jour davantage aux obstacles qui existaient déjà, ait pu enrayer définitivement les mouvements de l'organe et amener la mort par asphyxie.

Hydro-hématocèle avec épaississement membraneux traitée par la ponction et par la décortication de la fausse membrane.

M. Gosselin a dans ses salles, à l'hôpital Cochin, un jeune homme qu'il a opéré d'une hydro-hématocèle, et qui doit bientôt quitter l'hôpital. La maladie datait de sept à huit années, et a présenté deux périodes : l'une de plusieurs années, pendant laquelle la tumeur a fait des progrès lents, mais en restant indolente ; l'autre, toute récente, pendant laquelle le gonflement a rapidement augmenté, et est devenu très douloureux. Le malade ne connaît aucune cause à cette affection ; il ne se rappelle avoir été soumis à aucun choc ni à aucune violence extérieure. En examinant la tumeur, M. Gosselin a trouvé qu'elle était lourde proportionnellement à son volume, tendue, consistante dans ses couches sous-cutanées, et qu'elle offrait une fluctuation sourde, profonde, difficile à percevoir. Il a pensé qu'il s'agissait d'une hématocèle avec épaississement pseudo-membraneux du genre de celles qu'il a décrites dans son travail sur ce sujet (*Archives*, 4e série, tome XXVII), mais que le diagnostic ne serait définitivement établi qu'après la ponction exploratrice.

Le malade est amené à l'amphithéâtre. La ponction donne issue à une grande quantité de liquide chocolat, et permet de constater un épaississement considérable, et par suite un retrait incomplet des couches sous-jacentes à la peau. M. Gosselin se décide alors à terminer l'opération par le procédé qu'il a fait connaître, c'est-à-dire par la décortication de la fausse membrane. Il remplit d'eau la poche vaginale pour faciliter l'incision, divise ensuite la peau et les couches sous-jacentes jusqu'à ce que la cavité soit ouverte. La poche étant bien vidée, il constate que sa partie la plus interne est constituée par une couche jaunâtre, inégale, consistante, dont la couleur tranche sur celle des autres membranes, autant que la consistance. Il la saisit avec une pince, pendant qu'avec une autre pince il attire en dehors les couches extérieures. On voit aussitôt la fausse membrane se détacher, puis se décoller jusqu'au voisinage du testicule avec la plus grande facilité. L'opération est terminée par la section de la fausse membrane.

M. Gosselin a fait remarquer que le testicule était un peu gonflé, douloureux à la pression, par suite d'une orchite récente, qui vraisemblablement se terminerait par résolution. Il a d'autre part constaté que la pseudo-membrane qui restait et se trouvait fort adhérente sur le testicule, y présentait une large érosion, due à l'ouverture récente d'une petite poche sanguine, ces membranes de nouvelle formation ayant pour caractère de présenter souvent des épanchements sanguins interstitiels qui à une certaine époque s'ouvrent et se vident dans la cavité vaginale.

Rien n'a été simple comme les suites de l'opération ; aucun accident n'est survenu. Une suppuration franche s'est établie, l'intérieur de la poche est devenu granuleux, et la cavité s'est peu à peu rétrécie en s'oblitérant. Le gonflement du testicule a diminué, et le malade va guérir en conservant cet organe, après vingt-cinq à trente jours de séjour à l'hôpital.

M. Gosselin a signalé ce fait comme venant à l'appui de ses idées sur la vaginalite pseudo-membraneuse chronique, sur la facilité avec laquelle se déchirent et versent le sang les vaisseaux de nouvelle formation des fausses membranes de la tunique vaginale, et enfin sur les avantages que présente l'opération par décortication, tant sous le rapport de son exécution que sous celui des suites.

Abcès spontanés du tibia.

Les abcès aigus ou chroniques des os, à cause de leur rareté, de la difficulté qu'offre leur diagnostic, sont à peine indiqués par les auteurs, et leur existence est même mise en doute par quelques chirurgiens. Malgré les quelques faits publiés par Brodie et Magdalane, aucune description de cette affection n'a été donnée ; aussi pensons-nous qu'on lira avec intérêt les deux observations suivantes, recueillies par M. Blot :

Par une singulière coïncidence, deux observations d'abcès du tibia se sont offertes dans le même moment à son attention dans les salles de chirurgie de l'hôpital de la Pitié. Il leur donne le nom d'abcès spontanés, pour les distinguer de l'ostéo-myélite consécutive à des lésions graves des os par armes à feu, et de la myélite observée sur les moignons d'amputés.

L'analogie de ces deux observations avec celles de Brodie et de Magdalane est fort remarquable, et pourra peut-être jeter quelque jour sur l'histoire des abcès des os.

Jean-Jacques (André), brasseur, âgé de vingt et un ans, se présenta le 3 novembre 1854 à l'hôpital de la Pitié pour une affection de la jambe dont il faisait remonter l'origine à cinq ans.

La jambe gauche présentait au niveau de la tubérosité du tibia une tuméfaction qui occupait le quart supérieur de cet os, et s'arrêtait à deux travers de doigt au-dessous de l'articulation du genou. Cette tuméfaction uniforme, non douloureuse au toucher, faisait corps avec le tibia, se prolongeait avec lui d'une manière diffuse, sans limite appréciable, et paraissait développée surtout aux dépens du segment interne de l'os. Les tissus qui la recouvraient, bien qu'un peu tuméfiés, distendus, ne présentaient aucune trace d'inflammation. La peau était saine, avait conservé sa coloration normale et ne portait aucune trace d'adhérence à l'os, de cicatrice. Le malade n'avait jamais eu d'abcès en ce point. L'articulation du genou était parfaitement saine. On ne put ni reconnaître, ni faire avouer d'antécédents syphilitiques.

Lorsqu'il y a cinq ans ce malade commença à éprouver de la gêne et des douleurs, la tuméfaction n'était pas encore apparente ; elle ne tarda pas à se montrer, mais fit des progrès très lents. Les douleurs venaient par paroxysmes, laissant au malade des intervalles de repos pendant lesquels il pouvait reprendre ses travaux ; mais lorsqu'elles reparaissaient, c'était toujours avec une grande acuité. Enfin depuis quelques mois la douleur, devenue presque continuelle, privait le malade de sommeil, tout travail était impossible ; il se décida à entrer à l'hôpital de la Pitié.

Pendant vingt jours ce malade fut soumis sans aucun résultat aux préparations iodurées ; les douleurs étaient aussi vives, la marche impossible. M. Maisonneuve proposa l'application d'une couronne de trépan. L'opération fut exécutée le 23 novembre 1854.

Le malade étant préalablement soumis au chloroforme, M. Maisonneuve fit au niveau de la tumeur une incision semi-elliptique à convexité tournée en dedans, disséqua toute l'épaisseur des parties molles, renversa le lambeau et mit ainsi à nu la face interne du tibia dans le point le plus saillant de la tuméfaction. L'os et le périoste étaient sains. Deux applications de tréphyne enlevèrent deux cylindres d'os et permirent d'arriver jusque dans le canal médullaire. Aussitôt on vit s'écouler un liquide purulent, peu coloré, dont la quantité peut être évaluée à deux cuillerées.

Le canal médullaire, en ce point, était converti en une large cavité que l'extrémité du doigt pouvait circonscrire. Ses parois étaient tapissées par une véritable membrane pyogénique, sans trace aucune de séquestre. Enfin les deux cylindres d'os enlevés par la tréphyne étaient sains.

Lorsque le foyer eut été vidé, M. Maisonneuve réappliqua le lambeau sur l'os. Une très petite quantité de pus s'écoula les jours suivants, et la réunion du lambeau se fit rapidement sans aucun accident.

Dès le 30 décembre, la cicatrisation était complète ; les douleurs n'avaient pas reparu, et la tuméfaction de l'os était en partie dissipée.

— Renaud (Jean-Pierre), journalier, âgé de trente-neuf ans, entra le 4 décembre 1854 à l'hôpital de la Pitié.

Ce malade raconte qu'il y a quelques semaines il ressentit tout à coup dans la jambe gauche une douleur extrêmement vive, qui le priva pendant plusieurs jours de sommeil et le força de suspendre ses travaux.

---

sitons pas à dire que M. Guérin a fait une innovation utile en disposant les paragraphes de manière à supprimer ces recherches pour le moins inutiles. On pourra peut-être reprocher à cette manière de faire d'être peu méthodique ; mais elle est commode, et elle sera, nous n'en doutons pas, appréciée comme elle le mérite.

Le chapitre consacré aux résections n'est pas moins remarquable que les deux précédents. L'auteur, après avoir décrit les diverses résections qui se pratiquent sur les membres, examine les résections de la face ; là encore de nombreuses figures viennent aider à l'élève et lui rendre faciles des opérations souvent si compliquées.

La première partie de cet ouvrage est terminée par la description des opérations qui se pratiquent sur le système nerveux, sur les muscles et leurs tendons, sur la peau et le tissu cellulaire. C'est dans ce dernier chapitre que l'on trouve une description très claire, très méthodique des différentes espèces de restauration, sur laquelle nous ne saurions trop appeler l'attention du lecteur.

Ce qu'il nous a été donné de lire de l'ouvrage de M. Guérin nous fait vivement désirer la seconde partie ; et, bien que les ouvrages de médecine opératoire soient déjà bien nombreux, nous n'hésitons pas à lui prédire un légitime succès qui le dédommagera largement de son travail.

Dr A. Jamain.

Prix courant général de la Maison Menier.

Nos lecteurs seront sans doute surpris de voir une notice bibliographique consacrée à un prix courant. Ces sortes de travaux ne présentent, pour la plupart, aucune espèce d'intérêt ; mais il n'en est pas de même de celui qui nous occupe ; c'est un livre remarquable à plus d'un titre, et qui révèle des connaissances multiples qu'on est peu habitué à trouver dans un simple catalogue.

Dans ce recueil donné gratuitement, qui ne contient pas moins de 264 pages grand in-8°, M. E. Menier a réuni tout ce qui peut être utile à un pharmacien, depuis les médicaments simples ou composés, les produits chimiques, les instruments de physique, jusqu'aux ustensiles les plus usuels. Il est terminé par un catalogue de librairie médicale et pharmaceutique qui se recommande par l'excellent choix des ouvrages qu'on y voit figurer. Ce répertoire complet, où l'on trouve la valeur commerciale de tout ce que la médecine emprunte à chaque règne de la nature, aux sciences, aux arts mécaniques, à l'imagination des inventeurs, et qui donne exactement le prix d'articles très divers, est fait de la manière la plus consciencieuse ; aussi a-t-il été, et avec raison, accepté comme régulateur du prix des fournitures faites à plusieurs établissements publics, et doit-il être d'une grande utilité aux pharmaciens comme aux médecins exerçant dans les communes privées d'officine.

Mais ce n'est pas seulement comme œuvre utile que nous voulons envisager le catalogue de M. E. Menier ; nous devons l'examiner aussi comme œuvre d'art.

Nous n'hésitons pas à le dire, c'est un des livres les plus remarquables qu'ait produits l'imprimerie. Il suffit de le parcourir pour s'en convaincre. Nous ne parlerons pas de l'impression du texte, bien que son exécution soit extrêmement soignée ; mais ce qui fixe à juste titre l'attention, ce sont les impressions en couleur, ce sont ces aquarelles typographiques qui représentent les balances, les diverses espèces de bandages, de poteries, de stores de pharmacies, etc. Il nous suffira, pour faire partager notre admiration à ceux qui parcourront ce véritable *monument* de la typographie française, de leur rappeler que toutes les planches qui se trouvent dans ce recueil sont sorties de presses analogues à celles qui impriment ce journal ; que l'or, l'argent, le bronze, les couleurs les plus variées et les plus délicates ont été appliquées sur le papier par le même procédé que l'encre d'imprimerie ; que le verre, le marbre, si bien imités dans ces figures, sont également sortis des presses, et que pas un coup de pinceau n'est venu donner à ces figures ce fini qu'on ne peut se lasser d'admirer.

Nous ne saurions donner trop d'éloges à M. Plon, l'habile imprimeur de ce livre, dont les efforts constants ont fait faire un si grand progrès à la typographie, et à M. E. Menier, qui, amateur du beau, n'a reculé devant aucun sacrifice pour donner l'élan à une invention destinée à un grand avenir. Cette invention, si nous ne nous trompons pas, sera bientôt appliquée à l'impression de planches anatomiques, et elle contribuera ainsi à faciliter l'étude d'une des branches les plus importantes de notre art, puisqu'elle diminuera très sensiblement le prix des planches gravées et coloriées à la main.

Dr A. Jamain.

Par arrêté du 9 janvier, MM. Jacquemin et Schlagdenhauffen ont été institués en qualité d'agrégés près l'École supérieure de pharmacie de Strasbourg, pour la section de chimie, de physique et de toxicologie.

A cette époque, le malade entra à l'hôpital Saint-Antoine. Aucune tuméfaction appréciable n'existait encore. Les antiphlogistiques, les préparations iodurées restèrent sans résultat; il sortit de l'hôpital après quinze jours de traitement.

Cinq jours après sa sortie de l'hôpital, ce malade vint se présenter à la Pitié, à la consultation de M. Maisonneuve. La jambe gauche présentait, au niveau du tiers supérieur du tibia, une tuméfaction diffuse faisant corps avec l'os et remontant jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'articulation.

Les douleurs apparaissaient par paroxysmes avec une grande acuité, surtout pendant la nuit, et privaient le malade de sommeil. Les parties molles étaient saines. La peau, légèrement tendue par la tuméfaction, n'offrait ni adhérences, ni cicatrices, et avait conservé sa coloration normale. L'articulation était saine; tous ses mouvements étaient libres.

Bien que la marche de l'affection eût été plus rapide que dans l'observation précédente, les caractères étaient les mêmes. M. Maisonneuve procéda comme chez le premier malade.

Dès que l'os eut été mis à découvert, on aperçut à sa surface un petit orifice à travers lequel suintait un liquide purulent, semblable au premier. La quantité était à peu près la même que dans l'observation précédente. Le stylet, porté par cet orifice, pénétra dans une cavité peu étendue, régulière, dans laquelle on ne put rencontrer de séquestre. La guérison suivit la même marche et fut aussi rapide. Les douleurs ne reparurent pas; la cicatrisation s'est faite assez rapidement, et la tuméfaction de l'os diminue de jour en jour.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Deux cas de contusion du cerveau.

Page (Jean), âgé de cinquante-trois ans, tailleur de pierres, est apporté à la Charité le 9 décembre 1854.

On raconte que cet homme, depuis longtemps épileptique, se livrait à ses travaux ordinaires, lorsque, une attaque convulsive étant survenue, il fut précipité sur le pavé d'une hauteur de deux mètres à peu près. La perte de connaissance fut subite et complète, et il fut immédiatement apporté à l'hôpital.

Le 10 décembre au matin, voici ce que l'on constate:

Aucune lésion au tronc ni aux membres supérieurs et inférieurs; à la partie postérieure de la tête, il existe une petite plaie contuse qui paraît superficielle; pas de traces d'écoulement sanguin par le nez ou par les oreilles. Au visage il n'y a ni plaie ni ecchymose.

Le malade est sans connaissance; il repose tantôt sur le dos, tantôt sur le côté; les yeux obstinément fermés, remuant les membres tantôt dans un sens, tantôt dans l'autre, sans intention bien manifeste, puis retombe assoupi, prononçant quelques mots sans suite, entrecoupés et inintelligibles.

Lorsqu'on le touche ou qu'on le pince dans toutes les parties du corps, il sent très vivement; on dirait même qu'il y a exagération de la sensibilité, car il se retire avec vivacité et renvoie d'un air de mauvaise humeur ceux qui l'approchent; lorsqu'en l'interpellant un peu vivement on parvient à éveiller son attention, il prononce quelques paroles mal articulées, se retourne en grognant du côté opposé et repousse assez violemment ceux qui tentent de l'approcher, tout à fait comme un homme endormi qui ne voudrait pas se laisser réveiller.

La respiration est régulière, quoiqu'un peu bruyante; le pouls est assez développé et présente 84 pulsations.

Le malade ne pouvant rien prendre, on se contente de lui frotter l'intérieur de la bouche avec du calomel.

Le 11 décembre, même état que la veille.

Pendant les deux jours suivants, l'agitation ne diminua pas, le pouls devint plus petit et plus accéléré. En pressant le malade de questions, on parvient à en tirer quelques paroles, il accuse alors une céphalalgie assez vive et répond oui et non avec assez de justesse. Aucune trace de paralysie, rien d'anomal du côté des pupilles; une selle non diarrhéique le 13 au matin.

Le 13 au soir, il y a un changement notable survenu dans son état; l'agitation a cessé; les bras, au lieu de gesticuler, restent pendants hors du lit; la figure, les mains et les extrémités inférieures sont froides et cyanosées; la peau, paralysée, conserve le pli qu'on lui imprime; la langue est froide; les quelques paroles qu'il prononce sont extrêmement faibles et comme soufflées; le pouls est insensible à l'artère radiale, et cependant il n'y a eu ni selles ni vomissements, et l'abdomen reste souple et sonore dans toute son étendue.

L'état du malade reste absolument le même dans la journée du 14; il succombe le 15 au soir sans avoir offert de nouveaux symptômes.

Autopsie. — Les lésions trouvées dans le tube intestinal ont été tout à fait insignifiantes; aussi nous les passerons sous silence, tout en faisant remarquer ce fait singulier des phénomènes généraux du choléra survenant sans diarrhée, sans vomissement et sans lésion intestinale.

L'examen de la tête permet de constater une ecchymose considérable au-dessous du cuir chevelu. La couche de sang épanché est peu épaisse, mais elle occupe tout l'ovale supérieur de la tête et se prolonge un peu en arrière.

Le crâne étant ensuite scié circulairement, on découvre sur la voûte crânienne une fêlure dirigée transversalement, suivant une ligne courbe qui, passant par la protubérance occipitale, viendrait aboutir dans les fosses cérébrales moyennes à 1 ou 2 centimètres du corps du sphénoïde, qui est resté intact. A la voûte du crâne, la fêlure comprend toute l'épaisseur de l'os, tandis que vers sa base elle ne comprend plus que sa table interne.

Au point où la fracture coupe perpendiculairement le sinus longitudinal supérieur, il y a entre la dure-mère et l'os un léger épanchement sanguin. On incise ensuite la dure-mère. Une notable quantité de sang est infiltrée dans la pie-mère et même dans les replis de cette membrane qui séparent les circonvolutions cérébrales; elle n'offre du reste aucune adhérence avec le cerveau, et sa friabilité n'est pas considérablement augmentée.

Au niveau du lobe occipital, dans un espace de 4 centimètres carrés environ, on rencontre au-dessous de la pie-mère une pulpe noirâtre formée par un mélange intime de sang et de substance cérébrale. Une coupe verticale pratiquée à ce niveau fait voir que l'altération se prolonge à 1 centimètre et demi de profondeur dans l'épaisseur du cerveau sous la forme d'une bouillie rougeâtre; aux environs ce sont des noyaux sanguins logés dans la substance cérébrale, ce qui donne à la coupe un aspect comme tigré; enfin, tout autour dans un rayon de 2 à 3 centimètres, la substance blanche offre une teinte jaune uniforme analogue à celle de l'ecchymose et extrêmement remarquable.

Une lésion semblable se rencontre au niveau de l'extrémité supérieure de la scissure de Sylvius; au point de jonction du lobe antérieur et du lobe moyen, teinte ecchymotique, noyaux apoplectiques, bouillie noirâtre, ce sont les mêmes éléments, mais l'altération est moins étendue, car elle a seulement le volume d'une amande.

Aucune altération de ce genre dans l'hémisphère gauche.

Des coupes pratiquées dans toute l'étendue des hémisphères révèlent de chaque côté, surtout dans les couches optiques et dans les corps striés, l'existence d'un piqueté très uniforme et très caractérisé. La même injection se rencontre dans le cervelet, qui est sain du reste.

Un fait analogue s'était offert dans le mois d'octobre. Nous ne ferons que l'indiquer rapidement, car les détails qui le concernent ont été présentés à la Société anatomique.

Lafont, ouvrier maçon, âgé de dix-sept ans, est apporté à l'hôpital de la Charité dans les derniers jours d'octobre 1854. Ce jeune homme, employé aux travaux du Louvre, vient de tomber de quarante-cinq pieds de haut. Il a été relevé sans connaissance, et transporté immédiatement à l'hôpital.

Au moment de son entrée, on constate une fracture de la cuisse du côté gauche, une fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus du même côté, lésion que nous ne faisons que mentionner.

Au sourcil gauche existe une plaie contuse qui va jusqu'au périoste. Pas d'écoulement sanguin, ni par le nez, ni par les oreilles. On ne rencontre sur le crâne ni dépression, ni aucune trace de fractures.

Le malade pousse des plaintes et des gémissements incessants. La figure est pâle, les yeux grandement ouverts, les pupilles normalement dilatées. Il est impossible d'obtenir la moindre réponse lorsqu'on l'interpelle, mais il n'existe point de paralysie; loin de là, pendant le pansement, qui fut très pénible, le moindre attouchement déterminait chez lui des mouvements violents et incessants des bras, de la tête, de la jambe droite, et même des mâchoires, comme s'il eût cherché à mordre pour se défendre. Pas de roideur ni de contracture; le pouls est très faible.

Le malade est convenablement disposé sur son lit, et solidement fixé, afin de modérer ses mouvements désordonnés. Pendant toute la journée l'agitation fut la même; les cris et les gémissements ne s'arrêtèrent pas un instant. Vers le soir les extrémités se refroidissent, et la peau se couvre d'une sueur visqueuse. Il succombe à onze heures du soir.

A l'autopsie de la tête, on trouva la boîte crânienne parfaitement intacte. Dans le tiers postérieur de l'hémisphère droit, la substance corticale, et même une légère couche de la substance blanche sous-jacente est convertie en une pulpe noirâtre, formée par le mélange intime du sang et de la substance cérébrale. En ce point, la pie-mère offre une vaste ecchymose; on la trouve du reste fortement congestionnée dans toute son étendue. Au-dessous de cette partie ainsi contuse, on trouve dans la substance blanche, à la profondeur de 2 à 3 centimètres, au moins sept à huit noyaux apoplectiques, les uns gros comme une noisette, les autres du volume d'une tête d'épingle; ils sont formés par un caillot noirâtre parfaitement circonscrit. Dans le pédoncule cérébral du côté droit, on rencontre un foyer du même genre, du volume d'une forte tête d'épingle, et un autre plus volumineux dans le cervelet. Dans le centre ovale, piqueté cérébral assez prononcé de chaque côté; mais les couches optiques et les corps striés n'offrent rien d'anomal.

Voilà deux exemples parfaitement nets de contusion du cerveau qui se sont présentés en peu de temps dans le service de M. Velpeau. Nous y retrouvons presque toutes les particularités signalées par les auteurs classiques dans les cas de ce genre. Ainsi, dans un cas la contusion était directe, car elle siégeait précisément au niveau de la fracture qui l'accompagnait. L'autre cas, au contraire, est un type de contusion par contre-coup, car la lésion existait en un point diamétralement opposé à celui qui avait reçu le choc: c'est au sourcil gauche que la plaie existait, la contusion occupait l'extrémité postérieure de l'hémisphère droit. De plus les lésions anatomiques sont aussi complètes que possible, et les symptômes offrent une remarquable analogie.

Dans quelle catégorie ces faits doivent-ils être rangés relativement à la question si débattue de la commotion et de la contusion du cerveau?

On sait que Dupuytren, après avoir décrit les lésions anatomiques de la contusion, admit qu'elle ne produisait pas de phénomènes immédiats lorsqu'elle existait seule, mais que quatre ou cinq jours après seulement survenaient des symptômes qui étaient ceux de la cérébrite. Sanson, après avoir partagé cette opinion, professa que les signes de la contusion apparaissent quelquefois sur-le-champ, et ces signes étaient pour lui l'agitation, les mouvements spasmodiques, la contracture et la plupart des symptômes que nous avons observés chez nos deux malades. Enfin, récemment, M. Fano, dans sa thèse inaugurale, a repris l'opinion de Dupuytren, et cherché à faire prévaloir cette doctrine: que la contusion du cerveau ne s'accompagne pas de phénomènes immédiats, et que les phénomènes généraux qui se manifestent alors tiennent uniquement à la commotion. Et il a appuyé ces conclusions sur l'analyse exacte d'un grand nombre d'observations.

Dans les deux faits que nous avons rapportés plus haut, on ne saurait nier que la commotion du cerveau a dû être violente, car dans un cas il n'y avait qu'une fêlure du crâne, et dans l'autre la boîte osseuse était intacte. Or l'on sait que l'ébranlement est d'autant plus prononcé que la force ne s'est pas épuisée en produisant des lésions osseuses considérables. Mais ce qu'on ne saurait nier non plus, c'est qu'entre le cortége de symptômes rapportés dans nos observations et ceux qu'on a coutume d'assigner à la commotion, il y a des différences considérables. Ici nous avions une agitation excessive, des cris, des gémissements, des mouvements spasmodiques, une respiration normale, une exaltation de la sensibilité, un pouls accéléré. Dans la commotion il y a coma profond, respiration stertoreuse, sensibilité obtuse, lenteur du pouls. Voilà deux états pathologiques fort distincts, et il paraît difficile de les attribuer tous deux à une même lésion anatomique.

Peut-être cependant, en tenant compte de ces lésions, pourrait-on les regarder comme appartenant à des degrés différents de la même maladie. N'oublions pas que ces noyaux d'apoplexie capillaire que l'on trouve constamment autour des points contus, Sanson les décrivait avec soin comme lésions propres à la commotion cérébrale; entre la congestion sanguine, l'apoplexie capillaire et cette pulpe formée par le mélange du sang et de la substance cérébrale, il existe des nuances et des transitions insensibles, et depuis longtemps M. Velpeau professe que la commotion n'est pas autre chose qu'une contusion à un faible degré.

S'il devenait prouvé, ce que l'on n'a pas songé à faire, que les phénomènes d'excitation, tels qu'on les a observés chez nos deux malades et tels qu'on les trouve assez souvent, peuvent se rencontrer dans certaines formes anatomiques et dans certains degrés plus avancés de la commotion, alors il serait difficile de ne pas admettre la doctrine de Dupuytren, et on expliquerait sans peine les différences si notables que présentent les nombreuses observations de contusion du cerveau. Les unes n'offrent aucun symptôme immédiat, parce qu'elles sont purement locales; les autres offrent d'emblée des phénomènes d'excitation, parce qu'elles s'accompagnent de commotion de tout l'encéphale.

L.-V. MARCÉ.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. CHASSAIGNAC.

Traitement de l'ophthalmie purulente pseudo-membraneuse des nouveau-nés.

Avant d'indiquer les détails du traitement que j'ai institué en vue de combattre l'ophthalmie des nouveau-nés, je dois rappeler par quel ordre d'idées je fus conduit à l'emploi de ces moyens.

Lorsqu'en 1845 je fus chargé d'un service à l'hôpital de Lourcine, je trouvai un grand nombre de femmes affectées de vaginites avec des écoulements opiniâtres. J'eus recours aux traitements les plus variés sans parvenir à abréger la maladie, qui, malgré tout, restait interminable. J'employai successivement, sans aucun bon résultat, des injections astringentes ou caustiques, le tamponnement, l'introduction dans le vagin de coton ou de charpie imprégnée de copahu, etc. Fatigué de tous ces insuccès, et pensant que la maladie s'entretenait par le fait d'une contagion incessamment renouvelée par son propre produit, je crus que peut-être on serait plus heureux en soumettant les malades à un lavage continu. L'événement justifia mes prévisions.

L'administration ayant consenti à établir un appareil destiné à faciliter l'emploi des douches vaginales, j'obtins des résultats plus favorables que par toute autre méthode.

Appliquant à l'ophthalmie purulente cette donnée de la contagion indéfinie d'une muqueuse par ses propres produits, je fus naturellement conduit à appliquer aux ophthalmies purulentes les douches qui m'avaient réussi à Lourcine. Après avoir procédé avec toute la circonspection possible pour apprécier l'influence des douches d'eau froide sur un organe aussi susceptible que l'œil, je reconnus positivement l'innocuité de ce moyen. Voici maintenant la description de l'appareil à l'aide duquel je procédai à ces douches.

A environ 2 mètres et demi ou 3 mètres du sol est fixé contre le mur un réservoir de la capacité de 30 à 40 litres. La température de l'eau qu'il contient doit toujours être basse relativement à celle de l'œil affecté. En hiver, comme la différence de température serait trop grande, on a soin d'ajouter aux 30 litres d'eau froide quelques litres d'eau chaude. La partie inférieure du réservoir présente deux robinets auxquels sont adaptés deux tubes en caoutchouc se terminant par une petite ouverture allongée ayant environ 2 millimètres de diamètre. On peut, à l'aide d'un diaphragme mobile adapté à ces tubes, modérer à volonté la force d'impulsion du liquide.

Deux aides sont nécessaires pour assurer la réussite de l'opération. L'enfant est placé sur un petit lit recouvert d'un matelas et d'une toile cirée, en face d'une fenêtre qui permette d'observer attentivement les effets de la douche. Le premier aide est chargé de maintenir le petit malade; le deuxième a pour fonctions d'entr'ouvrir les paupières. Les deux tubes étant amenés jusqu'au niveau de la tête, on ouvre le robinet placé à la partie supérieure des deux irrigateurs, et le chirurgien dirige le jet de liquide fourni par chacun d'eux sur les paupières fermées, jusqu'à ce qu'on ait débarrassé les cils de la matière puriforme accumulée à leur base. Ce temps de l'opération est le plus long; il faut quelquefois plus d'un quart d'heure avant que les pinceaux ciliaires soient détergés complètement. On peut cependant faciliter ce résultat au moyen d'un petit linge fin avec lequel on entraîne vers la tempe les mucosités qui bordent la paupière. Cela fait, l'un des aides ouvre les paupières du petit malade en se servant d'un élévateur et d'un abaisseur. Le chirurgien dirige alors le jet aqueux dans l'enceinte conjonctivale, de manière à venir frapper toujours obliquement, tantôt sur la cornée, tantôt dans l'intervalle de chacun des replis que forme

la muqueuse tuméfiée. La durée totale de la douche varie de dix minutes à un quart d'heure. Lorsque les yeux sont ainsi bien nettoyés, on instille entre les paupières quelques gouttes d'un collyre contenant 10 centigrammes de nitrate d'argent pour 30 grammes d'eau ; puis le pansement se termine par une onction légère du bord libre des paupières avec un corps gras, cérat ou saindoux.

Comme il n'est pas toujours possible d'avoir à sa disposition un appareil à douches semblable à celui dont nous avons donné la description, nous avons souvent recours à l'emploi d'un appareil beaucoup plus simple, et qu'il est très facile de se procurer.

Cet appareil consiste en un arrosoir à un seul trou, au moyen duquel on fait couler sur les yeux un courant de liquide dont on augmente ou dont on diminue la force suivant la distance à laquelle on le tient de l'œil du malade. Ce petit appareil présente la forme générale d'un entonnoir de fer-blanc, à la partie évasée duquel se trouve une anse du même métal. C'est à ce moyen que nous avons le plus habituellement recours, soit dans notre pratique particulière, soit dans notre service d'hôpital, où nous n'avons pas un grand appareil à douches semblable à celui qui avait été installé sur notre demande à l'hospice des Enfants-Trouvés.

D'autres moyens plus simples encore, et qu'on peut se procurer partout, peuvent servir à l'administration des douches oculaires. Une simple bouteille remplie d'eau, et dans le bouchon de laquelle on pratiquerait une petite ouverture, suffirait, au besoin, pour remplir le même office.

Lorsque nous voulons mettre un adulte à même de s'administrer des douches oculaires sans aucun secours étranger, voici à quel procédé nous avons recours. L'arrosoir rempli d'eau est suspendu à deux pieds au-dessus d'une petite table devant laquelle le malade est assis ; à l'extrémité libre de l'arrosoir est adapté un petit tube de caoutchouc au moyen duquel on peut diriger horizontalement le jet du liquide, qui s'échapperait dans un sens vertical sans la présence du tube flexible. Le malade saisit d'une main le tube de caoutchouc et en dirige l'extrémité contre son œil ; mais comme le liquide en coulant sur la figure viendrait mouiller ses vêtements, il tient entre les dents une petite pièce de taffetas gommé au moyen de laquelle le liquide est conduit dans une cuvette placée sur la table devant laquelle le malade est assis.

Quel que soit l'appareil dont on fasse usage, la même opération est répétée deux et trois fois par jour, si c'est nécessaire.

Voici maintenant ce qu'on observe pendant l'irrigation. Le plus souvent l'enfant ne paraît nullement impressionné ; il ne témoigne aucune souffrance pendant que la surface libre des paupières est soumise à l'opération. Quand le double jet du liquide vient frapper la face interne des paupières et le globe oculaire, quelquefois la même tranquillité se remarque ; mais en général l'enfant se plaint, et si l'opération se prolonge, il manifeste une vive impatience, il pousse des cris, et l'on doit s'arrêter ou modérer la force du jet. Sur des enfants âgés de trois, quatre, cinq et six ans on peut prolonger l'opération sans déterminer de douleur.

L'œil, pendant l'opération, rougit un peu ; les bords libres des paupières sont, par ce procédé, parfaitement débarrassés du pus et des concrétions purulentes qui s'y attachent. Quand on renverse la paupière et qu'on dirige le liquide sur la muqueuse, on voit que, le pus liquide une fois expulsé, il reste sur la conjonctive une teinte grisâtre, comme purulente. Le lavage ne fait pas disparaître cette teinte, qui est pour nous l'indice certain de la présence de la fausse membrane. Sous l'influence du lavage, cette toile membraneuse, primitivement fine, transparente ou demi-transparente, devient à la fois plus épaisse et plus opaque. Pour enlever cette espèce de tégument accidentel, il faut le saisir dans un point de sa surface avec des pinces à mors plats, et avec très peu d'efforts on parvient à le soulever : tantôt il se décolle avec une extrême facilité, ne présentant aucune trace d'érosion au-dessous de lui ; tantôt, au contraire, il ne cède qu'en rompant les liens qui le retiennent fixé à la muqueuse, et, après l'extraction, il y a effusion d'un peu de sang et les apparences d'une véritable plaie. Tantôt la pseudo-membrane est partielle et s'observe sur plusieurs points sans continuité ; tantôt elle est très étendue et occupe même, en y comprenant la cornée, la totalité de la surface muqueuse oculo-palpébrale.

Quoique la douche soit généralement très bien supportée, il arrive souvent que la première tentative donne lieu à une espèce de spasme et par suite à une résistance dont il importe d'être prévenu. On connaît l'action généralement saisissante d'une chute d'eau froide sur telle ou telle partie de la peau.

Ce phénomène se produit d'une manière peut-être plus spéciale encore quand la projection du liquide a lieu sur l'appareil oculaire. Certains individus ont dans cette circonstance une sensation de suffocation par suite de laquelle ils opposeraient une vive résistance si les personnes qui administrent la douche ne modéraient et ne cessaient même tout à fait l'action du jet liquide. Chez les sujets difficiles à cet égard, il suffit souvent, pour apaiser leur susceptibilité, de laisser l'eau s'écouler d'abord sur la tempe quelques instants avant de la faire tomber directement sur la région oculo-palpébrale.

C'est particulièrement chez les enfants qu'il faut s'attendre, lors de la première douche, à une résistance quelquefois très difficile à contenir. Si les personnes qui sont occupées à donner la douche sont en nombre et en force suffisants pour maîtriser les mouvements désordonnés du petit malade, la petite opération s'accomplit très bien et après une lutte fort courte, parce que l'enfant a très vite le sentiment que toute résistance est impossible ; dans le cas, au contraire, où les aides ne seraient pas en nombre suffisant, la douche ne pourrait être donnée d'une manière utile, et dès lors il convient d'éviter l'espèce de lutte que provoquerait dans ce cas une tentative impuissante.

DE L'ACTION THÉRAPEUTIQUE DE L'IODURE DE FER

dans les affections chloro-anémiques et les cachexies.

Il est des maladies, et en assez grand nombre, qui sont influencées par les climats, sinon dans leur nature intime, du moins dans leur marche, leur durée, leur symptomatologie et surtout dans leur thérapeutique. Il n'est pas de praticien instruit qui ne sache que telle affection qui dans un pays tempéré exigera l'emploi d'une médication se comportera tout différemment, en face de la même thérapeutique, sous une autre latitude, dans ce que l'on est convenu d'appeler les pays chauds, par exemple, dans certaines zones de l'Asie, de l'Afrique, de l'Amérique méridionale. Mais, nous devons le dire tout de suite, c'est principalement dans les maladies aiguës que se rencontrent ces différences d'action des médications. Pour tout ce qui touche aux affections chroniques, constitutionnelles, aux cachexies, il est rare qu'il en soit de même, et les substances médicamenteuses qui sont utiles ici ne présenteront pas là de moindres avantages.

En général, dans ces zones plus chaudes que nos contrées d'Europe, la base des médications est essentiellement tonique. Si déjà dans les états aigus les toniques, les analeptiques sont utiles, à bien plus forte raison le seront-ils dans la série des états chroniques auxquels nous venons de faire allusion, et dont la conséquence inévitable est l'affaiblissement de l'organisme. Parmi ces états, nous insisterons principalement aujourd'hui sur les affections chloro-anémiques, lymphatiques, scrofuleuses même, dont la thérapeutique repose sur des principes essentiellement identiques, dans quelque région qu'on les observe.

Un jeune médecin distingué, le docteur J. Beyran, qui pendant plusieurs années a pratiqué son art à Constantinople et a occupé de hautes positions à la tête des principaux établissements hospitaliers de la capitale de l'empire ottoman, nous a communiqué des faits intéressants relatifs à l'emploi, dans des cas nombreux de ce genre, de l'iodure de fer, cette préparation précieuse dont le succès a duré plus longtemps que celui des autres ferrugineux, et n'a pas été, comme pour tant d'autres composés martiaux, une affaire de *mode*.

C'est qu'en effet l'iodure de fer réunit sous une forme facile à administrer, soluble, essentiellement assimilable, deux des principes les plus utiles de la matière médicale, le fer, ce tonique, ce réparateur par excellence, sans lequel il ne serait, on peut le dire, pas de médecine possible, et l'iode, cet agent non moins énergique, qui joint a des propriétés spéciales une activité *reconstituante* aussi manifeste.

Parmi les premières observations que nous avons sous les yeux, nous remarquons des faits appartenant à la chlorose la mieux caractérisée. Nous n'avons pas besoin de rapporter ici la symptomatologie complète de cette affection si universellement répandue ; contentons-nous de dire que dans tous les cas recueillis par le docteur Beyran nous voyons notés à un plus ou moins haut degré les phénomènes pathognomoniques les plus tranchés : la décoloration générale de la peau et des membranes muqueuses, la faiblesse générale, les palpitations, l'essouffleent, ml'inappétence, les goûts dépravés ; chez les femmes, la dysménorrhée, l'aménorrhée, presque toujours des écoulements leucorrhéiques, des bruits de souffle dans les artères carotides ; dans plusieurs cas, des accidents nerveux, des attaques hystériformes et même l'hystérie complète, des bourdonnements d'oreilles, des éblouissements, des syncopes, etc. Chez cinq des malades dont l'habile praticien a consigné l'histoire dans ses notes, on a remarqué des phénomènes névralgiques pénibles et assez intenses, des céphalées périodiques, et surtout ces gastralgies si rebelles, dont l'opiniâtreté, si l'on n'en connaissait aujourd'hui si parfaitement la cause, pourrait faire croire à des affections organiques de l'appareil digestif.

Chez tous ces malades, M. Beyran a mis en usage, conjointement avec les aliments substantiels et animalisés, les toniques, le quinquina sous les diverses formes que lui donne l'art pharmaceutique, et principalement comme base de la médication, l'iodure de fer.

La forme sous laquelle M. Beyran administre de préférence l'iodure de fer est la forme pilulaire, dite de Blancard. On sait que les pilules de ce chimiste, recouvertes en entier d'une légère couche de baume de Tolu, sont inaltérables à l'air, et possèdent sur les préparations analogues l'immense avantage de conserver le sel ferreux iodure dans son intégrité la plus parfaite, au point que les plus longs voyages sur mer n'ont pas sur lui la moindre influence.

La moyenne du traitement, chez les malades de M. Beyran, a été de cinquante jours environ ; la plus longue durée a été de soixante-dix jours chez une seule ; la plus courte, de vingt et un jours.

Chez l'une d'elles, la première cessation du traitement a été suivie du retour des accidents, et l'on a dû y revenir à plusieurs reprises ; c'est celle chez laquelle la médication a dû être poursuivie le plus longtemps. La menstruation n'a reparu qu'au bout de soixante-dix jours.

Chez une autre, le traitement a dû être suspendu plusieurs fois, par suite de circonstances particulières indépendantes de la médication ; mais le résultat n'en a pas moins été complet, et le rétablissement de la santé, quoique plus lent, a été aussi parfait que chez les précédentes.

Le maximum des pilules de Blancard prises a été de 279, le minimum de 134. En général, 200 à 220 ont suffi.

Dans la plupart des cas, ce n'est qu'au bout de douze, quinze, vingt jours que les malades se sont aperçues d'une amélioration sensible ; mais une fois que l'iodure de fer a commencé à manifester son action, elle s'est soutenue, et, pourvu que le régime continuât à être tel qu'il avait été institué, que les conditions hygiéniques les plus favorables fussent observées, la guérison s'est maintenue sans rechutes, sans récidives.

Dans un prochain article nous examinerons les effets de la médication iodo-ferrique dans des affections plus graves, les maladies scrofuleuses principalement, et dans quelques cas de phthisie tuberculeuse où, si l'on n'a point eu le bonheur d'obtenir une guérison complète, le soulagement et l'amendement furent tels que l'on peut considérer ces faits comme de véritables succès.

Dr S. MOREAU.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues à la Faculté de médecine par MM. :

Fauriat, né le 18 novembre 1826 à Parent (Puy-de-Dôme) ; *Des hémorrhagies après l'accouchement.*

Tripier, né le 22 décembre 1829 à Sorel (Somme) ; *Eclampsie puerpérale.*

Béraud, né le 1er octobre 1823 à Monteux (Vaucluse) ; *Essai sur le cathétérisme du canal nasal ; nouveau procédé.*

Charles, né le 29 octobre 1824 à Montagney (Haute-Saône) ; *De l'hygiène des Arabes et de leur thérapeutique.*

Nous rappelons à MM. les docteurs que leurs thèses seront annoncées dans l'un des numéros qui suivra la remise qu'ils en auront faite à notre bureau.

A partir de mardi prochain, nous aurons des *collections reliées* de l'année 1854.

Ceux de nos abonnés qui voudraient avoir de suite leur collection reliée peuvent nous envoyer tous leurs numéros de l'année, et en échange, moyennant 2 francs seulement, nous leur donnerons un volume contenant toute l'année 1854.

Ceux qui auraient perdu des numéros sont priés d'en faire la demande le plus tôt possible. Le prix est de 10 centimes, payables en timbres-poste. Les années antérieures à l'année courante se vendent 12 francs.

LE SOURD.

Paris. — Typographie de PLON frères, rue Garancière. 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 15 JANVIER 1855.

Séance de l'Académie des Sciences.

Malgré la sévérité apportée par la commission du prix Bréant dans la rédaction de son programme et dans l'énoncé des conditions à remplir pour obtenir ce prix, les prétentions ne paraissent pas diminuer, et chaque séance amène son contingent de mémoires ou de lettres annonçant la découverte soit de la cause, soit d'un remède efficace du choléra. On n'en compte pas moins de six pour cette séance. Nous les mentionnons cette fois, parce qu'il nous a paru qu'à côté des hypothèses pures et des formules indigestes de spécifiques comme il en a déjà été tant envoyé à l'Académie, il y avait quelques travaux sérieux, ou indiquant du moins, autant qu'il est possible d'en juger par l'énoncé seul de leur titre, une tendance à des recherches étiologiques plus sérieuses et plus conformes au véritable but que doivent se proposer les concurrents. Nous ne pouvons, du reste, que signaler cette tendance apparente, faute d'éléments suffisants d'une appréciation dans laquelle d'ailleurs il ne nous appartiendrait pas de devancer l'opinion et le jugement de la commission.

L'Académie n'a reçu dans cette séance, en dehors des pièces destinées au concours Bréant ou à d'autres concours, que deux communications qui intéressent par quelque point la médecine. L'une est une note de M. Houdin sur l'enseignement des sourds-muets. Cette note énonce des résultats qui viendraient à l'appui de l'efficacité de la méthode auriculaire qui a été, il y a quelque temps, le sujet d'une importante discussion à l'Académie.

La seconde communication qui intéresse la médecine est relative à l'opium indigène. D'après les recherches que M. Descharmes a entreprises avec le concours de M. Benard dans le but de savoir si la morphine, le principe incontestablement le plus actif de l'opium, se volatilise pendant la combustion, la morphine serait en partie sublimée pendant la combustion de l'opium sans être décomposée. Ce fait expliquerait assez bien l'influence que la morphine ainsi sublimée pendant l'action de fumer, peut exercersur le système nerveux chez les fumeurs d'opium.

Dr Brochin.

RESPONSABILITÉ MÉDICALE.

Interprétation de l'article 1382 du Code Napoléon. — Jugement.

Il est un article du Code Napoléon dont la plupart de nos confrères ne se seraient certainement pas doutés que l'on pût faire usage contre eux pour des faits malheureux arrivés pendant l'exercice de leur profession. Cet article, qui, s'il n'était pas sagement interprété, serait une véritable épée de Damoclès suspendue sur la tête de tous ceux qui exercent l'art de guérir, et pourrait devenir pour les plus honorables et les plus instruits la source de nombreux désagréments et de préjudices souvent fort graves, est ainsi conçu :

« ART. 1382. — Tout fait quelconque de l'homme qui cause à autrui » un dommage oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer. »

La lecture de cet article a suggéré à un client une nouvelle manière, encore rarement mise en usage, de s'acquitter envers son médecin. Voici en deux mots les faits du procès auquel il a donné lieu, et qui vient d'être jugé par le tribunal civil de la Seine le 29 décembre dernier.

Un individu tombe malade au commencement de 1854 ; il fait appeler un médecin qui lui donne des soins. Peu après, les deux enfants de cet homme tombent également malades, et le docteur, sur l'invitation du père, les traite également. Le père guérit, les deux enfants succombent.

Lorsque le médecin présente la note de ses honoraires, le père non-seulement refuse de la solder, mais, poursuivi par le docteur devant les tribunaux, il l'attaque reconventionnellement en deux mille francs de dommages-intérêts pour s'être trompé sur la maladie de ses enfants, l'avoir mal traitée et avoir été cause par son ignorance du funeste événement.

Dr A. Foucart.

Voici le jugement, longuement motivé, rendu par le tribunal à cette occasion :

« Attendu qu'il est constant que, du 1er janvier au 20 avril, le docteur N... a donné ses soins tant à X... qu'à ses deux enfants, ces deux derniers aujourd'hui décédés à la suite de la maladie dont chacun d'eux était alors atteint ;

» Attendu que X..., tant pour repousser la demande en payement d'honoraires que pour appuyer sa demande reconventionnelle en 2,000 fr. de dommages-intérêts, articule certains faits qui tendraient à établir, suivant lui, que la mort de ses deux enfants devrait être attribuée à la négligence ou à l'impéritie du médecin ;

» En droit :

» Attendu que le principe de responsabilité posé par l'article 1382 est général et s'applique à toute personne, aux professions libérales aussi bien qu'aux professions manuelles, aux faits de l'ordre moral aussi bien qu'à ceux de l'ordre matériel ;

» Attendu que la loi n'a fait aucune distinction à cet égard, et qu'elle laisse complétement au juge le soin de décider si le fait incriminé a occasionné un préjudice et s'il peut être imputé à faute à celui à qui il est attribué ;

» Attendu qu'il résulte de ces principes que le médecin ne peut pas plus qu'un autre se soustraire à la responsabilité de ses actes ; si l'exercice de son art exige une grande indépendance et une grande liberté d'action, il ne doit cependant jamais se départir des règles imposées par la prudence et par les notions élémentaires et générales de la science ;

» Qu'ainsi, en ne relevant que de sa conscience pour les appréciations des maladies et pour la manière de les soigner, il doit répondre de tout fait qui constaterait de sa part imprudence, négligence, légèreté ou même ignorance grossière des choses qu'un médecin doit nécessairement connaître et pratiquer,

» En fait :

» Attendu que X... ne justifie pas, quant à présent, qu'un reproche de cette nature puisse être adressé à N... ;

» Attendu que les faits par lui articulés, en admettant même qu'ils fussent prouvés, ne seraient pas de nature à constituer de sa part cette faute contre les règles de la prudence et de la science professionnelle qui, suivant ce qui vient d'être dit, pourrait seule engager sa responsabilité ;

» Qu'en effet tous les faits articulés se résument en celui-ci, que le docteur N... avait traité les enfants de X... pour une fluxion de poitrine, alors qu'ils étaient atteints d'une fièvre typhoïde ;

» Attendu que, d'une part, les deux malades ont survécu, l'un de quelques jours et l'autre de plusieurs mois à l'époque où le docteur N... a cessé de leur donner des soins, et que les faits tels qu'ils sont articulés laisseraient douteuse la question de savoir si la mort doit être attribuée au premier traitement, ou si elle n'était pas le résultat fatal ou nécessaire de la maladie, ou si elle n'a pas même été déterminée par le traitement postérieur ;

» Attendu que de ces faits ne résulterait pas non plus comme conséquence nécessaire que c'est par imprudence, légèreté ou ignorance de la science, et non par la conviction consciencieuse et fondée sur des appréciations scientifiques que le Tribunal ne pouvait contrôler, que le docteur N..., nonobstant des avis contraires qui auraient pu être émis, aurait persisté dans le traitement par lui suivi,

» Qu'il résulte de ce qui précède que la demande reconventionnelle ne saurait être admise, et qu'au contraire la demande principale est fondée ;

» Attendu toutefois que le docteur N... compte double vacation pour les jours où il a traité à la fois les deux malades, mais qu'à raison de cette circonstance il y a lieu de modérer la créance à la somme de 200 fr. ;

» Condamne X... à payer à N .. la somme de 200 fr. ;

» Déboute N... de sa demande reconventionnelle et le condamne aux dépens. »

HOTEL-DIEU. — M. SANDRAS.

De quelques cas de paralysie progressive chlorotique.

Une femme est entrée à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Sandras, présentant une paralysie incomplète du mouvement et de la sensibilité de plusieurs parties du corps. Elle avait d'abord commencé par s'apercevoir de la perte du mouvement de la main gauche, puis elle avait perdu la sensibilité cutanée des bras et des parties postérieures du tronc ; enfin les membres inférieurs avaient été pris de contractions toniques involontaires. Voici quels sont les phénomènes principaux que présentait cette malade lorsqu'elle est entrée dans le service :

La main gauche était le siége de contractures paralytiques ; il existait un affaiblissement notable de la contractilité musculaire, ainsi qu'un engourdissement de la sensibilité dans les épaules. La jambe gauche était dans le même état d'affaiblissement musculaire et d'insensibilité ; on constatait une diminution de la sensibilité seulement dans la cuisse droite. Enfin cette malade présentait ceci de remarquable que sur le tronc il existait comme des îlots d'insensibilité ; la peau était, si l'on peut s'exprimer ainsi, comme tachetée de place en place et alternativement de parties sensibles et de parties insensibles.

Ajoutons que chez cette malade les phénomènes paralytiques que nous venons d'esquisser rapidement se sont développés d'une manière graduelle et progressive, et que dans aucune des parties paralysées on ne voit de traces d'atrophie musculaire.

L'état de cette malade présentait quelques difficultés pour le diagnostic; c'est même principalement sous ce rapport qu'il méritait d'être étudié. Pour établir le diagnostic, il ne suffit pas, en effet, de constater que telle ou telle partie est insensible ou paralysée dans ses mouvements, de mesurer le degré et l'étendue de la perte des mouvements et de la sensibilité. Le point important, autant pour établir le diagnostic sur des bases réellement scientifiques que pour se guider dans la recherche des indications thérapeutiques, est de chercher à quelle cause morbide primordiale, à quelle sorte de lésion du système nerveux se rapportent les phénomènes paralytiques.

Nous ferons remarquer tout d'abord cette circonstance importante que nous venons de signaler tout à l'heure et qui exclut une des formes les plus graves des affections paralytiques, nous voulons parler de l'intégrité de volume et de forme de tous les muscles, y compris même ceux qui sont le plus profondément atteints par la paralysie. On n'a donc point affaire ici à la paralysie atrophique progressive. On ne saurait admettre non plus qu'il s'agisse d'une paralysie générale essentielle, laquelle s'accompagne presque toujours aussi consécutivement d'une atrophie plus ou moins considérable.

Serait-ce à une paralysie hystérique que l'on aurait affaire? Ici il y aurait d'assez nombreux motifs d'admettre la possibilité d'une paralysie de cette nature. La ressemblance des symptômes que présente cette malade avec les symptômes de la paralysie hystérique est en effet assez frappante. L'un des caractères de la paralysie hystérique est de présenter de ces anesthésies partielles et par plaques telles qu'on en observe chez notre malade, ainsi que les paralysies musculaires partielles et disséminées avec intégrité des muscles. Enfin, on sait aussi que certaines paralysies hystériques simulent jusqu'à un certain point les paralysies progressives dont il était question tout à l'heure. Ainsi il n'est pas rare de voir se produire successivement sous l'influence de la diathèse hystérique une paralysie partielle plus ou moins circonscrite, puis une hémiplégie, puis une paraplégie. Il y a toutefois une circonstance qui permet de distinguer dans ce cas même la paralysie hystérique des paralysies générales, c'est que celle-ci n'est jamais progressive comme ces dernières, et que les phénomènes paralytiques se succèdent, se remplacent, mais sans jamais s'étendre et s'accroître progressivement.

Ainsi, sous le rapport des symptômes ou du caractère des phénomènes paralytiques, l'état que nous venons de décrire a la plus grande ressemblance avec la paralysie hystérique ; mais une considération tout à fait décisive devait faire exclure cette détermination étiologique, c'est que la malade n'avait jamais eu d'attaque d'hystérie ; elle n'a jamais présenté aucun des symptômes caractéristique de cette affection. D'un autre côté, la ressemblance de cette paralysie avec la paralysie hystérique, bien que réelle si l'on considère les phénomènes dans leur état actuel, cesse d'être si on envisage ces mêmes phénomènes dans leur marche et leur gradation.

Nous venons de dire que dans l'hystérie les phénomènes paralytiques sont en quelque sorte mobiles, qu'ils se déplacent, se succèdent sans progresser et s'étendre. Or il n'en est pas de même ici. A mesure que de nouveaux accidents paralytiques se sont manifestés, ceux qui s'étaient montrés précédemment n'en ont pas moins persisté, de sorte qu'en réalité la paralysie a été dans ce cas-ci progressive.

L'absence des signes et des symptômes généraux de l'hystérie,

la marche progressive de la paralysie, telles sont donc les raisons qui portent à exclure définitivement l'idée d'une paralysie hystérique dans le cas qui nous occupe.

Etait-ce une paralysie rhumatismale? Non évidemment; car une paralysie rhumatismale est fixe et n'a jamais de tendance à envahir.

Il n'y a non plus aucune raison pour soupçonner une paralysie saturnine, cette femme n'ayant été soumise d'ailleurs à aucune des conditions de l'intoxication par le plomb. On trouve bien chez elle un certain degré de contracture ou de chorée tonique de quelques muscles des membres, qui rappellerait assez bien ce qui se présente habituellement dans les paralysies saturnines; mais outre que l'absence d'intoxication doit naturellement éloigner cette hypothèse, il resterait encore comme objection la marche progressive des phénomènes.

La paralysie syphilitique, dont il a été question récemment au sujet de quelques faits de ce genre, ne saurait non plus être mise en cause ici, rien dans les antécédents de la malade ni dans son état actuel n'autorisant à soupçonner l'infection syphilitique.

Ce n'est pas davantage un cas de chorée tonique; car dans cette affection on ne voit jamais ces îlots analgésiques que présente notre malade.

Resterait à rechercher si cette paralysie pourrait dépendre d'une lésion des centres nerveux. Il existe chez cette malade une circonstance particulière qui porte assez naturellement à se faire cette question. On remarque en effet chez elle une saillie au niveau des deux dernières vertèbres cervicales. Ce serait assurément, dans toute autre circonstance, un signe de quelque valeur; mais, outre qu'ici rien n'indique dans les phénomènes paralytiques une lésion fixe et persistante de la moelle dans les points correspondant aux saillies vertébrales en question, nous ferons remarquer que la pression et la percussion sur ces vertèbres ne donnent lieu à aucune douleur et ne réveillent aucune sensibilité anomale. Il n'y a donc là qu'une simple disposition anomale coïncidente, mais qui n'a en réalité aucun rapport direct avec les symptômes observés.

Il faut d'ailleurs se tenir en garde contre la tendance assez commune qu'ont actuellement les médecins à voir dans tous les symptômes de paralysie le résultat d'une lésion des centres nerveux. Ceci me rappelle entre autres une malade que j'ai eu l'occasion de voir à l'hôpital Beaujon il y a quelques années. C'était une femme d'une constitution délicate, lymphatique, et qui entra à l'hôpital présentant des phénomènes paralytiques. Le médecin dans le service duquel cette malade fut admise, voyant une paraplégie, fut tout d'abord porté à croire à l'existence d'une lésion de la moelle; il prescrivit, en conséquence, l'application de cautères sur les côtés de la colonne vertébrale et un régime approprié à la nature de la maladie présumée. Cette malade m'ayant été adressée plus tard, je fus frappé de l'irrégularité que présentaient les phénomènes paralytiques. Ainsi, indépendamment de la paraplégie, il existait des paralysies partielles dans les parties supérieures; il y avait çà et là quelques points hyperesthésiés, d'autres anesthésiés, d'autres qui étaient le siége d'une chorée tonique. A l'aspect de ces irrégularités dans la répartition de la paralysie, je n'hésitai pas à déclarer qu'il n'existait point chez elle de lésion organique de la moelle, ni d'aucun autre point des centres nerveux; que sa paralysie dépendait d'une diathèse chlorotique dont elle présentait d'ailleurs tous les caractères à un degré très prononcé. En conséquence, je fis supprimer les cautères; je mis la malade à l'usage des préparations ferrugineuses et à un régime analeptique, puis je traitai la paralysie par l'excitation électrique. A dater de ce moment tout alla de mieux en mieux, les symptômes paralytiques se dissipèrent peu à peu, à l'exception toutefois des avant-bras. Il fallut faire parvenir l'excitation électrique jusqu'aux muscles paralysés à l'aide d'aiguilles insérées sous la peau. Grâce à ce complément du traitement la guérison fut complète.

Il est encore une autre affection avec laquelle l'affection paralytique que présente cette femme pourrait être confondue : c'est la paralysie générale des aliénés. On a dit que ces paralysies, qui survenaient ainsi sans cause connue, sans lésion des centres nerveux capable de les expliquer, s'accompagnant aussi de perte partielle de la sensibilité, n'étaient le plus ordinairement que le prélude de la paralysie générale avec aliénation. Pour mon compte, bien que cette malade présente en effet quelques-uns des symptômes que les médecins aliénistes ont décrits comme appartenant à la période initiale ou prodromique de l'aliénation paralytique, je ne crois pas qu'elle soit sur cette voie. D'abord il n'existe chez elle aucun trouble des sentiments, des affections morales, ni de la mémoire. Son intelligence, d'un développement moyen, est tout à fait intacte; elle rend parfaitement bien compte de toutes ses sensations; elle n'éprouve aucun embarras de la parole, ce qui, comme tout le monde le sait, est un des symptômes initiaux les plus constants de l'aliénation. Elle articule très nettement, sans la moindre gêne ni la moindre hésitation. Or, quand on a une fois entendu parler des paralytiques aliénés, on ne peut plus se méprendre sur le caractère particulier de cet embarras de la parole, qui manque ici complétement.

MM. Duchenne (de Boulogne) et Brierre de Boismont ont assigné à la paralysie des aliénés un caractère qui la distingue suivant eux de la paralysie générale sans aliénation; ce caractère consiste dans la conservation de l'irritabilité musculaire électrique dans le premier cas, tandis que cette même propriété est perdue dans le second. Pour mon compte, je déclare n'être point suffisamment fixé à cet égard en ce qui concerne les aliénés; mais ce que je puis dire, c'est que chez les sujets atteints de paralysie générale sans aliénation, tantôt j'ai trouvé la contractilité électrique conservée, tantôt je l'ai trouvée plus ou moins altérée, ou même complétement anéantie. Aussi ce caractère me paraît-il infidèle et peu propre à décider la question du diagnostic différentiel de ces deux sortes de paralysies. Quoi qu'il en soit, rien ne me paraît autoriser à placer cette malade dans la catégorie des paralytiques aliénés.

Ainsi, en résumé, cette femme n'a ni une paralysie organique dépendant d'une lésion des centres nerveux, ni une paralysie atrophique, ni une paralysie spécifique, saturnine, syphilitique ou autre; ni enfin une paralysie générale essentielle, et moins encore la paralysie générale des aliénés. De quelle nature est donc sa paralysie? Je n'hésiterai pas à répondre que cette malade a une paralysie chlorotique, avec chorée tonique, sans atrophie.

En effet, cette malade est dans une situation qui offre la plus grande analogie avec la malade dont je rapportais tout à l'heure l'histoire. On constate également chez elle tous les signes de l'état chlorotique le plus accusé. Cette détermination est d'une très grande importance pratique; il importe au plus haut point de rechercher à quel état morbide général, à quelle disposition diathésique peut se rattacher une paralysie dont on ne saurait trouver la cause immédiate dans une lésion matérielle des centres nerveux, car de là dépend le plus souvent le succès du traitement, qui devra être très différent suivant la nature de cet état morbide général, dont la paralysie n'est qu'un effet ou une dépendance.

En effet, si l'on découvre, par exemple, que la paralysie est hystérique, saturnine, syphilitique, c'est à chacun de ces états morbides spéciaux que l'on s'adressera d'abord avant de songer à rappeler la vitalité des muscles et des diverses parties frappées de paralysie. De même si cette paralysie paraît dépendre d'un état général chlorotique, c'est d'abord à la médication et au régime appropriés à cet état que l'on aura recours, puis à l'excitation électrique.

C'est là justement ce qui a conduit à instituer le traitement de cette malade. Instruit par le fait que je viens de vous citer, j'ai soumis cette femme à l'usage des préparations ferrugineuses à l'intérieur, à un régime analeptique, aux bains sulfureux et puis aux excitations électriques répétées. Quoique ce traitement n'ait été mis en œuvre que depuis peu de temps, il s'est fait déjà chez elle une amélioration considérable; elle peut mouvoir les avant-bras avec beaucoup plus de facilité, la contractilité musculaire est presque partout beaucoup plus énergique, les parties analgésiques commencent à se réveiller. En outre, la menstruation, qui depuis quelque temps se faisait mal et irrégulièrement, se fait maintenant avec beaucoup plus de régularité, et le sang a pris un meilleur aspect. En un mot, tout indique une tendance manifeste vers une guérison qui ne paraît pas douteuse. Les résultats obtenus jusqu'ici suffisent déjà pour confirmer la justesse du diagnostic et pour autoriser à persévérer dans la même voie.

Maintenant faut-il, dès qu'on a reconnu l'état général qui domine les phénomènes paralytiques, se conduire toujours de la même manière et employer uniformément et de concert les moyens appropriés à cet état général et l'excitation électrique? Si l'on rapproche ce fait de l'histoire de l'une des malades dont il a été question dans une précédente leçon (*Gazette des Hôpitaux* du 4 janvier), on aura un exemple des modifications que chaque cas individuel peut obliger à introduire dans le traitement. Ainsi, bien que ces deux cas soient au fond assez semblables et qu'ils reconnaissent une même cause primordiale, il n'en a pas moins fallu modifier le traitement en raison des circonstances particulières inhérentes à chacun d'eux. En effet, tandis que chez la malade dont nous vous entretenions l'autre jour nous n'avons point employé l'électricité, et nous nous sommes bien trouvé de cette abstention, parce qu'en ayant recours à ce mode d'excitation nous aurions couru le risque d'épuiser en quelque sorte ce qui lui restait de sensibilité, chez celle-ci, au contraire, l'excitation électrique a été employée de suite, simultanément, avec les moyens généraux de traitement, et avec le plus grand avantage, car après chaque séance d'excitation on pouvait constater déjà les progrès du traitement.

Il faut donc, comme on le voit, dans le traitement de ces paralysies non-seulement tenir compte du fond, c'est-à-dire de l'état morbide diathésique général, mais encore aussi de la forme et des circonstances spéciales à la paralysie elle-même et à l'état du système nerveux.

HOPITAL DE LISIEUX. — M. NOTTA.

Luxation ilio-ischiatique du fémur datant de dix-neuf jours. Réduction à l'aide de moufles.

Nicolas (Isidore), journalier, âgé de vingt et un ans, demeurant à la Banquéterie, près de Lisieux, avait attaché un cheval à une énorme roue de voiture de roulage placée presque verticalement contre un mur. Le cheval ayant eu peur se jeta brusquement en arrière et la fit tomber. La jante de la roue rencontra l'épaule gauche de l'homme, glissa le long du tronc et, se heurtant contre la saillie du grand trochanter gauche, renversa le blessé, qui s'affaissa d'abord sur ses genoux, la cuisse gauche dans l'abduction. La roue pouvait peser 250 à 300 kilogr. Au moment de sa chute, Nicolas ressentit une vive douleur dans la hanche, mais il ne perçut pas de craquement. Retiré de dessous la roue, il essaya de marcher, mais il ne put se tenir debout. On le porta dans son lit, où un médecin l'examina superficiellement et lui conseilla des applications froides sur la hanche. Quelques jours après il voulut se lever, mais il ne put s'appuyer sur sa jambe, à cause de la douleur qu'il ressentait dans la hanche. D'un autre côté, il remarqua que la jambe gauche était beaucoup plus courte que l'autre. N'éprouvant pas d'amélioration, il consulta mon excellent confrère le docteur Quesnel, qui reconnut l'existence de la luxation et voulut bien m'adjoindre à lui pour la réduire. En conséquence, nous nous rendîmes chez le malade le 5 novembre 1853, dix-neuf jours après l'accident. Nous le trouvâmes dans l'état suivant :

Sujet bien constitué, muscles bien développés. Le malade étant dans le décubitus dorsal, la cuisse et la jambe gauche ont subi un mouvement de rotation en dedans; la pointe du pied est tournée en dedans.

La jambe gauche est notablement plus courte que la droite; ce raccourcissement est dû d'abord à la luxation du fémur, et ensuite à la position du bassin, qui a subi un mouvement d'inclinaison et de torsion en vertu duquel l'épine iliaque antérieure et supérieure du côté luxé est sur un plan plus antérieur et beaucoup plus élevé que celle du côté sain. Si par les deux épines iliaques antérieures et supérieures on fait passer une ligne droite, si du milieu de cette ligne on abaisse une perpendiculaire et si on la prolonge jusqu'au niveau des pieds, si ensuite on place chacun des pieds, et par conséquent chacun des membres pelviens, à égale distance de cette perpendiculaire, si alors on mesure la distance qui sépare l'épine iliaque antéro-supérieure de la malléole externe, on trouve pour le membre luxé un raccourcissement de 4 centimètres.

D'un autre côté, la cuisse gauche étant fléchie à angle droit sur le bassin, si on tire une ligne droite de l'épine iliaque antéro-supérieure au sommet de la tubérosité de l'ischion, on trouve que le sommet du grand trochanter dépasse cette ligne de 6 centimètres.

En faisant mettre le malade debout, nous constatons les symptômes suivants :

La hanche gauche est déformée. Le méplat qui existe en arrière du grand trochanter est remplacé par une saillie considérable; le pli de la fesse est un peu plus haut que celui du côté opposé; la partie supérieure de la cuisse est plus volumineuse, plus élargie. Le sommet du grand trochanter est plus rapproché de la crête iliaque de 3 centimètres que du côté opposé. La cuisse est légèrement fléchie sur le bassin et la jambe sur la cuisse. Le pied est dans l'extension, sa pointe est tournée en dedans; tout le membre a subi un mouvement de rotation en ce sens. Le sujet ne peut s'appuyer sur la jambe luxée; les mouvements de flexion et d'extension sont douloureux, limités, mais encore possibles, tandis que ceux d'adduction et de rotation en dehors sont impossibles. Il n'y a pas de traces d'ecchymoses autour de la hanche, et les divers mouvements que l'on imprime au membre ne font entendre aucune crépitation.

Nous procédâmes à la réduction : le malade fut couché sur le côté droit sur une table garnie d'un matelas; un drap plié en cravate fut placé dans le pli de l'aîne gauche, et ses deux extrémités, ramenées l'une en avant, l'autre en arrière, de manière à passer au-devant de l'épine iliaque antéro-supérieure et de l'ischion, furent nouées solidement à une forte pièce de bois horizontale. Un autre drap plié en cravate et passant par les deux épines iliaques antéro-supérieures fut fixé en arrière sur la barre de bois. Le bassin, ainsi solidement fixé, était complétement immobile. La cuisse fut alors fléchie à angle droit sur le tronc, et la jambe sur la cuisse; puis, au-dessus des condyles du fémur, on fixa solidement avec de nombreux tours de bande une serviette pliée en cravate qui forma une anse au-devant du genou; à cette anse on fixa des moufles. Le malade fut ensuite chloroformé, et, la résolution obtenue, nous fîmes opérer des tractions. Le dynamomètre marquait 130 kilogrammes lorsque nous entendîmes un craquement très prononcé. M. Quesnel refoulait avec les doigts le grand trochanter en avant, pendant que j'imprimais à la cuisse de petits mouvements de rotation en me servant de la jambe comme d'un levier. La tête s'était déplacée; nous crûmes la réduction opérée et nous fîmes cesser les tractions. Mais la tête du fémur reprit aussitôt sa position primitive; nous fîmes faire alors de nouvelles tractions, et à 190 kilogrammes la réduction fut complète, ce que nous constatâmes en imprimant des mouvements au membre dans tous les sens. La tête fémorale rentra dans la cavité cotyloïde sans faire entendre aucun bruit, ni sans donner aucune sensation particulière.

Dans la journée, le malade éprouva de la chaleur et de la douleur dans l'articulation, sur laquelle nous fîmes appliquer des compresses trempées dans l'eau fraîche. Il garda le lit pendant quinze jours, et au bout de cinq semaines il reprit ses travaux, ne conservant aucune trace de son accident. (*Rev. méd.-chirurg.*)

INFIRMERIE OPHTHALMIQUE DE BIRMINGHAM. — M. J. SOLOMON.

Absence congénitale de la sécrétion lacrymale.

On m'apporta pendant le courant de mai 1853, à l'infirmerie ophthalmique de Birmingham, un garçon vigoureux, âgé de vingt-deux mois et provenant de parents sains; on venait consulter pour deux petites opacités siégeant sur la cornée droite. Sa mère dit qu'on ne l'a jamais vu répandre de larmes qu'une seule fois, et encore cela consistait en deux gouttes isolées qu'on aperçut sur sa joue.

Voici ce que j'observe :

Les globes oculaires sont saillants et le siége d'un léger mouvement rotatoire; il n'existe point d'opacité du cristallin ou de la capsule qui puisse expliquer ce mouvement oscillatoire. Les mouvements naturels des yeux sont concordants, pas de traces d'amaurose. Les iris sont bleus et contractiles. La conjonctive et les parties qu'elle tapisse sont à l'état normal. La surface des globes oculaires est claire et brillante. En un mot, à l'exception de légères opacités de la cornée, les yeux sont complétement sains. Le toucher ne révèle rien d'anomal dans l'état de la glande lacrymale. Ces opacités proviennent d'une ophthalmie dont l'enfant a été atteint à l'âge de deux mois; il a eu depuis une conjonctivite catarrhale. Aucun de ses proches ne présente rien de particulier sous le rapport de la sécrétion lacrymale.

Afin de voir si la sécrétion lacrymale existe ou non et en même

temps pour agir sur les taches de la cornée, j'introduis entre les paupières un peu d'onguent à l'oxyde rouge de mercure; l'enfant pousse de grands cris, et son œil devient peut-être un peu plus humide, mais il ne s'échappe point de larmes des paupières et il ne s'en accumule pas dans l'angle interne. Cette expérience renouvelée plusieurs fois donne toujours le même résultat, même lorsque je place l'extrémité de mes doigts sur les points lacrymaux de façon à les obstruer.

Les opacités ne disparaissant point, on a recours à un stimulant plus actif, la teinture d'opium; la conjonctive droite, sur laquelle on agit, devient rouge, et il s'échappe sur la joue un flux de liquide incolore et salé; mais bien que l'enfant pousse de grands cris, l'œil gauche n'éprouve aucun changement. Quelque temps après, on introduisit ainsi de la teinture d'opium dans l'œil gauche, et il s'en échappa aussi quelques larmes, tandis que l'œil droit n'éprouvait aucun changement. Ces expériences démontrent bien qu'il existe de chaque côté une glande lacrymale susceptible de sécréter des larmes, mais seulement sous l'influence d'une stimulation extraordinaire.

La cause de cette sorte d'engourdissement des glandes lacrymales à cet âge ne paraît pas inexplicable. Je crois que ce cas est le premier où l'on eût observé ce phénomène à l'état congénial et sans complication d'altération de la conjonctive. Les causes les plus ordinaires de la suppression ou de la diminution de la sécrétion des larmes sont : une maladie de la glande lacrymale, certains cas d'amaurose, la faiblesse de nutrition amenée par l'âge avancé, un violent chagrin, l'obstruction du conduit de la glande.

Je rappellerai, en terminant, que M. Wardrop, dans le numéro du 19 novembre 1853 de la *Lancette*, a rapporté un cas de sécheresse congéniale de la conjonctive (xeroma) avec impossibilité de répandre des larmes, due à ce qu'une adhérence intime des paupières au globe de l'œil obstruait les conduits de la glande lacrymale.

Un résultat semblable s'observe quelquefois chez l'adulte à la suite de la conjonctivite. Il est très possible que le cas de M. Wardrop ait été la conséquence d'une conjonctivite survenue pendant la vie intra-utérine.

OSTÉOTOMIE SOUS-CUTANÉE.

Par M. le professeur Langenbeck.

Lorsque l'on considère l'immense différence qu'établit dans le pronostic des lésions osseuses traumatiques l'existence ou l'absence d'une plaie de la peau faisant communiquer la fracture avec l'air atmosphérique, on est naturellement conduit à souhaiter un procédé opératoire qui permît de diviser les os dans les cas, soit d'ankylose ou de cal vicieux, soit de difformité rachitique grave, sans exposer les malades aux terribles accidents des fractures compliquées de plaie. Deux méthodes s'offrent aussitôt au chirurgien pour arriver à ce résultat : l'une consiste à produire la rupture de l'os sans intéresser les téguments, soit par la simple pression des mains, soit au moyen de machines telles que celles de M. Louvrier et d'OEsterlen. Lorsque la force des mains est suffisante pour produire le résultat désiré, il n'est guère de chirurgien qui hésite à recourir à cette méthode. Mais il n'en est pas de même dans les cas où le tissu osseux a acquis une solidité telle que des machines puissantes seules peuvent en produire la rupture. Malgré quelques heureux résultats publiés par leurs inventeurs, ces machines sont à peu près tombées dans l'oubli, à cause des revers funestes dont leur application a été suivie trop souvent. D'un autre côté, est-on sûr de produire une fracture au lieu précis et dans la direction le plus convenable au succès de l'opération ?

On s'est donc reporté à la seconde méthode, dans laquelle la division est produite par un instrument appliqué immédiatement sur l'os difforme. M. Malgaigne est d'avis qu'on pourrait peut-être briser le col du fémur avec un ciseau qu'on introduirait à travers *une ouverture étroite de la peau*, et sur lequel on frapperait avec un marteau de plomb. Rhea Barton et d'autres ont employé résolûment la scie et les larges incisions, comme dans les résections, s'exposant ainsi à tous les accidents des fractures compliquées.

La méthode sous-cutanée, qui tous les jours donne de si beaux résultats appliquée à la division des parties molles, a dû bien souvent s'offrir à l'idée des chirurgiens quand il s'est agi de diviser les os. Mais ici que de difficultés! Comment faire agir une scie à travers une plaie étroite sans léser notablement les parties molles que rien ne protége contre l'action de l'instrument? Comment surtout diviser un os comme le fémur ou le tibia sans permettre à l'air d'arriver au contact des parties divisées? Ces difficultés, M. Langenbeck les a-t-il surmontées, ainsi que semble le faire croire le titre de cet article? C'est ce dont le lecteur va juger immédiatement.

M. Langenbeck, jusqu'à ce jour, n'a opéré que sur le tibia et le péroné. Il commence par faire sur la face interne du tibia, et perpendiculairement à sa longueur, une incision de demi à trois quarts de pouce de long, divisant à la fois la peau et le périoste. Au centre de cette incision il applique un foret en forme de gouge ou perforatif fixé sur un arbre à vilbrequin, et traverse ainsi l'os de part en part à sa partie moyenne. Dans l'ouverture ainsi produite, il introduit une scie à main très étroite (d'une ligne et demie de large) au moyen de laquelle il divise successivement chacune des moitiés du tibia, en ayant soin toutefois de laisser de chaque côté un petit pont osseux qui maintienne les fragments dans leur position jusqu'à ce que les premiers accidents de l'opération soient conjurés. Ces ponts doivent être assez faibles pour être facilement rompus par le chirurgien lorsque le moment sera venu de redresser le membre. Ils ont l'avantage de permettre au chirurgien d'éviter de léser plus ou moins les parties molles voisines, ce qu'il ne pourrait faire dans une section complète de l'os. Au bout de quelques jours, les ponts osseux sont brisés, le membre redressé et entouré d'attelles.

M. Langenbeck a traité ainsi trois malades « avec un succès si » éclatant, que dès à présent il ose exprimer l'espoir que par cette » opération sera comblé un vide notable dans la médecine opéra» toire. » Des faits qu'il a observés, et dont nous donnons plus loin un résumé, il tire cette conclusion :

« Que les os peuvent être divisés par la méthode sous-cutanée » comme les tendons et les muscles, et que l'ostéotomie sous-cutanée » est à la résection avec incision des parties molles ce que la téno» tomie sous-cutanée est à la section des tendons avec lésion de la » peau. »

Il suffit de lire les détails du manuel opératoire pour être frappé de l'exagération de ces propositions. Est-ce bien là une opération sous-cutanée? La condition essentielle d'une opération sous-cutanée n'est-elle pas d'empêcher l'air d'arriver au contact des parties divisées et de prévenir ainsi la suppuration? Or qu'a fait M. Langenbeck pour atteindre ce but? Il a substitué une incision étroite aux larges incisions dont on faisait usage habituellement. Mais, quelque étroite qu'elle puisse être, cette incision ne s'oppose nullement à l'action de l'air; aussi l'auteur est-il forcé d'ajouter : « Il ne faut » pas s'attendre à une guérison par première intention et par for» mation immédiate du cal, comme après une fracture simple, sans » doute parce que les petites esquilles produites par le foret et par » la scie restent là comme corps étrangers et doivent être éliminées » par la suppuration. » Mais oublie-t-il donc que dans les fractures compliquées de plaie extérieure, où ces esquilles n'existent pas, l'accès de l'air au foyer de la fracture est la véritable et le plus souvent l'unique cause de la suppuration?

Bien que le nouveau procédé de M. Langenbeck ne puisse pas être rangé au nombre des opérations sous-cutanées, les heureux résultats qu'il a fournis dans les trois cas où il a été mis en pratique peuvent permettre d'espérer qu'il offre des avantages sur les procédés anciens. Mais n'allons pas sans plus ample informé dire avec l'auteur que les accidents consécutifs sont si faibles qu'on ne peut en aucune façon les comparer à ceux d'une résection ordinaire. Des tentatives ultérieures pourraient malheureusement nous donner un trop cruel démenti.

L'auteur rapporte les observations de trois malades sur lesquels il a eu l'occasion d'appliquer sa méthode. Les deux premiers sont des enfants âgés l'un de neuf ans, l'autre de cinq, et affectés tous deux de difformité rachitique des membres inférieurs. Avant de les opérer, il avait tenté inutilement de redresser la courbure des tibias par la seule force du poignet. La fracture des ponts osseux que la scie avait laissés intacts, survenue accidentellement le quinzième jour dans le premier cas, opérée le dix-huitième jour dans le second cas, ne donna lieu à aucun accident grave. Les plaies étaient cicatrisées, l'une au bout de six semaines, l'autre au bout d'un mois.

Le troisième malade était un homme de trente-cinq ans, portant depuis l'âge de cinq ans une fracture de la jambe consolidée vicieusement. Cette fois on rompit les ponts osseux aussitôt après l'action de la scie; mais pour éviter que les fragments ne perforassent la peau, on ne redressa complétement le membre qu'au bout de quinze jours. Il ne survint rien de sérieux à la suite de cette opération secondaire. (*Deutsche Klinik* et *Gaz. hebdomad.*).

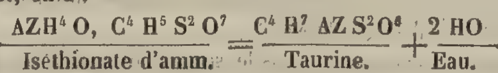
SUR LA FORMATION ARTIFICIELLE DE LA TAURINE.

Par M. Ad. Strecker (1).

La taurine est une substance organique quaternaire que L. Gmelin a découverte en traitant la bile par l'acide chlorhydrique. Sa formule est $C^4H^7ArS^2O^6$; elle est remarquable par la beauté de ses cristaux prismatiques, limpides comme du cristal de roche. Quoique sa composition soit très complexe, puisqu'elle renferme quatre éléments dans sa molécule, M. Strecker, un des chimistes les plus distingués de l'Allemagne, vient d'en confirmer la formule par synthèse, et a réussi à la reproduire artificiellement.

L'iséthionate d'ammoniaque ne se distingue de la taurine que par les éléments de deux équivalents d'eau.

En effet, on a :



$$\frac{AZH^4O,\ C^4H^5S^2O^7}{\text{Iséthionate d'amm.}} = \frac{C^4H^7AZS^2O^6}{\text{Taurine.}} + \frac{2\ HO}{\text{Eau.}}$$

Se fondant sur cette équation, M. Strecker pensa que s'il pouvait enlever à l'iséthionate deux équivalents d'eau sans l'altérer physiquement, il convertirait ce sel en taurine. L'expérience est venue confirmer cette manière de voir, et voici comment on peut réussir à opérer la transformation :

On prépare d'abord l'acide iséthionique en faisant réagir l'acide sulfurique anhydre sur l'alcool absolu ou l'éther parfaitement sec; on sature par la baryte et on précipite par l'alcool. Le carbonate sel barytique est ensuite décomposé par le carbonate d'ammoniaque, qui donne un précipité de carbonate de baryte, tandis que l'iséthionate d'ammoniaque reste en solution. On fait cristalliser ce dernier sel par évaporation et on le dessèche bien exactement à 100°. Ainsi obtenu, l'iséthionate d'ammoniaque fond à 130° sans perdre d'ammoniaque, et peut être chauffé jusque vers 200° sans s'altérer. A 210° il commence à perdre de l'eau, et, lorsqu'on le chauffe pendant quelque temps à 220°, il finit par laisser dégager 10 à 12 0/0 d'eau. Le résidu solide et coloré est repris par l'eau et additionné de quelques gouttes d'alcool, qui précipite la matière colorante brune. On filtre et on ajoute un excès d'alcool; il se précipite alors une multitude de petits cristaux incolores, qui, redissous dans l'eau, se sont déposés de nouveau en affectant la forme caractéristique et présentant la composition chimique de la taurine.

M. Strecker, à qui on doit déjà de beaux travaux sur la bile, s'est acquis de nouveaux titres à l'estime des chimistes en reproduisant artificiellement par une réaction aussi simple une des substances organiques le plus complexes et le mieux définies.

(*Journ. des conn. méd.-prat.*)

(1) *Annalen der chemie und pharm.*, t. XV, p. 97, nouvelle série.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 3 janvier 1855 (1). — Présidence de M. Regnault.

Une grande partie de cette séance a été consacrée au renouvellement du bureau. M. Regnault, vice-président, est passé président. M. Binet a été nommé vice-président pour l'année 1855.

Traitement des sourds-muets. — M. Houdin prie l'Académie de vouloir bien faire constater par une commission les résultats des méthodes d'enseignement qu'il applique à deux jeunes sourds-muets, dont l'ouïe n'est pas affectée au même degré. A cette occasion, M. Houdin remarque que les faits qu'il a recueillis depuis quinze ans qu'il s'occupe spécialement de ce genre d'enseignement lui ont fait reconnaître que « parmi les jeunes sujets considérés comme sourds-muets de naissance, et comme tels abandonnés aux méthodes ordinaires d'enseignement basées sur la mimique et l'écriture, il en est un certain nombre qui peuvent recouvrer l'ouïe, parler, et recevoir distinctement par l'oreille l'impression des sons parlés, sur le ton de la conversation ordinaire ou sur un ton à peine plus élevé; que parmi ceux dont la surdité est complète et incurable, il en est encore un certain nombre qui peuvent acquérir l'intelligence des sons parlés au moyen de la *perception tactile des ondes sonores*, acquérir la faculté de lire sur les lèvres d'autrui, et de parler eux-mêmes très intelligiblement. »

Ces deux cas différents sont ceux des deux enfants dont l'éducation est maintenant suivie par M. Houdin, qui, relativement au dernier, insiste sur les perfectionnements que la médecine auriculaire a dus depuis quelques années aux recherches de M. le docteur Blanchet, chirurgien de l'Institution impériale des sourds-muets.

Cette lettre est renvoyée à l'examen de la section de médecine et de chirurgie.

Choléra. — M. Voizot adresse une nouvelle rédaction de ses réflexions sur le choléra asiatique. L'auteur développe dans ce travail cette théorie que l'agent morbide du choléra est le germe d'une vibrion délétère et parasite de l'homme se développant sur les parois de sa trachée-artère.

— M. Missoux (de Fournols) adresse un mémoire sur la formation, la progression et l'accumulation des miasmes épidémiques; sur le traitement rationnel des affections cholériques; suivi d'un appendice sur la névropathie épidémique des nerfs trijumeaux et ses fâcheux effets sur la vue.

— Mme S. Merito (de Nice) adresse une note sur une méthode de traitement du choléra, employée, dit-elle, avec succès dans l'Inde, et qui l'a été récemment avec un égal succès en Europe.

— M. Polin, de Saint-Laurent (Meuse), adresse des considérations sur les épidémies en général, et en particulier sur le choléra-morbus épidémique.

— M. Virolle, de Saint-Junien (Haute-Vienne), adresse une note sur les effets du vin chaud miellé pour le traitement des cholériques.

— M. Pacini, professeur d'anatomie à Florence, adresse des recherches microscopiques sur le choléra-morbus, suivies de déductions pathologiques.

Opium indigène. — M. Deschamres communique sur ce sujet une note dont voici un extrait :

« Je demande à l'Académie la permission de lui soumettre, pour faire suite à ma communication du 16 octobre 1854, quelques résultats d'analyses faites en collaboration avec M. Bénard, pharmacien d'Amiens, qui a recueilli l'opium.

» Nous avons dosé par le procédé de M. Guillermont l'opium provenant de la récolte de 1854, et nous y avons trouvé 16,00 pour 100 de morphine; celui de 1853 n'avait donné par le même moyen que 14,75.

» Nous avons pu, en outre, constater la présence de la codéine dans l'opium indigène, mais nous n'avons pu songer à la doser, n'ayant pas eu à notre disposition une quantité suffisante d'opium.

» D'après les effets éprouvés par les fumeurs d'opium, il nous a paru intéressant, au point de vue physiologique comme au point de vue médical, de savoir si la morphine, le principe le plus actif de l'opium, se volatilisait pendant la combustion. Nous avons donc fait brûler successivement à l'air libre, au milieu d'un large tube, quelques grammes d'opium indigène et d'opium exotique, en forçant par une légère insufflation les vapeurs et la fumée à traverser un autre tube de communication entouré d'un réfrigérant. Il s'est déposé là une certaine quantité d'eau colorée en jaune par des produits pyrogénés, liquide dans lequel nous avons pu facilement constater à l'aide des réactifs ordinaires (acide iodique et amidon, acide azotique concentré, sels de peroxyde de fer) la présence de la morphine sublimée dans l'une et l'autre expérience. De la morphine brûlée à l'air dans une petite capsule en porcelaine nous a laissé sur les parois du vase des cristaux très apparents du même alcaloïde.

» Ainsi, dans la combustion de l'opium ou de la morphine, il n'y a

(1) Par suite d'un retard dans l'envoi du Bulletin de l'Académie, nous n'avons pu rendre compte plus tôt de la séance du 3 janvier.

pas de décomposition complète de l'alcaloïde, mais sublimation partielle de cette substance.

» On peut, ce me semble, conclure de là que c'est la morphine qui agit sur le système nerveux lorsqu'on fume l'opium. »

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 3 janvier 1855. — Présidence de M. Huguier.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

— A l'occasion d'une présentation de kyste ovarique faite dans la dernière séance par M. A. Richard, M. Verneuil donne quelques détails sur des expériences qu'il a entreprises pour savoir si la matière colloïde contenue dans les aréoles du kyste peut être dissoute par quelque agent chimique. Cette substance est, dit-il, réfractaire à la plupart des dissolvants habituels ; l'acide nitrique, la potasse, etc., ne la dissolvent pas. M. Verneuil ajoute qu'il y avait là une réunion de plusieurs kystes et non un kyste multiloculaire. La paroi de ces kystes était remarquable par le développement du système veineux. Les veines se dessinaient en saillie sur la paroi interne des aréoles et pouvaient s'enflammer sous l'influence de quelques agents irritants. D'ailleurs, il était facile de distinguer quelques-uns de ces vaisseaux remplis de caillots spontanés qui pouvaient provenir d'une phlegmasie vasculaire. Cette disposition remarquable expliquerait peut-être certains phénomènes qu'on observe dans les kystes ovariques.

M. Chassaignac demande à M. Verneuil si l'éther, qui dissout les graisses, a été essayé dans les expériences qu'il signale.

M. Verneuil répond que M. Leconte, qui a bien voulu se charger d'examiner chimiquement cette matière, a sans doute fait usage de l'éther, mais qu'il ne connaît point encore le résultat de ces recherches. D'ailleurs, il faudrait, pour dissoudre une telle substance, une quantité si grande d'éther qu'elle suffirait à anesthésier les malades.

M. A. Richard rappelle qu'il eut une fois l'idée d'injecter dans une hématocèle un liquide alcalin capable de dissoudre les caillots. C'était une solution faible de carbonate de soude, mais elle suffit pour déterminer un abcès phlegmoneux du scrotum.

M. Huguier, tout en approuvant ces essais, reconnaît qu'ils doivent souvent être insuffisants, parce que les kystes contiennent des matières différentes d'une poche à l'autre ; d'autre part, la face interne des kystes peut sous l'influence d'agents irritants se gangrener, et cette gangrène déterminera une fièvre de suppuration.

COMMUNICATIONS.

M. Larrey fait part à la Société d'un fait remarquable de blessure de la face par arme à feu.

Un officier du siége de Sébastopol est depuis trois ou quatre jours entré au Val-de-Grâce pour une lésion assez rare. Un éclat d'obus est venu le frapper au visage de gauche à droite en détachant un lambeau de la lèvre supérieure qui, replié sur lui-même, recouvrait l'œil droit. Les bords de cette vaste plaie ont été rapprochés par des points de suture, et le malade en est aujourd'hui complétement guéri. Mais il faut ajouter à cette lésion des parties molles une fracture qui a détaché horizontalement et avec une grande régularité le rebord alvéolaire de chaque mâchoire ; il n'existe point en même temps de fracture verticale de l'os. Ce malade est envoyé au Val-de-Grâce pour qu'on essaye de lui remplacer par quelque moyen prothétique les dents enlevées.

M. Larrey croit devoir, en signalant ce fait à l'attention des membres de la Société, rappeler qu'il n'a guère trouvé de cas analogues.

M. J. Cloquet croit que cette fracture peut être rangée parmi les fractures par contre-coup de la mâchoire, dont il a cité quelques exemples dans une brochure publiée il y a vingt-cinq ans.

— M. le docteur Houel lit au nom de M. Bergot, médecin de l'hospice de Château-la-Vallière, une *observation d'une excroissance cornée de la couleur, la forme et la consistance d'une corne de chèvre.*

Au mois de juin 1851, dit M. Bergot, la femme Robin, âgée de soixante-huit ans, vint me montrer une ulcération qu'elle portait à la main droite. Cette petite ulcération était survenue à la suite d'un bouton écorché ; elle s'était traitée avec les eaux de M. le C... (car chacun au pays a ses recettes). Après six semaines de traitement inutile, elle venait me trouver.

L'ulcération, située sur le milieu de la face dorsale de la main droite, avait la forme d'une étoile à trois rayons irréguliers, aux bords taillés à pic comme au moyen d'un emporte-pièce. Le fond était d'un rouge brunâtre uni, sans bourgeon ni au centre ni près des bords. Ceux-ci étaient rose pâle, durs, luisants, mamelonnés ; mais à un demi-millimètre de distance, il n'y avait nulle trace d'inflammation ou d'ulcération à la peau.

Cette femme, ordinairement d'une bonne santé, paraissait, à travers le ravage de la misère et des années, avoir été douée d'un tempérament sanguin. Je crus n'avoir à faire qu'un petit traitement chirurgical. Avec mes ciseaux courbes sur le plat j'égalisai les bords et je touchai le fond avec le nitrate d'argent.

Les bords repoussèrent sans que le fond prît un meilleur aspect. Je continuai à abaisser les bords par l'excision, je cautérisai avec le nitrate acide de mercure, et j'employai un cérat dans lequel j'avais fait entrer un peu de sulfate de fer.

Au bout de deux mois de ce traitement (septembre 1851) je vis enfin une cicatrice complète.

La cicatrice garda l'aspect blanc, verni, tiraillé, ordinaire d'une cicatrice de moxa, pendant environ un an. Alors, en juillet-août 1852, la cicatrice perdit son aspect luisant, elle ternit ; de blanche elle devint brune ; elle s'épaissit, et bientôt elle fit saillie sur la peau.

Nul symptôme ne survenait ; aucune douleur ou démangeaison ; les pressions étaient insensibles. La peau, au contact, gardait sa couleur normale, et six mois après, en janvier 1853, l'excroissance avait la forme d'un cône tronqué de 1 centimètre de haut, et de 8 millimètres de diamètre à la base.

La mère Robin, enchantée d'avoir une main qui la recommandait à la charité publique, ne voulait plus subir aucun traitement. Le souvenir de mes coups de ciseaux, nos cautérisations, notre insuccès ne l'y engageaient point. Quant à moi, déconcerté par cette apparition, prévoyant, pour enlever cette excroissance, une large perte de substance que la peau de la brave femme aurait de la peine à recouvrir, enfin l'absence de douleur et de suppuration, je ne voulus point la tourmenter.

En octobre 1853, lors de mon départ pour Paris, l'excroissance avait bien grandi ; elle avait 5 centimètres de haut. Luisante, striée, brune, elle ressemblait parfaitement à la corne d'un jeune chevreau, et n'occasionnait nulle douleur.

Au mois de juillet dernier, je retrouve dans mon service, à l'hospice, la femme Robin, dont l'excroissance avait atteint le volume qu'elle a aujourd'hui. De la base au sommet, l'apparence était la même ; la peau, au contact, était saine. C'est alors que la tumeur ressemblait admirablement à une corne de chèvre. Mais peu à peu s'établit un travail de suppuration ; une ulcération apparut à la base, puis donna issue à un liquide infect. A partir de ce moment la base ne forma plus avec la peau une ligne de démarcation bien tranchée ; elle perdit sa couleur brune et son aspect de corne, pour garder l'apparence rose, luisante et mamelonnée qui se voit encore. L'ulcération s'agrandit, pour former une caverne d'où sortaient parfois des flots de cette liqueur sanieuse. La base enfin, dans ce travail d'élimination, fut percée de part en part ; quelques jours de plus, et la solidité de l'excroissance était menacée.

Depuis trois mois la mère Robin, qui jusqu'alors s'était bien conservée, déclinait de jour en jour ; ses forces s'en allèrent, et peu à peu, sans fièvre, sans secousses, malgré les toniques et un bon régime, elle s'éteignit le 8 octobre 1854.

M. Cloquet rappelle qu'on voit souvent sur de vieux ulcères des croûtes qui forment d'abord une couche assez épaisse, et finissent par se détacher. Mais cette disposition ne se rapporte pas au fait communiqué par M. Bergot. Il cite à ce propos un fait qu'il a observé à la Clinique. Une femme de soixante-douze ans environ est entrée dans cet hôpital avec une corne de 5 à 6 pouces de long, développée sur l'os frontal. Cette corne était striée et recourbée sur elle-même, et reposait sur une ulcération ; il y avait peu de douleurs. La malade était autrefois tombée dans le feu. La peau du crâne avait été brûlée, et il en était résulté une cicatrice rayonnée et très tendue. C'est sur cette cicatrice que la corne avait pris naissance. La malade mourut, et à l'autopsie M. Cloquet put constater que cette corne était plus molle que les cornes des animaux. Il existait en même temps un ramollissement remarquable, avec altération cartilaginiforme du frontal et des pariétaux. La corne ne semblait qu'une végétation de ces lames cartilagineuses. Les méninges n'adhéraient point à la partie correspondante de l'os frontal, mais il y avait là un décollement.

M. Broca. M. Houel ne paraît pas éloigné de considérer les cornes comme une variété de cancroïde. Ce sont cependant là des choses différentes. D'ailleurs ces cornes se présentent sous plusieurs aspects. M. Broca en a vu de situées au-dessous de la peau, dans un follicule ; d'autres faisaient saillie au dehors. Ces cornes sont constituées par une superposition d'écailles épidermiques. Cette lésion reste le plus souvent inoffensive ; mais si l'on irrite la base de ces cornes, on enflamme la peau et on l'ulcère : il y a dès lors un cancroïde épidermique. Sur une pièce qui vient du service de M. Huguier, M. Broca a vu une corne d'un centimètre et demi, dont la base a été un cancroïde épidermique ulcéré. La communauté de structure entre les cornes et les cancroïdes épidermiques, leurs récidives, l'ulcération cancroïdale qu'on observe à la base de la corne, ont pu faire croire à M. Houel que les cancroïdes et les cornes étaient deux affections identiques. Il n'y a toutefois qu'analogie entre ces deux lésions. M. Broca pense que s'il se développe un cancroïde sous une corne, c'est que celle-ci agit à la façon d'un corps étranger.

M. Verneuil a observé deux fois les productions cornées dont il s'agit. Dans un de ces cas, communiqué par M. Denonvilliers, la tumeur existait dans la région dorsale. Lorsqu'on fendit le kyste qui la contenait, on ne trouva qu'une saillie formée par une accumulation de couches épidermiques, et accompagnée d'un amincissement de la peau. C'était là un kyste prolifère. Dans un second fait, la tumeur siégeait à la surface extérieure du prépuce, où il n'existe aucun follicule sébacé. Il n'a point été possible à M. Verneuil de faire l'anatomie de cette seconde corne.

M. Denonvilliers rappelle que, dans la première observation à laquelle M. Verneuil vient de faire allusion, il était arrivé au diagnostic avant l'ouverture de la tumeur. Ce qui pouvait indiquer un peu la nature de la maladie, c'était l'existence d'un grand nombre de loupes sur la tête. A l'arrivée de la malade, M. Denonvilliers soupçonna l'existence d'un kyste épidermique ; on y constatait la présence de trois ou quatre colonnes formées par des accumulations épidermiques. Ces amas d'épiderme ressemblaient à des tiges de choux-fleurs ; quelques fragments nageaient librement dans le liquide que contenait le kyste.

M. Broca donne quelques détails sur une corne située sous la peau du front chez un homme qu'il a observé au Bureau central. La peau était au niveau de cette corne très amincie et dépourvue de vaisseaux. Il suffit d'inciser cette mince lamelle cutanée pour apercevoir la partie externe de la tumeur. M. Broca détacha d'abord la pointe de la corne, puis il saisit de nouveau le fragment qui restait et parvint à retirer le tout.

M. Giraldès se demande si dans le fait de M. Denonvilliers il ne s'agissait pas d'un kyste pileux. Récemment il a enlevé chez une jeune fille un kyste situé sous le muscle frontal. Il existait des follicules pileux dans toute l'épaisseur du kyste.

M. J. Cloquet demande si dans le second fait signalé par M. Verneuil il s'agit d'un enfant ou d'un adulte, car il a vu des verrues syphilitiques se recouvrir d'écailles épidermiques qui pourraient en imposer pour une corne.

M. Verneuil répond qu'il s'agit d'un homme de trente-cinq ans.

M. J. Cloquet ajoute qu'il a vu dans une tumeur du sternum des poils semblables à ceux dont M. Giraldès vient de parler. La tumeur était remplie de poils mêlés à un tissu corné, ramolli, blanchâtre ; mais on n'a point pu trouver de poils attachés à la paroi du kyste.

M. Houel fait remarquer que dans l'observation de M. Bergot il s'agissait d'abord d'un cancroïde ulcéré ; plus tard la corne a poussé sur la cicatrice. Cette cicatrice était à trois branches, la corne fut à trois branches.

M. Huguier est d'avis que ces cornes tantôt précèdent l'ulcération, tantôt lui succèdent : c'est ce qui a eu lieu dans le cas qu'a rappelé M. Broca. C'était une femme âgée qui portait une ulcération ayant envahi l'aile et le bout du nez. M. Huguier proposa l'ablation du mal, mais cette femme s'y refusa ; elle ne se soumit qu'à la cautérisation. Sept ou huit mois après, l'ulcération avait envahi la sous-cloison. En même temps l'on constatait une corne principale et des papilles cornées secondaires. L'ablation de la partie malade a été pratiquée, et il existe aujourd'hui une cicatrice parfaite. M. Huguier a entamé largement la cloison et porté le fer rouge dans la plaie. La corne s'était développée sur la cicatrice.

M. Denonvilliers constate une relation entre les cancroïdes et les productions épidermiques presque cornées. Ainsi il a enlevé deux cancroïdes du nez chez un individu qui avait sur la face un assez grand nombre de tumeurs verruqueuses dures. Des faits analogues ne sont point rares.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. Follin met sous les yeux de la Société un cancroïde de la grande lèvre qu'il a enlevé en même temps que des ganglions de l'aine chez une femme de cinquante-cinq ans environ. Ce cancroïde, opéré déjà il y a quatre ans, a récidivé sur place depuis plusieurs mois. Une tumeur fluctuante s'était développée dans l'aine et avait acquis le volume d'un petit œuf de poule. Elle était en grande partie formée par un kyste séreux dans un des ganglions ; le liquide contenu était une sérosité très transparente.

M. Follin appelle l'attention sur ces kystes séreux développés dans des ganglions qui correspondent à des ulcérations cancroïdales. Il rapproche en même temps ce fait d'un autre qu'il a observé récemment à l'hôpital Saint-Louis : un kyste séreux avait largement dilaté un des ganglions de l'aine chez un malade qui était atteint d'un cancer de la verge, pour lequel on fut obligé d'enlever le membre viril et les ganglions inguinaux.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société, E. Follin.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

L'examen de sortie des stagiaires de l'Ecole impériale de médecine et de pharmacie militaires nommés par décision des 11 septembre et 30 octobre derniers commencera, pour les médecins, le 22 janvier, et pour les pharmaciens, le 29 du même mois.

Le jury pour les médecins sera divisé en deux sections composées, savoir :

1re Section (médecine) : MM. Alquié, *président*, Boudin et Worms.

2e Section (chirurgie) : MM. Bégin, *président*, Hutin et Villaret.

Les professeurs du Val-de-Grâce (médecine et chirurgie) feront partie du jury seulement pour l'épreuve qui ressortit à l'enseignement de chacun d'entre eux.

Le jury pour les pharmaciens est composé ainsi qu'il suit : MM. Thiriaux, *président*, André, Tripier et Poggiale.

— MM. les docteurs Champouillon, médecin principal, et Chenu, médecin major de 1re classe, qui avaient été détachés à l'armée d'Orient, sont rentrés dans leurs fonctions au Val-de-Grâce.

— Dans une séance extraordinaire qu'elle a tenue le 11 janvier, la Société de médecine pratique a voté à l'unanimité la somme de 100 fr. pour joindre aux souscriptions qui se font de toutes parts pour l'armée d'Orient.

— M. le docteur Borelli (de Turin), membre correspondant de la Société de chirurgie de Paris, vient d'être nommé chevalier de l'ordre des Saints Maurice et Lazare pour les éminents services qu'il a rendus dans l'hôpital de ce nom, et pour ses publications sur le typhus de la vallée d'Aoste et sur la dernière épidémie de choléra à Gênes.

— M. le docteur Auzoux a commencé son cours d'anatomie humaine et comparée dimanche 14 janvier à une heure. Ce cours sera continué les dimanches suivants. Les jeudis à la même heure : 1° Conférences sur la leçon du dimanche ; 2° expériences chimiques et physiologiques propres à faire apprécier les conditions qui favorisent, empêchent ou modifient les fonctions par lesquelles la vie s'entretient ; 3° considérations hygiéniques et physiologiques appliquées à l'homme, au cheval, à tous les animaux domestiques.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues à la Faculté de médecine par MM. :

Dubois, né le 20 décembre 1829 à Limoges (Haute-Vienne) ; *Des lésions de l'innervation dans la grossesse pendant l'accouchement et les suites de couches.*

Jammes, né le 24 février 1824 à Montbrun (Lot) ; *Considérations sur les tumeurs de la région poplitée au point de vue du diagnostic.*

Ollivier, né le 5 septembre 1829 à Entrevaux (Basses-Alpes) ; *Du traitement général des fractures.*

Sarazin, né le 8 juin 1830 à Calais (Pas-de-Calais) ; *De la constriction des mâchoires au point de vue de ses causes et de son traitement.*

Girou, né le 26 février 1831 à Bergerac (Dordogne) ; *Etudes sur le choléra épidémique.*

Vignal, né le 4 juin 1830 à Auzers (Cantal) ; *De l'éclampsie puerpérale.*

Dal-Piaz, né le 20 août 1822 à Saint-Germain-en-Laye (Seine-et-Oise) ; *Du diagnostic et du traitement de la chlorose.*

Salone, né le 31 octobre 1826 à Paris (Seine) ; *Des différents traitements préconisés contre la phthisie pulmonaire.*

Hermand, né le 13 janvier à Montmirail (Marne) ; *Des purgatifs.*

Monceaux, né le 19 mai 1826 à Paris (Seine) ; *Etudes cliniques sur le cancer de la matrice.*

Nous rappelons à MM. les docteurs que leurs thèses seront annoncées dans l'un des numéros qui suivra la remise qu'ils en auront faite à notre bureau.

Le Somer.

Paris. — Typographie de Plon frères, rue Garancière, 8.

N° 7. — JEUDI 18 JANVIER 1855. (28e ANNÉE.) N° 7. — JEUDI 18 JANVIER 1855.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie de médecine. — MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. Nouveau procédé d'amputation de la verge imaginé par M. le docteur Demarquay. — Des hémorrhagies produites par les maladies du foie. — Accouchements. Grossesse double. — De la fréquence des difformités en général et de certaines variétés en particulier. — ACADÉMIE DE MÉDECINE, séance du 16 janvier. Suite de la discussion sur le cancer. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 17 JANVIER 1855.

Séance de l'Académie de Médecine.

Il était facile de prévoir que la discussion sur le cancer touchait à son terme. Les arguments qui étaient invoqués en faveur de la micrographie et contre ce moyen d'investigation se reproduisaient exactement les mêmes, sinon quant à la forme, du moins quant au fond. Il était évident que les orateurs se lasseraient de tourner dans un cercle dont il leur était impossible de sortir.

Aucun parti ne voulait faire de concession, ou plutôt on ne voulait pas s'entendre sur les concessions que l'on se faisait mutuellement. L'école micrographique surtout ne voulait accepter aucun fait qui pût toucher à sa doctrine; toute tumeur qui ne présentait pas la fameuse cellule caractéristique n'était pas un cancer. Ces tumeurs, on les a appelées *fibro-plastiques*, *épithéliales*, parce qu'on a constaté dans leur structure des éléments qui diffèrent de ceux que l'on rencontre dans les tumeurs squirrheuses et encéphaloïdes; mais pourquoi leur refuser le nom de cancer, puisqu'elles se comportent exactement comme les autres espèces de dégénérescences carcinomateuses, puisqu'elles tuent infailliblement lorsqu'elles ne sont extirpées ni par le fer, ni par le feu; qu'elles récidivent sur place et dans toute l'économie?

Pourquoi donc établir une catégorie à part, basée seulement sur l'examen de la cellule, quand tout, marche, symptômes, pronostic, terminaison, est identique.

A la vérité, on a cru pendant quelque temps que les tumeurs fibro-plastiques ne récidivaient pas, ou que lorsqu'elles récidivaient c'était sur place. Plus tard, on s'est aperçu que toute l'économie pouvait être infectée d'une semblable production; il n'y a donc plus là de doute; les tumeurs fibro-plastiques se comportent comme les tumeurs désignés sous le nom de cancers vrais. Restait à déterminer si a récidive était aussi rapide, si la tumeur se reproduisait aussi fatalement; mais était-ce au microscope à déterminer ce point si important de la pathologie? C'était à la clinique.

La clinique a constaté que certaines tumeurs épithéliales, les verrues, etc., ne présentaient, quant à leur marche, aucun des caractères du cancer. Nous ne nous y arrêterons pas. Nous voulons parler des cancroïdes, et non pas de toutes les tumeurs dans lesquelles l'instrument grossissant a constaté l'existence de cellules épithéliales. Si maintenant nous examinons les cancroïdes, nous voyons que la clinique a fourni sur ces tumeurs des enseignements qu'elle seule pouvait donner. Prenons, par exemple, comme l'a fait M. Velpeau, trois cancroïdes de la face, mais siégeant dans des points différents : l'un à la joue, un autre à la lèvre, et le troisième à la langue. Ces trois tumeurs ont une structure tout à fait identique; elles sont formées de cellules épithéliales, et cependant leur marche est bien différente. Le cancroïde de la joue, s'il est extirpé en entier, récidivera rarement; la repullulation du cancroïde de la lèvre sera beaucoup plus fréquente; celui de la langue, au contraire, conduira infailliblement le malade à sa perte, car on sait que le cancer de la langue est un de ceux qu'il est le plus difficile de faire disparaître. Voici donc trois affections dont le pronostic sera différent, et qui se ressemblent par leur caractère anatomo-pathologique. Cet argument développé par M. Velpeau est certainement un des plus puissants qui aient été invoqués contre les prétentions de certains micrographes, qui voient la pathologie tout entière sous la lentille du microscope. Ici certainement la clinique domine complétement le microscope, car elle seule pouvait faire connaître ce qui devait échapper à l'examen le plus attentif.

Ce n'est pas tout encore : la généralisation des cancroïdes avait été niée jusqu'à présent; un fait incontestable est venu renverser cette théorie. M. Velpeau, ainsi que nous l'avons dit, a cité un fait, avec les pièces anatomiques, de généralisation d'un cancroïde.

La récidive des cancroïdes étant bien constatée, que trouve-t-on dans les nouvelles tumeurs? On trouve souvent des cellules épithéliales. Mais on y rencontre aussi de véritables cellules cancéreuses.

Nous voyons donc les tumeurs regardées comme n'étant pas de nature cancéreuse non-seulement récidiver et se généraliser, mais encore donner lieu à des tumeurs secondaires qui renferment les véritables éléments du cancer. Que conclure de là, sinon qu'il existe dans le cancer quelque chose qui a échappé au micrographe, que celui-ci pourra saisir peut-être avec une étude attentive, et surtout s'il examine sans idées préconçues?

Est-ce à dire pour cela qu'il faille considérer comme non avenus tous les travaux des anatomistes zélés et infatigables qui demandent au microscope les connaissances que leur ont refusées jusqu'à présent le scalpel et les divers réactifs? Loin de là; il y aurait déni de justice à leur refuser une grande part dans les progrès que l'anatomie pathologique a faits depuis quinze ans environ; l'examen microscopique des tumeurs a jeté une vive lumière sur les différentes espèces de dégénérescences. Mais parce qu'ils se sont trop hâtés de conclure, doit-on pour cela briser leur instrument? Evidemment non. Il faut en effet remarquer que ce sont les déductions qui ont été quelquefois erronées; et nous disons quelquefois, car (écartons de la discussion les tumeurs épithéliales et fibro-plastiques, dont personne maintenant ne conteste la repullulation et la généralisation) nous verrons que ce n'est que dans des cas assez rares que le caractère anatomique du cancer a manqué dans des tumeurs réellement cancéreuses, et que la cellule cancéreuse a été constatée dans des tumeurs auxquelles leur caractère clinique assignait une autre place dans le cadre nosologique.

Mais du moment qu'il peut y avoir erreur, il ne faut pas invoquer l'infaillibilité de l'instrument pour le diagnostic; on ne se trouve pas en droit de substituer l'examen micrographique à l'examen clinique; ces deux examens doivent être associés, au contraire, et si l'un d'eux doit être séparé de l'autre, nous devons dire que l'examen clinique pourra conduire à un degré de certitude absolu plus souvent que l'examen d'une tumeur par le microscope. Ce n'est pas, en effet, l'étude d'un symptôme ou de tout autre point de la maladie qui peut faire reconnaître la lésion et la nature de cette lésion, c'est l'ensemble de la symptomatologie qui peut conduire au diagnostic.

La discussion, qui a été close dans la séance d'hier, a été terminée par la fin du discours de M. Velpeau. L'orateur a continué à réfuter victorieusement les objections qui avaient été faites à ses observations; il a prouvé, ainsi qu'il l'avait avancé, que la cellule cancéreuse ne devait pas être considérée comme le signe infaillible du cancer; puis, avec cette logique et cette éloquence qu'on ne saurait trop prendre pour modèles, il est venu combattre les prétentions qu'ont eues les micrographes de se substituer aux cliniciens. Il ne croit pas devoir faire table rase de ce qu'il a observé avant que l'examen micrographique des tumeurs fût venu montrer les éléments que l'on rencontre dans les cancers; et, apportant des paroles de paix, il a engagé les micrographes à continuer leurs travaux, mais en se débarrassant de ce bagage inutile qui est pour eux un véritable obstacle, puisqu'il imprime à leur doctrine un caractère d'absolutisme tel, que les faits les plus authentiques et les plus concluants sont mis de côté quand ils sont en opposition avec leurs théories.

Le discours de M. Velpeau a été couvert d'applaudissements nombreux, et nous nous associons entièrement à cet hommage rendu au talent avec lequel, dans toute son argumentation, l'éminent professeur a fait à chacun la juste part de ce qui devait lui appartenir dans l'histoire des diverses espèces de cancer. — Dr A. Jamain.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ.

Nouveau procédé d'amputation de la verge imaginé par M. le docteur Demarquay.

(Note rédigée par le docteur PARMENTIER, ex-interne des hôpitaux.)

Si l'amputation de la verge est une opération assez simple lorsqu'il ne s'agit que de retrancher une partie de l'organe, il n'en est pas de même lorsque l'on doit couper le pénis à sa racine. La preuve de cette proposition se trouve dans tous les traités classiques de chirurgie. On y cite, en effet, une série de procédés imaginés par les divers opérateurs pour lutter contre les difficultés qu'ils rencontraient au moment de l'opération et du pansement, ainsi que pour remédier aux accidents qui survenaient pendant le traitement.

Au moment de l'opération, difficulté à faire mouvoir la peau sur le corps caverneux, difficulté de lier les artères par suite de la rétraction du moignon.

Au moment du pansement, difficulté de retrouver l'orifice de l'urètre coupé pour y placer une sonde. Pendant le traitement, rétrécissement de l'orifice, oblitération du canal, accidents causés par la sonde à demeure.

Pour remédier au peu de mobilité de la peau sur le corps caverneux, Boyer a donné le conseil de faire l'opération en deux temps. On coupe la peau au-dessus du point où on doit sectionner dans le deuxième temps le corps caverneux et l'urètre.

Lagenbech a proposé, pour empêcher le moignon de se rétracter en arrière immédiatement après la section, de passer une anse de fil dans la cloison fibreuse avant de diviser la partie inférieure du corps caverneux et l'urètre. On maintient ainsi le moignon saillant, et il peut être plus facile d'y saisir les artères et de trouver l'orifice du conduit urinaire.

Préoccupé aussi de la rétraction du moignon et de la difficulté de lier les artères, M. Schrœger a proposé de couper le pénis en plusieurs temps et de lier les artères à mesure qu'on les divisait.

La difficulté de retrouver l'orifice de l'urètre pour y placer une sonde, le rétrécissement de l'orifice, l'oblitération du canal, les accidents causés par la sonde à demeure, n'ont pas moins fait travailler l'esprit inventif des chirurgiens que la rétraction du moignon et la ligature des vaisseaux.

Dans le but de résoudre ces problèmes de thérapeutique, M. Barthélemy a imaginé d'introduire préalablement dans l'urètre une sonde en gomme élastique; M. Ricord ayant eu l'occasion de vérifier sur le cadavre que ces espèces d'opercules cicatriciels étaient formés par une lame mince de tissu inodulaire, avait pensé un moment qu'on pourrait s'en servir pour enchâsser un double bouton canalicule semblable à celui de Dupuytren pour la grenouillette, et qu'on aurait ainsi un méat urinaire métallique.

M. Velpeau, voulant prévenir les effets d'une sonde placée à demeure dans la vessie, a remplacé la sonde par la suture de la muqueuse de l'urètre à la peau. Ce procédé a été plusieurs fois mis en usage par M. Ph. Ricord, et c'est pour en faciliter l'exécution qu'un élève distingué de cet illustre chirurgien, M. Melchior Robert, a proposé de faire l'opération de la manière suivante :

Une sonde est introduite dans l'urètre; la verge et la sonde sont traversées par deux aiguilles, l'une dirigée dans le sens vertical et l'autre dans le sens horizontal et entraînant chacune un fil. On ampute le pénis au-devant; avec une pince on attire la sonde et les fils; puis chacun d'eux étant divisé entre l'algali et la muqueuse urétrale, il est aisé d'en faire la suture avec la peau.

Un nouveau procédé permettant de conserver une certaine longueur de l'urètre en retranchant la totalité des corps caverneux et s'opposant efficacement à toute rétraction, à tout rétrécissement du canal, vient d'être imaginé et exécuté dernièrement par M. Demarquay; voici à quelle occasion.

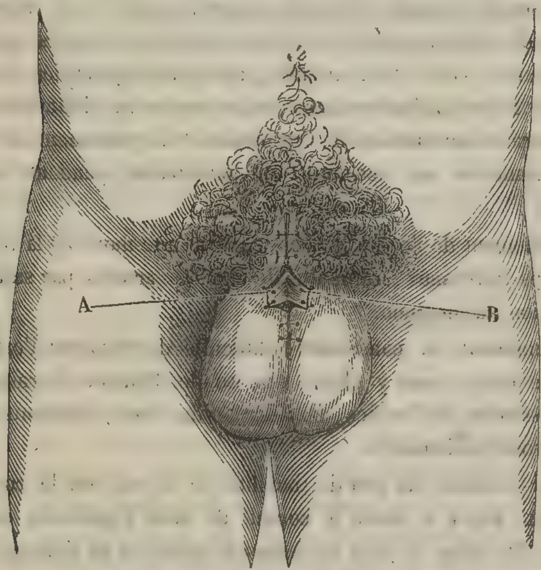
Il entra à la Maison de santé un homme de soixante ans, affecté d'une maladie de la verge que l'on reconnut au microscope pour être une tumeur épithéliale ulcérée.

Cette tumeur avait, en moins d'un an, détruit une partie du gland et la partie correspondante de l'urètre. Les deux corps caverneux et toute la partie antérieure du canal étaient complète-

ment envahis ; deux centimètres environ de l'urètre correspondant aux corps caverneux étaient sains. Aucun engorgement des ganglions inguino-cruraux. Douleur horrible à chaque miction ; l'urine sort difficilement par la partie antérieure et inférieure de l'urètre et fait éprouver une vive cuisson. Le cathétérisme est douloureux et fort difficile ; la déambulation est pénible. Amaigrissement prononcé.

M. Demarquay pratiqua de la manière suivante l'opération demandée avec instance par le malade :

Le patient fut placé en travers du lit, soutenu par des oreillers, et préalablement endormi avec le chloroforme. Une bougie fut introduite dans l'urètre et fut confiée à un aide, ainsi que l'organe malade. A l'aide de deux incisions semi-elliptiques commençant dans la région pubienne et venant se terminer dans la région des bourses, la partie adhérente de la verge fut circonscrite; les deux corps caverneux furent disséqués jusqu'à leur insertion à l'ischion, où ils furent détachés avec soin. Pendant tout ce temps de l'opération l'urètre fut respecté. Dès que les corps caverneux furent détachés, l'urètre, distendu par la bougie, fut détaché de ceux-ci dans une certaine étendue, jusqu'au point où le mal l'avait envahi, et coupé en cet endroit. Il résultait de cette opération que, les corps caverneux enlevés, le malade avait conservé deux centimètres environ de l'urètre. Pour éviter les deux grands inconvénients de l'amputation de la verge, à savoir : la rétraction de l'organe et son oblitération progressive, M. Demarquay eut recours au mode opératoire suivant : il fendit verticalement l'urètre, et fixa les deux parties latérales sur les bords de la première incision. Il résulta de cette opération une espèce de vulve au centre de laquelle se voyait ouvert l'urètre, ainsi qu'on peut le voir sur la figure ci-contre (1).



Le malade était guéri au bout de peu de jours, mais il fut enlevé en quelques heures par le choléra.

L'ingénieux procédé opératoire qui vient d'être exposé a permis de n'enlever que la partie malade, de s'opposer à la rétraction de l'urètre et de prévenir le rétrécissement de ce nouveau méat urinaire.

La rétraction du canal ne peut avoir lieu, puisqu'il est maintenu fixé par quelques points de suture aux lèvres de la plaie. Son rétrécissement n'est pas non plus à craindre, car le canal, incisé en haut et en bas, est renversé en dehors, de sorte que deux surfaces muqueuses se trouvent en rapport.

Dans le procédé le plus habituellement suivi, l'urètre, se rétractant, se trouve occuper le fond de la plaie, et à mesure qu'elle se cicatrise, les bords tendant à se rapprocher, l'orifice du canal se rétrécit de plus en plus; on cite même des cas où il y a eu oblitération. Ainsi Bertrandi rapporte que Nannoni fut obligé de faire une dilatation à un urètre qui s'était considérablement rétréci parce qu'on avait négligé d'y introduire une bougie. Dans le tome X des *Archives générales de médecine*, on trouve à la page 318 un exemple d'oblitération du canal survenue chez un cheval auquel l'amputation de la verge avait été pratiquée.

Le renversement de la muqueuse urétrale et son maintien par la suture n'ont pas dispensé d'introduire une sonde dans la vessie pour conduire l'urine loin de la surface de la plaie, de peur que ce liquide en bavant n'irritât celle-ci et n'en retardât la cicatrisation ; mais ils ont facilité beaucoup ce premier temps du pansement, qui a présenté dans certains cas une telle difficulté que plusieurs chirurgiens n'ont pu l'exécuter. Ainsi, à l'hôpital de Strasbourg, Béclard renonça à introduire une sonde dans la vessie après une amputation de verge qu'il venait de pratiquer; on compta sur la sortie spontanée de l'urine, mais il y eut rétention de ce liquide; on fut obligé de pratiquer une ponction au périnée pour vider la vessie, puis une boutonnière à l'urètre. Le malade étant mort d'une variole confluente, on trouva à l'autopsie l'urètre oblitéré. Dans la *Gazette médicale*, 1833, p. 731, il est rapporté que M. Gimelle ne put parvenir à placer une sonde dans la vessie immédiatement après une amputation de verge qu'il venait de pratiquer; chez un autre malade, vu à l'hôpital de Bordeaux par M. Miramont, on fut un quart d'heure avant de retrouver l'orifice de l'urètre; la même difficulté s'est présentée chez un malade opéré à l'hôpital d'Angers.

Le procédé opératoire imaginé par M. Demarquay s'oppose d'une manière efficace à deux accidents redoutables à la suite de l'amputation de la verge : aussi mérite-t-il d'être conservé dans la pratique non-seulement dans le cas où les corps caverneux sont pris dans toute leur étendue, l'urètre restant sain, mais encore toutes les fois qu'il ne s'agira que d'enlever une portion du pénis ; car, en retranchant une plus grande partie du corps caverneux, il sera facile, après avoir incisé l'urètre en haut et en bas, de le maintenir renversé de chaque côté au moyen de quelques points de suture. On éviterait ainsi la section de la sonde, qui peut présenter une certaine difficulté, arrêter un instant le bistouri ; et en outre, au lieu d'être chassé spontanément par la vessie hors du canal, le bout laissé dans l'urètre ne pourrait-il pas rester dans la poche urinaire?

Cette dernière considération doit, suivant nous, faire rejeter le procédé de M. Barthélemy. Il en est de même pour celui de M. Melchior Robert ; la sonde, il est vrai, ne peut rester dans la vessie; mais, outre l'inconvénient de la section de l'algali, on ne s'oppose pas au rétrécissement considérable du méat urinaire; car la muqueuse, se rétractant, altère la peau, et on a les résultats habituels qui accompagnent les amputations de la verge, même lorsqu'on les pratique avec un fer rougi à blanc, ainsi que M. Ricord vient de le constater sur deux malades auxquels il a été obligé de pratiquer un hypospadias artificiel.

Le procédé imaginé récemment par cet habile chirurgien est très important et mérite, comme tout ce qui sort de son esprit ingénieux et sagace, d'être conservé.

(1) Nous devons à l'obligeance de M. Le Plat, interne distingué des hôpitaux, un dessin fort exact de l'opération pratiquée par M. Demarquay.

DES HÉMORRHAGIES

produites par les maladies du foie,

Par M. le Dr E. MONNERET.

Malgré les recherches les plus récentes et les plus attentives, la cause de beaucoup d'hémorrhagies reste encore ignorée, et l'on est tout étonné de voir qu'en un certain nombre de points la science est encore là où l'ont laissée Erasistrate et Galien. Indiquées par les auteurs anciens, étudiées depuis par Holler, Duret, Bianchi et d'autres, les hémorrhagies qui sont sous la dépendance d'une maladie du foie ont été l'objet d'études spéciales pour M. Monneret, qui vient de publier sur ce sujet un important mémoire dans les *Archives de médecine*. Nous allons en présenter le résumé.

Pour l'auteur, l'altération du sang que l'on observe dans ces circonstances est le résultat d'une élaboration vicieuse de ce liquide par le foie malade, bien plus que d'une influence sympathique ou d'une autre nature exercée par la glande hépathique sur l'organe qui est le siége de l'hémorrhagie.

M. Monneret a fréquemment rencontré l'hémorrhagie nasale dans un certain nombre d'ictères que l'on appelle spasmodiques, et qu'il a rattachés, lui, à l'hyperémie subinflammatoire. Il cite à l'appui de son opinion trois observations de congestions hépatiques accompagnées d'épistaxis extrêmement abondantes. Chez l'un des malades, une épistaxis de deux palettes a été suivie de la cessation des accidents d'une manière assez rapide pour que l'on ait été en droit de la considérer comme critique d'une hyperémie du foie fébrile, et peut-être inflammatoire. Ces trois faits n'offrent du reste rien d'assez important pour que nous croyions utile d'en donner l'analyse.

L'auteur a recueilli deux cas d'hépatite aiguë : l'une, suite de violences extérieures; l'autre, compliquée de cirrhose et de maladie du cœur. Chez le second, des hémorrhagies nasales et des ecchymoses sur les membres inférieurs, suivies de phlyctènes et de mortifications, furent observées. Les inflammations aiguës du foie suivies de suppuration sont chose trop rare dans nos climats pour que l'on puisse affirmer que les hémorrhagies en sont une conséquence fréquente. Les anciens regardaient les hémorrhagies comme très communes dans les maladies du foie, et surtout dans la phlegmasie franche.

Dans la cirrhose, M. Monneret n'en a jamais vu d'exemples. Mais il paraît qu'on observe souvent dans l'hépatite des pays chauds l'hémorrhagie intestinale. Annesley l'attribue aux troubles fonctionnels et aux maladies du foie; M. Cambay pense qu'elle est très souvent consécutive à l'hépatite aiguë; d'autres auteurs la mentionnent aussi; mais les uns accordent dans le développement de ce flux la priorité à la dyssenterie, les autres à l'hépatite, dont la dyssenterie n'est alors qu'un effet.

Comme dans la dyssenterie hépatique, on rencontre des ulcérations du gros intestin; il serait possible que le sang des selles fût fourni par elles sans l'intervention de la maladie du foie. C'est aux médecins qui observent l'hépatite des pays chauds de décider si les flux hémorrhagiques que l'on a rapportés à une dyssenterie concomitante ou consécutive ne pourraient pas s'expliquer aussi par une simple exhalation du sang dont l'affection hépatique serait la cause unique.

Les anciens ont rangé les hémorrhagies parmi les symptômes des fièvres bilieuses. Il est impossible, au dire de M. Monneret, de méconnaître l'analogie qui existe entre les hémorrhagies de la fièvre jaune et celles que nous présentent certains ictères graves qui produisent des hémorrhagies en un grand nombre d'organes et sont rapidement suivis de mort.

A cette occasion, M. Monneret rapporte deux observations dont une se termine par la mort du sujet; toutes deux sont relatives à des ictères graves ; dans les deux cas, les malades ont présenté tous les signes d'une affection hémorrhagique portée à un degré extrême. Le second surtout, qui s'est terminé fatalement, en a été un des exemples les plus terribles que connaisse l'auteur et qui se rapproche le plus de la fièvre jaune. Cependant l'intégrité du foie démontrée par l'autopsie semble indiquer que l'altération du sang n'était pas sous la dépendance d'une altération de texture du foie. A quoi donc, se demande l'auteur, pourraient tenir ces hémorrhagies multiples qu'on voit paraître en même temps que l'ictère? Si l'on veut bien se rappeler que dans l'hépatite les congestions, la cirrhose, les hémorrhagies sont très communes, on sera peut-être disposé à croire avec nous que la suspension subite de l'hématose hépatique, en modifiant la constitution propre du sang, engendre ces hémorrhagies.

Il n'est pas une affection hépatique qui donne lieu plus souvent à l'hémorrhagie que la cirrhose vraie du foie. C'est ordinairement une épistaxis peu abondante qui se reproduit souvent et est peut-être plus fréquente par la narine droite que par l'autre. Elle se montre rarement au début de l'obstruction, beaucoup plus souvent à la fin de la maladie. Copieuse ou non, elle ne diminue pas les phénomènes de l'affection ; elle semble indépendante de la céphalalgie; jamais elle n'a paru à M. Monneret avoir le caractère critique. Dans un cas, elle s'est effectuée par la membrane muqueuse des gencives enflammées par suite de l'administration des pilules bleues.

A une période assez avancée des maladies du cœur, on voit paraître quelquefois l'ictère et l'épistaxis; on peut être sûr alors que le foie est congestionné ou atteint d'une cirrhose vraie, complication beaucoup plus rare que la congestion hépatique avec laquelle on a confondu la cirrhose. M. Monneret affirme que ces hémorrhagies, rares dans les maladies du cœur, sont favorisées dans leur développement par la maladie du foie, pendant laquelle le sang, gêné dans son cours, subit plus tard une modification dans sa composition chimique.

Sur la même ligne que la lésion précédente se place la phlébite de la veine porte. Dans deux cas, l'auteur a vu cette maladie entraîner des évacuations alvines sanglantes. En même temps que la phlébite, existait une hyperémie de la substance hépatique, évidemment de nature phlegmasique; autour des dernières branches de la veine porte, la substance rouge était partiellement et finement injectée.

La même lésion phlegmasique a été retrouvée autour des conduits hépatiques dilatés, chez trois malades qui succombèrent après avoir présenté tous les symptômes de la cholécystite et de l'oblitération des conduits cystique, hépatique ou cholédoque. Chez ces sujets, l'épistaxis, des selles sanglantes et des pétéchies furent les symptômes observés pendant la vie et expliqués après la mort par le travail pathologique dont le tissu du foie était le siége.

Les affections les plus diverses du foie, de la plus légère à la plus grave, peuvent s'accompagner d'hémorrhagies. Ce n'est donc pas tant la nature de la lésion que le trouble des fonctions du foie qui les détermine ; en effet, dans l'ictère grave où la lésion hépathique est nulle, les hémorrhagies sont violentes et abondantes; dans la cirrhose, l'hypertrophie et le cancer, où la lésion est profonde, l'hémorrhagie est minime, presque insaisissable, etc. Pour expliquer ces faits, il faut recourir à la physiologie. Après un coup d'œil rétrospectif jeté sur les doctrines de Galien relativement aux fonctions du foie, et où il cherche à prouver que cet ancien auteur a émis des théories que l'expérience a fait reconnaître comme parfaitement justes, M. Monneret expose le mécanisme de ces hémorrhagies.

Le foie est destiné à faire subir au sang un travail spécial d'élaboration. Dès que ses fonctions sont troublées, la dépuration du sang est suspendue ou diminuée ; les matières colorantes de la bile restent dans le sang; de là, l'ictère; la transformation de l'albumine en fibrine n'a plus lieu qu'imparfaitement; le sang n'étant plus convenablement élaboré, si cet état persiste pendant quelque temps, il en résulte des hémorrhagies.

Les organes par lesquels s'effectuent ces hémorrhagies sont, par ordre de fréquence, les fosses nasales, la bouche, l'intestin, l'estomac, le peau; plus rarement les reins, les bronches, le poumon. Elles ont rarement pour siége les organes affectés d'une lésion aiguë ou chronique, antérieurement à la maladie du foie.

On ne peut rien établir de général sur les périodes des maladies du foie auxquelles apparaît le flux sanguin. En général, ces hémorrhagies sont peu abondantes ; leur valeur pronostique est fort incertaine, puisque nous avons vu que leur intensité n'est pas en rapport avec la gravité de la lésion hépatique. Cependant, en général, le flux sanguin annonce que la constitution est profondément altérée.

Arrive la question la plus importante, celle du traitement. La première indication et la plus importante est d'éviter de jeter par l'absorption intestinale dans le sang du foie des substances capables d'irriter l'organe ; on défendra les stimulants, vins, café, thé, alcool, les condiments très forts, et une nourriture trop exclusivement végétale.

On agira utilement sur la sécrétion biliaire à l'aide de boissons alcalines et de purgatifs, spécialement du calomel uni à des extraits amers et au savon médicinal. On excitera toutes les autres sécrétions, surtout celle de la peau et de la muqueuse intestinale ; les bains alcalins, l'hydrothérapie, la sudation forcée rendront de grands services.

Ceci fait, c'est sur la maladie du foie qu'il faut agir si l'on veut remédier à l'altération du sang. Le traitement varie suivant la na-

ture de l'affection hépatique. Dans la phlegmasie franche, on aura recours aux saignées générales et locales, comme aussi dans les congestions. Mais il n'en est pas de même dans les hyperémies produites par des lésions organiques, par des troubles d'excrétion de la bile, du cœur ou de quelque autre viscère. Les saignées alors n'arrêtent pas les hémorrhagies, débilitent l'organisme et accélèrent la terminaison funeste. Cet effet est bien marqué dans la cirrhose; aussi, tout ce qui peut diminuer la force des malades (la diète exceptée), la salivation mercurielle, les purgations fréquentes, rend les hémorrhagies plus fréquentes. Le praticien devra donc se borner à soutenir les forces par une alimentation convenable, des boissons alcalines, les eaux minérales ferrugineuses, le quinquina et les bains sulfureux ou alcalins. (*Rev. méd.-chir.*)

ACCOUCHEMENTS.

Grossesse double, le premier enfant présentant le sommet avec procidence du bras gauche, le second présentant une épaule. Extraction du premier enfant à l'aide du forceps (la tête étant engagée); extraction du second enfant au moyen de la version pelvienne.

(Observation communiquée par M. le Dr Pommier, à Torigny-sur-Vire.)

Le 13 octobre 1854, je fus appelé par une sage-femme dans la commune de la Chapelle-du-Fest, canton de Torigny-sur-Vire, pour un accouchement dans lequel l'enfant présentait la main gauche. La mère était primipare, âgée de vingt-quatre ans, bien constituée; elle avait supporté pendant dix ou douze heures des douleurs violentes, et la sage-femme n'avait reconnu la présence de la main gauche qu'après la rupture des membranes. Après des tentatives vigoureuses et prolongées pour opérer la version par les pieds, la femme étant très fatiguée, l'utérus cessa complétement de se contracter, et je fus appelé pour la secourir.

Je trouvai la mère couchée sur une paillasse étendue sur le plancher, circonstance qui devait rendre la version difficile, sinon impossible. La main était animée de mouvements qui me prouvèrent que l'enfant était plein de vie.

Je commençai par ondoyer l'enfant sur la main, opération qui avait été négligée; puis je fis disposer une table à hauteur d'appui. Le mari se plaça assis sur cette table, le dos appuyé contre le mur; enfin la femme fut placée entre les jambes du mari, inclinée en arrière et le bassin fixé sur le bord de la table.

En reconnaissant la main d'un enfant sortie dans un accouchement, quelle doit être la première idée du médecin? Tous ou un grand nombre répondront qu'il faut introduire la main homonyme de celle qui se présente et, en suivant le côté de l'enfant, aller à la recherche des pieds.

Je me disposai à faire la version podalique en introduisant ma main gauche selon les préceptes de l'art. Arrivé dans le petit bassin, je rencontre la tête engagée en position occipito-sacro-iliaque droite, le bras gauche de l'enfant descendant le long de la tête. Je ne fis aucune tentative de version, pensant bien qu'il me serait impossible, ou au moins très difficile et dangereux de repousser au-dessus du détroit supérieur une tête descendue aussi bas et presque débarrassée de l'orifice utérin. Je retirai ma main gauche et j'introduisis la droite afin d'appliquer le forceps, pensant que le bras ne s'opposerait point à cette application. J'introduisis l'instrument avec assez de facilité, et je fis l'extraction de la tête, en ayant soin de faire suivre le bras au moyen d'un lacs appliqué auparavant sur le poignet. L'enfant se mit à pousser des cris; c'était un petit garçon plein de vie.

Je voulus pratiquer la délivrance; mais je reconnus l'existence d'un second enfant qui présentait le côté droit en position céphalo-iliaque droite. Je fus chercher les pieds, et j'amenai une petite fille vivante.

Un moment après des deux accouchements, l'un fait avec le forceps et l'autre avec la main, je procédai à la délivrance. La matrice était sans contraction; une hémorrhagie se déclara et mit la femme à deux doigts de sa perte. Cependant, après une heure de soins (compressions, frictions sur l'utérus, vin sucré), je la rappelai à la vie.

J'ai déjà rencontré des cas semblables où on indique la version et où j'ai eu l'enfant dont le bras était sorti, soit comme dans l'accouchement naturel, soit en employant le forceps. Cependant ces cas exceptionnels demandent une grande habitude des accouchements, et réclament la présence d'un chirurgien que les sages-femmes ne doivent jamais manquer d'appeler le plus promptement possible; des tentatives nécessairement infructueuses de version peuvent compromettre la vie d'une femme et d'un enfant.

Nous ne pouvons qu'approuver la conduite de notre honorable confrère. Les tentatives de version faites par la sage-femme ne pouvaient avoir d'autres résultats que de fatiguer la mère et l'enfant, et nous sommes surpris que des efforts aussi vigoureux et aussi prolongés n'aient pas été suivis de conséquences plus graves, pour l'enfant surtout. L'inertie utérine a été la conséquence de ces efforts immodérés et de la perte d'un temps toujours précieux en cas pareil, et l'hémorrhagie consécutive à l'accouchement peut être considérée comme un résultat direct de cette conduite vicieuse. La position donnée à la mère avant l'arrivée du chirurgien, dans le cas où la version serait indiquée, rendrait cette opération presque impossible. En effet, les premières tractions exécutées pendant la version devant suivre une direction à peu près perpendiculaire au tronc de la mère, les parties fœtales doivent rencontrer dans le sol un obstacle à leur progression.

Quant à l'ondoiement du fœtus, nous pensons, comme M. le docteur Pommier, que c'est un devoir pour l'accoucheur, quelles que puissent être ses convictions personnelles, de procéder à cette opération lorsque la famille professe la religion chrétienne. Si l'opérateur lui-même appartenait à une communion entièrement différente, il est naturel de penser qu'il devra charger une autre personne de ce soin.

Nous nous permettrons cependant quelques remarques sur plusieurs points de cette observation.

1° Lorsqu'une main fait procidence à travers la vulve, si elle accompagne la tête il ne peut plus être question de faire la version, parce qu'une procidence aussi marquée annonce que la tête a traversé le détroit supérieur.

2° La doctrine professée par M. le docteur Pommier, et appliquée avec succès par lui, est inattaquable, mais elle n'est pas nouvelle; Baudelocque l'indique déjà suffisamment.

3° Notre confrère nous paraît avoir été très heureux dans son application de forceps; ordinairement en effet, lorsque le bras et la tête occupent le petit bassin, l'application du forceps n'est pas chose très facile; le peu d'e pace resté libre et la nécessité de ménager et d'éviter le bras rendent suffisamment compte de cette difficulté.

4° Nous eussions désiré une mention exacte des rapports du bras avec la tête et de ces deux parties avec les diamètres du détroit inférieur au moment de l'extraction.

5° Il nous semble que la délivrance dans un cas comme celui-ci pouvait être différée un peu et que ce délai devrait être employé à préparer les moyens hémostatiques (seigle ergoté, serviettes imbibées d'eau froide, malaxation de l'utérus, légers toniques), à moins toutefois que l'observateur ne reconnût les signes d'une hémorrhagie interne, cas dans lequel la délivrance et l'extraction des caillots deviennent d'une urgence très grande.

6° L'hémorrhagie consécutive à la délivrance a été abondante, mais elle n'a pas sans doute été assez grave pour donner des inquiétudes sérieuses, car on ne paraît pas avoir cru devoir exercer la compression de l'aorte; jamais entre nos mains et entre celles de notre excellent et habile maître M. le docteur Chailly-Honoré la compression de l'aorte n'a manqué d'arrêter les hémorrhagies après la délivrance. Il est bien entendu que cette compression n'arrête pas à elle seule définitivement l'écoulement du sang, et que dans les cas où elle a paru suffire c'est parce que l'utérus a pu, pendant la durée ordinairement assez longue de cette opération, revenir sur lui-même et fermer suffisamment les orifices vasculaires.

Nous terminerons ces remarques par une réflexion sur un point secondaire de cette observation. Notre honorable confrère paraît attacher une bien grande importance à l'emploi de la main homonyme à celle que présente le fœtus. Il y a ici deux cas à distinguer. Ou la main se présente en même temps que la tête, ou on a affaire à une présentation de l'épaule. Dans le premier cas, celui de la présentation céphalique, si la tête n'est pas engagée lorsqu'on se propose de faire la version, on se guide, pour le choix de la main, non pas sur la main du fœtus, mais sur la position de l'occiput et du dos; si l'occiput est à droite, on emploie la main droite, parce que c'est celle dont la face palmaire, après avoir longé le front du fœtus, répond naturellement au plan antérieur de celui-ci et arrive sans détour, sans obstacle à l'extrémité podalique que l'on veut saisir, et *vice versâ*. Dans le cas de présentation de l'épaule, au contraire, on se guide, en effet, sur l'épaule ou sur le bras qui se présente; mais c'est surtout lorsque le dos est en avant. Lorsque le dos est en arrière, il est plus convenable de se guider sur les pieds; si les pieds sont à droite (épaule gauche), il est préférable d'employer la main droite; si les pieds sont à gauche (épaule droite), il est plus commode d'employer la main gauche. Cette modification au précepte généralement admis en France m'avait paru utile, et je la croyais nouvelle, lorsqu'il y a environ sept ou huit ans un de mes élèves, jeune docteur de l'Université de Helsingforst (Finlande), m'apprit qu'elle constituait un précepte à la susdite école.

Dr Aug. Belin,
ancien interne des hôpitaux.

DE LA FRÉQUENCE DES DIFFORMITÉS EN GÉNÉRAL

et de certaines variétés en particulier.

Par M. Adam.

La moyenne des enfants qui présentent des vices de conformation dans les hôpitaux de Vienne et de Paris est de 1 sur 252 naissances. Les vices de conformation sont plus fréquents dans le sexe féminin que chez les mâles.

Comment expliquer la prépondérance des filles sur les garçons dans le cas de difformités?

La seule hypothèse qui semble probable à M. Adam n'est pas que le sexe induit le vice de *conformation*, mais que le vice de *conformation détermine le sexe*. Il pense qu'il faut un degré plus élevé de pouvoir de formation pour que l'embryon se convertisse en enfant mâle, car les bords du *sinus urogenitalis* ont besoin d'être plus développés pour constituer le périnée du mâle et le scrotum.

Si, par conséquent, de la cinquième à la quatorzième ou seizième semaine, il arrive que quelque chose trouble ou arrête le développement de l'embryon, son *autotrophie* ou pouvoir inhérent de formation est tellement affaibli qu'il n'est plus possible que la fissure primitive du cloaque se ferme, le fœtus reste conséquemment du sexe féminin. (*Monthly Journal* et *Gaz. hebd.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 16 janvier 1855. — Présidence de M. Jobert (de Lamballe).

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Épidémies. — M. le ministre du commerce transmet :

1° Un rapport de M. Baudon père (de Clermont) sur l'épidémie de choléra qui a régné dans l'arrondissement de Clermont;

2° Une série de rapports faits par les médecins et élèves envoyés par son ministère dans le département de la Haute-Saône pour y soigner les cholériques;

3° Un rapport de M. le docteur Niobey sur l'épidémie de choléra qui a régné cette année dans la commune d'Aubepierre (Haute-Marne);

4° Un rapport dans lequel M. Boussaky, médecin à Athènes, a consigné les observations qu'il a faites en traitant des cholériques à l'hôpital du Pirée;

5° Un rapport de M. le docteur Mellez, médecin à Raon-l'Etape, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans les communes de Celles et d'Allarmont.

Remèdes secrets. — Le même ministre transmet une série de lettres et de notes relatives à des remèdes secrets ou nouveaux.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Choléra. — M. Heyfelder (d'Erlangen) adresse un mémoire sur le mouvement du choléra en Bavière pendant l'année 1854.

— M. Vacher de Lagrave, chirurgien auxiliaire de la marine, adresse quelques remarques sur le choléra qui a sévi sur les troupes de l'armée d'Orient. (Commission du choléra.)

— M. Juglott, médecin à Malte, adresse une relation de l'épidémie de choléra à Malte.

Emplâtre de zinc. — M. Barruel adresse un mémoire sur la nature et la composition des savons de zinc, sur leur substitution dans les emplâtres à l'emplâtre de plomb, et sur le mode de préparation de l'emplâtre de zinc. (Commissaires : MM. Malgaigne, Bouchardat, Chevallier.)

Vaccinations. — M. Ch. Dubreuil (de Bordeaux) communique les tableaux de vaccinations qu'il a faites dans le département de la Gironde, avec quelques considérations pratiques sur ce sujet.

— M. Defrénois (de Ressons-sur-le-Mats) adresse un rapport détaillé de la vaccine et de la variole pour les communes où il pratique la vaccine.

Cancer. — M. Le Roy-d'Etiolles dépose sur le bureau le mémoire relatif aux maladies cancéreuses pour la lecture duquel il s'était inscrit.

Ce travail est basé sur une statistique dont les documents ont été fournis par plus de 200 médecins français et étrangers qui lui ont envoyé près de 3,000 observations, sur lesquelles il en a dépouillé et classé 2,781. M. Le Roy y a consigné le résultat de ses recherches sur un grand nombre de points en discussion. Il cite, entre autres, la statistique relative au cancer des lèvres. La proportion des affections cancéreuses dans les deux sexes et aux différentes époques de la vie est indiquée; l'influence des causes, la question de la dégénérescence cancéreuse, celle de l'infection générale succédant à une maladie locale, etc.

RAPPORTS.

M. Robert lit, au nom d'une commission composée de MM. Jobert, Bussy et Robert, un rapport officiel fait à la demande du cabinet de l'Empereur sur une demande adressée par M. Brocchieri, à l'effet de mettre un certain nombre de flacons de son eau à la disposition de l'armée d'Orient.

La commission propose de répondre qu'il n'y a pas lieu de donner suite à la demande faite par M. Brocchieri.

— M. Robert fait au nom de la même commission un deuxième rapport sur une demande semblable de M. Hartogs pour un liquide inventé par un pharmacien allemand, et qui guérit les membres gelés ou atteints par des engelures.

La commission propose également de répondre qu'il n'y a pas lieu de donner suite à cette demande.

Après quelques observations présentées par MM. Gerdy, Larrey, Londe et Bégin, mais qui ne touchent en rien aux conclusions, l'Académie adopte.

Cancer. — L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le cancer.

DISCUSSION.

La parole est à M. Velpeau.

M. Velpeau. Je crois avoir démontré dans la première partie de cette argumentation que la cellule n'est point un caractère spécifique du cancer. Mais admettons que la cellule soit spécifique, pourrait-on s'en servir comme d'un caractère constant et propre à faire toujours distinguer le cancer de ce qui n'est pas le cancer? Est-ce qu'il n'y a pas dans le cancer, comme dans toutes les maladies, des phases durant lesquelles certains caractères peuvent manquer ou changer? La cellule ne peut-elle pas manquer au début, par exemple? Ne serait-il pas possible que dans certains cancers qu'on enlève de bonne heure, comme cela se fait habituellement pour celui des lèvres, par exemple, il n'y eût pas encore la cellule, qui s'y serait trouvée plus tard peut-être si la tumeur avait été livrée à elle-même? Je ne dis pas qu'il en soit absolument ainsi, mais que cela pourrait bien être. Ce serait une manière d'expliquer des faits qui existent, et auxquels il vaut mieux chercher une interprétation quelconque que de les nier.

Il peut se présenter aussi telle circonstance, ainsi que j'en ai vu plusieurs fois des exemples, où chez des sujets ayant eu une tumeur à cellules il se développe plus tard des tumeurs secondaires ayant les mêmes caractères que la première, et qui sont cependant dépourvues de cellules.

Je rappellerai à cette occasion l'histoire de cette femme dont j'ai déjà parlé, qui avait deux tumeurs, une de chaque côté de la poitrine, l'une présentant d'une manière douteuse les caractères du cancer et qui contenait la cellule, l'autre au contraire offrant les caractères les plus tranchés du cancer et qui ne renfermait pas la cellule. J'en ai conclu que dans des tumeurs de même nature, et ici leur identité ne pouvait être contestée, la cellule peut tantôt être absente, tantôt être présente.

C'est ce que M. Robert est venu contester. Il a dit que j'avais raconté le même fait différemment dans mon livre et dans mon argumentation. J'ai relu depuis les deux versions, et je me demande quelle différence M. Robert a pu y trouver.

M. Robert interpellé répond que dans l'une des versions de M. Velpeau il est dit que la malade est morte de pleurésie, tandis que dans l'autre elle est morte des suites de cancers multiples du foie. M. Robert signale encore quelques autres différences de rédaction.

M. Velpeau explique la cause des divergences qui peuvent exister entre la version académique et celle de son livre. Ces divergences, continue-t-il, n'ôtent rien d'ailleurs à la valeur du fait, qui est un sujet d'étude. Comment se fait-il qu'il y ait la cellule d'un côté et point de l'autre ? C'est un problème que le microscope doit chercher à éclairer. Pour moi, je déclare que je n'en sais rien.

Relativement au fait de la présence de la cellule dans les tumeurs secondaires, M. Velpeau rappelle quelques faits, et entre autres celui de Langenbeck, où l'on trouva la cellule dans des tumeurs secondaires, tandis qu'on ne l'avait pas trouvée dans les tumeurs primitives. Ce sont là des faits qu'il faut étudier, mais qu'on ne peut nier.

Une autre source de difficulté est celle qui provient des tumeurs épithéliales et des tumeurs hypertrophiques, que MM. les micrographes rejettent de la famille des cancers. Il résulte des nombreux exemples rappelés par M. Velpeau que ces tumeurs réputées hypertrophiques par les micrographes non-seulement repullulent, mais encore qu'elles se généralisent comme le cancer encéphaloïde. Ces messieurs concèdent cela aujourd'hui, mais ils ne veulent pas encore appeler ces tumeurs du cancer. Il n'y a guère que cela qui nous sépare. On conviendra qu'il n'en faut pas beaucoup pour nous rapprocher.

M. Robert a parlé de la malignité, et il en a été parlé également au dehors de cette enceinte dans les journaux rédigés par les micrographes. Mais il a été commis à cet égard une méprise; ils ont considéré la malignité d'une manière générale en la détournant de son sens véritable. Ainsi, par exemple, il a été parlé de malignité à propos de loupes qui auraient été accidentellement le siége de désordres graves et de nature à compromettre la vie des malades. Mais c'est là détourner le sens du mot malignité. La malignité d'un cancer ne consiste pas dans le plus ou moins de complication d'accidents secondaires; elle ne consiste pas en ce que le cancer est plus ulcéré, plus étendu, ou en ce qu'il réside dans un organe important. Non, ce n'est pas cela. Un cancer est malin par sa nature même, parce que c'est un cancer, et abstraction faite de tout ce qui peut paraître en accroître la gravité. Il n'y a pas d'autres tumeurs que le cancer qui offrent d'une manière constante et inhérente à leur nature ce caractère de malignité indépendant de toute condition accessoire. Le cancer est malin qu'il soit gros ou petit, à son commencement comme à sa fin, et sur quelque point du corps qu'il siége. Et ce que je dis de la malignité du cancer en général s'applique également, remarquez-le bien, aux tumeurs fibro-plastiques réputées bénignes par les micrographes, et qui, tout comme les autres espèces de cancer, marchent incessamment, repullulent, et suivent fatalement les mêmes phases. Il n'est donc pas exact de n'attribuer la malignité qu'à l'hétéromorphisme, ainsi que le prétendent les micrographes.

Je ferai remarquer, du reste, à ce sujet, que messieurs les micrographes ont fait à cet égard une concession assez considérable. L'hétéromorphisme, comme on le sait, n'est pas un point de doctrine nouveau; il remonte à Laennec. Mais les micrographes l'avaient repris, et se l'étaient approprié pour en faire le fondement de leur classification des tumeurs. C'est ainsi qu'ils ont admis des tumeurs homœomorphes, qui sont les tumeurs bénignes, et des tumeurs hétéromorphes, qui sont le cancer. Aujourd'hui ils renoncent à cette distinction. Un des micrographes a dit il y a quelques jours que la distinction de l'hétéromorphisme et de l'homœomorphisme n'était plus fondée, qu'elle devait disparaître. C'est déjà un pas de fait vers nous. Il ne reste plus que peu de chose pour les rapprocher tout à fait. Nous sommes déjà loin, comme on voit, des dissidences si profondes qui nous séparaient au commencement de cette discussion.

Ces dissidences avaient amené nos adversaires fort loin; elles les avaient entraînés jusqu'à calomnier la clinique. La découverte de la cellule une fois faite, ils ont dit : Il faut refaire la classification des tumeurs. L'histoire clinique des tumeurs n'était qu'un chaos, le microscope devait jeter une vive lumière sur tout cela. J'ai cru un instant que cette lumière serait si vive qu'elle embraserait le monde. Mais voyons un peu ce qu'a fait la micrographie pour dissiper ce chaos. Dernièrement j'avais plusieurs tumeurs à enlever en même temps. J'opère d'abord une chéloïde ; le microscope consulté sur la nature de ce tissu, l'un des plus durs et des plus solides que je connaisse, répond fibro-plastique. A côté de cela, j'opère une tumeur glandulaire lymphatique; le microscope répond toujours fibro-plastique. J'extrais ensuite une autre tumeur molle d'une consistance de gelée, ressemblant assez bien à ces concrétions fibrineuses qui remplissent le cœur de certains cadavres; toujours fibro-plastique. Un chancre est du fibro-plastique; les fongosités articulaires, fibro-plastique. De même pour les tumeurs épithéliales. Les cors aux pieds, les durillons, les tumeurs fongueuses du col de l'utérus, les cancers des lèvres, le cancer de la langue, le plus grave, le plus sujet à récidive, le plus sûrement mortel de tous les cancers, tout cela est de même nature, tout cela est du tissu épithélial! Or, je le demande, qu'y a-t-il de plus différent que toutes ces altérations au point de vue clinique? Voilà la lumière que la micrographie prétend avoir substituée au chaos! On appelle cela de la lumière! Eh bien! je dis que voilà une micrographie qui veut nous tirer du chaos pour nous jeter dans le gâchis.

Ici M. Velpeau fait de tout ce que le microscope montre dans une parcelle de tumeur du volume d'une tête d'épingle un tableau demi-grotesque qui provoque une longue hilarité dans l'assemblée. Ce sont des cellules de toutes formes, de toutes dimensions, de tous sexes; ce sont des cellules mères, des cellules engendrées ou cellules filles : les unes régulières et bien faites; les autres mal faites, irrégulières, crochues; les unes jeunes, de belle et de bonne apparence, joufflues et rosées; les autres vieilles, pâles, décolorées, ridées et plus ou moins flétries. Ce sont enfin, sous les noms de noyaux, de nucléoles, des mâles qui ne présentent pas de moins nombreuses variétés de dimensions, de formes et d'accidents de toute espèce, etc.

Puis faisant allusion à une proposition de M. Bouillaud dont il montre en passant la position tellement équivoque dans cette discussion que partisans et adversaires ont pu avec tout autant d'apparence de raison le compter dans leur rang, M. Velpeau aborde une question de philosophie médicale, sorte de questions que j'aime très peu à traiter, dit-il, car nous avons déjà assez de peine à nous tirer d'affaire en nous maintenant terre à terre dans l'observation des faits. Il s'agit de la relation qui existe entre les symptômes et les lésions anatomiques correspondantes. M. Robert m'a reproché, dit M. Velpeau, de négliger l'anatomie pathologique; ce reproche pourra paraître singulier à tous ceux qui savent que j'ai fait de l'anatomie l'objet des études de toute ma vie. Non, je n'ai pas négligé l'anatomie pathologique; mais je crois l'avoir envisagée d'un point de vue plus juste et plus vrai que ne le font M. Robert et les siens. En bonne logique, on arrive de la pathologie à l'anatomie pathologique; mais on ne part pas de l'anatomie pathologique pour constituer l'histoire des maladies. La médecine existait avant l'anatomie pathologique, tant bien que mal les maladies étaient connues avant que l'on connût les lésions anatomiques qui leur correspondent. L'anatomie pathologique, lorsqu'elle a fait son entrée dans la science, a fait connaître des rapports entre certaines lésions et certains symptômes et phénomènes observés pendant la vie; mais elle n'a point fait connaître la cause de tous ces symptômes, de tous ces phénomènes; elle pouvait d'autant moins révéler les causes des maladies que le plus souvent les lésions anatomiques ne sont que consécutives. Par conséquent il n'est pas juste de dire qu'il faille remonter à l'anatomie pathologique pour trouver les causes et l'explication de tous les phénomènes.

Pour en revenir au sujet de cette discussion en particulier, le cancer est une maladie à élément fixe, toujours identique, quelles que soient d'ailleurs les variétés nombreuses de forme et d'aspect qu'il puisse présenter. Le microscope a-t-il trouvé cet élément fixe, constant, commun à toutes les formes et à toutes les variétés du cancer? Non évidemment. La cellule ne saurait être considérée comme cet élément fixe et constant, puisque tantôt elle manque dans le cancer, ainsi que j'en ai cité de nombreux exemples, tantôt, au contraire, on la rencontre dans des tissus qui ne sont point cancéreux. Est-on parvenu par le microscope à rendre compte du caractère spécial de malignité du cancer? Pas davantage. Il a donc fallu chercher ailleurs les caractères sur lesquels on peut fonder une distinction et une classification des diverses espèces de cancers. Ces caractères, c'est la clinique qui les a fournis, et, quelque décriées que soient les anciennes classifications, elles sont encore préférables à celles qui reposeraient sur les caractères microscopiques qui manquent de fixité. C'est ainsi que nous avons dû distinguer les unes des autres certaines tumeurs qui repullulent toujours et fatalement, quoi qu'on fasse, et qu'à cause de cela j'ai renoncé à opérer, d'autres tumeurs qu'on peut quelquefois espérer guérir par l'opération, bien que le microscope ne révèle entre elles aucune différence. Que les micrographes trouvent la raison de ces différences, qu'ils me disent pourquoi telle espèce de cancer repullule toujours, tandis que telle autre ne repullule que parfois, j'admettrai alors leur doctrine. Jusque-là ils me permettront de me tenir sur la réserve et d'en appeler à d'autres éléments de diagnostic.

Cependant je ne repousse pas le microscope, comme on me l'a trop souvent fait dire; je l'accepte, mais sans condition et comme un moyen accessoire et qu'il faut subordonner à la clinique au lieu de le mettre au-dessus. Je n'ai qu'à rappeler ce que j'ai écrit dans mon dernier ouvrage pour montrer que je tiens compte dans la limite que je crois convenable de la présence de la cellule : « La présence des cellules dites cancéreuses dans une tumeur qui offre d'ailleurs les autres caractères du cancer, ai-je dit, est de nature à augmenter les craintes de récidive après l'opération, comme leur absence serait de nature à rassurer si la tumeur enlevée se rapportait en outre par le reste de sa physionomie à la classe des tumeurs bénignes. »

Je crois d'ailleurs avoir assez montré dans le temps que je n'étais pas hostile aux micrographes, puisque j'ai été un des premiers à les encourager, à les admettre, à les introduire dans mon service et à en appeler à leur expérience pour contrôler les résultats de l'exploration clinique. Mais ces MM. ont fait comme un certain personnage bien connu : une fois qu'ils ont eu un pied chez moi, ils en ont bientôt mis deux; puis ils s'y sont installés tout à fait, et je crois que, si je les avais laissés faire, ils m'auraient bientôt mis moi-même à la porte.

Mais ce n'est pas tout; non contents de prétendre à supplanter la clinique, ils ont fait comme ces individus qui, pour détourner l'attention, crient plus fort que ceux qu'ils dépouillent. Ils se sont mis à crier, à se plaindre amèrement qu'on voulût leur barrer le passage, détruire leur œuvre, les empêcher d'arriver à leur tour, de résister enfin à leur envahissement. Or, veut-on savoir comment j'ai cherché à les entraver, à les décourager dans la poursuite de leur œuvre? Voici ce que j'ai écrit encore dans le même ouvrage que je viens de citer : « Reconnaissant qu'ils (les micrographes) se sont trop hâtés de conclure, ils se remettront à l'œuvre sans perdre de vue les notions que le microscope leur a déjà fournies. Ils arriveront ainsi, j'en ai le ferme espoir, à quelque autre découverte, à un résultat plus décisif pour la détermination des cancers. Personne ne le désire plus que moi, etc. »

Je ne saurais mieux terminer qu'en rappelant ces vers d'un auteur tragique que vous connaissez tous, et qui me semblent pouvoir s'appliquer assez bien dans cette circonstance. Je dirai volontiers aux micrographes avec le poëte :

Des dieux que nous servons connais la différence;
Les tiens t'ont ordonné le meurtre et la vengeance;
Et le mien, quand ton bras vient de m'assassiner,
M'ordonne de te plaindre et de te pardonner.

(*Applaudissements et hilarité prolongée.*)

PRÉSENTATIONS.

Morve aiguë. — M. Despres présente une pièce d'anatomie pathologique dont il résume ainsi l'histoire :

Le 10 du mois de janvier, un homme est amené à la consultation de Bicêtre à dix heures du matin. A peine entré, il est tombé en défaillance. M. Despres le trouva couché sur le lit et dans l'état suivant : extrémités froides, pouls petit, 125 pulsations perçues à la carotide, non sans quelque difficulté. On aperçoit sur la joue gauche de petites phlyctènes analogues à celles de l'érysipèle; la joue et les lèvres sont énormément tuméfiées; la surface interne des lèvres présente un très grand nombre de petites plaques blanches environnées par un petit liséré rouge très foncé. Les plaques ressemblent assez bien aux eschares humides qu'on remarque chez les enfants atteints de stomatite gangréneuse. La bouche exhale une odeur fétide. Lorsque le malade eut repris ses sens, il déclara qu'il était âgé de trente-cinq ans, qu'il habitait Choisy, qu'il était batteur en grange et que sa maladie avait commencé par un bouton qui s'était développé sur la lèvre supérieure du côté gauche; au dire du malade, les accidents remontaient à quatre jours seulement. Primitivement M. Despres crut avoir affaire au charbon, et en conséquence il prescrivit de pratiquer une cautérisation au fer rouge.

Le malade fut couché à onze heures. L'interne ne pratiqua pas la cautérisation, parce qu'il lui parut impossible de cerner complétement le mal. A une heure de l'après-midi, cet homme succomba en laissant s'échapper des fosses nasales une matière liquide d'un blanc sale, visqueuse, d'une odeur très fétide.

A l'autopsie, on trouva que la lèvre et la joue envahies étaient le siége de petits abcès multiples qui occupaient non-seulement le tissu cellulaire, mais toute la couche musculaire depuis la joue jusqu'au-devant du muscle masséter et jusqu'au grand angle de l'œil. La fosse nasale gauche était rouge, livide, et entre le méat supérieur et moyen se trouvait une production polypeuse d'ancienne date, au milieu de laquelle il y avait de nombreux petits abcès contenant une matière analogue à celle qu'on trouvait dans ceux des lèvres et de la joue. L'intérieur du sinus maxillaire offrait exactement la même altération. Les cavités droites du cœur renfermaient un énorme caillot entrelacé dans les colonnes charnues du cœur, auquel il adhérait fortement; ce caillot fermait presque complétement l'orifice auriculo-ventriculaire et se portait dans l'artère pulmonaire jusqu'au delà de ses premières divisions. Les cavités gauches présentaient un caillot, mais beaucoup plus petit. Les poumons étaient gorgés de sang, et à leur surface on apercevait un grand nombre de taches ecchymotiques au centre desquelles était un petit foyer renfermant une matière analogue à celle des fosses nasales.

En présence de ces altérations et des circonstances qui ont précédé et accompagné la mort, M. Desprets a pensé que cette maladie ne devait être autre que la morve suraiguë.

Résection de la clavicule. — M. Chassaignac présente une malade qui a eu une fracture spontanée de la clavicule droite, ostéite suppurante, perforation des téguments, et chez laquelle il a dû pratiquer la résection des deux tiers internes de la clavicule avec conservation du périoste dans l'opération. Il y a eu reformation de la clavicule par un tissu osseux de remplacement et guérison.

Voici en quelques mots l'histoire de cette malade :

La malade, âgée de quarante ans, syphilitique, a ressenti, il y a quatre ans, à la clavicule droite, en cherchant à mouvoir le levier d'une pompe, un craquement douloureux. Trois ans après douleur plus vive encore que la première. On diagnostique une fracture. Une ulcération fistuleuse se forme, par laquelle sortent de petites parcelles d'os. En conséquence, on procède à la résection de la portion malade de la clavicule. On taille à son niveau et l'on dissèque un lambeau demi-circulaire à convexité inférieure. Ce lambeau relevé, une scie à chaîne est passée au-dessous de l'os et en fait la section. On saisit avec le davier à résection le fragment interne de la clavicule, et on le dissèque en ayant soin de le raser avec le bistouri pour conserver le périoste et éviter la lésion des organes sous-claviers et de la plèvre.

Cela fait, on reconnaît que l'altération se propage vers l'extrémité interne, ce qui oblige à pratiquer la désarticulation. On rabat ensuite le lambeau et on ferme la plaie par la suture à points séparés. Enfin, on panse par occlusion et l'on soutient le membre avec l'écharpe de Mayor.

A l'exception de quelques douleurs dans les mouvements et d'un empâtement douloureux, on ne constate aucun accident à la suite de cette altération, pas même de réaction fébrile.

Au bout de trois mois, la guérison était complète.

L'examen anatomique de la portion de clavicule réséquée a démontré l'altération de l'os par une ostéite suppurante.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

MM. Lutz et Soubeiran fils viennent d'être nommés agrégés à l'Ecole de pharmacie à la suite d'un brillant concours.

— L'une des plus grandes célébrités médicales du Midi, M. le docteur Charles Viguerie, vient de mourir à Toulouse, à l'âge de 76 ans.

— M. Routier, ancien médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Douai, vient de mourir au château d'Auby, dans sa 77e année.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues à la Faculté de médecine par MM. :

Bétances, né le 8 avril 1827 à Cabo-Rajo (Ile de Porto-Ricco); *Des causes de l'avortement.*

Guenard, né le 24 septembre 1824 à Orges (Haute-Marne); *De la fissure spasmodique de l'anus.*

Desnos, né le 22 septembre 1828 à Alençon (Orne); *Sur quelques points des tumeurs cancéreuses pulsatiles, et particulièrement sur leur diagnostic et leur traitement.*

Nous tenons à la disposition de nos abonnés des volumes reliés de l'année 1854.

Ceux qui désirent avoir de suite leur collection reliée peuvent nous envoyer tous leurs numéros de l'année, et moyennant 2 francs (prix de la reliure) nous leur donnerons en échange le volume de 1854.

Ceux qui auraient perdu des numéros sont priés d'en faire la demande le plus tôt possible. Le prix est de 10 centimes, payables en timbres-poste. Les années antérieures à l'année courante se vendent 12 francs.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Plon frères, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Sur quelques-unes des causes de la mort du fœtus vers le terme de la grossesse.

A l'occasion de deux mort-nés survenus récemment dans les salles d'accouchement de la Clinique, M. le professeur Paul Dubois s'est demandé, en présence de ses élèves, quelle pouvait être la cause de la mort de ces deux enfants en particulier, et quelles sont en général les causes qui produisent le plus communément la mort du fœtus dans le sein de la mère. Pour l'un de ces deux enfants, elle pouvait très vraisemblablement être attribuée à l'infection syphilitique à laquelle la mère, de son propre aveu, était en proie depuis déjà assez longtemps. Bien que l'enfant ne présentât extérieurement aucune trace apparente de cette affection, ce que son état de décomposition avancé ne permettait d'ailleurs que très difficilement d'apprécier, avec la connaissance de ces antécédents, M. Dubois n'a pas hésité à considérer la cause syphilitique comme probable. Cette probabilité était d'autant plus grande que, d'après l'opinion émise dans une discussion récente à l'Académie de médecine par M. Ricord, la mort de l'enfant dans le sein de la mère, alors qu'elle n'est pas le résultat évident d'une cause traumatique connue, serait, sinon une preuve, au moins une très grande présomption en faveur de l'existence de l'affection vénérienne.

Quant au second enfant, on n'avait pas les mêmes motifs pour soupçonner la même influence, et, en l'absence de tout renseignement capable de mettre sur la voie de la cause présumable de la mort, la solution de cette question était beaucoup plus difficile. Dans des circonstances semblables quels moyens a-t-on de résoudre la question ?

L'enfant dépend de deux organismes, le sien propre et celui de sa mère. Il est si intimement lié à l'organisme de sa mère que toutes ses maladies peuvent en dépendre. Il y a là, par conséquent, une source de causes de mort sur lesquelles l'état pathologique de la mère peut jeter un jour suffisant.

Il peut, en outre, être atteint par des causes traumatiques, des coups, des chutes, dont il est plus ou moins possible d'avoir connaissance. C'est là une des causes les plus communes. Souvent c'est une pression plus ou moins continue ou tout au moins longtemps prolongée sur le ventre de la mère qui amène ce fâcheux résultat.

Chez les femmes du peuple qui se livrent à de rudes travaux, il arrive souvent, en effet, qu'il se fait une compression directe du cordon par suite de certaines manœuvres ou de certaines attitudes. Ainsi, par exemple, les femmes qui travaillent aux gares des chemins de fer et qui sont occupées au transport de lourds paniers de charbon qu'elles appuient sur leur ventre, accouchent très fréquemment d'enfants morts, ainsi que cela a été constaté par une sage-femme qui compte la presque totalité de ces ouvrières dans sa clientèle.

Dans ces diverses circonstances, on peut en général apprécier la cause de la mort du fœtus et se rendre assez bien compte du mécanisme suivant lequel elle arrive. Mais il en est telles autres qui, bien que produisant le même résultat par un mécanisme analogue, sont beaucoup plus difficiles à apprécier et restent même le plus souvent tout à fait ignorées.

Il peut se présenter, par exemple, telle circonstance où le cordon étant tombé dans la partie inférieure de la cavité utérine, vers le terme de la grossesse, alors que la tête commence à s'engager dans le détroit supérieur, il se trouve comprimé entre la tête de l'enfant et le rebord du détroit, de manière à intercepter toute communication circulatoire entre la mère et l'enfant, et à entraîner nécessairement la mort de ce dernier. Dans ce cas, l'enfant succombe sans qu'on puisse se douter de la cause qui amène ce résultat, aucune action extérieure n'ayant été exercée ni sur lui, ni sur la mère.

La première conséquence de la mort du fœtus appréciable pour la mère, c'est la cessation des mouvements. Mais il en est une autre qui, bien qu'assez vulgairement connue, ne laisse pas que d'offrir à l'esprit un problème physiologique extrêmement curieux, c'est la sensation particulière qu'éprouvent les femmes d'un poids qui se déplace, qui obéit passivement soit à la pesanteur, soit aux impulsions résultant des diverses attitudes que prend la femme. Au premier abord, il n'y a sans doute rien là d'extraordinaire qu'un corps contenu dans la matrice, où il jouit d'une certaine mobilité, obéisse aux lois de la pesanteur, et que les diverses oscillations qu'il subit par le fait des mouvements et des attitudes diverses qu'affecte la mère soient perçues par celle-ci. Mais puisque cela paraît si naturel, comment se fait-il qu'il n'en soit pas ainsi tant que le fœtus est vivant ? C'est là que gît le curieux problème physiologique qui attend encore sa solution. Quoi qu'il en soit, c'est un fait à peu près constant, et qui, joint à l'absence des mouvements spontanés et à l'absence des bruits du cœur perçus à l'auscultation, constitue un des signes de la mort du fœtus.

Il est encore un symptôme qu'il ne faut pas négliger non plus, et qui a une grande valeur en pareil cas, surtout lorsque les autres signes ne paraissent pas suffisamment bien établis pour lever toute incertitude, c'est l'écoulement d'un liquide séro-sanguinolent au moment de la rupture des membranes, liquide qui provient de la déchirure des phlyctènes, et qui, en s'épanchant dans le liquide amniotique, lui imprime sa couleur caractéristique. Lorsque, en rompant les membranes, on voit s'écouler un pareil liquide, on peut prédire presque à coup sûr que l'enfant viendra au monde mort, et que sa mort remonte à plusieurs jours. M. Dubois a pu, dans plusieurs circonstances, reconnaître la mort du fœtus à ce seul signe, alors que rien jusque-là n'avait porté à la soupçonner.

Abcès de la région lombaire symptomatique d'une lésion des vertèbres, sans déformation du rachis. — Ouverture de l'abcès. — Mort. — Altération du corps de plusieurs vertèbres et abcès par congestion des deux côtés de la région antérieure de la colonne n'ayant point encore fait saillie au dehors.

Lorsque dans les traités et ouvrages classiques on formule certaines propositions de diagnostic fondées sur les rapports de certains symptômes avec les lésions cachées correspondantes, il doit bien être entendu que, sauf quelques circonstances où ces rapports sont connus pour constants et nécessaires, on ne donne à ces propositions qu'une valeur conventionnelle et relative ; c'est à titre de probabilité qu'on les présente et comme exprimant l'état le plus habituel des choses, et non comme une certitude. En agissant ainsi, on fait la part aux exceptions et aux cas mixtes ou douteux qui semblent échapper aux lois communes, ou plutôt qui se rattachent à d'autres lois méconnues. Pour préciser davantage notre idée, voici un fait qui rentre dans la catégorie de ceux dont nous voulons parler, et qui prouve une fois de plus qu'il ne faut pas toujours s'en rapporter trop rigoureusement aux signes convenus. Il s'agit d'un cas de carie du corps des vertèbres qui ne s'était traduit au dehors par d'autres signes qu'un abcès situé dans la région lombaire.

Un homme d'une complexion faible et délicate, anémique, est entré dans le service de M. Laugier, à l'Hôtel-Dieu, portant un abcès dans la région lombaire. Cet abcès existait là déjà depuis plusieurs mois ; il avait été précédé de douleurs sourdes dans cette région et s'était développé lentement. Puis, de froid et chronique qu'il était, il avait pris depuis quelques jours les caractères d'un abcès chaud, aigu. Ce malade ne présentait, du reste, aucune déformation, ni aucune saillie anomale sur le trajet de la colonne vertébrale ; il ne présentait non plus aucun phénomène paralytique. Point de paraplégie ; la miction et la défécation se faisaient d'une manière régulière. Néanmoins M. Laugier crut devoir, et avec raison comme on va le voir, diagnostiquer un abcès symptomatique d'une affection des vertèbres, mais sans préciser le degré, l'étendue et la profondeur de la lésion vertébrale.

L'abcès, ainsi que nous l'avons dit, étant devenu chaud, tendu, douloureux, offrant, en un mot, actuellement tous les caractères d'un abcès aigu, M. Laugier prit le parti de l'ouvrir par une

---

FEUILLETON.

LEPECQ DE LA CLOTURE [1].

Lorsqu'il y a trois ou quatre ans l'Académie impériale de Rouen mit au concours l'éloge et l'appréciation des travaux de Lepecq de la Clôture, bien des gens, nous ne parlons pas des médecins, se demandèrent ce qu'était et à quelle époque avait vécu cet homme, dont ils n'avaient jamais entendu prononcer le nom. Il nous souvient même qu'un feuilletoniste d'un journal politique, mentionnant, entre l'analyse de deux vaudevilles, le programme où se trouvait annoncé le sujet proposé, crut être très spirituel en disant : L'Académie de Rouen met au concours l'éloge de Lepecq de la Clôture ; probablement *une des célébrités du crû.*

Passez donc votre vie entière, modeste et laborieux praticien, à lutter contre ces fléaux qui jettent la terreur au milieu de vos concitoyens ; usez vos forces à ces fatigues sans gloire et sans profit ; déployez les ressources de votre intelligence pour mettre en œuvre les immenses matériaux recueillis pendant une longue pratique ; consignez dans un livre, qu'avec juste raison vous croyez utile, les résultats d'une consciencieuse observation et d'une vaste expérience, pour ne récolter que l'envie, la haine, l'ingratitude de vos contemporains, mourir inconnu, et ne pas avoir même la consolation de laisser un nom qui échappe à l'oubli des générations qui vous suivront ! Et cinquante ans à peine après votre mort, un des *princes* de cette critique aussi futile qu'éphémère viendra, en passant, prononcer votre nom, lui jeter dédaigneusement cette épithète : *une célébrité du crû !*

On nous pardonnera l'amertume de ces réflexions. A l'occasion d'aucun autre nom elles ne pouvaient se présenter plus naturellement à l'esprit que lorsqu'il était question de Lepecq de la Clôture. Rien de tout cela, en effet, n'a manqué à cet homme savant autant que modeste, dont le docteur Simon, dans une œuvre remarquable sous plus d'un rapport, vient de chercher à réhabiliter la mémoire. Depuis la première jusqu'à la dernière page, son livre est une éloquente protestation contre cet oubli immérité dans lequel sont restés plongés les travaux, dignes d'un meilleur sort, d'un des épidémiographes les plus distingués du siècle dernier. Avec l'analyse et l'appréciation de ses travaux, l'auteur avait à faire l'éloge du médecin de Rouen ; il s'est borné à écrire succinctement l'histoire de sa vie, « qui ne fut, dit-il, qu'un long » dévouement à la science et à l'humanité. » Quel éloge aurait pu valoir, même devant une académie, cette biographie si grande dans sa simplicité ? — Qu'on ne s'y trompe pas cependant, Lepecq, M. Simon l'avoue lui-même, n'était pas un de ces hommes de génie dont le nom se lie dans l'histoire des sciences à une de ces découvertes, de ces idées lumineuses qui ouvrent à l'esprit des horizons nouveaux. Esprit sage, judicieux, correct, il a sa place marquée au premier rang parmi ces observateurs sagaces et laborieux, qu'un jugement sain, fortifié par une connaissance suffisante de la tradition scientifique, conduit toujours sûrement, mais il ne s'élève pas au-dessus de cette sphère dans la région de la pensée. Ce n'est qu'en méditant les observations qu'il nous a laissées que l'on voit briller les qualités solides qui eussent dû suffire à protéger sa mémoire, et c'est surtout par une lucide et savante analyse de ces observations que se recommande le volume à propos duquel nous écrivons cet article.

Lepecq de la Clôture, né à Caen en 1736, porté vers l'étude de la médecine par une vocation irrésistible qui prenait sa source dans les plus honorables traditions de la famille, devint de bonne heure Docteur-régent de l'École de Caen, laquelle était alors une Faculté. Dès qu'il le put, il vint perfectionner à Paris son instruction médicale ; et, chose remarquable, à une époque où il n'existait pas encore de clinique, c'est surtout au lit du malade qu'il voulut étudier la maladie.

Né observateur, il comprit tout d'abord un des dogmes fondamentaux de la philosophie hippocratique, la nécessité de l'observation, nécessité qui ne passa à l'état de vérité démontrée que plus d'un demi-siècle après l'époque où il commençait ses études. Ce fut en appliquant aux faits de l'ordre médical la méthode de Descartes, le doute philosophique, qu'il conçut pour la polypharmacie l'éloignement prononcé dont il fit preuve toute sa vie. Auditeur docile à la visite de ses maîtres le matin, il venait seul, le soir, contrôler les effets des médicaments prescrits ; et telle était la confiance qu'il inspira en peu de temps aux religieux qui soignaient alors les malades à l'hôpital de la Charité, qu'ils attendaient souvent que le jeune élève-docteur eût fait sa visite officieuse pour remplir les prescriptions faites dans la journée par les médecins de l'établissement.

Ces études complémentaires achevées, Lepecq rentra à Caen, où il devint agrégé à la Faculté, et ensuite professeur de chirurgie, partie de l'art à laquelle il ne s'adonna jamais beaucoup. Mais, bientôt arrivé à faire partie du petit nombre de médecins que l'opinion publique plaçait

(1) *Etude pratique rétrospective et comparée sur le traitement des épidémies au dix-huitième siècle ; appréciation des travaux et éloge de Lepecq de la Clôture*, par M. le docteur MAX. SIMON.

large incision. Il s'écoula par cette ouverture une quantité de pus considérable, pas trop fétide. Le doigt, introduit au fond du foyer, fit aisément reconnaître plusieurs points cariés dans la gouttière des apophyses transverses. Le malade fut immédiatement soulagé et se trouva assez bien pendant quelques jours; mais un beau jour il fut pris de fièvre et de douleurs vives dans les membres inférieurs, qui étaient involontairement placés dans la flexion. Cependant il ne s'était pas formé de nouvelle collection purulente de ce côté. Bref, le malade, déjà très épuisé lorsqu'il entra à l'hôpital, en proie à la fièvre de consomption, finit par succomber.

Nous avons dit que ce malade ne présentait qu'un abcès dans la région lombaire, sans déformation de la colonne vertébrale. Les abcès par congestion situés dans la région postérieure, dans le dos ou les lombes, sont généralement considérés par tous les auteurs comme l'indice d'une altération bornée aux apophyses vertébrales, le corps des vertèbres restant intact. Ici il y avait, en apparence, d'autant plus de motifs de présumer qu'il en était ainsi, qu'il n'existait aucune déformation extérieure, aucune incurvation, ni inflexion de la colonne vertébrale. L'altération des disques vertébraux se traduit en effet ordinairement, comme chacun sait, par une inflexion et une déformation plus ou moins considérable du rachis et par le siége des abcès par congestion dans l'un des points de la région antérieure de l'abdomen ou de la cuisse. Le pus fusant, dans ce cas, sur les côtés du rachis, en dedans ou en dehors des muscles psoas, vient faire saillie soit au-devant de la cuisse, soit dans le canal inguinal, soit entre les épines iliaques supérieure et inférieure, soit enfin au pourtour du bassin ou même dans le périnée. Telle est, en général, la direction que prennent les abcès symptomatiques de la carie des corps vertébraux. Lorsque l'abcès est situé en arrière, on se croit autorisé, ainsi que nous venons de le dire, à conclure qu'on n'a affaire qu'à une carie bornée aux apophyses.

Dans le fait qui nous occupe en ce moment, ce signe eût été évidemment trompeur, ainsi que l'absence de déformation du rachis. L'autopsie a fait reconnaître en effet qu'il y avait tout à la fois carie des gouttières apophysaires et des corps vertébraux eux-mêmes. Deux corps vertébraux étaient profondément altérés par la carie. Si la colonne n'avait point été infléchie, c'est que ces corps vertébraux n'avaient point été encore complétement détruits, et qu'ils avaient conservé dans le sens de leur diamètre longitudinal assez de substance pour soutenir le poids des parties supérieures. Leur rupture et l'inflexion consécutive de la colonne se seraient inévitablement produites plus tard si le malade eût vécu plus longtemps.

Quant aux abcès qui accompagnent toujours la destruction du corps des vertèbres, et qui la traduisent ordinairement aux yeux du médecin, ils existaient ici, mais ils n'étaient point encore parvenus au terme ordinaire de leur trajet, à l'un des points où ils font saillie au dehors, de sorte que leur existence avait dû naturellement être méconnue pendant la vie. Ainsi on trouvait deux doubles fusées purulentes le long des muscles psoas et iliaque, mais qui n'en avaient point encore gagné les insertions inférieures.

On voit donc par cet exemple que de ce qu'il n'y aurait qu'un abcès postérieur apparent, il n'en faudrait pas conclure rigoureusement que la maladie est bornée aux masses apophysaires des vertèbres.

Ce sujet a présenté en outre une autre circonstance remarquable, et qui justifie également les quelques réflexions dont nous avons fait précéder la relation de ce fait.

Le malade, pendant la dernière phase de sa maladie, n'a présenté aucun phénomène appréciable du côté du cerveau; il n'y a eu ni délire, ni cris; il s'est éteint avec calme à la suite d'une agonie lente et paisible. Néanmoins on a trouvé à l'autopsie, dans les méninges et jusque dans les ventricules, des altérations assez remarquables, auxquelles on rapporte certains signes particuliers qui ont complétement manqué ici. Il y avait une inflammation très intense des méninges, avec une hydropisie active des ventricules, dans lesquels on voyait les plexus choroïdes enveloppés d'une pseudo-membrane inflammatoire épaisse. Il n'y avait cependant eu ni céphalalgie, ni délire, ni agitation, ni ce cri particulier qui a été indiqué comme le signe de l'épanchement séreux inflammatoire dans les ventricules. Ce malade a donc eu une inflammation très aiguë des méninges, qui a été latente, qui n'a donné lieu à aucun des symptômes qui la caractérisent habituellement.

La réunion immédiate convient-elle pour l'opération de la hernie étranglée? Motifs qui doivent la faire exclure.

Une femme couchée au nº 3 de la salle des femmes de la Clinique a été opérée pour une hernie étranglée. Tout s'est bien passé en ce qui concerne l'opération proprement dite; les manœuvres ont été très simples et très faciles, les accidents ont cessé sitôt le débridement opéré et la hernie réduite. La plaie se présentait dans les meilleures conditions pour obtenir une réunion immédiate. Et cependant M. Nélaton ne l'a pas voulu tenter. Pourquoi? Le voici :

Sans doute, dit M. Nélaton, quand l'on parvient dans des conditions aussi favorables que celles où se trouve la plaie chez cette malade, par exemple, à affronter les bords sans effort et à les maintenir assez exactement pour obtenir une réunion immédiate dans toute l'étendue de la plaie, c'est là un résultat merveilleux. En quatre ou cinq jours la guérison est complète. J'ai d'abord été très séduit par de pareils résultats, et je m'étais promis d'adopter à l'avenir, autant qu'elle serait réalisable, la réunion immédiate. Mais, après quelques tentatives, je n'ai pas tardé à voir survenir des accidents dépendant de la réunion elle-même et qui m'y ont bientôt fait renoncer.

Voici quels sont ces accidents :

C'est d'abord une douleur qui se fait sentir ordinairement dans l'angle externe de la plaie; cette douleur est bientôt suivie d'une inflammation œdémateuse de la région iliaque se propageant jusqu'à la région lombaire. Le phlegmon suit invariablement la même marche; il procède de l'angle externe de la plaie à la fosse iliaque, contourne la crête de cet os et va jusqu'aux lombes. Ces sortes de phlegmons sont à la fois superficiels et profonds, c'est-à-dire interaponévrotique et sous-péritonéaux. Ils restent étrangers d'ailleurs à la hernie elle-même.

M. Nélaton a vu deux malades succomber aux suites de ces phlegmons. Il a voulu chercher à en découvrir la cause, et il a cru reconnaître que ces accidents venaient de ce que les liquides séro-purulents, provenant des parties sphacélées de la plaie (et dans ces cas il y a presque toujours plus ou moins de points de la plaie sphacélés), ne trouvant pas une issue libre au dehors, fusaient entre les couches de tissu cellulaire, où, à la manière d'un agent délétère, ils déterminaient une inflammation phlegmoneuse de mauvaise nature se propageant de proche en proche.

C'est ce qui serait inévitablement arrivé chez cette femme si, cédant à l'espèce de tentation que faisait naître l'heureuse disposition des lèvres de la plaie qui semblaient venir s'aboucher d'elles-mêmes, on eût cherché à obtenir l'adhésion immédiate. En effet, à dater du deuxième ou troisième jour après l'opération, on voyait à la surface de la plaie de petites eschares, des débris du sac herniaire et une couche grisâtre présentant les caractères de la pourriture d'hôpital. Il s'y faisait, en un mot, un travail particulier de destruction et d'élimination. Sans nul doute, si les bords de la plaie avaient été réunis, ces liquides putrides auraient filtré dans le tissu cellulaire et auraient donné lieu aux accidents dont il vient d'être question.

Ce qui se passe dans ce cas est entièrement analogue aux effets délétères de l'urine ou des matières fécales infiltrées. On peut, en effet, considérer les liquides exhalés par les parois du sac comme tout aussi nuisibles que les matières excrémentitielles. Ce fait a d'ailleurs été mis hors de doute par les expériences de M. Bretonneau.

On peut s'expliquer par là ces cas de mort rapide qui surviennent quelquefois après l'opération de la hernie étranglée. Ces morts promptes qu'on attribuait autrefois à la péritonite sont évidemment dues à une autre cause, car le plus souvent dans ce cas on ne trouve pas de traces de péritonite; c'est probablement à une intoxication de cette nature qu'elles sont dues. C'est là du reste un sujet de recherches à faire.

Hémiplégie avec perte de la parole et conservation des mouvements de la langue.

Un homme est entré dans le service de M. Bouillaud, à la Charité, avec une hémiplégie incomplète mais étendue à tout le côté gauche. Ce malade présentait une particularité très remarquable; il ne pouvait prononcer aucun mot; il ne pouvait même pas prononcer son propre nom lorsqu'il est entré à l'hôpital. Les seuls mots qu'il pût dire étaient *oui* et *non*; de sorte que tout son vocabulaire se réduisait à peu près à celui d'un jeune enfant. Cependant, si l'on examinait la langue de ce malade, on reconnaissait qu'il la remuait facilement dans tous les sens. Il n'y avait donc point de paralysie de la langue.

Nous avons vu il y a quelque temps à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Trousseau, un cas analogue dans lequel la langue était intacte et tous ses mouvements libres, bien que l'articulation fût impossible, ou du moins extrêmement difficile pour un grand nombre de mots.

Contrairement à l'opinion de quelques auteurs, notamment de M. Lallemand, la paralysie de la langue est très rare. Voici deux exemples qui montrent l'indépendance dans laquelle sont, jusqu'à un certain point, les mouvements de la langue et le phénomène de la parole. Il faut donc attribuer l'altération de la parole à autre chose qu'à une simple altération ou à un affaiblissement de la motilité. Il y a, ainsi que l'a fait remarquer M. Bouillaud, plusieurs éléments à considérer dans la parole. Les enfants, comme les animaux, ont tous les instruments matériels nécessaires pour la production de la parole, et cependant ils ne parlent point; c'est qu'il leur manque (indépendamment de l'intelligence directrice) le sens intérieur de la parole, cette faculté de coordination sans laquelle la langue, toute mobile qu'elle est, n'est qu'un instrument stérile. Un état pathologique spécial a réalisé ici (intelligence à part) des conditions analogues à celles dans lesquelles se trouvent les enfants ou l'animal.

Quelle est cette lésion, où est son siége? C'est ici que commencent les dissidences. On connaît les beaux travaux de M. Flourens, qui ont pour la première fois fait surgir l'idée des mouvements coordonnés, et les expériences qui l'ont conduit à placer dans le cervelet le siége des volitions qui président à la coordination des mouvements. On connaît aussi les expériences non moins intéressantes par lesquelles M. Bouillaud a cherché à établir que le cervelet était effectivement l'organe coordonnateur des mouvements en général, mais qu'il existe dans le cerveau lui-même, et particulièrement dans les lobules antérieurs, un centre de coordination bien plus important. De quel côté est la vérité? C'est ce que les deux faits auxquels nous venons de faire allusion seraient peut-être propres à décider... Mais il faut se résigner à attendre la solution.

Dr Brochin.

---

au premier rang dans sa ville natale, ce succès ne lui suffit plus; il parcourt en tous sens la Normandie, étudiant les influences morbides au point de vue de la topographie médicale. Dès lors son nom sort de l'obscurité, et, en 1768, nommé spontanément agrégé par le Collége de médecine de Rouen, il se fixe dans cette dernière ville, où de nouvelles faveurs bien méritées viennent le trouver. En peu de temps, il devient médecin de l'Hôtel-Dieu, médecin de la généralité de Normandie pour les épidémies, correspondant de la Société de médecine de Paris, etc.

L'étude des épidémies semble avoir toujours été l'objet des prédilections de Lepecq. Sa nouvelle position le mettait à même, mieux que personne, de se livrer sans réserve à son goût favori. A peine apprend-il qu'une épidémie désastreuse ravage une contrée de la province, il y court, s'y installe, prodigue ses conseils à ses confrères, paye lui-même de sa personne, et ne recule devant aucune fatigue, devant aucun danger pour être utile aux populations décimées par le fléau. Puis de retour dans son cabinet, il met en ordre les matériaux qu'il a recueillis, et, avec une laborieuse et infatigable persévérance, il trace à tête reposée l'histoire des faits observés, et de ce travail incessant sort enfin le livre remarquable qu'il nous a laissé, et qui restera pour les médecins studieux comme un des plus beaux monuments de l'art médical appliqué à l'étude des maladies épidémiques. Quiconque l'aura parcouru avec attention restera convaincu, avec M. Simon, que nul ne mit plus de cœur que Lepecq dans l'accomplissement de ses devoirs; que nul n'honora plus que lui, par la noblesse de son caractère, a profession médicale.

Modeste autant qu'instruit et dévoué, Lepecq n'avait écrit que pour lui; les efforts de plusieurs amis purent seuls lui arracher ces remarquables études, que l'on fit passer sous les yeux des maîtres de l'art, et dont la portée fut jugée telle que ce fut sous les auspices du gouvernement et aux frais du roi que furent publiés les trois volumes de ses ouvrages: le premier en 1776, les deux autres en 1778.

A peine imprimés, ces livres furent accueillis par le monde médical avec une faveur universelle, et la Société royale de médecine, l'Académie de médecine du temps, se fit faire sur eux par Vicq-d'Azyr un rapport, que l'on peut lire en tête de l'ouvrage de Lepecq. Ce rapport, assez insignifiant au point de vue de l'appréciation des doctrines du médecin de Rouen, fait connaître au moins un fait qui l'honore, et que nous devons mentionner ici. La miliaire était alors l'objet de discussions fréquentes entre les médecins les plus en renom. Lepecq aborda, lui aussi, dans plusieurs endroits de ses ouvrages, cette question alors capitale, et après avoir émis sur ce point ses idées particulières, il appela la discussion sur ces idées, et se servit de l'intermédiaire de la Société de médecine pour proposer à ses frais un prix sur cette importante matière. « Je ne sais, ajoute M. Simon, si cet appel a été entendu, » mais j'ai dû rapporter ce fait, parce qu'il nous montre Lepecq sous » un nouveau jour, et nous fait voir que son esprit et son cœur étaient » ouverts à toutes les nobles inspirations, savaient prendre de généreuses initiatives. »

Pour prix de tant de fatigues, de tant de dévouement, de tant de science, le gouvernement accorda à Lepecq, en 1781, des lettres de noblesse, sans qu'il les eût sollicitées. C'était la seule récompense dont l'autorité pût disposer alors pour honorer les services civils de l'ordre de ceux que nous venons d'exposer. Déjà son mérite lui avait fait nombre d'ennemis, et soulevé contre lui la haine des nullités vaniteuses qui l'entouraient. Quand il fut anobli, cette haine ne fit que grandir, et finit par rendre à Lepecq le séjour de Rouen insupportable. Devenu sire de la Clôture, Lepecq abandonna à peu près la médecine, quitta la ville qui était en quelque sorte devenue sa patrie d'adoption, et mourut en 1804 dans une propriété qu'il possédait à Saint-Pierre-des-Asifs, sans laisser d'autre héritier de son nom qu'un neveu, chirurgien militaire, qui succomba en Pologne en 1807.

En commençant cet article, nous avions voulu faire une analyse bibliographique du livre de M. Simon, et voilà que, presque malgré nous, le sujet s'est changé en biographie. Nous n'avons pu résister au désir de rappeler à nos lecteurs quelques-uns des détails d'une des vies les plus honorables dont puisse s'enorgueillir le dix-huitième siècle. Il est quelquefois bon, et nous espérons que personne ne nous blâmera d'avoir eu cette pensée, de remettre en lumière les beaux exemples laissés par nos devanciers dans la carrière que nous parcourons; ils sont de nature à exciter une louable émulation, et l'espérance d'une réhabilitation posthume comme celle qu'a entreprise M. Simon pourra peut-être consoler quelque modeste praticien dont les travaux n'auront pas eu de son vivant le retentissement qu'il espérait.

Pour ceux qui regretteraient de n'avoir point trouvé ici l'exposé des doctrines et des travaux de Lepecq, nous ne saurions mieux faire que de les renvoyer au livre de M. Simon, qui est tout à la fois une bonne action, un excellent ouvrage de philosophie médicale, et une des plus remarquables études que nous connaissions sur l'épidémiologie.

Dr A. Foucart.

FRACTURES DE LA JAMBE

traitées par l'appareil de M. Baudens (1).

Ce travail, consacré à la thérapeutique des fractures de la jambe, comprend :

1° Les solutions de continuité des deux os tibia et péroné;

2° Celles du péroné et du tibia isolément;

3° Les brisures sus-malléolaires;

4° Les brisures des deux malléoles.

De toutes les fractures, les plus fréquentes sont celles de jambe. Le plus souvent les deux os sont simultanément rompus, et quand un seul os est brisé, c'est presque toujours le péroné.

Ces solutions de continuité osseuse se présentent sous des aspects différents ; elles sont dentelées, obliques, avec esquilles, comminutives ou multiples.

Les bases du diagnostic sont, outre les signes généraux : contusion, tuméfaction, douleur, mobilité, crépitation ; les signes locaux : déplacements en travers par rotation, ou angulaire, avec raccourcissement, et écartement des fragments quand la fracture est oblique.

Lorsque la fracture est simple, transversale, facile à réduire, sans raccourcissement, sans chevauchement, les divers appareils usités ont à peu près tous une égale efficacité, et encore bien qu'il y ait des inconvénients réels à soustraire le membre à l'action tonique de l'air et de la lumière, à l'atrophier par une compression circulaire, etc., etc., les appareils inamovibles jouissent dans les cas simples d'une vogue assez générale, mais qui, à notre sens, n'est justifiée que faute de mieux. Les praticiens savent, en effet, que les fractures, même quand elles sont simples, entraînent d'ordinaire la saillie des fragments, surtout la saillie en avant du fragment supérieur, et que pour refouler ce fragment il faut une puissance qui manque au bandage inamovible; aussi lui préférons-nous, même dans les cas simples, notre appareil, qui présente, comme on le verra, l'équivalent d'un ou de plusieurs doigts pour repousser en arrière, par une action permanente, ces fragments saillants.

Notre mémoire sur les fractures du corps et du col du fémur contient l'analyse des avantages et des inconvénients des bandages préconisés pour les fractures du membre pelvien; nous n'en reparlerons pas. Qu'il nous suffise de rappeler que les appareils n'étant que des moyens de remplir les indications, un bon appareil doit satisfaire à toutes celles qui peuvent surgir pendant toute la durée du traitement.

« Je ne craindrais pas de défier un chirurgien de me montrer une fracture oblique de jambe guérie sans raccourcissement. » Ces paroles, reproduites le 4 novembre 1843 par la *Gazette des Hôpitaux*, et qui aujourd'hui encore résument l'opinion généralement admise, sont de M. Velpeau. Ce défi porté par cet éminent chirurgien ne prouve qu'une seule chose, l'insuffisance des bandages usités; il justifie parfaitement tous les efforts tentés pour faire mieux. L'Académie des sciences appréciera les nôtres.

Avant de faire choix d'un appareil pour les fractures de jambe, on doit se bien rendre compte des indications auxquelles il devra satisfaire. Ainsi il ne faut jamais oublier :

1° Que le déplacement suivant la circonférence ou par rotation se reproduit chaque fois que le pied se renverse en dedans ou en dehors. De là l'indication de l'immobiliser dans une bonne position. Pour cela il faut redresser l'articulation tibio-tarsienne, de manière que la plante du pied se présente bien carrément sans se renverser en dedans ni en dehors, et que le bord interne du gros orteil corresponde au bord interne de la rotule.

2° Que le déplacement suivant l'épaisseur de l'os, ou en travers, presque toujours complet pour le péroné, incomplet pour le tibia, ne disparaît quelquefois qu'assez difficilement, à cause des engrenages des fragments, et que le fragment supérieur du tibia, par sa persistance à vouloir se porter en avant et en dedans, exige pour reprendre sa position normale très souvent des efforts puissants et permanents, analogues à ceux des doigts du chirurgien quand il affronte les fragments par la coaptation.

3° Que le déplacement angulaire, ordinairement déterminé par la cause vulnérante, et entretenu par la contraction des muscles, peut être accru par des tressaillements spasmodiques. Ainsi, le calcanéum tiré en arrière par le tendon d'Achille entraîne nécessairement avec lui le fragment inférieur, qui remonte alors en glissant sous le fragment supérieur. Nous avons remarqué, et il est étonnant que les auteurs n'en parlent pas, que le fragment inférieur est encore entraîné en arrière quand la pointe du talon porte sur l'appareil. Outre le renversement en arrière du fragment inférieur, il survient alors des douleurs intolérables, même des eschares au talon. On prévient la mauvaise direction du fragment inférieur, les douleurs et les eschares, en garnissant avec soin à l'aide d'un coussin dont nous parlerons l'espèce d'arceau qui se trouve entre la naissance du mollet et la saillie déterminée par le calcanéum, laquelle doit toujours rester libre et en dehors de l'appareil.

4° Que le chevauchement presque exclusivement dévolu aux fractures obliques est susceptible de si grands écarts qu'il n'est pas rare, à la suite d'une chute d'un lieu élevé, que le fragment supérieur traverse les parties molles et s'enfonce dans le sol. Malgré la déchirure des brides ligamenteuses et musculaires insérées tout le long des os de la jambe, les difficultés de la réduction sont souvent encore presque insurmontables, et, quand on est parvenu à en triompher, le déplacement se reproduit facilement à cause de la contraction incessante des muscles si l'on n'applique un appareil à extension permanente. Il ne faut pas confondre l'écartement des fragments accompagné de raccourcissement avec le simple déplacement en travers. Le premier exige des efforts de coaptation secondés préalablement par l'extension, tandis que la coaptation seule suffit presque toujours pour le second.

Ce n'est pas tout.

L'extrémité pointue du fragment supérieur est quelquefois si proéminente qu'elle menace de percer la peau fortement tendue et soulevée.

On a attribué cette saillie, d'une part, au croisement du fragment inférieur, qui ne peut remonter sous la face postérieure du fragment supérieur sans le soulever. C'était l'opinion de Pott; aussi, loin de vouloir abaisser la pointe du fragment de vive force à l'aide d'un moyen mécanique, comme le tourniquet de J.-L. Petit, pensait-il qu'il suffit d'agir simplement sur le fragment inférieur pour le remettre de niveau avec le supérieur en relâchant les muscles à l'aide du décubitus latéral et de la demi-flexion; mais cette pratique est insuffisante, et Dupuytren en la modifiant n'a pas été beaucoup plus heureux. Il conseillait de placer la jambe demi-fléchie sur sa face postérieure quand l'obliquité va d'un côté à l'autre, et sur sa face externe quand l'obliquité va d'avant en arrière ou d'arrière en avant.

M. Malgaigne pense que le fragment supérieur se trouve sollicité en avant par l'incessante contraction des puissants muscles insérés à la rotule : de là l'indication de fléchir légèrement l'articulation du genou et de placer le membre sur un plan incliné, comme pour les fractures de la rotule.

Mais le plus souvent cela ne suffit pas.

La saillie du fragment supérieur se montre parfois si rebelle dans certaines fractures obliques qu'elle résiste même à la section du tendon d'Achille faite une fois par M. Laugier.

A l'exemple de M. Meynier (d'Ornans), M. Bérard est parvenu, il est vrai, à réduire ainsi une fracture jusque-là irréductible; mais le remède n'est pas sans danger; outre qu'il peut être impuissant, il peut occasionner la mort, comme dans le cas de M. Laugier.

Pour vaincre cette résistance, M. Malgaigne a imaginé un appareil particulier.

Cet appareil, dont l'auteur se loue beaucoup, agit à la manière du tourniquet perfectionné. Ainsi, tandis que le tourniquet exerce une compression circulaire et en masse, M. Malgaigne, empruntant au compresseur de Dupuytren l'idée d'un arc métallique, embrasse les trois quarts antérieurs de la jambe en évitant toute action compressive. Le cercle est complété en arrière par un fort ruban armé d'une boucle pour le serrer convenablement. Du centre de l'arc, à travers un écrou, descend une vis de pression à pointe très aiguë, qu'on fait jouer après extension, contre-extension et coaptation préalables. La vis remplace le doigt qui refoulait le fragment; on la retire après vingt à trente jours; la piqûre tégumentaire guérit le plus souvent, dit l'auteur, en vingt-quatre heures. Quelques mécomptes survenus dans la pratique sont cause que ce moyen n'a pas obtenu grande faveur, et cependant il y a un intérêt majeur à faire disparaître la saillie du fragment supérieur.

En effet, la persistance d'un angle saillant même médiocre dénote dans l'affrontement des fragments un vice qui retarde la consolidation des fragments. Que si la saillie est plus forte, elle constitue une véritable difformité capable d'ulcérer la peau, d'entraîner une nécrose et des douleurs interminables. Si l'angle est plus prononcé encore, la consolidation devient de plus en plus difficile, et la difformité peut se compliquer d'une claudication temporaire, sinon définitive.

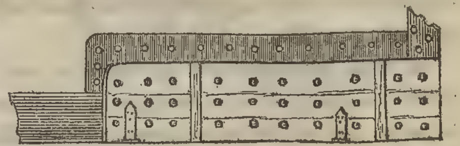
Notre appareil permet de refouler la saillie du fragment supérieur par un moyen très simple et inoffensif. Nous le ferons connaître dans la description du bandage que depuis tant d'années nous employons avec succès pour le traitement des fractures de la jambe. Ce bandage est actuellement adopté par un grand nombre de praticiens, ainsi que nous nous en sommes convaincu dans nos tournées annuelles d'inspection des hôpitaux où sont reçus les militaires.

DESCRIPTION DE NOTRE APPAREIL.

Nous l'avons dit à l'occasion des solutions de continuité du fémur, de tous les appareils, le meilleur serait, sans contredit, celui que représentent le chirurgien et ses aides au moment où leurs doigts maintiennent une fracture réduite.

La contre-extension est confiée à un aide qui entoure le genou de ses mains; l'extension est faite par un autre aide dont la main gauche embrasse solidement le talon, tandis qu'il applique quatre doigts de sa main droite sur le métatarse et le pouce à la plante du pied, afin de faire effort sur celui-ci tout en le maintenant à angle droit avec la jambe. Le chirurgien fait la coaptation; il a recours au besoin à de nouvelles puissances, à des lacs confiés à un plus grand nombre d'aides et agissant sur l'aine et sur le pied. Ici tous les efforts sont parfaitement harmonisés pour concourir à un but commun, et l'affrontement des fragments arrive à une précision si rigoureuse que toute trace de fracture peut disparaître.

L'intelligence des doigts du chirurgien et de ses aides, nous avons cherché à la reproduire dans notre appareil. Les différentes pièces qui le compose sont : une boîte en chêne, un long coussin, ou petit matelas de crin, un autre petit coussin appelé talonnière, des bandelettes disposées comme dans le bandage de Scultet, de la ouate, des lacs pour l'extension, la contre-extension et la coaptation.



La *boîte*, ou *caisse*, est à ciel ouvert, formée par quatre parois, une inférieure, deux latérales et une terminale, ou digitale.

La paroi inférieure, ou plancher, doit avoir, pour un homme de taille ordinaire, 73 centimètres de longueur, 22 de large. Trois échancrures sont creusées sur son rebord fémoral; une centrale très large, pour recevoir la flexion du jarret; deux autres, une de chaque côté de celle-ci, beaucoup plus petite, pour donner passage aux lacs de la contre-extension.

Les parois latérales, ou murailles, sont mobiles, articulées par des charnières à la paroi inférieure, susceptibles de s'abattre au niveau de ce plancher. Quand l'appareil est appliqué, elles sont verticalement fixées par des crochets à l'extrémité digitale de la boîte. Leur longueur, moindre que celle du plancher, est de 65 centimètres; leur hauteur est de 25 centimètres. L'une et l'autre sont percées de trois rangées parallèles de trous espacés de 3 centim., et capables d'admettre librement le doigt indicateur. Ces trous sont comme autant de doigts d'attente pour agir sur les lacs de la coaptation.

La paroi terminale ou digitale de la boîte est également mobile, articulée par deux charnières avec le plancher. Quand elle fonctionne elle est relevée et fixée par deux crochets aux parois latérales de la boîte. Cette paroi digitale, espèce de chevalet, est percée de trois rangs de trous pour le passage des liens extenseurs; elle a la même largeur que le plancher; sa hauteur est de 30 centimètres; son bord supérieur est échancré pour le passage des lacs.

Le *long coussin*, ou *petit matelas* en crin, souple, épais de cinq grands travers de doigt, fabriqué au moment de s'en servir à l'aide d'un drap plié en plusieurs doubles, sans coutures, fermé simplement sur les côtés par quelques épingles de distance en distance, doit un peu déborder dans tous les sens le plancher de la boîte. La face postérieure de la jambe s'y creusera nne gouttière destinée à la soutenir et à la défendre contre toute pression douloureuse.

La talonnière est un petit coussin de crin également très souple, large de quatre travers de doigt, long de dix, destiné à occuper l'espèce de voûte qui se trouve entre la pointe du talon, qu'il doit laisser libre, et la naissance du mollet; il a près du talon une épaisseur de trois travers de doigt qui va en diminuant jusqu'au mollet, où elle est réduite à 1 centimètre. Ce coussin est fabriqué à l'instant avec du crin et une compresse non cousue. Bien appliqué et touchant sur tous les points, à l'exclusion de la pointe du talon, il prévient le renversement en arrière du fragment inférieur dans les fractures du tiers inférieur de la jambe, et de plus les douleurs et les eschares au talon.

Le plancher de la boîte déployée est recouvert avec le long coussin sur lequel on étale des bandelettes de Scultet pour couvrir la jambe depuis le pied jusqu'au-dessus de la rotule. Une compresse longuette, de la longueur de la face postérieure de la jambe qui reposera sur elle, est mise au centre de ces bandelettes; puis, sur cette compresse, à partir du point qu'occupera le calcanéum jusqu'à la naissance du mollet, on place six autres bandelettes destinées à fixer sous le tendon d'Achille le petit coussin appelé talonnière. Cette talonnière est elle-même ensuite déposée sur les six bandelettes, et la boîte ainsi préparée se trouve toute prête pour s'en servir. Mais avant de la mettre en place, il faut disposer sur le pied et sur le genou les agents de l'extension et de la contre-extension.

C'est sur le pied que s'opère l'extension. A cet effet, on l'enveloppe, surtout à la face dorsale, d'une épaisse couche protectrice de ouate qu'on assujettit par quelques tours d'une bande peu serrée. On prend alors deux bouts d'une bande ordinaire ou en tissu élastique longs de 1 mètre; on les suspend parallèlement à la face plantaire du pied, de façon que le milieu corresponde à la voûte du pied, et sur cette voûte on adapte une petite plaque de carton pour leur donner du soutien. Ce petit appareil est ensuite maintenu en place par des tours de bande croisés du bandage de l'étrier. Les quatre chefs des deux bouts de bande ainsi fixés à la voûte du pied sont autant de lacs qui serviront à opérer l'extension sur le pied.

J'avais pensé à les placer au-dessous des malléoles; mais leur action n'est pas ainsi aussi efficace.

Ce bandage du pied est ensuite rendu inamovible en l'imprégnant de trois couches d'une solution concentrée de gomme arabique.

La contre-extension s'opère sur les côtés du genou. Une épaisse couche de ouate que soutiennent quelques jets circulaires de bande peu serrés entoure le genou. On place sur l'un et sur l'autre condyle la partie moyenne d'un lien élastique ou de toile, de la largeur d'une bande ordinaire et long de deux mètres, qu'on fixe en continuant le bandage circulaire. On replie sur la cuisse le chef inférieur de l'un et de l'autre lien de manière à doubler le bout supérieur. On met dans l'angle de réflexion de ces liens une petite plaque de carton bien adaptée à la configuration des condyles, et on assujettit le tout par des tours de bande qu'on a soin de gommer. On dispose ainsi de quatre liens qui plus tard, réfléchis de bas en haut sur le rebord du plancher de la boîte, feront la contre-extension tout aussi bien que les mains d'un aide intelligent. La plaque de carton a pour effet d'empêcher le froncement des bandes, et de prévenir ainsi la formation de bourrelets capables d'ulcérer les téguments.

(1) Ce mémoire a été lu à l'Académie des sciences (séance du 15 janvier 1855).

Après ces préliminaires, on procède à l'application de l'appareil; on fait glisser la boîte, dont les côtés sont rabattus sous le membre soulevé par des aides, et l'on étend avec douceur la jambe sur la talonnière et sur le grand coussin dans lequel elle se creuse une profonde gouttière.

On engage les doigts sur les côtés du grand coussin, non cousu, pour bien garnir de crin les dépressions de la face postérieure de la jambe afin qu'elle porte partout parfaitement d'aplomb ; on garnit le creux poplité, et on le soulève un peu pour imprimer à l'articulation fémoro-tibiale une légère flexion. On a également soin de bien mouler la talonnière sous le tendon d'Achille, et on laisse libre la pointe du talon. On borde ensuite le petit matelas en roulant sur les côtés de la jambe en forme de fanons tout ce qui excède le plancher de la boîte; puis on croise sur la plante du pied, immédiatement au-dessous des lacs extenseurs, les angles du petit matelas de façon à soutenir solidement le pied, après les avoir fixés avec de fortes épingles.

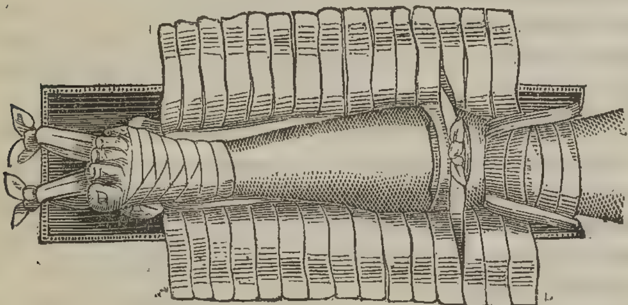
Ceci fait, on ferme la boîte en relevant ses parois, à l'exception de la muraille externe, qui reste rabattue, afin de procéder plus facilement à la réduction de la fracture.

RÉDUCTION DES FRACTURES DE LA JAMBE.

La réduction est indiquée toutes les fois qu'il existe un déplacement des fragments.

Si le déplacement est angulaire, il suffit de ramener le fragment inférieur à une direction normale. Quand le déplacement est par rotation, on fait tourner sur son axe jusqu'au degré nécessaire le fragment inférieur. Mais si le déplacement est avec chevauchement, raccourcissement, il faut recourir à l'extension sur le pied, à la contre-extension sur le genou et à la coaptation ; leurs auxiliaires sont les mains des aides, des lacs et même des machines.

Contre-extension. — Réfléchis en haut sur les deux petites échancrures du plancher de la boîte, et ramenés au verso de celle-ci jusqu'à la planchette digitale, les lacs de la contre-extension sont saisis par un aide qui tire sur eux jusqu'à ce qu'ils soient suffisamment tendus pour retenir le genou et l'empêcher de descendre quand agira l'extension sur le pied, puis il les fixe par un nœud dans les trous de cette planchette.



Extension. — Dès qu'à l'aide des mains on a opéré sur le pied des tractions douces, graduées, sans secousses, jusqu'à ce qu'on ait rendu à la jambe sa longueur et sa direction naturelles, on remplace les mains par les lacs extenseurs qu'on attache, après les avoir tendus, dans les trous de la planchette digitale. On choisit les trous d'une rangée plus ou moins élevée, selon que l'on veut plus ou moins soulever le pied, on utilise ceux qui sont dans l'axe du membre ou ceux qui s'en écartent, selon la direction que l'on veut imprimer au fragment inférieur. Le dessin ci-joint fait voir le membre dans l'appareil soumis aux puissances de l'extension et de la contre-extension. La fracture est au tiers supérieur du tibia, Le fragment supérieur fait une saillie prononcée; il est refoulé en arrière par une compresse et par une bande, dont les deux chefs empruntent leur puissante action aux trous des parois de la boîte dans lesquels ils sont réfléchis. (*La suite à un prochain numéro.*)

RÈGLEMENT

sur la réception des officiers de santé, des pharmaciens, herboristes et sages-femmes de deuxième classe.

Nous publions aujourd'hui l'arrêté du ministre de l'instruction publique du 23 décembre dernier, que le défaut d'espace nous a empêché de donner jusqu'ici.

Art. 1er. Les officiers de santé, les pharmaciens, herboristes et sages-femmes de 2e classe, qui, en exécution de l'article 19 du décret du 22 août 1854, continuent à n'exercer leur profession que dans les départements pour lesquels ils ont demandé à être examinés, sont reçus par la Faculté de médecine, l'Ecole supérieure de pharmacie ou l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie dans la circonscription de laquelle ils se proposent d'exercer.

Art. 2. La circonscription des Facultés de médecine, des Ecoles supérieures de pharmacie et des Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie, en ce qui concerne la délivrance des certificats d'aptitude pour les professions d'officier de santé, de pharmacien, herboriste et sage-femme de 2e classe, est réglée de la manière suivante :

Académie de Caen. — La circonscription de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen embrasse les départements de l'Orne, de la Sarthe, du Calvados et de la Manche. — La circonscription de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen embrasse les départements de la Seine-Inférieure et de l'Eure.

Académie de Douai. — La circonscription de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Lille embrasse les départements du Nord et des Ardennes. — La circonscription de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Arras embrasse le département du Pas-de-Calais. — La circonscription de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens embrasse les départements de la Somme et de l'Aisne.

Académie de Paris. — La circonscription de la Faculté de médecine et de l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris embrasse les départements de la Seine, de Seine-et-Oise, d'Eure-et-Loir, de Loir-et-Cher, du Cher et du Loiret. — La circonscription de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims embrasse les départements de la Marne, de Seine-et-Marne et de l'Oise.

Académie de Poitiers. — La circonscription de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers embrasse les départements de la Vienne, des Deux-Sèvres et de la Vendée. — La circonscription de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours embrasse le département d'Indre-et-Loire. — La circonscription de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges embrasse les départements de la Haute-Vienne, de la Charente-Inférieure et de la Charente.

Académie de Rennes. — La circonscription de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes embrasse les départements d'Ille-et-Vilaine, des Côtes-du-Nord et du Finistère. — La circonscription de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Nantes embrasse les départements de la Loire-Inférieure et du Morbihan. — La circonscription de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers embrasse les départements de Maine-et-Loire et de la Mayenne.

Pour les Académies d'Aix (Marseille), Besançon, Bordeaux, Clermont, Dijon, Grenoble, Lyon, Montpellier, Nancy, Strasbourg et Toulouse, la circonscription de l'Ecole de médecine et de pharmacie embrasse tous les départements compris dans l'Académie.

Art. 3. Par exception aux articles qui précèdent et conformément aux articles 14 et 24 de la loi du 21 germinal XI, aucun pharmacien de 2e classe ne pourra être reçu pour les départements de la Seine, de l'Hérault et du Bas-Rhin, qui sont siéges d'une Ecole supérieure de pharmacie.

Art. 4. Les sessions d'examen des Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie sont présidées :

Pour les Ecoles situées dans les Académies de Paris, de Douai, de Rennes, de Poitiers et de Caen, par un professeur de la Faculté de médecine ou de l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris;

Pour les écoles situées dans les Académies de Montpellier, d'Aix, de Grenoble, de Clermont, de Toulouse et de Bordeaux, par un professeur de la Faculté de médecine ou de l'Ecole supérieure de pharmacie de Montpellier ;

Pour les écoles situées dans les Académies de Strasbourg, de Nancy, de Besançon, de Lyon et de Dijon, par un professeur de la Faculté de médecine ou de l'Ecole supérieure de pharmacie de Strasbourg.

Le président des sessions d'examen est désigné, chaque année, par le ministre de l'instruction publique, après avis des Facultés.

Art 5. Dans les Facultés de médecine, les Ecoles supérieures de pharmacie, les Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie, des registres d'inscriptions sont ouverts séparément : 1° pour les aspirants au doctorat en médecine; 2° pour les aspirants au titre de pharmacien de 1re classe; 3° pour les aspirants au titre d'officier de santé ; 4° pour les aspirants au titre de pharmacien de 2e classe.

Art. 6. Les aspirants au titre d'officier de santé ou de pharmacien de 2e classe ne peuvent prendre leur première inscription avant l'âge de dix-sept ans révolus, et sans justifier, devant un jury spécial composé de trois membres et formé par les soins du recteur de l'Académie, de connaissances enseignées dans la division de grammaire des lycées. Les candidats pourvus du certificat délivré conformément aux prescriptions de l'article 2 du décret du 10 avril 1852 sont dispensés de l'examen.

Les aspirants au titre d'officier de santé ou de pharmacien de 2e classe, en cours d'étude, qui voudraient, après avoir obtenu le grade de bachelier ès sciences, passer dans la catégorie des aspirants au doctorat en médecine ou au titre de pharmacien de 1re classe, subiront une réduction de quatre inscriptions, quel que soit le nombre de celles qu'ils auront prises antérieurement, en y comprenant la réduction prévue par le paragraphe 2 de l'article 12 du décret du 22 août 1854.

Art. 7. Les aspirants au titre d'officier de santé ne sont pas admis à subir leur dernier examen avant l'âge de vingt et un ans révolus.

Art. 8. Le premier examen d'officier de santé comprend l'anatomie et la physiologie; le second, la pathologie interne, la pathologie externe et les accouchements; le troisième, la clinique interne et externe, la matière médicale, la thérapeutique et une composition écrite sur une question tirée au sort parmi un certain nombre de sujets arrêtés d'avance par le jury d'examen.

La durée de chaque examen oral est fixée à trois quarts d'heure.

Art. 9. Dans les Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie, le jury d'examen des officiers de santé et des sages-femmes se compose, outre le président, de deux professeurs titulaires ou adjoints.

Art. 10. Pour le premier examen d'officier de santé, le jury est choisi, sur la désignation du directeur, parmi les professeurs titulaires ou adjoints d'anatomie, de physiologie, de pathologie externe, de clinique interne, de médecine opératoire ;

Pour le deuxième examen, parmi les professeurs titulaires ou adjoints de pathologie interne, de pathologie externe, d'accouchements, de clinique interne.

Pour le troisième examen, parmi les professeurs titulaires ou adjoints de clinique interne, de clinique externe, de matière médicale et de thérapeutique.

Le professeur d'accouchements fait nécessairement partie du jury chargé de délivrer le certificat d'aptitude à la profession de sage-femme.

Art. 11. Dans les Facultés de médecine, le jury d'examen des officiers de santé ou des sages-femmes est composé de deux professeurs titulaires et d'un agrégé, choisis par le doyen, suivant la nature de l'examen, dans les catégories indiquées en l'article 8 ci-dessus, en y ajoutant, pour le deuxième examen d'officier de santé, le professeur de pathologie générale.

Art. 12. Le premier examen de pharmacien de 2e classe porte sur la chimie, la physique et la toxicologie. L'épreuve est précédée de l'explication d'un passage du Codex latin.

Le deuxième examen porte sur l'histoire naturelle médicale et la pharmacie. Le candidat est tenu de déterminer trente échantillons de matière médicale et vingt plantes.

Chacun de ces deux examens dure une heure au moins.

Le troisième est un examen pratique. Le candidat exécute des préparations chimiques et pharmaceutiques.

Cet examen se partage en deux séances :

Dans la première, le candidat met sous les yeux du jury les matières premières dont il a fait choix ; il les étudie et les décrit sous les points de vue suivants :

Histoire naturelle, propriétés chimiques, sophistications, moyens de constater la pureté des produits.

Dans la seconde séance, le candidat expose les produits qu'il a obtenus ; il en montre les propriétés et les caractères. Il fait connaître comment il les a préparés.

Les préparations, au nombre de dix au moins, doivent comprendre cinq médicaments galéniques et cinq produits chimiques. Le temps accordé pour ces préparations est de quatre jours au moins. Elles se font sous la surveillance des examinateurs.

Conformément à l'article 17 de la loi du 21 germinal an XI, le candidat en supporte les frais, qui, aux termes de l'article 21 du décret du 22 août 1854, sont fixés, par abonnement, à la somme de 150 francs.

L'examen d'herboriste de 2e classe porte sur la connaissance des plantes médicinales, les précautions nécessaires pour leur récolte, leur dessiccation et leur conservation.

Art. 13. Dans les Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie, le jury d'examen des pharmaciens et herboristes de 2e classe se compose, outre le professeur de l'Ecole supérieure de pharmacie, président, de deux professeurs titulaires ou adjoints de l'Ecole préparatoire désignés par le directeur parmi les professeurs de pharmacie, de toxicologie et de matière médicale.

Dans les Ecoles supérieures de pharmacie, le jury d'examen des pharmaciens et herboristes de 2e classe est composé de deux professeurs titulaires ou adjoints et d'un agrégé.

Art. 14. Dans les Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie, il y a par an une seule session d'examen, dont l'ouverture ne peut avoir lieu avant le 1er septembre de chaque année.

Les candidats se font inscrire au secrétariat de l'Ecole du 10 au 25 août. Le registre d'inscription est clos ledit jour, et la liste des candidats dont l'inscription est régulière est adressée immédiatement au président désigné pour la session d'examen, qui fait connaître au directeur de l'Ecole, par l'intermédiaire du recteur de l'Académie, le jour où il pourra présider les opérations du jury.

Devant les Facultés de médecine et les Ecoles supérieures de pharmacie, les examens ont lieu dès qu'on a pu compléter une série de cinq candidats.

Un candidat refusé par une Faculté de médecine ou par une Ecole supérieure de pharmacie est ajourné à trois mois au moins.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

On lit dans la *Revue thérapeutique du Midi :*

« M. Dumas, professeur d'accouchements à la Faculté de médecine de Montpellier, a pratiqué le 7 de ce mois l'opération césarienne chez une femme de vingt-trois ans, rachitique, et dont le bassin, rétréci d'avant en arrière, présentait une saillie du promontoire telle que le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur ne mesurait que 50 millimètres. Le travail de l'accouchement était commencé depuis le 1er janvier, et la poche des eaux était rompue depuis le 3; la femme, qui habitait une localité située à quinze lieues de Montpellier, fut amenée en voiture au milieu d'atroces douleurs. L'opération, pratiquée peu d'heures après l'arrivée de cette femme, a permis d'extraire un fœtus à terme, en état d'asphyxie, que l'on a pu rappeler à la vie, et dont l'existence semble assurée. Quant à la mère, elle a survécu trois jours à l'opération, et a succombé avec des symptômes de péritonite. L'espace nous manque aujourd'hui pour donner de plus grands détails sur ce fait intéressant, qui sera rapporté plus longuement dans un de nos prochains numéros. Disons seulement que c'est la première fois de mémoire d'homme que cette opération est pratiquée à Montpellier sur le vivant. »

— Le concours pour l'agrégation en médecine à la Faculté de Montpellier vient de se terminer par la nomination de M. Girbal.

— M. le docteur Medynski, ex-chef de clinique de l'Université de Cracovie, ancien chirurgien major de l'armée polonaise, vient de mourir à Cassis (Bouches-du-Rhône).

— M. Clias, professeur de gymnastique, qui vient de mourir à Berne, a légué à cette ville plusieurs sommes considérables pour des objets d'utilité générale, sous la condition que son squelette serait exposé dans le musée d'histoire naturelle, pour démontrer à tous l'heureuse influence de la gymnastique sur le corps humain.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues à la Faculté de médecine par MM. :

Macry, né le 5 novembre 1822 à Céphalonie (îles Ioniennes); *De l'iritis aiguë.*

Denayville, né le 1er janvier 1824 à Gisors (Eure); *Etudes sur les altérations anatomiques, les causes et le traitement du rachitisme.*

Vizerie, né le 4 septembre 1826 à Bergerac (Dordogne); *De l'usage de la saignée en médecine.*

Doumic, né le 25 août 1831 à Paris (Seine) ; *De l'opération de la cataracte par kératotomie supérieure.*

Roby, né le 22 août 1828 à Nontron (Dordogne) ; *De la douleur considérée comme moyen thérapeutique de l'inflammation.*

Branère, né le 27 décembre 1824 à Pontoux (Landes) ; *Considérations sur les convulsions.*

Nous rappelons à MM. les docteurs que leurs thèses seront annoncées dans l'un des numéros qui suivra la remise qu'ils en auront faite à notre bureau.

LE SOUBD.

Paris. — Typographie de PLON frères, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr.
Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 22 JANVIER 1855.

Séance de l'Académie des Sciences.

La séance de l'Académie des sciences a été riche, cette fois, en communications médicales, et principalement chirurgicales. On sent l'approche du moment solennel qui, parmi tant de légitimes compétitions, va décider quelle sera la plus heureuse.

M. Laugier a communiqué la suite de ses intéressantes recherches sur le travail physiologique et sur les phénomènes morbides qui se passent à la surface des plaies suppurantes. L'histoire de la pourriture d'hôpital et de la gangrène sénile des bourgeons charnus a fait l'objet principal de ce second mémoire, dans lequel M. Laugier a cherché à élucider plusieurs questions d'anatomie pathologique restées jusqu'ici assez obscures, malgré les travaux d'Ollivier, de Delpech et de quelques autres chirurgiens de renom. Telle est, par exemple, la question de savoir si les deux variétés de pourriture d'hôpital décrites dans les auteurs, la gangrène ulcéreuse et la gangrène pulpeuse, ne sont que des formes ou des variétés différentes d'une seule et même affection, ou si elles constituent, en réalité, deux affections de nature différente. Telle est encore celle-ci : le produit membraneux qui revêt la plaie dans la forme pulpeuse de la pourriture d'hôpital, est-il une véritable fausse membrane, comme l'ont cru quelques anatomo-pathologistes, ou bien ne fait-elle pas partie intégrante de la membrane des granulations, et est-elle, en définitive, autre chose que la couche de lymphe organisable de l'état sain, dont l'organisation aurait avorté dans la pourriture d'hôpital ? etc.

Enfin, M. Laugier signale et décrit sous le nom de gangrène sénile des bourgeons charnus, une troisième forme de pourriture dont l'étude l'a mis sur la voie d'une nouvelle théorie de l'ulcération qu'il se promet de développer plus tard.

M. Baudens a lu un mémoire sur le traitement des fractures de jambe dont nous avons commencé la publication, et où l'on trouvera l'exposé des principes qu'il a déjà formulés dans un précédent travail à l'occasion des fractures du fémur, ainsi que les heureuses applications qu'il en a faites au traitement des fractures de la jambe.

La méthode des injections pour le traitement des anévrismes a fait une nouvelle apparition à l'Académie par l'organe de M. Le Roy-d'Étiolles. Ce n'est point la défense du perchlorure de fer qu'a prise dans cette circonstance M. Le Roy, mais celle de la méthode des injections en général. Il propose plusieurs agents sur la valeur desquels l'expérience sera le seul et souverain juge. Cette nouvelle campagne sera-t-elle plus heureuse que celle de MM. Pravaz et Lallemand? L'avenir en décidera. C'est aux expérimentateurs à fournir les éléments de cette solution.

En dehors des sujets de compétition académique, nous avons encore deux communications intéressantes à signaler : celle de M. Alvaro Reynoso sur l'influence des ventouses comme moyen de prévenir l'absorption, et partant l'action toxique du curare, et celle de M. P. Roux sur de nouvelles tentatives de culture du pavot. Les résultats obtenus par M. Roux sont dignes de la plus sérieuse attention, au double point de vue économique et médical. — Dr Brochin.

(A cause de l'abondance des matières, nous sommes obligé de renvoyer le compte rendu de la séance au numéro prochain.)

Du rôle du microscope dans le diagnostic du cancer.

La discussion sur le cancer est close ; elle est close non-seulement de par l'autorité du bureau, mais elle l'est encore par le fait de l'épuisement de la question. Elle ne saurait être reprise ou continuée maintenant sans se répéter et sans tourner dans le même cercle. La cause est suffisamment instruite. Nous pensons néanmoins qu'on nous saura gré de publier les documents suivants, que M. le docteur de Pietra-Santa a bien voulu nous communiquer, et qui font connaître l'opinion de deux professeurs italiens sur cet important sujet, MM. Ranzi et Regnoli (de Florence).

Ces deux savants confrères occupant une place éminente dans la chirurgie italienne, il sera sans doute intéressant de faire connaître leur manière d'envisager la question.

La science et l'art réclament de nouvelles études sur le fait clinique et l'anatomie pathologique du cancer, afin d'établir d'une manière plus certaine les doctrines qui se rapportent à cette cruelle maladie.

Les travaux entrepris de nos jours avec ce grand instrument d'investigation (le microscope) n'ont pas apporté dans ce chaos des tissus morbides la lumière que l'on avait espérée tout d'abord ; il n'est pas encore possible d'établir les espèces et les différences essentielles de ces tissus sur des éléments anatomiques certains, et il est des médecins qui refusent au siècle et aux savants infatigables qui ont vieilli sur le microscope la conquête d'une classification intelligente des produits morbides.

La pratique manquant d'un critérium qui puisse établir une distinction précise entre les tissus homœomorphes et les hétéromorphes, nous serons réduit à concentrer toute notre attention sur les apparences extérieures des produits et à invoquer le critérium des faits cliniques, plus important et plus solide qu'on ne l'a pensé dans ces derniers temps.

Trois questions principales peuvent être posées :

1° Distinguer les affections cancéreuses de celles qui, malgré quelques apparences extérieures, n'en ont pas la véritable nature ;

2° Déterminer la curabilité du cancer ;

3° Etablir s'il est utile ou nuisible de le combattre chirurgicalement.

De tout temps les cliniciens ont reconnu des produits cancéreux et des produits qui ne le sont pas, des tumeurs malignes et des tumeurs bénignes (doctrine Ledran ; enseignement Boyer ; études d'A. Cooper, Cruveilhier et Velpeau) ; distinctions rendues plus scientifiques par les progrès de l'anatomie pathologique.

A la naissance de l'histologie, l'application du microscope à l'étude des éléments anatomiques et des tissus pathologiques a donné lieu à une nouvelle classification des tissus anomaux, fondée sur l'élément morphogène. Dès lors le cancer a été distingué des autres tissus par l'élément anatomique hétéromorphe, par sa cellule spécifique ; dès lors la cellule cancéreuse de Müller est devenue un dogme, un principe régulateur pour le chirurgien au lit du malade.

Quant à nous, dès 1850, en cherchant à établir un rapport précis entre la cellule cancéreuse et la marche clinique du cancer, nous avions constaté que certaines productions épidermiques ne pouvaient pas être considérées comme bénignes, quoique le microscope n'y découvrît pas la cellule caractéristique, que d'autre part il existait des productions malignes dans ladite cellule.

Production épithéliale où il existe de l'accord entre le fait clinique et l'inspection anatomique. — A. Vieille femme ayant au dos de la main gauche et de l'avant-bras un ulcère vaste, profond, anfractueux, fongueux, d'où s'écoule une sanie fétide ; la base et les rebords sont durs et lardacés ; la matière qui est à la surface blanchâtre, grumeuse, sébacée. Pas d'hémorrhagie, pas de douleur lancinante, pas de cachexie cancéreuse. L'examen microscopique attentif des fongosités et de l'ichor ne révèle pas la présence de la cellule cancéreuse dans cette production épithéliale bien caractérisée. L'état général de marasme contre-indique l'opération ; mais peu à peu une réparation a lieu dans cette vaste solution de continuité ; les fongosités s'abaissent, se couvrent de bourgeons vasculaires et l'épiderme se referme de la périphérie au centre.

Observations où l'on constate que le fait clinique est en désaccord avec le fait anatomique. — B. Production épithéliale située sur la lèvre d'un homme ; récidive d'une autre tumeur enlevée sur ce même point depuis plus d'un an. Dans les deux cas, pas de cellule pathognomonique à l'inspection du microscope.

C. Femme de soixante ans, ayant sur l'os zygomatique gauche un ulcère, suite de l'extirpation d'une tumeur née dans la même région. La base et les bords sont durs, lardacés ; une suppuration sanieuse s'écoule de la surface.

Des observations microscopiques répétées sur de petites portions de la tumeur et sur la sécrétion ichoreuse ne montrent que des éléments fibro-plastiques, des cellules épidermoïdales. Au moyen de la pâte de zinc, on obtient une cicatrisation presque complète, mais trois mois après toute la joue présente l'aspect d'un vaste ulcère. Hémorrhagies obstinées, douleurs des plus atroces, insomnies, cachexie cancéreuse des mieux caractérisées. Comme on vient

FEUILLETON.

DE L'ERGOT DE BLÉ.

Par M. le docteur M.-J. GRANCLÉMENT.

> Et ce champ ne se peut tellement moissonner,
> Que les derniers venus n'y trouvent à glaner.
> (LA FONTAINE.)

Nous publions ici le travail d'un jeune médecin sur les propriétés physiologiques de l'ergot de blé considéré comme un succédané de l'ergot de seigle, auquel il est identique. Il est à regretter que M. Grandclément se soit borné à indiquer l'emploi obstétrical de ce nouvel ergot et n'ait pas poursuivi ses recherches au delà de ce premier résultat ; qu'il n'ait pas cherché à savoir, par exemple, si cet ergot a, comme celui du seigle, une action hémostatique et une action stimulante des muscles de l'utérus en gestation ; si, donné avec les aliments, il produit l'ergotisme, la gangrène des extrémités, etc. Ce sont autant de points que nous signalons à notre laborieux confrère, afin qu'il ait à les éclairer par de nouvelles expériences.

Depuis la note de Camerarius insérée dans les *Actes des Curieux de la nature* en 1688, jusqu'au mémoire de M. Millet couronné en 1852, il n'y a peut-être pas de médicament sur lequel on ait autant écrit que sur l'*ergot de seigle*.

J'ai consulté tous les ouvrages que j'ai pu me procurer, non pour faire de nouvelles recherches en cette matière, je la crois suffisamment épuisée, mais avec le désir, et pourquoi ne le dirais-je pas? avec l'espérance de ne rien trouver qui se rapportât à l'ergot de blé.

Je ne veux pas donner ici la nomenclature de tous les ouvrages que j'ai lus, ce luxe d'érudition facile est inutile à mon sujet ; je citerai seulement ceux où il est parlé de l'existence de l'ergot de blé, soit que les auteurs l'aient eux-mêmes rencontré, soit qu'ils en aient admis l'existence sur la foi d'autres personnes.

L'article qui se rapporte le plus, en apparence, à l'ergot de blé est de 1710 ; il est rédigé sous le titre suivant : *Sur le bled cornu, appelé ergot*.

Heureusement que le titre seul m'a donné de l'inquiétude. L'auteur dit formellement : *Ce n'est que dans le seigle que l'on trouve l'ergot.*

Cet article, dans lequel l'auteur parle des accidents que produit le seigle ergoté, ne dit même rien des propriétés obstétricales de l'ergot de seigle.

Desfontaines, dans un rapport fait le 28 octobre 1816 à l'Académie des sciences, dit en parlant de l'ergot : « Cette maladie n'est pas particulière au seigle, comme quelques auteurs l'avaient cru. Le froment, » l'orge, plusieurs carex, etc., y sont sujets ; mais il ne paraît pas » qu'on l'ait observée sur aucune plante d'autre famille que celles des » cypéracées et des graminées. »

Un peu plus loin, le même rapporteur ajoute : « D'après M. Tessier, » l'ergot prend la forme du grain ; en sorte que celui du froment, par » exemple, est plus gros, plus obtus et moins allongé que celui du » seigle. »

Mérat et Delens, dans leur ouvrage, d'une érudition un peu désespérante, disent : « On en a observé (de l'ergot) sur d'autres graminées, » telles que le froment, l'avoine, l'ivraie, l'alpiste, le maïs, etc. »

Le long article de M. Bayle, qui résume en quelque sorte tout ce qui a été dit sur les propriétés thérapeutiques de l'ergot de seigle jusqu'en 1835, ne donne même pas à penser qu'il existe un ergot de blé.

Achille Richard, dans ses *Eléments d'histoire naturelle médicale*, dit bien : « La sphacélie se développe non-seulement sur le seigle, mais » encore sur le maïs et plusieurs autres graminées. » Il n'y a rien là de positif sur l'existence de l'ergot de blé.

Enfin dans le mémoire déjà cité de M. Millet, je lis cette phrase : « Les ergots ne se trouvent que dans les plantes glumacées (*graminées*, » *cypéracées*). »

Je n'ai pas été aussi heureux que je le désirais dans les recherches que j'ai faites. Plusieurs auteurs, comme je viens de le faire voir, on parlé de l'existence de l'ergot de blé ; quelques-uns même l'ont fait d'une manière assez vague. Je puis donc dire que personne jusqu'ici n'a écrit sur les propriétés thérapeutiques de l'ergot de blé, et c'est particulièrement sous ce point de vue que je me propose de l'étudier.

Comment se produit l'ergot? — Pour Tillet, c'est une production analogue aux galles. Diez, à Tubingue, parvint à faire développer des ergots en piquant avec une aiguille très fine les ovules fécondés de plu-

de le dire, à aucune période de la maladie on n'aperçoit sous le champ du microscope la cellule cancéreuse.

D. Une femme de quarante ans, ayant de belles couleurs et une santé florissante, est opérée en 1850 d'une tumeur à la région temporale gauche. Les caractères extérieurs de la tumeur, son examen anatomo-pathologique et microscopique la font regarder comme étant de nature fibro-plastique. La cicatrisation se fait complétement; malade et chirurgiens sont pleins de confiance dans la guérison, lorsque en 1852 il survient sur ladite région une grosseur; la tuméfaction s'étend à l'articulation temporo-maxillaire et le long de la région parotidienne au delà de l'angle de la mâchoire. On voit là un amas de glandes formant une tumeur dure, inégale, à croissance rapide, avec douleurs lancinantes. L'ancienne cicatrice se conserve intacte. Voilà donc une récidive sur place, mais dans les régions voisines, d'une tumeur où l'on n'avait pas constaté de cellule spécifique.

E. *Tumeur ayant une apparence encéphaloïde, à marche bénigne.* — Femme de cinquante ans; tumeur de la mamelle gauche, inégale, dure sur plusieurs points, molle sur d'autres. D'un côté on voit une ouverture qui donne issue à la matière purulente; de l'autre le tégument est rougeâtre, aminci. Symptômes de cachexie débutants. Le professeur d'anatomie microscopique (M. Pacini) constate dans la substance fongueuse la cellule cancéreuse type.

Pendant que le microscope continue à trouver la cellule, les fongosités s'affaissent, la tumeur se réduit considérablement, et l'ulcère prend l'aspect d'une simple plaie. Plus de deux ans se passent dans cet état de choses, puis la tumeur se mamelonne, le tégument prend une teinte rouge violacé, les caractères de l'encéphaloïde se dessinent. Cette tumeur n'a-t-elle pas eu une marche bénigne, quoique le microscope ait retrouvé à toutes ses phases la cellule spécifique?

F. *Cellule cancéreuse dans une tumeur à marche bénigne.* — En 1832, M. le professeur Regnoli extirpe à la région parotidienne une tumeur qui présente les apparences extérieures et les caractères anatomiques de l'encéphaloïde. Douze ans après, nouvelle tumeur sur la même région, augmentant très lentement. En 1849, elle acquiert le volume d'une orange; deuxième opération, très difficile et très délicate (apophyse styloïde à découvert). Le microscope constate une cellule cancéreuse nette, caractéristique. Cependant la cicatrisation se fait complétement, et aujourd'hui (1853) le malade n'a ni aucune trace de tumeur, ni aucune souffrance.

Ce fait est très intéressant. Production morbide avec les caractères du cancer (récidive, cellule cancéreuse) sans avoir sa marche maligne; douze ans d'intervalle entre l'extirpation et la récidive; cinq ans de temps pour atteindre la grosseur d'une orange; guérison datant de plus de trois années.

Le professeur Ranzi établit qu'il est difficile de donner une définition du cancer; on ne peut que décrire ses attributs principaux. La destruction des tissus dans lesquels il se développe, la substitution d'un nouveau produit n'est pas un caractère essentiel du cancer, car on retrouve cette propriété dans les tumeurs fibro-plastiques et épithéliales.

La rapidité de la destruction des tissus n'est pas non plus essentielle, car il y a des tumeurs fibro-plastiques qui se développent très rapidement, et des cancers à marche lente et rétrograde.

Les phases par lesquelles peut passer une tumeur n'ont pas d'importance capitale; pas plus le ramollissement que l'ulcération.

G. Femme ayant cinq petites tumeurs de grandeurs diverses, comme des noisettes, à la joue droite, vers l'angle de la mâchoire et sur le cou, mobiles sous la peau, indépendantes entre elles ou unies, ainsi que le fit voir l'opération, par un tissu cellulaire très lâche. Ce nouveau tissu ne s'était substitué à aucune autre espèce de tissu normal. Ces petites tumeurs constituaient la septième récidive. La femme avait été opérée six fois en onze ans. Pendant l'opération, on trouva profondément d'autres petites tumeurs de grandeurs diverses (petit pois, lentille, grain de millet). Dans toutes l'examen microscopique a fait voir la cellule cancéreuse.

H. Jeune homme de vingt-cinq ans. Tumeur très volumineuse qui s'étend de l'articulation temporo-maxillaire à l'angle de la mâchoire et transversalement de la région parotidienne à la commissure des lèvres, ulcérée sur un point; développement très rapide en sept mois.

Examen microscopique. — Elément fibro-plastique.

I. Homme de cinquante ans. Tumeur à la face interne de l'avant-bras du côté droit, commençant à l'articulation carpo-radiale et s'étendant à la moitié de l'avant-bras; peau rouge, marbrée; veines variqueuses. Antérieurement plaie par l'explosion d'un fusil chargé à petit plomb. Amaigrissement. Est-ce un abcès? est-ce une tumeur encéphaloïde? La désarticulation cubito-humérale est pratiquée; l'anatomie fait voir les caractères du fibro-plastique. L'évolution est très rapide.

K. Végétation du volume d'un gros œuf sur le haut du front d'un paysan, ayant acquis ce volume en un mois à la suite d'une lésion traumatique.

La récidive n'est pas un trait caractéristique du cancer, car une simple hypertrophie de la mamelle peut récidiver.

L. Une femme âgée de trente ans. Quarante jours après avoir accouché, pendant qu'elle nourrit son enfant, il survient à la mamelle droite une tumeur constituée en grande partie par la glande mammaire, à surface régulière, unie, mobile, ni dure, ni trop élastique; sur la peau blanche serpentent des veines bleuâtres, variqueuses; pas de douleur. La tumeur, datant d'une année, avait commencé par une petite glande augmentée insensiblement. Était-ce une tumeur fibro-gélatineuse ou encéphaloïde? L'extirpation a lieu. L'examen pathologique et microscopique ne démontre que le tissu de la glande mammaire à l'état normal. On avait donc à traiter une hypertrophie pure et simple de la mamelle.

Cependant, un an après, une récidive a lieu, et une deuxième opération est pratiquée à Ravenne.

Récidives sur parties éloignées. Tumeurs fibro-plastiques récidivant dans des tissus lointains. Observations Woillez (*Archives de médecine*), Godard (Société anatomique).

Q. Femme de quarante ans ayant subi trois opérations de cancer à la mamelle gauche dans l'espace de cinq ans.

Récidive sur place. Lésion énorme; cachexie cancéreuse. Quatrième opération sur les instances seules de la malade; extirpation, cicatrisation complète. Guérison pour le moment.

Dans les deux dernières productions, cellule cancéreuse caractéristique.

Le fait clinique démontre donc qu'on ne peut pas établir une distinction précise, absolue, rigoureuse entre la tumeur fibro-plastique et le véritable cancer. Déjà l'on avait constaté antérieurement dans le cancer une variété de marche et de gravité; l'on avait déterminé qu'il n'y a pas toujours accord entre le fait clinique et le fait anatomique; l'on avait affirmé que les variétés nosologiques ne répondent pas toutes à la structure anatomique spéciale du nouveau tissu.

S'il n'y a pas cliniquement des caractères spécifiques bien déterminés du cancer, quelle valeur doit-on accorder à la cellule spécifique, la cellule cancéreuse?

La cellule cancéreuse existe, elle a été vue et décrite par une foule d'observateurs.

Toutefois, Rokitanski conteste l'insuffisance de l'examen microscopique pour le diagnostic des nouvelles productions.

Schak, qui admet l'utilité du microscope pour reconnaître le cancer, avoue qu'il n'est pas capable de fournir les éléments d'un diagnostic différentiel des productions hétérologues.

Forster repousse la pensée de reconnaître dans le cancer un élément microscopique infaillible.

Pour MM. Regnoli et Ranzi, dans le squirrhe et l'encéphaloïde, qui peuvent être considérés comme les types anatomiques et cliniques du cancer, il existe une cellule dite cancéreuse.

Mais, pour eux, des tissus qui n'offrent pas la cellule peuvent avoir la marche clinique du cancer.

Pour eux, des tissus regardés comme non cancéreux, de nature bénigne, offrent souvent des cellules qui ressemblent beaucoup à celles dites cancéreuses.

Tout cela nous porte à conclure que la présence de la cellule peut démontrer la nature cancéreuse d'un nouveau tissu; son absence ne suffit pas pour lui enlever ce caractère.

La cellule cancéreuse n'est pas l'élément organique qui constitue la partie essentielle du cancer, comme, par exemple, les spermatozoïdes sont les éléments constitutifs du sperme.

La physiologie a démontré le rapport constant entre les spermatozoïdes et la fécondation; mais l'anatomie pathologique n'a pas trouvé de rapport entre la cellule cancéreuse et la manifestation clinique du cancer. La physiologie dit: Là où il n'y a pas d'animalcules spermatiques, il n'y a pas de fécondation.

L'anatomie pathologique dit: Le cancer existe même sans la cellule cancéreuse.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. CHASSAIGNAC.

Effets locaux du traitement de l'ophthalmie purulente pseudo-membraneuse des nouveau-nés par les douches oculaires.

On serait porté à croire que le refroidissement causé par les douches est susceptible de donner des coryzas, des bronchites, des pneumonies. Il n'en est rien cependant, car trois ou quatre enfants tout au plus sur 106 ont présenté quelques symptômes d'inflammation du côté des voies respiratoires.

Loin d'être compromise par ces douches fréquemment répétées, la constitution des enfants m'a paru en ressentir la plus heureuse influence. J'ai pris avec soin la statistique des enfants entrés et traités dans le service des ophthalmies depuis dix ans, et ces relevés m'ont conduit au résultat suivant:

Depuis l'année 1836 jusqu'au 15 juin 1847, dans une salle de 28 lits consacrés aux maladies des yeux, la mortalité a constamment été en moyenne de 1 sur 3; tandis que, dans l'espace de dix-huit mois que j'ai été chargé de ce service aux Enfants trouvés, elle a été de 1 sur 8. Cette différence énorme tient à ce que les enfants nouveau-nés qui étaient atteints d'ophthalmie purulente restaient à l'infirmerie un laps de temps très long avant d'être guéris. Alors soumis continuellement à une infection miasmatique, puisque la matière purulente existait en permanence sur les yeux, le nez, quelquefois la bouche, ces enfants perdaient l'appétit, ne prenaient plus le sein et mouraient anémiques. A dater du moment où notre traitement a été institué et mis en vigueur, le contraire a eu lieu; les yeux étaient toujours d'une grande propreté, le visage était plus frais, la force et l'embonpoint revenaient aux enfants, les plus malades mêmes prenaient des aliments avec plaisir et ne faisaient qu'un séjour peu prolongé à l'hôpital.

Effets locaux du traitement. — Il est bon de savoir que nous n'attribuons pas aux irrigations une grande puissance médicatrice spéciale. Comme dans le traitement de la vaginite, ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer, ces lavages constituent simplement un moyen hygiénique. Pratiqués comme nous l'avons déjà dit, ils enlèvent aussi complétement que possible cet abondant écoulement qui est un des caractères de l'ophthalmie purulente.

Ce premier mode d'action est incontestable, mais ce n'est pas le seul avantage procuré par ce procédé; on voit en effet, avons-nous dit, la fausse membrane devenir plus apparente, plus facile à détacher. Or l'extraction de ce produit morbide, qui constitue véritablement un corps étranger, hâte la terminaison de la maladie. Ajoutons enfin que l'action de l'eau froide, si puissante dans certaines affections chirurgicales, ne doit pas être oubliée et que sans doute elle contribue pour une certaine part au succès du traitement.

Il est une autre circonstance sur laquelle nous devons appeler l'attention.

Nous avions été plus d'une fois frappé de l'innocuité de certaines cautérisations très énergiques portées sur la conjonctive enflammée. Nous avons aujourd'hui le secret de cette innocuité. Le caustique,

---

sieurs épis de seigle. J'aurais voulu voir des expériences sur d'autres graminées.

Pour d'autres, c'est un champignon (Paulet, de Candolle).

Enfin une opinion que j'appellerai mixte, faute d'un terme plus exact, a eu pour défenseur un homme de mérite, M. Léveillé; cet auteur regarde l'ergot comme formé de l'ovaire non fécondé, mais altéré, et surmonté du *sphacella*.

Ces trois manières de voir, que l'on pourrait croire en opposition complète, ne le sont peut-être qu'en apparence; c'est ce qu'une discussion facile peut, ce me semble, mettre hors de doute.

La récolte de l'ergot de blé ne se fait pas comme celle de l'ergot de seigle; ce n'est pas l'objet d'une industrie spéciale, à Clermont-Ferrand du moins; c'est le produit perdu d'une grande industrie de cette ville.

Il se fabrique à Clermont-Ferrand une grande quantité de semoule, qui est versée telle qu'elle dans le commerce, ou qui sert à fabriquer les pâtes connues sous les noms de pâtes de Gênes, pâtes d'Italie.

Le blé qui sert à la fabrication de la belle semoule est un blé dur, rouge, glacé, à cassure luisante, conchoïde, qui, avant d'être travaillé, est trié à la main.

Je ne sais depuis combien de temps les femmes chargées de ce triage mettent à part l'ergot, qu'elles reconnaissent à sa couleur noire autant qu'à sa forme allongée, ni depuis quelle époque elles le vendent aux pharmaciens. Tout ce que j'ai pu constater, c'est qu'on trouve cet ergot dans plusieurs officines de Clermont-Ferrand, et que les médecins accoucheurs et les sages-femmes l'emploient comme si c'était de l'ergot de seigle.

La manière dont je supposais que cet ergot est entré dans la thérapeutique m'avait engagé à faire des recherches sur une plus grande échelle. J'ai essayé de me procurer de l'ergot de Gênes et de quelques villes d'Italie où existent des industries semblables à celle de Clermont-Ferrand.

Les tentatives que j'ai faites dans ce but m'ont donné tant de peines pour n'aboutir à rien, que j'y ai renoncé. Je laisse à d'autres qui pourront avoir des relations scientifiques, les seules, à mon avis, qui puissent donner quelque chose de positif, le soin de compléter de ce côté le travail que je ne puis qu'ébaucher.

Avant d'aller plus loin, je veux répondre à une objection qui pourrait bien m'être faite. Ne serait-il pas possible que l'ergot trouvé dans le blé dur fût un ergot de seigle qui s'y rencontrerait par hasard? Sans doute, il est possible de trouver quelques grains d'ergot de seigle dans du blé; mais pour celui que j'étudie, quand la forme ne serait pas là pour en attester la véritable origine, la présence des glumes qui enveloppent encore plusieurs ergots suffirait pour lever les doutes. D'ailleurs, lorsque j'étudierai comparativement les propriétés physiques de l'ergot de blé et de l'ergot de seigle, j'espère mettre cette proposition hors de doute, à savoir, que le médicament qui fait l'objet de ce travail est bien de l'ergot de blé.

J'ai dû rechercher si cette production ne se trouverait pas dans d'autres localités. Je me suis procuré de l'ergot de plusieurs villes: j'en ai de Grenoble, de la Rochelle, de Brest; j'ai examiné ce produit dans plusieurs pharmacies de Paris; je dois même à l'obligeance de M. Dorvault d'avoir pu vérifier à la Pharmacie centrale de Paris des échantillons d'ergots de plusieurs provenances; je n'ai toujours rencontré que de l'ergot de seigle pur et sans mélange d'ergot de blé.

Propriétés physiques. — J'ai sous les yeux 25 à 30 grammes d'ergots de seigle d'un côté, et d'un autre côté la même quantité d'ergots de blé. La différence entre ces deux productions est patente, impossible à méconnaître, même pour l'œil le moins habile, pour l'esprit le plus prévenu.

Si je les compare grain à grain, ils se distinguent avec autant de facilité.

Forme. — L'ergot de seigle est allongé, fusiforme, un peu arqué, sillonné de plusieurs stries longitudinales d'égale profondeur à peu près.

L'ergot de blé se rapproche plus de la forme du grain normal; de plus, les stries longitudinales ne sont plus égales; l'une est plus profonde que les autres.

Longueur. — L'ergot de seigle a en moyenne de 20 à 25 millimètres; les échantillons les plus courts ont de 10 à 12 millimètres, et pour les plus longs, on en trouve qui ont jusqu'à 60 à 70 millimètres.

Au contraire, l'ergot de blé ne dépasse guère 10 millimètres; les plus courts ont de 4 à 5 millim., et les plus longs de 12 à 15 millimètres.

Grosseur. — L'ergot de blé n'est pas, comme le prétend Tessier, plus gros que l'ergot de seigle. Etant plus court, il paraît d'un diamètre plus considérable. La vérité, c'est qu'il est moins gros.

en effet, ne portait pas son action aussi profondément qu'on serait disposé à le croire. La fausse membrane seule était atteinte, et sur elle s'épuisait pour ainsi dire la puissance désorganisatrice du médicament. Si quelquefois des accidents survenaient à la suite de ces cautérisations, c'est que probablement le crayon de nitrate d'argent ou la solution concentrée de ce sel portaient sur des parties non protégées par la pseudo-membrane. La pseudo-membrane une fois enlevée, on conçoit qu'un collyre d'une énergie médiocre comme celui que nous employons suffise à modifier avantageusement une surface que les caustiques les plus puissants n'auraient pu améliorer avant cette extraction.

Les ophthalmologistes regardent habituellement les injections comme accessoires. L'agent principal pour eux est le caustique ou le collyre, porté le plus ordinairement à des doses élevées. Ils oublient rarement aussi les sangsues, les vésicatoires, les sétons, etc. L'inverse a lieu dans notre manière de voir. Le principe de notre médication est l'usage fréquemment répété de l'eau froide tombant d'une certaine hauteur sur l'œil entr'ouvert; puis, comme adjuvants, nous avons recours à des solutions assez faibles de nitrate d'argent. C'est donc la réunion de ces deux moyens qui constitue notre méthode. Nous n'avons jamais eu l'intention de nier la participation des collyres à la guérison; mais, je le répète, ces derniers n'agissent plus que secondairement.

Effets préventifs du traitement par les douches. — Les douches oculaires non-seulement améliorent les altérations anatomiques primitives ou consécutives de l'ophthalmie pseudo-membraneuse, mais encore les préviennent en s'opposant à l'action incessante des causes qui les produisent.

Recherchons donc comment des affusions fréquentes peuvent conserver la transparence de la cornée au milieu d'un foyer d'inflammation; il s'agit pour cela d'analyser leur mode d'action dans les divers états pathologiques de l'organe de la vision.

Sécrétion purulente. — Selon quelques médecins, l'écoulement purulent peut endommager la surface de la cornée. Ainsi Weller et Mackenzie, redoutant l'action corrosive du pus, recommandent bien de ne pas laisser séjourner ce liquide entre les paupières. D'un autre côté, MM. Sichel et Dequevauviller ne croient pas aux conséquences funestes du contact direct de la matière purulente sur la cornée. L'expérience nous a démontré que le pus de bonne nature, c'est-à-dire considéré dans les temps primitifs de sa formation, peut ne pas être nuisible, mais qu'à une époque plus reculée il éprouve au contact de l'air une espèce de décomposition, et devient irritant. Par le système irrigatoire que nous proposons, la production purulente est supprimée le deuxième ou le troisième jour. Quelles que soient du reste la nature et l'abondance de la sécrétion, l'œil, étant continuellement détergé, ne se trouve plus dans des conditions fâcheuses.

Pseudo-membranes. — La présence d'une couche pseudo-membraneuse sur la muqueuse palpébrale est une source réelle d'inflammation. On doit d'autant plus chercher à enlever ce corps étranger, que parfois il n'est aperçu qu'après un contact assez prolongé de l'eau; or les douches seules le mettent en relief et favorisent son ablation.

Etranglement de la cornée par compression. — Mackenzie attribue la destruction de la cornée dans les ophthalmies, non entièrement à une action vitale, mais en partie à une cause mécanique. Pour lui, la mortification de cette membrane par infiltration de pus et par sphacèle est due à la compression exercée par la conjonctive à l'état de chémosis et à l'affaiblissement mécanique de la vitalité de la cornée qui en est la conséquence. « En effet, dit-il, » on voit souvent une ulcération qui forme une gouttière circulaire » autour de la cornée, dans l'endroit qui est comprimé par la con» jonctive boursouflée. » L'opinion de l'auteur anglais compte quelques partisans, lesquels, pour empêcher la gangrène par étranglement, excisent le chémosis, ou font une cautérisation péricornéale.

Nous n'avons nullement besoin de recourir à des moyens aussi énergiques, puisque les symptômes inflammatoires sont jugulés par l'action des douches.

Granulations. — On a avancé avec beaucoup de raison que, quand une ophthalmie tendait à la chronicité, elle était perpétuée par des granulations ayant ordinairement leur siége sur la muqueuse palpébrale. Ces petites éminences, dues à l'hypertrophie de la couche papillaire de la conjonctive, sont de différentes grosseurs et de formes variables, suivant l'intensité et l'ancienneté de la maladie. Plus elles sont volumineuses et nombreuses, plus l'ophthalmie est virulente et contagieuse. Cela s'explique par la stase du pus entre ces mamelons, qui forment autant de petits foyers d'infection. Il importe beaucoup, si l'on ne veut voir survenir dans les fonctions visuelles des troubles profonds actuels ou consécutifs, de nettoyer, à l'aide de fortes douches, la conjonctive palpébrale, pour arrêter ensuite avec plus de certitude le développement de ces corps au moyen des collyres astringents ou des cautérisations avec le sulfate de cuivre.

Position vicieuse des cils. — L'état des cils est un point sur lequel on ne saurait trop insister, car il peut entretenir et aggraver la maladie. Pour peu que les cils soient déviés de leur situation normale et renversés en dedans par les contractions spasmodiques des paupières, ils agissent sur la muqueuse oculaire à la manière de corps rugueux. Ce trichiasis accidentel amène habituellement l'ophthalmie variqueuse, l'obscurcissement nébuleux, l'ulcération de la cornée, etc. Nous avons acquis la conviction que le jet des seringues est tout à fait impuissant en face d'un pareil état. Ce n'est qu'après un lavage d'une longue durée que les cils peuvent être débarrassés des écailles qui sont emprisonnées dans leurs interstices. Il m'est arrivé, dans ma pratique civile, de faire passer jusqu'à trente litres d'eau par jour à la surface d'un œil gravement affecté.

Extension de la phlegmasie conjonctivale. — L'opinion la plus répandue consiste à croire que la cause première de tout désordre de la cornée est la marche progressive de l'inflammation. Les autres causes citées, comme la présence du pus, l'existence des granulations, la position vicieuse des cils encroûtés, etc., ne sont que les moyens par lesquels l'inflammation augmente d'intensité et se propage de la conjonctive à la cornée; celle-ci, une fois atteinte, est plus ou moins attaquée dans sa texture, selon les prédispositions idiosyncrasiques des malades. Si l'on accepte cette explication, fondée sur l'analogie et le raisonnement, on ne peut enlever aux affusions froides leur propriété sédative.

De ce qui précède il suit que le traitement dont nous nous servons offre de grands avantages, puisque, employé au début de la maladie, il en détruit le principe.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 10 janvier 1855. — Présidence de M. Huguier.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

— M. Boinet, à propos de quelques remarques faites par M. Verneuil et consignées dans le procès-verbal de la précédente séance, rapporte que deux fois il lui arriva de faire des ponctions dans des kystes de l'ovaire pleins de sang. Ce liquide s'écoulait comme de la sérosité. Toutefois M. Boinet crut pouvoir pratiquer une injection iodée, et il ne survint point d'inflammation. L'hémorrhagie même s'arrêta. Ces deux faits sont là pour montrer que l'injection iodée ne détermine point de de phlébite dans les kystes à parois parsemées de veines.

M. Boinet ajoute qu'il a essayé bien des matières différentes pour liquéfier le liquide contenu dans les kystes, mais qu'il n'a rien trouvé de satisfaisant.

M. Verneuil répond qu'il n'a point accusé les injections iodées de développer une phlébite dans ces kystes; il a seulement voulu dire qu'on pouvait voir là tout ce qui se montre dans les parties où existent des veines.

CORRESPONDANCE.

La Société reçoit une brochure de M. Stœber, intitulée *Une excursion médicale en Allemagne.*

— M. Larrey fait hommage à la Société de la *Myologie* de Duverney, avec planches coloriées; in-folio, 1746.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Plaie de la partie antérieure du cou. — Division transversale complète de la trachée. — Écartement considérable des deux extrémités. Application d'un appareil prothétique spécial. — M. Richet communique à la Société l'observation suivante, en présentant le malade qui s'y rapporte :

François Leroy, sculpteur, âgé de trente-sept ans, dans un accès de désespoir, essaye de se trancher le cou avec un rasoir; à l'instant même l'air pénètre et sort bruyamment de la poitrine par cette ouverture, et le sang qui s'écoule menace de suffoquer le malade. La respiration cependant se rétablit peu à peu, et deux heures après, lorsqu'on apporte le blessé à l'hôpital Saint-Antoine, il suffit de lui faire faire quelques expirations pour débarrasser les voies respiratoires.

L'interne de garde, après avoir nettoyé la plaie des caillots qui l'obstruaient, s'apercevant de la rétraction du bout inférieur de la trachée qui se dérobait derrière le sternum, l'accroche à l'aide d'un ténaculum; il y passe deux fils au moyen desquels il l'attire et le maintient à l'extérieur, puis, pour plus de sûreté, y introduit une canule à trachéotomie. La respiration se rétablit, et voici dans quel état je trouve le malade le lendemain 16 décembre, à la visite du matin :

Plaie transversale du cou de 7 à 8 centimètres de largeur, siégeant à un centimètre et demi environ au-dessous du cartilage cricoïde, beaucoup plus profonde à sa partie moyenne qu'à ses deux extrémités; la trachée est complétement divisée en travers. Au fond de la plaie, on voit les fibres musculaires de l'œsophage qui, dans l'acte de la déglutition, se contractent au moment du passage des liquides, dont aucune goutte ne s'écoule à l'extérieur, preuve certaine que ce conduit n'a pas été intéressé.

Plusieurs autres particularités se présentent encore, mais ne méritent pas d'attirer notre attention; le point important, celui sur lequel je veux insister, c'est la section de la trachée. La division a porté, autant qu'il est permis d'en juger, sur le quatrième ou le cinquième cerceau cartilagineux; elle est irrégulière, et il semble que le malade s'y soit repris à plusieurs fois pour l'achever. Le bout inférieur surtout, retenu par les fils qui y ont été passés la veille, est coupé obliquement, comme tailladé, et c'est avec peine qu'on le maintient à l'extérieur; dès qu'on l'abandonne à lui-même, il rentre sous les téguments, se plonge derrière le sternum et jusque dans le médiastin. A chaque inspiration on le voit descendre plus profondément et remonter lors de l'expiration, ce qui tient sans doute aux mouvements d'abaissement et d'élévation du diaphragme. De son côté, le bout supérieur est attiré vers l'os hyoïde et se cache sous les téguments, emporté par les muscles sterno-hyoïdien et thyroïdien complétement privés de leurs attaches inférieures. Il en résulte entre les deux extrémités divisées de la trachée un écartement de plus de six centimètres, qui s'augmente de près d'un centimètre dans l'inspiration, ou lorsque le malade porte la tête en arrière.

La respiration est assez facile, même lorsqu'on enlève la canule, quoique l'orifice du bout inférieur subisse alors un rétrécissement très marqué, dû sans doute à la contraction des fibres musculaires qui s'insèrent aux deux extrémités des cerceaux cartilagineux, et probablement aussi à la compression des parties molles environnantes.

La déglutition est assez facile; quant à la voix, comme bien on pense, le malade l'a complétement perdue, l'air ne pouvant en aucune façon s'introduire dans le larynx et mettre en vibration les cordes vocales.

L'écoulement sanguin est presque tout à fait suspendu; de temps à autre le malade expulse quelques matières sanguinolentes, et sur les côtés du bout supérieur on remarque les lobes de la glande thyroïde dont l'isthme a probablement été divisé.

J'essaye de rapprocher le bout inférieur du supérieur à l'aide des fils qui traversent le premier; mais j'acquiers bientôt la conviction que toute tentative de suture serait non-seulement impuissante à les maintenir en contact, tant est grande la rétraction, mais encore qu'elle serait dangereuse, car le malade suffoque dès qu'on parvient à les rapprocher. Je me borne donc à maintenir le bout inférieur le plus près possible des bords de la plaie, de manière à assurer la respiration, et je supprime momentanément la canule, le malade paraissant alors respirer assez facilement.

Le lendemain 17, le malade est dans un état assez satisfaisant, mais on a été obligé dans la journée de replacer la canule, car le rétrécissement rapide de la trachée avait amené un commencement de suffocation. J'essaye de nouveau d'attirer avec les fils le bout supérieur, mais sous l'effort de ces tractions l'un d'eux cède et amène une portion d'un cerceau cartilagineux. Je remplace la canule ordinaire à trachéotomie par une autre deux fois plus longue que j'avais fait fabriquer exprès e

---

Couleur. — A l'extérieur comme à l'intérieur, ces deux espèces d'ergots ont à très peu près la même couleur. J'ai cependant trouvé, dans les coupes que j'ai faites sur l'un et l'autre ergot, que la couleur de l'ergot de blé est plus souvent brunâtre que celle de l'ergot de seigle.

Tous deux brûlent avec une flamme non fuligineuse, mais très vive et persistante. L'ergot de blé est peut-être un peu moins facile à s'enflammer que l'autre.

Saveur. — Je n'ai pas trouvé de différence.

Odeur. — L'ergot de blé est moins nauséobond que celui de seigle. Cette différence tient peut-être à ce que je conserve le prémier dans un vase ouvert.

Ni l'un ni l'autre ne jouissent de la propriété de germer.

ÉTUDES MICROSCOPIQUES.

Ergot de blé.	**Ergot de seigle.**
Poussière obtenue en raclant la surface.	
C'est une masse constituée par des granulations de sporules. Les diamètres de ces granulations sont de 1/226 de millim. On remarque aussi quelques sporules complètes, mais elles sont rares; elles ont pour diamètre 1/100, 1/90.	Cette poussière est composée de sporules allongées et de sporules polyédriques. Longueur des premières, 1/66^{mm}; largeur, 1/176^{mm}. Les polyédriques ont pour diamètre 1/160 millim.
Partie corticale.	
Composée exclusivement de sporules polyédriques et de sporules allongées.	Il n'y a pas de différence avec la poussière.
Partie centrale.	
La coupe présente une surface pointillée et striée en noir sur un fond jaunâtre; on dirait que la masse est pétrie de sporules polyédriques. Il n'y a pas de traces apparentes de grains de fécule. Diamètre de quelques sporules : 1/100, 1/88, 1/66. Diamètre des noyaux correspondants : 1/260, 1/138, 1/88.	La coupe perpendiculaire au grand axe de l'ergot présente une surface d'un blanc mat très uniforme, sans la moindre strie noirâtre. Sous le microscope, on ne voit que des corpuscules régulièrement sphériques, dont les diamètres sont de 1/133, 1/522^{mm}; ils ont tout à fait l'apparence des grains d'amidon.
Action de l'iode.	
Tout à fait insensible à l'action de l'iode.	L'action n'est pas franche; au lieu d'une coloration bleue, on ne voit qu'une couleur bleuâtre.

Sur un autre ergot de seigle, j'ai trouvé dans la partie centrale les mêmes éléments que dans la substance corticale, c'est-à-dire des sporules polyédriques et des sporules allongées, avec les mêmes diamètres que précédemment; mais aussi j'ai rencontré quelques rares globules régulièrement sphériques et sans réaction franche avec l'iode.

Je puis donc conclure de cette étude :

1° Que les sporules de l'ergot de blé sont plus grosses que celles de l'ergot de seigle;

2° Que la masse du premier est exclusivement composée de sporules, tandis que dans celle du second il y a des parties où l'on n'en trouve pas de traces, et que, lorsqu'il y en a, la masse n'en est jamais toute formée;

3° Que rien dans l'ergot de blé ne rappelle la substance amylacée soit pour la forme, soit pour la réaction au moyen de l'iode, tandis que pour l'ergot de seigle on rencontre des corpuscules qui ont la forme des grains d'amidon et qui en ont un peu la réaction avec l'iode.

Principes immédiats de l'ergot de blé. — Les analogies précédentes m'ont conduit à penser que l'ergot de blé renfermait un principe analogue à celui que M. Bonjean (de Chambéry) a retiré de l'ergot de seigle.

J'ai traité de la poudre d'ergot de blé dans un entonnoir, en guise d'appareil à déplacement, j'ai chauffé au bain-marie la solution aqueuse jusqu'à consistance de sirop. Ce premier produit, soumis à l'action de l'alcool, a été abandonné à lui-même pendant vingt-quatre heures.

Au bout de ce temps j'ai décanté, et la liqueur, évaporée de nouveau au bain-marie, m'a donné un produit qui n'est pas identique à l'ergotine de M. Bonjean.

Ce sera l'*ergotine de froment.* J'ai préparé par le même procédé de l'ergotine de seigle.

(*La fin au prochain numéro.*)

qui me permet d'atteindre plus facilement le bout inférieur, dont la rétraction dans le médiastin a beaucoup augmenté depuis le premier examen.

Le 18, la plaie est devenue douloureuse; le malade éprouve de l'oppression et tousse d'une manière persistante; la nuit a été mauvaise. J'administre une bouteille d'eau de Sedlitz; une gaze en double est placée au-devant de la canule en guise de cravate pour modérer l'entrée de l'air extérieur, dont la basse température semble très pénible au malade.

Le 20, le calme est rétabli; la cicatrisation des bords de la plaie s'effectue très rapidement, et le bout supérieur est presque complétement caché par le boursouflement des parties molles environnantes. Je tente d'y introduire l'extrémité du petit doigt, et je pénètre ainsi jusque dans le larynx, ce qui provoque une toux violente et convulsive; je puis ainsi constater qu'il s'est déjà beaucoup rétréci.

L'état général est très satisfaisant; le malade demande instamment à manger.

Le 21, la bronchite a beaucoup augmenté d'intensité; le malade a beaucoup de peine à détacher les crachats visqueux et sanguinolents; la plaie est gonflée et livide; enfin, le pouls s'étant accéléré, je fais pratiquer une saignée de 400 grammes.

Le 22, le calme est de nouveau revenu et depuis ne s'est pas démenti.

Le 26, les bords cutanés de la plaie sont très rapprochés, au point de ne plus pouvoir laisser passage qu'à la canule; l'écartement entre les deux bouts de la trachée ne semble pas avoir sensiblement augmenté; par une mensuration exacte, nous nous assurons qu'il est de plus de 7 centimètres et demi.

Ayant enlevé la canule et ayant bouché avec un morceau de sparadrap l'ouverture par où elle était introduite, nous constatons que le malade peut articuler quelques paroles à voix basse; mais l'inspiration est presque impossible, ce qui s'explique par le gonflement de la muqueuse laryngienne et aussi par le rétrécissement de plus en plus manifeste du bout supérieur. On peut constater qu'il se forme de toutes pièces entre les deux extrémités de la trachée une sorte de canal artificiel dans lequel elles viennent s'ouvrir, canal dont la paroi postérieure est représentée par l'œsophage, les parois latérales par les muscles environnants, les lobes de la thyroïde et le tissu cicatriciel unissant la paroi antérieure, enfin, par les téguments que ramène vers l'ouverture ce même tissu inodulaire. Pour aider à la constitution de ce canal intermédiaire, je replace la canule, me proposant de la supprimer dans quelques jours, et d'obturer la plaie.

Le 2 janvier, le malade est dans un état aussi satisfaisant que possible; il respire avec facilité, mange trois portions et désire ardemment qu'on tente quelque chose pour le faire parler. Ayant enlevé la canule, je trouve le canal intermédiaire tellement bien formé que je me hasarde à le laisser ainsi sans protection, afin d'observer ce qu'il adviendra; le malade d'ailleurs respire pour le moment parfaitement bien.

Le 3, le malade a passé une nuit fort agitée; il a suffoqué, et nous fait signe qu'il veut qu'on lui replace la canule. J'examine la plaie, et je trouve en effet que la paroi postérieure du canal intermédiaire, dans le point qui correspond à l'ouverture de la plaie extérieure, s'est rapprochée de la paroi antérieure, que le passage de l'air est singulièrement diminué. En touchant avec l'extrémité du doigt, je constate que c'est l'œsophage qui, poussé en avant, vient ainsi faire saillie dans ce trajet, et interrompt non-seulement la communication directe entre les deux bouts de la trachée, mais encore s'oppose à la libre respiration. Le canal intermédiaire tend d'ailleurs à perdre de jour en jour la direction rectiligne qu'il avait d'abord; il se coude, et forme un angle obtus, saillant en avant, autant par suite de cette projection de sa paroi postérieure que par changement de direction des deux extrémités trachéales, dont la supérieure se porte obliquement en arrière et en haut, l'inférieure en arrière et en bas. Je replace la canule, non sans quelque difficulté, et, renonçant alors momentanément à obtenir le passage de l'air du bout inférieur dans le supérieur par l'intermédiaire du canal de nouvelle formation, je songe à faire usage d'un appareil prothétique pour arriver au même résultat.

Voici comment je conçus cet appareil :

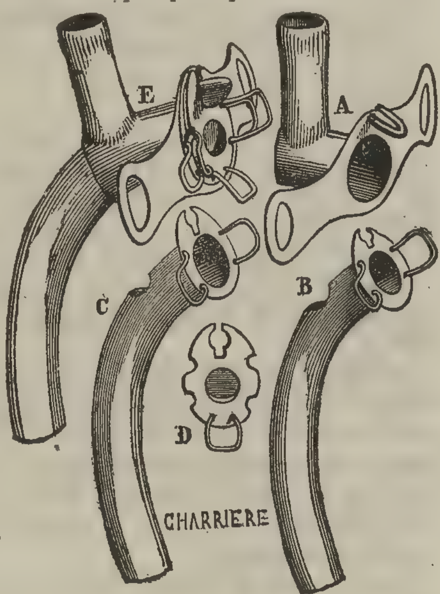
1° Un tube recourbé comme les canules ordinaires à trachéotomie, mais beaucoup plus long, destiné à être introduit dans le bout inférieur;

2° Un tube supérieur presque rectiligne destiné au bout supérieur, communiquant largement avec l'inférieur et réuni à lui de manière à représenter à peu près la courbure du canal intermédiaire;

3° Enfin, une soupape mobile placée à l'orifice du bout inférieur à l'instar de celle imaginée par A. Bérard, permettant l'accès facile de l'air pendant l'inspiration, mais se fermant pendant l'expiration.

De cette manière, je pensais que l'air extérieur dans l'inspiration pourrait s'introduire facilement dans les poumons, tandis que dans l'expiration toute la colonne expulsée ne pouvant trouver d'issue, la soupape étant fermée, tendrait à se précipiter par le tube introduit dans le bout supérieur, et en passant par le larynx ferait entrer en vibration les cordes vocales.

La difficulté était de pouvoir introduire par une ouverture aussi étroite que l'était celle des téguments un semblable appareil; M. Charrière fils y pourvut ingénieusement, comme on le verra par la figure ci-annexée.



A. Partie supérieure de la canule.

B. C. Les deux pièces de la partie inférieure, comme dans la canule ordinaire.

D. Soupape.

E. Toutes les pièces de la canule réunies.

L'appareil fabriqué, il fallait le mettre en place. La plus grande difficulté fut d'introduire la pièce supérieure A; le bout supérieur de la trachée était, en effet, tellement rétréci que je fus obligé de le dilater préalablement. Mais dès qu'elle fut placée, ce qui put se faire dès le second jour, le reste de l'appareil s'appliqua à merveille; le malade en vingt-quatre heures s'y habitua parfaitement, et à partir de ce moment put aller, venir, converser à voix haute, ne conservant pendant les premiers jours qu'un peu de raucité de la voix, qui chaque jour tend à disparaître.

Note additionnelle. — (Aujourd'hui 17 janvier, il demande à sortir de l'hôpital, prétendant être parfaitement apte à reprendre ses occupations.)

Reste à s'adresser une question. Maintenant qu'on a obvié aux accidents immédiats, faut-il recourir à l'autoplastie? Il y a là de grandes difficultés, qui proviennent de l'écartement des deux bouts de la trachée et du défaut de résistance qui se montrerait dans le canal de nouvelle formation. Ce défaut de résistance favoriserait pendant les grands efforts l'affaissement de la partie restaurée, et serait ainsi la cause d'une imminente suffocation.

M. J. Cloquet. Ce fait est très remarquable par la rétraction considérable des deux bouts de la trachée. Mais il faut aussi considérer la tendance manifeste de ce canal au rétrécissement. L'on doit se demander encore si cet homme est destiné à porter toujours cette canule, ou s'il pourra un jour jouir des bienfaits de l'autoplastie. Les essais tentés par M. Richet pour laisser à la respiration son entière liberté n'ont rien de rassurant, et ne peuvent faire présumer qu'un rétrécissement de plus en plus considérable. M. Cloquet est d'avis qu'il ne faut point se presser de pratiquer ici l'autoplastie; il conseille, si la double canule n'est pas bien supportée, de fermer simplement la perte de substance avec une toile de gutta-percha.

M. Boinet croit que si l'œsophage vient, comme l'a déjà indiqué M. Richet, faire saillie entre les deux bouts de la trachée, il pourra clore complétement le canal et former un obstacle à la réparation autoplastique.

M. Chassaignac pense que l'autoplastie ne peut être tentée aujourd'hui, mais dans un certain temps elle sera peut-être praticable. La plaie de la trachée a amené un grand écartement des deux bouts de la solution de continuité, mais il peut arriver que par la rétraction du tissu inodulaire le bout inférieur remonte vers le supérieur; alors on pourrait tenter l'autoplastie. Le fait de M. Richet confirme l'opinion de Dieffenbach sur le mauvais effet de la suture dans les plaies de la trachée. M. Chassaignac l'a pratiquée entre des cartilages du larynx, où l'épaisseur était plus grande, et la section des parties n'en a pas moins eu lieu. Quant à l'idée de retenir la canule en place en la fixant dans le bout supérieur de la trachée, M. Chassaignac l'a mise depuis longtemps en pratique à l'aide d'une petite tige articulée qui se redresse sur la canule.

M. Richet répond à M. Chassaignac qu'il ne croit pas à une rétraction inodulaire suffisante pour relever le bout inférieur de la trachée et vaincre l'action du diaphragme.

M. Chassaignac pense, vu la situation profonde de la plaie, que si l'on pratiquait au-dessus de celle-ci une section qui donnerait passage à une canule, on changerait les conditions défavorables des parties pour l'autoplastie.

M. Cloquet ne partage pas l'opinion de M. Chassaignac. La rétraction inodulaire n'a d'influence que lorsque la trachée est coupée incomplétement. Le phénomène actuel, c'est le rétrécissement du canal. D'ailleurs un malade peut perdre plusieurs anneaux de la trachée et bien guérir.

M. Huguier reconnaît les obstacles déjà indiqués à la curabilité de cette plaie; il pense que l'autoplastie ne donnerait pas un plancher suffisant pour résister à la pression du dehors; d'autre part les conduits pathologiques se rétrécissent plutôt qu'ils ne se raccourcissent.

— M. Richet annonce à la Société qu'il a pratiqué la ligature de la carotide primitive et de la carotide interne sur un homme blessé d'un coup de feu dans la région cervicale. Aucun accident ne s'est produit au moment de la ligature, mais le lendemain il est survenu de l'hémiplégie du côté opposé à la ligature, et une hébétude complète. Aujourd'hui ces accidents tendent à disparaître. M. Richet communiquera plus tard tous les détails de ce fait à la Société.

RAPPORTS.

M. Verneuil lit un long rapport sur une observation adressée à la Société de chirurgie par M. le docteur Oré (de Bordeaux), professeur adjoint et chef des travaux anatomiques de l'Ecole secondaire de médecine de cette ville. L'observation a pour titre : *Fracture complète des deux os de la jambe gauche; tumeur s'étendant de la partie inférieure et externe de la jambe à la partie supérieure et interne; bruit de souffle unique à la partie inférieure de cette tumeur; bruit de souffle double vers la partie moyenne.*

Les conclusions de ce rapport seront votées dans la séance suivante.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Difformités des orteils. — M. Fano présente deux pièces. L'une est le second orteil amputé à un malade; la seconde un orteil enlevé sur un cadavre. Les deux orteils présentent à des degrés différents le même vice de conformation, à savoir, une flexion de la seconde phalange sur la première.

1° *Examen de l'orteil amputé.* — La seconde phalange est fléchie sur la première, de telle façon qu'elles se rencontrent toutes les deux sous un angle obtus.

L'articulation est parfaitement saine. La surface articulaire appartenant à l'extrémité postérieure de la seconde phalange offre la conformation normale; celle qui appartient à l'extrémité antérieure de la première phalange, et qui est formée par un double condyle, s'étend dans le sens de la flexion plus loin que dans l'état ordinaire. Le tendon de l'extenseur contient, au niveau de la face dorsale de l'articulation phalango-phalanginienne, un *noyau cartilagineux*, sorte d'os sésamoïde qui complète l'analogie qui existe entre cette articulation et celle du genou. Entre le tendon extenseur et la peau, se trouve une petite bourse muqueuse enflammée, ou plutôt renfermant dans son intérieur un tissu cellulo-vasculaire riche en globules sanguins et en fibres de tissu cellulaire. Cette bourse muqueuse communique avec l'extérieur par une ouverture fistuleuse entourée d'un épiderme épais en partie détaché, en partie conservé.

2° *Examen de l'orteil enlevé sur le cadavre.* — Epaississement considérable de l'épiderme qui recouvre la face dorsale de l'articulation; absence de bourse muqueuse de ce côté; surfaces articulaires des deux phalanges correspondantes dépouillées de leur cartilage dans les points qui ont cessé de se correspondre par le fait de la flexion de la seconde phalange sur la première.

MM. Larrey et Hervez de Chégoin parlent à ce propos des opérations de complaisance dans lesquelles on extirpe un orteil difforme. Les accidents les plus graves, et même la mort, peuvent survenir, et ils en citent des exemples. M. Hervez de Chégoin a étudié autrefois la maladie connue sous le nom d'oignon, et il a vu également sous la peau une bourse séreuse communiquant avec l'intérieur de l'articulation à travers une déchirure de la capsule articulaire.

M. Cloquet a déjà vu des os sésamoïdes dans l'expansion des tendons extenseurs. Quant aux opérations de complaisance pratiquées sur les orteils, il les regarde comme plus graves que celles qu'on fait dans les cas de maladie de l'orteil; ce qui est dû, suivant lui, à ce que le tissu cellulaire est beaucoup plus perméable lorsque l'orteil est sain que lorsqu'il est malade.

Pour prévenir d'ailleurs la propagation de l'inflammation et les fusées dans les gaînes tendineuses, il donne une bonne position au membre et ne fait que rapprocher les lèvres de la plaie au lieu de les réunir trop rigoureusement. Depuis qu'il en agit ainsi les résultats qu'il a obtenus sont très favorables.

M. Verneuil rappelle que toutes ces lésions ont été étudiées et décrites avec les plus grands détails et dans toutes leurs variétés par M. Broca dans un mémoire sur les difformités des orteils et l'influence de la forme des chaussures. Si M. Fano désire continuer ses investigations, il trouvera dans ce travail, aussi complet que possible, le résultat d'un grand nombre de dissections soignées et le résumé d'une foule de faits pathologiques.

— La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le secrétaire de la Société : E. Follin.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. Scoutetten, médecin en chef des hôpitaux français à Constantinople, a visité récemment l'Ecole de médecine militaire de la Turquie. Il a été accueilli avec les témoignages de la plus grande considération par le directeur supérieur Djem-Aleddin-Effendi et par tous les professeurs. M. Scoutetten était accompagné de plusieurs officiers de santé de l'armée française.

Les élèves de ce grand établissement sont au nombre de cinq cents; on les y admet à l'âge de six ans; on leur enseigne la lecture, l'écriture, les langues turque, latine, grecque et française, et plus tard, lorsque leurs études humanitaires sont terminées, on leur fait commencer la médecine. Les cours de médecine durent cinq ans; après ce temps, ils passent des examens et reçoivent leur diplôme. Cet acte important est l'occasion d'une cérémonie à laquelle assiste le sultan.

Parmi les élèves, il y a des Turcs et des catholiques arméniens; ils sont nourris, logés, vêtus aux frais de l'Etat, et ils reçoivent en outre une solde qui varie selon l'âge et qui peut s'élever jusqu'à 150 piastres (40 fr.) par mois. Lorsqu'ils quittent l'Ecole, ils entrent dans l'armée turque avec le grade d'officier.

Une remarque qu'on ne lira pas sans intérêt, c'est que les cours, les cliniques, la rédaction des observations se font en français et témoignent de l'heureuse influence de la France.

— Des lettres de Lyon annoncent que le typhus sévit avec une certaine intensité dans les environs de Tain (Drôme). L'épidémie aurait pour cause des exhalaisons pernicieuses, des gaz délétères qui se seraient dégagés des entrailles du sol à la suite du percement d'un tunnel dans cette localité.

— M. le docteur Vernay, médecin suppléant, vient d'être nommé médecin titulaire de l'Hôtel-Dieu de Lyon par suite de la création d'une nouvelle place. Le service médical est actuellement composé de MM. Bouchet, Socquet, Gromier, L. Colrat, Girin, Vernay. MM. Devay et Teissier, professeurs de clinique interne, conservent le titre de médecins titulaires. Les médecins suppléants sont MM. Garin, Frene, Pomiès et Rambaud.

— Un concours pour deux places de médecin à l'Hôtel-Dieu de Lyon aura lieu le 17 mai. Nous en ferons connaître le programme.

— M. le docteur Braconnot vient, en mourant, d'instituer la ville de Nancy sa légataire universelle. Il lui laisse sa fortune et sa bibliothèque, sous la seule condition d'une rente viagère de 3,000 fr. à une cousine, et de 300 fr. à sa domestique.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues à la Faculté de médecine par MM. :

Françon, né le 21 août 1826 à Ruffieux (Ain); *De l'alimentation de la première enfance.*

Dusevel, né le 22 avril 1827 à Amiens (Somme); *De la fracture de l'extrémité inférieure du radius.*

Grandclément, né le 2 septembre 1810 à Orgelet (Jura); *Sur l'ergot du blé.*

Le Née, né le 16 mai 1819 à Carhaix (Finistère); *Des hémorrhagies utérines avant et pendant le travail de l'accouchement.*

Ollivier, né le 13 novembre 1829 au Mans (Sarthe); *Essai sur le diagnostic différentiel des tumeurs du creux poplité.*

Nous rappelons à MM. les docteurs que leurs thèses seront annoncées dans l'un des numéros qui suivra la remise qu'ils en auront faite à notre bureau.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Plon frères, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Un accident arrivé hier soir aux formes du journal au moment où on le mettait sous presse a forcé à le recomposer en partie. Cet accident est la cause du retard éprouvé dans la réception de ce numéro par nos abonnés de Paris et des départements desservis par les chemins de fer.

Jeudi, 11 heures du matin.

PARIS, LE 24 JANVIER 1855.

Séance de l'Académie de Médecine.

Aux agitations de la tribune a succédé le calme des rapports officiels et des lectures académiques.

On s'attendait à la lecture d'un travail annoncé depuis longtemps, et qui pourrait bien aussi porter dans ses flancs quelque nouvel orage oratoire. Peut-être est-ce ce qui l'a fait ajourner, dans le désir d'assurer à l'Académie quelques jours de repos, dont le bureau a jugé qu'elle avait besoin. Le meilleur indice de cette disposition toute pacifique du bureau a été l'apparition à la tribune du rapporteur de la commission des remèdes secrets, M. Robinet, qui a trouvé le secret de transformer cette tâche aride et ingrate en une joviale et très amusante revue de toutes les excentricités de la médecine des bonnes femmes, des officiers retraités et des gardes-champêtres.

M. Chevallier est venu ensuite lire une notice historique très intéressante sur la découverte de l'arsenic dans les eaux minérales, découverte d'une portée considérable pour l'interprétation de leurs effets thérapeutiques, et qui d'ailleurs peut bien n'être encore que le commencement d'une révolution tout entière dans la théorie de la médication thermale.

Deux lectures ont occupé ensuite l'attention de l'Académie, l'une de M. le docteur Pietra-Santa, la seconde de notre collaborateur M. le docteur Foucart.

M. Pietra-Santa a déjà présenté, il y a plus d'un an, un travail dans lequel il s'était proposé d'étudier les effets de la première application faite en France sur une vaste échelle du système pénitentiaire emprunté à l'Amérique, le système cellulaire modifié d'après le mode dit français. Le résultat de ce premier travail avait conduit l'auteur à reconnaître que dans la prison de Mazas, où ce régime est établi, il y avait, d'une part, une diminution dans le nombre des maladies et des décès, comparativement à d'autres maisons de détention où l'ancien régime a été conservé, ce qui s'expliquait jusqu'à un certain point par l'amélioration des conditions hygiéniques générales du nouvel établissement ; mais qu'en revanche il y avait une fréquence plus grande des cas d'aliénation mentale et une augmentation très considérable des suicides. Depuis M. de Pietra-Santa a continué cette étude comparative entre l'influence exercée sur les prisonniers par le régime cellulaire de Mazas et celle du régime en commun des autres prisons, notamment celles de la Force et des Madelonnettes. Dans une nouvelle période de deux années, il a recueilli de nouveaux documents qui l'ont conduit à la confirmation des conclusions formulées dans son premier mémoire; conclusions auxquelles il a pu cette fois donner plus de précision et plus de valeur encore, autant par les éléments d'appréciation beaucoup plus nombreux et plus complets dont il a pu disposer, que par l'analyse minutieuse qu'il a su faire de toutes les conditions relatives soit au personnel de ces maisons, soit au milieu lui-même, et qui ont pu lui paraître en faire mieux ressortir la signification réelle. C'est un nouveau coup porté au régime sur lequel de puissantes et nombreuses raisons avaient fait porter d'avance une condamnation dont l'expérience tend de plus en plus à confirmer la justesse.

La lecture de M. Foucart a pour objet d'élucider quelques-uns des points de l'histoire de la suette et du choléra, et des rapports qui ont existé entre l'épidémie de 1849 et celle de 1854. Pour ce qui concerne la suette, notre savant et zélé confrère a confirmé, par l'observation de l'épidémie de 1854, tout ce qu'il avait observé en 1849 sur l'influence des moyens prophylactiques et curatifs qu'il a exposés dans son excellent ouvrage sur la suette. Les différences que l'on a pu remarquer dans la gravité de l'épidémie, dit-il, ont tenu tout simplement à ce que, dès le début, une médication hygiénique rationnelle a été instituée (l'aération et les boissons froides). Lorsque ces précautions n'ont pas été observées, la maladie a été aussi grave qu'en 1849. Dans les cas qui ont offert quelque gravité, la médication vomi-purgative a parfaitement réussi, comme elle l'avait fait en 1849, à dissiper tous les accidents.

Relativement au choléra, M. Foucart a constaté partout où il a été appelé à l'étudier, dans la Haute-Marne comme dans la Haute-Garonne, qu'il s'est montré, quant à sa nature, sa marche, sa durée, sa gravité, le même, à quelques variétés symptomatiques près, en 1854 qu'en 1832 et 1849. Il a constaté l'existence constante des prodromes, et particulièrement de la diarrhée, le plus constant de tous les phénomènes prodromiques. Enfin, l'expérience de 1854 lui a paru démontrer, aussi bien et mieux encore que celle de 1849, la transmissibilité du choléra d'individu à individu... Question brûlante, dont on a pu avoir des motifs plausibles d'ajourner l'examen quand durait le danger, mais qu'il faudra tôt ou tard aborder résolûment. — Dr Brochin.

NOTE SUR L'ÉVOLUTION

DES TUMEURS CARTILAGINEUSES

décrites sous le nom d'enchondrome ostéo-chondrophyte, etc.

Par M. le professeur NÉLATON.

L'étude de l'anatomie pathologique n'a pas à toutes les époques reposé sur les mêmes principes. Les auteurs anciens ne recueillaient que les faits remarquables par leur caractère exceptionnel, par leur rareté ou même par leur étrangeté. Ces faits, ils s'attachaient à en décrire l'aspect extérieur plutôt qu'à en saisir la nature. Leur attention se concentrait de préférence sur le volume, sur la forme; rarement elle s'étendait au delà de la surface des organes; et lorsqu'ils tentaient d'en pénétrer la structure intime, ils apportaient dans l'exposition des caractères anatomiques une si grande sobriété de détails, que leur description restait toujours plus ou moins obscure.

Au commencement de notre siècle, on comprit que s'il importait de décrire avec exactitude l'aspect extérieur des parties malades, il n'était pas moins utile de rechercher les modifications survenues dans la texture de celles-ci sous l'influence même de la maladie. Bayle et Laënnec entrèrent les premiers dans cette voie, qui substituait à l'étude isolée des produits morbides l'étude bien autrement féconde de l'évolution de ces produits. Saisir les produits morbides à leur début et les suivre ensuite dans toute la série de leurs métamorphoses, tel est aujourd'hui le principe qui sert de base à la science anatomo-pathologique. Le travail que je soumets à l'attention bienveillante de l'Académie est une application de ce principe; il a pour objet l'évolution des tumeurs cartilagineuses que l'on désigne maintenant sous le nom d'enchodrome.

On a observé de tout temps de ces tumeurs, mais leur véritable caractère n'avait point été aperçu. La première description qui a été publiée appartient à Muller; elle se trouve dans le discours qu'il a prononcé à l'occasion du quarantième anniversaire de l'Académie de médecine militaire de Berlin. Plus tard le même observateur l'a reproduite dans son *Traité des tumeurs*; mais elle ne renferme aucune étude d'évolution de l'enchodrome.

Les notions que nous possédons sur l'état anatomique propre à la première période, sur ce que l'on pourrait appeler la lésion élémentaire de l'affection qui nous occupe, sont fort incomplètes; et cela se comprend aisément, les tumeurs cartilagineuses des os n'ayant été observées que lorsqu'elles présentaient déjà un développement très considérable. Nous avons observé quelques faits trop peu nombreux sans doute pour fournir les données suffisantes à une description détaillée, mais qui nous permettront cependant de formuler sur cette première phase de la maladie quelques propositions générales.

C'est dans le tissu spongieux des os que l'on voit apparaître ces tumeurs cartilagineuses, elles se présentent sous la forme de petites masses opalines, assez fermes, se laissant diviser par tranches très fines, demi-transparentes, présentant en un mot tous les caractères des cartilages épiphysaires; ces noyaux cartilagineux font un volume égal à celui d'un très petit pois; quelquefois même ils sont plus petits; leur forme, quelquefois arrondie, est plus généralement irrégulière; leurs limites sont accusées par un changement brusque de couleur, le tissu cartilagineux tranchant par sa teinte blanche sur le tissu spongieux, qui est généralement rouge dans cette circonstance. Mais en étudiant attentivement le mode d'union de ces petites tumeurs avec le tissu osseux, on reconnaît bientôt que, malgré cette délimitation si tranchée en apparence, les deux tissus osseux et cartilagineux ne sont pas seulement juxtaposés, mais qu'ils se pénètrent réciproquement; comme nous voyons les noyaux d'ossification normale pénétrer dans le tissu cartilagineux épiphysaire, et se confondre avec lui.

Quant au tissu osseux périphérique, il est peu altéré; il conserve sa texture, sa résistance normale, il offre seulement une légère coloration rouge en rapport avec un accroissement de vascularité, premier indice d'une transformation qui imprimera plus tard à la maladie une physionomie tellement différente, qu'à moins d'avoir suivi pour ainsi dire pas à pas l'évolution de la production organique, on ne soupçonnerait pas qu'elle a pu être son point de départ.

Cette première période, période anatomique de la maladie, peut donc se résumer ainsi : *apparition de points cartilagineux enfermés dans le tissu spongieux des os, avec augmentation de vascularité de ce tissu* (1).

Les noyaux cartilagineux que nous venons de décrire se développent, grandissent peu à peu sans présenter de changements dans leur aspect ou dans leur texture; ils sont seulement plus volumineux. Quelquefois, cependant, la masse qu'ils représentent semble formée par une agglomération de petits lobes cartilagineux séparés par des cloisons cellulaires dans lesquelles on voit se ramifier des vaisseaux. Cette disposition est bien exprimée sur la planche II qui a été faite d'après une pièce recueillie après amputation sur un jeune homme entré dans mon service en 1851.

Pendant que cet accroissement s'opère dans la partie cartilagineuse, le tissu osseux adjacent éprouve deux modifications très différentes : ou bien il s'hypertrophie, ou bien il cède peu à peu à la pression excentrique qui s'exerce sur lui. Dans le premier cas une coupe de la tumeur montre qu'elle est formée par une masse osseuse *creusée de cavités anfractueuses dans lesquelles sont logées les portions cartilagineuses*. Dans le second, cette coupe présente une tumeur cartilagineuse d'une forme sphéroïde enveloppée de tous côtés par une coque osseuse très mince qui à la longue finit par se perforer dans divers points de sa surface. La planche III montre une tumeur cartilagineuse fendue dans son milieu, ce qui permet de voir l'épaisseur de la coque osseuse; la planche IV montre cette coque dans son entier. On peut voir que celle-ci présente un développement extrêmement considérable.

Parvenues à l'état que nous venons de décrire, que deviennent ces tumeurs? Quelles sont les modifications qui vont se produire dans leur texture et leur vitalité? Ast. Cooper pensait qu'un dépôt calcaire se faisait dans le tissu cartilagineux ; que la tumeur, d'abord cartilagineuse, devenait bientôt osseuse, et c'est d'après cette hypothèse qu'il a établi sa classe des exostoses cartilagineuses. Mais, je le répète, il n'y a là qu'une pure hypothèse; une étude attentive du développement des exostoses nous démontre que celles-ci sont osseuses dès leur début. Il en est des exostoses comme du cal, il n'y a point de période cartilagineuse comparable à la période cartilagineuse de l'ossification normale.

D'autres auteurs, Muller et M. Lebert, parlent de l'ulcération de ces tumeurs, mais ne nous indiquent pas les modifications successives qu'elles présentent avant d'arriver à la période d'ulcération.

Voici ce que l'observation attentive nous a permis de constater :

Nous avons vu précédemment que les premiers effets de la présence d'un enchondrome dans le tissu osseux était d'y produire

(1) Il existe une seconde forme de l'enchondrome dans laquelle le tissu cartilagineux est supporté par une tumeur osseuse; je n'ai jamais eu l'occasion d'observer cette altération dès son début, et je n'ai trouvé dans les auteurs aucun détail qui se rapporte à cette période de la maladie. Je ne puis donc rien en dire.

une augmentation de vascularité; nous avons vu de même que les divers lobules qui composent les masses cartilagineuses sont séparés par des cloisons cellulaires, dans lesquelles rampent des vaisseaux assez fins. Les choses peuvent rester dans cet état pendant un temps très-long; mais il vient un moment où l'appareil vasculaire de ces tumeurs prend un développement plus considérable; les artères se multiplient, deviennent flexueuses, se dilatent, se rompent; de là résultent des épanchements sanguins qui peuvent se présenter dans divers états : ici l'on trouve une cavité contenant du sang noir et liquide; là, du sang coagulé; plus loin, des masses fibrineuses plus ou moins modifiées par l'absorption, et de plus, au milieu de ces parties, on retrouve des portions cartilagineuses présentant tous les caractères que nous avons indiqués ci-dessus.

Entre autres observations que je pourrais citer à l'appui des propositions que je viens d'énoncer, je choisis la suivante, qui me paraît des plus concluantes :

Au commencement de novembre 1824, un cheval posa la pointe de son fer sur la partie interne du pied droit de M. D..., à l'union de son tiers antérieur avec ses deux tiers postérieurs. La douleur fut extrêmement vive; cependant, le blessé, qui avait alors 19 ans, remonta à cheval pour continuer un voyage dont la durée devait être de deux jours et deux nuits; cette douleur persista pendant tout ce laps de temps, mais sans être continue. Durant les trois années qui suivirent, elle fut moins vive, moins fréquente; mais rappelant, cependant, son origine par le caractère qu'elle présentait. Le point blessé n'offrait, du reste, ni excoriation, ni rougeur; la marche était facile.

Vers le milieu de l'année 1828, une légère saillie apparut sur le point douloureux, ce qui suggéra au malade la pensée de faire tenir ses chaussures un peu plus aisées à l'endroit frappé.

De 1828 à 1842, il vit cette saillie augmenter peu à peu, de telle sorte qu'en 1842 elle avait atteint le volume d'un œuf de pigeon; cependant il continuait à marcher assez facilement, bien que la douleur fût assez vive, surtout à la chaleur du lit, et usant de la précaution de tenir ses chaussures en harmonie avec les dimensions de la tumeur. Durant cette période, il ne consulta qu'un seul chirurgien, qui lui conseilla les douches d'eau de Baden; ce traitement ne fut suivi d'aucun résultat.

En 1842, M. D... est appelé par les circonstances à changer de bottier; celui-ci lui fait des chaussures trop étroites; néanmoins, il assiste à plusieurs parties de chasse. A la suite de ces marches prolongées, les douleurs deviennent plus vives, bien qu'il n'existe aucune excoriation. La tumeur prit un développement plus considérable; elle commença à tourner sous le pied de manière à gêner la marche et continua aussi à monter vers le dos du pied.

En 1845, le malade consulte un médecin qui lui conseille des pédiluves alcalins et à l'intérieur du carbonate de baryte à doses progressives. Il suit ce traitement pendant trois mois, mais n'en retire aucun effet. Le développement de la tumeur continuait.

Le 9 janvier 1846, je vis pour la première fois M. D..., et après avoir examiné son pied, je reconnus l'existence d'une tumeur située sur le côté interne du premier métatarsien du côté droit et faisant corps avec cet os. Cette tumeur était ovoïde, allongée dans le sens de l'os, d'une dureté uniforme rappelant la consistance d'un tissu osseux. La peau qui la recouvrait était intacte, amincie seulement dans le point qui correspondait au sommet de la tumeur. Les douleurs continuelles provoquées par cette tumeur, la gêne qu'elle apportait à la marche, et la pensée que j'avais alors que cette affection pouvait être de mauvaise nature m'engagèrent à proposer la désarticulation du métatarsien; le malade ne put se décider à ce que j'avais jugé nécessaire. Il insista pour que je lui fisse un traitement interne, et, bien que peu confiant dans ses effets, je lui prescrivis de faire usage de l'iodure de potassium; ce traitement fut suivi sans aucun succès pendant quelques mois.

En mai 1846, M. D... consulta M. Cl..., qui lui conseilla de faire sur la tumeur des frictions avec une pommade composée de belladone et de mercure; sous l'influence de ces frictions continuées pendant six semaines, les douleurs parurent diminuer un peu; au mois de juillet, M. Cl..., ayant cru remarquer une diminution de volume, prescrivit un traitement mercuriel interne que M. D... suivit exactement, et qui le fatigua beaucoup sans entraver le développement de la tumeur. Découragé, le malade se borna à faire, sur sa seule inspiration, des frictions d'axonge et de belladone à haute dose; néanmoins la tumeur continuait d'augmenter, elle était arrivée près du talon; en outre elle s'était sensiblement ramollie.

Le 31 mai, le malade, avant de se décider à une opération, désira réunir plusieurs consultants. Il pria MM. Roux, Cloquet, Velpeau, M. le docteur Lyonnet, de Corbeil, de se réunir pour une consultation, à laquelle j'assistai également. La tumeur que portait M. D... fut alors étudiée très-attentivement; elle formait une masse sphérique plus grosse que les deux poings réunis, occupant la face interne et inférieure du pied droit, s'étendant depuis la base des gros orteils jusque vers la partie moyenne du talon. La peau qui la couvrait était fortement tendue, lisse, amincie, légèrement colorée en rose dans toute son étendue. Cette tumeur était molle, fluctuante, et en la palpant attentivement on reconnaissait qu'elle présentait des battements expansifs isochrones aux pulsations artérielles. L'avis unanime fut que la tumeur ne tarderait pas à s'ulcérer, et que l'amputation était le seul remède que l'on pût opposer à cette terrible affection.

En conséquence, le 10 juin je pratiquai l'amputation susmalléolaire.

La tumeur fut disséquée immédiatement, et on put reconnaître qu'elle était composée de deux parties : l'une cartilagineuse, l'autre présentant l'aspect d'une tumeur encéphaloïde, avec des épanchements sanguins, des caillots modifiés par l'absorption; des cloisons celluleuses très-vasculaires parcouraient toute cette masse dans diverses directions; le métatarsien qui avait donné naissance à cette tumeur présente une perforation par laquelle celle-ci s'est, pour ainsi dire, échappée pour venir s'épanouir à l'extérieur; on y voit en outre des débris de la coque osseuse dans laquelle la tumeur s'est trouvée enfermée à son début.

Cette pièce nous montre donc encore réunis les caractères des deux états de la maladie que l'on pourrait désigner par les noms d'état cartilagineux et d'état fongueux.

On trouve dans Boyer la relation très-complète d'un fait observé par ce chirurgien, qui, n'ayant pas reconnu le véritable caractère de l'affection, se borne à le rapporter à la suite de l'article qu'il consacre à l'ostéo-sarcôme, en disant que l'altération que présentait l'os participait à la fois de l'ostéo-sarcôme et du spina-ventosa. En étudiant avec soin les détails de cette observation, on voit qu'elle a pour objet une tumeur cartilagineuse parvenue à l'état fongueux; en effet on y voit que « la plus grande partie de la tumeur était formée par une substance *cartilaginiforme*, et que dans plusieurs points de cette substance elle était altérée, ramollie, rouge et comparable pour l'aspect à de la gelée de groseilles; dans d'autres points, on remarquait des excavations, de véritables foyers contenant une matière sanguinolente; vers la partie postérieure, on en voyait plusieurs, et notamment un capable d'admettre une noix à parois irrégulières, grises, jaunâtres, contenant un ichor jaunâtre, fétide, en tout semblable aux foyers cancéreux. »

L'auteur revient à diverses reprises sur la présence de parties cartilagineuses. « Elles étaient, dit-il, constituées par une substance couleur de perle, demi-transparente......, présentant une structure et une consistance comparables à celles d'un cartilage encore très-mou et granulé, etc., etc. »

Il est impossible de voir dans cette description autre chose qu'un enchondrome, surtout lorsque l'on apprend que le malade qui en fait le sujet a été amputé par Boyer, qu'au bout de dix-huit ans il n'y avait pas de récidive, et que sur le tibia et le péroné du même membre amputé on trouva plusieurs tumeurs formées d'une couche osseuse, mince et tendre, et intérieurement d'une substance cartilagineuse granulée, semblable à celle de la tumeur qui avait pour siége le fémur.

Les deux faits que je viens de rapporter portent pour ainsi dire avec eux leur conclusion. Nous voyons des tumeurs qui restent longtemps stationnaires offrant tous les symptômes des tumeurs cartilagineuses, puis elles prennent un accroissement rapide, revêtent les caractères des tumeurs très vasculaires, puis l'examen anatomique montre qu'elles sont constituées par un tissu cartilagineux uni à une masse fongueuse.

Nous venons de voir les tumeurs cartilagineuses devenir vasculaires et se transformer en une masse qui ressemble beaucoup pour l'aspect aux tumeurs encéphaloïdes; il nous reste à parler d'une transformation, peut-être plus rare, c'est la transformation kystique. Celle-ci a pour effet de convertir la tumeur en une vaste poche à parois cartilagineuses, contenant dans son intérieur un liquide transparent, poisseux, semblable à une solution claire de gélatine. Ce qui dans ce cas est surtout remarquable, c'est l'accroissement considérable que prennent ces poches kystiques, accroissement qui leur permet de contenir 15, 20, 30 litres de liquide, et même davantage, fait que l'on n'eût jamais soupçonné d'après ce que l'on sait de la texture et de la vitalité du tissu cartilagineux.

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. Raciborski.

Du traitement topique des affections de la matrice à l'aide du spéculum de bain de M. le docteur Raciborski.

On a cherché depuis longtemps à utiliser les propriétés médicamenteuses de certaines substances solubles dans l'eau en mettant leurs solutions, leurs infusions ou leurs décoctions en contact avec les parties malades. De là l'origine si ancienne des lotions, des fomentations, des collyres, etc., etc. A en juger par leur nature, il était facile de présumer que beaucoup d'affections de l'utérus et du vagin devaient également se trouver fort bien de ce genre de médication.

Cependant, pour que les liquides émollients, narcotiques, astringents ou détersifs puissent être ici réellement de quelque utilité, il faut employer des moyens convenables pour prolonger leur contact avec les surfaces malades.

Les injections que l'on prescrit ordinairement dans ce but manquent le plus souvent leur effet, et cela ne pouvait guère être autrement. Nous avons vu quelquefois, il est vrai, des malades qui avaient le privilége de garder pendant quelque temps, surtout étant couchées, au moins une bonne partie de liquides injectés dans le vagin; mais ce privilége constitue une rare exception, et il arrive le plus souvent que les liquides injectés s'écoulent au dehors au fur et à mesure qu'ils arrivent dans le vagin, de sorte qu'ils ne font pour ainsi dire que laver le conduit vaginal. Aussi peut-on dire d'une manière générale qu'à part les cas où l'on se propose de modifier les surfaces malades par une action brusque et presque instantanée de certaines substances caustiques en dissolution, on ne doit guère compter sur les effets topiques des médicaments administrés en injections.

Pour rendre l'action topique des médicaments plus marquée, nous avons employé pendant quelques années un procédé assez simple et qui n'est d'ailleurs qu'une imitation du procédé conseillé par M. Bretonneau pour le tamponnement du vagin décrit sous le nom de *tamponnement à queue de cerf volant*. Ce procédé consiste à introduire au fond du vagin, l'une après l'autre, plusieurs boulettes de charpie ou de coton cardé reliées toutes entre elles à des distances convenables par un gros fil dont on fait pendre l'extrémité au dehors. Cet appareil est changé ordinairement deux fois par jour. On a soin avant de l'introduire de le laisser tremper pendant une heure ou deux dans un liquide approprié aux indications. Rien de plus facile d'ailleurs que de retirer ce petit appareil par l'extrémité libre du fil et de renouveler ainsi ce genre de pansement aussi souvent que les circonstances peuvent l'exiger.

Pour simplifier davantage ce procédé, et surtout pour pouvoir abandonner le pansement aux malades elles-mêmes, ce qui est d'une immense importance dans l'espèce, nous avons fait confectionner une sorte de *porte-pansement*, consistant en un tube en verre ou en ivoire de 3 centimètres environ de diamètre en grosseur. Ce tube est muni d'un mandrin terminé par un embout conique, qui facilite son introduction dans le vagin. Dès que l'instrument est arrivé au fond de ce conduit, on retire le mandrin, pour s'en servir ensuite à refouler le pansement au fond du vagin. Cette seconde partie de l'opération une fois terminée, on retire le tube, et en dernier lieu le mandrin, en ayant soin de le tourner sur son axe.

Modifié de cette manière, ce procédé a incontestablement de très grands avantages sur les injections. Les liquides peuvent rester longtemps en contact avec les surfaces malades. Cependant, pour beaucoup de femmes, c'est déjà un assujettissement que l'introduction de ce pansement tous les jours; il y en a même que la présence d'un corps étranger dans le vagin irrite au plus haut point, et qui ne peuvent pas supporter ce genre de pansement.

Ce sont ces considérations qui ont fait que nous préférons généralement aujourd'hui à ce mode de traitement l'usage du *spéculum de bain*. Tous les médecins savent combien les bains sont salutaires aux femmes qui souffrent du côté de la matrice; en général elles s'y plaisent beaucoup, parce qu'elles se trouvent mieux après. Cependant l'action topique des bains ne s'étend guère dans le vagin, et ne peut s'exercer que faiblement sur les parois de ce conduit, et encore moins sur le col de l'utérus. C'est pour remédier à cet inconvénient que nous avons été conduit à imaginer notre spéculum de bain. Et en effet, à l'aide de cet instrument, non-seulement nous soumettons le vagin et le col de l'utérus au contact prolongé du liquide de la baignoire, mais il nous permet en même temps de combiner deux modes d'action différents, quelquefois même opposés : celui qu'exerce le liquide du bain sur l'économie entière, et particulièrement sur le système nerveux, avec l'action topique exercée directement sur les organes sexuels par des substances introduites dans la cage de l'instrument. Que l'on se représente un spéculum simple de forme cylindrique, légèrement recourbé, pour se prêter mieux à l'axe du bassin, offrant par conséquent une légère concavité par en haut, et une convexité proportionnelle par en bas. L'extrémité antérieure est arrondie, et n'offre qu'une seule ouverture au centre, capable de laisser passer un pois. De pareilles ouvertures se trouvent percées dans les trois quarts antérieurs de l'instrument dans toute sa circonférence. L'extrémité postérieure est recourbée en haut, presque sous un angle droit, et forme une branche perpendiculaire un peu aplatie d'avant en arrière, pour mieux s'adapter au pubis. Des anneaux latéraux servent pour fixer l'instrument en place à l'aide de rubans de fil; mais la plupart du temps cette précaution devient inutile, et les malades le maintiennent avec une main, ou même en rapprochant les cuisses.

Selon les différentes indications, nous varions la nature des substances qui sont introduites dans le spéculum. S'agit-il des antiphlogistiques et d'émollients, nous prescrivons un bain d'amidon, ou bien un bain préparé avec la décoction de 500 grammes de graine de lin et de 4 ou 6 têtes de pavot. Ce liquide, arrivant facilement en contact avec les parois du vagin, et même au col de la matrice, produira déjà d'excellents effets topiques sur les parties malades. Cependant nous avons encore cherché à rendre quelquefois ces effets plus sensibles en introduisant en même temps dans la cage de l'instrument des morceaux d'amidon, dont la dissolution progressive ajoute encore à l'action calmante et adoucissante du bain.

Lorsqu'il s'agit de combattre certaines leucorrhées constitutionnelles, nous prescrivons, à côté d'un traitement interne approprié aux circonstances, des bains ferrugineux ou des bains dans la décoction de feuilles de noyer, de tan, etc. Le spéculum de bain met dans ce cas les organes sexuels internes en contact direct avec ces liquides et leur permet d'en ressentir les bons effets.

S'agit-il en même temps d'exercer directement une influence plus active, plus astringente, nous faisons remplir simultanément la cage de l'instrument avec une bouillie épaisse préparée avec l'écorce de chêne, les roses de Provins, l'écorce de monésia, etc.

Quand il s'agit de combattre une sensibilité exagérée des organes, nous prescrivons des boulettes préparées avec des extraits calmants, tels que l'extrait d'opium, de belladone, de ciguë, que l'on introduit dans la cage du spéculum. Il y a une précaution bonne à observer dans ce cas; c'est de ne mêler des extraits qu'entre eux, sans addition de mucilage qui ne fond que lentement retient la partie active des boulettes.

Il y a deux ans seulement que nous nous servons du spéculum de bain; mais cet instrument nous a déjà rendu de si importants services que nous croyons devoir le recommander à l'attention des praticiens. Nous avons guéri à l'aide de cette méthode des souffrances qui résistaient à beaucoup d'autres moyens. Des écoulements invétérés se modifient également avec rapidité; des ulcérations superficielles du col prennent promptement un meilleur aspect et ne tardent pas à se cicatriser, sans que l'on soit obligé de fatiguer les malades par des explorations et des cautérisations répétées dont nous ferons connaître plus tard les inconvénients.

Ajoutons qu'avec le spéculum de bain une bonne partie du traitement est abandonnée aux malades elles-mêmes et qu'elles peuvent au besoin le dissimuler. Enfin, ce qui recommande encore plus particulièrement le spéculum de bain, c'est la confiance qu'il inspire généralement, et ceci n'est pas peu de chose, car l'état mo-

ral des malades influe considérablement sur les succès de la thérapeutique. Sous ce rapport, le nouvel instrument dont nous parlons plaît généralement aux femmes ; elles saisissent facilement la supériorité des avantages qu'il leur offre en rendant l'action des médicaments plus directe et plus prolongée, et leur esprit est d'avance disposé en sa faveur. La confiance est d'un immense poids dans la thérapeutique, et particulièrement dans celle des affections des organes sexuels. C'est ainsi qu'on a fait quelquefois disparaître les souffrances de ces organes en faisant semblant de cautériser les femmes aux yeux de qui la cautérisation passait pour une méthode indispensable pour obtenir leur guérison. C'est de la même manière encore que d'autres médecins ont réussi à faire disparaître des troubles nerveux attribués aux différentes variétés de flexion ou de version de la matrice à l'aide des instruments qui, dans l'imagination des malades, possédaient toutes les conditions pour ramener cet organe à sa direction normale, quoique en réalité ils ne pouvaient avoir aucune action de ce genre sur la matrice. Le spéculum de bain, qui joint à son heureuse influence sur le moral des malades l'avantage incontestable de soumettre les organes affectés à l'action directe des médicaments, est naturellement destiné à rendre de très grands services aux praticiens.

DES AVANTAGES DE LA PROTÉINE

unie au fer dans la thérapeutique.

Jusqu'à présent la Protéine n'avait été que peu ou pas employée en médecine ; cependant son action sur l'économie est bien évidente.

M. le docteur Taylor, en Angleterre, l'emploie avec succès dans le traitement des scrofules. Ce savant praticien lui a reconnu toutes les propriétés d'un puissant agent réparateur. Les résultats qu'il a obtenus s'accordent bien avec les faits observés par Mulder. D'après l'important travail de ce chimiste sur la Protéine, ce corps constituerait à lui seul toutes les matières azotées qui entrent dans la composition de nos tissus, avec un ou deux équivalents de soufre ou de phosphore, suivant la nature de la substance.

M. Leprat, ex-interne des hôpitaux et pharmacien à Paris, a eu l'heureuse idée d'unir la protéine au fer réduit par l'hydrogène et d'en former un médicament qui, sous le nom de *pilules de protéine ferrées*, mérite un légitime succès. Ces pilules réussissent bien dans les nombreux cas où l'emploi du fer est jugé nécessaire, tels que les affections chlorotiques et lymphatiques, la leucorrhée, l'aménorrhée et certaines maladies du cœur. Elles forment donc un médicament sérieux, digne de fixer l'attention du médecin. La composition de ces pilules est simple et mise à la portée de tous, puisqu'elles ne contiennent que de la Protéine et du fer.

Jointe au fer, la Protéine facilite sa solution dans le suc gastrique, et par là sa digestion, son absorption et son assimilation dans toute l'économie ; elle agit de son côté comme tonique, puisqu'elle est le principe actif de la viande, des œufs, du lait, etc.

Un rapport de M. le professeur Bouchardat à l'Académie de médecine sur le fer réduit par l'hydrogène démontre aussi l'avantage qu'il y a à unir le fer avec une matière albumineuse (protéique). « Il ne suffit pas, dit-il, pour produire la guérison des chlorotiques d'introduire beaucoup de fer dans l'économie, comme quelques-uns l'ont pensé ; il faut offrir à celle-ci une combinaison de fer et de matières albumineuses dans des proportions sagement combinées. »

Les pilules de Protéine ferrées de M. Leprat se trouvent dans ce cas, car chacune d'elles ne contient que cinq centigrammes de fer réduit par l'hydrogène. Cette division permet au praticien de fixer facilement la quantité de fer qu'il veut administrer. De nombreuses expériences ont démontré que la dose graduellement croissante d'une à six pilules prises au commencement des repas était suffisante dans le plus grand nombre des cas, et supportée sans fatigue par l'estomac.

Dans un prochain article, nous publierons quelques observations constatant les effets de ces pilules dans différentes affections.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 23 janvier 1855. — Présidence de M. JOBERT (de Lamballe).

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Épidémies. — M. le ministre du commerce transmet un rapport de M. le docteur Vingtrinier, médecin des épidémies de l'arrondissement de Rouen, sur une épidémie de variole qui a régné à Rouen depuis le 1er juillet 1853 jusqu'au 1er août 1854.

Remèdes. — Le même ministre transmet la recette d'un remède contre le choléra.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Choléra. — M. Baduel (de Sèvres) transmet une copie des rapports qu'il a adressés au préfet de Seine-et-Oise en sa qualité de médecin des épidémies et de membre de la commission centrale d'hygiène publique et de salubrité des communes de Sèvres, Saint-Cloud et Meudon, dans le courant de l'épidémie de 1854. Ces rapports contiennent, avec des aperçus relatifs aux améliorations hygiéniques que réclament les trois principales communes du canton de Sèvres, des propositions sur les causes et le traitement du choléra épidémique. (Commission du choléra.)

— M. Delaux (de Dieppe) adresse une note sur quelques modifications aux symptômes du choléra asiatique de 1832 et 1849, observés dans la présente épidémie. (Commission du choléra de 1854.)

— M. Imbert Gourbeyre, professeur suppléant à l'École préparatoire de médecine de Clermont-Ferrand, adresse une note sur l'épidémie cholérique de cette ville en 1854.

Il résulte de cette note :

1° Que l'épidémie a eu une influence très marquée sur la mortalité en général, et en particulier sur la mortalité chez les enfants, les femmes, les vieillards et la population pauvre ;

2° Qu'il n'est point vrai que les hirondelles disparaissent en temps d'épidémie, contradictoirement à l'opinion émise devant l'Académie des sciences par M. Dausse, ingénieur des ponts et chaussées, lequel assure n'avoir pas vu une seule hirondelle pendant tout le temps que le choléra a régné à Grenoble. (Commission du choléra.)

Imbibition aqueuse des solides. — M. le professeur Tigri (de Sienne) adresse, par l'entremise du chargé d'affaires de Toscane, un mémoire sur l'imbibition aqueuse des solides, considérée au double point de vue de la physiologie et de la pathologie. (Commissaire : M. Poiseuille.)

Traitement de la variole. — M. le professeur Tigri, par le même envoi, communique les conclusions d'un mémoire dans lequel il se propose de démontrer l'utilité des moyens abortifs dans le traitement de la petite vérole. Il préconise cette méthode non-seulement pour soustraire la figure à la laideur des cicatrices, mais pour sauver les malades, dont la vie se trouve menacée par l'éruption elle-même. (Commission de vaccine.)

Sarcocèle. — M. Confevron, chirurgien à Langres, adresse à l'Académie une observation de sarcocèle volumineux opéré avec succès, et guéri sans récidive depuis dix-sept ans. (Commissaire : M. Barth.)

Signe de l'insuffisance aortique. — M. Girard, professeur à l'École préparatoire de médecine de Marseille, adresse une note complémentaire d'un mémoire qu'il a adressé en 1851 à l'Académie, sur un nouveau signe de l'insuffisance aortique, le défaut d'isochronisme entre la contraction du ventricule et le battement artériel. Il rapporte de nouveaux faits ayant pour objet de faire ressortir la valeur de ce signe. (Commission nommée.)

Rage. — M. Canang, médecin à La Neuville (Oise), adresse le résumé d'un mémoire sur la rage. (Commissaire, M. Renault.)

Corps étranger dans le rectum. — M. Leprestre, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Caen, adresse une note sur l'extraction d'un corps étranger introduit dans le rectum. (Commissaires : MM. P. Dubois, Huguier et Robert.)

Lit mécanique. — M. Pouillien présente à l'Académie un lit construit d'après un mécanisme qui permet de donner la position que l'on veut à un malade qui est condamné à l'immobilité. M. Pouillien déclare en devoir la première idée à M. le professeur Nélaton.

Ce lit, que l'on peut appeler *articulé*, se compose de deux parties : le plan sur lequel repose le malade et le support.

Le plan est un parallélogramme rectangulaire, que l'on peut comparer à celui d'un lit ordinaire, qui supporte le sommier et les matelas ; il est fait de trois parties égales, indépendantes ou articulées transversalement, et que l'on meut à l'aide de cordes assujetties au support.

Celui-ci est formé de deux montants réunis en haut par une traverse à laquelle sont fixées trois poulies, dans la gorge desquelles passent des cordes qui permettent de donner au plan entier ou à chacune de ses parties l'inclinaison que l'on veut.

Le plan pouvant être mû en totalité ou en partie, on conçoit facilement tout l'avantage que présente ce nouvel appareil, puisqu'on a la facilité de faire le lit en entier, de panser le malade dans telle partie du corps que ce soit, et de pourvoir à d'autres besoins sans le déplacer.

RAPPORTS.

Remèdes secrets. — M. Robinet lit au nom de la commission des remèdes secrets une série de rapports officiels sur des remèdes et recettes proposés contre le choléra.

Ces rapports, écrits avec verve et esprit, provoquent souvent l'hilarité de l'assemblée. Ils se terminent tous par les mêmes conclusions négatives. Il n'y a lieu d'accorder aucune attention à aucun de ces remèdes. (L'Académie adopte.)

LECTURES.

M. Chevallier lit une notice historique sur la découverte de l'arsenic dans les eaux minérales. De ce long exposé historique, dans lequel tous les points de la question sont examinés dans le plus grand détail, M. Chevallier conclut ;

1° Que la présence de l'arsenic dans les eaux minérales, prévue par Robert Bayle en 1685, a été constatée pour la première fois en 1839 par M. Tripier, puis confirmée par les travaux d'un grand nombre de chimistes, parmi lesquels on compte M. le baron Thénard, MM. Liebig, Buchner, Will, Frésénius, Figuier, Mialhe, O. Henry, Schauefèle, Gobley, etc. ;

2° Que la présence de l'arsenic a déjà été constatée, soit dans les eaux, soit dans les dépôts laissés par les eaux minérales des divers départements de la France dans un nombre de cas qui s'élève à 82, répartis dans 32 départements, y compris l'Algérie ;

3° Qu'il y a encore 55 départements où l'on n'a pas constaté la présence d'eaux minérales et arsenicales ;

4° Que ce principe actif a été reconnu dans un certain nombre d'eaux minérales étrangères : les eaux de Spa, de Wiesbade, de Schwalbach, d'Ems, de Landscheid, de la vallée de Brohl, de Liebenstein, de Ripoldsau, de Dribourg, de Rakoczi ;

5° Qu'il est probable que de nouvelles analyses démontreront que l'arsenic existe dans les eaux dans lesquelles aujourd'hui on n'a pas encore constaté sa présence, et que de nouvelles découvertes ne se feront pas longtemps attendre, l'attention des chimistes étant fixée sur ce point.

M. Chevallier termine ce travail en faisant connaître ce qui s'est passé lors de la découverte de l'arsenic dans les eaux minérales de France, relativement au danger qu'il pourrait y avoir à la faire connaître dans le public. M. Chevallier se range, à cet égard, à l'opinion de M. Walchner, qui a établi que la présence de l'arsenic dans les eaux minérales était peut-être la cause de l'effet salutaire de ces eaux, et qu'elle en expliquait l'action, et à celle de M. Thénard, qui, en parlant des eaux du mont Dore a dit : « On ne saurait mettre en doute que ce » ne soit à l'arséniate de soude qu'elles doivent leur puissante action » sur l'économie animale. »

A plusieurs reprises, ajoute M. Chevallier, nous avons fait usage des eaux arséniatées, et particulièrement de celles de Bussang, qui sont jusqu'ici pour nous les eaux qui contiennent le plus d'arsenic (environ 2 milligrammes par litre), et jamais ces liquides n'ont causé un sentiment d'âcreté à la gorge, sentiment qu'une solution arsenicale très faible détermine dans le plus grand nombre de cas.

Influence de l'emprisonnement cellulaire sur la santé des détenus. — M. le docteur Prosper de Pietra-Santa complète dans un second mémoire ses premières études sur l'influence de l'emprisonnement cellulaire de Mazas sur la santé des détenus.

Une nouvelle période de deux années de recherches faites à Mazas et aux Madelonnettes, dans une prison cellulaire et une maison d'arrêt en commun, l'autorise à dire :

1° Il y a eu à Mazas une diminution dans le nombre des malades et des décès comparativement à la vieille Force et aux Madelonnettes.

Cette diminution n'est pourtant pas considérable quand on tient compte des circonstances accessoires, personnel de la maison, mode de recrutement, nécessité des transfèrements.

2° Les aliénations mentales sont beaucoup plus fréquentes à Mazas que dans les maisons en commun.

A Mazas, on voit les aliénations se développer par le fait même du système chez des individus sains de corps et d'esprit ; aux Madelonnettes, la grande majorité des folies est antérieure à l'entrée ; tous ces détenus sont en conséquence immédiatement transférés à Bicêtre.

3° L'augmentation des suicides continue à être très considérable.

Pendant quatre années, depuis l'ouverture de la prison, leur nombre a été douze fois plus considérable qu'à la vieille Force (de 1830 à 1850), qu'aux Madelonnettes (de 1850 à 1854).

En étudiant les circonstances qui ont accompagné ces malheureux accidents, M. le docteur de Pietra-Santa a constaté :

1° Qu'en général les détenus qui se sont suicidés n'étaient pas de la catégorie de ces hommes pervers perdus de dettes et de crimes, misérables sans foi ni loi, sans feu ni lieu ;

2° Que la plupart étaient en prévention pour des délits qui les rendaient spécialement passibles de la police correctionnelle ;

3° Que l'impression première de la solitude et de l'encellulement a été si violente que la pensée de la destruction est née instantanément avec une force extrême dans leur esprit : deux d'entre eux avaient cessé de vivre le lendemain de leur arrestation, 14 sur 26 n'avaient pas dépassé la huitaine ;

4° Que c'est dans la force de l'âge, chez les hommes qui ont déjà traversé la vie et ses péripéties, que cette passion est la plus énergique. (Commissaires : MM. Londe et Collineau.)

Suette et choléra. — M. le docteur Foucart donne lecture d'un travail intitulé *Quelques considérations pour servir à l'histoire de la suette et du choléra, et des rapports qui ont existé entre l'épidémie de 1849 et celle de 1854.*

En voici les conclusions :

1° La suette observée dans la Haute-Marne et la Haute-Garonne en 1854 a été identiquement la même que celle observée en 1849 dans les départements du nord de la France, sous le rapport de sa nature, de sa symptomatologie, de sa marche, de sa durée, des accidents qui en ont été la suite dans un petit nombre de cas.

2° Les différences que l'on a pu remarquer dans sa gravité ont tenu tout simplement à ce que dès le début une médication hygiénique rationnelle a été instituée (boissons froides, aération, découvrement). Lorsque ces précautions n'ont pas été observées, la maladie a été aussi grave qu'en 1849.

3° Dans les cas qui ont offert quelque gravité, la médication vomi-purgative, proposée par moi comme méthode générale, a parfaitement réussi, comme elle l'avait fait en 1849, à dissiper tous les accidents.

4° Dans les cas où le vomitif a été administré tout à fait au début, les accidents nerveux si redoutables ne se sont jamais manifestés ; la durée de la maladie a été moins longue, et les convalescences plus franches et plus régulières.

5° Pas plus qu'en 1849 et dans les épidémies antérieures, la suette n'a revêtu le caractère intermittent. Dans quelques cas isolés et excessivement rares, les exacerbations ont semblé reparaître à peu près périodiques ; mais cette apparence de périodicité tenait, ainsi que l'a démontré péremptoirement l'observation ultérieure, à cette circonstance qu'on n'avait pas mis en usage au début le traitement vomi-purgatif véritable *régulateur* de la maladie.

6° Enfin, de l'analyse détaillée de cette épidémie et de son rapprochement avec les épidémies antérieures, il résulte une fois de plus que la suette est *une*, et que toutes les épidémies qui en ont été observées en France jusqu'à ce jour ont été parfaitement identiques.

Quant au choléra, je dirai :

1° Que quant à sa nature, à sa marche, à sa durée, à sa gravité, à sa symptomatologie, le choléra s'est montré le même en 1854 qu'en 1832 et en 1849, et le même dans les départements qu'à Paris.

2° Dans un certain nombre de cas, la symptomatologie a été moins complète ; quelques phénomènes ont parfois manqué, ou ont été peu marqués ; les crampes, entre autres, ont été moins fortes et moins persistantes généralement ; mais ces différences n'ont constitué que des variétés sans importance au point de vue du pronostic et du traitement.

3° Généralement aussi la période algide et cyanique a duré moins longtemps ; la réaction a été obtenue plus facilement ; mais cette réaction s'est souvent accompagnée de phénomènes typhoïdes ou de phénomènes cérébraux qui sont devenus funestes.

4° La présence des vers intestinaux dans les matières des déjections et des vomissements de quelques cholériques, signalée comme un accident, a été assez rare, complétement sans valeur, et n'a jamais coïncidé avec des formes plus ou moins graves du choléra. La présence de ces ascarides lombricoïdes n'a pas été plus fréquente pendant le choléra qu'elle ne l'est à l'état normal chez les habitants des campagnes qui se nourrissent mal ou suivent un régime plutôt végétal.

5° Le choléra a *toujours* été, cette année comme les autres et dans toutes les localités, précédé de phénomènes assez marqués et assez prolongés pour permettre d'instituer un traitement utile. La diarrhée est le plus constant de ces phénomènes prodromiques.

6° Le choléra *foudroyant*, c'est-à-dire survenant sans prodromes chez un individu en bonne santé, *est un mythe*.

7° L'expérience démontre que la suette et le choléra peuvent exister simultanément dans les mêmes localités, et que par conséquent il n'y a pas antagonisme entre ces deux maladies; leur coexistence n'est pas non plus forcée.

8° Dans l'épidémie de la Haute-Marne et de la Haute-Garonne de 1854, la suette a, la plupart du temps, précédé le choléra. L'affaiblissement résultant de l'existence de la suette a constitué une prédisposition qui a pu quelquefois favoriser l'évolution du choléra, rendre sa marche plus rapide, et diminuer la durée de la période prodromique, au point de faire croire à l'observateur superficiel et peu expérimenté que cette période n'avait pas existé, tandis qu'elle avait été seulement de plus courte durée.

Dans la plupart des cas, cette transformation de la suette en cholérine, puis en choléra, s'est opérée sous l'influence d'écarts de régime et d'indigestions par excès de nourriture.

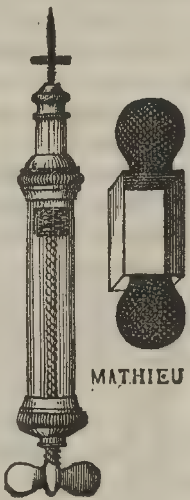
9° L'expérience de 1854 a démontré, aussi bien et mieux encore que celle de 1849, la transmissibilité du choléra d'individu à individu. L'analogie comme l'observation portent à penser que cette transmission a lieu par infection atmosphérique, de la même manière que celle des typhus, des fièvres éruptives, etc.

10° Dans les cas excessivement rares, si tant est qu'il en existe, où le choléra n'est pas précédé de prodromes, c'est par la transmission individuelle qu'il faut expliquer la rapidité de la marche de la maladie.

11° Dans le traitement de la cholérine, ou plutôt dans celui des diarrhées, et en général de tous les phénomènes morbides qui peuvent être rapportés à la première période du choléra, la médication vomi-purgative doit être employée tout d'abord, et constitue en quelque sorte un spécifique. Nous n'avons jamais vu de cholérine, si grave fût-elle, traitée par cette méthode, se transformer en choléra. Les opiacés ne sont qu'un simple palliatif, et il n'est jamais prudent de les mettre en usage avant de les avoir fait précéder des évacuants. (Commission du choléra.)

PRÉSENTATIONS.

Appareil à injections pour le traitement des nævi.— M. Anselmier présente à l'Académie l'appareil qu'il emploie dans le traitement des nævi vasculaires pour faire les injections circonscrites de solutions coagulantes irritantes ou caustiques, suivant les cas.



Cet appareil se compose :

1° D'une seringue de précision ;

2° D'un compresseur linéaire ayant la forme d'un carré pour limiter l'effet de l'injection à la partie de la tumeur sur laquelle on l'applique.

Tandis qu'un aide le maintient fortement en place quand on a fait choix de la portion qu'on attaquera la première, l'opérateur fait lentement la ponction, puis l'injection plus lentement encore.

L'auteur se propose de soumettre plus tard des observations à l'Académie.

— La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 15 janvier 1855. — Présidence de M. Regnault.

Traitement des anévrismes et des varices par les injections coagulantes. — M. Le Roy-d'Etiolles lit sur ce sujet un mémoire dans lequel il se propose d'examiner les causes des accidents qui ont eu lieu dans quelques-unes des tentatives d'injection coagulante qui ont été faites, et les moyens qui pourraient assurer le succès de cette opération.

M. Le Roy fait observer que dans l'application sur l'homme, les chirurgiens se sont éloignés du procédé qui avait été employé dans les expériences sur les animaux par lui-même et par les autres expérimentateurs; les injections avaient été faites dans l'artère sur une petite colonne de sang isolée et stagnante, tandis que sur l'homme on a toujours fait l'injection dans la tumeur anévrismale. Or il semble que l'on ait perdu de vue l'étroitesse ordinaire de la communication entre l'artère et le sac anévrismal qui avait été observée par Scarpa.

« En réfléchissant à cette étroite communication, dit M. Le Roy, on comprend qu'il a dû arriver que le liquide coagulant n'a agi que sur le sang contenu dans le sac anévrismal, et non sur le sang contenu dans le tube artériel, en sorte que la circulation tantôt n'a pas été suspendue, tantôt ne l'a été que momentanément. On se trouvera placé dans des conditions plus favorables en opérant de la manière suivante :

» Deux points de compression sont placés au-dessous et au-dessus de la tumeur; l'injection faite dans le tube artériel coagule sûrement le sang contenu dans sa cavité et la portion de sang encore liquide du sac.

» Sur les artères superficielles, telles que la brachiale, je voudrais que l'on suivît le procédé que j'ai mis en usage dans les expériences sur les animaux.

» Enfin, pour les tumeurs qui sont développées sur les artères près de leur entrée dans les cavités splanchniques, telles que la crurale et l'iliaque externe, la sous-clavière et le tronc brachio-céphalique, je propose l'injection dans l'artère au-dessous du sac, imitant la manière d'agir de Brasdor pour la ligature.

» Quant au liquide coagulant, je crois que l'on a donné trop d'importance au perchlorure de fer, dans l'emploi duquel beaucoup d'opérateurs voient la méthode tout entière des injections. Je pense que cette solution, très irritante, est difficilement maniable, ainsi que l'ont prouvé les inflammations et même les gangrènes survenues après quelques opérations. Il y aurait moins de danger à employer les sels d'alumine, dont j'avais fait usage dans mes expériences, le sulfate d'alumine neutralisé par l'ammoniaque et des lavages répétés.

» Le liquide de Pagliari, composé d'alun et de benjoin; le tanin, etc., ont une action suffisante, sans produire une inflammation excessive dans les parois de l'artère et dans celles du sac.

» Je rappellerai que j'ai encore coagulé le sang dans les artères au moyen de l'électro-puncture agissant sur une portion de ce liquide isolée et stagnante entre deux points de compression. »

Anatomie pathologique de la membrane des bourgeons charnus. — M. Laugier lit la deuxième partie de son mémoire sur l'anatomie pathologique de la membrane des bourgeons charnus. Cette deuxième partie est consacrée à l'histoire des altérations des granulations des plaies sous l'influence de la pourriture d'hôpital.

Dans les deux formes principales de la pourriture d'hôpital (la forme ulcéreuse et la forme pulpeuse), la membrane des bourgeons charnus finit par disparaître.

Dans la première, les bourgeons s'amoindrissent et meurent par exhalations sanguinolentes et ichoreuses ; dans la seconde, ils semblent s'épuiser par une sécrétion pseudo-membraneuse sous laquelle ils disparaissent, bien qu'ils aient conservé, tout le temps qu'on peut les voir, leur forme, leur volume et à peu près leur couleur.

M. Laugier a observé dans certains ulcères une altération des bourgeons charnus tellement analogue à la gangrène sénile, qu'il propose de lui en donner le nom.

En un point quelconque de la surface d'un ulcère atonique, souvent près de l'un de ses bords, un bourgeon charnu, mollasse et volumineux prend une teinte violette et comme ecchymotique, qui paraît située dans son centre, à une certaine profondeur. Cette ecchymose circonscrite et profonde dure quelques jours sans que le bourgeon charnu ait changé de volume et de rénitence ; seulement il pâlit à sa surface, ses couches superficielles reçoivent moins de sang. Peu à peu la teinte violacée paraît s'étendre et tire sur le noir, puis le bourgeon entier devient plombé, s'affaisse et se mortifie ; il est remplacé par une eschare fétide. En ce point l'ulcère se creuse et prend un aspect gangréneux, sans ichor; c'est une gangrène isolée dans l'ulcère qui garde partout ailleurs sa physionomie ordinaire. Plusieurs bourgeons, le plus souvent voisins du premier, lentement, très lentement (car ce travail peut durer plusieurs semaines) subissent la même altération et meurent de la même manière. La tache ecchymotique centrale occupe précisément le siége de la grappe vasculaire qui nourrissait le bourgeon charnu ; c'est sur elle et autour d'elle que la gangrène se montre par l'arrêt de la circulation, et elle envahit tout le bourgeon quand les anastomoses fines qui l'unissaient aux bourgeons voisins cessent de suppléer à son vaisseau nourricier principal oblitéré.

C'est ainsi que dans la gangrène dite sénile, une artère principale étant oblitérée, la mortification arrive peu de temps après, quoique la vie se soit pendant ce temps maintenue à l'aide d'anastomoses artérielles bientôt insuffisantes.

L'anatomie pathologique des ulcères, dont je ne fais aujourd'hui qu'indiquer un aperçu, est, comme on le voit, très digne d'attention. D'après les résultats que j'ai déjà obtenus, mais que je ne veux pas offrir prématurément au jugement de l'Académie, je crois que cette anatomie peut seule éclairer et résoudre une question jusqu'ici bien obscure, celle des phénomènes de l'ulcération. Au lieu d'invoquer, comme l'a fait Hunter, l'action exagérée des vaisseaux absorbants, je crois que dans un grand nombre de cas l'ulcération peut s'expliquer plus clairement que ne le fait l'absorption par des arrêts de développement, un mode particulier d'organisation et de nutrition des bourgeons vasculaires, et enfin, comme je viens d'en donner un exemple, par la gangrène de ces bourgeons.

Traitement des fractures de jambe. — M. Baudens lit un mémoire sur les fractures de jambe traitées par son appareil. (*Voir* le n° du 20.)

Expériences pour servir à l'histoire de l'empoisonnement par le curare. — M. Alvaro Reynoso communique sur ce sujet de nouvelles expériences confirmatives de celles qu'il a déjà fait connaître relativement à la propriété qu'a le brome d'annihiler les effets toxiques du curare.

Dans une nouvelle série d'expériences, M. Alvaro Reynoso a étudié l'action des ventouses. Il a injecté sous la peau d'un cochon d'Inde 1 centigramme de curare délayé dans 6/10es de centimètre cube d'eau, et il a appliqué immédiatement une ventouse. Tant que le vide est maintenu sans interruption, l'animal n'éprouve rien, quel que soit le temps qu'on fasse durer l'expérience; mais aussitôt qu'on enlève la ventouse, le curare est absorbé et produit les mêmes effets que dans les conditions ordinaires. La dose de curare qu'on avait injecté dans cette expérience (1 centigramme) tue les cochons d'Inde en trois minutes dans les circonstances ordinaires.

Une autre manière de faire l'expérience est la suivante : on introduisit dans une blessure faite sur le flanc d'un cochon d'Inde un morceau de curare pesant 57 milligrammes ; la ventouse fut appliquée immédiatement, et l'animal continua à se bien porter pendant le temps qu'elle resta. Mais, aussitôt qu'on vint à l'enlever, l'absorption du poison eut lieu, et l'animal mourut.

Il résulte de ces expériences que les ventouses appliquées avant que l'absorption du poison ait lieu, si elles conservent bien le vide sans interruption, empêchent complétement l'absorption du curare tant qu'elles restent; mais, aussitôt qu'on les enlève, l'empoisonnement se produit.

Il semble donc rationnel d'admettre que, lorsqu'on a employé les caustiques et les ventouses en même temps pour prévenir l'empoisonnement après avoir enlevé les ventouses, le salut de l'animal est dû aux caustiques, et parce que les ventouses n'agissent qu'autant qu'elles sont maintenues, et parce que les caustiques seuls produisent les mêmes effets sans avoir besoin du secours des ventouses.

Opium indigène. — M. B. Roux informe l'Académie qu'il a fait semer à Brest, au mois d'octobre 1851, dans un terrain dépendant du jardin de botanique de la marine, des graines de pavot, variété pourpre. Il a obtenu par l'incision des capsules de ce pavot un produit qui a fourni à l'analyse 10gr,66 pour 100 de morphine mélangée de narcotine. En soumettant ce composé à l'action de l'éther pur, il a séparé 1gr,35 de narcotine cristallisée; la partie insoluble dans ce véhicule, traitée par l'alcool et le noir, a donné une liqueur d'où l'évaporation a isolé 8gr,20 de morphine en cristaux blancs et aiguillés.

Désirant voir apprécier dans l'opium du Finistère les propriétés médicales que MM. Rayer et Grisolle ont constatées sur celui fourni par M. Aubergier, M. Roux a mis à la disposition de M. Duval, premier chirurgien en chef de la marine, une certaine quantité d'extrait d'opium et de sulfate de morphine provenant du latex recueilli au jardin des plantes. Ce praticien distingué a donné ces préparations à plusieurs malades, et a reconnu qu'elles jouissaient de propriétés hypnotiques et calmantes égales à celles que l'expérience a consacrées dans les produits de l'opium exotique.

Ces faits permettent de conclure une fois de plus que l'opium récolté dans divers départements de la France offre une composition et des qualités qui le mettent sur la même ligne que les meilleures espèces du commerce.

Candidature. — M. Baudens écrit à l'Académie qu'il se porte candidat à la place vacante dans la section de médecine et de chirurgie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décrets impériaux du 17 janvier 1855, ont été nommés à deux emplois de médecin principal de 1re classe : MM. Finot, à l'hôpital de Metz; Malapert (J.-H.), à l'armée d'Orient;

A quatre emplois de médecin principal de 2e classe : MM. Maupin, Mestre (R.-B.-B.), Barby, Volage, à l'armée d'Orient.

— Le concours pour le prosectorat de la Faculté de Paris s'est terminé par la nomination de M. Rouget. Ses compétiteurs, MM. Denussé et Trélat, s'étaient tenus dans leurs épreuves à un rang tel, que jusqu'à la fin la plus grande incertitude a régné sur le résultat de ce beau concours.

— On assure que les mutations suivantes vont avoir lieu très prochainement dans le service médical des hôpitaux de Paris :

M. Horteloup quitterait Lariboisière pour passer à l'Hôtel-Dieu;

M. Bourdon prendrait un service à Lariboisière ;

M. Gubler à Beaujon;

M. Oulmont à Saint-Antoine;

M. Bergeron, à l'hospice de Larochefoucauld;

M. Moutard-Martin, à la direction du bureau des nourrices.

— M. le docteur Ripoll, ancien interne des hôpitaux de Paris, vient d'être nommé médecin des épidémies de l'arrondissement de Toulouse. Cette nomination a été la récompense du dévouement dont ce jeune médecin a fait preuve pendant l'épidémie de choléra qui a régné en 1854 dans le département de la Haute-Garonne.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues à la Faculté de médecine par MM. :

Herr, né le 30 juillet 1830 à Grenelle (Seine); *De la luxation de la tête du fémur dans la fosse ovale.*

Miloslavlewitch, né le 18 décembre 1827 à Belgrade (Serbie); *De l'endocardite rhumatismale.*

Nous rappelons à MM. les docteurs que leurs thèses seront annoncées dans l'un des numéros qui suivra la remise qu'ils en auront faite à notre bureau.

Plusieurs de nos confrères nous ont prié de leur envoyer le prix courant de la maison Menier, dont nous avons parlé dans notre numéro du 13 janvier. Nous avons soumis ces demandes au chef de cette maison, qui nous a répondu qu'il regrette vivement de ne pouvoir y satisfaire, mais qu'ayant publié cet ouvrage dans le but d'être utile à la pharmacie, il a dû s'imposer l'obligation de n'en donner qu'aux pharmaciens seulement.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Plon frères, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr.
Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

De la nature de l'encéphalo-méningite granuleuse.

La méningite granuleuse de l'enfance est-elle au-dessus des ressources de l'art, comme quelques médecins paraissent disposés à le penser, et se termine-t-elle toujours fatalement par la mort, quoi qu'on fasse? Dans les cas rares où des guérisons ont été obtenues, doit-on en conclure que l'on n'a point eu affaire à une méningite granuleuse, et ces prétendues guérisons ne sont-elles que les preuves d'autant d'erreurs de diagnostic? Existe-t-il des signes diagnostiques certains et pathognomoniques qui permettent de distinguer pendant la vie la méningite granuleuse de la méningite aiguë simple? Enfin, dans le cas où le diagnostic offrirait assez de certitude pour affirmer qu'on a effectivement affaire à la méningite granuleuse, serait-on justifié à abandonner les malades sans aucun traitement; et dans le cas contraire, quel serait le meilleur traitement à opposer à cette maladie? Voilà tout autant de questions qui se résolvent, en définitive, dans celle-ci : Quelle est la nature de l'encéphalo-méningite granuleuse? Tel est le sujet d'une bonne thèse inaugurale que vient de soutenir M. Léon Liégard.

Témoin de quelques cas de guérison, frappé, d'un autre côté, du découragement dans lequel étaient tombés les médecins de l'hôpital des Enfants à cet égard, et de l'abandon où était tombée la thérapeutique de cette affection dans cet établissement, M. Liégard a cherché à se rendre compte de ce qui a pu faire considérer cette maladie comme incurable, et à examiner si l'observation clinique et l'anatomie pathologique justifiaient également cette désolante opinion.

Les données anatomo-pathologiques de la solution de cette question lui ont été fournies par M. Ch. Robin.

D'après cet habile micrographe, les granulations des méninges sont des produits morbides d'une nature particulière, présentant une organisation propre, bien distincte du tubercule ou de tout autre produit morbide. Sous le rapport de leur structure, M. Robin les divise en deux variétés.

La première variété comprend celles qui ont une coloration jaunâtre, qui sont assez molles au toucher et friables. Les neuf dixièmes de leur masse sont formés par de la matière amorphe finement granuleuse, remarquable par l'uniformité de volume des granules dont elle est composée.

La seconde variété peut se rencontrer dans les méninges avec la précédente ; c'est même ce qui a lieu le plus habituellement. C'est cette même variété qui est la plus fréquente dans le poumon, le rein et les séreuses du tronc dans les cas très fréquents où les méninges et ces différents organes contiennent en même temps des granulations.

Cette seconde variété a surtout mérité le nom de *granulation grise* ou *demi-transparente*; elle accompagne souvent la première espèce, et M. Robin est porté à croire qu'elle est la phase la plus avancée du développement de la granulation.

Comparant les granulations avec les tubercules, pour bien faire saisir les différences entre ces deux produits pathologiques, M. Robin a constaté des différences nombreuses entre les cytoblastions et les corpuscules du tubercule, différences de forme, de diamètre, de réaction aux agents chimiques, de composition élémentaire, etc.

En un mot, la nature de la granulation n'est pas tuberculeuse. C'est ce que le microscope démontre.

Les faits cliniques confirment-ils cette démonstration? C'était ce qu'il importait d'établir. Il s'agissait pour cela de rechercher s'il existait des exemples réels et authentiques de guérison des fièvres cérébrales granuleuses. M. Rilliet en a recueilli un certain nombre d'exemples qu'il a soumis à un examen assez sévère pour qu'on ne puisse pas mettre en doute l'exactitude de ses diagnostics. Il en a observé lui-même trois exemples. Il cite entre autres un fait où les granulations ont été constatées par l'autopsie, chez un individu qui avait guéri d'une première attaque; les anciennes granulations étaient confondues avec celles de nouvelle formation. On en trouve aussi des exemples dans la *Monographie de la méningite tuberculeuse* de M. le docteur Hahw (d'Aix-la-Chapelle). Dans une thèse de M. Savouret on en constate également un certain nombre de cas, dont quelques-uns ont eu lieu à l'hôpital des Enfants de Paris. Enfin M. Liégard rapporte quelques observations empruntées à la pratique de son père, praticien distingué de Caen, connu de la plupart de nos lecteurs par plusieurs communications intéressantes.

Il résulterait donc de ces divers faits que la méningite granuleuse ne serait pas nécessairement et toujours fatalement mortelle par elle-même; que si elle a pu être considérée comme telle par les médecins de l'hôpital des Enfants, il faut peut-être faire la part de l'influence qu'a dû avoir sur leur esprit l'idée de la nature tuberculeuse de la maladie, et probablement aussi de quelque influence de milieu qui aggrave la maladie et la rend plus rebelle qu'en d'autres lieux à l'action des agents thérapeutiques. Quoi qu'il en soit, la nature non tuberculeuse de la maladie paraît démontrée par la double voie de la clinique et de l'anatomie pathologique.

Quelle est donc l'origine de ces granulations?

Plusieurs cliniciens avaient déjà commencé depuis quelques années à mettre en doute la nature tuberculeuse des granulations des méninges, avant que l'anatomie microscopique eût parlé. MM. Rilliet et Barthez ont considéré la méningite granuleuse comme ayant une origine identique avec le croup. Pour M. Bouchut, les granulations résulteraient de congestions ou de jetées inflammatoires sur les membranes encéphaliques, comme cela se passe dans les poumons et dans les plèvres. C'est aussi l'opinion de M. Trousseau, qui regarde les granulations comme contemporaines des congestions, et se formant sous leur influence. Les résultats de l'examen microscopique concorderaient, comme on le voit, assez bien avec cette interprétation clinique du développement des granulations.

Les conclusions qui se déduisent de ces recherches sont : que la fièvre cérébrale ou encéphalo-méningite, avec ou sans granulations, n'est jamais tuberculeuse; que le diagnostic de la présence ou de l'absence des granulations est très difficile, sinon impossible, et que par conséquent la division des fièvres cérébrales d'après les lésions anatomiques pouvant seulement être faite sur le cadavre, cette division doit être rejetée de la clinique.

Quant aux conséquences pratiques de ce fait, et c'est ce que M. Liégard s'est principalement proposé de démontrer dans cette thèse, elles se résument dans la nécessité d'opposer un traitement à une maladie qui est presque toujours mortelle lorsqu'elle est livrée à elle-même, et que l'on voit guérir lorsqu'elle est soignée.

Quels sont les meilleurs moyens de traitement à opposer à la fièvre cérébrale? L'examen de cette question fera le sujet de l'une de nos prochaines revues.

Quelques nouveaux exemples d'altération de la parole avec intégrité des mouvements de la langue.

Dans notre dernière *Revue clinique* (numéro du 20 janvier), nous avons rapporté brièvement, et dans le but seulement de signaler le genre particulier d'intérêt qu'il offrait au point de vue physiologico-pathologique, un fait d'altération singulière de la parole avec conservation de tous les mouvements de la langue, observé dans le service de M. Bouillaud; et à l'occasion de ce fait nous en avons rappelé un analogue que nous avions vu quelque temps auparavant à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Trousseau. M. le docteur Guépin (de Nantes) nous communique à ce sujet plusieurs faits semblables ou analogues qu'il a eu occasion d'observer, soit dans sa clientèle, soit dans le divers services hospitaliers dont il a été longtemps chargé. Nos lecteurs nous sauront gré de mettre sous leurs yeux la relation sommaire de ces faits, qui peuvent concourir à constituer un jour l'histoire de cette intéressante affection.

Le premier fait de M. Guépin a trait à un vieux marin qui a perdu la faculté de la parole, bien que tous les mouvements de la langue s'exécutent avec la plus grande facilité, et que son intelligence soit d'ailleurs parfaitement intacte. Interrogé sur la possibilité de mouvoir la langue, il le prouve aussitôt en la tirant et en lui

---

FEUILLETON.

DE L'ERGOT DE BLÉ.

Par M. le docteur M.-J. GRANCLÉMENT (1).

Ergotine de blé.	Ergotine de seigle.
Odeur.	
Elle rappelle celle de l'extrait de réglisse mêlée à celle du sirop de café.	C'est celle du miel qui commence à fermenter.

Toutes deux sont solubles dans l'eau, mais la coloration est différente : l'ergotine de blé donne la couleur d'une solution de sirop de groseilles, tandis que celle de seigle est de couleur citrine.

Saveur. — Elle n'est pas la même dans les deux préparations, mais je ne sais la qualifier; tout ce que je puis dire, c'est qu'elle n'est pas plus désagréable.

L'ergotine de blé jouit-elle des mêmes propriétés thérapeutiques que celle de seigle? Je ne connais pas d'expériences tentées dans le but d'éclairer cette question.

Action du temps sur les ergots. — *Ergot de seigle.* — A part quelques rares exceptions, tous ceux qui ont parlé de l'ergot de seigle sous le point de vue thérapeutique sont unanimes pour reconnaître qu'il perd rapidement ses propriétés et qu'il faut user de grandes précautions pour les lui conserver.

Suivant M. Kluge (de Berlin), « l'action de l'ergot de seigle recueilli dans l'épi avant la récolte est très énergique, celle de l'ergot recueilli dans l'aire après la récolte est presque nulle. »

Exposé à l'air, dit Bayle, « l'ergot se dessèche promptement, et perd en grande partie ses propriétés vénéneuses et médicamenteuses; d'où la nécessité de le conserver dans des vases bouchés hermétiquement, de le pulvériser au moment de s'en servir et de l'employer dans l'année même où il a été recueilli. »

Le seigle ergoté doit être conservé avec soin, et à l'abri du contact de l'air et de la lumière; il doit être le plus récent possible.

A. Richard ne dit rien de l'action du temps sur ce médicament.

Je lis dans la thérapeutique de M. Trousseau : « M. Bonjean affirme que l'ergot blanc à l'intérieur est aussi énergique que celui qui est violacé. L'ergot piqué, vieux, vermoulu, pulvérisé et exposé à l'air depuis longtemps n'a rien perdu de ses qualités. »

Pour préparer la poudre d'ergot de seigle, on fait sécher l'ergot de seigle à l'étuve et on pulvérise sans résidu. Comme il est toujours fort difficile de conserver cette poudre avec ses propriétés actives, il est bien préférable de pulvériser l'ergot de seigle au moment même de l'administration. L'ergot de seigle étant lui-même fort altérable, il est nécessaire de le conserver dans des flacons bien secs et bouchés exactement.

J'avoue qu'il m'est bien difficile, d'après la citation que je viens de faire, de connaître la pensée de M. Trousseau. Quant à l'emploi pour la question que je traite, il est plus explicite : « L'ergot de seigle, dit-il, est seul employé en médecine. »

Enfin, M. Millet dit qu'avec le temps il s'altère, mais qu'il ne perd ni ses propriétés médicales, ni ses propriétés toxiques, et que la poudre préparée depuis longtemps les conserve également bien.

Ergot de blé. — L'ergot de blé résiste beaucoup plus à l'action du temps, et on ne prend pour le conserver aucune précaution.

La poudre se conserve pendant longtemps sans rien perdre de ses propriétés.

En effet, voici les expériences qui ont été faites par M. Gautier-Lacroze :

Il a placé dans son magasin deux petites caisses; dans l'une était de l'ergot de froment, dans l'autre de l'ergot de seigle; ces ergots étaient tous deux de la même année. Au bout de trois ou quatre mois l'ergot de seigle était en partie altéré, plusieurs grains étaient perforés, rongés plus ou moins profondément; celui de froment était intact. Au bout d'un an, l'ergot de seigle était presque en totalité vermoulu; celui de froment était dans le même état qu'au commencement de l'expérience.

Je crois pouvoir expliquer cette résistance à la destruction par la nature du blé qui produit cet ergot; peut-être celui d'un blé tendre résisterait-il moins.

Quoi qu'il en soit de l'explication, le fait est là et mérite d'être pris en considération.

La poudre de l'ergot de blé jouit aussi d'une sorte d'immunité; l'expérience comparative n'a pas été faite, mais on peut facilement la déduire de ce qui se passe journellement.

En effet, le plus grand nombre des accoucheurs ont constaté que la poudre d'ergot de seigle s'altère promptement et perd complétement ses propriétés.

Rien de semblable n'a lieu pour la poudre d'ergot de blé. M. Gautier-Lacroze prépare une grande quantité de poudre qu'il vend par paquet de 100 à 200 grammes. Les accoucheurs et les sages-femmes qui font à l'avance une aussi grande provision ne lui ont jamais dit que le médicament eût manqué son effet.

Je soupçonne fort, d'après cette étude comparative, que les quelques auteurs qui disent que la poudre d'ergot de seigle ne s'altère pas avaient affaire, à leur insu, à de l'ergot de blé.

Je n'ai pas la prétention de donner aux expériences que je viens de rapporter plus de valeur qu'elles n'en ont; mais je crois qu'elles ont plus de poids que les faits rapportés plus haut et qui sont en faveur de l'ergot de seigle, car celles que je cite ont été faites dans le but d'éclairer une question.

Cette propriété de l'ergot de blé n'est pas, je l'avoue, d'une grande importance; mais si d'autres expériences viennent la confirmer, je ne crois pas qu'elle soit à dédaigner.

(1) Fin. — Voir notre numéro du 23 janvier.

imprimant tous les mouvements possibles; mais il ne peut dire une phrase de suite d'une manière un peu intelligible; il prononce les mots d'une façon confuse, en supprimant toujours plusieurs syllabes ou plusieurs lettres, particulièrement les consonnes. Il ne dit pas *réparation*, il dit *é*, *a*, *a*, *tion*. C'est bien pis pour *contractation*. M. Guépin a pratiqué la galvanisation de la langue (qui, par parenthèse, était très peu sensible à l'excitation galvanique, même lorsqu'on s'aidait d'une aiguille à acupuncture) et il a obtenu une très grande amélioration. Malheureusement cette amélioration n'a été que momentanée, et un mois de séjour dans l'humidité a suffi pour la lui faire perdre. Chez cet homme, cette maladie avait succédé, paraît-il, à une syphilis constitutionnelle et au traitement mercuriel qu'elle avait nécessité.

Dans un second fait, il s'agit d'une fille publique qui est exactement dans le même cas; elle fait entendre des sons, mais elle ne peut plus prononcer les consonnes. Impossible de la comprendre quand elle parle. Quant aux voyelles, qui n'ont pas besoin du concours de la langue, ou qui ne nécessitent pour être émises que l'ouverture plus ou moins grande de la bouche, elle les fait très bien entendre.

Cette fille prétend que jamais elle n'a eu la syphilis, et que jamais elle n'a subi de traitement quelconque. On comprend avec quelle réserve il faut accepter cette déclaration. Toutefois, elle est née dans les marais de la Vilaine, elle y a vécu, et son enfance a subi toutes les misères physiques et morales; de plus, elle a souffert de rhumatismes. M. Guépin a également essayé chez cette fille l'électricité galvanique, qui a parfaitement réussi. Il a ajouté, en raison de sa mauvaise constitution chlorotique et très lymphatique, le traitement suivant :

Iodure de fer	2	grammes.
Chlorhydrate d'ammoniaque	5	—
Iodure de potassium	15	—
Eau	300	—

Elle prenait de cette solution une cuillerée à café matin et soir dans une tasse de décoction sudorifique.

Dans le second cas, la faculté de parler a donc été, comme dans le premier, profondément altérée sans aucune altération (du moins appréciable) du cerveau ni des mouvements de la langue.

Voici maintenant un troisième cas plus curieux : « J'ai vu, dit M. Guépin, chez Mme la comtesse de V..., Mme de M..., sa fille, à qui malheureusement un chirurgien avait cautérisé la corde du tympan en voulant la guérir d'une légère paresse de l'ouïe. Cette cautérisation avait été suivie de douleurs à la langue et au cerveau, et pendant plusieurs années son état a été grave. A l'époque où j'en ai causé avec elle, elle s'est prêtée à toutes mes interrogations avec la plus grande obligeance, précédant souvent ces interrogations par ses propres observations. »

« Il ne me semble pas, me disait-elle, que mes facultés intellectuelles aient été amoindries par mon accident. Je puis encore combiner mes idées avec la même facilité que par le passé; j'écris, ou plutôt j'écrirais facilement, mais je me préoccupe des erreurs que je commets. A chaque instant je prendrai un mot pour un autre. Ainsi, en parlant de vous, au lieu de dire le docteur Guépin est venu voir ma mère ce matin, je pourrai écrire le docteur *Moulin* ou *Visouneau*, croyant que votre nom c'est Moulin ou Visouneau. Je confonds les noms, je les oublie, je les tronque. Vous avez pu voir, ajoute-t-elle, que je parle très lentement, toujours avec difficulté de trouver mes mots, souvent avec impossibilité, et commettant quelquefois des erreurs dans mes appellations. Mon état a été beaucoup plus grave, mais il s'améliore.... »

Ici évidemment il y avait altération cérébrale, mais la langue possédait les mouvements.

Nous concluons, avec M. Guépin, de ces faits, à l'individualité des organismes, ou, pour parler un langage plus scolastique, à la localisation plus ou moins circonscrite de certaines fonctions cérébrales, sans que cela porte aucunement atteinte au fait si évident de leur solidarité.

Dragonneau développé dans la région inférieure de la jambe chez un matelot, après un court séjour au Sénégal.

Nous avons trop peu d'occasions d'avoir des observations exactes sur l'histoire et les évolutions du dragonneau pour que nous ne devions nous empresser de faire connaître les faits de ce genre quand ils viennent à s'offrir à un bon observateur.

Le fait suivant, qui nous est communiqué par M. le docteur Vacher de Lagrave, chirurgien à bord du *Napoléon*, devant Sébastopol, est intéressant à un double titre, d'abord à cause de la longue incubation de ce filaire, en second lieu comme démontrant, ce qu'on avait déjà souvent remarqué, le danger de la cassure de cet animal lorsqu'on procède à son extraction, et enfin comme exemple de l'utilité des onctions mercurielles.

Le nommé Charles (Emmanuel), âgé de vingt-huit ans, né à Marseille, matelot des classes, est allé au Sénégal, il y a dix-huit mois, sur un navire de commerce à bord duquel il a séjourné sept mois dans ce pays.

Pendant tout ce temps, il n'est descendu à terre que fort rarement pour accompagner son capitaine, et il est retourné à bord immédiatement sans être demeuré plus d'un quart d'heure sur le rivage.

L'eau nécessaire à la provision de l'équipage était apportée à bord par les nègres. Ce sont là les seuls rapports qu'il ait eus avec eux. Pendant ces sept mois de séjour sur la côte d'Afrique, cet homme a joui d'une excellente santé et n'a ressenti aucun phénomène particulier qui puisse expliquer les accidents qu'il vient d'éprouver.

Dans la nuit du 24 au 25 septembre, il fut pris d'une démangeaison violente par tout le corps; quatre jours après, sans avoir depuis éprouvé rien de semblable, il ressentit à la jambe droite une nouvelle et violente démangeaison limitée environ à la moitié de cette jambe. En découvrant sa jambe, il remarqua près de la malléole interne une ampoule blanchâtre, qui par la pression laissa écouler de la sérosité sanguinolente.

Il se présente à l'hôpital du bord dans cet état le 1er octobre. Comme la jambe est douloureuse, on prescrit un cataplasme.

Le lendemain, en pressant sur la jambe, on fait sortir par l'ouverture de l'ampoule un ver blanchâtre, filiforme, dont l'extrémité apparente est un peu recourbée et qu'on reconnaît être la tête de l'animal.

Par une traction modérée, on retire une longueur d'environ 5 centimètres du ver qu'on enroule autour d'un morceau de diachylon disposé *ad hoc*. On fixe ce diachylon à l'aide d'une bandelette de même sparadrap et on laisse le malade sans autre pansement.

Le lendemain et les jours suivants, on continue par la même manœuvre l'extraction du dragonneau, et l'on arrive à en retirer environ 15 centimètres.

Il n'y avait eu jusque-là ni douleur ni gonflement; malheureusement le 5 octobre, par une traction trop forte, le ver fut brisé.

Le malade resta encore deux ou trois jours à l'hôpital, et, comme il n'éprouvait plus la moindre souffrance, il en sortit le 8 octobre pour y revenir le 13 novembre.

Il avait alors l'extrémité inférieure de la jambe fortement tuméfiée, rouge, douloureuse; il existait un empâtement très étendu. Ces divers phénomènes sont surtout sensibles du côté de la malléole externe et à la partie postérieure de la jambe.

Il est facile de reconnaître que le ver a rétrogradé et changé sa position première. Le côté interne de la jambe, moins sensible que l'autre, est cependant gonflé et douloureux.

On couche le malade, et on lui fait sur la jambe des frictions mercurielles. On applique ensuite un cataplasme.

Le 21 novembre, la fluctuation étant très manifeste et le malade ayant beaucoup souffert dans la nuit, on lui fait une incision longitudinale assez étendue derrière la malléole externe et un peu au-dessus.

En pressant pour faire sortir le pus, on fait paraître le dragonneau. Une traction modérée l'amène tout entier au dehors (15 centim. encore environ). Les frictions mercurielles l'avaient tué.

Dans le pus sanieux, mal lié et nauséabond qui sort par l'incision, on croit reconnaître d'autres vers fort petits; malheureusement nous n'avons pas de microscope pour nous en assurer.

L'extraction de ce dragonneau a été suivie d'une suppuration très abondante avec décollement. Il a fallu pratiquer deux contre-ouvertures, et ce n'est qu'aujourd'hui, 4 janvier, que le malade peut se servir de sa jambe sans y ramener de gonflement. Il sortira de l'hôpital dans deux ou trois jours.

Ce fait semblerait prouver l'utilité des frictions mercurielles quand le dragonneau s'est fait jour; en tuant l'animal, on faciliterait son extraction.

HOPITAL DU MIDI. — M. VIDAL (de Cassis).

Vaste ulcère syphilitique phagédénique guéri par l'emploi de l'emplâtre de Vigo. — Sur quelques-uns des effets habituels de cette médication.

Le phagédénisme, malgré l'attention dont il a toujours été l'objet de la part des syphiliographes, fait trop souvent encore le désespoir des médecins par sa ténacité et par la gravité de ses conséquences lorsqu'on ne parvient pas à en enrayer à temps les progrès. Nous avons eu l'occasion, en parcourant les salles du service de M. Vidal à l'hôpital du Midi, de constater les bons résultats que ce chirurgien obtient dans ce cas par l'usage de l'emplâtre de Vigo. Bien que ce moyen ne soit pas nouveau en lui-même, nous pensons néanmoins qu'il ne sera pas sans intérêt de signaler à l'attention de nos lecteurs l'excellent parti qu'en tire M. Vidal et les heureux résultats qu'il en a obtenus, notamment dans un des cas de phagédénisme serpigineux des plus graves que nous ayons vus.

Le malade dont il s'agit, à la suite de chancres primitifs, avait vu survenir des bubons dont l'ouverture s'était transformée à son tour en chancres phagédéniques d'abord pulpeux et ensuite serpigineux. Bref, lorsqu'il entra à l'hôpital du Midi, il avait une ulcération qui occupait toute la région inguinale droite et s'étendait jusqu'à la face interne et supérieure de la cuisse. Ce malade fut d'abord soumis à l'usage de l'iodure de potassium; puis, après avoir pris longtemps de l'huile de foie de morue, on lui administra des pilules de proto-iodure de fer. On pansa l'ulcère avec de la charpie imprégnée d'un mélange à parties égales de teinture d'iode et d'eau, et puis avec la teinture d'iode pure. Tous ces moyens ayant échoué, M. Vidal cautérisa l'ulcère avec le perchlorure de fer, avec l'acide nitrique, le nitrate d'argent. Le chancre n'en continua pas moins à marcher et à poursuivre ses ravages. Toutefois, si le mal local ne paraissait en rien s'amender, il faut le reconnaître, l'état général et la constitution de ce malade s'amélioraient sensiblement. M. Vidal jugea que le moment était venu d'employer le sparadrap de Vigo. Il recouvrit, en conséquence, toute la région inguinale de bandelettes très longues et très étroites, disposées à la

---

L'ergot de blé se trouve, en thérapeutique, dans la position où était celui de seigle au moment où Desgranges (de Lyon) fit connaître ce dernier.

Je ne sais pas au juste depuis quelle époque les accoucheurs et les sages-femmes de Clermont-Ferrand et de quelques localités du département du Puy-de-Dôme emploient l'ergot de blé. Il est probable que c'est à partir du moment où s'est établie l'industrie dont j'ai parlé : son usage alors ne daterait que de vingt à vingt-cinq ans. Mais comment est-on venu à l'employer à la place de l'ergot de seigle; est-ce par confusion ou autrement? Je n'ai pu éclaircir ce fait.

Quoi qu'il en soit de son introduction dans la thérapeutique, il est employé seul ou presque seul dans les cas qui réclament l'administration de l'autre ergot.

M. Pourcher, l'accoucheur le plus en renom de Clermont-Ferrand, a employé l'ergot au moins deux cents fois; dans ce nombre, celui du blé y figure pour plus de la moitié des cas.

Action physiologique. — Je transcris ici la note que ce médecin a eu la complaisance de me communiquer.

L'action commence au bout de dix à quinze minutes et ne dure pas plus d'une heure.

Les contractions sont violentes, convulsives, longues, intermittentes, mais rapprochées.

Jamais le médicament n'a manqué de réveiller les contractions; mais quelquefois elles ont été faibles, inefficaces. Pour compléter cette note, je dois ajouter, car je le tiens de source certaine, que *jamais, entre les mains de cet accoucheur, l'ergot de blé n'a produit d'accidents ni sur la mère, ni sur l'enfant.*

Je regrette de ne pouvoir joindre aux observations que je viens de citer des expériences faites sous mes yeux. Si d'autres observateurs confirmaient la remarque de M. Pourcher sur l'action toujours constante de l'ergot de blé, on aurait là un médicament supérieur à l'ergot de seigle, qui dans quelques circonstances ne produit pas toujours les effets qu'on attend de lui.

En effet, sur 1,176 cas publiés par 62 auteurs, il y a eu succès complet 1,051 fois; succès modéré, 14 fois, et 111 fois l'ergot de seigle a échoué complétement.

Si je prends des observations plus récentes, les succès sont dans une moins grande proportion. M. Dufresne, professeur d'accouchement à l'École de médecine de Grenoble, conclut de ses expériences que l'ergot de seigle réussit, terme moyen, cinq fois sur six à réveiller les contractions utérines.

Plusieurs thérapeutistes refusent à l'ergot de seigle des propriétés abortives; il serait curieux de rechercher si celui du blé jouit d'une semblable innocuité.

Le blé ergoté, c'est-à-dire le blé qui renferme de l'ergot, produit-il ou bien a-t-il produit des accidents analogues à ceux que produit le seigle ergoté?

Les recherches que j'ai faites pour éclairer cette question m'ont conduit à une réponse négative. L'ergot se trouve toujours dans une trop faible proportion pour que le blé qui en contient puisse être d'un usage dangereux.

En effet, les blés glacés, soumis au triage dont j'ai parlé, donnent à peine, en moyenne, de 50 à 60 grammes d'ergot par hectolitre.

Les blés durs et glacés ne sont pas les seuls dans lesquels on trouve de l'ergot, il s'en trouve également dans les blés tendres. D'ailleurs, la différence entre ces deux espèces de produits n'est pas aussi essentielle qu'on pourrait le croire. Le plus beau blé glacé peut produire du blé tendre, de même qu'en semant du blé tendre on peut récolter du blé glacé. Il y a dans ce fait, qui est incontestable pour moi, quelque chose d'obscur. Je n'ai rien trouvé, dans ce que j'ai pu lire sur la nature des blés, qui pût me donner une explication de cette espèce d'anomalie.

Circonstances dans lesquelles l'ergot de froment doit être employé, au point de vue seul de la pratique des accouchements. — Probablement je ne suivrai pas l'ordre des auteurs qui ont écrit en cette matière, quand ils ont parlé de l'emploi de l'ergot de seigle dans la pratique des accouchements.

Je vais traiter ce sujet à mon point de vue, non avec la prétention de faire mieux, mais pour me tracer une règle de conduite avec laquelle je puisse être en garde contre les éventualités de tel ou tel accident.

Je divise les circonstances dans lesquelles ce remède rend d'incontestables services en trois catégories :

Dans la première se trouvent les accidents qui arrivent à une femme qui n'est pas au terme de sa grossesse;

Dans la deuxième, ce sont les diverses complications qui peuvent venir entraver ou arrêter le travail;

Dans la troisième se rencontrent les hémorrhagies qui suivent l'accouchement, et les accidents qui peuvent compliquer la délivrance.

1° *Quelles sont les circonstances dans lesquelles il faudra administrer l'ergot de blé à une femme qui n'est pas à terme?*

Théoriquement, il n'y en a qu'une : c'est dans l'avortement; mais cliniquement, il y en a deux : d'abord dans un avortement fait, et ensuite dans un avortement en voie de se faire.

Un médecin est appelé auprès d'une femme qui fait une fausse couche, l'avortement est certain; le fœtus est dehors, mais le délivre est resté dans l'utérus. Dans ce cas, si l'utérus continue de se contracter et si l'hémorrhagie est légère, nullement compromettante, on peut attendre; mais si l'utérus reste dans l'inaction, ou s'il y a une hémorrhagie légère ou grave, n'importe, si elle est compromettante, il faut administrer l'ergot.

Soit, en second lieu, une femme enceinte qui a une hémorrhagie utérine légère, si le col n'est pas dilaté, ou si, étant un peu dilaté, les membranes sont intactes, il faut combattre l'accident par les moyens appropriés et faire tous ses efforts pour arrêter l'avortement. Il peut arriver qu'en dépit de toute médication l'avortement continue sa mar-

manière d'un spica de l'aine. Ce pansement fut renouvelé tous les deux ou trois jours, ainsi que M. Vidal est dans l'habitude de le faire en pareil cas, se bornant à chaque pansement à cautériser légèrement avec le nitrate d'argent. Il y avait à peine une vingtaine de jours que ce traitement était mis en usage que déjà un changement complet s'était opéré dans l'état de l'ulcère, qui marchait rapidement vers la guérison. A cette époque, M. Vidal devant s'absenter pour quelque temps, confia le malade aux soins de M. Guérin (de Vannes), qui continua le même mode de pansement; et à son retour, c'est-à-dire au bout de cinq ou six semaines, il le trouva complétement guéri. Non-seulement ce vaste ulcère était complétement cicatrisé, mais le malade, qui lors de son entrée à l'hôpital était anémique et dans un état de dépérissement marqué, avait repris de la vigueur et toutes les apparences de la santé. Il faut dire, pourtant que l'application du vigo sur une aussi large surface n'a pas été tout à fait inoffensive; le malade a eu pendant le cours du traitement un peu de stomatite mercurielle. Nous verrons, du reste, tout à l'heure quelle est la portée de ce fait et les conséquences pratiques qu'on en peut déduire.

Ce cas n'est pas le premier, ainsi que nous venons de le dire, dans lequel M. Vidal ait eu à se louer de l'emploi du vigo. Il rapporte dans son *Traité des maladies vénériennes* avoir réussi une fois, dans un cas très grave, à guérir par ce moyen une ulcération phagédénique serpigineuse secondaire qui avait résisté à tout. L'ulcération, dans ce cas, occupait la partie inférieure externe de la cuisse et le même côté de la moitié supérieure de la jambe. On appliqua l'emplâtre en bandelettes imbriquées, comme on le fait pour les ulcères atoniques du membre inférieur. Ce pansement fut renouvelé tous les trois jours, et en moins de quinze jours le phagédénisme fut arrêté et la réparation très avancée.

Voici un autre fait qui vient chronologiquement se placer entre les deux que nous venons de rapporter et dont M. Vidal nous a rappelé les principales circonstances à l'occasion du premier de ces malades.

Il s'agit d'un individu qui avait eu un chancre à la verge, plusieurs syphilides superficielles, des ulcérations à la gorge et des engorgements syphilitiques des testicules. A la suite de ces divers accidents, il lui survint de grosses pustules d'ecthyma qui s'ulcérèrent au point qu'au bout de quelque temps le membre inférieur droit présentait deux énormes solutions de continuité, l'une placée au côté externe de la cuisse, allant de l'articulation du genou jusque vers le trochanter; l'autre commençant au-dessous de la rotule, occupant les deux tiers du périmètre de la jambe et se prolongeant jusque vers le pied. D'autres ulcérations plus petites étaient disséminées sur les deux membres inférieurs. Ce sujet était épuisé par la suppuration. Tous les traitements, tant internes qu'externes, avaient échoué. L'ulcération faisait toujours des progrès. M. Vidal fit appliquer alors le pansement avec les bandelettes de Vigo. Toutes les fois qu'on renouvelait les pansements, c'est-à-dire tous les trois jours, on constatait une amélioration sensible, au point qu'en moins d'un mois la réparation fut complète. Ce malade est, si nous ne nous trompons, un de ceux que M. Vidal a présentés à la Société de chirurgie en novembre dernier (voir *Gazette des Hôpitaux*, n° du 5 décembre 1854).

Du reste, cette méthode, qui n'avait été abandonnée en grande partie que par suite des mauvais effets que produisent généralement les mercuriaux contre cet accident syphilitique, et peut-être plus encore à cause de l'éloignement systématique que l'on a eu longtemps pour ce genre de médication, cette médication, disons-nous, depuis que M. Vidal a cherché, avec raison, à notre avis, à en réhabiliter l'usage, n'est pas restée confinée exclusivement dans son service. A son exemple, quelques chirurgiens des hôpitaux ont saisi l'occasion de la soumettre de nouveau au contrôle de l'expérimentation, et jusqu'à présent nous n'avons pas appris qu'ils en aient obtenu de mauvais résultats; loin de là, quelques-uns n'ont eu même qu'à s'en louer.

Le fait suivant, recueilli dans le service de M. Ph. Boyer, à l'Hôtel-Dieu, est un des exemples les plus remarquables que nous puissions citer, à cause surtout de la rapidité avec laquelle la guérison a été opérée.

Un jeune homme de vingt-deux ans entra à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Ph. Boyer, pour s'y faire traiter d'ulcères situés au scrotum et à la partie interne supérieure de la cuisse droite. Cet homme avait eu un mois auparavant un écoulement urétral pour lequel il lui fut fait une application de sangsues au périnée. Quelques heures après les piqûres s'ulcérèrent. Consécutivement de nouveaux points d'ulcération se manifestèrent à la cuisse. Le malade étant alors entré à l'Hôtel-Dieu, M. Boyer constata plusieurs ulcérations au périnée, au scrotum et à la cuisse, couvertes d'une couche gris jaunâtre, adhérente, et qu'on ne pouvait enlever. Le cérat simple, puis l'onguent styrax sont employés sans résultat, ou plutôt les ulcères ne font que s'agrandir, malgré leur usage. Le cérat mercuriel fut également sans effet. Il en fut de même d'un mélange de cérat, d'onguent mercuriel et d'extrait d'opium. Sur ces entrefaites, M. Vidal ayant fait une communication sur ce sujet à la Société de chirurgie, M. Boyer fit alors chez ce malade l'application du sparadrap de Vigo. La première application fut faite le 23 novembre. Le 25 il y avait une amélioration remarquable; les surfaces ulcérées étaient complétement détergées. Le quatrième jour la surface des ulcères était déjà couverte de bourgeons charnus rosés. Au bout de onze jours l'un des ulcères les plus graves était cicatrisé. Le dix-huitième jour les ulcères étaient presque tous guéris. Le vingtième jour la cicatrisation était complète partout. Ce malade n'a eu aucun accident du côté de la membrane buccale pendant l'emploi du sparadrap de Vigo.

On a vu, par les deux exemples précédemment rapportés, que l'usage de l'emplâtre de Vigo avait été suivi de quelques accidents de stomatite mercurielle.

Ce fait de l'affection de la bouche s'est reproduit toutes les fois que M. Vidal a traité des ulcérations étendues, nombreuses, par ce moyen. La conséquence naturelle à déduire de ce fait, c'est que l'emplâtre de Vigo n'agit pas seulement comme topique, comme agent de compression ou comme simple moyen d'occlusion. L'emplâtre de Vigo agit en effet à la fois comme topique et comme agent thérapeutique général par la voie d'absorption, et cette action est due surtout au mercure que contient l'emplâtre dans sa composition; c'est ce que démontre assez la stomatite mercurielle plus ou moins prononcée qui a été observée dans presque tous les cas où ce traitement a été employé.

En tant que démonstration de l'action générale spécifique du vigo par voie d'absorption, ce fait a, comme on le voit, son importance. Mais ne laisse-t-il pas des conséquences fâcheuses à craindre? Il est évident que cette question rentre dans le champ commun de l'appréciation des indications et des contre-indications du traitement mercuriel en général et des limites dans lesquelles il convient de le renfermer. C'est au tact du praticien qu'il appartient d'apprécier le moment où les conséquences de l'absorption pourraient donner des craintes assez sérieuses de ce côté, pour arrêter ou pour suspendre au moins l'emploi du moyen en question.

C'est du reste une question de médecine pratique sur laquelle nous aurons probablement à revenir.

FRACTURES DE LA JAMBE

traitées par l'appareil de M. Baudens (1).

Quand la fracture est récente, simple, sans spasmes musculaires, le membre s'allonge presque toujours assez facilement. Dès le premier jour on peut essayer de lui rendre sa longueur habituelle. Mais s'il existe dans les muscles de la jambe des tressaillements, il faut ajourner les tentatives de réduction; tout effort provoquerait une lutte qui, outre qu'elle serait impuissante, pourrait déterminer des convulsions, le délire, le tétanos. De même, quand par le fait de l'inflammation déjà survenue les tissus sont engorgés, durs, privés d'élasticité, des tractions seraient dangereuses et sans résultats. L'état spasmodique et inflammatoire doit être combattu par le repos, l'immobilité, les antiphlogistiques, dont le plus efficace est sans contredit la glace avec ou sans addition de sel marin. On sait que depuis bien longtemps nous faisons, à l'exclusion des sangsues et des cataplasmes, un très heureux usage de la glace pour combattre toutes les lésions de cause traumatique. Sans exposer ici les règles que nous avons posées pour abriter la glace contre tout danger, nous rappellerons que non-seulement elle est le frein le plus puissant de l'inflammation, mais qu'elle a en outre sur les déplétions sanguines le grand avantage de ne pas appauvrir l'économie, et de ne pas l'exposer ainsi à l'empoisonnement des résorptions purulentes.

Lorsqu'une pointe d'os qui a percé la peau ne peut être réduite, on agrandit la plaie avec le bistouri; si cela ne suffit pas, on fait la résection de la portion d'os saillante, et, si après cette opération la réduction échoue encore, il faut se décider à demander au temps, aux fomentations opiacées froides la chute des spasmes et de l'inflammation : il faut attendre le moment de la détente, qui survient quand arrive la suppuration.

Mais l'expectation trop prolongée a aussi ses écueils; des adhérences difficiles à rompre se forment; le cal se fait d'une manière vicieuse, les muscles subissent une rétraction en quelque sorte acquise. Jusqu'au dixième jour, il n'y a pas grand péril à temporiser; il faudrait même dépasser cette limite de temps s'il le fallait; mais, règle générale, la réduction doit être faite dans les premiers jours, et le plus vite est le mieux.

Cette indication, notre appareil la remplit sans danger, parce qu'il permet des efforts de réduction doux, gradués, permanents, absolument analogues à l'action si prudente des doigts. Ainsi faite, elle n'aboutit même quelquefois qu'après plusieurs jours de tentatives non interrompues à une réduction complète. Avant la connaissance de notre appareil, les auteurs étaient fondés à proscrire tout bandage pendant la période d'engorgement et de réaction inflammatoire, tant que tout danger d'accidents phlegmasiques n'était pas conjuré. En effet, les exemples abondent de gangrène des membres, d'amputations occasionnées par l'application intempestive de bandages à fracture. Notre appareil n'expose pas à ces risques, car les tractions se font loin du siége de la fracture, et celle-ci reste à découvert, sans compression d'aucune espèce, exposée au regard scrutateur du chirurgien. Il n'y aurait du reste pas d'inconvénient, nous le faisons quelquefois quand nous n'avons pas sous la main notre appareil, à laisser pendant quarante-huit heures le membre déposé sur un coussin de crin roulé sur ses côtés en forme de fanons, replié sous la plante du pied pour la bien soutenir et pour remplacer en quelque sorte la semelle de bois autrefois employée.

Coaptation. — Elle présente assez souvent des difficultés. Les plus sérieuses proviennent de l'opposition des engrainures dans certaines fractures, de la présence d'une ou de plusieurs esquilles

(1) Suite. — Voir le numéro du 20 janvier.

---

che; alors, quand l'orifice sera dilaté ou que les membranes seront rompues, on donnera de l'ergot si la matrice cesse de se contracter ou se contracte mollement.

Enfin, une femme enceinte peut avoir une perte grave. Après avoir employé divers moyens hémostatiques, avant d'avoir recours au tampon, on donne 2 grammes d'ergot comme nouvel hémostatique.

S'il n'y a pas de contractions et que la perte continue, on applique le tampon. S'il y a des contractions, aussitôt que le col est ouvert on rompt les membranes et on laisse marcher le travail.

2° *Quels sont les cas dans lesquels il faut donner de l'ergot de blé à une femme qui est en travail?*

Avant de donner l'ergot à une femme qui accouche, il faut s'assurer qu'au moins trois des conditions suivantes sont remplies :

« En premier lieu, qu'il n'y a pas d'obstacles mécaniques sérieux à l'accouchement, rétrécissements, vices de conformation;

» Secondement, que la dilatation est complète, ou, si elle ne l'est pas, que les parties sont molles et tellement dilatables que la dilatation puisse se compléter sous l'action des premières contractions que produira le médicament;

» En troisième lieu, que le diagnostic de la présentation étant bien établi, c'est une extrémité fœtale qui se présente;

» Quatrièmement, que les membranes sont rompues;

» Cinquièmement, qu'il faut qu'à partir du moment où le médicament commencera à produire son effet, l'accouchement puisse se terminer en quelques minutes. »

J'insiste sur ces préceptes. C'est malheureusement parce que l'ergot a été administré en dehors de ces conditions qu'on l'a vu produire des accidents terribles, et soulever contre lui tant de reproches injustes et l'épithète imméritée : *pulvis ad partum, pulvis ad mortem.*

L'ergot de seigle, ou son succédané, l'ergot de blé, est un médicament précieux, mais à une condition : c'est de l'administrer à propos.

Secours que le médicament donne à la mère. — Un médecin se trouve en face d'un accouchement qui se présente dans de très bonnes conditions, mais qui ne marche pas, parce que l'utérus ne se contracte plus ou ne se contracte que faiblement; faut-il administrer l'ergot?

La femme est-elle faible, débilitée, épuisée par un long travail, l'emploi de l'ergot n'est pas encore indiqué; il vaut mieux administrer des toniques, un peu de bon vin, de petits bouillons.

Le travail, au contraire, cesse-t-il chez une femme forte, vigoureuse, pléthorique, on fait une petite saignée. Ce moyen fait souvent merveille. Les contractions ne se réveillant pas après la saignée, on administre l'ergot.

Dans les accouchements rapides, dans lesquels il y a quelques raisons de craindre une hémorrhagie après la sortie de l'enfant, il est prudent d'administrer de l'ergot pour se mettre en mesure contre les éventualités de cet accident.

Pendant le travail, une hémorrhagie légère peut avoir lieu. Si l'orifice est dilaté et que les membranes soient intactes, pour peu qu'il y ait menace de voir augmenter l'hémorrhagie, on rompt les membranes. Si après cela les contractions restent faibles, éloignées, on administre l'ergot.

Dans ce même cas d'hémorrhagie légère, si les membranes se sont rompues d'elles-mêmes, si la présentation est bonne, il faut administrer l'ergot avant de penser au forceps, à plus forte raison à la version.

Enfin, si l'hémorrhagie est grave, on se comporte dans ce cas comme si la femme n'était pas à terme.

Secours que le médicament donne au fœtus. — On vient en aide au fœtus lorsque, le travail n'ayant rien de particulier que la lenteur, on s'aperçoit que l'enfant rend le méconium, et que par l'auscultation on constate qu'il souffre; alors il faut terminer rapidement l'accouchement en donnant l'ergot de blé.

3° *Quand faut-il administrer l'ergot de blé après l'accouchement?*

Dans deux cas, ou pour faciliter la délivrance ou pour arrêter une hémorrhagie.

Il peut arriver que, le fœtus étant dehors, l'utérus, pour des causes quelconques, reste flasque, mou.

Tant que le placenta n'est pas décollé, il n'y a rien à craindre : il suffit d'exercer des frictions sur l'utérus, de le soumettre à un léger massage; si ces moyens sont impuissants à le stimuler, c'est le moment d'administrer l'ergot.

Mais si le placenta est décollé, si le sang coule avec abondance, il faut administrer l'ergot, en même temps porter la main dans l'utérus pour en extraire le délivre et les caillots, comprimer l'aorte à travers les parois abdominales en attendant l'action du médicament.

Il est rationnel de penser que l'ergot de blé, jouissant au même degré que celui de seigle de la propriété spéciale de stimuler l'utérus, peut être employé dans toutes les circonstances où ce dernier médicament produit de bons effets.

Mode d'administration et doses. — L'ergot de blé se donne en poudre à la dose de 50 à 60 centigr., de quart d'heure en quart d'heure, jusqu'à 2 grammes, en s'arrêtant à la dose qui produit l'effet désiré.

On administre le médicament dans un quart de verre d'eau sucrée, à laquelle on peut ajouter quelques gouttes d'eau de fleurs d'oranger.

On pourrait préparer une potion analogue à celle que l'on prépare avec l'ergot de seigle :

Ergot de blé.	3 grammes.
Vin blanc.	100 —

A prendre en trois doses, que l'on rapproche suivant les effets que l'on veut produire.

Par arrêté du 25 janvier, M. le docteur Tavernier, professeur d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens, a été nommé directeur de ladite école, en remplacement de M. Rigollot, décédé.

entre les fragments ou de l'interposition entre ceux-ci d'une portion de muscle.

Pour faire rentrer les angles saillants dans les angles sortants, on exerce des tractions plus énergiques et à la fois ménagées pour imprimer au fragment inférieur quelques légers mouvements de rotation; l'intelligence des doigts portés sur les fragments fait le reste.

Les esquilles sont ou remises en place ou extraites. Quand il n'y a pas de plaie aux parties molles, on fait pour le mieux en ramenant le plus possible les fragments dans une bonne direction et en les maintenant en contact immédiat. Dans aucun cas, il ne faut recourir au bistouri pour aller à la recherche d'une esquille en incisant la peau. On sait combien est dangereuse l'introduction de l'air dans le foyer d'une fracture.

La présence entre les fragments d'une bride composée de parties molles est une très fâcheuse complication capable de retarder indéfiniment la consolidation. La méthode des incisions souscutanées imaginée par M. J. Guérin serait ici une précieuse ressource.

Afin de faire, selon notre précepte, d'une plaie compliquée une plaie simple, nous enlevons les esquilles qui irritent la plaie, et dont la présence fait naître et entretient d'interminables et mortelles suppurations; sans nous trop préoccuper de l'étendue de la déperdition osseuse. En effet, grâce aux belles et ingénieuses expériences de M. Flourens sur la formation des os, on sait aujourd'hui avec quelle merveilleuse puissance ceux-ci se reproduisent, pourvu que le périoste externe ou interne ait été conservé.

Une des nombreuses applications pratiques de ces admirables expériences sera de ne plus redouter le raccourcissement du membre après l'extraction des esquilles quand on aura religieusement conservé le membrane périostale. Ces préceptes trouvent principalement leur application quand la fracture est déterminée par une balle, parce qu'alors les dégâts osseux sont si grands qu'ils semblent au-dessus des ressources réparatrices de la nature. Nous verrons plus loin que, contrairement à l'opinion reçue, nous pensons que, même dans ce cas, il faut ne pas recourir à l'amputation et que la chirurgie conservatrice doit lui être préférée.

Bien que les mains du chirurgien et de ses aides, quand elles agissent avec harmonie, constituent le type le plus parfait des appareils à fracture, il a bien fallu chercher à les remplacer, puisqu'elles ne peuvent fonctionner que momentanément. Il fallait trouver une puissance capable d'agir sans relâche, sans repos et en quelque sorte avec intelligence.

Ce problème difficile, nous pensons l'avoir résolu avec notre appareil à fracture.

Des lacs larges de 4 à 5 centimètres, longs de 80 centimètres, en tissu élastique pour emprunter au caoutchouc la pulpe et la contractilité digitales, embrassent en forme d'anses opposées d'action pour se faire équilibre, absolument comme les doigts du chirurgien, le membre, soit de dehors en dedans et de dedans en dehors, soit d'avant en arrière et d'arrière en avant, avec une harmonie, une douceur, une intelligence même qu'on ne rencontre pas toujours dans les mains des aides.

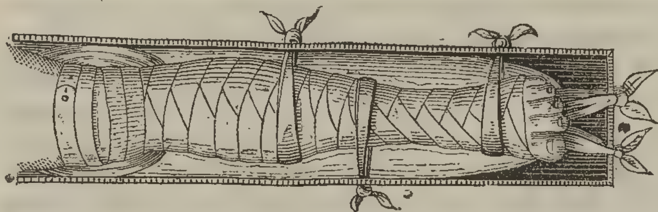
Ces lacs, selon l'obliquité qu'on veut donner à leur action, s'engagent dans une rangée de trous plus ou moins élevée des parois de la boîte. Les trous sont là comme autant doigts prêts à tirer sur les liens auxquels ils font poulie de réflexion, et donnent un point d'attache.

On multiplie les lacs de la coaptation selon les indications; notre appareil permet d'en placer autant qu'on peut le désirer. S'ils viennent à se relâcher, on les resserre, s'il y a lieu. Il faut se rappeler qu'une puissance même modérée, quand elle n'est pas interrompue, aboutit à des résultats très remarquables; on change les liens de place de temps en temps, afin d'éviter sur les téguments les effets d'une compression trop prolongée. Ainsi on évite les douleurs, les excoriations, les eschares gangréneuses. Il y a un moment où l'action des lacs doit être à peu près nulle; c'est quand la coaptation, obtenue depuis plusieurs jours, paraît définitivement acquise par un commencement de consolidation osseuse.

Lorsqu'il existe une plaie avec fracture comminutive, la jambe doit rester découverte sans appliquer les bandelettes de Scultet. Ainsi, elle reçoit l'influence salutaire et tonique de l'air et de la lumière; ainsi, les topiques sont d'une application immédiate et facile; ainsi, la glace étendue sur une légère couche de charpie déposée sur la jambe fracturée constitue un cataplasme glacé dont les résultats sont si souvent tout-puissants. Ce n'est pas tout. On peut à tout moment suivre de l'œil et du doigt la marche de la fracture, appliquer les remèdes en temps opportun, sans demeurer dans cette fausse sécurité qu'inspirent les autres appareils, parce qu'ils soustraient la lésion aux regards du chirurgien; enfin les plaies sont pansées sans imprimer au membre la moindre secousse, et plus facilement même qu'un simple vésicatoire. C'est là le vrai triomphe de notre appareil, il apparaît ici dans toute son efficacité.

Mais lorsque la plaie est simple, facilement réductible, sans engorgement notable, sans danger du côté de l'inflammation, on peut, comme nous le faisons habituellement, recouvrir le membre des bandelettes de Scultet. On a soin d'appliquer préalablement une épaisse compresse longuette trempée dans de l'eau froide sur les régions antéro-latérales de la jambe; on étend cette compresse fortement pour éviter les plis, en la modelant sur le tibia et sur le péroné redressés. On maintient l'affrontement des fragments en plaçant les lacs de la coaptation par-dessus les bandelettes appliquées sur la jambe.

L'examen de la fracture, qu'il faut faire de temps en temps, a lieu sans inconvénient, sans ébranler le cal, car l'immobilité la plus complète du membre est assurée par les lacs extenseurs et contre-extenseurs auxquels on ne touche jamais. Les avantages de cet examen sont l'action tonique de l'air et de la lumière sur le membre fracturé, la possibilité de s'assurer des bons rapports des fragments, même dans les fractures simples, et les effets salutaires d'un certain degré de compression pour faciliter la résolution des épanchements sanguins et combattre la tuméfaction consécutive à l'inflammation.



Dès que les lacs de la coaptation ont remplacé les mains du chirurgien, dès qu'ils peuvent fonctionner avec harmonie et précision, il n'y a plus qu'à relever le côté de la boîte qui était resté rabattu et à fixer à cette muraille les liens de coaptation qui lui correspondent; on ferme ensuite complètement la boîte à l'aide des crochets qui se trouvent à son extrémité digitale. Le dessin qui précède complète cette exposition. Pour préserver les orteils du poids des couvertures, on prend du gros fil de fer recourbé en forme d'anses; ces anses, au nombre de deux, sont fixées dans des trous pratiqués sur le rebord des parois de la boîte et font l'office de cerceaux.

L'appareil doit être placé carrément et d'aplomb sur le matelas du lit. Quand on juge convenable de lui donner un peu d'inclinaison du pied vers le genou pour relâcher les muscles qui par leur attache à la rotule portent en avant le fragment supérieur, on place un oreiller ou un drap non déplié sous l'extrémité digitale du plancher de la boîte.

La solidité de notre appareil, l'immobilité dans laquelle il tient les fragments permettent de changer les malades de lit sans ébranler le cal: on pourrait aisément, à l'exemple de Mayor (de Lausanne), qui se servait d'une planchette, suspendre la boîte à une potence et la convertir en appareil à suspension, ainsi que nous l'avons quelquefois fait.

Objections. — On prétend que les appareils à extension sont douloureusement supportés; c'est une erreur qui tient à ce que l'on confond deux états cependant bien différents l'un de l'autre, l'extension musculaire active et l'extension musculaire passive. L'extension est active et a besoin de repos quand les muscles sont contractés, comme lorsque le bras porté en avant n'a aucun point d'appui; elle est passive et supportée indéfiniment, sans fatigue, quand, le membre étant mollement soutenu par tous les points de sa face postérieure, les muscles sont au repos, comme on le voit quand la jambe repose sur le coussin de crin qui recouvre le plancher de notre boîte.

Maintenant, que les fibres musculaires soient un peu plus ou un peu moins allongées, un peu plus ou un peu moins relâchées et disposées en zigzag, qu'importe? Tant qu'elles ne cèdent que dans leurs limites normales, tant qu'elles restent passivement étendues, elles ne sauraient occasionner ni fatigue ni douleurs. Que si les appareils à extension, malgré leur incontestable efficacité, ne jouissent pas d'une vogue plus grande, cela tient uniquement à leur défectuosité. Le plus grand reproche qu'on leur adresse, c'est d'excorier les parties servant de point d'appui aux agents de l'extension. Mais cet écueil n'est plus à redouter quand on applique notre bandage selon les règles plus haut exposées. L'appareil que nous avons imaginé pour les fractures de jambe présente les avantages suivants:

1° Il est applicable à toutes les espèces de fractures de jambe;

2° Le chirurgien, pendant toute la durée du traitement, peut se passer d'aides;

3° Le membre, tant qu'il reste découvert, permet de suivre de l'œil la marche de la lésion, d'appliquer des topiques, de panser les plaies sans déranger aucune pièce du bandage;

4° Le transport des individus atteints de fracture d'un lit à un autre, et aux armées lors des évacuations de blessés d'une localité sur une autre, se fait facilement;

5° Il conserve au membre fracturé sa conformation normale, loin de l'atrophier, de le déformer et de retarder sa consolidation, comme les appareils à attelles ou à compression circulaire;

6° Il étend considérablement le cercle de la chirurgie conservatrice, en conjurant très souvent l'amputation, quand surtout on emprunte à la glace son puissant concours;

7° Il guérit sans difformité et sans raccourcissement quand il n'y a pas perte de substance osseuse, et même malgré une déperdition osseuse, quand, selon les belles découvertes de M. Flourens, on a pu conserver le périoste externe ou interne.

Ces appréciations ressortent clairement des faits par nous observés depuis vingt-quatre ans, au nombre de 157, non compris les fractures de jambe provenant de coups de feu. Celles-ci, en raison de leur gravité exceptionnelle, forment une catégorie à part.

Une seule amputation, pas un seul cas de mort, voilà par un trait saisissant le résumé de notre statistique.

Notre pratique a eu pour témoins, dans les grands hôpitaux d'Alger, de Lille et de Paris, dont nous avons eu la direction des services chirurgicaux, une foule de confrères et de nombreux élèves en médecine. J'en appelle à leurs souvenirs: en est-il un qui m'ait vu pratiquer une seule fois l'amputation du membre inférieur à la suite d'une fracture de jambe?

Nous avons fait dans notre statistique une réserve en faveur des solutions de continuité provenant de coups de feu, parce qu'en effet leur gravité est souvent telle que l'amputation immédiate semble impérieusement indiquée. Nous disons semble, parce que c'est là une opinion reçue, et que cette manière de voir, tant que nous n'avons pas connu toute l'efficacité de notre appareil et de la glace, nous l'avons partagée. Les événements de février et de juin 1848 nous ont fait modifier radicalement notre pronostic. Nous avons conservé des jambes vouées à l'amputation dans des cas presque désespérés; aussi professons-nous aujourd'hui l'opinion que la jambe ne doit que très rarement être amputée, même quand une balle l'a brisée en éclats.

Si, en 1836, nous avons été fondé à dire, dans notre livre intitulé *Clinique des plaies d'armes à feu*, que les résections, comme règle générale, doivent remplacer l'amputation quand il s'agit d'un membre thoracique, nous croyons actuellement pouvoir étendre ce précepte à la jambe, sous le bénéfice des trois formules suivantes:

1° Extraire toutes les esquilles mobiles, à l'exception de celles qui adhèrent très fortement, afin de purger la plaie de tout corps étranger, et de faire une plaie simple d'une plaie compliquée;

2° Immobiliser le membre à l'aide d'un appareil qui le maintienne dans une rectitude convenable sans le trop comprimer, et qui permette de panser les plaies sans rien déranger;

3° Demander à la glace le frein capable de maîtriser sûrement l'inflammation traumatique.

A l'appui de cette dernière proposition, nous citerons l'opinion si prépondérante d'un illustre physiologiste:

« L'action du froid, dit M. Magendie, t. III, p. 219, des *Leçons » de physiologie expérimentale*, manié avec art, dans les circon-» stances opportunes, est donc un moyen de traitement énergique.
» C'est toujours de la même manière qu'agissent les irrigations » d'eau froide sur les membres fracturés. L'abaissement longtemps » prolongé de la température diminue la pression vasculaire, em-» pêche le sang de se porter en quantité aussi considérable vers le » siége de la lésion; en un mot, il prévient les phénomènes dits » inflammatoires...

» L'action du froid extérieur ralentit la circulation; les bains » froids calment une surexcitation générale caractérisée par une » activité exagérée de l'appareil circulatoire.

» Les parois des vaisseaux, que ne distendent plus des colonnes » liquides aussi considérables, reviennent sur elles-mêmes. De là » ce froncement des téguments, devenus trop larges relativement » au volume des tissus qu'ils embrassent. »

Parmi les nombreux faits qui sanctionnent notre pratique et nos appréciations, nous n'avons que l'embarras du choix. Pour ne pas nous exposer à des redites dépourvues d'intérêt, nous n'en exposerons qu'un certain nombre à titre de spécimen.

(*La suite à un prochain numéro.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Une rare et bien honorable manifestation de gratitude vient de se produire à l'occasion de la mort de M. le docteur Viguerie, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Toulouse pendant quarante-quatre ans.

L'administration des hospices de cette ville, sur le rapport de M. Flavien d'Aldegnier, son président, a pris la délibération suivante:

» Art. 1er. La maison annexe de l'Hôtel-Dieu commençant la rue des Tripiers, dite maison Viguerie, portera définitivement ce nom.

» Art. 2. Sur la porte d'entrée de ladite maison sera placé un marbre noir, avec cette inscription:

ICI EST NÉ
LE DOCTEUR VIGUERIE,
NÉ LE 4 NOVEMBRE 1779.

» Art. 3. Le portrait d M. le docteur Viguerie sera placé dans l'endroit le plus apparent du service des blessés de l'Hôtel-Dieu.

» Art. 4. Il sera célébré un service solennel, en l'honneur de M. le docteur Viguerie, dans l'église de l'Hôtel-Dieu-Saint-Jacques.

» Art. 5. Une copie de la présente délibération sera remise, par l'administration des hospices, en corps, à la famille de M. le docteur Viguerie.

» Art. 6. La présente délibération sera soumise à l'approbation de M. le préfet. »

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE.

Le vendredi 23 février 1855, à midi précis, un concours public sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'administration de l'assistance publique, rue Neuve-Notre-Dame, n° 2, pour la nomination à une place de pharmacien dans les hôpitaux de Paris.

Les personnes qui voudront être admises à ce concours devront se présenter au secrétariat de l'administration pour y prendre connaissance des conditions d'admission et se faire inscrire avant le mercredi 7 février, à trois heures après midi.

Le secrétaire général,
Signé L. Dubost.

Le Gérant.
Paris. — Typographie de Plon frères, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 29 JANVIER 1855.

Séance de l'Académie des Sciences.

Il y a quinze ans environ (en 1839), M. J. Guérin communiquait à l'Académie des sciences un mémoire dont l'objet était de faire connaître certains phénomènes propres aux plaies pratiquées sous la peau, et en particulier la propriété qu'ont ces plaies de guérir sans inflammation, au moyen d'un travail d'organisation immédiate ; de déterminer les conditions et le mécanisme de ce travail organique ; enfin, d'indiquer les applications qui pouvaient être faites de la connaissance de ces phénomènes à la science et à l'art chirurgical. C'étaient les bases scientifiques de la méthode sous-cutanée à la constitution et aux progrès de laquelle M. Guérin a contribué depuis pour une si large part. Depuis cette époque, dans plusieurs communications successives, M. Guérin s'est attaché à faire connaître les conditions principales et les caractères généraux du fait de l'organisation immédiate des tissus divisés sous la peau ; savoir, l'absence du contact de l'air et l'occlusion hermétique des ouvertures, l'absence radicale de réaction locale et générale, etc.

Bien que ces principes n'aient été sérieusement contestés par personne, il est arrivé cependant que les résultats des tentatives et des expériences n'ont pas toujours répondu à l'attente des chirurgiens. Fallait-il en conclure que le principe n'était ni aussi absolu, ni aussi général qu'on avait pu le présumer d'abord ? Non. Mais il fallait rechercher s'il n'y avait point des conditions secondaires à observer, et qui, faute de l'être, fussent de nature à compromettre le résultat de l'opération : c'est ce qu'a fait M. Guérin. Après avoir démontré préalablement l'exactitude de la formule générale, l'expérience lui ayant appris qu'en dehors des conditions essentielles de l'organisation immédiate il existait des conditions incidentes qui pouvaient entraver ou faire varier le travail physiologique, il s'est proposé d'étudier une à une ces diverses conditions, ainsi que de rechercher s'il n'y aurait pas dans chacun de ses produits des caractères plus ou moins liés aux tissus dont ils émanent. C'est le résultat de ces recherches qui se trouve consigné dans le mémoire qu'il vient de lire à l'Académie ; on en trouvera un court résumé au compte rendu de la séance. Nous attendrons que M. Guérin ait communiqué la suite de ce travail, dans laquelle il se propose d'exposer les différentes applications chirurgicales qui ont été réalisées en conformité de ces principes physiologiques, et d'indiquer les règles de la méthode, pour en présenter à notre tour un résumé général.

M. Maisonneuve a exposé, dans un mémoire dont on trouvera également un extrait au compte rendu, les motifs qui l'ont engagé à proposer la substitution de la ligature de l'artère carotide externe à la ligature de la carotide primitive, dans les diverses circonstances où il est nécessaire d'intercepter le cours du sang dans les vaisseaux qui alimentent les téguments du crâne, la face et les organes importants qu'elle renferme ; tel est le cas, par exemple, de l'existence de diverses maladies, anévrismes, varices artérielles, tumeurs fongueuses, etc., sur le trajet des ramifications de la carotide externe. Quelques-unes des observations sur lesquelles sont fondées les conclusions de ce mémoire sont déjà connues de nos lecteurs. Quant à ces conclusions elles-mêmes, elles nous paraissent mériter d'être sérieusement méditées par les chirurgiens. — Dr Brochin.

REPRODUCTION DES EMPREINTES DE PAS SUR LA NEIGE en matière criminelle.

On sait de quelle importance sont en matière criminelle la conservation et la reproduction des empreintes laissées par les coupables. Elles constituent quelquefois le seul indice sur lequel puisse s'appuyer la justice pour discerner l'innocent du coupable, et il est plus d'une circonstance où, si l'on n'eût pu représenter les traces involontairement faites sur un sol peu résistant par des pieds nus, des chaussures, une crosse de fusil, etc., la vindicte publique se fût trouvée désarmée. Nous allons consacrer aujourd'hui quelques lignes à une découverte véritablement merveilleuse que vient de faire un pharmacien distingué de la marine, M. Hugoulin : nous voulons parler de la reproduction des empreintes laissées sur la neige.

Jusqu'ici les traces imprimées sur une surface peu résistante, il est vrai, mais susceptible de se conserver intacte en étant mise à l'abri des circonstances extérieures capables de l'altérer, se bornaient à celles que l'on observe sur la terre humide, la boue, le sable. En 1850, M. Hugoulin indiqua un procédé à l'aide duquel il devenait possible de solidifier les empreintes de pas sur la poussière des chemins. Mais il n'était venu encore à l'idée de personne de conserver autrement que par une mensuration, une description attentive, le souvenir de ces mêmes empreintes sur une substance aussi *fugitive* que la neige. Tel est cependant le problème que cet habile expérimentateur s'est posé et qu'il vient de résoudre de la façon la plus satisfaisante. Nous allons en donner un court exposé d'après le mémoire qu'il a publié dans le dernier numéro des *Annales d'hygiène et de médecine légale*. Si ce sujet trouve place dans un journal consacré aux sciences médicales comme la *Gazette des Hôpitaux*, c'est que le procédé à employer est fort délicat et exige toute l'adresse d'un manipulateur exercé, habitué à manier certaines substances employées en médecine et en pharmacie.

L'opération repose sur ce principe, que la gélatine pure dissoute dans fort peu d'eau tiède se prend immédiatement en gelée consistante par le contact d'un corps froid, et reproduit un cliché exact de la surface de contact sur laquelle on l'a appliquée, enfin que ce cliché peut, sans se déformer, servir à une reproduction exacte de la surface de contact au moyen d'un corps plastique qui se solidifie rapidement, le plâtre, par exemple.

L'opérateur se munit de quelques onces de gélatine en belles plaques transparentes, connues dans le commerce sous le nom de *grénétine*. La plus belle qualité est seule capable de remplir le but que l'on se propose, la gélatine inférieure ne se prenant pas assez vite par le refroidissement. On trempe les plaques dans l'eau fraîche jusqu'à ce qu'elles soient suffisamment gonflées.

Si la couche de neige est épaisse, l'empreinte est tout entière sur la neige ; si elle est mince, le talon a pu pénétrer jusqu'au sol, et quelques parties de terre ou de sable sont à découvert. Dans ce dernier cas, on enduit avec un pinceau d'une légère couche d'huile les parties de l'empreinte qui ne sont pas imprimées sur la neige.

L'empreinte étant ainsi préparée, on prend la gélatine gonflée par l'eau d'absorption, et on la dépose dans un vase quelconque, métallique, à fond plat, casserole, poêlon, ou même dans une assiette, et avec une lampe à alcool on chauffe doucement, de manière à faire fondre la gélatine, en agitant avec précaution pour ne pas introduire de bulles d'air. Une fois fondue, on la laisse refroidir assez pour qu'elle coule encore facilement, et on la verse avec précaution sur l'empreinte, en couche peu épaisse d'abord, puis un instant après on ajoute une seconde couche plus épaisse, pour donner plus de solidité à l'empreinte. Le gélatine, en contact avec la neige, se prend immédiatement ; la surface supérieure ne tarde pas à se prendre aussi, et le calorique que ce corps cède à l'empreinte n'est pas suffisant pour altérer celle-ci.

Au bout de quelques minutes le cliché de gélatine est assez solide pour être enlevé. On le renverse sur un linge en plusieurs doubles, dont on relève les bords autour du cliché, et on coule sur la gélatine du sable à mouleur très fin.

On peut, pour cette seconde partie de l'opération, prendre son temps, car, par le temps froid, la gélatine conserve ses dimensions pendant plusieurs heures sans se dessécher, ni se racornir. On doit avoir soin, avant d'y verser le plâtre, de huiler légèrement la surface de la gélatine avec un pinceau. Le cliché de gélatine peut servir à prendre plusieurs empreintes avec le plâtre ; il se conserve aisément pendant plus de deux heures sans subir la moindre altération. — Dr A. Foucart.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Accidents cholériformes. — Parotide suppurée. — Pneumonie. Mort.

Biguet (Claude), journalier, âgé de soixante-huit ans, entre à la Charité le 13 janvier 1855.

Des premières vérités sur la médecine.

LETTRE PREMIÈRE (1).

Cette façon d'entendre la maladie n'est pas précisément nouvelle : l'opposition des systèmes, la fatigue et l'ennui qui en résultent, une certaine transformation philosophique qui s'opère malgré tant d'esprits inquiets et turbulents qui trouvent leurs délices dans l'idéologie et toutes ses étranges conséquences, voilà autant de raisons qui poussent un nombre fort notable de nos confrères vers l'étude spéciale de la pathologie dégagée des connexions trop intimes que lui ont prêtées les systèmes avec l'organisme vivant. C'est un sujet sur lequel j'aurai d'ailleurs à revenir quand je vous parlerai de l'essence ou de la nature intime des maladies.

J'arrive à l'objet plus direct de cette première lettre : la médecine est une science.

Quand on est comme vous, cher confrère, mécontent, et avec raison, j'en conviens, des doctrines médicales et qu'on n'y trouve pas des vérités telles que l'universalité des bons esprits doive les accepter, il ne faut cependant pas, permettez-moi de vous le dire, tout rejeter, et parce que vous avez la conviction que les hommes errent depuis des siècles sur l'objet de leurs méditations, prétendre que cet objet est une pure illusion ; car enfin ce serait nier l'évidence ; ce serait, je vous l'ai laissé entrevoir, se ranger du côté des préjugés du monde, et vous savez quels ils sont et sur quel fonds ils reposent. Au lieu d'agir sérieusement, ce serait faire une folie. Qu'il soit dit en passant qu'il est dangereux d'essayer de faire table rase ; les exemples que nous en avons, tant dans les sciences que dans les autres branches des connaissances humaines, n'ont pas été heureux ; ils sont l'œuvre des idéologues, et vous savez comme moi les beaux fruits qu'ils ont portés. C'est une prétention bien orgueilleuse que mépriser en tous points la tradition. Ne doit-elle donc compter pour rien ? Faut-il brûler les livres et fermer les bibliothèques ? Faut-il, sans tourner la tête vers tout le bagage scientifique qu'on laisse derrière soi, et sans regret, marcher en avant sous la direction de quelque téméraire novateur ? Non sans doute ; il faut commenter la tradition, mais non la détruire. Il faut profiter des œuvres de nos devanciers. Il y en a qui sont des monuments impérissables, des œuvres qui ont traversé les siècles pour se faire admirer encore de nos jours, œuvres du premier ordre, parce qu'elles renferment des vérités incontestables, et que ce qui se trouvait vrai il y a plus de deux mille ans est encore vrai aujourd'hui. On pourrait donc prouver par l'évidence, par une sorte de consensus universel, par le témoignage des hommes, par le respect qu'on doit avoir pour la tradition, que la médecine, dans son objet, offre un haut degré de certitude. Si elle a le cachet de la vérité, elle doit être quelque chose ; car enfin la vérité s'attache à quelque chose de précis. De cette manière, l'on pourrait arriver à prouver que la médecine est une science ; mais essayons de le faire autrement, et peut-être, sinon d'une manière plus rigoureuse, du moins avec plus d'apparence d'une démonstration philosophique.

Il y a en médecine une série de connaissances ; elles sont mal arrangées, suivant vous ; elles n'ont peut-être pas entre elles de lien bien régulier ; c'est fort possible, mais ces défectuosités ne sont pas le fait de ces connaissances elles-mêmes, elles dépendent de ceux qui les ont classées dans un ordre qui est mauvais, ou de ceux qui leur ont donné une fausse signification. Cela n'explique pas la non-existence de ces connaissances acquises depuis longtemps et basées sur un état particulier qu'offrent, dans certaines circonstances données, les êtres vivants. Pour ce motif qu'un certain nombre de ces connaissances, un très petit nombre même, si vous le voulez, familières à des hommes qui chaque jour s'en occupent, sont réputées exactes depuis des siècles, transmises ainsi de génération en génération, j'en conclus qu'il y a là une science.

Que faut-il entendre par ce mot de science ? Il est quelque peu équivoque ; et pour ma part, j'admets les scrupules du P. Buffier à son sujet. Ce judicieux philosophe ne veut pas qu'on accorde le titre de *savant* à l'homme qui entasse dans son esprit connaissances sur connaissances, si celles-ci ne sont pas bien digérées (1). N'êtes-vous pas de cet avis, cher confrère ? Evidemment, vous devez en être ; c'est simple affaire de bon sens d'admettre cette proposition : « Qu'est-ce donc que la » science ? se demande le P. Buffier (page 335). Je la définis : *une suite*

(1) Fin. — Voir le numéro du 9 janvier.

(1) *Examen des préjugés vulgaires*, page 333.

Il y a cinq semaines, sans cause bien appréciable, cet homme a été pris de diarrhée et de vomissements. Les selles, qui pendant quelques jours étaient au nombre de quinze à vingt dans l'espace de vingt-quatre heures, se sont accompagnées de crampes très douloureuses dans les mollets et de vives coliques. Les vomissements étaient également très abondants et fatiguaient beaucoup le malade. Au bout de peu de temps cet état s'est calmé, mais la diarrhée a persisté, et il est resté une faiblesse considérable.

Il y a dix jours, le malade a commencé à ressentir des douleurs et des élancements au niveau de la parotide gauche; il indique très clairement qu'en ce moment la diarrhée s'améliora d'une manière notable.

Lors de son entrée à l'hôpital, le malade est pâle, amaigri et dans une grande prostration. La parotide gauche est tuméfiée et forme une tumeur irrégulièrement arrondie qui se prolonge en avant sur la joue jusqu'au bord antérieur du masséter; la peau y est tendue, sans être toutefois plus rouge; en plusieurs points, elle est soulevée par des bosselures fluctuantes. Les douleurs sont très vives; la mastication est pénible, et la bouche s'ouvre avec tant de peine que le malade ne prononce que des mots mal articulés. La nuit dernière il y a eu des coliques assez vives et des selles liquides. Le ventre est douloureux à la pression; la langue est humide et recouverte d'un enduit blanchâtre, rouge à la pointe et sur les bords. La toux est assez fréquente et accompagnée d'une expectoration de crachats jaunâtres, opaques, nageant dans un liquide séreux. Dans la poitrine, il y a des râles sibilants et ronflants disséminés; le pouls est extrêmement faible et médiocrement accéléré.

Des ponctions multiples sont pratiquées sur la tumeur et donnent issue à une petite quantité de pus. Cataplasmes émollients sur l'abdomen; bols avec diascordium et sous-nitrate de bismuth; décoction blanche pour boisson.

Le 15, la parotide a un peu diminué de volume, mais l'état général reste aussi grave. — Même traitement.

Les 16 et 17, il ne sort qu'une petite quantité de pus par la ponction pratiquée les jours précédents. La diarrhée a reparu plus intense que jamais; la toux est plus fréquente et s'accompagne de crachats presque purulents, et cependant l'auscultation ne fait entendre que des râles sibilants et ronflants disséminés. Un peu moins de sonorité à la percussion. Le pouls est misérable et donne 80 pulsations. — Même traitement, et de plus julep avec laudanum et sirop de quinquina.

Les 18 et 19, la diarrhée continue, la langue se dessèche et se couvre d'un enduit noirâtre; l'état du pouls est le même; les crachats sont toujours purulents, mais la prostration du malade est telle qu'on ne peut le lever pour l'ausculter. — Même traitement.

Le 20, les traits sont profondément altérés, les yeux enfoncés dans l'orbite. La nuit dernière il y a eu du délire. La langue est sèche et noire; la diarrhée ne cesse pas; la respiration s'embarrasse de plus en plus, et c'est à peine si les crachats peuvent être expectorés. Les incisions donnent issue à une petite quantité de pus sanieux.

La mort a lieu le 21 janvier, à six heures du matin.

A l'autopsie, on trouve que le sommet du poumon droit a contracté des adhérences si intimes avec la plèvre pariétale correspondante, qu'on ne peut l'enlever que par lambeaux. A gauche, les adhérences occupent toute la hauteur du poumon, mais sont moins résistantes. Les coupes pratiquées sur les deux poumons permettent de constater que le sommet de chacun d'eux est criblé de tubercules d'une couleur blanchâtre, de forme irrégulière, de consistance assez dure; quelques-uns même sont tout à fait à l'état crétacé. Tout autour le tissu pulmonaire est noir et induré, et l'on sent en outre des brides fibreuses qui traversent en tout sens le parenchyme. A gauche ces lésions sont moins marquées, et cependant l'on rencontre de ce côté une petite caverne dont les parois, formées par du tissu noir et induré, sont appliquées l'une contre l'autre. Tout le reste du poumon gauche offre au plus haut degré les lésions caractéristiques de l'hépatisation grise. A droite, on rencontre sur les deux lobes inférieurs les lésions de l'hépatisation rouge. Les bronches sont un peu dilatées et leur muqueuse est injectée, surtout dans l'intervalle des anneaux cartilagineux.

Rien de remarquable au cœur.

La muqueuse de l'estomac offre une teinte ardoisée dans toute son étendue, mais surtout à la région pylorique; elle n'est du reste ni ramollie, ni ulcérée. Le duodénum est sain. Au commencement de l'iléon les valvules sont un peu boursouflées et injectées sur leur bord libre; rien dans le reste de l'intestin grêle.

La muqueuse du gros intestin, à peine un peu injectée au niveau du cœcum, est rouge, ramollie et tuméfiée dans le côlon transverse. Outre cela, on rencontre dans l'S iliaque quatre ou cinq petites ulcérations superficielles; dans l'ampoule rectale, jusqu'à la fin du gros intestin, et surtout aux environs de l'anus, elles deviennent plus nombreuses, et occupent toute l'épaisseur de la muqueuse: les unes sont arrondies, à fond grisâtre; les autres sont allongées et comme serpigineuses; autour d'elles la muqueuse est fortement injectée.

La glande parotide du côté gauche a été disséquée avec soin. Son enveloppe fibreuse est intacte, et n'offre pas d'autres ouvertures que celles qui ont été faites avec le bistouri pendant la vie; en bas seulement elle est amincie et comme prête à se perforer. On ne peut du reste l'inciser sans donner issue à du pus, qui se présente sous forme de gouttelettes arrondies, nichées dans les culs-de-sac glandulaires. Le canal de Sténon étant isolé des parties environnantes, on l'ouvre dans toute son étendue; sa membrane interne n'est ni injectée ni ramollie, mais à 3 centimètres à peu près de son orifice buccal, on y trouve quelques vaisseaux anomeux, et de plus toutes les ramifications du conduit sont obstruées par du pus concret. Au bout de 2 centimètres, il est impossible de trouver traces des canaux excréteurs: on tombe dans de petites cavernes creusées au milieu de la glande, tombée en putrilage. Des incisions pratiquées en tous sens dans la glande et dans ses prolongements, font constater que tous les culs-de-sac sont uniformément remplis de pus.

On peut étudier dans ce fait et les altérations anatomiques de la parotide et la valeur des affections de ce genre considérées comme phénomènes critiques.

Lorsque la parotide enflammée vient à suppurer, le pus peut siéger en divers points, ainsi que le faisait remarquer M. Velpeau: ou entre la glande et la peau, ou profondément derrière la glande, ou dans le parenchyme glanduleux lui même; distinction anatomique de la plus haute importance, et qui doit être appliquée à la plupart des organes glanduleux; par exemple, aux ganglions lymphatiques, à la mamelle, etc.

Dans le cas qui nous occupe, le pus siégeait dans les grains glanduleux eux-mêmes. Murat et plus tard Rochoux ont fait voir qu'il en était toujours ainsi dans les parotides critiques, contrairement à l'opinion de Bichat, qui pensait que le tissu cellulaire et les lymphatiques de la région étaient seuls affectés. Or, ici comme pour la mamelle, l'inflammation ne peut provenir que de deux manières, comme l'indiquait M. Velpeau: ou de dehors en dedans, lorsqu'il existe quelque violence extérieure; ou de dedans en dehors, et alors tantôt la phlegmasie se propage de la muqueuse buccale à la glande par le conduit de Sténon, tantôt elle naît dans la glande elle-même sous l'influence des lésions de sécrétion et d'excrétion de la salive qui accompagnent souvent les affections de nature typhoïde.

Quoi qu'il en soit, le pronostic sera loin d'être le même dans les cas d'inflammation parenchymateuse et dans les autres. Si la trame cellulo-fibreuse est seule prise, le mal pourra être arrêté plus facilement par les émissions sanguines, les résolutifs, et plus tard les incisions donneront facilement issue au pus. Au contraire, quand le parenchyme est atteint, il est fort difficile d'arrêter la marche de la phlegmasie, et le liquide étant contenu dans des aréoles distinctes, il est impossible que les incisions, même multipliées, lui ouvrent une sortie facile, toute la glande est convertie en une éponge pleine de pus; les faisceaux vasculaires sont détruits, et parfois, ainsi que nous en avons vu un exemple, l'organe presque entier tombe en sphacèle.

Si maintenant nous nous demandons quelle a été l'influence de cette parotide critique, nous voyons qu'indice d'un état général grave dans lequel le malade avait été jeté par des accidents cholériformes remontant déjà à une époque éloignée, elle est bientôt devenue elle-même une complication des plus sérieuses. Si nous nous rappelons que le sujet était âgé, d'une mauvaise constitution, car il avait encore des tubercules pulmonaires à moitié guéris, nous nous expliquerons sans peine la marche rapide et fatale que la pneumonie a suivie chez lui. Jadis on était convenu d'attribuer une heureuse influence à la plupart des phénomènes critiques, et l'on dissertait longuement pour savoir si ces phénomènes étaient la cause ou l'effet de l'amélioration survenue dans l'état des malades. Aujourd'hui, et avec raison, les parotides sont regardées comme un symptôme grave et comme l'indice d'un grand danger. Sans doute, comme dans le cas qui nous occupe, elles peuvent agir comme un puissant révulsif et déterminer tout d'abord une amélioration passagère; mais lorsque la suppuration arrive, le plus souvent la maladie première reparaît avec une intensité nouvelle, et l'organisme affaibli a devant lui deux dangers au lieu d'un seul.

L.-V. Marcé.

HERNIE ÉTRANGLÉE

réduite par l'application de la glace,

Par le docteur Peyrat, de Mazères (Ariége).

Le 28 décembre 1854, je fus appelé pour donner mes soins à un enfant de quatre ans qui depuis la veille se plaignait d'une vive douleur subitement déclarée à la région inguinale gauche. Les parents de cet enfant s'aperçurent de la présence d'une tumeur dans cette même région, mais ils voulurent attendre au lendemain avant de me consulter, comptant sur les secours de la Providence.

Dans la nuit, la douleur augmenta au point qu'on ne pouvait plus toucher la tumeur sans provoquer les cris du malade. Quelques vomissements bilieux eurent lieu, et le lendemain les accidents n'avaient fait que s'agraver. Depuis l'apparition de cette tumeur, aucune selle ne s'était produite.

A mon arrivée, je trouvai à la région inguinale gauche une tumeur du volume d'un petit œuf; elle était fort douloureuse, assez dure, et ne se laissait pas déprimer. Percutée, on obtenait une matité complète. Plus large à sa partie inférieure qu'au niveau de l'anneau inguinal, elle s'enfonçait dans les bourses et comprimait légèrement le testicule. L'état général de l'enfant n'était pas mauvais; cependant les yeux étaient caves et cernés. Le pouls, quoique petit, n'avait pas cessé d'être régulier.

Je pratiquai le taxis. Cette manœuvre, très douloureuse pour le petit malade, ne put être continuée plus d'une demi heure. Voyant l'inutilité de mes efforts, qui n'amenaient aucune diminution dans le volume de la hernie, je songeai au traitement de M. Boudin, et j'appliquai la glace sans intermédiaire, recommandant aux parents de la renouveler et de la maintenir jusqu'au soir. Je laissai le malade. Sous l'influence de la glace la douleur diminua. Trois heures après le début de son application, le malade, qui n'avait pas fermé l'œil la nuit précédente, s'endormit. Un quart d'heure après, la hernie rentra seule et sans nouvelle tentative de taxis. Les vomissements cessèrent; les selles reparurent le soir même et aucun nouvel accident n'a eu lieu depuis cette époque.

Voilà donc un nouvel exemple d'une hernie qui commençait à s'étrangler, et que l'action seule de la glace a pu faire rentrer, et qui confirme pleinement les faits avancés par M. Baudens dans son mémoire que nous avons publié l'année dernière (voyez pages 261, 270 et 278).

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 22 janvier 1855. — Présidence de M. Regnault.

Ligature de l'artère carotide externe. — M. Maisonneuve lit sur ce sujet un mémoire dont voici un extrait:

« L'artère carotide externe, comme chacun sait, alimente par ses nombreux rameaux presque exclusivement les téguments du crâne, la face et les organes importants que cette région renferme dans ses cavités.

» Les anévrismes, les varices artérielles, les tumeurs fongueuses, les cancers sont fréquents sur le trajet de ses ramifications, et plus souvent peut-être que partout ailleurs ces lésions exigent que l'on intercepte le cours du sang dans les vaisseaux qui les alimentent.

» Pour remplir cette indication, les chirurgiens ne connaissaient jusqu'à présent d'autres ressources que la ligature du tronc carotidien primitif, c'est-à-dire du tronc commun qui alimente à la fois la face et le cerveau.

» Cette pratique avait plusieurs inconvénients graves, entre autres, d'exposer sans nécessité absolue les malades aux conséquences parfois terribles de l'interruption du cours du sang dans l'organe encéphalique. En effet, si l'on consulte les statistiques publiées sur la ligature de l'artère carotide primitive, on voit que le plus grand nombre des malades soumis à cette opération ont éprouvé des vertiges, des syncopes,

---

» de connaissances rassemblées avec ordre pour conduire les hommes à » leurs devoirs, à leur bonheur, à leur fin. » C'est une excellente définition, celle qui est le plus en rapport avec la saine philosophie. Je ne cherche pas à en faire l'application à la médecine; cela va tout seul. J'ajoute que cette suite de connaissances existe, imparfaite encore bien entendu, mais enfin elle existe, et conséquemment il y a *science*. On la fait avec raison remonter à Hippocrate. Ce grand homme, malgré d'incontestables *erreurs*, comme, par exemple, le rôle si exclusivement prêté à la *nature* dans la guérison des maladies, fut très sobre d'hypothèses; il suivait en cela les préceptes de Socrate, et il ne pouvait mieux faire. Il arracha définitivement la médecine des mains des prêtres ignorants et menteurs des faux dieux; il observa et chercha à s'en tenir à l'observation possible, dégagée des idées systématiques et des hypothèses philosophiques. Entre ses mains, la médecine clinique, qui gagne toujours à être libre d'entraves et à ne pas recevoir l'impression fâcheuse des systèmes, parce qu'elle repose avant tout sur l'observation des faits, arriva tout d'un coup à une hauteur immense. Les livres d'Hippocrate sont encore aujourd'hui un admirable monument. La science y est tracée de main de maître; son objet, c'est l'étude et la guérison des maladies; son mode de procéder, c'est l'observation.

Je n'ai pas besoin de vous apprendre que le père de la médecine fut fort peu suivi dans cette voie féconde par ses successeurs immédiats. Le dogmatisme de Polybe et de ceux qui le suivirent, le solidisme d'Asclépiade, le méthodisme de Thémison, le pneumatisme d'Athénée, l'éclectisme d'Archigènes et de Galien, etc., ce sont là les suites philosophiques de l'enseignement de l'Académie, du Lycée, de l'école atomistique (1), de l'éclectisme d'Anaxagore et d'Empédocle. Une foule d'hypothèses basées sur ces systèmes de philosophie eurent cours en médecine et voilèrent la vérité scientifique. Chaque auteur s'attacha à une idée comme principe, habituellement à une idée sur la cosmogonie, et de là se mit en devoir de tirer, souvent très logiquement, des conséquences absurdes. « Les faiseurs de systèmes, en tant que purs systèmes, ne sont que d'excellents logiciens (2). »

Ce qui se passa dans l'antiquité et, depuis notre ère, pendant toute la période galénique, s'est reproduit dans les temps modernes avec des nuances, il est vrai, mais le fond est le même et les erreurs sont presque identiques; elles n'ont eu le mérite que d'être renouvelées et de revêtir un autre costume. Il est si remarquable, mon cher confrère, de voir aux divers âges du monde l'esprit humain créer des monuments qui ont entre eux tant de ressemblance qu'on est frappé de les voir séparés par de si longs espaces de temps, tant les rapproche une évidente affinité! Dans l'étude des doctrines médicales à laquelle vous vous êtes livré, n'avez-vous pas trouvé que les systèmes de Brown et de Broussais, par exemple, avaient un air de famille avec le strictum et le laxum de Thémison? Comme le soleil, comme la lune dans leur cycle, l'esprit humain exécute-t-il donc une sorte de révolution, et les œuvres des hommes doivent-elles, pendant la durée des siècles, reparaître à peu près les mêmes, suivant une certaine période qui se reproduit?

Le philosophisme encombra donc la science d'une foule d'erreurs, erreurs qui de nos jours ont une ressemblance frappante avec les erreurs de l'antiquité, pour ce motif que les systèmes de philosophie dont elles découlent ont des côtés semblables correspondants. Sous tel nom, sous tel autre, le matérialisme surtout a dominé la pathologie; il l'a si bien dominée qu'il l'a absorbée en quelque sorte; vous le savez comme moi, et d'ailleurs j'y reviendrai dans une des lettres suivantes.

La science médicale, qui a pour objet l'étude des maladies et la connaissance des moyens propres à les guérir, a donc été trop souvent obscurcie par les hypothèses. Trop souvent les faiseurs de systèmes ont étudié la *matière malade* au lieu d'étudier la maladie; ils ont changé l'objet de la science, et dès lors sont venues les prodigieuses conséquences que vous savez. La thérapeutique a dû, suivant la vogue des systèmes, subir d'incroyables variations; ici, il a fallu corriger les humeurs; là, il a fallu modifier la fibre; ailleurs, on s'est efforcé de ramener ou l'on a laissé revenir spontanément à l'état normal ici l'âme, là le principe vital, admettant que l'un ou l'autre préside à l'accomplissement des maladies. Les auteurs qui ont inventé ces systèmes ont été conséquents avec leur principe, ils ont parfois été de très rigoureux logiciens; de là, sans contredit, une partie de leur célébrité.

Prenons un exemple entre un grand nombre: Sylvius et Borelli, qui ont fait du corps de l'homme, le premier un appareil chimique et le

(1) Déjà bien vieille, représentée avant Socrate par Leucippe et Démocrite, depuis le philosophe d'Athènes par Epicure.

(2) Le P. Buffier. *Traité des premières vérités*, 1re partie, chap. XI, p. 41.

des paralysies transitoires ; que d'autres, assez nombreux encore, sont restés paralysés de la vue, de l'ouïe, ou même de tout un côté du corps ; enfin que plusieurs ont succombé rapidement à la gangrène du cerveau, ou se sont trouvés comme foudroyés au moment de la constriction du fil.

» Un autre inconvénient consiste en ce que le sang, trouvant dans les anastomoses crâniennes une libre voie pour passer dans la carotide interne et de là dans la carotide externe, a pu continuer à alimenter la maladie.

» Cette remarque n'avait pas échappé à la sagacité de M. Velpeau, qui dès 1839 proposait la ligature de la carotide externe comme devant mettre un terme aux nombreuses difficultés que présentent les tumeurs de la face et de l'extérieur du crâne.

» On a peine à comprendre, d'après cela, que la chirurgie ait persévéré dans ses anciens errements, et cependant personne, au moins en France, n'avait osé pratiquer la ligature de l'artère carotide externe, lorsque en 1849 je crus devoir y soumettre une jeune femme affectée de varices artérielles de la région temporo-frontale.

» Les suites immédiates de cette opération furent des plus heureuses. La tumeur, complétement affaissée, revint peu à peu sur elle-même, le sang arrêté dans son intérieur se coagula en formant de petites nodosités dures et indolentes. Le seizième jour le fil se détacha de lui-même, et le vingtième jour la guérison paraissait définitive, quand, à la suite d'une grave imprudence, la malade fut prise d'accidents auxquels elle succomba en peu de jours.

» Un résultat considérable n'en était pas moins acquis. La ligature de l'artère carotide externe n'avait point offert dans son exécution de difficultés sérieuses ; son action sur la tumeur anévrismatique avait été complète et radicale ; elle n'avait apporté aucun trouble dans la circulation cérébrale, ni dans le reste de l'économie.

» Cette année, il m'a été donné de pratiquer quatre fois cette opération, et quatre fois avec succès ; voici dans quelles circonstances :

» Deux malades affectés de cancers très avancés de la langue et du pharynx vinrent à quelques jours de distance me consulter à l'hôpital Cochin. Chez tous deux le mal avait acquis un développement tel qu'il était impossible de songer à son extirpation par l'instrument tranchant, encore moins à sa destruction par les caustiques.

» C'est contre ces affections désespérées que je crus pouvoir proposer comme ressource ultime la ligature des artères carotides externes. Ces opérations furent pratiquées des deux côtés sur chacun des malades, et sur l'un et l'autre elles ne déterminèrent aucun accident. Les fils tombèrent du quinzième au dix-huitième jour, et tout se passa, quant à l'opération, avec autant de simplicité que dans la ligature des artères de la jambe ou du bras.

» Si maintenant nous cherchons quelles conséquences pratiques on peut déduire de ces faits, nous voyons qu'elles sont de deux ordres : les unes sont relatives à l'influence de la ligature des artères en général sur la marche et l'évolution des affections cancéreuses, les autres ont trait seulement à la valeur absolue de la ligature de l'artère carotide externe comme opération chirurgicale.

» Quant au premier point, les résultats que j'ai obtenus de la ligature des vaisseaux dans les cas de cancers sont certainement de nature à encourager de nouvelles recherches, mais toute conclusion à cet égard me paraîtrait aujourd'hui prématurée.

» Quant au second, je pense que dès à présent il nous est permis d'établir les conclusions suivantes :

» 1° La ligature de l'artère carotide externe est une opération qui ne présente pas de difficultés sérieuses ;

» 2° Elle n'offre pas de dangers plus graves que celle de la plupart des artères de second ordre ;

» 3° Elle a l'immense avantage de ne point exposer aux accidents cérébraux si redoutables et si fréquents après la ligature de l'artère carotide commune ;

» 4° Elle est plus efficace que cette dernière pour interrompre la circulation dans les vaisseaux de la face et de l'extérieur du crâne ;

» 5° Elle doit lui être substituée dans toutes les maladies entretenues par les artères de ces régions. »

Essai d'une généralisation de la méthode sous-cutanée. — M. Jules Guérin lit la première partie d'un mémoire sur ce sujet. Cette première partie a pour objet des observations physiologiques ; 1° sur les conditions incidentes et secondaires de l'organisation immédiate ; 2° sur les caractères de l'organisation sous-cutanée dans ses rapports avec les tissus divisés.

1° Conditions incidentes et secondaires de l'organisation immédiate. — Indépendamment de la condition principale, qui est de maintenir la plaie à l'abri du contact de l'air, il y a des conditions secondaires à observer sous peine de mettre à néant l'effet de la condition principale et d'en faire échouer le résultat. En effet, outre les tissus divisés et les cavités ouvertes, il y a à considérer les fluides de l'économie, tant normaux que pathologiques, dans leurs rapports avec le phénomène de l'organisation immédiate. Le sang artériel, le sang veineux, la sérosité, la lymphe, la synovie, le lait, la bile, le pus, l'urine, etc., peuvent se trouver plus ou moins en contact immédiat avec la plaie sous-cutanée. Quelle influence exercent-ils sur le travail d'organisation immédiate?

Les liquides de l'économie considérés dans leurs rapports avec les plaies sous-cutanées peuvent être ramenés à trois ordres :

1° Les liquides organisables ;
2° Les liquides inorganisables ou neutres ;
3° Les liquides antipathiques.

Les liquides organisables sont ceux dont une partie est résorbée et dont l'autre fournit des matériaux à l'organisation immédiate et la favorise. Tel est le sang artériel, telle est la lymphe épanchée au sein des plaies. Non-seulement je me suis assuré que du sang artériel épanché en quantité médiocre entre les lèvres des parties divisées devient un des éléments importants de la jonction de ces parties, mais j'ai constaté que des quantités considérables de sang artériel épanché sous la peau se résorbaient en grande partie avec une rapidité extraordinaire.

Les liquides inorganisables ou neutres sont ceux qui ne participent point à l'organisation immédiate et dont une partie peut être résorbée, et l'autre partie, restant accumulée sous la peau, peut empêcher mécaniquement par sa présence le travail d'organisation immédiate, ou donner lieu sans inflammation suppurative à diverses dégénérescences ou transformations du liquide. Le sang veineux, par exemple, n'est point apte à l'organisation. Lorsqu'une quantité notable est épanchée sous la peau, il se fait une sorte de départ et de décomposition physique. Certaines parties du liquide sont résorbées ; la plus grande partie stagne dans la plaie et se convertit en une espèce de liquide sirupeux sans autre effet pathologique que la gêne mécanique résultant de sa présence.

Les liquides antipathiques sont tous les fluides excrétés destinés à être rejetés au dehors : tels sont le lait, la bile, l'urine, le pus. Tous ces liquides s'opposent plus ou moins par leur présence à l'organisation immédiate et font échouer les opérations sous-cutanées.

Le pus, quoique confiné sous la peau, peut être altéré chimiquement ou conserver ses caractères normaux. Dans le premier cas, la plus petite quantité de pus mise en contact avec la plaie sous-cutanée provoque immédiatement un travail de réaction inflammatoire et empêche complétement le travail d'organisation immédiate. Dans le second cas, l'épanchement du pus dans la plaie peut encore devenir un obstacle à l'organisation immédiate, mais en donnant lieu secondairement à de petits abcès froids résultant comme d'une inoculation du pus. Il faut distinguer à cet égard deux conditions différentes et qui ont été arbitrairement confondues par ceux qui se sont occupés de la question. Le pus renfermé dans des loges cellulaires enkystées peut, comme on le sait, y séjourner longtemps sans provoquer aucune espèce de réaction pathologique ; mais lorsqu'il s'épanche dans le tissu cellulaire fraîchement divisé, il y détermine des accidents dont l'acuité varie en raison du degré d'altération du liquide et de l'étendue des surfaces avec lesquelles il est mis en contact.

2° Des caractères de l'organisation sous-cutanée dans ses rapports avec les tissus divisés. — Le produit de l'organisation immédiate des tissus divisés sous la peau est-il le même que le produit de la cicatrisation extérieure, et ce produit est-il le même indistinctement pour tous les tissus, pour tous les organes ; en d'autres termes, l'organisation des plaies sous-cutanées a-t-elle pour résultat la formation d'un tissu cicatriciel identique et uniforme tel qu'on le voit dans toutes les plaies extérieures, ou bien ce tissu est-il modifié dans sa nature par la condition sous-cutanée et par le caractère du tissu et de l'organe qui en fournit les éléments?

La cicatrice qui se forme à la surface de toutes les plaies ouvertes, quel que soit le tissu, quel que soit l'organe qui y concourent, est la même. C'est un tissu amorphe fibro-celluleux très dense, d'une vitalité obscure ; il constitue, dans tous les points qu'il occupe, une interruption complète et tranchée entre les parties divisées. La conséquence la plus générale de ce fait est qu'il entraîne une interruption fonctionnelle adéquate à l'interruption organique. La continuité de la fonction implique la continuité de l'organe. Les tendons, les muscles, les vaisseaux, les nerfs et, dans certaines circonstances, les os eux-mêmes sont tributaires de cette loi. Il en résulte que toutes les fois que la plaie sous-cutanée ne réalise pas les conditions de l'organisation immédiate, le tissu cicatriciel intermédiaire présente invariablement, dans tous les points où il a succédé au travail d'inflammation suppurative, le caractère de la cicatrice des plaies extérieures, c'est-à-dire du tissu cicatriciel proprement dit.

Mais lorsque les tissus divisés sous la peau ont pu bénéficier du fait de l'organisation immédiate, les produits de cette organisation offrent des caractères qui sont en rapport avec les milieux qui les influencent et les éléments qui y participent. Trois résultats principaux sont à signaler :

Le premier, c'est que tous les tissus divisés sont susceptibles de produire entre leurs extrémités une portion de tissu analogue, sinon identique, au point de vue anatomique et physiologique.

Le second résultat est que, lorsque entre les surfaces de jonction il s'interpose une trop grande quantité de sang fourni par des vaisseaux environnants divisés, ce sang s'oppose par sa présence à l'exsudation directe des surfaces, prend la place du blastème spécifique et produit une interruption anatomique et physiologique du tissu.

Le troisième est que, lorsque par suite de l'interposition d'une trop grande quantité de sang, ou, ce qui revient au même, par suite d'un trop grand écartement des surfaces divisées, ces surfaces ne peuvent plus être réunies au moyen de leur blastème propre, les tronçons du tissu divisé s'atrophient et perdent le caractère de leur organisation spécifique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 17 janvier 1855. — Présidence de M. Huguier.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

— Après la lecture du procès-verbal, M. Houel montre à la Société une pièce de section de la trachée avec écartement des deux bouts de l'organe. Le bout laryngien est complétement oblitéré, et sur le vivant il n'a pu laisser passer du mercure. Les détails de ce fait intéressant, recueilli sur un forçat par M. Reynaud (de Toulon), ont été publiés en 1841 dans la *Gazette médicale*.

M. Denonvilliers rappelle à ce sujet l'observation d'un jeune homme qui, pour une maladie assez anomale du larynx, dut subir la trachéotomie. Pendant sept à huit ans le larynx ne put dans ce cas laisser passer l'air, et chaque fois qu'on essaya de faire respirer le malade par les voies ordinaires l'asphyxie devint imminente. Malgré cela, cet enfant était parvenu à se faire entendre. C'était d'abord par une espèce de sifflement qui se modifia peu à peu ; et il devint alors facile de saisir une certaine articulation des mots. On supposa que ce malade faisait entrer un peu d'air dans la cavité en cul-de-sac du larynx, puisqu'il l'expulsait lentement de façon à produire cette sorte d'articulation des mots. Au bout de sept à huit ans environ, ce jeune homme crut s'apercevoir qu'il passait un peu d'air à travers le larynx ; puis peu à peu le passage se rétablit, on put retirer la canule, la voix revint, et le malade aujourd'hui parle bien, quoique avec une voix rauque.

M. Fleury, membre correspondant, rapporte qu'il a souvent entendu M. Jules Roux parler du forçat dont M. Reynaud a retracé l'histoire. Ce malade déglutissait l'air, et quand il en avait avalé une quantité suffisante, il l'expulsait et produisait ainsi l'articulation des mots.

M. Houel ajoute que pour arriver à ce résultat ce forçat était obligé de faire une profonde inspiration qui le fatiguait beaucoup.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Chassaignac présente à la Société un malade auquel il a pratiqué la ligature de l'artère humérale pour une hémorrhagie secondaire. Cet homme eut un doigt écrasé, et cette blessure s'accompagna bientôt d'une inflammation phlegmoneuse avec épanchement de pus dans la gaîne des fléchisseurs ; puis l'inflammation gagna le tissu cellulaire de l'avant-bras et exigea une incision. Douze jours se passèrent sans accident ; mais au bout de ce temps il survint une hémorrhagie qui se renouvela le soir, et pour laquelle M. Chassaignac se décida à lier l'artère humérale. L'hémorrhagie s'arrêta immédiatement et ne reparut plus, quoique le pouls fût perceptible dans la radiale dès le lendemain.

M. Chassaignac communique ce fait comme un renseignement dont il faudra tenir compte dans la discussion des ligatures d'artères pour des hémorrhagies consécutives.

M. Robert. Il y a, dans la question que vient de soulever M. Chassaignac deux faits :

1° L'hémorrhagie consécutive ;

---

second un appareil hydraulique, sont évidemment partis d'une hypothèse fausse, d'une conséquence du matérialisme, mais ils ont été parfaitement logiques ; aussi ont-ils eu et ont-ils encore même de nombreux partisans.

Expliquer les phénomènes morbides par la filtration des humeurs, par la pression sur les parois des vaisseaux, par la stagnation des liquides, par l'attraction moléculaire, c'est ce qu'ont fait Borelli, Colle, Pitcairn, Keill, Jean Bernoulli. Quand ce dernier appliqua à cette étude le calcul différentiel et intégral, il se montra logique : il ne fit autre chose que faire suivre d'une série de *vérités logiques ou de conséquence* ce qu'il prit pour une *vérité objective ou de principe*, à savoir, que le corps humain est comparable en tous points aux appareils de physique des laboratoires.

Les exemples ne manqueraient pas, croyez-le bien, cher confrère, pour démontrer que très logiquement des systèmes entiers ont été bâtis sur une erreur prise pour principe. Ce n'est pas toutefois un motif suffisant de méconnaître la science, de prétendre qu'elle n'existe pas, de supposer qu'on a pris pour elle ce qui n'en est que l'image. Sans doute elle a bien un peu partagé le sort des systèmes, mais ceux-ci sont tombés tour à tour dans l'oubli, et elle leur a survécu, s'enrichissant en même temps de leurs dépouilles et glanant sur la route parcourue le bon grain au milieu de l'ivraie.

Encore une fois, le philosophisme a été la cause des fortunes diverses de la science médicale. Cependant il ne faut pas manquer de le reconnaître et de le proclamer, cette science, quoique non cultivée dans son ensemble, a été parfois éclairée en diverses parties par les lumières qu'y ont fait luire quelques médecins hors ligne, et ces clartés soudaines ont laissé des traces : ici l'étiologie et là l'anatomie pathologique. En somme, la science y a donc gagné, mais inégalement : tantôt plus d'un côté, tantôt plus d'un autre ; jamais d'une manière uniforme.

Au milieu des inventeurs de systèmes, les observateurs purs ont été rares ; j'entends ceux qui ont toujours essayé de se mettre à l'abri de l'aveuglement qu'entraîne une hypothèse qu'on veut absolument prendre pour une vérité incontestable. Ces illustres observateurs se sont en général rapprochés de la doctrine d'Hippocrate ; ainsi Louis Duret, Foës, Fernel, Baillou, Malpighi, Sydenham, etc., ces grands hommes ont protesté en quelque sorte par leur pratique, qu'on peut appeler l'expérience raisonnée, contre les conséquences en thérapeutique du dogmatisme de Galien, des systèmes théosophiques de Paracelse et de Van Helmont, du matérialisme de Sylvius, de Borelli et même de Stahl (1). Leurs œuvres sont pour nous des modèles ; elles sont la preuve de ce que peuvent des intelligences élevées, maîtresses d'elles-mêmes, qui s'appartiennent, au lieu de subir le joug de systèmes souvent ridicules, quelquefois dégradants. Oserait-on dire que la réunion des connaissances acquises par un Sydenham ne constitue pas une science? La médecine est donc bien réellement une science ; elle a pour objet la connaissance des maladies, elle a pour but leur guérison. Ce sont là deux premières vérités que je tenais à vous énoncer. Celles-ci, jointes à celles qui découleront de l'examen des sujets des lettres suivantes, formeront une série de formules qui prouveront la bonté de la définition de la science par le P. Buffier : « *C'est une suite de connaissances rassemblées avec ordre pour conduire les hommes à leurs devoirs, à leur bonheur, à leur fin.* » C'est après avoir fait plus ample connaissance avec l'objet de cette science que nous pourrons voir le rang qu'elle doit occuper dans l'échelle des connaissances humaines.

Auguste Dumoulin.

(1) L'animisme de Sthal n'est, philosophiquement parlant, qu'une forme, qu'une manière d'être du matérialisme. Son étrange façon d'interpréter l'âme, d'en faire la force du mouvement, créait une doctrine médicale aussi matérialiste, au point de vue philosophique, que la chimiatrie de Sylvius et la iatromathématique de Borelli. Ce système était très exclusif ; il confondait l'esprit et la matière ; il faisait l'âme partie intégrante de la fibre ; il la matérialisait.

— On lit dans la *Presse* : « De toute la Suisse septentrionale et centrale, le canton d'Argovie est la seule contrée où jusqu'à présent le choléra se soit manifesté. M. Zschokke a fait remarquer que le choléra a sévi seulement sur une bande de terrain d'une lieue de largeur sur sept à huit de longueur, placé précisément dans la même direction que les sections analogues de territoire sur lesquelles il s'est arrêté dans le canton du Tessin et aux environs de Milan.

» Cette direction du nord-est au sud-sud-ouest est en même temps exactement celle que prend une aiguille magnétique posée librement sur un pivot, c'est-à-dire celle du méridien magnétique que les observations faites à Paris en 1851 ont démontré s'écarter du méridien vrai dans la direction de l'ouest. »

2° Le procédé opératoire.

M. Robert établit d'abord que son honorable collègue a bien fait de ne point recourir à la ligature des deux bouts du vaisseau, car l'hémorrhagie était due sans doute à un ramollissement des tuniques artérielles. Cela constaté, reste à préciser le procédé opératoire. M. Robert ne pense pas que, dans des cas analogues à celui de M. Chassaignac, la ligature suivant la méthode d'Anel, au lieu d'élection entre la collatérale interne et l'externe, offre une grande sécurité. D'autre part, plus on se rapproche de l'extrémité inférieure du membre, plus les anastomoses sont nombreuses, moins le résultat est certain. L'incertitude de ces données a conduit M. Robert à un procédé opératoire différent.

Un individu se coupa l'artère radiale, et Blandin en lia les deux bouts. Plus tard ce même homme s'enfonça un morceau de verre sur le trajet de la cubitale et se blessa ce vaisseau. M. Robert fit à un jour de distance la ligature des deux bouts de l'artère cubitale. L'hémorrhagie s'arrêta; mais au bout de huit jours on sentait vers la partie moyenne de l'avant-bras une tumeur pulsatile qui dès le lendemain avait fait quelques progrès. Réfléchissant, d'une part, à la circulation anastomotique si multipliée qui existe autour du coude et, d'autre part, à la disposition ascendante des branches que fournit l'humérale au niveau du moignon de l'épaule, M. Robert crut qu'il était plus convenable de lier l'artère dans ce dernier point à sa partie supérieure. Cette opération fut suivie de succès; la tumeur pulsatile, qui provenait peut-être d'une lésion de l'interosseuse, cessa de battre, et le malade guérit. Quatre ans après, il mourut d'albuminurie.

Il y a deux ans, M. Robert eut à soigner un jeune homme qui était atteint de cette lésion singulière des artères formée d'abord par une atrophie de la tunique musculaire du vaisseau qui se dilate, s'ulcère et donne lieu à des épanchements sanguins. Il existait chez ce jeune homme une tumeur de l'avant-bras très douloureuse et sans battements. M. Robert regarda cette maladie comme un abcès profond; il y fit une incision, et un jet de sang jaillit fortement au dehors. Le doigt plongé dans la plaie fit reconnaître une cavité considérable. M. Robert comprima l'artère, réunit la plaie par première intention, et plus tard lia la brachiale à sa partie supérieure: le sang cessa de couler. Mais au bout de dix jours, à la chute de la ligature, une hémorrhagie très forte eut lieu, et le malade mourut.

Il y a quelques jours, M. Robert avait dans ses salles à l'hôpital Beaujon un homme qui avait été mordu par une femme. L'index avait été broyé, et cette blessure fut l'origine d'un phlegmon gangréneux de la paume de la main. Il y eut hémorrhagie, et M. Robert, éclairé par les deux faits antérieurs, lia l'artère à sa partie supérieure. Aujourd'hui cette opération date de quinze jours; le malade va bien, et la circulation n'est point encore rétablie.

Il s'est présenté là un phénomène déjà constaté par M. Gerdy sur un malade auquel il avait lié la fémorale: c'est une détuméfaction subite du membre; d'autre part, le bout du doigt s'est gangrené par excès d'inflammation.

Voilà trois faits dans lesquels cette ligature de la brachiale à la partie supérieure du membre a réussi pour des plaies de l'artère cubitale, de l'artère interosseuse, de la radiale dans la paume de la main. La conclusion générale qui ressort de ces remarques, c'est que dans la ligature de l'humérale on n'a point à craindre la gangrène du membre, mais plutôt le retour intempestif de la circulation.

M. Broca. La question soulevée par M. Robert est très importante, car il s'agit de savoir si on doit avoir recours dans ces hémorrhagies à la méthode ancienne ou à la méthode de Dupuytren. Mais notre collègue a laissé dans l'oubli une méthode qui a eu aussi ses succès et qui n'a point les dangers des opérations: c'est la compression. La compression, à la vérité, n'a point toujours réussi, mais c'est qu'elle n'a pas toujours été faite convenablement avec la méthode moderne.

M. Broca pense que dans des hémorrhagies semblables à celles dont le malade de M. Chassaignac a été atteint, il suffirait pour arrêter le cours du sang d'appliquer plusieurs tourniquets sur le trajet du vaisseau. La ligature est inférieure à la compression, car elle n'a pas plus de prise que celle-ci pour diminuer le passage du sang, et d'autre part elle est bien plus dangereuse.

M. Broca rappelle que deux malades opérés, comme celui de M. Chassaignac, par Blandin ont succombé, et celui de notre collègue a passé par de graves accidents. Mais, si on échoue par la compression, faut-il débrider la plaie et lier les deux bouts de l'artère ou pratiquer la ligature suivant le procédé de M. Robert? M. Broca se range du côté de la méthode de Guthrie.

M. Robert. Il y a dans l'argumentation de M. Broca plusieurs questions différentes. Il faut y répondre successivement: ainsi, quant à l'opportunité de la ligature des deux bouts du vaisseau lésé, il faut reconnaître que ce procédé n'est point applicable aux parties qui sont envahies par des fusées gangréneuses, car l'on ne peut aller à la recherche des bouts de l'artère à travers les tissus sphacélés. M. Robert ajoute que, quant au perchlorure de fer, il ne le croit pas souvent applicable ici, car c'est un caustique. La compression a, en vérité, été trop négligée. Mais comment l'appliquera-t-on sur desplaies, sur des inflammations phlegmoneuses? Elle agit comme la ligature à la partie moyenne du bras, mais c'est déjà l'insuffisance de cette ligature qui a fait chercher quelque chose de plus efficace. D'ailleurs, si la compression échouait, le malade serait dans des conditions plus fâcheuses. Ainsi, sur deux individus qu'il avait opérés d'anévrisme, M. Robert a vu la compression faite préalablement dilater les vaisseaux et nuire au succès de l'opération.

M. Broca a dit que M. Robert proposait une méthode dangereuse, puisqu'elle comptait un mort, et peut-être deux. Mais celui-ci répond qu'il faut tenir compte de la nature de la maladie, car l'un des opérés était atteint d'une ulcération des artères, et l'autre a succombé à l'infection purulente.

M. Gosselin cherche à établir que dans ces hémorrhagies consécutives il ne faut point, pour découvrir les deux bouts du vaisseau, se contenter d'une incision longitudinale; il propose d'y joindre aussi une incision transversale, qui permet d'arriver plus facilement au vaisseau blessé. M. Gosselin cite alors un fait rappelé dans la thèse de M. Mesnet.

Il s'agissait, pour une blessure d'une branche de l'artère fémorale profonde par un coup de feu, de lier l'iliaque externe ou d'employer la modification que M. Gosselin indique. M. Michon fit une incision transversale très profonde; les muscles se rétractèrent, et l'on put lier facilement le vaisseau. M. Gosselin regrette de n'avoir point agi de la sorte dans une plaie de la fémorale profonde qui nécessita la ligature de l'iliaque externe.

M. Giraldès. M. Robert a parlé d'artères qui pouvaient s'ulcérer. Au lieu d'une ulcération primitive, ne serait-ce pas plutôt une perforation du vaisseau de dehors en dedans par un phlegmon? Dans des angines scarlatineuses, l'on a vu un phlegmon se propager jusqu'aux artères et amener une perforation du vaisseau.

M. Giraldès, revenant à l'action du perchlorure de fer, soutient que cet hémostatique n'a point une action caustique; puis, à propos d'un rapport fait récemment à l'Académie de médecine, et qui tend à attribuer à quelques chirurgiens militaires l'emploi du perchlorure de fer dans les hémorrhagies au fond des plaies, il réclame la priorité de cette idée en faveur des membres de la Société de chirurgie. M. Giraldès fait enfin remarquer que Guthrie et John Bell ont procédé comme l'a indiqué M. Gosselin.

M. Larrey est d'avis que dans la plupart des plaies récentes il faut rechercher les deux bouts du vaisseau. Mais s'il se développe des accidents phlegmoneux dans la plaie, l'on pourra avoir recours à la compression. Enfin l'on ne pratiquera la ligature du tronc principal qu'en dernier lieu. D'autre part, M. Larrey s'étonne qu'on n'ait pas plus souvent recours à la compression directe dans la plaie, car il en a vu plusieurs cas très heureux. Quant aux incisions transversales, recommandées par M. Gosselin, elles rentrent dans ces débridements multiples qu'on pratique souvent pour découvrir les vaisseaux.

M. Giraldès a fait allusion à un rapport communiqué récemment à l'Académie, et il a réclamé en faveur de la Société de chirurgie l'emploi du perchlorure dans les plaies; M. Larrey répond qu'il ne s'agissait pas dans ce rapport du perchlorure de fer, mais d'autres moyens hémostatiques dont les chirurgiens militaires se sont depuis longtemps préoccupés.

M. Verneuil rappelle un cas de blessure artérielle dans le premier espace inter-osseux. On ne put lier les deux bouts du vaisseau, et, malgré une compression directe assez énergique, l'hémorrhagie se renouvela trois fois. Enfin M. Verneuil parvint à l'arrêter en rapprochant fortement le premier métacarpien du deuxième, et en comprimant à l'aide de compresses graduées la cubitale et la radiale au niveau du poignet.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. Demarquay montre un porte-plume qu'il a extrait de l'urètre. Cet objet, qui se compose de deux pièces, n'a pu être retiré qu'en deux fois. L'urètre, qui se contractait violemment sur le corps étranger, le retenait assez solidement en place.

— M. Danyau présente un placenta offrant à sa face utérine deux larges et profondes dépressions produites par des caillots formés à la suite d'une hémorrhagie inter-utéro-placentaire dans les derniers temps de la grossesse. L'une, à peu près circulaire, a 5 centimètres et demi de diamètre; l'autre, allongée, en a 10 sur 5 et demi. Le caillot qui correspondait à la premiere pèse 40 grammes; celui qui était en contact avec la seconde 170 grammes; l'un et l'autre très noirs, et plus consistants que les caillots récemment formés.

La femme chez laquelle ce placenta a été recueilli est une jeune primipare de vingt-deux ans, enceinte de sept mois et demi, entrée à la Maternité le 15 janvier à quatre heures du soir, qui depuis la veille ressentait de vives douleurs lombaires, et avait perdu un peu de sang depuis neuf heures du matin. A son entrée, l'écoulement sanguin avait cessé. L'accouchement se termina naturellement à huit heures et demie du soir. L'enfant, qui s'était présenté en premiere position du sommet, naquit mort. Pendant le travail, il avait été impossible d'entendre les battements du cœur. La mort résultait sans aucun doute du décollement étendu du placenta, antérieur à l'accouchement. La cause de ce décollement prématuré est restée inconnue: point de chute pendant la grossesse, point de violences extérieures, point d'émotions morales; on ne peut même invoquer la brièveté naturelle ou accidentelle du cordon, qui n'avait pas moins de 53 centimètres, et ne formait de circulaires autour d'aucune partie du fœtus. Rien ne porte à croire, d'après les réponses de l'accouchée, que de brusques mouvements de l'enfant aient tiraillé le cordon et décollé le placenta; de grandes fatigues dans son état d'ouvrière en parfumerie, telle est la seule cause que cette femme assigne à son accident.

L'hémorrhagie, tant externe qu'interne, qui a eu lieu dans ce cas, a été fatale à l'enfant, et n'a point d'influence fâcheuse sur la mère; ce n'est que dans quelques cas très rares, où elle avait été excessive, qu'elle a donné lieu à des symptômes graves. M. Danyau n'en a jamais observé de cette espèce, tandis qu'il en a vu, tant à la Maternité que dans sa pratique particulière, plusieurs du genre de celle qu'il vient de faire connaître, et qui, sans effet sensible sur la mère, ont été fatales à l'enfant.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société: E. Follin.

LES MÉDECINS ET LES MALADES EN ORIENT.

Sous ce titre, M. le docteur Félix Jacquot vient de publier un article dont nous sommes heureux de pouvoir reproduire les principaux passages:

« Pendant que nous nous chauffons à l'âtre de famille et que nous nous épanouissons dans d'intimes causeries, que font nos confrères de l'armée d'Orient et comment vont leurs pauvres malades?

» Nos confrères travaillent et meurent souvent à la tâche, et nos malades guérissent.

» Des décorations et des grades ont été trouver nos laborieux médecins militaires; mais nous leur souhaitons pour étrennes une récompense en masse, une bonne organisation.

» Chacun a pu voir ce que la médecine militaire sait et ce qu'elle vaut; n'aura-t-elle donc jamais qu'une position au-dessous de sa valeur, de sa science et de ses services?

» Si une organisation se donnait sur le champ de bataille, comme une croix ou un grade, la médecine militaire serait bientôt régénérée....

» Une voix éloquente, celle du colonel Ambert, vient de s'élever en faveur de la médecine militaire. Homme de cœur, élégant écrivain, le colonel Ambert avait payé son tribut à toutes les gloires de l'armée dans son *Histoire des régiments*; mais il avait oublié de fouiller une mine féconde, qui promettait pourtant de riches pierreries à son écrin, des scènes émouvantes aux pages de son livre. Cet oubli est réparé: un chapitre détaché, tardif, mais plein de sentiments exquis, d'émotions, d'appréciations justes et délicates, vient de s'échapper de sa plume en présence des champs de bataille de l'Alma, d'Inkermann et des cimetières cholériques qui marquent la trace de notre armée d'Orient.

» Nous ne pouvons résister à l'envie d'en rapporter quelques passages.

» Parmi ces milliers d'hommes qui marchent d'un pas régulier dans les larges voies de la carrière militaire et qui y trouveront la fortune, l'illustration de la gloire et les bruits de la renommée, « n'en voyez-vous pas un modestement vêtu, suivant à pied les longues files de soldats? Comme eux, il est sur le chemin des boulets, mais il n'est pas, comme eux, sur le chemin des renommées, des grandeurs et des fortunes diverses. Son devoir s'accomplit sans éclat: ses veilles ne seront pas toujours comptées, et s'il est *héroïque* il n'aura peut-être pas le bonheur d'être rencontré par l'Empereur.

» Cependant une heure viendra où cet homme sera le premier entre tous: c'est l'heure qui suivra la bataille. Pendant l'action, il bravera la mort autant que tout autre, sans les surexcitations du commandement, sans les entraînements de la lutte, sans les enivrements de la poudre; il est acteur au grand drame du combat; il y est calme et réfléchi quand tous sont agités. L'émotion même ne lui est pas permise, car sa main ne saurait tressaillir; son regard doit être pénétrant, ses jugements doivent rester aussi prompts et aussi sûrs... Les cris des blessés, les éclats de l'obus ne troublent pas son actif recueillement, et sa main est ferme comme à l'amphithéâtre. Chacun l'appelle, et il entend aussi bien la voix du pauvre soldat que celle du puissant général; il va du Français à l'ennemi avec le même dévouement. Agenouillé sur la paille sanglante de l'ambulance, il donne froidement ses ordres, et de son courage moral relève souvent le courage brisé des blessés.

» Dans ces heures solennelles, le chirurgien est dépositaire de grands mystères. Le mourant lui confie ses adieux si touchants pour sa famille lointaine; l'un lui remet ses richesses et l'autre ses secrets. Le général, l'officier, le soldat, après la bataille, n'entendent que les chants de triomphe, les cris joyeux, le chirurgien entend le long gémissement de l'armée.

» Quand la nuit vient, tout dort au camp, excepté lui. Sentinelle vigilante, il veille au milieu des blessés..., luttant en désespéré contre la mort; inventant, improvisant des méthodes. C'est la lutte intelligente de la conservation contre la lutte aveugle de la destruction.

» Tel est l'homme que vous avez vu marcher modestement à la gauche de son régiment.

» Honorez donc cet homme qui nous apparaît entre la sœur de charité priant et le soldat mourant. Sa mission dans les armées est mille fois sacrée: épouses, mères et sœurs qui, dans le silence du foyer, tremblez pour ceux qu'entraînent loin de vous les glorieux devoirs de la guerre, calmez vos terreurs; la science et la charité veillent sur celui que vous aimez; citoyens qui étiez émus au récit des souffrances de nos soldats d'Orient, soyez heureux et fiers, le chirurgien militaire a sauvé votre fils, mais lui est mort à son poste, et le courage de la science a égalé, s'il ne l'a surpassé, le courage de la bataille. »

Nous ne saurions rien ajouter à ces nobles paroles si bien senties et si bien exprimées.

Mais assez sur le médecin; parlons un peu du malade; le médecin est fait pour le malade.

Le malade trouve à l'autre extrémité de l'Europe presque les mêmes soins hospitaliers qu'en France. Proclamons-le hautement, l'administration a rempli sa tâche de manière à défier la critique.

Entrez dans le cabinet du directeur de l'administration, au ministère de la guerre, de petits modèles-miniatures de caissons, fourgons, voitures d'ambulances, vous diront qu'il a souci de tout ce qui concerne le malade et le blessé.

Et voilà encore qu'une nouvelle et commode voiture pour le transport des blessés se construit en toute hâte à Paris. C'est un diminutif, plus léger et aussi confortable, de la voiture anglaise, dont on a fait à bon droit l'éloge. Cette voiture reçoit trois blessés assis sur la banquette placée en avant de la caisse, et l'on glisse dans l'intérieur deux brancards coussinés où l'on peut étendre commodément et assujettir les gravement blessés. La voiture anglaise a un coupé couvert, et sa caisse contient deux paires de litières placées sur deux étages.

Le bureau des hôpitaux a montré de merveilleuses ressources; on ne sait trop s'il faut plus s'étonner de la quantité des objets qu'il a su rassembler en un clin d'œil, que de la rapidité avec laquelle il a pu les faire parvenir, malgré l'insuffisance des transports.

» Est venue ensuite l'intendance pour disposer, ordonner tout ce matériel, pour le répartir dans les hôpitaux et sur le champ de bataille; l'intendance, qui se recrute aujourd'hui dans l'élite de l'armée; l'intendance qui, en quittant l'épée guerrière pour la pacifique écharpe, ne répudie pas pour cela ses vieilles gloires ni le courage militaire, et va faire ramasser les blessés sous les boulets et les balles; l'intendance qui manie l'or à pleines mains, mais dont la stricte probité ne retient de tous ces trésors si tentants que ce qui lui revient légalement comme rémunération; l'intendance enfin, que nous estimons beaucoup et qu'il serait si facile d'aimer tout autant si, au lieu d'être sous elle, on était à côté d'elle! L'intendance aussi a été à la hauteur de sa mission. »

L'Académie des sciences de Berlin vient de désigner notre savant confrère M. Dumas, sénateur et membre de l'Institut, pour l'ordre du mérite fondé par Frédéric-le-Grand. Cet ordre ne compte que 30 membres étrangers à l'Allemagne et en tout 60 membres.

— M. Gerhardt, ancien professeur à la Faculté des sciences de Montpellier, vient d'être nommé professeur de chimie à la Faculté des sciences de Strasbourg et à l'Ecole de pharmacie de la même ville.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Plon frères, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 31 JANVIER 1855.

Séance de l'Académie de Médecine.

M. Piorry a pu lire hier le mémoire pour lequel il s'était inscrit pendant la discussion sur le cancer. Il s'agit du traitement local de la variole. Le travail de M. Piorry, à côté de quelques excentricités de langage et des exagérations doctrinales auxquelles conduit fatalement son système de localisation à outrance, soulève plusieurs questions qui mériteraient d'être discutées. Mais, pour le faire avec fruit, il nous faudrait avoir le travail de M. Piorry sous les yeux. Nous ne le ferions qu'autant que nous serions à même de lire ce travail à tête reposée, ou que l'Académie jugerait elle-même à propos d'ouvrir à cette occasion une discussion.

La séance ayant été presque tout entière absorbée par cette lecture, il n'est resté que quelques instants à M. Reybard pour communiquer une analyse sommaire d'un mémoire en partie double; l'une sur le cathétérisme du larynx dans le croup, que nous reproduisons à peu près textuellement dans le compte rendu ; la seconde, sur divers procédés que l'auteur propose pour le traitement des fistules vésico et recto-vaginales. Nous aurons l'occasion de revenir sur ce sujet. — Dr Brochin.

DÉCLARATION DE NAISSANCE.

L'officier de l'état civil est tenu d'inscrire la déclaration d'une naissance qui lui est faite par un médecin sans désignation des noms du père et de la mère.

Tel est le sens d'un jugement rendu récemment par le tribunal civil de la Seine.

On connaît les difficultés sans nombre auxquelles ont donné lieu les interprétations des articles 56 du Code civil relatif aux déclarations des naissances par les docteurs, officiers de santé ou sages-femmes, et l'article 378 du Code pénal sur le secret en médecine. Au milieu des conflits qui résultent de l'application de ces deux articles et des jugements contradictoires qui ont été prononcés par plusieurs tribunaux dans ces circonstances difficiles, la conduite des médecins n'a eu jusqu'ici d'autre guide que leur conscience. Il serait vivement à désirer que des dispositions législatives plus précises et surtout plus conformes aux nécessités que l'expérience a fait connaître vinssent mettre enfin un terme aux hésitations et aux perplexités que suscite à cet égard la loi actuelle.

Voici le texte du jugement auquel nous venons de faire allusion et qui, jusqu'à ce qu'il ait reçu la sanction des juridictions supérieures, abritera provisoirement en pareil cas la responsabilité du médecin.

« Le tribunal, ouï en ses conclusions et plaidoierie Gressier, avocat, assisté de Estienne, avoué de Chailly, ensemble en ses conclusions M. Moignon, substitut du procureur impérial, après en avoir délibéré conformément à la loi, jugeant en premier ressort, donne défaut contre la mairie du deuxième arrondissement de Paris, non comparant, et pour le profit;

» Attendu que la présentation de l'enfant par le médecin est régulière, que le refus du maire du deuxième arrondissement n'est fondé sur aucun motif légal;

» Ordonne qu'il sera tenu de recevoir et inscrire sur le registre des actes de naissance de la mairie, dans les vingt-quatre heures de la signification du présent jugement, la déclaration qui lui sera réitérée par le demandeur en présence de deux témoins de la présentation d'une enfant du sexe féminin, née le 31 octobre dernier dans la circonscription du deuxième arrodissement, de père et mère inconnus, à laquelle il entend donner le nom de Louise-Gabrielle de Sainte-Perrine, sinon et faute par le maire de ce faire dans ledit délai et icelui passé, dit qu'il sera fait droit. »

NOTE SUR L'ÉVOLUTION DES TUMEURS CARTILAGINEUSES

décrites sous le nom d'enchondrome ostéo-chondrophyte, etc. (1).

Par M. le professeur NÉLATON.

Nous avons dit dans ce qui précède qu'il nous restait à parler de la transformation kystique, celle qui a pour effet de convertir la tumeur en une vaste poche à parois cartilagineuses contenant dans son intérieur un liquide gélatiniforme. Voici deux exemples de ce second mode de transformation des tumeurs cartilagineuses.

DÉGÉNÉRESCENCE FIBRO-CARTILAGINEUSE DU FÉMUR DROIT.

Le 25 août 1845, est entré à la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu le nommé Normand (Pierre-Victor), portefeuilliste, demeurant rue Saint-Antoine, réclamant les secours de la chirurgie pour une tumeur volumineuse, mamelonnée, occupant toute l'étendue de sa cuisse droite.

Aucune affection semblable n'existe dans sa famille. Son père et sa mère jouissent encore d'une bonne santé ; ses deux sœurs et ses frères n'ont jamais été souffrants. Victor lui-même s'est toujours assez bien porté; seulement, dans sa jeunesse, il a eu des glandes et des abcès au cou.

Plusieurs fois obligé d'appliquer des vésicatoires pour une ophthalmie rebelle, il n'a suivi aucun traitement régulier ; la simple tisane de houblon était son remède favori.

Normand n'a jamais eu de maladies graves qui l'aient forcé de garder le repos au lit. Il s'est marié à vingt-sept ans. Depuis, il est devenu père d'un garçon âgé maintenant de six ans et doué d'une excellente santé.

Le 24 août 1840, Normand se rendait à ses occupations habituelles, quand tout à coup, en franchissant un ruisseau, il sentit un chaquement douloureux dans la cuisse droite et tomba.

En le relevant, on put constater que la cuisse droite était fracturée. Jusqu'alors il n'en avait jamais souffert; elle ne paraissait pas plus faible que l'autre.

Le malade, transporté de suite à l'Hôtel-Dieu, fut placé dans les salles de Blandin, qui reconnut que la fracture existait au tiers supérieur du fémur droit, et appliqua un appareil dextriné. Le bandage resta en place pendant deux mois environ, et le 5 novembre Normand sortait de l'Hôtel-Dieu marchant avec des béquilles. La cuisse fracturée n'offrait point un volume beaucoup plus considérable que l'autre, et avait cessé complétement d'être douloureuse. Vers la fin de décembre la marche devint possible sans un soutien, et le malade reprit ses travaux.

Janvier 1841. — L'amélioration fut de courte durée. Quelque temps après, au moment où il se baissait rapidement pour saisir un objet tombé à terre, Victor fut pris tout à coup d'une douleur aiguë dans la cuisse droite. Huit jours de repos au lit calmèrent un peu ses vives souffrances, mais le moindre mouvement les rappelait de nouveau; elles étaient caractérisées pas des élancements brusques, *aussi prompts que l'éclair*, se faisant sentir dans l'aine, se prolongeant dans la cuisse et nullement au genou. Appuyé sur un bâton, Normand put encore essayer quelques pas et travailler à faire des portefeuilles.

Le 8 mars, en pressant un morceau de carton dans un étau, il sentit, au moment où il prenait un point d'appui sur la cuisse, un craquement dans ce membre et tomba sur-le-champ. Après qu'on l'eut relevé, il fit de vains efforts pour se soutenir; le fémur était encore fracturé.

On l'apporta de suite à l'hôpital Saint-Antoine. L'appareil ordinaire fut appliqué pendant deux mois entiers. A la fin de mai il sortit marchant avec des béquilles et souffrant toujours à l'endroit de la cassure s'il venait à poser le pied par terre.

Après avoir attendu quelques semaines sa convalescence, le malade se rendit à l'hospice d'Enghien, où il espérait se rétablir bientôt. Un séjour de six moir n'améliora point sa position; les souffrances n'avaient pas diminué; la marche était presque impossible et le volume de la cuisse allait toujours croissant.

En août, le membre devint le siége de douleurs atroces. Des frictions avec l'onguent napolitain ne produisirent aucun effet.

Dans les premiers jours d'avril 1842, Victor entra dans le service de Lisfranc, à la Pitié. Une application de 25 sangsues procura un soulagement instantané et une nuit d'un sommeil que le malade ne goûtait plus depuis longtemps.

Pendant trois mois entiers on employa la compression sur la tumeur et un traitement interne par l'iodure de potassium, mais sans résultats avantageux. Normand sortit de l'hôpital et resta en proie à des douleurs incessantes, appliquant de temps en temps quelques sangsues pour obtenir quelques heures de repos; mais la tumeur n'en grossissait pas moins.

(1) Fin. — Voir notre numéro du 25 janvier.

VOYAGE MÉDICAL EN ORIENT.

I.

Personne en France n'a oublié le malheureux désastre de la Dobrutcha; on se souvient qu'une colonne expéditionnaire, partie de Varna pour faire tête aux Cosaques, fut décimée par le choléra sur les rives du Danube. Plusieurs médecins militaires, morts victimes de cette catastrophe, laissaient dans les ambulances de notre armée d'Orient un vide qu'il importait de combler le plus promptement possible. Ce fut à cette occasion que MM. Mounier, Chenu, Legouest, Tholozan et moi reçûmes de M. le ministre de la guerre l'ordre de nous rendre immédiatement en Turquie pour remplacer nos camarades défunts.

Peu d'itinéraires ont été aussi souvent décrits que celui que nous allions suivre; peu de contrées ont autant exercé la verve des poëtes voyageurs que les contrées que nous allions voir. Aussi serait-il difficile aujourd'hui à un simple touriste de récolter en Orient quelque impression nouvelle pour ses lecteurs. Mais, en dehors des tableaux qui s'offrent à l'admiration de l'artiste, il y a pour le médecin attentif tous les matériaux qui peuvent répondre au désir d'une relation scientifique.

De même que l'industrie, l'hygiène se perfectionne par la comparaison des procédés ; il y a donc toujours quelque profit à tirer de l'étude des mœurs, des usages, de la législation chez des peuples parvenus à des degrés inégaux de civilisation. C'est dans ce sens que j'ai dirigé toutes les observations que j'ai faites sur les pays qu'il m'a été donné de visiter.

Partis de Paris le 4 septembre, nous nous embarquions le 6 à Marseille sur le paquebot *le Thabor*. Le lendemain nous nous éveillâmes en face des côtes méridionales de la Corse.

Si le regard s'arrête volontiers sur les paysages riants et fleuris, il se plaît aussi quelquefois à contempler les sites d'un aspect sévère et désolé. Les montagnes dénudées, les rochers aux figures bizarres, la brume qui enveloppe ces fantômes d'un linceul funéraire, le sifflement des vents, les cris des oiseaux de proie qui se font entendre au-dessus des abîmes impressionnent toujours l'homme qui a le moins de penchant à la mélancolie. Tant que le voyageur reste en vue du littoral de la Corse et des rivages stériles de la Sardaigne, il lui est bien difficile de ne point se laisser aller à ce recueillement rêveur qui naît du spectacle tantôt majestueux, tantôt attristant qu'il a constamment sous les yeux. Mais dès qu'il a doublé le Stromboli, franchi la passe dangereuse de Carybde et Scylla, il arrive en face de Messine, de Messine encadrée dans le plus charmant paysage qui se puisse voir; alors son âme s'ouvre à d'autres sensations.

Pour nous, nous abordions la Sicile dans un fâcheux moment; depuis un mois le choléra exerçait dans cette province d'horribles ravages. A Palerme, la population éperdue s'était portée en armes chez le gouverneur, lui enjoignant d'arrêter sur-le-champ la marche du fléau. Le gouverneur avait répondu à cette sommation par des coups de fusil : excellent moyen pour empêcher les gens de mourir de la peste.

Comme nous avions quitté Marseille avec la patente *brute*, nous fûmes naturellement admis à pratiquer avec Messine. Dès que cette autorisation fut connue à bord, les passagers se mirent en mesure de gagner la ville, chacun se portant là où ses goûts l'attiraient. De mon côté, je m'empressai de descendre à terre en compagnie du docteur Chenu et du colonel Duhême. Nous visitâmes d'abord la cathédrale : en pénétrant dans cette église, nous fûmes suffoqués par une odeur putride insupportable. Un prêtre, auquel nous manifestions notre surprise, nous dit que, l'épidémie faisant chaque jour sept à huit cents victimes, les habitants valides, saisis de frayeur, avaient pris la fuite vers les montagnes, de sorte que les malades mouraient complétement délaissés. Par suite de fouilles pratiquées dans les maisons désertes, on découvrit un grand nombre de cadavres dans un état de putréfaction avancée. Tous ces cadavres, rassemblés sans précaution, avaient été portés à l'église, où leur présence était devenue la cause de l'infection qui nous affectait si désagréablement.

Il faut le dire à leur honneur, les Siciliens nous ont paru faire très peu de cas de tous les préservatifs tant préconisés en France. Ils s'en remettent plus volontiers à la Providence du soin de les guérir. Au moment où nous sortions de la cathédrale, nous nous heurtâmes contre une femme en guenilles dans l'attitude de l'humilité, léchant les unes après les autres toutes les marches du saint édifice. Une fois cet acte de mortification accompli, la face de cette pauvre créature s'illumina d'un rayon d'espérance en la protection divine. Ce procédé prophylactique est, dit-on, fort accrédité dans le pays. Chez nous, région des esprits forts, on se contente en pareille occasion de porter sur soi un morceau de camphre.

Des bâtiments délabrés, des malades entassés dans des salles ignobles et fétides, de méchants grabats, des couvertures en lambeaux, du linge grossier et sordide, des vases égueulés, des infirmiers nonchalants et en petit nombre, tel est le spectacle dont nous fûmes contristés en entrant dans l'hôpital où se trouvaient réunis les cholériques indigents de Messène.

En mars 1843, il se rendit à l'hôpital Saint-Louis. M. Jobert employa l'iodure de potassium et renvoya le malade après quinze jours d'un traitement inutile.

Au mois d'août, la cuisse avait acquis un volume considérable (72 centimètres de circonférence). Les douleurs étaient très vives.

En 1844, les souffrances devinrent moins fortes; la marche, toujours chancelante, était néanmoins possible à l'aide d'un bâton.

Au commencement de mai 1845, le malade fut pris tout à coup de douleurs continues et plus intenses que jamais. En même temps la tumeur acquit un développement considérable.

Obligé de rester continuellement au lit, Normand se décida à venir à l'Hôtel-Dieu; et le 25 août, jour de son entrée, voici ce qu'il présentait:

Une tumeur volumineuse, mamelonnée occupe toute la cuisse droite; elle s'étend de l'épine iliaque antérieure et supérieure jusqu'à la partie moyenne du genou; sa circonférence, un peu moindre en haut et en bas, donne à sa partie moyenne 122 centimètres. La peau qui la recouvre est brun noirâtre et semée de poils rares. La surface de la tumeur est sillonnée de canaux vasculaires creusés dans l'épaisseur de l'enveloppe externe; la peau seule forme la paroi antérieure de ces nombreux sinus, et reflète à l'extérieur la couleur du sang veineux qui la parcourt. Sur le côté interne, on sent quelques faibles battements, probablement ceux de l'artère fémorale.

La percussion donne partout un son mat. Si l'on applique une main sur les faces opposées, en imprimant un léger choc, on perçoit une fluctuation manifeste. L'auscultation ne fait découvrir aucun bruit anomal.

L'état général du malade est profondément détérioré. Les membres grêles et chétifs annoncent la souffrance de toute l'économie; les muscles et le tissu cellulaire qui les couvre présentent une émaciation très prononcée. Le visage amaigri est d'un *jaune cachectique* foncé. Sa physionomie est encore expressive; l'intelligence entièrement conservée. Il ne tousse point. L'exploration de la poitrine ne fait reconnaître aucune trace de tubercules.

Le diagnostic précis était assez difficile. Était-ce un ostéo-sarcome, une tumeur encéphaloïde ou fibro-cartilagineuse? M. Nélaton, remplaçant M. Roux, adopta cette dernière opinion, s'appuyant sur une observation analogue citée par Boyer.

Du reste, le pronostic n'était pas douteux: l'art était impuissant et la mort inévitable dans un court délai.

Des frictions avec une pommade à la belladone; à l'intérieur, quelques toniques: tels furent les moyens palliatifs mis en usage.

Le malade vécut ainsi jusqu'au 23 octobre. A cette époque, une des tumeurs mamelonnées se rompit et donna issue à une grande quantité de liquide séreux, d'une horrible fétidité. Une fièvre ardente, mais sans frissons, se déclara en même temps; l'appétit disparut; la soif devint plus vive. La langue conservait sa couleur naturelle.

Le râle des mourants commença vers le soir du troisième jour et se prolongea, en augmentant d'intensité, jusqu'au 28 octobre. Une odeur cadavéreuse remarquable avait devancé la mort.

Autopsie quarante-huit heures après la mort.

Aspect extérieur du cadavre. — Putréfaction générale. La tumeur est affaissée; son volume a beaucoup diminué, en raison de la grande quantité de sérosité qui s'est écoulée.

Le scalpel suit dans leurs divers contours les sinus veineux creusés dans les enveloppes extérieures de la tumeur: ce sont de grosses veines dépouillées de tunique celluleuse, encadrées dans des sillons sous-cutanés; au-dessus de la partie interne du genou, elles se continuent avec la saphène tibiale au moyen de larges anastomoses.

La tumeur, fendue largement depuis l'épine iliaque antérieure et supérieure jusqu'à la partie inférieure du genou, laisse sortir plusieurs litres du même liquide qui s'écoulait pendant la vie.

La peau est réduite à une membrane mince. Les muscles de la région antérieure et interne sont refoulés avec les vaisseaux sur le côté interne de la tumeur; les muscles de la région postérieure, seulement repoussés en arrière, sont aplatis, comme rubanés. Les vaisseaux offrent leur calibre normal.

La tumeur paraît formée de deux éléments principaux:

Une masse supérieure, d'aspect cartilagineux, confondue avec l'os coxal, auquel elle adhère intimement. Dans les deux tiers inférieurs, c'est *une masse spongieuse*, grisâtre, mollasse, se déchirant avec facilité et présentant l'aspect d'un tissu graisseux et fibreux tout à la fois.

Si l'on vient à couper avec un scalpel une tranche mince du premier tissu, il est facile de reconnaître sa nature cartilagineuse; çà et là il offre des points plus durs qui semblent avoir une grande analogie avec des concrétions osseuses.

Le second tissu se laisse aussi facilement couper en lames transparentes; et, chose singulière! tandis que, prise en masse, cette seconde portion de la tumeur semble différer entièrement de la première, elle lui ressemble de tous points quand on l'a taillée et réduite en lamelles minces et déliées. Alors, comme la première, elle a l'aspect du cartilage; elle offre sa couleur, sa transparence, son élasticité.

Dans toute l'étendue de la cuisse, on cherche vainement le corps du fémur; il a tout à fait disparu au milieu des tissus. Les points ostéiformes que l'on rencontre çà et là en sont très probablement les faibles débris.

L'articulation du genou est intacte; une lame de tissu fibreux la sépare entièrement de la tumeur située au-dessus.

Abdomen. — A. La partie supérieure de la tumeur avait affaissé le ligament de Fallope (sans comprimer les vaisseaux), et s'avançait un peu dans l'abdomen en poussant le péritoine en avant.

B. Les *ganglions lymphatiques* de l'abdomen, ceux du mésentère, de la fosse iliaque, de l'aine sont parfaitement sains.

C. Le foie, la rate à l'état normal.

Poitrine. Tête. — La famille s'est opposée à ce qu'on en fît l'ouverture.

Étude microscopique des deux tissus. (Je dois cette note à l'obligeance de M. Robin. — « A. La portion d'aspect *cartilagineux*, aréolaire, est formée:

» 1° Les portions cartilagineuses entre les aréoles, de cellules cartilagineuses caractéristiques, avec un ou deux *granules*, appelés *noyaux*;

» 2° De ces mêmes granules ou noyaux libres;

» 3° De substance hyaline transparente (comme dans les cartilages normaux) dans laquelle sont logées les cellules;

» 4° Les portions fibreuses formant les *aréoles*, de tissu fibreux avec ses fibres *caractéristiques*.

» B. Les portions d'aspect *spongieux*, grisâtre sont formées:

» 1° De tissu fibreux formant la base de la masse;

» 2° De cellules cartilagineuses, *comme ci-dessus*, mais en petit nombre, avec leurs *granules* ou noyaux;

» 3° De ces mêmes granules ou noyaux, non entourés d'une cellule; ils sont en très grand nombre.

» Ces deux derniers éléments sont épars entre les fibres du tissu fibreux. »

Dans le cas que je viens de citer, il est présumable que la tumeur cartilagineuse s'est développée dans l'extrémité supérieure du fémur dont elle a refoulé excentriquement le tissu de manière à en former une coque mince; ce fut à ce moment qu'une fracture se produisit pendant la marche. Comme le tissu osseux, altéré dans sa forme, ne l'était pas dans sa texture intime, une consolidation put se faire entre les lamelles osseuses brisées. Mais on comprend que ces parties ne doivent point présenter une résistance suffisante pour supporter le poids du corps; aussi une nouvelle fracture ne tarda-t-elle pas à se produire dès que le malade commença à s'appuyer sur le membre blessé.

Le mode de terminaison de cette affection est également bon à noter. Il a été exactement semblable dans un second cas que j'ai pu observer.

Un malade fut admis dans le service de M. Lugol, à l'hôpital Saint-Louis, pour se faire traiter d'une énorme tumeur du fémur. Cette tumeur avait un tel volume que le malheureux qui la portait se faisait voir dans les foires et aux barrières sous le nom de l'*homme ballon*. Cette tumeur, véritablement monstrueuse, avait 1 mètre 75 centimètres de circonférence; la peau qui la recouvrait était lisse, tendue, parcourue par des veines variqueuses. Une pression légère pratiquée à la surface permettait de constater la sensation de flot d'un liquide que l'on éprouve en explorant une ascite. Cette tumeur s'ouvrit, laissa écouler plus de trente litres de liquide; l'ouverture ne se referma pas, l'air pénétra dans cette vaste poche, et des phénomènes d'infection putride ne tardèrent pas à amener la mort.

Comme dans le cas précédent, l'autopsie fit découvrir que la tumeur était exclusivement constituée par un tissu cartilagineux formant les parois d'un vaste kyste.

HOPITAL OPHTHALMIQUE DE LONDRES.

M. TAYLOR.

Anesthésie faciale avec destruction de l'œil.

La sensibilité faciale est, on le sait, depuis les belles expériences de Ch. Bell et de Magendie, sous la dépendance du rameau ganglionnaire de la cinquième paire. Le nerf facial préside au mouvement. Suivant la nature des symptômes, il est donc en général possible d'établir le diagnostic des lésions ayant leur siége dans l'un ou l'autre de ces organes.

Parmi les causes susceptibles d'anesthésier la face, l'exemple suivant, relaté par M. Taylor, est sans contredit un des plus remarquables.

Obs. — Elisa Martin, quarante-six ans, entre le 17 mars 1853 à l'Hôpital ophthalmique. Atteinte six mois auparavant d'un violent catarrhe qui la retint alitée pendant quinze jours, elle s'éveille un matin avec une vive douleur dans l'œil gauche. Elle s'aperçoit en même temps que de ce côté le visage est insensible et grimaçant, la conjonctive injectée, la vue trouble.

Ces accidents ayant acquis une intensité rapide par la propagation des douleurs dans toute la tête et la cécité partielle, la malade est admise à l'hospice Saint-Barthélomé, où l'on croit reconnaître un abcès du globe oculaire.

Néanmoins, après un séjour de six semaines quelque amélioration s'était déclarée: plus de douleur ni d'exophthalmie; la vision seule reste confuse. Mais cette rémission n'eut qu'une durée éphémère.

Vers le commencement de mars, l'œil sort de nouveau de son orbite, la tumeur s'ouvre et donne issue à une grande abondance de matière.

En examinant les parties, voici ce que M. Taylor constata:

La pupille, considérablement dilatée, faisait une saillie énorme; la moitié inférieure de la cornée était effacée, et la supérieure, comme frangée, masquait les débris de l'iris. Il y avait un fort gonflement des paupières et des conjonctives, ecchymosées, livides. Une croûte épaisse recouvrait l'entrée du foyer, d'où la pression faisait couler une humeur vitreuse et où l'on pouvait impunément introduire une sonde et l'agiter dans toutes les directions.

Quant à l'anesthésie, elle était complète, soit que l'on touchât, pinçât ou piquât la malade; elle existait au front, aux joues, aux narines, aux gencives, au palais, à la moitié de la langue; celle-ci, dans la portion atteinte, avait perdu beaucoup de son volume. Le goût et l'odorat étaient notablement affaiblis. Les traits n'étaient que légèrement modifiés; mais l'œil droit ne pouvait se fermer. De la commissure gauche des lèvres, s'entrouvrant pendant la contraction des muscles, s'échappait constamment un filet salivaire; l'inertie des masséters et du temporal, rendant la mastication impossible, favorisait l'accumulation des aliments dans cette partie de la bouche; l'articulation était embarrassée.

Enfin des signes d'un autre ordre furent également remarqués.

Elisa Martin quitta prématurément l'Hôpital ophthalmique. Assez longtemps après, M. Taylor ayant eu occasion de la revoir, il s'était opéré quelques changements favorables. L'œil, à la vérité, était perdu et la pupille réduite à un point imperceptible; mais graduellement la sensibilité avait reparu en divers points, à la partie inférieure de la joue, à la paupière, aux narines. L'odorat différait peu de l'état normal. La bouche n'avait point subi d'amendement.

Suivant M. Taylor, l'origine du mal doit être dans l'intérieur du crâne. On ne s'expliquerait point sans cela la simultanéité des accidents nerveux des deux côtés. Leur rapide manifestation laisse présumer un épanchement sanguin. Les nerfs compromis sont évidemment la septième paire droite, la cinquième paire et l'hypoglosse gauches.

Plusieurs physiologistes ont observé, en des cas analogues, la phlegmasie et la dégénération oculaires, qu'ils ont regardées comme

---

Un moine ou monsignor, je ne sais trop sa qualité, mais un homme affable et de bonnes façons, était chargé du service médical de cet établissement. Devinant le désir que nous avions de connaître sa méthode thérapeutique contre le choléra, il nous montra un flacon rempli d'acétate d'ammoniaque; avec ce médicament, il cherchait à provoquer la réaction; une fois cette réaction obtenue, il la modérait, quand elle se montrait trop vive, au moyen d'une application de sangsues à l'épigastre. Pour cet excellent confrère, la maladie n'est autre chose qu'une gastro-entérite de nature pestilentielle. Nous ne jugeâmes point à propos de combattre cette doctrine, ne la trouvant pas plus hétérodoxe que toutes ces vues excentriques auxquelles notre Académie a la bonté de faire périodiquement accueil.

Nous avions entrepris notre pèlerinage dans Messine par un de ces temps chauds, humides, orageux, qui font éclore les fleurs et les épidémies. De retour sur le port, nous entrâmes dans un café pour nous reposer et nous rafraîchir. Il ne s'y débitait que des glaces et des sorbets au vin de Massala; nous prîmes donc des glaces et des sorbets à l'exemple d'une foule d'indigènes qui se livraient là au même genre de consommation que le nôtre. En France c'eût été peut-être une imprudence, surtout pour moi convalescent d'une violente attaque de cholérine: ici nous n'eûmes point à nous repentir de notre témérité.

Vers cinq heures du soir, escortés d'une légion de mendiants, nous ralliâmes le bâtiment, où l'on nous attendait avant de lever l'ancre. En donnant un dernier regard à Messine, cette ville si propre, si régulièrement étalée sur le versant septentrional d'une colline verdoyante, je constatai une fois de plus combien sont inexplicables les prédilections qu'affecte le choléra dans ses pérégrinations vagabondes, puisque les cités les plus salubres ne sont pas toujours à l'abri de ses caprices. Nous le verrons plus loin, au contraire, respecter ou dédaigner, comme on voudra, d'infectes cloaques, tels que certains quartiers de Constantinople.

Après avoir navigué pendant quelques heures dans le détroit de Messène, nous entrons dans les eaux de la mer Ionienne. A peine nous étions-nous éloignés des côtes de la Sicile et de la Calabre, que le navire commença à bondir sur des lames furieuses venant du golfe Adriatique. Cette agitation continuelle ne tarda point à produire ses effets accoutumés: la garrulance des passagers, jusque-là bruyante et animée, fut bientôt remplacée par les angoisses silencieuses qui préludent au *mal de mer*.

On a beaucoup disserté, sans pouvoir se mettre d'accord, sur les causes probables de cet affreux malaise; on ne s'entend guère davantage sur le moyen de s'en garantir. D'habitude les conseils de l'expérience ne manquent pourtant pas à bord; chacun a sa recette, qu'il vous vante comme la meilleure. Ainsi, l'un vous dit: Promenez-vous au grand air sur le pont, l'autre vous recommande de vous accroupir adossé au grand mât; celui-ci vous envoie vous coucher; celui-là vous exhorte à manger. Ces avis peuvent être bons, mais ils ne conviennent pas également à tout le monde. Je dirais volontiers, moi: Hâtez-vous de vomir; car une fois que ce tribut inévitable a été payé, les révoltes de l'estomac s'apaisent, l'appétit renaît, le tangage et le roulis se supportent très bien sur le pont, à la condition toutefois de ne point quitter le centre du bâtiment. Il reste bien encore quelques nausées, de l'amertume à la bouche, mais l'acclimatement est acquis pour la plupart des passagers. On en rencontre néanmoins que rien ne soulage; on les voit disparaître au moment du départ, ils ne se remontrent plus qu'à l'heure du débarquement: leur supplice a duré autant que la traversée. Je suis convaincu, par l'expérience que j'en ai faite plus d'une fois, qu'il suffit souvent d'une volonté ferme, secondée par de profondes inspirations d'air frais, pour retarder ou pour amoindrir les effets d'une crise qu'aggrave ordinairement une résignation pusillanime.

Nous fûmes poursuivis par la houle et par de violentes rafales jusqu'au delà du cap Matapan. Peu à peu la mer s'améliora, et le 12 nous entrions dans la rade du Pirée par un temps magnifique. Le port du Pirée forme un arc de cercle tellement régulier qu'on le croirait tiré au cordeau. La ville, bordée de quais solidement établis, a un aspect tout moderne; elle se compose de maisons fort élégantes, au milieu desquelles se fait remarquer le bâtiment de la douane.

Au delà du Pirée, Athènes se dessine à nos yeux comme une irrésistible tentation. Nous espérons y être dans quelques heures. Tandis que MM. Scoutetten et Santy négocient au bureau de la santé notre admission en libre pratique, *le Thabor* est entouré d'une foule d'embarcations que montent des indigènes attirés là par une curiosité malveillante. On les voit attentifs à compter le nombre de soldats que nous transportions en Orient.

Malgré ma sympathie pour le peuple hellénique, mon premier jugement ne lui fut pas favorable; je trouvai à ces Grecs, comme à tous ceux que j'ai vus depuis, un regard astucieux et méchant. Ceux-ci ne manquèrent pas de nous donner des témoignages de leur animosité ingrate envers le nom français en nous prodiguant à voix basse d'ignobles injures.

Nous nous promettions bien de châtier dans un instant comme elle le méritait cette bande de vauriens, lorsqu'on nous informa que le conseil de la santé nous consignait en rade, sous prétexte que nous venions de Marseille et que nous avions touché à Messine, villes où régnait le

un résultat du vice de fonction et de nutrition de l'organe. Les expériences de M. Magendie viendraient à l'appui de cette opinion. En considérant, du reste, la marche du mal, la solution est difficile; car, dans la supposition d'un abcès primitif, on ne s'expliquerait guère comment l'anesthésie a coïncidé immédiatement avec l'apparition de la douleur, et, dans celle d'une anesthésie antérieure, comment l'altération oculaire a suivi elle-même de si près la diminution de la sensibilité. (*Medical Times* et *Gaz. hebd.*)

DE L'EXISTENCE D'UNE LÉSION CIRCONSCRITE DE L'URÈTRE dans la blennorrhagie chez l'homme.

Par M. Marchal (de Calvi).

Suivant M. Marchal, la blennorrhagie chez l'homme s'accompagne d'une lésion circonscrite de l'urètre, ou, en d'autres termes, l'inflammation blennorrhagique se concentre en un point du canal, et c'est à la courbure sous-pubienne que cette concentration se produit. Ce fait est important, parce qu'il contribue à expliquer et la prolongation indéfinie de la blennorrhagie, et la production de la plupart des rétrécissements de l'urètre, parce qu'il montre aussi comment on pourrait éviter l'une et l'autre.

Voici comment on peut le reconnaître. On prend une bougie de moyen calibre en caoutchouc, très flexible; on l'assouplit encore en l'étirant entre les doigts et en la courbant; on la chauffe légèrement et on la trempe dans l'huile, après quoi on la pousse doucement dans l'urètre. Si l'inflammation n'est pas concentrée dans un point, la bougie passe sans être aucunement arrêtée, et sans provoquer de douleur. Dans le cas contraire, qui est l'ordinaire, voici ce qui arrive : ou la bongie est arrêtée avec ou sans douleur, ou elle n'est pas arrêtée; mais parvenue à un certain point, elle détermine une douleur subite et vive qui arrache un cri au malade et lui fait faire un mouvement brusque de retrait. Cet obstacle apposé à la bougie, cette douleur qu'elle provoque en un point, et non ailleurs, sont les signes de la lésion circonscrite de l'urètre.

Sur 69 cas de blennorrhagie, 60 fois, c'est-à-dire un peu plus de 6 fois sur 7, l'urètre était le siége d'une lésion de ce genre, simple ou double; et cette lésion se marquait par de la résistance, par des inégalités, par de la douleur. Trois fois il y avait de simples inégalités, c'est-à-dire que la bougie rencontrait, à une certaine profondeur, une surface plus ou moins raboteuse. Dans les autres cas, elle rencontrait un obstacle, qu'elle franchissait quelquefois facilement, d'autres fois avec difficulté, ou même qu'elle ne pouvait franchir.

Quant à la douleur, elle a été notée 47 fois, et 32 fois elle coïncidait avec la résistance.

Ainsi, sur 43 cas de résistance très marquée, de résistance marquée ou de résistance pure et simple, on trouve 29 cas de douleur vive ou de douleur pure et simple, et 11 cas de douleur légère ou nulle; tandis que sur 16 cas de résistance faible ou très faible, on ne trouve que 9 cas de douleur vive ou de douleur pure et simple contre 7 cas de douleur légère, très légère ou nulle : d'où il résulte que l'intensité de la doueur est, dans le plus grand nombre de cas, en raison de l'intensité de la résistance.

Quant au siége de la lésion circonscrite, elle existait :

4 fois entre 9 et 14 centimètres;

13 fois entre 18 et 20 centimètres;

43 fois entre 15 et 17 centimètres.

C'est donc à la distance de 15 à 17 centimètres du méat urinaire qu'est située le plus souvent la lésion circonscrite de l'urètre (43 fois sur 60). Or, cette distance est celle à laquelle se trouve généralement la courbure sous-pubienne du canal. Mais cette distance du méat à la courbure varie considérablement en raison de la longueur très variable du pénis, et il est probable que, dans les cas exceptionnels où la lésion existait, soit à 13 et 14, soit à 18, 19 et 20 centimètres, c'est encore à la courbure qu'elle avait son siége, là précisément où se forment la plupart de rétrécissements organiques de l'urètre.

Il est impossible de n'être point frappé de ce simple rapprochement, il a une signification précise qu'on en déduit de prime abord, et qui donne à l'existence de la lésion circonscrite de l'urètre dans la blennorrhagie une grande importance pathologique.

Sur les 69 cas de blennorrhagies, il y en avait 36 de première invasion et 33 de blennorrhagies réitérées. Or, en examinant chaque catégorie, on trouve que la différence, quant à l'existence et au degré de la lésion circonscrite urétrale, n'est pas ce qu'on aurait pu croire. En effet, 33 cas de blennorrhagie réitérée ont bien donné 21 cas de résistance plus ou moins marquée, tandis que 36 cas de blennorrhagie de première invasion n'en ont donné que 18; mais, d'un autre côté, on trouve pour les 36 cas de blennorrhagie de première invasion 31 cas de lésion à tous les degrés, et 29 cas de lésion à tous les degrés pour 33 cas de blennorrhagie réitérée, ce qui établit l'égalité.

Il s'ensuit que la blennorrhagie de première invasion s'accompagne dans la majorité des cas d'une lésion circonscrite de l'urètre, souvent très prononcée, aussi bien que la blennorrhagie réitérée.

Mais les cas de blennorrhagie de première invasion différant notablement entre eux relativement à l'ancienneté, il convenait de rechercher dans quel rapport ils se trouvent avec la fréquence et le degré de la lésion circonscrite, suivant cette circonstance.

Or, sur 13 blennorrhagies de première invasion datant d'un mois et au-dessous, c'est-à-dire récentes, une fois seulement les signes d'une lésion circonscrite firent défaut; tandis que sur 23 cas de blennorrhagie également de première invasion, mais datant de plusieurs mois ou de plus d'un, ces signes manquèrent quatre fois. Ainsi, dans la blennorrhagie de première invasion, la lésion circonscrite serait plus constante et plus marquée dans les premiers temps que par la suite, ce qui revient à dire que l'inflammation circonscrite cède quelquefois. Mais, si la blennorrhagie récidive, l'inflammation s'approfondit, épaissit les tissus dans le point occupé par la lésion circonscrite, et c'est pourquoi l'on voit plus de cas de résistance à un haut degré parmi les cas de blennorrhagie réitérée (21 sur 33) que parmi les cas de blennorrhagie de première invasion (18 sur 36).

Ce qu'il importe surtout de mettre en évidence, c'est que la lésion circonscrite de l'urètre susceptible de rétrécir le canal n'est pas le propre seulement des anciennes blennorrhagies, et qu'au contraire elle se produit dès les premiers temps de l'urétrite, si même elle ne naît pas avec celle-ci. Une blennorrhagie de première invasion, *datant de six jours*, offrait une résistance très marquée et une douleur vive à 16 centimètres.

Il faut avoir égard, dans ces recherches, à la difficulté plus ou moins appréciable que l'on éprouve ordinairement, même dans l'état normal de l'urètre, à franchir la courbure sous-pubienne. Mais si les résultats de M. Marchal étaient confirmés par une expérience ultérieure, il en sortirait une conséquence d'une notable importance pratique : c'est qu'il faudrait attaquer la blennorrhagie dans le siége de la lésion circonscrite, c'est-à-dire, communément, dans la région sous-pubienne. La cautérisation avec le nitrate d'argent, à l'aide du porte-caustique, serait, d'après l'auteur, le moyen le plus efficace.

Le siége qu'il assigne à la lésion circonscrite est éloigné de l'idée adoptée assez généralement, suivant laquelle la fosse naviculaire serait le siége spécial de la blennorrhagie. Il se pourrait que, *tout au début* de l'urétrite, l'inflammation se limitât à la partie antérieure du canal, comme aussi cela peut arriver dans certaines urétrites extrêmement légères. Des faits récents, encore peu nombreux, tendraient à prouver en effet que la cautérisation de la partie antérieure du canal, à une faible profondeur, est un moyen de faire avorter la blennorrhagie.

Mais, sans nier ces faits, M. Marchal insiste sur ce résultat de ses recherches que, dans la blennorrhagie *confirmée*, l'inflammation est concentrée en un point de cette région, et il en tire la conséquence que, pour prévenir les rétrécissements, comme aussi la prolongation indéfinie de l'écoulement, il faut attaquer, sans retard, l'inflammation dans ce point. Les applications de sangsues au périnée sont très utiles dans les blennorrhagies qui se prolongent, et cette circonstance vient à l'appui du fait qu'il cherche à établir.

On sait d'ailleurs, et il a constaté lui-même dans le cours de ses recherches, que beaucoup d'individus affectés d'urétrite ancienne, ou maintes fois récidivée, ont un rétrécissement de l'urètre dont ils ne se doutent pas, attendu que l'émission de l'urine n'en est pas sensiblement gênée. La raison en est simple : jeunes et vigoureux, ils poussent l'urine avec une vessie animée d'un ressort énergique et secondée par des muscles puissants; ce n'est que plus tard, quand la vessie et ces muscles se sont affaiblis, que l'excrétion devient difficile. Voilà comment il se peut que le chirurgien reconnaisse à l'aide d'une bougie introduite avec douceur un rétrécissement dont le malade n'a jamais eu lieu de s'apercevoir.

(*La France médicale.*)

NÉVRALGIE.

Traitement par la compression des artères.

Un individu âgé de quarante-huit ans, d'un tempérament nerveux, éprouva, dans la convalescence d'une maladie grave, le retour d'une névralgie du nerf orbito-frontal, à laquelle il était sujet depuis longtemps. Elle résista, cette fois, à l'emploi des moyens ordinaires. Après sept jours de vives douleurs, M. Allier en vint à la compression de la carotide correspondante, remise depuis quelque temps en honneur.

La compression fut exercée presque toute une matinée et interrompue durant cinq ou six minutes, de quart d'heure en quart d'heure. Elle détermina d'abord une espèce de somnolence avec engourdissement, puis enfin la cessation des douleurs. Mais aussitôt des éclairs d'élancements éclatèrent avec violence sur la région dorsale de la verge. Ces douleurs, profondément énervantes, s'étendaient du pubis au gland, et ne suivaient point la crête iliaque et le cordon des vaisseaux spermatiques. La compression de l'aorte abdominale fut mise en usage presque sans interruption pendant trois quarts d'heure. La douleur s'éteignit graduellement et ne se reproduisit nulle part.

Ce fait est intéressant à un double point de vue : d'abord comme exemple rare de névralgie du rameau supérieur du nerf honteux survenue subitement et comme par une sorte de répercussion de la névralgie sus-orbitaire, et en second lieu comme démonstration rendue évidente par une sorte de contre-épreuve de l'efficacité de la compression des artères pour faire cesser les douleurs névralgiques. (*Ann. méd. de la Flandre occidentale.*)

Simple note SUR LA PROCIDENCE DU BRAS DANS L'ACCOUCHEMENT.

Par M. le docteur J.-F. Payen.

L'observation publiée par la *Gazette des Hôpitaux* du jeudi 18 janvier, sur un cas de grossesse double et d'accouchement avec procidence du bras pour le premier enfant, donne, ce me semble, quelque intérêt à la note suivante :

Dans la dernière séance de la Société médicale du 4e arrondissement, M. le docteur Lausand raconta l'observation d'un accouchement, recueillie sur une femme chez laquelle il y avait procidence du bras, et qui se termina par l'évolution spontanée, l'enfant sortant plié en deux, et l'accoucheur dégageant ensuite les extrémités inférieures.

Ce récit me fournit l'occasion d'entretenir la Société d'un fait analogue, qui s'est passé il y a peu de semaines. Il s'agit d'une femme chez laquelle il y avait également procidence du bras, mais encore

---

choléra. Je dis le prétexte, parce qu'au moment même où l'on nous signifiait cet arrêt, l'épidémie, dont nous étions considérés comme les agents vecteurs, sévissait précisément au Pirée et débutait à Athènes. N'étions-nous pas faits, au contraire, pour nous donner la main avec les Athéniens? Que peut-il en effet résulter de fâcheux du contact de pestiférés entre eux?

Si la juridiction des bureaux sanitaires n'est point exempte d'absurdités, ses décisions toutefois sont sans appel. Il fallut donc nous soumettre et nous résigner à passer toute cette journée de relâche accoudés sur les bastingages du *Thabor*.

La route qui conduit du Pirée à Athènes traverse une plaine nue, sans arbres, couverte d'herbes sèches sur lesquelles venait de passer l'été brûlant; des champs mal cultivés, indiquant un peuple paresseux qui a horreur de l'agriculture. La fameuse forêt des oliviers plantés par Minerve elle-même est le seul point sur lequel l'œil découvre un peu de verdure. Mais le tableau qu'offre Athènes est magique; c'est bien là le gîte de l'un des plus grands peuples qui fût autrefois.

Le Pentélique et le mont Hymette, aux courbes gracieusement ondulées, encadrent une véritable collection de merveilles. C'est d'abord la formidable tour des Vents, assise sur l'Acropole, à côté du Parthénon, le chef-d'œuvre le plus parfait qui soit sorti de la main des hommes; puis les Propylées; puis le Pnix, l'ancien Forum; puis le temple de Thésée, celui de Jupiter; le Parnèse, le Cythéron, l'Illissus. Tout cela en face de la mer et de l'immensité!

On retrouve chez les Grecs d'aujourd'hui non-seulement la perfidie, mais encore certaines réminiscences de la superstition de leurs ancêtres. Ainsi, non loin de la tribune aux harangues, dont les marches taillées dans le rocher se voient encore telles que les foulèrent Périclès et Démosthène, existe un bloc de granit incliné dans le sens de sa longueur; c'est une croyance chez les femmes du pays privées d'enfants, et qui désirent devenir mères, qu'en se laissant glisser un certain nombre de fois sur le ventre le long de cette pierre, elles mettront fin à leur stérilité. Les traces d'usure que l'on remarque sur ce roc mystérieux attestent qu'il n'a rien perdu de sa vogue depuis la plus haute antiquité.

La vigne est soigneusement cultivée dans plusieurs contrées de la Grèce; les ceps y ont une force de végétation incroyable, et les raisins y acquièrent un volume monstrueux. Le vin qu'on en retire serait d'une qualité supérieure si les habitants ne le gâtaient point par la détestable habitude d'introduire certaines résines dans les cuves au moment de la fermentation.

La vigne forme, avec le maïs et l'olivier, la principale richesse du pays.

L'influence climatérique fait aux Hellènes une loi de la sobriété dans le régime; quelques-uns cependant s'adonnent volontiers à l'usage immodéré du *raki*. C'est une boisson qui se prépare par la distillation du marc fermenté de raisin. La vapeur alcoolique, dirigée sur des espèces aromatiques, et particulièrement sur les semences d'anis, se charge du parfum de ces plantes. La liqueur obtenue a un goût agréable et délicat; elle devient, comme l'absinthe, d'un blanc laiteux quand on y verse de l'eau. Elle exerce à la longue, sur le système nerveux, une action déplorable.

Le café, le raki, le chibouck, tel est l'éternel passe-temps des Grecs et de tous les Orientaux. A Athènes comme à Spartes, à Messène comme à Corinthe, partout le peuple déteste le travail. Ce qu'il aime, c'est un riche vêtement, un fusil couvert de brillantes ciselures, un poignard et de beaux pistolets à la ceinture. Ce qui lui plaît, c'est la vie du soldat, du forban, du palikare. Quant aux travaux de l'industrie ou des champs, il les dédaigne : c'est l'affaire des femmes, une des conditions de leur état de servage.

La race hellénique est fort belle; sa taille est généralement élevée et gracieuse, sa physionomie et son maintien respirent la fierté. Il est vrai que tous les peuples sont plus ou moins enclins à la fierté, celui qui n'en est pas teint en est pour le moins arrosé, mais chez le Grec, ce sentiment lui vient du souvenir de la grandeur de ses ancêtres.

Le costume des Hellènes, très élégant d'ailleurs, a pourtant quelque chose d'un peu trop efféminé. Il se compose, pour les hommes, d'un justaucorps qui prend finement la taille, d'une jupe blanche plissée qui descend jusqu'aux genoux et qu'on nomme fustanelle, de guêtres sans boutons qui couvrent le soulier. Ces guêtres et ce justaucorps sont en drap chargé de broderies et d'arabesques d'un travail très délicat et d'une finesse extrême. Le vêtement des Grecs, tel qu'il est, s'approprie parfaitement aux exigences du climat.

Nous avions passé toute une journée dans l'extase, en face de merveilles que nous regrettions de ne pouvoir contempler qu'à distance. On donne enfin le signal du départ; il fallut donc nous éloigner des rivages de l'Attique, mais non sans vouer aux dieux infernaux l'aréopage sanitaire du Pirée, et sans souhaiter toutefois bon succès aux Athéniennes qui ont foi dans les vertus prolifiques du granit.

Champouillon.

procidence du cordon. Je fis la version par les pieds, et fus assez heureux pour amener, malgré ces conditions défavorables, un enfant qui, d'abord asphyxié, revint bientôt à la vie, et qui se porte très bien aujourd'hui.

M. le docteur Delonne prit alors la parole, et nous rapporta l'observation recueillie aussi tout récemment sur un cas de procidence d'un bras. Il pratiqua la version par la tête, et une fois l'extrémité céphalique de l'enfant ramenée dans l'axe du bassin, il appliqua le forceps et termina l'accouchement.

Notre secrétaire, M. le docteur Lamaestre, nous fit à son tour le récit d'un cas également tout récent, et pareil quant à la présentation et à l'issue du bras, mais plus grave pour la mère et plus difficile pour l'accoucheur, par une circonstance particulière. M. le docteur Lamaestre pratiqua la version par les pieds, mais la difficulté qu'il éprouvait pour extraire la tête lui fit supposer une déformation de cette partie. Notre confrère remarqua une notable infiltration des bourses, et il conclut avec beaucoup de sagacité qu'il avait peut-être affaire à un hydrocéphale. Un examen dirigé dans ce sens confirma sa supposition; ayant la preuve de la mort de l'enfant, il perfora le crâne et parvint à l'aide du crochet et après l'évacuation d'une grande quantité de sérosité à extraire la tête.

Ainsi, dans une Société médicale dont la feuille de présence ne portait ce jour-là que seize noms, il se rencontre quatre médecins d'un même arrondissement qui ont chacun eu l'occasion d'observer un cas assez rare d'accouchement et dans des circonstances telles que la terminaison a été obtenue de quatre manières différentes. Ces quatre observations, rapprochées de celle du docteur Pommier, offrent une singulière coïncidence que la présente note a uniquement pour but de faire ressortir.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 30 janvier 1855. — Présidence de M. Jobert (de Lamballe).

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

Le ministre du commerce transmet :

Epidémies. — 1° Un rapport de M. le docteur Dusoreil, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Melle, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans cet arrondissement depuis le 8 décembre 1853 jusqu'au 1er novembre 1854;

2° Un rapport de M. le docteur Fouquet, médecin des épidémies de l'arrondissement de Vannes, sur une épidémie de choléra qui a régné dans cette ville du 20 juillet au 30 novembre 1854;

3° Un rapport de M. le docteur Blanchard, médecin des épidémies de l'arrondissement de Barcelonnette, sur une épidémie de choléra qui a régné dans cet arrondissement en 1854;

4° Un rapport de M. Carville sur une épidémie variolique qui a régné dans la maison centrale de Gaillon (Eure) pendant les mois de mars, avril, mai et juin derniers;

5° Une troisième série de rapports sur l'épidémie de choléra qui a régné dans le département de la Haute-Saône en 1854;

Remèdes secrets. — 6° Diverses lettres et notices sur des remèdes secrets ou nouveaux.

Eaux minérales. — Le même ministre transmet une demande en autorisation pour l'exploitation d'une fabrique d'eaux minérales à Lyon.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Études physiques et chimiques sur les eaux minérales. — M. Lefort, pharmacien à Paris, adresse des Etudes physiques et chimiques sur les eaux minérales et thermales de Châteauneuf (Puy-de-Dôme). Ce travail comprend l'analyse chimique de quatorze sources minérales appartenant toutes à la classe des eaux ferro-carbonatées acidules. (Commission des eaux minérales.)

Remède contre le choléra. — M. le comte de Keverguen, de Lucques (Toscane), informe l'Académie des heureux résultats qu'il dit avoir vus dans le traitement du choléra de l'usage d'une solution de gomme arabique dans une décoction de riz !!

— M. le professeur Munot, de la Faculté de pharmacie de Madrid, prie l'Académie d'accepter le dépôt d'un paquet cacheté. (Le dépôt est accepté.)

Arsenic dans les eaux minérales. — M. Bussy, à l'occasion du procès-verbal, propose d'envoyer la note que M. Chevallier a lue dans la dernière séance au ministre du commerce, comme document à consulter sur la question importante de la présence de l'arsenic dans les eaux minérales.

M. Caventou ne s'oppose pas à cet envoi; mais, s'il doit avoir lieu, il voudrait que M. Chevallier modifiât ce qu'il a dit relativement au rôle que joue l'arsenic dans l'action thérapeutique des eaux minérales, ou qu'il fût bien entendu que le travail est envoyé au nom de M. Chevallier et non pas au nom de l'Académie, qui ne peut être considérée comme solidaire d'une opinion beaucoup trop exclusive énoncée par un de ses membres.

M. Chevallier. M. Caventou commente dans ce moment-ci mon mémoire. Je n'ai fait qu'énoncer une opinion exprimée par M. Thénard et par quelques-uns des autres savants qui ont étudié cette question; mais je n'ai point émis d'opinion personnellement sur ce point.

M. le secrétaire perpétuel fait remarquer à M. Caventou que l'Académie n'est jamais engagée par l'opinion d'un de ses membres, et qu'il n'y a par conséquent pas lieu à mettre M. Chevallier en demeure de modifier son travail, qui reste tout entier sous sa responsabilité.

Malgré l'insistance de M. Caventou, l'Académie passe outre, et elle décide que le mémoire sera envoyé tel quel au ministre.

LECTURES.

Variole. — M. Piorry lit un mémoire ayant pour titre : *Du traitement de la variole, ou plutôt des états pathologiques qui lui sont propres.*

M. Piorry s'est occupé depuis longtemps du traitement applicable aux divers états organopathiques qui se développent pendant la durée de cette affection. Ce sont ces faits qui sont le sujet de ce mémoire.

Le traitement de la variole tel qu'il est généralement compris repose sur l'idée générale et doctrinale de l'unité des maladies. Et en effet il n'est pas d'affection qui, plus que la petite vérole, présente l'ensemble des circonstances que l'on rattache au tableau d'une maladie. La cause est ici un virus; ses effets sont connus : ils procèdent suivant une certaine marche, ont un cours et une durée déterminés. Pour les cas les plus aigus et les plus communs, on peut en quelque sorte prévoir quels seront le temps, le mode d'apparition, l'époque de la terminaison des phénomènes. Dans la variole, les doctrines sur la nature médicatrice semblent être appuyées sur des faits, et il est facile de soutenir que sous l'influence d'efforts médicateurs et salutaires la cause morbide est rejetée au dehors, en laissant ainsi l'organisme reprendre son état normal.

Et cependant les auteurs, les praticiens, se sont bien gardés de voir dans la variole une maladie toujours la même; ils ont reconnu, en effet, que souvent il s'agit d'une indisposition à symptômes à peine marqués, dans laquelle un très petit nombre de pustules se déclarent (sans que l'on voie survenir le moindre état pathologique interne de quelque importance), tandis qu'ailleurs et dans des affections de même nature, surviennent du côté des voies de l'air, du pharynx, du centre céphalo-rachidien, les accidents les plus terribles. Entre ces extrêmes on a cru devoir établir des espèces morbides dont la variole est le genre, et on a donné à ces espèces les noms de varicèle, varioloïde, variole discrète, variole confluente, variole noire, variole compliquée; sans compter les formes inflammatoires, bilieuses, malignes, etc., etc. Ainsi la plupart des pathologistes, inconséquents avec leur doctrine unitaire, ont fait des maladies nombreuses de leur maladie, variole réputée simple. Ils ont fondé les caractères de ces espèces morbides sur des collections de phénomènes anatomo-pathologiques. Abordent-ils le traitement, ils reviennent au contraire à l'idée de maladie unitaire qui a été leur point de départ, etc. Ils arrivent enfin à cette conclusion, qu'il y a peu de chose à faire contre la variole en général, et que les résultats de médications dissemblables dirigées contre cette cruelle affection sont à peu près les mêmes. En somme, on peut dire que l'on étudie la petite vérole, mais que l'on combat à peine les accidents qu'elle cause. On ne songe guère à remédier à autre chose qu'à des complications organiques accidentelles, et qui font ranger certains cas dans une catégorie spéciale dite variole compliquée. Or, faire un traitement en rapport avec les diverses complications, c'est en définitive se conformer en partie aux principes de la doctrine organo-pathologique; mais c'est suivant nous le faire d'une façon insuffisante, car il n'est pas d'état réputé simple qui n'exige un traitement en rapport avec des éléments complexes d'indications.

Appliquant ces idées générales au traitement de la variole, M. Piorry analyse les états pathologiques dont elle se compose. Il étudie successivement le virus de la vaccine ou *variose*, la *variosémie*, ou l'altération du sang par la variose, le virus variolique, la variodermite. (M. Piorry examine à cette occasion les divers moyens qui ont été proposés pour faire avorter cette éruption; puis il examine cette question : est-il convenable de faire avorter les pustules varioliques? M. Piorry, tout en admettant jusqu'à un certain point comme fondée la crainte des dangers qui pourraient résulter d'une pratique qui aurait eu pour effet de faire avorter les pustules varioliques dans une très grande étendue, pense qu'il n'en doit point être ainsi lorsqu'il ne s'agit que d'une partie limitée, comme la face, par exemple.)

Après l'examen des moyens abortifs, il examine la question du traitement des pustules par l'ouverture, comme on le ferait pour autant de petits abcès; puis il passe successivement en revue les accidents consécutifs, tels que les abcès, les hémorrhagies (la variole vive), l'éruption variolique des muqueuses, la laryngite et la pharyngite variolique. Au sujet de ces dernières lésions, il discute l'opportunité de la trachéo ou bronchotomie pour remédier à l'imminence de la suffocation, que détermine souvent l'éruption vario-bronchite ou trachéite.

Enfin, M. Piorry étudie les indications auxquelles peuvent donner lieu les vario-pneumonies et la vario-encéphalite, ainsi que les altérations des organes des sens.

Cathétérisme du larynx. — M. Reybard présente à l'Académie une analyse de plusieurs mémoires qu'il se propose de compléter plus tard et de soumettre à son jugement.

Dans ce mémoire, l'auteur traite :

1° Du cathétérisme du larynx dans les cas de croup;

2° De différents procédés imaginés ou perfectionnés, ayant pour but l'oblitération des fistules vésico ou recto-vaginales, et de rendre plus faciles les opérations qu'on pratique sur ces organes.

Cathétérisme du larynx dans le croup. — Ayant réfléchi que les malades qui meurent du croup périssent par asphyxie amenée par le resserrement et l'oblitération de la glotte, M. Reybard a eu l'idée, pour entretenir la circulation de l'air dans les poumons, d'introduire dans le larynx une sonde en gomme élastique. Pour pratiquer ce cathétérisme, il se sert d'une bougie en gomme élastique, du volume de 6 à 7 millimètres, plus ou moins, suivant l'âge des malades. Cette bougie, ouverte par les deux bouts, porte en guise de mandrin une sonde métallique à courbure ordinaire. Dépassant un peu le bout laryngien de la bougie en gomme, cette sonde présente deux yeux d'assez grande dimension. L'un de ces yeux est placé du côté de sa concavité, et l'autre du côté de sa convexité.

Pour introduire cette sonde dans le larynx, on ouvre la bouche de l'enfant, on abaisse la langue en pressant sur sa base avec l'extrémité du doigt indicateur de la main gauche; pendant ce temps on saisit la sonde avec la main droite, on la porte dans la bouche et de là dans la glotte. Lorsque l'instrument a pénétré dans le larynx, on l'y enfonce jusque dans la trachée-artère à une longueur d'environ 4 à 5 centimètres, et ensuite on la fixe en place en l'attachant avec des fils au bonnet de l'enfant.

On peut placer et laisser cet instrument à demeure, ou le retirer plus ou moins souvent.

Comme il importe que l'air n'arrive pas froid dans les poumons, on pourra faire respirer à l'enfant celui qu'on fera passer sur un vase contenant de l'eau chaude, afin de le réchauffer en se chargeant de la vapeur qu'elle laisse échapper.

Fistules vésico-vaginales. — Dans la partie de ce mémoire qui concerne les fistules vésico ou recto-vaginales, M. Reybard parle successivement :

1° D'un nouveau procédé de dilatation de la vulve et du vagin comme moyen de faciliter les opérations qu'on pratique sur ces organes;

2° D'un nouveau procédé pour rapprocher la fistule vésico-vaginale de l'ouverture de la vulve;

3° De quelques considérations sur la manière la plus convenable de faire le ravivement de ces fistules;

4° De l'insuffisance de la suture entrecoupée dans le traitement de ces lésions;

5° De la suture enchevillée, comme devant être préférée et substituée à celle à points isolés;

6° D'un procédé unissant au moyen d'un nouvel instrument appelé griffes à vis. (Commissaires : MM. Velpeau, Gimelle et Bégin.)

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Les hôpitaux et hospices de Paris n'ont reçu que quatre cas nouveaux de choléra du 20 au 28 janvier; un seul décès a eu lieu pendant cette période.

Voici le mouvement général au 28 janvier :

Entrés		6,963
Sortis	3,313	6,957
Décédés	3,644	
Restaient en traitement		6

— La séance annuelle de l'Association des médecins de la Seine a eu lieu dimanche dernier dans le grand amphithéâtre de l'Ecole de médecine, sous la présidence de M. Paul Dubois.

Un grand nombre de médecins distingués de tout le département étaient venus, malgré la rigueur de la saison, prouver une fois de plus, selon les termes du procès-verbal de l'année dernière, que les médecins occupés sont ceux qui savent le mieux trouver le temps de remplir un devoir de confraternité médicale.

Après la lecture du compte rendu par M. Cabanellas, secrétaire général, l'assemblée a adopté le projet de règlement présenté par la commission générale, sauf un article (la discussion de cet article a été renvoyée à une autre séance) destiné à élargir le cercle dans lequel l'Association peut choisir ses membres, en y comprenant les médecins reçus à l'étranger, mais autorisés à exercer à Paris depuis plusieurs années.

M. P. Dubois, doyen de l'Ecole, a été réélu président pour 1855. MM. Adelon et Bérard ont été réélus vice-présidents.

MM. Jules Cloquet et Barth ont obtenu chacun 10 voix pour la vice-présidence.

Le bureau se trouve donc composé comme l'année dernière :

MM. Paul Dubois, président;
Adelon et Bérard, vice-présidents;
Cabanellas, secrétaire général;
Vosseur, trésorier;
Ménière, secrétaire de la commission générale;
Perdrix, secrétaire général honoraire, archiviste de l'Association.

— L'*Annuaire du Bureau des Longitudes* donne les renseignements statistiques suivants :

Paris a vu naître, en 1853, 34,049 enfants, dont 16,603 filles et 17,446 garçons, plus 10,833 enfants naturels.

Il a vu mourir 38,262 individus, dont 16,792 du sexe masculin et 17,470 du sexe féminin.

Il y a eu dans la capitale 11,574 mariages.

Un individu a atteint 105 ans et 9 mois.

Il est mort 495 individus de la petite vérole.

Il est né en France, en 1852, 965,080 enfants, dont 70,000 enfants naturels; il est mort 810,695 individus. L'accroissement de la population a été de 154,385 individus.

La durée moyenne de la vie est actuellement de 36 ans et 7 mois.

La population de la France qui était, d'après les recensements officiels en

1820 de 30,451,487 individus
1831 32,560,934 —
1836 33,540,910 —
1841 34,230,178 —

était, en 1851, de 35,783,000, et est actuellement d'au moins 36 millions, non compris l'Algérie et les colonies.

— Un arrêté préfectoral du Bas-Rhin constitue comme suit le service des médecins cantonaux :

Ces médecins sont chargés du traitement des malades indigents, de la vaccination, de l'hygiène publique et de la police médicale; de fournir tous les documents et renseignements relatifs à l'exercice de leurs fonctions.

Le traitement des médecins cantonaux est fixé à 1,000 fr. pour les cantons non divisés (un certain nombre de cantons, dont la circonscription est trop étendue pour un seul médecin, sont partagés en deux sections, dont l'une est desservie par un médecin titulaire, l'autre par un médecin adjoint), 600 fr. pour le médecin titulaire et 400 fr. pour le médecin adjoint dans les cantons divisés.

Sont nommés médecins cantonaux adjoints : MM. Trautmann, pour le canton de Bouxwillers; Lebas, pour le canton de Saar-Union; Meugus, pour le canton de Saverne; Birck, pour le canton de Marckolsheim; Zilliox, pour le canton de Brumath; Friessinger, pour le canton de Molsheim; Roth, pour le canton de Schittigheim; Dietz, pour le canton de Wasselonne; et Veling, pour le canton de Wissembourg.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues à la Faculté de médecine par MM. :

Gardrat, né le 12 décembre 1818 à Jonzac (Charente-Inférieure); *De la délivrance et des accidents qui peuvent la compliquer.*

Rolland, né le 7 janvier 1831 à Mas-Grenier (Tarn-et-Garonne); *De la pneumonie chez les enfants.*

Le Gérant,
Paris. — Typographie de Plon frères, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Opération césarienne.

M. le professeur P. Dubois a pratiqué ces jours derniers dans l'amphithéâtre de la Clinique, en présence des nombreux élèves qui assistent habituellement à ses visites, une opération césarienne qui a eu pour résultat la mort de la mère et la conservation de l'enfant. M. Dubois a été déterminé à pratiquer cette opération par l'impossibilité absolue où il se trouvait dans cette circonstance de délivrer la femme par un autre moyen. Il s'agissait, en effet, d'une petite femme rachitique, de 1 mètre 16 centimètres de stature, et dont les membres étaient d'une brièveté relative beaucoup plus remarquable encore que le tronc. Le bassin ne mesurait dans son diamètre sacro-pubien que 54 millimètres (5 centim. 4), 12 centimètres dans son diamètre transverse et 11 dans les deux diamètres obliques. Cette femme est entrée à la Clinique le 25 janvier, à terme, et déjà en proie aux douleurs.

Le lendemain 26, dans la matinée, l'orifice était notablement dilaté. Ayant alors constaté le degré de rétrécissement du bassin que nous venons d'indiquer, degré de rétrécissement qui non-seulement rendait l'accouchement naturel impossible, mais qui ne permettait même aucune des manœuvres instrumentales propres à délivrer la femme par les voies naturelles, M. Dubois se décida à pratiquer immédiatement l'opération césarienne. L'opération a présenté quelques particularités intéressantes qu'il serait trop long d'exposer en ce moment. Elle a eu pour résultat immédiat l'extraction d'un enfant vivant, une petite fille, dont les bonnes conditions de santé font espérer la conservation. Quant à la mère, quoiqu'elle ait supporté le plus heureusement possible les premières suites de l'opération, elle a succombé dans la journée du lendemain, bien que rien jusque-là n'eût paru faire craindre aussitôt cette issue funeste. Elle s'est éteinte à la suite d'une défaillance provoquée par un effort de toux et de vomissement.

Nous reviendrons, du reste, sur cette observation dont nous publierons les détails dans le prochain numéro, ainsi que les réflexions qu'elle a suscitées à M. Dubois. Ce sera une occasion de compléter le développement des opinions que ce savant professeur a émises il y a quelque temps devant ses élèves au sujet de la céphalotripsie et que nous avons tâché de reproduire à cette époque.

Du traitement de la fièvre cérébrale ou méningo-encéphalite granuleuse.

Nous avons dit dans notre dernière *Revue* que, d'après les recherches microscopiques de M. Ch. Robin, reproduites dans la thèse de M. Liégard, les granulations trouvées dans les méninges des jeunes sujets qui ont succombé à cette forme de la fièvre cérébrale désignée sous le nom de méningo-encéphalite granuleuse n'étaient point de la même nature que le tubercule, et que c'était à tort par conséquent qu'on avait rangé cette affection dans la classe des maladies tuberculeuses. Nous avons admis cette proposition sous toutes les réserves que commandent les déductions des recherches microscopiques par rapport à la détermination de la nature des maladies. Il n'en saurait résulter assurément que la méningite granuleuse ne continuât à être, comme par le passé, une affection d'une gravité extrême et le plus souvent mortelle. Mais s'il est vrai que la méningite ne se montre pas toujours aussi fatalement mortelle dans tous les lieux et dans tous les temps, comme cela paraîtrait résulter des faits de guérison bien constatés que l'on trouve dans les annales de la science, ne pourrait-on pas en conclure que la gravité naturelle de la maladie se trouve accrue dans certaines localités par des conditions de milieu qui neutralisent le peu de chance de guérison qu'elle peut offrir (comme dans les grands centres de population, par exemple, et surtout dans les hospices consacrés à l'enfance), et qu'hors de ces conditions ce serait à tort que l'on se fonderait sur la prétendue nature tuberculeuse de la maladie pour porter un pronostic funeste et rester dans l'inaction ?

Partant de cette donnée, nous avons cherché, à l'exemple de M. Liégard, à déduire du rapprochement des faits connus de guérison quels sont les moyens de traitement qui ont paru contribuer le plus efficacement à ce résultat, et qui seraient par conséquent de nature à inspirer le plus de confiance pour l'avenir. Nous avons consulté à cet égard les travaux les plus récents sur ce sujet ; et en réunissant les faits consignés dans le mémoire de M. Rilliet publié en décembre 1853 dans les *Archives de médecine*, l'ouvrage publié dans la même année (1853) par M. Henri Hahn sur la méningite tuberculeuse et la thèse de M. Liégard, nous sommes parvenu à réunir une vingtaine de faits de guérison dans des cas dont le diagnostic ne paraît pas douteux.

M. Rilliet, après avoir soumis toutes les observations qu'il a pu trouver dans les auteurs à une analyse sévère qui ne laisse aucun doute sur la nature des faits qu'il admet comme cas réels de méningite granuleuse ou tuberculeuse, rapporte deux cas de guérison de Cheyne par le calomel; un cas de Gœlis par le calomel, les émissions sanguines dérivatives et les vésicatoires ; un cas d'Abercrombie par les émissions sanguines, les purgatifs et les applications froides ; un cas de Jahn par le vésicatoire sur la tête et le calomel uni à l'iode ; un cas de Rœser par l'hydriodate de potasse, treize cas de Hahn par l'usage des frictions stibiées unies aux affusions froides ; trois cas de M. Rilliet, dont deux par le calomel à l'intérieur et les frictions mercurielles, un par le sulfure de potasse ; et enfin cinq cas de M. Liégard père par les mercuriaux, calomel à l'intérieur et frictions mercurielles.

On peut voir, d'après ce relevé sommaire des cas de guérison de méningites granuleuses bien constatées, que deux méthodes principales et également énergiques paraissent avoir eu plus particulièrement une influence sur la guérison ; ces méthodes sont la mercurialisation et la révulsion stibiée.

La mercurialisation a été produite, dans la plupart de ces cas de guérison, par l'emploi simultané des mercuriaux à l'intérieur et à l'extérieur.

A l'intérieur, c'est le calomel qui a été donné le plus fréquemment, et dans quelques cas il a même suffi à lui seul pour amener cet heureux résultat. De toutes les manières d'administrer le calomel, celle qui a paru à la fois la plus efficace et la moins offensive, à cause de la facilité que l'on a de surveiller et d'arrêter à temps la salivation, est la méthode dite de Law, à doses réfractées. Cette méthode offre en effet sur les doses élevées de calomel l'avantage de produire sûrement la salivation et les selles sans faire courir aux malades aucun des dangers inhérents à l'administration des hautes doses, et notamment celui des salivations incoercibles. Dans quelques cas, ainsi qu'on a pu le voir par le relevé qui précède, on s'est bien trouvé de l'association du calomel à l'iode ou à une autre substance purgative, telle que la scammonée, ou aux excitants diffusibles, l'acétate d'ammoniaque, par exemple. Mais vu la difficulté d'assigner dans ces mélanges la part d'action qui revient à chacun de leurs composants, on est naturellement porté à en attribuer la plus large part à celle qui a été le plus souvent administrée seule avec succès, le calomel.

A l'extérieur, c'est le plus habituellement à l'onguent napolitain que l'on a eu recours. Voici à cet égard les prescriptions formulées par M. le docteur Liégard père, qui a l'un des premiers eu recours à cette méthode, dont il a retiré de très heureux effets :

La dose de l'onguent napolitain doit varier, suivant l'âge et les circonstances, de 4 à 15 grammes; et l'intervalle entre chaque friction, de deux à quatre heures, et plus. Dans tous les cas, après avoir frictionné le ventre pendant une ou deux minutes avec une flanelle sèche et chaude, on fait étendre la dose prescrite d'une manière égale sur toute la surface de l'abdomen, qui doit ensuite être recouvert avec la flanelle. Quand on renouvelle la friction, on essuie assez rudement la peau avec la même étoffe, et l'on étend une nouvelle dose d'onguent comme la première fois. La température doit toujours être consultée pour déterminer les doses et l'intervalle des applications, l'action du mercure étant d'autant plus prompte et plus énergique que la température est plus élevée. Aussi, pour obtenir dans les diverses saisons des effets identiques, devra-t-on augmenter les doses et diminuer l'intervalle des frictions en hiver, diminuer les doses et augmenter les intervalles en été. C'est dans la première période de la maladie surtout que ces frictions ont donné de bons résultats; à la seconde période, les chances sont beaucoup moins favorables.

A cette période plus avancée de la maladie, et alors que les mercuriaux ont été insuffisants pour enrayer les progrès du mal, quelques praticiens se sont bien trouvés de la méthode révulsive énergique, frictions stibiées ou larges vésicatoires sur la tête, combinés, dans quelques cas, avec les affusions froides. C'est à cette méthode particulièrement, qu'il applique indistinctement à toutes les périodes, que M. Hahn attribue les succès remarquables qui sont consignés dans son ouvrage. On trouve, en effet, à la fin du livre de M. Hahn, une collection de treize observations toutes recueillies par lui-même, et qui sont autant d'exemples de guérisons. En admettant que sur ce nombre il y ait quelques cas dans

BIBLIOGRAPHIE.

Traité élémentaire de physiologie humaine, comprenant les principales notions de physiologie comparée, par M. J. BÉCLARD, agrégé à la Faculté de médecine de Paris (1).

La physiologie, cette science qui il y a cinquante ans à peine pouvait à bien juste titre être appelée le roman de la médecine, a subi depuis le commencement de ce siècle la plus complète transformation, et tend de jour en jour à devenir une science de plus en plus certaine. Chacune des conquêtes faites par la chimie, la micrographie, a tourné au profit de la physiologie et a agrandi son domaine, en même temps qu'elle permettait d'asseoir les théories sur des bases plus solides. Aux hypothèses hasardées, si souvent ridicules des temps passés, ont succédé des explications fondées sur l'observation des faits. Toutes les fois qu'il a été possible, l'expérimentation sur les animaux vivants est venue au secours de l'étude des fonctions à l'état normal. Enfin depuis que la physiologie s'est engagée dans la voie expérimentale, les découvertes n'ont pas cessé un instant de succéder aux découvertes, et chaque jour est marqué par une acquisition nouvelle.

Au milieu de ce mouvement universel, les anciens ouvrages de physiologie n'ont plus de valeur que comme monuments historiques ; ceux mêmes qui remontent à douze ou quinze ans sont bien en arrière. Aussi les traités de physiologie se sont-ils beaucoup multipliés dans ces derniers temps, et l'on serait en droit de se demander pourquoi l'auteur du livre que nous avons sous les yeux l'a entrepris, s'il ne prenait soin lui-même de nous le faire savoir :

« L'ouvrage que nous publions aujourd'hui, dit-il, est surtout un » livre d'enseignement; il s'adresse bien moins à ceux qui savent qu'à » ceux qui veulent apprendre. Nous ne nous sommes point proposé » d'écrire l'histoire de la physiologie, non plus que celle de ses progrès; » nous avons cherché à exposer sous une forme concise l'état actuel » de la science. »

Envisagé à ce point de vue, le livre de M. Béclard sera véritablement utile ; il est assez étendu pour que l'auteur ait pu facilement n'y rien omettre d'essentiel; il sort ainsi de la classe des *manuels*, ces détestables petits livres qui ont la prétention de tout contenir sous un très petit volume, et en réalité ne contiennent rien, ne donnent aux élèves que des demi-connaissances insuffisantes, et par ces facilités mensongères leur ôtent le goût des études sérieuses. D'autre part, il n'est pas assez volumineux pour que des détails oiseux ou d'une utilité contestable y trouvent place. Sur tout ce qui n'est encore qu'à l'état de supposition, l'auteur glisse légèrement, réservant à l'exposition de la partie positive de la science les développements nécessaires.

Il est encore un point sur lequel nous devons insister. Au contraire de beaucoup de gens qui croient avoir fait marcher la science parce qu'ils ont divisé en deux un chapitre, ou parce qu'ils ont réuni deux sections en une seule, M. Béclard a adopté les divisions les plus généralement acceptées, et n'a pas cru devoir innover en ce genre. Les diverses fonctions de l'économie animale ne sont que des divisions plus ou moins factices, nécessaires pour l'analyse des phénomènes; toutes concourent à un but commun, et elles sont liées indissolublement les unes aux autres, comme les organes qui les exécutent. Si elles sont fondées sous certains rapports, les divisions nouvelles que l'on a voulu introduire dans l'étude de la physiologie ne sont pas plus naturelles que les anciennes, et souvent elles le sont moins. Ce qui est le plus essentiel, dit enfin l'auteur, c'est de ne pas oublier que les divers actes biologiques sont enchaînés les uns aux autres par des rapports réciproques, et qu'ils ne sont isolés que dans nos descriptions.

Ceci une fois établi, M. Béclard entre en matière par un chapitre consacré à des notions préliminaires divisées en quatre sections; il trace d'abord les limites de la physiologie, dit ce qu'elle doit comprendre, où elle doit s'arrêter, entre dans quelques détails sur l'organisation, sur la vie, ce mouvement de composition et de décomposition, ce double courant du dehors en dedans et du dedans au dehors qui résume la vie dans sa plus simple expression; enfin insiste sur l'utilité de la méthode en physiologie, et pose les principes d'après lesquels il entend étudier les points divers qui composent l'ensemble de son sujet. Nous recommandons à nos lecteurs ces notions préliminaires, dont les deux premiers chapitres sortent tout à fait du cadre habituel de ces sortes de considé-

(1) Un volume in-8° de 988 pages, avec 144 gravures. Chez Labé.

lesquels la nature de la maladie ne soit peut-être pas suffisamment démontrée, on ne saurait du moins révoquer le diagnostic pour le plus grand nombre. Or, sur ces treize observations de méningites granuleuses guéries, dix appartenant toutes à la deuxième période plus ou moins avancée, et même au commencement de la troisième période, ont été à peu près exclusivement traitées par les frictions stibiées sur le cuir chevelu. Mais pour que ce mode de traitement ait toute l'efficacité que M. Hahn a constatée, il faut qu'elle soit employée avec une énergie particulière qui en rendra, dans plus d'une circonstance, l'usage difficile, et qui, plus d'une fois, a fait reculer les médecins et les familles elles-mêmes devant les conséquences d'un pareil traitement. Ce n'est qu'en produisant au plus haut degré la pustulation du cuir chevelu et une suppuration consécutive de longue durée, ce n'est, disons-nous, qu'à ce prix qu'on peut espérer d'obtenir la guérison des cas graves.

Nous n'avons pas eu la prétention de tracer ici d'une manière complète le traitement de la méningite granuleuse, ou encéphalo-méningite des enfants. Notre intention n'a été que de signaler à l'attention de nos lecteurs quelques cas réels de guérison d'une maladie réputée incurable dans les hôpitaux spéciaux des grandes villes, et qui, dans des conditions hygiéniques meilleures, et peut-être aussi sous des influences climatériques différentes, a pu se montrer moins rebelle à l'action des agents thérapeutiques énergiques. Nous avons enfin voulu déduire du dépouillement des observations de guérison quels étaient les agents qui pouvaient offrir le plus de chances de succès. Il est bien entendu qu'en indiquant aux praticiens les principaux agents auxquels il nous a paru qu'on pouvait attribuer plus particulièrement quelques-uns de ces heureux résultats, nous laissons entièrement au jugement de chacun le soin d'apprécier les indications ou les contre-indications, ainsi que le choix des moyens accessoires dont le concours peut être jugé utile, toutes choses qui ne peuvent être déterminées qu'en vue de chaque cas individuel.

De l'opération du phimosis et de l'emploi des serres-fines comme moyen de réunion immédiate.

La *Gazette des Hôpitaux* a plusieurs fois déjà appelé l'attention de ses lecteurs sur le procédé opératoire et le mode de réunion imaginé par M. Vidal (de Cassis) pour l'opération du phimosis. Témoin de plusieurs opérations pratiquées par cet habile chirurgien, notamment des deux dernières qu'il a faites, l'une en novembre dernier en présence de M. Gosselin, l'autre dans les derniers jours de décembre, et par conséquent mis en demeure d'apprécier la rapidité de la guérison (elle a généralement lieu en vingt-quatre heures), nous n'avons pu nous défendre d'une certaine surprise qu'un procédé qui donne de pareils résultats n'ait pas été plus généralement adopté. Cela tiendrait-il à ce que l'application des serres-fines exige une précision et une habileté auxquelles on ne peut arriver que par une certaine habitude, et qu'à défaut de cette précision ou de cette habitude on a pu échouer dans les premiers essais ou mieux aimé continuer à opérer d'après les anciens errements? Quoi qu'il en soit, nous croyons faire chose utile en appelant de nouveau l'attention des praticiens sur ce mode opératoire, et sur les conditions et les détails du procédé qui nous paraissent en assurer le succès.

Nous laissons à cet égard la parole à un jeune interne distingué du service, M. Paul Boncour, qui a bien voulu à notre demande rédiger sous les yeux de son chef de service les détails qui suivent.

Le phimosis est congénital ou accidentel. Celui-ci est produit le plus souvent par un tissu inodulaire qui remplace les chancres du limbe du prépuce et rétrécit l'ouverture de cette cavité. M. Vidal n'entreprend alors l'opération qu'après avoir soumis le malade à un traitement général.

Le malade est complétement rasé. Un aide saisit la racine de la verge entre l'index et le médius de la main droite, et tire la peau du côté du pubis. Le chirurgien exerce une traction en avant sur le prépuce à l'aide de deux pinces à disséquer; l'une saisit le limbe du côté du frein et est confiée à l'aide, qui la tient de la main gauche; l'autre est appliquée vis-à-vis, vers le dos de la verge, et est tenue de la main gauche par l'opérateur. Avec sa main droite, celui-ci applique alors la pince à pression continue; sorte de pince à pansements à branches entre-croisées, munie en dedans des mors de pointes destinées à fixer les parties, à empêcher le glissement de la muqueuse. Cette pince saisit tout le prépuce; elle est appliquée obliquement dans la même direction que la coupe naturelle du gland; elle embrasse donc plus de parties du côté du dos de la verge que vers le frein. Les deux autres petites pinces sont alors retirées, et le chirurgien procède à la section du prépuce. Elle s'opère au moyen de forts ciseaux droits, comme ceux du bec-de-lièvre; ils agissent entre la pince et le gland, dans la même direction que la couronne de celui-ci. La circoncision est opérée d'un seul trait, la coupe est oblique et le frein se trouve conservé.

Le gland étant ainsi découvert, on procède au temps principal de l'opération, à la réunion de la plaie. C'est de la régularité, de la précision de la réunion de la muqueuse à la peau que dépend la promptitude, la beauté du résultat; c'est le temps de l'application des serres-fines, celui qui est peut-être négligé, en général.

M. Vidal se sert des serres-fines droites, et des plus petites de sa boîte graduée. L'aide est ici très utile. Avec deux petites pinces à disséquer, tenues une de chaque main, il saisit la peau et la muqueuse, les affronte bien, sans intermédiaire de tissu cellulaire, et là où les deux feuillets tégumentaires se touchent, l'opérateur applique la serre-fine. Il vaut mieux commencer la réunion du côté du frein. On aura soin ici de bien appliquer la muqueuse de cet organe contre le raphé de la peau de la verge. On devra multiplier les serres-fines. M. Vidal en met souvent quinze, quelquefois vingt. Dans les premiers temps, ce chirurgien attendait parfois jusqu'à un quart d'heure pour réunir; maintenant il applique les serres-fines dès que le coup de ciseaux est donné. Si une artériole fournit un peu de sang, on la tord, ou bien on la saisit avec une serre-fine hémostatique qu'on enlève quand toutes les autres sont appliquées. Le pansement est bien simple; la verge est seulement recouverte d'une compresse fendue qu'on a soin d'humecter de temps en temps durant la journée.

Vingt-quatre heures après les serres-fines sont enlevées, et si l'opération a été pratiquée avec méthode, si les serres-fines ont été appliquées avec un soin minutieux, la réunion existe. Voici d'ailleurs un fait qui prouve avec quelle rapidité on peut guérir alors.

Le nommé M..., maçon, âgé de vingt et un ans, couché au n° 26 de la salle 10, service de M. Vidal, a contracté, au commencement d'octobre 1854, des chancres à l'extrémité libre du prépuce. Bientôt, par l'inflammation qui survient et le gonflement, le gland ne put être découvert, et le malade se trouva atteint d'un phimosis accidentel. Il fit seulement des injections entre le prépuce et le gland. Les chancres et le phimosis persistèrent.

Le 6 novembre, M... est admis à l'hôpital du Midi. Le limbe du prépuce est entouré d'un grand nombre de chancres; l'ouverture préputiale, très étroite, ne permet plus le passage du gland. — Traitement général.

A la fin de novembre les chancres sont cicatrisés; il reste à leur place une induration qui rétrécit le prépuce et fait persister le phimosis. — Le malade continue les pilules.

Le 27 décembre, M... demande à être délivré de son phimosis. M. Vidal procède à l'opération de la manière que nous avons décrite.

Le lendemain, 28 au matin, les serres-fines sont enlevées, la réunion est exacte et complète; le frein parfaitement conservé. De ce côté existe un peu d'œdème. Le malade se lève dans la journée.

La réunion persiste tous les jours suivants; le gonflement cesse. Le malade reste à l'hôpital pour continuer son traitement général.

Le 6 janvier, il sort de l'hôpital. Une ligne à peine visible indique qu'il y a eu opération. Bientôt cette trace elle-même disparaîtra.

Électricité dégagée par les cheveux.

M. A. Maugin nous communique sur ce sujet un fait rare et peu étudié qui s'est offert récemment à son observation.

Chacun sait que le pelage du chat dégage de l'électricité par le frottement, et il n'est pas, je ne dirai point de savant, mais d'enfant qui ne se soit amusé à caresser brusquement l'animal à rebrousse-poils dans l'obscurité pour obtenir quelques petites étincelles.

Ce phénomène de production d'électricité par les poils a été aussi remarqué chez l'homme, mais très rarement; cependant M. Sappey, dans son *Anatomie descriptive*, en cite un cas, et il en a rassemblé plusieurs.

Voici ce fait:

« Un jeune homme, M. H..., en se peignant, entendit un matin une crépitation assez notable, et vit ses cheveux se dresser et se roidir. Sans attacher une grande importance à ce fait, il n'en parla cependant et je répétai l'expérience. Chaque fois que les dents du peigne passaient dans la chevelure, on entendait une série de petits craquements d'une façon très distincte et jusqu'à une distance de deux mètres. Ce bruit était tout à fait différent de celui que produit le peigne au contact habituel; il augmentait d'intensité à mesure que l'on multipliait les frottements, et peu à peu les cheveux, au lieu de garder leur souplesse, se dressaient, se hérissaient, s'éparpillaient comme poussés par un souffle assez violent et gardaient quelques instants leur position insolite. La tête du jeune homme ressemblait alors à la tête d'un individu qui aurait été placée sous un disque en rapport avec une machine électrique. Du reste, il n'y avait pas de douleur; ni même de sensation désagréable dans le cuir chevelu. Dans l'obscurité, nous ne pûmes constater d'étincelles. La barbe, qu'il porte longue, n'a jamais produit de crépitation.

» M. H... a les cheveux d'un blond très clair, et il les porte habituellement longs; ils sont souples, soyeux, non frisés, abondants. Le phénomène dont il est question s'est déjà présenté chez lui, mais il n'a jamais remarqué qu'une circonstance particulière le déterminât. Quand il m'en a rendu témoin, le temps était froid, sec; mais les cheveux avaient été mouillés par un bain pris le matin. Parmi les renseignements que me donna M. H..., et qui sont exacts, car ce jeune homme appartient à la partie éclairée de la société, je recueillis ceux-ci, que je connaissais déjà par suite de diverses circonstances: Ce jeune homme, d'un tempérament lymphatico-nerveux, est assez impressionnable, sujet à des maux de tête violents, survenant sans cause connue, et qu'il caractérise du nom de migraine; il ne soigne pas sa chevelure d'une manière exagérée et ne se sert pas de pommade dans sa toilette. Il n'a pas remarqué de coïncidence entre les migraines et l'état électrique de ses cheveux; cependant il avait des maux de tête quand je le vis. Enfin, il paraît que l'année dernière, pendant un orage, un de ses amis fut effrayé de lui voir sur la tête une gerbe de flamme dont il n'avait eu lui-même aucunement conscience.

» C'est peut-être à des faits analogues, mal interprétés, que sont dus ces récits merveilleux qu'on rencontre çà et là dans plusieurs écrivains de l'antiquité et du moyen âge, et qui faisaient croire que des événements heureux ou terribles étaient annoncés par ce simple effet de physique que nous nous bornons à citer aujourd'hui, tout en nous promettant d'observer de plus près les circonstances qui pourraient en indiquer les causes. » Dr Brochin.

CHOLÉRA.

INFLUENCE DE L'ALTITUDE, DES EAUX ET DU BIEN-ÊTRE SUR LA MORTALITÉ CHOLÉRIQUE.

Le *Registrar general* de Londres de décembre 1854 renferme des renseignements extrêmement intéressants relativement à l'influence de l'élévation du sol, de la provenance des eaux et du degré d'aisance des habitants sur la mortalité cholérique pendant les deux épidémies de 1848-49 et 1853-54.

---

rations. On y trouve, pour le dire en passant, quelques pages du plus haut intérêt sur l'origine de la formation des êtres organisés, sur la doctrine du principe vital, dont l'existence, comme être ou substance distincte, est, suivant l'auteur, une hypothèse insoutenable et inutile.

Le traité de physiologie de M. Béclard est divisé en trois livres: fonctions de nutrition, qui ont pour but la conservation de l'individu; fonctions de relation, qui le mettent en rapport avec le monde extérieur; fonctions de reproduction, qui ont pour but la conservation de l'espèce.

On pense bien que nous n'avons pas dessein de suivre l'auteur dans les détails de chacun des points de ces trois divisions. Il nous l'a dit lui-même en commençant, il n'a eu en vue que d'établir l'état actuel de la science quant à ce qui touche la physiologie; c'est donc plutôt dans sa manière d'exposer que dans cela même qu'il expose qu'il faut chercher du nouveau. Cependant nous ne passerons pas sous silence l'article consacré aux usages du suc pancréatique et aux fonctions du pancréas, où il discute les belles expériences de M. Bernard sur ce point si longtemps obscur de la physiologie; celui où il détruit les recherches non moins remarquables du même auteur sur la formation du sucre dans le foie, découverte que quelques auteurs contestent encore, mais qui paraît définitivement acquise à la science; celui où il détermine les limites si souvent controversées entre lesquelles peut varier la température de l'homme, etc.

Dans le second livre, les phénomènes de la contraction musculaire, ceux qui se passent dans l'émission de la voix, les fonctions de l'organe de la vue, les phénomènes nerveux, l'action réflexe, qui n'a été bien étudiée que dans ces derniers temps, ont fixé son attention d'une manière toute particulière. Nous avons rarement trouvé dans un traité de physiologie, faite avec autant de clarté, de concision, en même temps qu'aussi complète, toute l'histoire du système nerveux, tant central que périphérique.

Dans le troisième livre, enfin, l'étude de la menstruation, de la ponte périodique, de la fécondation et du développement de l'œuf comprennent l'exposé le plus étendu et le plus exact des nouvelles découvertes faites sur ces points importants par MM. Pouchet, Coste et Bischoff. Cette dernière section du traité se termine par des considérations du plus haut intérêt sur la naissance, la mort, les âges, les tempéraments et sur les races humaines. A l'occasion de cette dernière section de son livre, faisons remarquer que M. Béclard, sans vouloir se prononcer d'une manière absolue pour ou contre la pluralité originaire des espèces dans le genre humain, semble plutôt porté à admettre l'unité d'une souche commune, les différences qui séparent les races étant, dit-il, plus apparentes que réelles, et leurs caractères étant loin d'être aussi marqués et aussi permanents qu'on a cherché à l'établir.

Les connaissances en anatomie descriptive et en anatomie générale dont M. Béclard a donné tant de preuves déjà, et en particulier dans la récente édition du beau livre de son père, dont il a enrichi nos bibliothèques il y a deux ans à peine, lui ont puissamment servi dans la composition de son livre. Le *Traité* qu'il publie aujourd'hui lui assure un rang distingué parmi nos physiologistes modernes et prouve qu'il portera dignement le nom d'un homme qui, malgré sa mort prématurée, a laissé de si vivants souvenirs à la Faculté de Paris; c'est un titre de plus qu'il vient de se créer à l'héritage paternel, lorsqu'une place deviendra vacante, à Dieu ne plaise que ce soit de sitôt! parmi les maîtres vénérés aux leçons desquels il a puisé son instruction.

Dr A. Foucart.

L'administration des hospices civils de Lyon vient de présenter son compte rendu pour l'exercice 1853; nous y trouvons les indications suivantes:

En 1853, l'Hôtel-Dieu a reçu 15,720 malades et 750 femmes en couches.

La mortalité a été en moyenne de 1 sur 8,7 pour les malades et de 1 sur 95,75 pour les femmes en couches.

La Charité a reçu 1,091 filles mères, 1,643 enfants de la naissance à un an, dont 947 étaient nés à la Charité, 180 enfants en dépôt et 1,926 enfants malades de la ville.

La mortalité a été de 1 sur 34,76 pour les filles mères.

— — 1 sur 8,40 pour les enfants malades.

L'Antiquaille a reçu 2,572 malades et vieillards.

L'hospice du Perron, qui ne compte malheureusement qu'un trop petit nombre de lits pour les incurables (moins de 130), n'en a reçu que 20 dans le cours de l'année.

Il résulte du recensement fait à Londres en 1851 qu'une population de 181,560 habitants vit dans des districts dont le sol ne s'élève qu'à la hauteur de 1 à 3 pieds anglais au-dessus des plus hautes eaux de la Tamise. Or, le nombre des morts du choléra dans cette partie de la population a été de 2,693 en 1848-49, de 2,227 en 1853-54.

En imaginant la hauteur totale de Londres coupée par des terrasses distantes l'une de l'autre de 20 pieds, on trouve que dans les deux épidémies prises ensemble 15,562 personnes sont mortes du choléra au-dessus de la première terrasse, c'est-à-dire à une hauteur de 20 pieds; 3,757 personnes seulement dans l'intervalle de la première à la deuxième terrasse (de 20 à 40 pieds); 2,301 dans l'intervalle de la deuxième à la troisième (de 40 à 60 pieds); 2,279 dans l'espace compris entre la troisième et la quatrième (de 60 à 80 pieds); 392 dans l'intervalle suivant, et 278 seulement dans tout l'intervalle compris entre la cinquième terrasse et la plus grande hauteur de Londres (de 100 à 350 pieds). La population de l'espace compris entre le niveau inférieur et la première terrasse est de 850,000 habitants; la population des trois étages suivants est à peu près égale dans son ensemble à celle de l'étage le plus bas. D'après les chiffres précédents, on voit que la mortalité a été presque moitié moindre dans ces trois étages réunis que dans le premier pris isolément. Pour les deux épidémies (qui prises isolément ont présenté à peu près la même série décroissante de la mortalité proportionnellement à l'altitude), la mortalité de la première terrasse serait à celle de la septième dans le rapport de 1 à 1/7.

La provenance des eaux a offert un rapport marqué avec la mortalité. Nous avons déjà signalé ce fait.

Enfin, le *Registrar general* constate le résultat des recherches faites dans le but de déterminer le rapport de la mortalité avec le degré de richesse ou de pauvreté relative des différents districts. La conclusion à laquelle ont conduit ces recherches est qu'à Londres le choléra a fait proportionnellement plus de victimes parmi les pauvres que parmi les riches. Mais ce résultat, absolu en tant que pris en masse, est modifié par l'influence de l'altitude et de la provenance des eaux lorsqu'on examine les chiffres district par district. De sorte qu'en tenant compte de ces divers éléments on arrive en définitive à déduire des calculs consignés dans le *Registrar general* que les riches, vivant sur un terrain bas, dans des maisons qui ne reçoivent que des eaux de mauvaise qualité, sont fort en péril pendant une épidémie cholérique; tandis que la population industrieuse, même celle qui se livre à des travaux pénibles, mais qui habite des maisons propres, alimentées d'eau pure et situées sur un sol élevé et sur un terrain bien drainé, et qui n'a pas été primitivement un marais, a peu à redouter les atteintes du choléra, et que par les secours médicaux, les soins assurés dans la première période de la maladie cette classe de la population n'éprouve par le fait de l'épidémie qu'une mortalité peu considérable.

DES DOUCHES UTÉRINES

dans la pratique des accouchements.

Par M. le docteur Bourgeois (de Tourcoing).

Les douches utérines d'eau chaude, employées d'abord dans la pratique obstétricale par M. le professeur Kiwich (de Würsbourg), ont déjà rendu de grands services aux accoucheurs par la propriété qu'elles ont de provoquer l'accouchement prématuré artificiel. On peut le dire avec raison, le procédé des douches est le plus sûr, le plus facile et le plus inoffensif que nous ayons jusqu'à présent pour faire naître les contractions de la matrice. Il a déjà été employé souvent et toujours avec succès; il est à la portée de tous les accoucheurs : un clyso-pompe armé d'une canule assez longue en gomme élastique, voilà tout l'appareil; de l'eau chaude injectée méthodiquement contre le col de l'utérus, voilà toute l'opération.

Je n'envisagerai pas les douches quant à leur propriété de provoquer l'accouchement avant terme : ce sujet est déjà suffisamment éclairé.

Je veux par quelques observations choisies faire ressortir d'autres propriétés moins connues.

I. *Des douches utérines dans les cas de suspension, de faiblesse ou de ralentissement des contractions.*

Obs. I. — Jeanne Béhague, tempérament nervoso-sanguin, constitution assez délicate, petite de taille, arrivée au terme d'une première grossesse, fut prise le 20 mars 1853, vers cinq heures de l'après-midi, de douleurs qui revinrent régulièrement de temps à autre pendant la soirée et la nuit.

Le lendemain 21, vers deux heures du matin, je constate que le col est effacé, les bords mous et minces, et l'orifice dilaté de 2 centimètres; la poche amniotique se bombait sous l'influence des contractions; le bassin était bien conformé, et l'enfant présentait l'occiput en première position.

Des douleurs assez fortes se manifestaient de vingt en vingt minutes.

Dans l'après-midi les douleurs diminuent d'intensité et de fréquence; le soir, elles ont complétement cessé. La femme, chagrine, inquiète, passe la nuit tantôt levée, tantôt sur son lit, ne ressentant qu'un peu de pesanteur dans les reins, mais n'accusant plus aucune douleur.

Rappelé auprès d'elle le 22, vers six heures du matin, je reconnais que le travail n'est pas avancé; après avoir attendu encore deux heures, voyant que les contractions ne se raniment pas, que les bords de l'utérus sont mous et humides, je me décide à faire usage de la douche utérine.

A neuf heures, je procédai à l'administration méthodique d'une injection d'eau chaude; six à sept litres furent employés; la durée fut d'un quart d'heure. Le jet fut dirigé avec force sur les bords de l'orifice utérin.

Pendant l'opération, il fut facile de constater chez cette femme trois contractions douloureuses; le travail reprit avec vigueur, et pendant l'heure suivante j'ai compté jusqu'à 15 contractions.

Pendant la douche, de 9 heures à 9 heures 15, 3 contractions.	9 heures 10 » 12 » 15
Après la douche, de 9 heures 15 à 10 heures. 11 contractions.	9 heures 20 » 24 » 26 » 30 » 35 » 38 » 40 » 43 » 48 » 52 » 55
Après la douche, de 10 heures à 10 heures 15, 4 contractions.	10 heures » » 5 » 8 » 13

A onze heures, la poche des eaux se rompit; les douleurs continuèrent; la tête franchit l'utérus, et après de violentes contractions la femme Béhague accoucha heureusement d'une fille bien portante.

Les suites de couches furent simples.

Obs. II. — La femme Florin, trente-six ans, d'une constitution robuste, multipare, me fait appeler le 13 mai 1853, à sept heures du soir; elle me raconte que le travail avait commencé dans l'après-midi par d'assez fortes douleurs, que la poche des eaux s'était rompue vers cinq heures et que depuis elle ne ressentait aucune souffrance.

Je trouvai le col effacé, l'orifice utérin mollasse et largement ouvert; la tête restait élevée.

La soirée et la nuit se passèrent sans amener aucun changement.

Le lendemain 14 la femme n'accusait aucune douleur; le travail restait complétement suspendu.

Le 15, rien de nouveau. Le segment inférieur de l'utérus est mince et mou; l'orifice est tellement dilaté que la main peut être introduite sans difficulté; la tête, qui est en bonne position, est mobile au détroit supérieur.

Le 16, vers trois heures du matin, le travail n'était pas plus avancé. Je pratiquai alors une douche qui dura vingt minutes; ce fut sur les bords de la matrice que fut d'abord dirigé l'extrémité libre de la canule; ils reçurent la douche pendant cinq minutes; puis je douchai dans l'orifice même pendant quelques minutes pour revenir ensuite vers les bords.

Douche de cinq heures à cinq heures vingt minutes.

Pendant la douche, 2 contractions.	5 heures 8 » 15
Après la douche, de 5 heures 20 à six heures, 10 contractions.	5 heures 20 » 24 » 27 » 32 » 38 » 45 » 48 » 52 » 55 » 59

Pendant l'administration de la douche, les douleurs revinrent. A cinq heures quarante cinq minutes, la tête était déjà descendue dans l'excavation, et bientôt après, à la suite d'énergiques contractions, l'enfant était expulsé.

Les suites de couches furent naturelles.

Obs. III. — Mme Bernard D..., femme d'un cultivateur, trente-deux ans, déjà mère de trois enfants, affaiblie par une maladie chronique, était arrivée au terme d'une quatrième grossesse.

Le travail se déclara le 10 mars 1854, à dix heures du soir; il marcha régulièrement, mais avec lenteur, pendant quarante-huit heures. Les contractions étaient rares et faibles, les bords du segment inférieur de l'utérus mous et dilatables, et l'orifice avait 3 à 4 centimètres d'ouverture. Aucun obstacle ne semblait s'opposer à l'expulsion naturelle du fœtus.

Chez cette femme maladive, l'appareil musculaire de l'utérus semblait manquer de force pour accomplir son importante fonction. Je proposai d'exciter les contractions au moyen d'une douche. Elle accepta ce moyen avec plaisir, car elle en avait déjà vu les effets chez une de ses voisines.

La douche fut donnée le 13, à une heure et demie du matin; elle dura un quart d'heure. Pendant la séance, quatre fortes contractions eurent lieu, d'autres les suivirent, plus rapprochées (de cinq en cinq minutes) et plus efficaces; la poche amniotique se rompit, la tête franchit l'utérus, et trois quarts d'heure après la douche l'accouchement se faisait heureusement pour la mère et pour l'enfant.

Les douches utérines ont certes bien la propriété d'exciter les contractions de la matrice, lorsqu'elles sont suspendues, qu'elles sont faibles ou lentes. Le plus souvent une seule douche suffit pour les réveiller, les rendre énergiques et rapprochées. Nous avons vu d'une manière évidente leur puissante influence sur la marche du travail; les effets ne se font pas attendre.

II. *Des douches utérines dans les contractions spasmodiques de l'utérus.*

Obs. IV. — La femme Rosalie F..., vingt-trois ans, tempérament nervoso-bilieux, bonne constitution, primipare, était en travail depuis sept à huit heures lorsque j'arrivai près d'elle, le 20 avril 1853. Les douleurs avaient été fortes; le col était effacé et le segment utérin dilatable et légèrement ouvert. Le bassin était bien conformé, et l'enfant présentait une bonne position. Comme le travail marchait avec régularité, je quittai cette femme pour faire quelques courses.

Je la revis deux heures plus tard, mais la scène avait bien changé : Rosalie F... était en proie à une grande agitation, la face rouge et couverte de sueur, les membres agités de tremblements; elle se désespérait et se plaignait continuellement. Les douleurs étaient devenues très violentes, continues, avec paroxysmes d'exaspération.

Cependant le travail n'est pas plus avancé. Les bords du segment inférieur de l'utérus sont rigides, secs, résistants, excessivement sensibles au toucher; la tête n'est pas descendue; les membranes ne se bombent pas, et une partie du globe utérin offre des bosses et des inégalités, tandis que l'autre est mollasse et non contractée.

J'étais bien en présence d'un cas de spasme de l'utérus. Pendant près de trois heures je restai spectateur de ces symptômes. Cependant cet état continuant, je voulus y remédier, et j'essayai la douche utérine.

L'administration de la douche fut difficile, parce que la femme avait peine à être maintenue en place. Un changement favorable ne tarda pas à se manifester dans l'état de Rosalie. Le calme succéda à l'orage; les douleurs s'apaisèrent pendant vingt minutes, puis j'eus le plaisir de les voir renaître peu à peu régulières et puissantes; le segment utérin ramolli, moins sensible, se dilata. Au bout d'une heure, la poche des eaux, qui bombait, se rompit sous la pression du doigt; la tête descendit dans l'excavation, et l'accouchement se termina trois heures après l'administration de la douche.

Il ne faut pas croire cependant que l'injection utérine agisse dans chaque cas d'une manière aussi remarquable. Chez une ouvrière, Mélanie Wlaminck, qui présentait à peu près les mêmes symptômes, deux douches méthodiques n'eurent que peu d'influence, et je fus obligé de recourir à l'opium pour calmer les convulsions utérines.

III. *Des douches utérines dans la rigidité du col.*

Il n'est pas rare d'observer que, malgré des douleurs régulières, puissantes et rapprochées, le col ne se dilate pas. Cette rigidité, quand elle n'est pas produite par une lésion organique, se remarque surtout chez les femmes, ou très jeunes, ou très âgées, qui accouchent pour la première fois. Quelquefois elle s'observe après la rupture prématurée des membranes; le segment inférieur, d'abord dilaté et aminci, se resserre violemment sur la tête du fœtus, et empêche sa marche.

Les injections aqueuses sont appelées à rendre de grands services dans ces cas.

Obs. V. — Mlle R..., âgée à peine de dix-sept ans, d'une assez bonne constitution, bien conformée, à terme, fut prise des douleurs le 10 juillet, à cinq heures du soir.

Le 11, vers deux heures du matin, l'orifice utérin laissait pénétrer la pulpe du doigt.

Vers huit heures, la dilatation a 3 ou 4 centimètres; les bords de l'utérus sont minces, chauds et sensibles; l'enfant est en bonne position; à chaque contraction la tête, coiffée par le segment inférieur, se rapproche vers l'orifice vulvaire pour reprendre ensuite sa première place; enfin Mlle R... accuse d'insupportables maux de reins.

C'était bien à la rigidité du col qu'on devait attribuer ce ralentissement dans la marche du travail.

Vers dix heures du matin, je donnai une douche de quinze minutes; l'effet de l'injection aqueuse fut de ramollir et d'agrandir l'orifice. Les douleurs devinrent plus efficaces; au bout d'une demi-heure la dilatation était complète, et l'expulsion du fœtus se fit naturellement, environ deux heures après la douche.

Obs. VI. — J'ai encore employé les douches chez deux femmes. L'une était primipare, d'une taille élevée et d'une forte constitution. Arrivée à terme, elle était en travail depuis plus de quarante-huit heures lorsque je fus appelé; elle avait souffert beaucoup, et cependant les choses étaient peu avancées : le segment inférieur de l'utérus, à bords épais et rigides, offrait un orifice de la grandeur d'une pièce de cinq francs; l'enfant se présentait en position occipito-iliaque gauche antérieure; le bassin était bien conformé et les membranes intactes.

Je fis une injection de vingt minutes avec de l'eau à la température de 35° centigrades sur les bords du segment utérin et dans l'orifice; l'effet de la douche fut satisfaisant : l'orifice s'agrandit, et bientôt la poche des eaux se rompit, le travail marcha activement; mais je fus forcé de terminer par une application de forceps, à cause de la résistance du périnée. Les suites de couches furent naturelles.

Obs. VII. — L'autre femme, Mme L..., était âgée de quarante-cinq ans; elle était déjà mère de trois enfants, dont l'aîné n'avait que cinq ans. Chaque accouchement s'était fait remarquer par sa lenteur excessive (durée de quatre à cinq jours). Pour ce cas, voyant que le travail se prolongeait depuis trente-six heures et que la rigidité du col en était la seule cause, je fis usage des douches; trois furent successivement administrées à deux heures d'intervalle, et l'accouchement se termina cette fois avant quarante-huit heures.

Ainsi, dans la rigidité simple du col, qu'elle dépende d'un état spasmodique ou d'une pléthore locale, les douches seront d'une grande utilité; il en sera de même lorsque le col se rétractera après la rupture prématurée des membranes.

Quand il y a induration avec hypertrophie, brides cicatricielles, squirrhe limité à une partie du col, on peut toujours essayer les douches avant d'entreprendre aucune opération; quelques injections pourront aider la nature. Le moyen est puissant, et surtout inoffensif.

Qu'il nous soit permis de conclure que les douches utérines d'eau chaude, outre leur propriété de faire naître les contractions de la matrice, ont aussi la puissance de les réveiller, de les accélérer, d'augmenter leur énergie ; de combattre les contractions spasmodiques de l'utérus et la rigidité du col ; qu'en conséquence, elles trouveront souvent leur emploi dans la pratique obstétricale.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 7 décembre 1854. — Présidence de M. TERRIER.

La correspondance comprend :

1° Un numéro du *Journal de médecine et de chirurgie pratiques ;*

2° Le *Traité de la médication ferrugineuse*, par M. le Dr Quevenne (M. Foucart, rapporteur) ;

3° Le rapport annuel du docteur Mérier, membre correspondant, médecin en chef de l'asile des aliénés de Saint-Dizier ; rapport dont l'auteur fait hommage à la Société. (Remercîments.)

Roséole cholérique. — Le secrétaire général donne lecture d'un travail de M. Thore fils, membre correspondant, sur la roséole cholérique. (Nous l'avons publié dans le numéro du 11 janvier dernier.)

Contagion du choléra. — M. DUHAMEL demande la parole à l'occasion du procès-verbal et de la question de la contagion du choléra. Il a observé un fait favorable à l'opinion des contagionistes. Un homme de 35 ans, après un copieux déjeuner, est pris de choléra d'emblée, sans prodromes, et meurt en quarante-huit heures. Sa femme quitte la maison mortuaire, se rend à Montrouge, chez son père, où dès le lendemain elle est prise du choléra et meurt en peu de temps. Le père de cette femme est pris à son tour presque immédiatement après et succombe. Enfin la mère, qui reste seule, tombe victime de la même affection et cesse de vivre au bout de quelques heures.

M. FOUCART. Les faits de ce genre sont loin d'être rares, et j'ai déjà eu plusieurs fois occasion d'en communiquer cette année même à la Société. Je lui demande la permission d'en citer encore un qui date de quelques jours à peine.

Depuis près de deux mois je n'avais pas eu occasion d'observer de cas de choléra, lorsque le 27 novembre je vis, rue Hautefeuille, 14, un nommé Lafont, qui succomba à une attaque de choléra après quelques heures de maladie. Ce n'était pas moi qui lui donnais des soins, et je ne puis rien dire sur ce qui lui arriva, s'il eut des prodromes, etc. ; mais depuis sept à huit jours je traitais pour une broncho-pneumonie aiguë sa fille, âgée de huit ans, qui commençait à entrer en convalescence. Le père et l'enfant logeaient dans la même chambre. Malgré la précaution que l'on prit, vers la fin de la journée du 27, d'enlever l'enfant et de la porter dans une autre maison, cette petite fille fut prise, dans la nuit du 27 au 28, d'une attaque de choléra à laquelle elle succomba le 29. Elle avait vécu dans la même chambre que son père malade pendant la journée du 27. On m'assura qu'il n'y avait pas eu de prodromes chez l'enfant. Cette absence de phénomènes précurseurs, j'en ai déjà donné plusieurs fois l'explication. A mon avis, lorsqu'il y a *transmission* du choléra, il peut arriver qu'il n'y ait pas de prodromes, et lorsque la maladie éclate chez des individus affaiblis par une maladie grave ou en convalescence, cet affaiblissement constitue une prédisposition suffisante pour expliquer la non-existence des phénomènes précurseurs. Dans le cas actuel, cette non existence des prodromes s'explique doublement, et par le fait de la transmission, qui me paraît incontestable, et par l'état d'affaiblissement dans lequel se trouvait l'enfant.

Plusieurs de nos confrères nous reprochent d'être *contagioniste*. J'ai déjà dit que je voudrais que l'on supprimât ce mot de *contagion*, qui, à mon avis, n'est pas juste, pour lui substituer celui plus exact de *transmissibilité*. Je n'ai pas été toujours partisan de cette opinion de la transmissibilité du choléra. A Paris, il est souvent impossible de suivre la filiation des cas ; c'est en province, dans les campagnes, que l'on peut mieux l'observer, et c'est là aussi, qu'en 1849 comme cette année, pendant le cours de plusieurs missions dont j'ai été chargé, j'ai puisé mes convictions à cet égard ; convictions qui sont, du reste, partagées par la plupart des médecins qui exercent dans les campagnes.

Pour n'en citer aujourd'hui qu'un seul, je dirai qu'un médecin distingué, M. le docteur Thiberge, président du conseil général de la Haute-Marne, homme considérable par sa position autant que par son savoir, s'est rallié à cette opinion après avoir suivi attentivement la marche de l'épidémie dans plusieurs communes de l'arrondissement de Langres, qu'il habite. Dans une courte notice qu'il a rédigée sur la marche de l'épidémie dans la commune de Bussières-lez-Belmont, dont il est maire, notice qui a été envoyée à l'Académie de médecine et publiée depuis dans la *Gazette des Hôpitaux* du 25 novembre dernier, il a tracé une histoire succincte de chaque cas développé dans le village, et il est impossible, après l'avoir lue avec impartialité, de ne pas être convaincu de la transmissibilité de la maladie. Cette notice est accompagnée d'un plan où l'on peut suivre de maison en maison les ravages du choléra, et trouver la preuve la plus manifeste de cette transmission d'individu à individu.

Le docteur Vésignié, médecin en chef de l'hôpital d'Abbeville, a publié, en 1847, un travail du même genre où il a cherché aussi à établir la *communicabilité* du choléra.

M. VERGNE. Il serait facile de faire plus d'une objection au fait que nous a communiqué M. Duhamel. Il est dit que la femme qui s'est rendue à Montrouge n'avait rien, aucun symptôme cholérique. Mais d'abord, comment a-t-on pu s'en assurer ? Certaines gens ne conviennent jamais qu'ils ont la diarrhée. Ne peut-on pas dire aussi qu'elle avait le choléra déjà à l'état d'incubation et l'avait puisé à la même source que son mari, c'est-à-dire dans le même foyer d'infection ? Enfin, le choléra était peut-être aussi à Montrouge, où elle a pu le contracter.

M. Foucart est devenu contagioniste en province. Pour moi, c'est le contraire, j'ai cessé de l'être lorsque j'ai vu tant de contacts, tant de frottements entre les cholériques, soit malades, soit morts, avec des personnes qui n'ont pas cessé de rester en bonne santé. M. Thiberge n'est pas encore contagioniste, ce me semble, car dans sa communication il a écrit ces mots : *Quoique je ne veuille pas fournir des armes aux contagionistes*, etc. Ce médecin a étudié le choléra par groupes de maisons, où, en effet, l'infection régnait et exerçait sa funeste influence sur les personnes prédisposées, mais cela ne prouve toujours pas la contagion. On apporte des faits ; j'en ai fourni aussi, et j'en citerai encore d'autres. Ainsi, dans un petit garni de la rue Saint-Jacques, j'ai soigné un maçon atteint de choléra, sans qu'aucun de ses quinze camarades habitant la même maison et même la même chambre ait été atteint. Le cousin de cet homme a été victime du fléau, et les cinq ouvriers de sa chambrée sont restés bien portants.

M. FOUCART. Je n'ai qu'un mot à répondre à mon honorable confrère. M. Thiberge dit bien, en effet : « Je ne veux pas donner des armes en » faveur de la contagion ; » mais il ajoute, quelques lignes plus bas : « Le plan joint à ces notes fera connaître que l'épidémie n'a procédé » que par groupes de maisons, et j'ajoute par groupes de familles. S'il » est certain que le choléra n'est pas contagieux à la manière de la » gale, de la syphilis, de la variole, etc., il est *non moins certain qu'il » se transmet ;* reste à savoir comment, et ce qu'il faudrait faire pour » empêcher cette transmission. »

M. Thiberge, on le voit, n'est pas *contagioniste ;* ni moi non plus. Il est, si je peux m'exprimer ainsi, *transmissioniste*, c'est-à-dire qu'il croit à la transmissibilité du choléra. C'est tout ce que je voulais prouver.

M. DUHAMEL. On dispute sur les mots. Il faudrait que les mots contagion et infection fussent synonymes, puisqu'on leur fait désigner la même chose. Qu'on emploie l'un ou l'autre, cela m'est égal, du moment que je ne puis expliquer le fait que j'ai cité autrement que par une véritable transmission, par la contagion. M. Vergne ne veut appeler *contagieuse* que la maladie qui se communique manifestement par contact immédiat ou médiat, comme la vaccine, la variole, la rougeole, la syphilis ; soit. Mais que fera-t-il de cette autre transmission, par infection, qui est bien réelle, quoique moins fréquente et moins évidente ?

M. JOSIAS se montre, dans la discussion, partisan de la non-contagion. Entre autres exemples venant à l'appui de son opinion, il cite le cas d'un mari qui, s'étant enivré d'eau-de-vie en allant faire la déclaration de décès de sa femme morte du choléra, s'est couché, en rentrant, à côté du cadavre et n'a rien eu. M. Josias ajoute que dans la maison de Charenton onze cholériques ont succombé dans une salle particulière sans qu'un seul des cinq infirmiers qui les avaient soignés ait été malade.

M. TERRIER fait remarquer que les faits négatifs, fussent-ils encore beaucoup plus nombreux, ne pourraient détruire la valeur d'un seul fait positif. Le choléra n'est contagieux que par infection, si l'on veut ; il ne l'est que rarement, si l'on veut encore, et dans certaines conditions particulières qui peuvent ne se rencontrer que peu souvent par bonheur, mais il l'est, et ce fait ne peut être annulé.

M. DUPERTUIS se déclare anticontagioniste moins par conviction qu'à cause des inconvénients attachés à la propagation de l'opinion contraire, surtout dans les campagnes. Il est un cas de choléra insidieux, et qui prouve l'importance qu'on doit attacher à la diarrhée en temps d'épidémie. Une jeune fille perd son père du choléra, le lendemain sa mère succombe. A son tour elle est prise, dès le surlendemain, d'une diarrhée légère, non cholérique. On ne pouvait la dire malade ; cependant, le jour même du début de ce dérangement d'entrailles, elle fut prise, vers une heure, de tous les symptômes du mal et succomba.

M. P. BOYER. J'ai à vous communiquer une observation de coïncidence d'éruption dans le rhumatisme qui me paraît intéressante. Un homme de vingt-huit ans, occupé dans une boutique au rez-de-chaussée, couchant dans une pièce donnant sur la cour, sans soleil, est pris d'un rhumatisme articulaire fébrile au poignet droit. Ce rhumatisme s'étend dès le soir au cou-de-pied, à la main gauche, et plus tard aux genoux ; fièvre, sueur très abondante. Le quatrième jour, on appela mon attention sur une éruption d'une multitude de points rouges, presque confluents, occupant l'abdomen ; sueur très abondante, aucune vésicule. Mais le lendemain éruption miliaire très considérable, ayant plutôt la forme de toutes petites bulles. Cette éruption s'est étendue à tout le corps, avec persistance d'une sueur tellement abondante que le lit en était profondément imbibé ; céphalalgie, douleurs précordiales, oppression. L'affection rhumatismale suivait sa marche au milieu de tout cela, avec des hauts et des bas.

Les premiers jours, j'avais cru devoir prescrire la chaleur, mais en présence de ces sueurs excessives j'ai dû diminuer les couvertures, coïncidence désagréable pour la direction du traitement.

Cette suette a commencé le 24 novembre ; l'éruption miliaire ne s'est montrée que le 28, et aujourd'hui, 7 décembre, elle persiste encore. Néanmoins les *sudamina* de l'abdomen commencent à se dessécher, et la maladie est en voie de décroissance.

Le secrétaire annuel : Dr A. BOSSU.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté du 25 janvier 1855, M. Viard, professeur de physique à la Faculté des sciences de Grenoble, est chargé de la chaire de physique de la Faculté des sciences de Montpellier (chaire vacante).

M. Séguin, professeur de physique à la Faculté des sciences de Nancy, est chargé de la chaire de physique de la Faculté des sciences de Grenoble.

M. Chautard, docteur ès sciences physiques, professeur au lycée impérial de Vendôme, est chargé de la chaire de physique de la Faculté des sciences de Nancy.

M. Loir, docteur ès sciences physiques, professeur de chimie à l'Ecole supérieure de pharmacie de Strasbourg, est chargé de la chaire de chimie de la Faculté des sciences de Besançon.

M. Combes, professeur d'hygiène à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse, dont la démission a été acceptée, est nommé professeur honoraire à ladite école.

M. Bergouhnioux, bachelier ès lettres, est nommé préparateur de physique et de chimie à la Faculté des sciences de Clermont.

M. Rico, naturaliste, est nommé préparateur d'histoire naturelle à la même Faculté.

— La semaine dernière, M. le général Larchey, accompagné de M. Lévy, médecin directeur du service de santé de l'armée française d'Orient, et de M. le sous-intendant militaire chargé du service des hôpitaux, a fait la reconnaissance de l'Ecole polytechnique de Constantinople, qui vient d'être livrée par le gouvernement impérial à l'administration française. L'établissement contiendra ainsi de la place pour 1,200 malades ou blessés.

M. Michel Lévy a reçu du sultan décoration de l'ordre de Medjidié.

— Un concours pour deux places de médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon aura lieu le 7 mai prochain. Les épreuves se composeront de quatre questions : anatomie et physiologie, pathologie interne, hygiène et thérapeutique, clinique.

Les candidats devront se faire inscrire quinze jours au moins avant le 7 mai, au secrétariat général de l'administration, à l'Hôtel-Dieu.

Les médecins nommés par suite du concours remplissent les fonctions de suppléants.

Tous les mois, deux médecins suppléants sont désignés à tour de rôle pour le service spécial du bureau d'admission ; ils reçoivent chacun, pendant le mois de ce service spécial, un traitement de 100 fr.

Ils succèdent aux médecins titulaires par rang de nomination, lorsque ceux-ci ont terminé leur service, dont la durée est de dix ans.

Le traitement des médecins titulaires est de 600 fr. d'honoraire fixe et de 600 fr. pour droit de présence.

— La commission municipale de Paris vient d'accepter la donation faite à l'Hôtel-Dieu par M. Devin (de Granville) d'une somme de 10,000 fr., à la charge de l'administration de pourvoir à l'entretien de la sépulture du donataire.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues à la Faculté de médecine par MM. :

Fatou, né le 10 août 1824 à Quimper (Finistère) ; *De l'éclampsie puerpérale.*

Schnepf, né le 11 juin 1819 à Heisteren (Haut-Rhin) : *Des aberrations du sentiment.*

Anselin, né le 21 décembre 1822 à Beauvais (Oise) ; *Essai de topographie médicale sur la ville de Bougie et le pays kabyle limitrophe.*

Fenerly, né le 15 août 1833 à Constantinople ; *De l'hématocèle.*

Guignault, né le 27 mai 1824 à Lencloître (Vienne) ; *De l'hématurie.*

Pesné, né le 16 mars 1818 à Troyes (Aube) ; *Erreurs populaires en médecine.*

Porchat, né le 9 mars 1828, à Lausanne, canton de Vaud (Suisse) ; *De l'ictère chez les nouveau-nés.*

Vacquerie, né le 11 novembre 1822 à Rubercy (Calvados) ; *De l'ongle incarné.*

Barnier, né le 2 mai 1827, à Saillans (Drôme) ; *Des pessaires, de leur mode d'action et de leurs indications.*

Vidal, né le 18 juin 1825, à Paris (Seine) ; *Considérations sur le rhumatisme articulaire chronique primitif.*

Gallard, né le 10 février 1828, à Guéret (Creuse) ; *Du phlegmon péri-utérin.*

Salson, né le 24 mai 1820 à Saint-Rome-de-Gernon (Aveyron) ; *De l'hémorrhagie puerpérale.*

Fleury, né le 27 mars 1830, à Ducey (Manche) ; *De l'anévrisme de la crosse de l'aorte.*

Leviau, né le 26 janvier 1824, à la Suze (Sarthe) ; *De la dyssenterie.*

Nous rappelons à MM. les docteurs que leurs thèses seront annoncées dans l'un des numéros qui suivra la remise qu'ils en auront faite à notre bureau.

Les abonnés qui désirent avoir de suite leur collection reliée peuvent envoyer tous leurs numéros de l'année 1854, et moyennant 2 fr. (prix de la reliure) ils auront en échange un volume relié.

Ceux qui auraient perdu des numéros sont priés d'en faire la demande le plus tôt possible. Le prix est de 10 centimes, payables en timbres-poste. Les années antérieures à l'année courante se vendent 12 francs.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. DECQ ;
A Genève, à la librairie de JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

L'Ami des Sciences, journal hebdomadaire, paraissant le dimanche, rédigé par M. VICTOR MEUNIER. Les deux premiers numéros contiennent les articles suivants :

N° 1. — Déclaration. — Notre spécialité. — L'intérieur du globe. — De la position sociale des singes. — Autant de légumes qu'on voudra. — Un vaisseau monstre. — Les délices des chemins de fer américains. — Variétés : Un automate emballeur. — Machine à décharger les navires. — Un feu sans fumée. — Eclairage à l'insecte. — Il y a cent cinquante ans. — Merveilleux produit du bananier. — La plante à savon. — Cas extraodinaire d'aberration de la vue. — De quelques personnes odorantes en bien et en mal. — Influence du moral sur le physique. — Les nouveau-nés peuvent vivre longtemps sans respirer.

N° 2. — Grandeur de l'industrie. — Locomotive sous-marine de M. Steele. — La lune est-elle habitée ? — Quelques cas de longévité humaine et ce qu'on en peut conclure. — L'hypnotisme. Observations curieuses sur le somnambulisme naturel et artificiel. — Variétés : Un chien qui parlait. — Un produit de la respiration. — Concerts et chanteurs à très hautes pressions. — Une ville chauffée. — Communications acoustiques à l'air libre. — Hallucination volontaire. — La semaine scientifique. — Causeries.

Prix de l'abonnement : Paris, 6 fr. ; départements, 8 fr. — On s'abonne chez Auguste Gouin, 41, quai des Grands-Augustins.

Réflexions critiques sur l'homœopathie, par le docteur LABBEY (de Bayeux). In-8°. Prix : 2 fr. — A Paris, chez Labé, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine.

LE SOUAD.

Paris. — Typographie de PLON frères, rue Garancière. 8.

N° 15. — MARDI 6 FÉVRIER 1855. (28e ANNÉE.) N° 15. — MARDI 6 FÉVRIER 1855.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 » | POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 5 FÉVRIER 1855.

Séance de l'Académie des Sciences.

Il y a six ans, un grand fait physiologique se produisit dans le monde savant avec l'éclat que comportaient l'importance de la découverte et l'autorité acquise déjà à son auteur, quoique jeune encore, par la valeur de ses précédents travaux ; nous voulons parler de la découverte de la propriété *glucogénique* du foie. La physiologie si obscure de cet organe venait enfin d'être révélée, grâce aux savantes expériences de M. Cl. Bernard. Depuis cette époque, nul n'avait songé à présenter la moindre objection à la nouvelle théorie des fonctions du foie. Rarement une découverte scientifique avait été admise avec cette unanimité. Rien ne semblait donc si bien établi que cette théorie, introduite dans la science sans contestation. Aussi n'est-ce pas sans une certaine sensation que l'Académie a entendu dans la dernière séance la lecture d'un mémoire de M. L. Figuier, qui a pour objet de réfuter la théorie de la *glucogénie*. Avant d'énoncer sur quelle série de raisonnements et d'expériences M. Figuier a fondé sa réfutation, il est nécessaire de rappeler en quelques mots les propositions formulées en 1848 par M. Cl. Bernard.

L'existence du sucre ayant été constatée chez l'homme et les animaux, M. Bernard s'était demandé si ce produit leur était fourni exclusivement par les végétaux sucrés et amidonnés qui leur servent d'aliment, ainsi que cela était généralement admis jusque-là dans la science, ou bien s'il y était formé de toutes pièces dans les organes, comme chez ces derniers.

Une première série d'expériences consistant à nourrir des animaux exclusivement avec des substances animales, ou bien à les soumettre pendant plusieurs jours à une abstinence complète, puis à soumettre le sang de ces animaux, après les avoir sacrifiés, aux procédés analytiques propres à déceler la présence du sucre, l'a conduit à reconnaître constamment l'existence de ce produit dans le sang des animaux avec tous les régimes alimentaires, et même avec l'abstinence.

Dans une seconde série d'expériences ayant pour objet la recherche de la provenance du sucre chez les animaux nourris avec de la viande, ou soumis à l'abstinence, M. Bernard constata que le sucre existait en grande quantité dans le foie ; qu'il s'y dissolvait et s'y mélangeait avec le sang qui traverse cet organe, et se trouvait ainsi apporté par les veines sous-hépatiques et la veine cave inférieure dans le cœur droit, où on le rencontrait constamment.

Enfin dans une dernière série de recherches entreprises dans le but de savoir d'où provenait définitivement le sucre trouvé dans le foie ; s'il résultait directement d'une transformation particulière de certains éléments de cet organe, ou bien s'il y était seulement déposé ou accumulé par suite des alimentations anciennes, M. Bernard avait constaté que la formation du sucre dans le foie n'était pas, comme on pouvait le penser, le fait d'une simple condensation d'éléments antérieurement introduits dans l'économie, mais qu'elle était un fait chimique directement lié à l'influence du système nerveux.

Plus tard M. Bernard crut reconnaître que cette sécrétion du sucre par le foie coïncidait avec la période digestive, ce qu'il a appelé « les oscillations fonctionnelles de la sécrétion du foie. » D'où il avait été amené définitivement à conclure :

1° Qu'à l'état physiologique, il existe constamment et normalement du sucre dans le sang du cœur et dans le foie de l'homme et des animaux ;

2° Que la formation de ce sucre a lieu dans le foie, et qu'elle est indépendante d'une alimentation sucrée ou amylacée ;

3° Que cette formation du sucre dans le foie commence à s'opérer dans l'animal avant la naissance, par conséquent avant l'ingestion directe des aliments ;

4° Que cette production de matière sucrée, qui serait une des fonctions du foie, paraît liée à l'intégrité des nerfs pneumo-gastriques.

Comme conclusion plus générale, il ressortait de cet ensemble de recherches que les animaux comme les végétaux, contrairement à ce qui était admis alors, créaient et détruisaient physiologiquement le sucre.

Enfin, des travaux ultérieurs semblaient encore venir confirmer à quelques égards et compléter cette nouvelle théorie, en faisant intervenir la fonction pulmonaire et son action comburante comme un lien naturel entre les deux faits principaux sur lesquels elle s'appuie, la formation du sucre dans le foie et l'influence du système nerveux sur cette fonction.

Cette belle et ingénieuse théorie, accueillie comme un des plus grands faits physiologiques, que l'on a comparée à la plus grande découverte des temps modernes, n'avait, disons-nous, rencontré jusqu'ici aucune opposition sérieuse. Quels sont maintenant les faits et les objections que lui oppose M. Figuier ? C'est ce que nous allons chercher à résumer en peu de mots.

Nous ne saurions mieux faire saisir les motifs qui ont porté M. Figuier à douter d'abord de la réalité du rôle assigné par M. Bernard au foie dans la production du sucre, et à combattre ensuite cette doctrine en la soumettant au contrôle d'une nouvelle série d'expériences contradictoires, qu'en rappelant ici une partie du préambule de son remarquable mémoire. Afin de n'altérer en rien sa pensée, nous le laisserons parler lui-même :

« Je dirai, avec la sincérité qui doit présider à toute discussion scientifique, que le fait de la sécrétion du sucre localisée dans le foie m'a toujours paru sujet à contestation. Ce résultat était d'abord en opposition avec les découvertes de la chimie organique, avec ces belles et simples relations que la science moderne a si lumineusement établies entre les fonctions comparées des animaux et des plantes. Par les travaux de MM. Dumas et Boussingault, de M. Liebig, etc., on sait aujourd'hui qu'aux végétaux est dévolu le rôle de fabriquer le sucre et les substances amylacées, et que les animaux détruisent, en les oxydant, ces produits non azotés pendant leur respiration. Ainsi, la chimie était contraire à la théorie de la génération du sucre dans l'organisme animal.

» Cette théorie paraissait également en opposition avec les principes de la physiologie. Il répugne, en effet, d'admettre que l'économie animale se donne la peine de fabriquer une substance pour la détruire tout aussitôt ; qu'elle sécrète du glucose, lequel, à peine formé, doit être bientôt décomposé dans le torrent circulatoire. Enfin ces oscillations, ces espèces d'intermittences reconnues dans la fonction glucogénique, nous semblaient un autre argument contre l'existence même de cette fonction. Une sécrétion qui n'est en jeu qu'à certains intervalles, qui ne s'éveille chez les animaux que sous l'empire, sous l'excitation de l'acte digestif, qui diminue par le jeûne et s'éteint par une abstinence prolongée ou par les maladies, s'écartait trop manifestement du mode général des sécrétions physiologiques pour ne pas soulever quelques doutes sur sa réalité.

» Et ces doutes devenaient bien plus pressants, bien plus décisifs encore, quand à cette théorie de la fonction glucogénique coïncidant d'une manière nécessaire avec la période digestive on opposait cette explication toute naturelle et simple, que si le tissu du foie ne renferme du sucre que pendant la digestion, c'est qu'alors seulement le glucose lui est apporté par les aliments féculents ou sucrés ingérés dans l'estomac. »

Telles sont les réflexions qui ont conduit M. Figuier à mettre en doute l'existence de la fonction glucogénique du foie, et qui lui ont inspiré le désir d'entreprendre des recherches sur ce point important de physiologie. Partant de cette idée, il a soumis à une étude chimique attentive les divers produits de la sécrétion du foie.

Ainsi qu'on peut le voir dans le court résumé que nous avons donné de ce mémoire au compte rendu, M. Figuier a constaté la présence du glucose dans le foie et confirmé à cet égard l'exactitude du fait annoncé par M. Bernard ; mais persistant toujours dans l'idée que le sucre ne pouvait provenir d'une sécrétion propre de cet organe, et qu'il avait sa source unique dans l'alimentation, il s'est mis à rechercher si le glucose qui se trouve mêlé au sang dans le foie ne se rencontrerait pas aussi dans le sang pris en d'autres parties du corps, et, dans ce cas, à comparer les quantités que l'on en trouverait dans la masse générale du sang avec celle que renferme le tissu hépatique.

Grâce à deux précautions importantes qu'il a prises dans ses analyses, consistant à ne pas attendre la coagulation spontanée du sang, comme on l'avait fait jusque-là dans le but de simplifier les opérations, et à opérer sur des liqueurs rendues légèrement acides

---

ASSOCIATION DE PRÉVOYANCE

des médecins de la Seine.

Extrait du compte rendu de l'année 1854, lu dans la séance générale du 28 janvier 1855 ;

Par M. le docteur CABANELLAS, secrétaire général.

Les travaux de votre commission générale pendant cette année ont été inspirés par cet esprit de dignité et de charité confraternelle qui anime notre Société depuis sa fondation.

Devant les nombreuses et honorables candidatures qu'elle a examinées, la commission générale n'a eu besoin ni de fermeté, ni de rigorisme, bien persuadée que, si elle doit veiller à l'honneur de la profession, elle ne peut le faire qu'en se prononçant avec une cordialité qui lui permette de rendre facilement à chacun la justice qui lui est due.

Voici les noms des confrères que nous avons eu l'honneur de recevoir dans nos rangs pendant le cours de cette année ; ce sont :

MM. Andrieux (de St-Denis), Angot (de Grenelle), Baroux, Beaumont (de St-Maur), Blain des Cormiers, Boucard, Brochin, Léon Boutin de Beauregard, Carrière, Chayet, Clavel, Delarue, Delaunay, Duchenne (de Boulogne), Dumas, Dumont, Fenaille, Gasc d'Hadancourt, Jules Gimelle, Gontier, Guillier (de Charonne), Haguette père, Langlebert, Laurès, Eug. Lebret, Leroy des Barres à Saint-Denis, Louvel à Saint-Denis, Marchant (de Charenton), Moreau (de Saint-Ludgère), Ramon (de Charenton), Reymond, Robertet, Rocques, Roux, Sappey, Seraine, Selle, Tiger.

L'empressement de ces nouveaux collègues vous aidera à supporter les pertes qu'a faites l'Association. Mais quoique nos rangs soient devenus plus nombreux, comment se consoler d'avoir vu disparaître des hommes tels que Chailly aîné, Cherest, si jeune et d'un si bel avenir ; Duval, le patriarche aimable et vénéré ; Nacquart, Lagut, Vignardonne, Devarenne, Lallemant, le professeur célèbre ; Roux, dont la réputation datait de si loin, dont l'esprit vif et jeune semblait d'hier ; et Requin, dont la tombe est à peine fermée, Requin, ce type du savant spirituel, du médecin laborieux et digne, cet athlète éprouvé, qui a succombé si peu de temps après la victoire ?

Cette triste moisson de la mort n'a pas été, malgré l'épidémie, plus nombreuse que l'année précédente.

Quant aux démissions, elles sont au nombre de six seulement, données par d'honorables collègues qui ne nous ont quittés que parce qu'ils s'éloignaient définitivement de Paris. Malgré ces pertes inévitables, le nombre des membres de l'Association s'élève à 532 ; c'est 32 de plus que l'année dernière.

Cette année, nous n'avons pas eu occasion d'intervenir dans ces graves questions judiciaires qui intéressent l'honneur d'un médecin ou la dignité du corps médical tout entier.

Les efforts heureux tentés autrefois par l'Association nous ont sans doute fait ces loisirs. Mais je me trompe : depuis quelques jours nous avons dû recourir au zèle inépuisable de notre savant conseil judiciaire, M. Paillard de Villeneuve, pour faire décider de nouveau, en appel, que le privilége du médecin doit avoir la priorité sur le privilége du propriétaire.

Cette question, déjà résolue plusieurs fois dans ce sens, serait bien plus dans l'intérêt des malades peu aisés que dans le nôtre si l'on ne comptait pas tant, et à si juste titre, sur l'abnégation et l'humanité de notre profession.

L'élan qui propage les associations médicales dans les départements s'est soutenu cette année d'une manière très satisfaisante.

M. le docteur Chambert (de Laon), M. le docteur Houzelot (de Meaux), nous ont demandé communication de nos statuts.

Nous avons reçu de Lyon le compte rendu de la séance générale de l'Association du Rhône.

Dès sa deuxième année, cette Société prend un développement qu'explique si bien le zèle éclairé du corps médical de ce département.

Nous devons les mêmes félicitations et les mêmes remercîments aux médecins du Loiret, à ceux de la Sarthe, qui nous ont adressé leurs comptes rendus, modèles de convenance professionnelle et de bonne confraternité.

L'état de vos finances cette année est encore en progression de prospérité sur les années précédentes.

Rendons-en grâce à notre honorable trésorier, M. le docteur Vosseur. Depuis quinze ans il accomplit une tâche ingrate et difficile avec un ordre et une habileté qui ne peuvent être égalés que par son dévouement.

Une somme de plus de 18,000 fr., composée des recettes de 1854 et un reliquat de 1853, est entrée dans notre caisse pendant le cours de cette année.

Nous avons distribué à dix-sept personnes étrangères à l'Association, médecins, officiers de santé, veuves ou enfants de médecins, une somme de 1,700 fr.

Six sociétaires et huit veuves de sociétaires se sont adressés à nous.

afin de se mettre à l'abri de l'action que doit exercer le carbonate de soude qui existe dans le sérum du sang sur la petite quantité de glucose que ce liquide peut renfermer, M. Figuier a réussi à mettre en évidence l'existence d'une certaine quantité de glucose dans le sang normal et dans les conditions ordinaires, c'est-à-dire à une époque éloignée du repas, comme pendant la période digestive indistinctement.

Nous ne saurions insister ici, on le comprendra, sur les procédés chimiques mis au service de cette démonstration. Le fait établi, la première conséquence qu'en a déduite M. Figuier, c'est qu'il n'était plus possible de continuer à admettre la localisation de la sécrétion du sucre dans le foie. Les résultats de ces dernières expériences faisaient perdre en effet une grande partie de leur signification aux deux faits admis jusqu'alors et qui servaient de base à la théorie de la sécrétion glucosique du foie, savoir, la non-existence prétendue du glucose dans la masse du sang pendant les conditions normales, et la persistance de quantités appréciables de sucre dans le foie des animaux soumis pendant longtemps à une alimentation exclusivement composée de viande.

Le sucre est donc primitivement dans la masse du sang, où il a été introduit par la digestion des aliments amylacés ou saccharoïdes (y compris le sang contenu dans les vaisseaux de la viande alimentaire). Telle est, en effet, la conclusion des recherches de M. Figuier.

Il existait cependant encore une petite difficulté à lever pour achever cette démonstration. Le sang contient naturellement du sucre; mais le foie en contient deux ou trois fois plus que le sang à poids égal. M. Figuier explique cette différence en admettant, d'une part, que l'organe hépatique étant essentiellement un organe de dépuration, par suite du départ qui s'y fait des divers produits de la digestion, tout le glucose qui en résulte, et qui est amené par la veine porte dans cette glande, vient s'y concentrer pour être ensuite déversé par les veines sus-hépatiques dans la circulation générale; d'autre part, que, parvenu dans la masse du sang, le glucose s'y détruit peu à peu par l'effet continu de la respiration.

En résumé, M. Figuier conclut de ces recherches, contrairement à l'opinion de M. Bernard, devenue celle de presque tous les physiologistes, que le foie, chez l'homme et les animaux, n'a point reçu pour fonction de fabriquer du sucre; que son rôle comme organe sécréteur demeure borné à l'épuration du sang et à l'élaboration de la bile, c'est-à-dire aux fonctions qui lui ont toujours été assignées depuis les temps les plus reculés de la science.

Nous avons dû nous borner à résumer aussi succinctement et aussi clairement qu'il nous a été possible le beau travail de M. Figuier. Il ne nous appartient pas d'en faire ici la critique. Le contrôle d'un semblable travail est un droit et un devoir qui incombent aux sommités de la science. Nous nous bornerons seulement à exprimer le vœu que l'appel qui leur est fait par notre savant confrère soit une occasion de décider une des plus importantes et des plus belles questions de la physiologie. Pour nous, nous assisterons avec le plus vif intérêt aux débats que cette communication ne peut manquer de soulever, convaincu qu'il n'en peut résulter que bénéfice pour la science, et que, quant aux deux savants qui se trouvent engagés dans cette lutte, l'issue, quelle qu'elle puisse être, ne saurait affaiblir en rien la juste considération et l'autorité dont ils jouissent.

— L'étendue que nous nous sommes trouvé obligé de donner à cette analyse du travail de M. Figuier ne nous laisse ni le temps ni l'espace nécessaires pour résumer les autres communications, dont quelques-unes ont cependant, à des titres divers, leur droit à l'attention. Nous nous bornerons donc à signaler le travail intéressant de M. le professeur J. Cloquet, sur les entérolithes; celui de MM. Laurentius et Gilbert, sur l'anatomie et la physiologie du derme, et de MM. Vergnès et A. Poey, sur un procédé électro-chimique propre à guérir les affections qui résultent de la pénétration de corps métalliques dans nos tissus. — Dr Brochin.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. P. DUBOIS.

Opération césarienne chez une femme rachitique dont le diamètre antéro-postérieur du bassin n'avait que 54 millimètres. — Extraction d'un enfant vivant. — Mort de la mère.

Une femme de trente-deux ans, primipare, est entrée le 25 janvier à l'hôpital des Cliniques, au terme d'une grossesse qui jusque-là s'était passée sans le moindre accident. Cette femme est rachitique, elle a une stature d'une petitesse extrême (1 mètre 16 centimètres); elle est beaucoup plus petite encore, s'il est permis de s'exprimer ainsi, par les membres que par le tronc; les membres sont en effet d'une brièveté remarquable, ils sont proportionnellement beaucoup plus réduits que le reste du corps. Aussi cette femme, qui est extrêmement petite lorsqu'elle est debout, paraît presque d'une taille moyenne quand elle est assise. Cette petitesse des membres tient moins à leur déformation qu'à une sorte d'arrêt de développement; c'est, sous ce rapport, un exemple assez remarquable d'une espèce particulière de rachitisme par arrêt de développement, sans ramollissement et par conséquent sans déformation des os.

La conséquence nécessaire de cette disposition des membres, conséquence qu'il était aisé de prévoir avant même tout examen, c'est que le bassin devait être petit, rétréci et d'un diamètre trop exigu pour permettre le passage de l'enfant par les voies naturelles. On va voir tout à l'heure ce qu'il en était à cet égard.

Il y avait en même temps chez cette femme un œdème assez remarquable des extrémités inférieures, lié à une albuminurie. Cette circonstance avait donné d'abord quelque inquiétude à M. Dubois; cette inquiétude était fondée sur ce qu'il avait déjà remarqué que les femmes rachitiques étaient plus exposées que d'autres à l'éclampsie. On a pu croire que cela tenait à la difficulté plus grande du travail en pareil cas; mais ce n'est pas là la véritable cause, puisqu'on voit souvent dans des cas de ce genre les convulsions éclamptiques se manifester avant que les difficultés du travail aient pu avoir lieu. Il y a toute apparence que cela tenait plutôt à un état albuminurique plus commun chez les sujets rachitiques, mais qui est passé inaperçu à une époque où l'attention n'était pas fixée sur ce genre de lésion.

Cette femme est entrée à la Clinique le 25 janvier en proie depuis quelque temps aux douleurs de l'enfantement. Elle était, en effet, au terme de sa grossesse; elle avait eu ses dernières règles vers la fin d'avril, et elle avait tout lieu de présumer qu'elle avait dû devenir enceinte vers le 25. L'événement a justifié d'ailleurs ses calculs. Cette femme, disons-nous, éprouvait déjà des douleurs lorsqu'elle est entrée à l'hôpital. Le lendemain matin (26), à l'heure de la visite, on a constaté que l'orifice était notablement dilaté; les membranes bombaient dans le vagin. Dans cet état de choses, M. Dubois a cru convenable de temporiser encore un peu, d'attendre que l'orifice fût plus dilaté avant d'agir.

Un examen fait à ce moment a démontré que le bassin, ainsi qu'on l'avait prévu, était extrêmement rétréci, surtout d'avant en arrière. Le diamètre sacro-pubien, mesuré avec le doigt, donnait à peu près 7 centimètres et demi, d'où il fallait défalquer au moins 1 centimètre et demi, à cause de l'obliquité du trajet parcouru par le doigt, ce qui réduisait son étendue réelle à 6 centimètres à peu près. (On verra plus bas que cette approximation était encore supérieure à la dimension réelle, et on saura la cause de cette petite erreur.)

Cet examen fait, M. Dubois a hésité un instant pour le choix entre deux opérations, l'une destinée à réduire le volume de l'enfant, la seconde ayant pour but de lui frayer une voie artificielle; en d'autres termes, entre la céphalotripsie et l'opération césarienne. Son choix s'est arrêté sur cette dernière. Nous en dirons plus tard la raison.

Dans l'après-midi du 26, les membranes furent rompues, et les contractions étant devenues dès ce moment plus énergiques, M. Dubois se décida à pratiquer immédiatement l'opération.

La patiente ayant été soumise aux inhalations de chloroforme, une incision a été pratiquée sur la ligne blanche, depuis la région pubienne, un peu au-dessus du point où l'on pouvait courir le risque de rencontrer la vessie, jusqu'à l'ombilic. Mais l'étendue de cette incision n'ayant pas paru suffisante, il a fallu la prolonger un peu au-dessus de l'ombilic. Cette première partie de l'opération a tenu l'opérateur et tous les assistants dans une grande anxiété. Sitôt que l'incision fut faite, on reconnut que les parois abdominales n'étaient point immédiatement en rapport avec les parois de l'utérus. On sentait au-devant de celles-ci une fluctuation, ou plutôt une sorte d'ondulation s'étendant assez loin, et qui fit craindre un instant qu'une partie du paquet intestinal se trouvât au-devant de l'utérus. Mais un examen plus attentif fit bientôt reconnaître que cette ondulation était due à une légère suffusion séreuse. L'incision des parois utérines faite avec un grand soin, on arriva bientôt jusqu'à l'enfant sans trop de difficulté. L'enfant fut extrait vivant. Ce fut un véritable moment d'émotion dans l'assistance. Malgré qu'il eût entendu les battements du cœur du fœtus quelque temps avant l'opération, M. Dubois conservait quelque doute sur sa conservation; aussi fut-il heureux de ce résultat, d'autant que c'était le seul sur lequel il pût sérieusement compter.

On procéda ensuite à l'extraction du placenta. Cette opération fut suivie d'une perte de sang assez considérable.

La délivrance faite, les lèvres de la plaie de l'utérus furent réunies avec des serres-fines. Un plumasseau de charpie et un bandage furent placés par-dessus.

La patiente, ainsi que nous l'avons dit au commencement, avait été soumise à l'inhalation du chloroforme. Elle n'a pas trop paru avoir la conscience de l'opération; cependant l'action anesthésique n'avait pas été complète. Le chloroforme avait bien anéanti la conscience de la douleur, mais non pas la réalité de la douleur; c'est ce qui résulte, en effet, d'une part de l'aveu qu'a fait l'opérée de n'avoir point souffert, et d'autre part de l'agitation et de l'excitation auxquelles elle a été en proie pendant toute la durée de l'opération.

L'opération terminée, la femme a été reportée dans son lit dans un grand état de faiblesse, mais point absolument mal. On lui a prescrit une petite dose d'opium dans la soirée.

La nuit a été assez bonne; il y a eu un peu de sommeil. Mais le lendemain matin on s'est aperçu que les serres-fines s'étaient détachées pendant la nuit; les bords de la plaie étaient écartés, et une anse intestinale faisait issue à travers la plaie béante. On avait eu cependant la précaution de prendre une assez grande épaisseur des parois abdominales entre les mors de ces instruments. Les serres-fines, qui dans une autre circonstance analogue avaient paru un bon moyen d'union pour ce genre d'opération, se sont montrées infidèles dans cette circonstance. L'anse intestinale herniée étant fortement distendue par des gaz, il a fallu y pratiquer quelques ponctions pour évacuer ces gaz et la réduire. Cette réduction opérée, on a de nouveau réuni les lèvres de la plaie à l'aide de la suture entortillée.

Une partie de la journée s'est passée encore assez bien; mais dans l'après-midi la malade a été prise d'efforts de vomissements et de toux qui ont été suivis d'une défaillance, et elle s'est éteinte.

L'autopsie a été pratiquée le lendemain. Les bords de l'incision ayant été écartés et la plaie largement ouverte, on a constaté qu'il n'y avait aucune trace apparente d'inflammation, pas même d'injection sur le péritoine. On ne trouva pas non plus de traces d'hémorrhagie interne. Il n'y avait qu'un tout petit caillot dans la fosse iliaque. L'abondance de l'écoulement de sang qui avait eu lieu après l'incision des parois utérines avait pu faire craindre qu'il n'en eût été tout autrement. Il est très rare, en effet, qu'en pareil cas il n'y ait pas un épanchement plus ou moins considérable de sang dans l'abdomen. Ici cela n'avait point eu lieu; la presque totalité du sang s'était écoulée par le vagin.

A l'examen du bassin, on a constaté les dimensions suivantes :

Diamètre sacro-pubien, 54 millimètres (ou 5 centim. 4 millim.); c'était moins que l'examen par le doigt n'avait fait présumer. Cette petite erreur provenait de ce que la symphyse pubienne était d'une épaisseur insolite; elle était complétement ossifiée dans toute son étendue, très dure et faisait saillie dans le bassin.

Le diamètre transverse était de 12 centimètres, et les deux diamètres obliques de 11 centimètres.

Ce fait soulève une grave question qui est depuis longtemps l'objet d'une grande dissidence entre les accoucheurs de différents pays. Vous savez, dit M. Dubois, les opinions qui régnaient autrefois relativement aux conditions qui exigeaient l'opération césarienne. Dans les siècles précédents et jusque dans les premières

La commission leur a alloué avec empressement et dans la mesure de leurs besoins une somme totale de 6,380 fr.

Il nous est resté encore de disponibles 9,314 fr. pour acheter 400 fr. de rente 3 p. 0/0 qui viendront s'ajouter au fonds de secours pour l'année 1855.

C'est la première fois, depuis sa fondation, que l'Association a pu faire un placement aussi considérable.

Ces résultats ressortiront bien mieux dans le tableau suivant, dressé par votre trésorier.

Tableau de la situation de la caisse du 1er janvier au 31 décembre 1854.

RECETTES.	fr. c.	DÉPENSES, EMPLOI.	fr. c.	BALANCE.	fr. c.
Le 1er janvier 1854, en caisse......	1,458 00	Secours aux personnes étrangères à l'Association...	1,670 00	Recettes......	18,406 35
Cotisations, 12 fr..	6,144 00	Sommes allouées à 6 sociétaires et à 8 veuves de sociétaires..........	6,380 00	Dépens., empl.	18,332 10
Dons et admissions	4,691 00	Dépens. de gestion, imprimés, etc....	970 25	Reste.....	74 25
Neuf dons........	951 35	Achat de 400 fr. de rente 3 p. 0/0...	9,311 85	Le 1er janvier 1855, il reste en caisse...	74 25
Rentes..........	5,162 00				
	18,406 35		18,332 10		

Il est inutile, messieurs, de rappeler à votre souvenir reconnaissant les noms de ceux qui ont fondé des rentes perpétuelles en faveur de notre association. Nous sommes heureux de les inscrire en tête des listes que nous publions chaque année.

Vous trouverez à côté de ces noms ceux des personnes qui, par la continuation de dons annuels, semblent faire revivre des sociétaires dont la perte est si regrettable. Tels sont : MMmes veuves Blandin, Marjolin, Bourgeois, M. Cazenave, gendre de Fouquier.

Le bureau de l'Association générale des médecins de la Seine, qui s'est dissoute en 1849, a cru devoir utiliser le reliquat de sa caisse, montant à 66 fr. 35 cent., en le versant dans la caisse de notre Association.

Vous venez de le voir, messieurs, la commission générale a compris largement son rôle en veillant avec sollicitude sur les sociétaires, sur les familles de ceux que la mort nous a enlevés, sur des confrères malheureux en dehors de notre Société.

Nous l'avons constaté trop souvent : rien, messieurs, ne met à l'abri de l'infortune, ni les qualités du cœur ou de l'esprit, ni les positions élevées de la carrière médicale, ni les succès de la pratique; toutes ces choses brillantes peuvent s'éteindre un jour dans l'épuisement de la vieillesse, des maladies, ou par le souffle puissant des tempêtes politiques.

Que ceux donc qui pourraient s'oublier eux-mêmes n'oublient pas qu'en entrant dans l'Association ils ont assuré une protection à leurs femmes, à leurs enfants.

Que ceux qui ont le droit de se croire à l'abri des orages n'oublient pas la sainte confraternité qui les unit aux médecins malheureux qui furent leurs condisciples, leurs élèves et quelquefois leurs maîtres. Non, personne ne peut dire : Qu'ai-je à faire dans l'Association, je n'en aurai jamais besoin? Un médecin, moins que tout autre; car il sait combien de déceptions nous attendent dans cette profession qui exige les qualités les plus élevées et les plus longs sacrifices.

Ici, messieurs, permettez-moi d'obéir au vœu de votre commission générale en vous lisant deux lettres qui seront comme une récompense du bien que vous faites et un enseignement pour les médecins honorables qui ne sont pas des nôtres, parce qu'ils ne comprennent pas encore l'Association.

Dans le mois d'août dernier un jeune médecin...... la mort, si peu ménagère de nos susceptibilités, me permet de vous donner son nom, le docteur Gachet, s'est trouvé dans la triste nécessité de se faire transporter à l'hôpital Saint-Louis, pour ne pas abuser de la généreuse hospitalité de notre collègue M. le docteur Ley. Il nous adressait en même temps la lettre suivante qu'accompagnaient les chaleureuses recommandations de MM. Canuet, Contour, Lucien Boyer, et d'un honorable confrère étranger alors à l'Association, et que nous avons maintenant la sastifaction de posséder parmi nous, M. le docteur Reymond. Voici la demande du docteur Gachet :

« Une maladie déjà ancienne et pouvant durer encore longtemps m'a forcé » d'interrompre à plusieurs reprises, depuis plus d'une année, le cours obligé » de mes occupations de médecine pratique.

» Elle m'oblige aujourd'hui à demeurer dans la maison de santé de M. le » docteur Ley, dont la bienveillance confraternelle a adouci pour moi, d'une » façon qui commande toute ma reconnaissance, les exigences d'argent.

» Combien de temps cet état de choses durera-t-il encore? Personne, je » pense, ne peut me le dire.

» Sans fortune patrimoniale, obligé de pourvoir aux dépenses de ma profes- » sion, de ma famille, mes quelques économies se sont dépensées dans les loi- » sirs improductifs que m'a imposés mon état maladif.

» Dans cette situation, j'ai cru pouvoir m'adresser à l'Association des méde- » cins de Paris pour me venir en aide.

» J'ai l'honneur, monsieur le président, de vous prier de lui transmettre ma » demande.

» Mon honorabilité est attestée par mes confrères Contour, Canuet, Reymond. » Ma position leur est aussi bien particulièrement connue.

années de ce siècle-ci, il était admis en principe que toutes les fois que l'on avait affaire à un bassin trop étroit pour qu'il fût possible d'espérer la terminaison de l'accouchement soit par les efforts naturels, soit par des manœuvres inoffensives pour l'enfant, il fallait avoir recours à une opération sur la mère qui pût avoir pour effet d'agrandir les voies naturelles ou de pratiquer une voie artificielle pour le passage de l'enfant ; on devait, en d'autres termes, pratiquer la symphyséotomie ou l'opération césarienne. Ce qui préoccupait exclusivement les accoucheurs à cette époque, ce n'était point la conservation de la mère, c'était celle de l'enfant. On savait très bien qu'en sacrifiant l'enfant on aurait pu conserver les jours de la mère ; mais ce n'était pas là le but qu'on se proposait. D'un autre côté, l'opération césarienne n'était peut-être pas considérée non plus à cette époque comme une opération aussi grave qu'elle l'est en réalité. On admettait volontiers, d'après des données qui n'avaient probablement pas été soumises à une analyse assez sévère, que l'on avait la chance de sauver une femme sur trois ou quatre opérations césariennes. Mais, je le répète, c'était surtout du sort de l'enfant que l'on se préoccupait ; si bien qu'un des derniers représentants de l'opinion dominante à cette époque, M. Capuron, disait que c'était un véritable *homicide* que de sacrifier, même dans les conditions dont il s'agit, la vie du fœtus dans le sein de sa mère. Cette expression rend parfaitement l'opinion du temps. Je me rappelle qu'à l'époque où j'ai soutenu ma thèse de concours sur ce sujet, j'étais encore sous l'influence de cette opinion dominante ; mais depuis l'expérience m'a complétement confirmé dans l'opinion contraire.

Examinons, en effet, un moment la question dans les termes même où elle est posée par les partisans de l'opération césarienne. En supposant même réelles les chances très contestables de salut que l'opération césarienne présente pour la mère, cette opinion n'est-elle pas encore contestable ? De quoi s'agit-il en effet ? Il s'agit de choisir entre la céphalotripsie et l'opération césarienne, c'est-à-dire entre une opération qui fait périr sûrement l'enfant, il est vrai, mais avec de très grandes chances de sauver la mère, et une opération qui fera très probablement succomber la mère sans donner la certitude de sauver l'enfant. Or, la question étant posée dans ces termes, je le demande, y a-t-il une comparaison à établir entre un être qui vit, qui a des liens nombreux avec la société, et un être qui n'est pas encore né, qui n'a encore par conséquent aucun lien avec la société et dont l'existence est soumise à tant de chances aléatoires ?

Considérée ainsi, la question ne me paraît pas discutable, c'est une question de conscience, et je déclare que, pour ma part, toutes les fois que ces difficultés se sont présentées, je n'ai pas hésité : j'ai toujours cherché à sauver la mère par le sacrifice de l'enfant. J'insiste là-dessus, parce qu'à l'occasion d'une discussion récente qui a eu lieu sur ce sujet à l'Académie de médecine, il s'est produit en dehors de Paris, dans quelques départements et à l'étranger, notamment en Allemagne et en Belgique, des opinions opposées, très chaleureusement défendues et qu'on est allé même jusqu'à vouloir en quelque sorte nous imposer.

Je viens de dire que c'est là une question de conscience ; mais, bien que tel ait été mon principal guide dans de semblables circonstances, je dois dire aussi que ma détermination est également appuyée sur l'observation scientifique. Remarquez que j'ai admis comme établies deux propositions sur lesquelles se fondent les partisans de l'opération césarienne et que ces propositions sont encore sujettes à contestation. Ils admettent d'abord qu'on peut sauver un certain nombre de femmes par l'opération césarienne. Je ne veux pas contester les succès qui ont pu être obtenus ailleurs ; mais ici, à Paris, dans les conditions où nous nous trouvons placés, sur les femmes qui se présentent à la Clinique le résultat de l'opération est presque constamment mortel. On part ensuite de cette autre idée, qui, comme vous allez le voir, n'est pas mieux fondée, que l'enfant est généralement conservé. Il y a encore à cet égard une distinction à faire : il y aurait sans doute à tenir compte de la différence des résultats qui pourraient avoir lieu en ville, dans la pratique civile, là où sont réunis tous les soins dont l'aisance et la sollicitude des familles peuvent entourer les enfants, et de ceux que nous observons dans les hôpitaux. Je ne veux pas préjuger ce qui arriverait dans le premier cas. Mais, pour les enfants nés à la Clinique, savez-vous en général ce qu'ils deviennent ? Ils sont ordinairement transférés dans les hospices d'enfants trouvés, où plus de la moitié succombe avant qu'ils aient atteint la première année. On voit d'après cela combien les chances changent. Par l'opération césarienne, vous courez grand risque de ne sauver ni la mère ni l'enfant, tandis que par la céphalotripsie, en sacrifiant avec certitude l'enfant, vous sauvez presque sûrement la mère.

Mais pourquoi, dira-t-on, avez-vous pratiqué l'opération césarienne chez cette femme, alors que la conscience et l'observation scientifique vous conduisent également à condamner cette opération ? Pourquoi ? c'est qu'ici nous n'avions pas l'alternative que je viens de supposer tout à l'heure. Le choix n'était pas possible entre l'opération césarienne et la céphalotripsie, le rétrécissement du bassin étant tel que les manœuvres de cette dernière opération en auraient été rendues impossibles. Il nous fallait donc ici forcément, et malgré la presque certitude de voir succomber la mère, recourir à la seule voie qui pût sur les deux êtres nous donner la chance d'en sauver un. C'est pourquoi nous nous sommes déterminé à pratiquer l'opération césarienne, qui nous a donné dans cette circonstance le seul résultat qu'il nous fût à peu près permis d'espérer.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 29 janvier 1855. — Présidence de M. Regnault.

Origine du sucre contenu dans le foie ; existence normale du sucre dans le sang. — M. L. Figuier lit un travail qu'il a entrepris dans le but d'apprécier, à l'aide de nouvelles expériences, l'opinion qui attribue au foie des animaux la propriété de sécréter du sucre indépendamment de toute alimentation végétale.

M. Figuier a commencé par soumettre à un examen chimique les matières solubles contenues dans le foie.

Les produits solubles contenus dans le foie de bœuf, qui a fait spécialement l'objet de ses recherches, sont, indépendamment du sang :

1° Une matière albuminoïde qui ressemble beaucoup au composé étudié et décrit par M. Mialhe sous le nom d'*albuminose ;*

2° Du glucose ;

3° Un acide organique et un petit nombre de sels minéraux parmi lesquels domine le chlorure de sodium.

S'étant assuré de la présence bien positive du glucose dans le tissu du foie ; mais, pénétré de l'idée que le sucre ne pouvait provenir d'une sécrétion propre de cet organe et qu'il avait sa source unique dans l'alimentation, M. Figuier s'est proposé de rechercher si le sucre qui se trouve mêlé au sang dans le foie ne se rencontrerait pas aussi dans le sang pris en d'autres parties du corps, et dans ce cas de comparer les quantités que l'on en trouverait dans la masse générale du sang avec celle que renferme le tissu hépatique.

Il a réussi à mettre en évidence l'existence d'une certaine quantité de glucose dans le sang normal, non pas simplement, comme l'ont fait quelques physiologistes, à la suite de l'administration des féculents et pendant la période digestive, mais dans les conditions ordinaires, c'est-à-dire à une époque notablement éloignée du dernier repas et sans se préoccuper de l'alimentation de l'animal.

Ses expériences ont porté sur le sang de l'homme, sur celui du bœuf, du mouton et du lapin.

Voici en quels termes M. Figuier en résume les résultats :

Il résulte de ces expériences que l'on ne saurait continuer à admettre la localisation de la sécrétion du sucre dans le foie. Ce qui, en effet, avait contribué surtout à faire accepter cette opinion, c'était d'abord le fait regardé comme incontestable de la non-existence du glucose dans la masse du sang pendant les conditions normales. C'étaient ensuite les expériences, à juste titre fort remarquées, dans lesquelles on avait vu des animaux soumis pendant des mois entiers à une alimentation exclusivement composée de viande conserver dans le foie des quantités appréciables de sucre. Les résultats que nous venons d'exposer font perdre à ces expériences une grande partie de leur signification. Nous avons reconnu qu'il existe près d'un demi-centième de glucose dans le sang des animaux de boucherie, dans le sang du bœuf et du mouton, recueilli au moment où ces animaux sont abattus pour être livrés à la consommation publique. Or la viande des animaux de boucherie renferme des vaisseaux, ces vaisseaux contiennent du sang ; ainsi la chair de bœuf et de mouton, qui avait servi à nourrir les chiens dans les expériences de M. Bernard, contenait du sucre, et l'on administrait sans s'en douter le composé même que l'on voulait postérieurement rechercher.

Nos expériences permettent encore d'expliquer très simplement les particularités qu'avait mises en lumière l'étude de ce que l'on avait appelé la fonction glucogénique. M. Bernard avait été conduit à reconnaître que l'apparition du sucre dans le foie coïncide avec la digestion, et il avait beaucoup insisté sur ce point. Si l'on admet avec nous que le sucre n'est introduit dans le foie que par les produits de l'alimentation, c'est-à-dire par les aliments féculents ou saccharoïdes, cette coïncidence de l'apparition du sucre avec la période digestive n'aura plus rien qui puisse étonner.

Nous concluons, en résumé, que le foie chez l'homme et les animaux n'a point reçu pour fonction de fabriquer du sucre et que tout le glucose qu'il recèle dans son tissu provient du dehors, c'est-à-dire de l'alimentation.

Nous terminons le mémoire dont nous venons de résumer les faits principaux en appelant l'attention sur ce fait intéressant que, d'après nos recherches, les produits essentiels à la digestion, c'est-à-dire l'albuminose et le glucose, semblent venir se condenser tous les deux dans le foie, organe qui se présente ainsi comme le réceptacle des matériaux utiles de la digestion. (Commissaires : MM. Dumas, Pelouze, Cl. Bernard.)

(Plusieurs autres travaux ont été lus ou communiqués à cette séance, notamment un mémoire sur les concrétions intestinales par M. le professeur J. Cloquet, un travail de MM. Laurentius et Gilbert sur l'anatomie et la physiologie du derme, et une note de MM. Vergnès et Poey sur l'électrochimie appliquée à l'extraction des corps étrangers métalliques. L'abondance des matières nous oblige à en renvoyer l'insertion au prochain numéro.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 24 janvier 1855. — Présidence de M. Gosselin, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

— M. Houel communique un fait de section de la trachée observé par le docteur Breslau (de Munich) dans la clinique du docteur Langenbeck, à Berlin, et rapporté dans *Aerztlicher Intelligenz-Blatt*, von Bayern, 1854, n° 49.

Voici ce fait :

Un homme, tailleur de profession, dans une tentative de suicide, s'était coupé le cou avec un rasoir au niveau du ligament crico-thyroïdien et avait pénétré dans le larynx. Un médecin, qui fut bientôt appelé, réunit la plaie avec des sutures ; mais peu de temps après, voyant survenir des signes d'œdème de la glotte, il fut obligé d'éloigner quelques sutures et de laisser ouverte une partie de la plaie, afin que l'air pût pénétrer à travers jusqu'aux poumons. Une inflammation du larynx survint, et le canal laryngien finit par se fermer en se rétrécissant peu à peu.

Au mois de novembre 1853, un an après la blessure, le malade entra à l'hôpital. Il avait perdu complétement la voix et ne respirait que par l'ouverture artificielle de la trachée. Le malade étant résolu à subir toute espèce d'opération, M. Langenbeck se décida à tenter s'il pourrait disjoindre avec un ténotome la cicatrice qui s'était faite entre la partie inférieure et la partie supérieure du larynx. En effet il réussit si bien qu'on entendit brusquement entrer et sortir l'air, et qu'on put faire passer une mince bougie qui sortait par la bouche. L'opération, quoique exécutée très promptement, causa cependant un étouffement très grand, non-seulement parce que le malade fut forcé de retenir la respiration pendant que l'opérateur désobstruait avec son instrument la fistule laryngienne, mais encore parce que quelques gouttes de sang provenant de l'incision coulèrent au fond de la trachée. Cependant l'état ne devint pas plus grave, et dix minutes après le malade respirait mieux ; on entendait aussi une voix sombre et rauque qui commençait à s'établir. On introduisit par la fistule une canule, et peu de jours après on mit une sonde en gomme élastique à travers cette canule, de manière que d'un bout elle pendait dans la cavité de la trachée, descendant à quelques centimètres au-dessous de la fistule, et de l'autre bout elle sortait par la bouche. C'est ainsi qu'il y avait une communication pour le passage de l'air, quoique insuffisante à cause de l'étroitesse du nouveau canal et de la sonde.

Le malade ne put au commencement supporter l'instrument que quelques minutes ; mais, après un exercice continué, on put laisser la sonde jusqu'à dix minutes en place. On augmenta immédiatement le volume de la sonde, et on parvint à en introduire une du diamètre du petit doigt. Le malade, en mettant un doigt sur l'ouverture externe de la fistule, pouvait bientôt se faire comprendre ; la voix s'améliorait de semaine en semaine. La respiration devint régulière en prenant le chemin ordinaire, et lorsque le docteur Breslau quitta Berlin, quatre mois plus tard, il vit le malade se promenant et parlant à peu près comme s'il était enrhumé.

C'est à cette époque que M. Langenbeck pensa à faire une seconde opération qui devait consister à rafraîchir les bords de la fistule et à les réunir ensuite. M. Breslau a appris plus tard que cette opération avait été faite avec le plus heureux succès et que le malade était sorti de la clinique complétement guéri.

— M. Demarquay raconte à la Société qu'il a vu ces jours-ci un malade opéré, il y a quelques années, par Lesauvage (de Caen) pour un anévrisme artérioso-veineux à la partie inférieure de la cuisse, au ni-

---

» Je regrette aujourd'hui, mais trop tard, de n'avoir pas apprécié toute l'utilité de cette institution à laquelle je m'adresse en votre personne. Que mes regrets servent de leçon à ceux de mes confrères qui, par négligence le plus souvent, ne font pas encore partie de l'Association des médecins de Paris.

» J'ai l'honneur, etc. »

Peu de jours après, je demandai des nouvelles de notre malheureux confrère à M. Lucien Boyer, qui me répondit ces quelques mots :

« Mon très honoré confrère,

» En revenant à Paris, après une absence de quelques jours, je trouve à la fois votre billet et l'avis de la mort de notre pauvre confrère docteur Gachet, décédé à l'hôpital Saint-Louis peu de temps après avoir reçu le secours que l'Association lui avait alloué dans sa dernière séance.

» Au moment où il l'a reçu, notre malheureux confrère était déjà dans un état qui ne lui permettait pas de consigner lui-même par écrit ses sentiments de reconnaissance. Si nos confrères qui ne font pas encore partie de l'Association avaient pu voir l'éclair de joie qui a illuminé le visage du pauvre moribond en recevant ce modique secours, je ne doute pas qu'ils ne regrettassent pour la plupart d'avoir tant tardé de s'associer à notre œuvre.

» Veuillez agréer, etc. »

Qu'ajouterai-je à ces lignes qui parlent d'une manière si éloquente ? L'Association de prévoyance, née il y a vingt ans d'une pensée généreuse, a grandi sous les yeux de son illustre fondateur. Son existence est désormais largement et solidement établie. Elle appartient à tout le corps médical de Paris.

Étrangère aux coteries, aux rivalités, aux luttes de la science ou de la profession, c'est une enceinte calme et sacrée, c'est le foyer de la famille médicale. Nous y trouverons toujours un appui dans les circonstances difficiles ; elle pourra toujours offrir l'obole confraternelle pour soulager les infortunes exceptionnelles.

Certes, c'est là un grand pas de fait dans la voie des améliorations ; mais espérons encore mieux de l'avenir.

Peut-être qu'un jour l'Association, développée par le zèle et l'influence de tous, pourra enfin offrir un repos honorable, une retraite bien méritée à ces invalides de la profession qui auront blanchi courageusement sous le harnais médical sans rencontrer la fortune.

Certes, rassurer la vieillesse de ceux qui ont passé leur vie à soulager la souffrance est un but assez beau ; pourquoi ne tenterait-il pas un jour ces bienfaiteurs de la science dont les testaments, véritables sphinx sortis de la tombe, embarrassent quelquefois les académies de leurs énigmes indéchiffrables ?

Pourquoi ne pas compter aussi sur la reconnaissance publique, alors que les hommes éminents qui représentent la cité et veillent sur elle avec tant de sollicitude, heureux de saisir une idée généreuse, trouveraient dans notre Association un intermédiaire naturel pour acquitter honorablement la dette du pauvre envers la nombreuse phalange de ces praticiens modestes dont le dévouement est infatigable pendant les épidémies ?

Continuez donc à élever la voix, vous tous qui faites autorité dans la presse médicale ; appelez à vous, messieurs et chers collègues, et vous verrez accourir tout ce qu'il y a encore d'honorables et généreux confrères en dehors de nous.

Demandez et l'on vous donnera. Donnez enfin, comme toujours, donnez dans la mesure de vos forces, et vous aurez plus fait pour l'amélioration et la dignité de la profession que ne pourra faire jamais cette loi de la réforme médicale, loi depuis si longtemps attendue, loi introuvable peut-être et qui fuit sans cesse devant nous comme un mirage dans le désert.

veau du troisième adducteur. En examinant aujourd'hui l'état des vaisseaux, on constate encore la persistance d'un susurrus au point où siégeait naguère l'anévrisme.

M. le docteur Philippeaux lit un mémoire intitulé *Des caustiques en général*. Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Larrey, Bouvier, Richard.

M. Verneuil lit de nouveau les conclusions de son rapport sur le travail de M. le docteur Oré (de Bordeaux).

Ces conclusions sont :

1° Des remercîments à l'auteur ;

2° L'insertion de son travail dans les mémoires de la Société.

Elles sont mises aux voix et adoptées. Le rapport de M. Verneuil est aussi renvoyé au comité de publication.

— M. le docteur A. Richard communique le rapport suivant sur la thèse inaugurale de M. Léon Ferrier :

Messieurs, M. le président m'a chargé de vous rendre compte d'un travail que vous a présenté M. Léon Ferrier (de la Nouvelle-Orléans) et qui est intitulé *Des fongosités utérines, des kystes de la muqueuse du corps de la matrice et des polypes fibreux de l'utérus*. Il est inséré parmi les thèses de la Faculté pour 1854.

La thèse de M. Ferrier est pleine d'originalité. L'auteur a su très heureusement profiter de l'indépendance permise dans des œuvres de cette nature, en ne s'attachant qu'à quelques points très limités de l'anatomie pathologique de l'utérus, sur lesquels il jette une vive lumière.

C'est sous les yeux et la direction de M. Charles Robin que M. Ferrier a poursuivi ses recherches, qui se trouvent ainsi appuyées de toute l'autorité de notre savant confrère. Trois belles planches, coloriées pour la plupart et dues à M. Lackerbaüer, ajoutent à la clarté des descriptions.

Je vais brièvement analyser devant la Société les quatre parties de cette thèse.

La première a trait à l'anatomie pathologique des fongosités, végétations et granulations du corps de l'utérus. Si le diagnostic de cette affection est souvent obscur, l'organisation du produit morbide est d'une grande simplicité et toujours la même. On y retrouve tous les éléments normaux de la muqueuse utérine, seulement plusieurs d'entre eux en plus grande proportion. Les analyses de MM. Ch. Robin et Ferrier ont été faites un grand nombre de fois et sur des débris de végétations amenés par la curette chez des opérées et sur des productions analogues offertes par des cadavres.

M. Ferrier insiste sur l'augmentation de volume que la matrice subit en ces circonstances, ainsi que sur l'amincissement et le ramollissement de son tissu. Cette mollesse du tissu utérin doit être bien présente à l'esprit des chirurgiens. J'ai été témoin d'un fait qui va en fournir la preuve à la Société :

Dans un service de chirurgie, j'assistais récemment un de nos maîtres à une visite du soir. Une femme offrait tous les signes d'une affection granuleuse de la muqueuse utérine. Le chirurgien, qui le matin n'avait point eu de curette à sa disposition, venait exprès à l'hôpital pour faire l'application de l'instrument. La curette fut introduite très facilement et avec une grande douceur, quand tout à coup, au lieu de la résistance ordinaire d'une tige métallique emprisonnée dans une cavité, le chirurgien, à la liberté de sa main, comprit ce qui venait de survenir. Il me dit : « Mettez la main sur l'hypogastre. » Je sentis à travers les téguments de l'abdomen, très amincis chez cette femme à la suite de plusieurs couches, je sentis, dis-je, presque à nu le bec de la curette, qui avait percé le fond de l'utérus. La femme garda le repos ; elle éprouva quelques douleurs de reins, mais n'eut point de fièvre ni perte d'appétit ou de sommeil, et au bout de quarante-huit heures il n'y paraissait plus. Le chirurgien éminent que j'assistais en cette circonstance avait été déjà témoin de plusieurs accidents semblables, et sans plus fâcheux résultat. Mais la connaissance de ces faits n'en doit pas moins imposer une grande prudence aux praticiens.

On peut voir deux figures de M. Léon Ferrier où les végétations utérines, plus discrètes et plus développées, constituent de véritables polypes de la muqueuse utérine. Ces polypes peuvent-ils prendre plus de développement et venir saillir à travers le col ? Cela est possible. Quoi qu'il en soit, au point de vue purement anatomique, ils viendraient se grouper à côté des polypes utéro-folliculaires décrits par notre savant président, ces derniers n'appartenant jamais qu'à la portion cervicale de l'utérus.

M. Huguier, dans ses deux mémoires, l'un sur les polypes utéro-folliculaires, l'autre sur les kystes de plusieurs points de l'appareil génital de la femme, nous a montré les liaisons intimes qui unissent l'organisation des kystes et des polypes particuliers, qu'il a le premier fait connaître. M. Ferrier nous en fournit un nouvel exemple. A côté des granulations de la muqueuse utérine, puis de ces végétations polypiformes qu'indiquent ses figures, il signale, dans la deuxième partie de sa thèse, les kystes de la muqueuse du corps de l'utérus, dont personne n'avait encore parlé.

« En ouvrant avec M. Robin une vingtaine d'utérus de femmes, dont la plus âgée n'avait que cinquante-deux ans, nous avons pu, dit-il, rencontrer assez fréquemment l'altération dont il va être ici question. Cette lésion est intéressante en ce qu'elle se rattache à la structure, et démontre une fois de plus ce fait, que j'ai entendu si souvent répéter à M. Robin, que la plupart des lésions qui nous frappent, paraissant singulières ou des productions nouvelles au sein des tissus, ne sont (à part le cancer et le tubercule) que les modifications ou altérations de volume, de forme, de nombre, ou surtout de structure des organes normaux et des éléments anatomiques qui constituent leur tissu.

» Sur la muqueuse du corps de l'utérus, nous avons trouvé de petites tumeurs saillantes, arrondies, quelquefois pédiculées, plus ou moins transparentes. Leur nombre varie ; nous avons pu en compter jusqu'à trente sur la muqueuse du corps seulement, de telle sorte que toute la surface interne de l'organe en paraissait pour ainsi dire criblée. Leur volume est variable, quelquefois presque imperceptible ; il varie en général du volume de la tête d'une épingle à celui d'une petite noisette.

» Il est assez commun de voir ces petits kystes offrir une surface brillante et une transparence qui les font se rapprocher de l'aspect que présentent les sudamina à la surface de la peau. En passant le doigt sur la surface de l'utérus, dans les points où se trouvent ces kystes, ils donnent la sensation de petits grains rénitents, un peu élastiques, à surface lisse et arrondie. Il résulte de cette distribution de ces petits kystes un aspect rugueux particulier de la muqueuse de l'utérus, dont chaque rugosité, ne dépassant pas au plus le volume d'une grosse tête d'épingle, se fait remarquer par sa demi-transparence, demi-transparence qui peut, si l'on n'y donne une certaine attention, empêcher de voir l'altération dont il est ici question.

» Si on incise ces petites tumeurs, on voit aussitôt s'écouler un liquide blanc opalin. Dans un cas, nous avons trouvé dans l'intérieur d'un de ces kystes une matière jaunâtre semblable à de la matière tuberculeuse, mais n'en étant pas. Les parois de ces petits kystes sont très-minces, transparentes, finement injectées de petites arborisations vasculaires ; la muqueuse, tout à l'entour, participe à cette injection. »

On suivra avec intérêt, dans les pages suivantes, l'étude microscopique de ces kystes, où se découvre la main habile du maître qui a guidé M. Ferrier, et toute cette seconde partie du travail forme une page entièrement neuve dans l'histoire pathologique de l'organe utérin.

La troisième partie, à défaut de ce mérite d'une entière nouveauté, est un choix de curieuses remarques sur les polypes fibreux de l'utérus. La structure élémentaire de ces tumeurs y est présentée avec une grande clarté, d'après les analyses dues à notre collègue M. Lebert, et qui datent déjà de quelques années. Au milieu d'une matière amorphe, finement granulée, très tenace, et de quelques éléments fibro-plastiques, on trouve à peu près en égale proportion des faisceaux de fibres musculaires de la vie organique, et de fibres de tissu cellulaire ; et MM. Robin et Ferrier, après M. Lebert, démontrent que les polypes et tumeurs fibreuses de l'utérus sont en réalité musculo-cellulaires, et principalement musculaires.

L'originalité du travail de M. Ferrier reparaît dans la quatrième et dernière partie. Celle-ci est la dercription de six utérus offrant la muqueuse infiltrée de sang. L'auteur fournit ainsi la preuve que cette lésion est loin d'être rare, et un jour peut-être les cliniciens sauront profiter de cette donnée d'anatomie pathologique.

En résumé, le travail de M. Léon Ferrier est digne de tous les éloges et de tous les encouragements de la Société de chirurgie. Nous devons voir avec plaisir les jeunes docteurs soumettre à l'appréciation de la Société le fruit de leurs premiers efforts, lorsque surtout, comme dans ce travail, les résultats obtenus sont pleins d'importance et de nouveauté.

Je propose à la Société de déposer la thèse de M. Ferrier dans ses archives.

M. Verneuil appelle un instant l'attention des membres de la Société sur cette perforation des parois utérines signalée dans le rapport de M. Richard, et il demande à cet égard quelques explications à M. le rapporteur. Quoique cette perforation ait paru innocente, elle n'en constitue pas moins un accident redoutable.

M. Richard répond que, malgré la ténacité supposée du tissu utérin, il se laisse perforer assez facilement lorsqu'il est malade.

M. Richet vient confirmer la facilité de ces perforations. Il a vu pendant le choléra de 1849, à l'hôpital de Lourcine, un assez grand nombre de pièces relatives à des fongosités utérines. Il s'est assuré aussi qu'on pouvait passer facilement une curette à travers les parois utérines lorsqu'il existait un ramollissement, même en dehors des fongosités.

M. Demarquay signale la minceur des parois utérines dans un cas de cancer du col.

M. Michon a entendu M. Richet parler de la fréquence des fongosités de la cavité du corps de l'utérus ; mais il n'en a jamais vu. Il voudrait qu'on lui en fît voir, non avec la curette, mais directement dans l'organe.

L'on a dit que la curette pouvait passer de la cavité utérine dans le ventre. Il est porté à croire que cela pourrait bien être plutôt le résultat de la manœuvre que de la minceur des parois utérines. Il ne faut point un ramollissement de la vessie pour perforer cet organe. L'on cite parfois un accident arrivé dans les hôpitaux de Paris et que la tradition nous a livré ; c'est ce fait d'un chirurgien qui, sondant un malade atteint d'ascite, perfora la vessie sans s'en douter et vit sortir, au lieu d'urine, des flots du liquide contenu dans la cavité abdominale.

M. Richet. Je regrette beaucoup, dit-il, de n'apprendre qu'en ce moment que M. Michon n'a jamais eu l'occasion de voir des fongosités du corps de l'utérus en dehors de l'état de cancer, car j'aurais pu lui en montrer plusieurs cas. Pendant le choléra de 1849, alors que j'étais chargé du service de Lourcine, j'ai eu l'occasion de faire un nombre considérable d'autopsies de malades atteintes d'affections utérines, et j'ai constaté à plusieurs reprises l'existence non douteuse de ces fongosités ; depuis j'ai poursuivi mes recherches sans interruption, et sur un nombre de cent et quelques cadavres dont j'ai examiné l'utérus, j'ai recueilli un nombre d'observations assez notable de ces fongosités, que je ne pourrais préciser en ce moment, mais qui n'est certainement pas inférieur à sept ou huit. Dans ces cas, j'ai remarqué que l'utérus était toujours plus volumineux et que son diamètre antéro-postérieur, mesuré de l'orifice du col au fond de la cavité, présentait une augmentation de quatre à cinq centimètres, c'est-à-dire qu'au lieu de cinq centimètres il en offrait neuf à dix.

Toutes les femmes chez lesquelles j'ai rencontré ces fongosités avaient eu des enfants, et chez celles dont j'ai pu recueillir l'histoire l'accouchement ne remontait pas au delà de deux ans. C'est là un des points les plus importants peut-être de l'histoire de cette affection, car, lorsqu'après avoir fendu l'utérus j'étudiai ces fongosités, je remarquai qu'elles ne siégeaient que sur un point parfaitement limité de la cavité utérine et qui m'a paru répondre à l'insertion placentaire.

Ces fongosités se présentaient sous l'apparence de petites saillies libres et flottantes dans la cavité utérine, de longueur variable, les plus petites dépassant à peine le niveau de la muqueuse, les plus longues pouvant acquérir jusqu'à huit et dix millimètres ; leur forme était généralement celle des papilles fongiformes de la langue, mais plus allongées.

Je les ai toujours trouvées en nombre assez considérable, serrées et dressées les unes contre les autres ; en passant et repassant le doigt à la surface de la muqueuse, on les couchait et recouchait alternativement. Elles semblaient parcourues par des faisceaux nombreux qui se gorgeaient de sang lorsqu'on pressait fortement les parois utérines devenues elles-mêmes beaucoup plus vasculaires, et cet abord du liquide sanguin leur donnait une belle couleur groseille.

J'ai fait dessiner quelques-unes de ces fongosités, et j'ai prié M. Robin d'en examiner la structure au microscope ; sa réponse a été *tissu fibro-plastique* mélangé de vaisseaux.

Dans la plupart des cas, je n'ai pu recueillir que des renseignements vagues sur les symptômes auxquels elles avaient donné lieu pendant la vie ; mais j'ai pu observer avec soin deux malades chez lesquelles l'autopsie me permit de découvrir la cause des accidents qu'elles avaient éprouvés.

M. Maisonneuve s'étonne que M. Michon n'ait pas vu ces fongosités. On les voit sur le cadavre ; et sur le vivant on peut extraire d'une à trois cuillerées de ces fongosités. Dans un cas il put en extraire plein les deux mains, et la malade a bien guéri. M. Récamier, qui faisait souvent ces sortes d'opérations, pouvait quelquefois extraire des fragments de muqueuse utérine ; mais, dans d'autres cas, il ôtait de véritables fongosités.

M. Demarquay confirme l'existence de ces fongosités sur le cadavre.

M. Cloquet parle d'abord du ramollissement de l'utérus, et il cite comme exemple de cette lésion le fait suivant :

Une femme âgée de vingt-huit à trente ans, qui n'avait eu qu'un enfant, se plaignit d'hémorrhagie quatre mois après son accouchement. Il existait une légère dilatation du col qui laissait sortir une petite tumeur piriforme, soutenue par un pédicule très étroit. La malade se plaignait d'une exsudation sanguine. Une ligature fut appliquée sur le pédicule de cette tumeur et détermina une péritonite. On relâcha la ligature ; toutefois la malade mourut, et l'autopsie fit découvrir une inversion de l'utérus, devenu membraneux et ramolli.

M. Cloquet croit que par des manœuvres maladroites on peut perforer l'utérus ; des sondes en gomme élastique laissées à demeure dans la vessie ont perforé facilement cet organe.

Quant aux granulations, très analogues aux bourgeons charnus, M. Cloquet ne les a trouvées que rarement.

Il pense que le râclage utérin n'est pas une opération sans danger. Il cite un fait de mort à sa suite, et est d'avis qu'il est plus convenable d'avoir recours aux caustiques.

M. Robert croit que la question soulevée devant la Société est très importante. L'on accueillait autrefois avec risée les premiers faits de Récamier, et M. Robert lui-même hésita. Mais après avoir constaté un certain nombre de succès, il s'est décidé à avoir recours à ce procédé. Ce râclage est surtout utile dans les leucorrhées rosées lorsque le col et la cavité utérine sont le siége de fongosités. Dans ces cas, Récamier introduisait sa curette dans l'utérus, y portait ensuite le nitrate d'argent et obtenait d'incontestables succès. M. Robert a examiné sur le cadavre 70 à 80 utérus, et il a trouvé quelquefois des granulations là où le placenta s'était développé. On dirait qu'il y a là de petits cotylédons placentaires. Quelquefois c'est du tissu fibro-plastique, quelquefois des glandules utérines. M. Robert termine en exprimant le vœu que cette question soit mise à l'ordredu jour et discutée.

M. Hervez de Chégoin rapporte qu'il vit enlever comme cancéreuse une matrice énorme ; il n'y avait pas de cancer, mais on trouva la cavité utérine remplie par une masse tomenteuse, jaunâtre. L'utérus était dilaté ; il y avait aussi entre ces productions morbides un espace qui recélait un liquide séro-sanguin. Cette femme souffrait de pertes sanguines assez considérables. Voilà pour les fongosités utérines. Quant à l'emploi des curettes, M. Hervez le rejette, après avoir vu des accidents très graves survenir. Dans un cas, il y eut un abcès du petit bassin qui nécessita une incision, laquelle fut suivie d'une hémorrhagie grave. On dut tamponner, car l'hémorrhagie était très abondante, et la malade a couru les plus grands dangers.

M. Lenoir pense qu'on a pris pour des fongosités utérines une sorte de pseudo-membrane qui se forme dans l'utérus à certaines époques menstruelles, et qui est due à une hypertrophie folliculaire de la muqueuse. Récamier a sans doute observé des faits analogues. Il cite alors le fait d'une femme à laquelle Récamier avait fait subir plusieurs curages, et qui vint succomber à l'hôpital Necker. L'autopsie ne fit découvrir aucune fongosité dans l'utérus.

M. Follin croit à l'existence de ces fongosités utérines et aux accidents qu'elles produisent. Il fait remarquer que dans certains cas la quantité de fongosités extraites dépasse de beaucoup ce que pourrait fournir le simple râclage de la muqueuse utérine, et même de la membrane dont vient de parler M. Lenoir. Deux fois il a pratiqué cette opération : récemment, à l'Hôtel-Dieu, chez une femme atteinte d'hémorrhagies continues, quoique faibles. Le résultat immédiat a été très satisfaisant ; mais la malade, sortie au bout de quelques jours de l'hôpital dans un très bon état, n'a point été revue. Dans l'autre cas, il s'agissait d'une femme opérée une première fois par Récamier pour des hémorrhagies de la même nature. Cette femme resta deux ans guérie. Quelques hémorrhagies étant revenues à cette époque, cette malade, après la mort de Récamier, vint de nouveau réclamer l'emploi de la curette. L'utérus fut curé avec soin et sans accident. Deux cuillerées de fongosités environ furent extraites, et depuis deux ans et demi la malade est très bien guérie.

M. Hervez de Chégoin rappelle le fait d'une jeune fille de quatorze ans qui souffrait de pertes sanguines. La matrice était grosse et abaissée. On eut recours au tamponnement. Cette malade rendait de petites tumeurs polypiformes, comme des grains de framboise.

M. Richet s'élève contre l'explication proposée par M. Lenoir. Il y a des fongosités isolées qui ne sont point comparables aux productions membraneuses ; elles apparaissent, en général, sur le lieu de l'implantation placentaire.

M. Forget fait d'abord remarquer que le mot fongosités a pu tromper les chirurgiens. Ces lésions ont sans doute été déjà connues et décrites sous d'autres noms. Il rapporte ensuite plusieurs faits. Une femme de vingt-cinq ans succombe, en 1838, dans le service de Lisfranc, à un hémorrhagie utérine que le tamponnement n'avait pu arrêter. A l'autopsie, on put compter quinze à vingt franges développées sur toute la zone supérieure de l'utérus. L'isolement et l'élévation de ces franges les firent appeler polypes celluloso-vasculaires. L'utérus n'était point ramolli, mais plutôt épaissi. Dans un second fait, M. Forget remarqua une véritable disposition érectile de la face interne du col et de la cavité utérine.

Le secrétaire de la Société : E. Follin.

Le Souad.
Paris. — Typographie de Plon frères, rue Garancière, 8.

Nº 16. — JEUDI 8 FÉVRIER 1855. (28e ANNÉE.) Nº 16. — JEUDI 8 FÉVRIER 1855.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr.
Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur l'Académie de médecine. — Rapport à l'Empereur. — HÔTEL-DIEU (M. Trousseau). Paracentèse du péricarde pratiquée avec succès dans un cas d'hydropéricarde compliqué d'un double épanchement pleural. — Des préparations de colchique dans le traitement de la goutte et des rhumatismes goutteux aigus et chroniques. — Cas d'empoisonnement par un vingtième de grain d'opium. — Traitement des plaies par les poudres de sucre et de gomme. — ACADÉMIE DE MÉDECINE, séance du 6 février. — ACADÉMIE DES SCIENCES, fin de la séance du 29 janvier. — Chronique et nouvelles. — Voyage médical en Orient.

PARIS, LE 7 FÉVRIER 1855.

Séance de l'Académie de Médecine.

Une communication de M. Jules Cloquet, un rapport de M. Gérardin et une lecture de M. Caffe ont fait tous les frais de la séance. Nous regrettons, faute d'avoir pu l'examiner de près, de ne pouvoir donner une description plus précise de l'instrument présenté par M. Cloquet, et qui paraît lui avoir déjà rendu service dans un cas d'obstruction de l'œsophage par un corps étranger. Ce que nous en avons saisi à l'audition nous porte à penser que cet instrument sera appelé en pareil cas à rendre les mêmes services.

Le rapport de M. Gérardin avait pour objet un très long et très remarquable mémoire de M. Dutroulau sur l'hépatite aiguë des pays chauds. M. Dutroulau, qu'un long séjour à la Martinique, comme médecin en chef de la marine, a mis à même d'observer sur une grande échelle cette affection presque inconnue dans nos climats, en a tracé une monographie des plus complètes et des plus instructives. En résumant le rapport de M. Gérardin dans notre compte rendu de la séance, nous avons tâché de faire ressortir quelques-uns des principaux résultats consignés dans cet important travail.

Enfin, M. Caffe a communiqué, à la fin de la séance, une intéressante observation de tumeur abdominale, dont le sujet est un jeune médecin portugais. L'étendue de cette observation ne nous permettant pas de l'insérer aujourd'hui, nous la publierons prochainement. — Dr Brochin.

RAPPORT A L'EMPEREUR.

Paris, le 29 janvier 1855.

Sire,

L'épidémie qui vient de sévir sur la France en même temps que sur la plupart des contrées de l'Europe a douloureusement ému le cœur de Votre Majesté : je suis heureux de lui annoncer qu'elle a cessé complètement sur presque tous les points du pays.

Le gouvernement, inspiré par les intentions généreuses de Votre Majesté, s'est empressé de prendre, avant et pendant le choléra, toutes les mesures propres à en prévenir autant que possible l'invasion, à en arrêter le développement et à diminuer les souffrances des populations soumises à ses atteintes.

L'allocation de secours en argent pour venir en aide aux classes pauvres, la distribution d'instructions précises adoptées sur l'avis éclairé du comité supérieur d'hygiène publique, l'envoi de médecins et de sœurs de charité partout où leur assistance était réclamée pour donner des soins aux malades, enfin la création d'une inspection générale des services sanitaires, confiée à un médecin distingué qui s'est rendu immédiatement dans les parties de l'Empire les plus gravement attaquées : tel est, Sire, le résumé de ces mesures qui, résolues et appliquées avec toute l'activité nécessaire en pareille circonstance, ont produit, au moyen du concours actif et dévoué des autorités locales, d'excellents résultats et inspiré aux populations un juste sentiment de reconnaissance.

Votre Majesté a voulu que des récompenses fussent distribuées en son nom aux personnes qui se seraient particulièrement distinguées à l'occasion de l'épidémie.

Une information générale a eu lieu par les soins des préfets, et, d'après ses résultats, je viens aujourd'hui mettre sous les yeux de l'Empereur les noms des médecins qui ont acquis par des services remarquables des titres à la décoration de la Légion d'honneur.

Des médailles commémoratives d'or, d'argent ou de bronze, ou des témoignages écrits de satisfaction seront en outre décernés aux personnes jugées dignes par leur conduite de recevoir l'une ou l'autre de ces récompenses.

Je suis avec le plus profond respect,

Sire,

De Votre Majesté

Le très humble, très obéissant serviteur et très fidèle sujet,

Le ministre secrétaire d'Etat au département de l'agriculture, du commerce et des travaux publics,

P. MAGNE.

A la suite de ce rapport, le *Moniteur* contient un décret qui nomme

Au grade d'officier :

M. le docteur Guérard, médecin de l'Hôtel-Dieu.

Au grade de chevalier :

MM. Roubaud, docteur en médecine à Gap (Hautes-Alpes);
Brion, docteur en médecine à Buzancy (Ardennes),
Lafontaine, docteur en médecine à Foix (Ariége);
Bellemanière, docteur en médecine à Carcassonne (Aude);
Rols, docteur en médecine, juge de paix à Belmont (Aveyron); membre du conseil général;
Noirot, docteur en médecine à Dijon (Côte-d'Or);
Chabanon, docteur en médecine à Uzès (Gard);
Godin-Bourdillon, docteur en médecine à Châteauroux (Indre);
Vial, docteur en médecine à Saint-Etienne (Loire);
Foucauld, docteur des épidémies à Epernay (Marne);
Confevron, docteur en médecine à Langres (Haute-Marne);
Robert-Abel, docteur en médecine à Chaumont (Haute-Marne);
MM. Chevalier (Jean), docteur en médecine à Bar-le-Duc (Meuse);
Colson, docteur en médecine à Commercy (Meuse);
Nève, docteur en médecine à Bar-le-Duc (Meuse);
Spiral, docteur en médecine à Montmédy (Meuse);
Leroy (Amédée), docteur en médecine à Béthune (Pas-de-Calais);
De Boret, docteur en médecine à Jussey (Haute-Saône);
Gevrey, docteur en médecine à Vesoul (Haute-Saône);
Prieur, docteur en médecine à Vesoul (Haute-Saône);
Simonin, docteur en médecine à Vesoul (Haute-Saône);
Destrem, docteur en médecine à Paris;
Homolle, docteur en médecine à Paris;
Moissenet, docteur en médecine à Paris;
Moreau, docteur en médecine à Paris;
Niobey, docteur en médecine à Paris;
Hérard, docteur en médecine à Paris;
Goupil, docteur en médecine à Nemours (Seine-et-Marne);
Bucquoy, docteur en médecine à Péronne (Somme);
Bouyer, docteur en médecine à Draguignan (Var);
Calvy, docteur en médecine à Toulon (Var);
Bernard, docteur en médecine à Apt (Vaucluse);
Deloulme, docteur en médecine à Avignon (Vaucluse)

Par arrêté en date du 1er de ce mois, le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics a décerné au nom de l'Empereur, et en récompense de leurs services pendant la dernière épidémie de choléra, des médailles d'or aux personnes dont les noms suivent :

SEINE. — MM. les docteurs Arnoux, Avignon (de Morlac), Brunet, Bergeron, Delmas, Domerc, Duparcque, Durrieux, Duvivier, Foucart, Garde, Gendrin, Houel, Hullin, Junot, Leconte, Legendre, Léger, Leroy, Lesaunier, Maubée, Perussel, Piétra-Santa, Pitet, Rotureau, Schlésinger, Thibault.

MM. Danet, Fiévet, élèves en médecine.

MM. Decagny, avocat; Despeux, vice-président de la commission d'hygiène; Feraudy (le comte); Vée, inspecteur général de l'administration générale de l'assistance publique.

(Nous publierons dans notre prochain numéro les nominations faites dans les autres départements.)

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

Paracentèse du péricarde pratiquée avec succès dans un cas d'hydropéricarde compliqué d'un double épanchement pleural.

Bien que l'idée de la ponction du péricarde remonte probablement à une époque éloignée, on ne possède cependant qu'un très petit nombre d'exemples de paracentèses du péricarde bien authentiques. La plupart des cas rapportés comme tels par les auteurs se résument presque tous en autant d'exemples d'erreur de diagnostic. Ce n'est qu'à dater du remarquable travail de M. Schuh, médecin

VOYAGE MÉDICAL EN ORIENT.

II.

A peine avons-nous débouché de la rade du Pirée que les grands souvenirs recommencent pour nous. C'est d'abord le golfe de Salamine, où se livra l'une des batailles les plus mémorables de l'antiquité. Au fond du golfe, Eleusis, la ville des mystères de Cérès, séparée du littoral par une plage sablonneuse couverte de vignes et de mandragores. Nous côtoyons ensuite à petite distance Andros, Egine, Eubée, Délos, Myconi, Chio, Erytrée, Métélin, qui n'offrent à nos regards que des rivages stériles et abandonnés.

Nous atteignîmes bientôt Ténédos, petite ville moitié grecque, moitié turque, qui semble se cacher dans une des anfractuosités de la côte. En face de Ténédos, s'étend au loin la plaine de Troie, immense désert que ne peuplent plus aujourd'hui que quelques oliviers épars et rabougris. Puis vient la fameuse colline couronnée des trois tumulus qu'on dit être les tombeaux d'Achille, de Patrocle et d'Ajax.

Depuis Athènes jusqu'aux châteaux des Dardanelles, deux misérables bicoques sans canons, nous avons subi une suite continuelle de désenchantements. Il faut que toutes les îles de l'Archipel que nous venons de ranger aient bien dégénéré d'aspect depuis les temps homériques, ou que les poëtes qui en ont vanté les délices aient été emportés au delà du vrai par l'impétuosité de leur imagination.

La mer, désormais resserrée entre les côtes d'Asie et celles d'Europe, est d'un calme parfait et ne fatigue plus aucun de nos passagers; aussi tout le monde se trouve-t-il sur le pont au moment où nous abordons à Gallipoli. Nous avons quelques heures seulement de relâche pour visiter la ville, qui venait d'être le théâtre des premiers ravages exercés par le choléra sur notre brave armée d'Orient.

Ce souvenir rembrunit encore pour nous la teinte naturellement sombre et lugubre sous laquelle se présente Gallipoli. La forme, la structure misérable des maisons, dont la plupart ne sont que des masures délabrées, l'étroitesse, la malpropreté des rues choquent désagréablement l'œil du voyageur habitué à l'élégance des habitations et des cités de l'Europe occidentale. Nous nous éloignons en hâte d'un séjour qui ne nous retient par aucun objet digne de notre curiosité ou de notre admiration.

Nous reprenons donc la mer avec d'autant plus de plaisir que nous savons que le lendemain nous mouillerons dans les eaux du Bosphore. Effectivement, le 15, à cinq heures du matin, nous doublons la pointe du Sérail, et quelques minutes après nous jetons l'ancre dans le port de Top-Hané, à l'entrée de la Corne-d'Or.

Nous voilà enfin devant Constantinople; la ville, déployée en ondulations multiples sur un immense amphithéâtre, est éclairée en ce moment par un ciel radieux, un véritable ciel d'Orient. Les dômes des mosquées, avec leurs minarets aériens, se dessinant à l'horizon; en face de nous, le vieux sérail avec ses jardins et ses nombreux kiosques, le palais impérial de Bechictach, dont le marbre blanc reflète avec éclat les rayons du soleil, qui se lève derrière l'île des Princes, nous offrent un des plus magnifiques tableaux de la pompe orientale.

On raconte qu'un Anglais est venu onze années de suite en rade de Top-Hané pour admirer Constantinople, sans vouloir jamais entrer dans la ville. C'est là, en effet, qu'il faut s'arrêter si l'on ne veut perdre toutes les illusions que fait naître la perspective du plus beau panorama imaginable.

Selon moi, Constantinople a été beaucoup trop vantée. Je ne veux pas dire que son ensemble ne présente aux regards un aspect grandiose. Il n'y a pas deux ports au monde comme le sien. La Corne-d'Or, avec sa forêt de mâtures, est d'un effet unique. Mais tout cela est bien plus remarquable que la ville elle-même. Toute la splendeur qui vous cause tant d'enthousiasme n'est que dans le passage. Et puis, quels sont les souvenirs qui se rattachent à Constantinople? Des disputes de moines, des révoltes de janissaires, des malheurs sans fin pour ses princes. L'empire romain y a vu sa décadence, la civilisation son dépérissement; elle ne vous rappelle que de grandes choses dégénérées, cette métropole du *Bas-Empire*.

A huit heures du matin nous quittâmes le *Thabor;* des caïques nous déposent à terre. Nous entrons dans la ville par le faubourg de Galata. Nous tombons là au milieu d'un mouvement, d'une animation sans exemple. Il nous faut marcher avec la plus grande circonspection pour ne point disparaître dans des bourbiers fétides, ou pour éviter le choc des fardeaux confiés aux robustes épaules de portefaix qui remplacent les bêtes de somme dans les rues étroites, glissantes, mal pavées et impraticables pour les voitures. Des hommes de toutes les races, de toutes les langues, vêtus de costumes de tout genre se coudoient dans ce pêle-mêle si animé.

Ce quartier semble être le rendez-vous de tous les peuples de la terre; il est le centre principal des affaires commerciales à Constantinople.

Galata, baigné par la mer, est le réceptacle sans issues de toutes les immondices qui descendent des hauteurs de Péra. Des masses de détritus et de déjections de toutes sortes encombrent la voie publique sans que personne songe à creuser des rigoles ou des égouts pour éconduire ces boues infectes.

Si, en parcourant les rues de Galata ou bien celles des bas quartiers de Stamboul, on plonge le regard dans ces ignobles maisons où rien n'annonce un peuple qui ait du cœur et de la vie, on y découvre, dans l'attitude de la nonchalance et du désœuvrement, des êtres étiolés, bouffis, scrofuleux, chez lesquels on ne reconnaît plus guère les fils des vieux Osmanlis.

A Péra, au Fanar, à Stamboul supérieur, la race turque se présente sous un plus bel aspect, parce qu'elle se compose d'individus qui vivent dans des conditions meilleures d'aisance et de salubrité.

Chez tous les Orientaux, un long vêtement voile le corps plutôt qu'il

de l'hôpital de Vienne, relatif à l'influence de la percussion et de l'auscultation sur la pratique chirurgicale, que la paracentèse du péricarde a été sérieusement remise à l'étude. Plusieurs opérations ont été pratiquées depuis à l'hôpital de Vienne, et si elles n'ont pas eu tout le succès qu'on pouvait en attendre, cela a tenu, pour quelques-unes au moins, à des circonstances indépendantes de l'opération en elle-même, et il en est ressorti du moins que la ponction, lorsqu'elle est pratiquée avec les précautions convenables, ne détermine point d'accident immédiat. Nous avons reproduit enfin l'année dernière une observation communiquée à la Société médicale des hôpitaux par M. Béhier, et dont l'issue funeste n'a été due qu'à une pneumonie intercurrente, la ponction du péricarde ayant été suivie d'un soulagement qui a persisté pendant vingt-trois jours.

Encouragés par ces exemples, MM. Trousseau et Lasègue ont eu il y a quelque temps l'occasion de recourir à la paracentèse du péricarde chez un malade atteint d'un double épanchement, et dans des circonstances où la vie était immédiatement menacée. L'opération a été pratiquée sur leur demande par M. Jobert. Voici les principaux détails de cette intéressante observation, que nous empruntons aux *Archives générales de médecine*, n° de novembre 1854, où elle a été rapportée dans les plus grands détails.

Un jeune homme de seize ans entre le 2 février 1854 dans le service de la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. C'est un garçon pâle, débile, qui déclare n'avoir jamais été atteint de graves maladies. On constate à son entrée une dyspnée intense; le pouls est fréquent (130 pulsations, un peu de toux, angoisse, matité considérable à la région du cœur, remontant en haut jusqu'au niveau de la deuxième côte, s'étendant depuis le bord droit du sternum jusque très avant du côté gauche de la poitrine, sans qu'il soit possible de la limiter exactement en ce sens. Le côté gauche de la poitrine est en arrière moins sonore que le droit; les battements du cœur sont éloignés et lointains. Le malade n'a pas de syncope complète, mais il se sent à chaque instant sous le coup d'une défaillance imminente. — Vésicatoire, infusion de digitale.

Dans le courant du mois de février, le pouls reste toujours fréquent, les battements du cœur s'entendent mieux par intervalles, et redeviennent indistincts dans d'autres moments. La matité de la région précordiale occupe presque invariablement une étendue de 17 centimètres en hauteur et 18 en largeur; pendant deux jours seulement elle semble diminuer (du 18 au 20). Durant ce laps de temps, on perçoit un bruit de frottement cardiaque, sensible surtout à la base du cœur. La voussure de la région précordiale est de plus en plus marquée du côté gauche de la poitrine; les signes de l'épanchement pleural deviennent de plus en plus manifestes. Égophonie en arrière, au-dessous du scapulum, bruit de souffle.

Le 17 mars, la voussure s'est accrue; il est survenu une diarrhée abondante. Le malade s'affaiblit, s'amaigrit; il ne peut se déplacer dans son lit, et le moindre mouvement provoque une syncope. La face est d'une pâleur livide, l'oppression est portée au dernier degré, la respiration est courte, suspirieuse. La percussion de la région précordiale, et même la simple application de la main causent de la douleur et de l'angoisse. Le pouls est petit, misérable (120 pulsations); la matité remonte jusqu'au niveau de la clavicule.

Le 18, les accidents ont acquis plus de gravité, la mort est imminente. On se décide à pratiquer immédiatement la ponction du péricarde. M. Jobert (de Lamballe) fait une incision dans le cinquième espace intercostal, à la distance d'environ 3 centimètres du bord gauche du sternum; cette incision comprend la peau, le tissu cellulaire jusqu'aux muscles intercostaux exclusivement; il plonge alors obliquement de dedans en dehors un trocart muni d'une peau de baudruche, qu'il fait pénétrer lentement, sans secousses et par un mouvement continu; on retire la tige, et il s'écoule par la canule quelques gouttes d'une sérosité brunâtre; la canule, laissée libre dans la plaie, est agitée par les battements du cœur et se soulève à chaque contraction.

Pendant l'opération, le malade, qui l'avait sollicitée, mais qui s'effrayait des préparatifs, est plus pâle; il se plaint; le pouls est très lent, presque imperceptible, mais il ne tarde pas à reprendre sa force et sa fréquence habituelles; il n'y a d'ailleurs ni malaise, ni oppression exagérée, ni syncope.

Le liquide coule d'abord assez facilement, quoique sans être projeté en jet; on en recueille environ 60 grammes; l'écoulement devient plus lent; on fixe la canule dans la plaie. Sans solliciter l'évacuation par aucune manœuvre, la sérosité continue à s'échapper en bavant. L'opération avait été faite à neuf heures du matin; à neuf heures et demie, le malade déclarait ne ressentir ni soulagement ni oppression plus incommode; à dix heures et demie, on retire la canule; il s'était écoulé environ 400 grammes de liquide; vers midi le malade se sent un peu mieux. A la visite du soir, le soulagement est considérable; la respiration se fait avec calme, le pouls est plein (134 pulsations); la matité remonte seulement jusqu'à quatre travers de doigt au-dessous de la clavicule; elle ne dépasse que de 2 centimètres le milieu du sternum à droite; à gauche, elle s'étend jusqu'à une ligne verticale qui descendrait du bord antérieur de l'aisselle; les battements du cœur sont beaucoup plus distincts; la pointe du cœur s'est sensiblement relevée.

Le 20, amélioration soutenue; sonorité exagérée, presque tympanique, au sommet; en avant et à gauche, murmure respiratoire perceptible depuis la clavicule jusqu'à la quatrième côte, où commence la matité; bruits du cœur de plus en plus distincts; en arrière et à gauche, matité, souffle, égophonie; un peu de toux, presque pas d'oppression, peu de fièvre.

Le 22 l'épanchement pleurétique fait des progrès; le cœur est refoulé à droite; ampliation considérable du côté gauche; le malade ne se couche que sur le côté droit et se plaint d'un point de côté très douloureux.

Jusqu'à la fin du mois l'épanchement pleurétique va croissant; la fièvre augmente; toux plus fréquente, expectoration de crachats blancs épais; quelques râles muqueux au sommet à gauche; oppression plus prononcée, mais cependant beaucoup moindre qu'elle n'était avant la ponction; diarrhée qu'on modère par des préparations de nitrate d'argent.

Le 30, en présence d'une hydropisie qui occupe toute la plèvre gauche chez un malade déjà épuisé par la maladie, MM. Trousseau et Lasègue n'hésitent pas à pratiquer la thoracentèse.

Une première ponction faite dans l'espace intercostal, au niveau de l'aisselle, ne donne pas issue à une seule goutte de liquide; le trocart a été arrêté par une fausse membrane très résistante. Une seconde ponction, pratiquée immédiatement plus en arrière et plus bas, permet d'évacuer environ 500 grammes de liquide; l'opération n'est suivie d'aucun phénomène particulier et n'occasionne pas d'accidents.

Le 2 avril, on entend dans la portion inférieure du poumon gauche quelques râles sous-crépitants; pas de souffle, pas d'égophonie, persistance de la diarrhée, insomnie, pas de gêne appréciable de la respiration.

Depuis les premiers jours d'avril jusqu'au 28 mai, jour de la sortie de l'hôpital, l'épanchement pleurétique et celui du péricarde ne se reproduisent pas; les battements du cœur sont sensibles à la main; les bruits s'entendent sans mélange de souffle et sans frottement; la matité reste toujours un peu plus étendue qu'à l'état normal; la voussure s'est complétement effacée; la respiration est assez libre; le malade ne se plaint pas de dyspnée; il s'assied dans son lit, joue, a de l'appétit et se déclare très heureux de sa nouvelle position.

Cependant, l'état général est loin d'être satisfaisant; la toux devient plus fréquente, la fièvre reparaît, surtout vers le soir; la diarrhée est modérée, mais n'est pas vaincue; les forces ne reviennent pas, malgré l'usage de médications toniques et d'un régime fortifiant.

Le malade s'ennuyant à l'hôpital réclame sa sortie. Les signes de tuberculisation, qui depuis un mois étaient devenus plus évidents, ne laissent aucun doute au moment de son départ. L'enfant présente alors les symptômes suivants : Au sommet du poumon gauche, en avant, matité, râles sibilants, gargouillements dans les fortes inspirations; pas de souffle en arrière, râles sous-crépitants au sommet, râles muqueux dans les parties inférieures du poumon; à droite, respiration puérile en avant; en arrière, expiration soufflante, retentissement de la voix, râles secs et sonores, battements du cœur forts et distincts (160 pulsations); quintes de toux répétées sans expectorations spécifiques; dyspnée, diarrhée persistante, amaigrissement, déformation hippocratique des doigts.

Le malade, malgré son état de faiblesse, peut être transporté en voiture dans le département d'Eure-et-Loir, où habite sa famille. Depuis lors nous n'avons reçu de ses nouvelles que pendant la première quinzaine de juin; il était dans le même état qu'à l'hôpital. On ignore ce qu'il est devenu depuis.

De la relation de ce fait joint aux observations précitées, MM. Trousseau et Lassègue n'hésitent pas à conclure qu'au point de vue de l'opération et de ses dangers présumés, il est démontré maintenant que la paracentèse du péricarde n'entraîne aucun de ces périls imaginaires devant lesquels les expérimentateurs ont reculé si longtemps. Voici en quels termes ils formulent les indications de l'opération et le procédé opératoire à suivre :

La ponction doit être pratiquée au point d'élection indiqué et choisi par les auteurs, entre la quatrième et la cinquième côte; la perforation du sternum est au moins inutile. L'opération peut être faite soit par ponction directe, soit par incision, soit par le procédé mixte d'une incision préalable des couches superficielles et d'une ponction avec le trocart, qui traverse les parties sous-jacentes. La canule une fois introduite dans le péricarde, l'écoulement du liquide a lieu graduellement. Il est sans profit d'essayer des diverses manœuvres qu'on a conseillées pour en hâter l'évacuation. La meilleure méthode consiste à laisser la canule à demeure jusqu'à ce que l'écoulement s'arrête de lui-même, à refermer ensuite la plaie avec un morceau de diachylon maintenu par un bandage de corps. La plaie ne réclame aucun traitement; elle est à peine douloureuse, ne donne pas lieu à une trop vive réaction inflammatoire, et n'a, dans aucun cas, entraîné de suppuration, même très limitée.

Les instruments usités pour la thoracentèse conviennent mieux que tous les autres. L'usage des pompes aspirantes n'est d'aucun secours, et complique d'une manière fâcheuse l'appareil opératoire. Toutefois, et bien que la soupape en baudruche, telle qu'on l'emploie dans la thoracentèse, paraisse ici d'une utilité contestable, il n'y a non plus aucun inconvénient à en munir l'extrémité libre de la canule.

Quant à la valeur thérapeutique de l'opération, MM. Trousseau et Lassègue ne la considèrent que comme un moyen de conjurer seulement un symptôme grave; elle n'est indiquée que dans les cas où l'abondance de l'épanchement devient une menace pour la vie.

DES PRÉPARATIONS DE COLCHIQUE

dans le traitement de la goutte et des rhumatismes goutteux aigus et chroniques.

Par M. le docteur S. Moreau.

Goutte, rhumatisme goutteux, on sait combien peu de ressources possède la thérapeutique contre ces affections douloureuses, pénibles plutôt que réellement dangereuses. Il est cependant dans la matière médicale une substance qui a rendu de véritables services dans les affections de cette espèce, dont l'emploi mériterait sans aucun doute d'être plus généralisé. Nous voulons parler du colchique d'automne, dont les propriétés toxiques, bien connues des anciens, n'ont cependant été utilisées que par la médecine moderne.

Sans vouloir faire ici l'historique bien connu de l'emploi thérapeutique du colchique d'automne, nous rappellerons seulement que ce fut un médecin anglais, Storck, qui paraît avoir le premier, en 1763, publié un travail sur cette plante, dont il avait fait l'objet de nombreuses expériences, et qu'il administrait dans les hydropisies comme un puissant succédané de la scille.

---

ne l'habille. Le costume a peu varié depuis les temps bibliques, et cela parce que les habitants des pays chauds, comme ceux des pays froids, n'ont point de motifs pour changer la forme et la nature de leurs vêtements. L'intensité et la permanence de la température leur font, au contraire, un devoir de la stabilité sur ce point.

C'est donc à tort que l'on attribue à la foi religieuse la résistance que nos idées de réforme et de progrès éprouvent à pénétrer et à se faire accueillir dans l'empire ottoman. Le Turc est par mollesse et par nonchalance antipathique à toute innovation. Il aime ses habitudes, parce qu'il s'en trouve bien, et, du moment qu'elles lui conviennent, il y tient presque autant qu'à la vie.

Ce n'est pas chez les nations musulmanes seulement qu'on trouve un tel attachement aux usages héréditaires : ne sait-on pas, en effet, que Pierre-le-Grand faillit être massacré par les Moscovites pour avoir décrété la suppression de leurs longues barbes? A Sybaris on craignait à tel point les innovations et les orages qu'elles produisent que, suivant une vieille coutume, tout homme qui voulait proposer une loi nouvelle devait se présenter la corde au cou, et si la loi n'était point jugée assez utile ou nécessaire pour qu'on l'adoptât, il était pendu.

Le sultan lui-même s'est créé chez lui des haines implacables pour avoir donné à ses troupes un autre costume que le costume national. Il est vrai de dire que le soldat turc fait une triste mine dans son accoutrement européen : il semble aussi gêné dans son uniforme que l'est chez nous un conscrit habillé de la veille.

L'immense majorité des Turcs est restée fidèle au *geidjélik* (pelisse en drap) et au turban traditionnels, qu'elle ne quitte même pas pour l'été, et elle a raison. Un semblable costume est moins incommode et plus hygiénique qu'on ne le supposerait de prime abord.

En effet, les Turcs, n'étant ni industriels ni agriculteurs, ont tout le loisir de s'abandonner au repos dès que la chaleur atmosphérique leur en fait sentir le besoin; en cet état de moelleux tissus de laine sont supportés sans aucune gêne, et de plus ils constituent une armure précieuse contre l'action des vents froids qui vous surprennent et vous glacent au beau milieu d'une journée torride.

Rien de plus commun à Constantinople que ces brusques changements de température : des ophthalmies, des bronchites catarrhales, d'atroces douleurs rhumatismales sont les suites inévitables des infractions commises aux habitudes cosmétologiques du pays. Aussi les étrangers inexpérimentés, de même que ceux des Turcs qui se sont passé la fantaisie des modes européennes, sont-ils particulièrement exposés à ces diverses infirmités.

Je demandais un jour à un vieux musulman de Stamboul pourquoi tous ses fils n'avaient point, à l'exemple de l'aîné, quitté le turban et la pelisse pour le fez et la tunique. « Parce que, me répondit-il, ce qui est nuisible à l'abeille ne peut être utile à l'essaim. »

Les jeunes Turcs font de continuels efforts pour sortir de l'immobilisme qui pèse depuis tant de siècles sur leur nation. Mais tous ces gens-là mettent leur ambition à piaffer : ils n'avancent pas.

On a conservé en France des idées bien singulières et bien fausses sur le caractère des Turcs; nous voyons toujours en eux une race de géants, fière, cruelle, belliqueuse, frappant de son cimeterre quiconque ne s'humilie pas devant son orgueil. Le Turc actuel n'est rien de tout cela; c'est en général un homme de belle stature, il est vrai, mais sans vigueur et sans agilité; ses allures sont calmes et pacifiques, sa physionomie est grave et douce tout à la fois, son regard mélancolique et rêveur; néanmoins ses lèvres trouvent facilement un sourire. Il est silencieux comme un peuple sans ambition, sans préoccupation de l'avenir; rien ne l'émeut, rien ne l'étonne : on dirait qu'il a été engendré dans un moment de narcotisme.

Le Grec vous donne des hypothèques, sa signature, tout ce que vous lui demandez, mais au bout du compte il trouve moyen de chicaner et de vous tromper s'il le peut. Les Turcs, surtout ceux de la classe moyenne, sont au contraire des modèles de probité; leur parole est sacrée, elle vaut un contrat. La mauvaise foi des trafiquants européens a été pour les Turcs un fâcheux exemple; mais il est juste de dire qu'entre eux ils sont restés d'une loyauté irréprochable. Tout acte de félonie commerciale est sévèrement châtié. La procédure n'est pas longue, et l'exécution suit toujours de près la sentence. Tandis que nous prononçons timidement des amendes illusoires contre le marchand qui a trompé son client sur le poids et la qualité des objets vendus, la police en Turquie a des procédés bien faits pour ramener le fraudeur dans la voie de l'honnêteté. De temps à autre un caïmacan (lieutenant de justice) parcourt les marchés et les bazars suivi de gens qui portent les poids et les mesures légales. Si quelque marchand est surpris à frauder sur le poids, on saisit le délinquant, on lui barbouille la figure de noir, on lui coupe la barbe d'un côté, on lui ôte son turban, qu'on remplace par un bonnet de paille chargé de sonnettes; ses épaules sont couvertes de tripes sales et puantes, on le fait monter sur un âne, on le promène par la ville, suivi de la canaille qui l'accable de boue et d'injures; après quoi le coupable reçoit la bastonnade. Il est tenu de payer à ceux qui le frappent sur les fesses autant de piastres qu'il a reçu de coups. L'exécution achevée et l'amende payée, la victime se relève, baise les mains du caïmacan, qui lui fait une remontrance et passe outre.

Les boulangeries surtout sont fréquemment visitées par la police. Il fut un temps où, le pain étant reconnu d'un faux poids, on faisait chauffer le four et on jetait le boulanger dedans.

Il y a des musulmans fanatiques d'équité qui regrettent de bonne foi que cette sévérité barbare soit tombée en désuétude, parce que, disent-ils, les exécutions plus douces n'empêchent pas les hommes de mal faire.

Nous le voyons bien chez nous.

Constantinople avec ses faubourg renferme environ huit cent mille habitants. Cette population se compose de musulmans, de Grecs, d'Arméniens, de juifs, de Francs, d'Arnautes, d'Albanais et de Circassiens. Tout cela vit à peu près en paix, en exploitant des industries différen-

Il y a une quarantaine d'années, on parla beaucoup en Angleterre d'une composition aujourd'hui ignorée, l'eau médicinale de Hudson, dont le colchique était la base, et qui semblait faire merveille dans le traitement de la goutte et du rhumatisme.

Enfin Henry William, en 1820, l'étudia d'une manière toute spéciale contre les rhumatismes articulaire et musculaire. Les effets qu'il en retira furent rapides, *merveilleux*, pour nous servir de son expression, et chez aucun malade le médicament ne détermina le moindre symptôme d'irritation de l'estomac et des intestins. (*Practical observations on the colchic. autumn.* London, 1820.)

Depuis cette époque, nombre de praticiens ont répété avec des succès divers les expériences de Storck et de William, et le colchique a définitivement pris place dans le cadre des médicaments énergiques et utiles.

Cependant il est des circonstances où les résultats n'ont pas été aussi complets que l'on était en droit de l'attendre de cette précieuse substance. A quoi devait-on attribuer ces variations? Tenaient-elles aux préparations, qui n'étaient pas les mêmes dans toutes les pharmacies, ou bien à la récolte des bulbes de colchique faite à des époques où les éléments de ce végétal n'étaient pas dans leurs conditions de virtualité? Cette dernière supposition était plus probable, car il est des époques où les racines, les fleurs, les feuilles de colchique ne jouissent pas des propriétés que la nature leur a dévolues.

Ces difficultés méritaient d'être sérieusement étudiées, et elles l'ont été avec un soin tout particulier par un médecin laborieux et expérimenté, M. d'Anduran (de la Rochelle).

Après avoir fait de nombreuses recherches sur les diverses préparations que doivent subir, non plus les semences, mais les *bulbes* du colchique d'automne, sur le moment le plus favorable à leur récolte, sur les précautions à observer quant à leur choix, M. d'Anduran est parvenu à formuler un vin à base de colchique, dont les propriétés sont toujours identiques. Ce vin, suivant l'auteur, jouit d'une efficacité si incontestable dans le traitement des maladies qui font le sujet de cette note, qu'il ne craint pas d'affirmer que son action est aussi sûre que celle du sulfate de quinine dans les fièvres intermittentes.

Aux propriétés diurétiques, sudorifiques et antispasmodiques qu'on lui connaît, et auxquelles viennent s'ajouter celles non moins puissantes et souvent analogues de la digitale, le colchique joint une *action spécifique* non douteuse qu'il était nécessaire de démontrer pour l'appliquer à la thérapeutique d'affections qui reconnaissent pour cause principale un principe *spécifique* aussi aujourd'hui admis par tous les médecins.

Le travail que nous avons sous les yeux, et dans lequel sont rapportées de nombreuses observations dues à plusieurs médecins honorables des départements, nous a paru assez intéressant pour mériter d'être signalé à l'attention des praticiens, dont les affections rhumatismales et goutteuses font si souvent le désespoir.

CAS D'EMPOISONNEMENT PAR UN VINGTIÈME DE GRAIN D'OPIUM.

Par M. Ed. Smidt.

Il existe peu de cas authentiques dans les ouvrages de médecine légale, dit M. Smidt, où la mort a été la suite d'une quantité aussi faible d'opium que celle qui est contenue dans une seule goutte de laudanum; cependant plusieurs de ses confrères lui ont dit avoir vu des cas semblables. Il existe, en effet, des exemples nombreux de graves effets produits par l'administration de doses d'opium variant entre un vingtième et un huitième de grain. Cela doit suffire pour se tenir sur ses gardes lorsqu'on emploie cette substance, en quelque quantité que ce soit, dans les cas où le malade n'est âgé que de quelques jours ou de quelques semaines.

M. Smidt cite à l'appui le cas d'un petit enfant âgé de cinq jours, qui avait crié beaucoup la nuit précédente. Pensant que les intestins n'étaient pas assez débarrassés, M. Smidt dit à la nourrice d'administrer à l'enfant de petites doses d'huile de ricin. La nourrice, qui était Française, s'adressa à un droguiste français, qui lui donna un sirop dont elle fit prendre une cuillerée à café à l'enfant. Au bout d'une heure se manifestèrent les symptômes usuels de l'empoisonnement par l'opium. Les cris cessèrent, les traits pâlirent, la respiration devint laborieuse et irrégulière, et enfin le coma survint. L'emploi de l'ammoniaque, la respiration artificielle, l'application de l'eau froide sur la tête et la figure ni la flagellation ne purent éloigner la mort, qui eut lieu dix-huit heures après l'administration du poison. Il fut reconnu qu'on avait donné du sirop d'opium, et que la dose équivalait, selon la pharmacopée anglaise, à un vingtième de grain d'opium.

(*Ass. méd. Journ.* et *Gaz. méd.*)

TRAITEMENT DES PLAIES

par les poudres de sucre et de gomme.

Par M. Gonzalez Abajo.

En 1852, M. Abajo publia dans *la Union medica* cinq observations de blessures guéries en peu de jours à l'aide d'un mélange de trois parties de sucre avec une partie de gomme arabique pulvérisée dont on saupoudrait les plaies; il proposait de recourir à ce mode de pansement à la suite des opérations, comme dans les plaies accidentelles. Aujourd'hui le même médecin publie une lettre de M. Peyrany (de Turin) qui dit avoir presque toujours retiré des avantages de ce mélange, et donne le résumé de sept cas dans lesquels il y a eu recours. Ces observations sont toutes relatives à des plaies contuses à divers degrés; sur ce nombre, six ont guéri dans un intervalle qui a varié entre cinq et douze jours. Ces résultats n'ont rien de bien extraordinaire; on peut certainement obtenir avec les agglutinatifs ou par l'occlusion avec la baudruche, ainsi qu'on le pratique dans plusieurs hôpitaux de Paris, une guérison aussi rapide. Nous croyons cependant devoir appeler l'attention sur ce mode de pansement, qui présente cet avantage d'être extrêmement simple et de pouvoir être fait à l'aide de substances qu'il est très facile de se procurer. Dans les campagnes, on peut ne pas avoir de baudruche à sa disposition, et la préparation des agglutinatifs est assez longue pour que nous croyions devoir recommander cette méthode, ne serait-ce qu'à titre de pansement provisoire. (*Rev. thérap. du Midi.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 7 février 1855. — Présidence de M. Jobert (de Lamballe).

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Épidémies. — Le ministre du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Dehée, médecin des épidémies pour l'arrondissement d'Arras, sur l'épidémie de choléra qui a régné l'an dernier dans cet arrondissement;

2° Un rapport semblable de MM. les docteurs Calvy, Piffard et Bouyer, médecins des épidémies des arrondissements de Draguignan, Brignoles et Toulon (Var);

3° Un rapport de M. le docteur Colin, médecin des épidémies de l'arrondissement de Mayenne, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné l'an dernier à La Pallu;

4° Un mémoire manuscrit de M. Germain, de Salins (Jura), sur les causes prédisposantes, le traitement et la prophylaxie du choléra qui a régné épidémiquement dans plusieurs communes de l'arrondissement de Poligny.

Eaux minérales. — Le même ministre transmet les rapports de MM. Verdier et Blonquier, médecins inspecteurs des eaux minérales de Cauvalet et de Fonsanche (Gard), sur le service médical de ces établissements pendant les années 1853 et 1854.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Cancroïde de la face. — M. le docteur Louis Chapel, chirurgien en chef de l'hôpital de Saint-Malo, adresse un mémoire intitulé *Du cancroïde de la face et du traitement qu'il convient de lui appliquer.* (Commissaires : MM. Robert, Jobert et Bégin.)

Épilepsie. — M. Herpin (de Genève) adresse un pli cacheté contenant l'indication sommaire d'un progrès nouveau dans le traitement de l'épilepsie.

Traitement de la variole. — M. Gariel adresse une lettre au sujet du mémoire de M. Piorry sur le traitement de la variole, où il est dit que les effets de l'emplâtre de diachylon et ceux de l'emplâtre de Vigo étaient les mêmes, et par conséquent que ce n'est pas le mercure qui agit. M. Gariel rappelle à ce sujet les conclusions qu'il a formulées il y a près de vingt ans, et dans lesquelles il a cherché à établir que les préparations mercurielles, en général, déterminent l'avortement des pustules varioliques, tandis qu'aucune autre substance ne produit cet effet.

Goutte. — M. Borel, de Pontoise (Seine-et-Oise), communique une notice sur la goutte et sur son traitement par une mixture antigoutteuse de son invention.

Dilatateur du col de l'utérus. — M. le docteur Lemenant des Chênais présente à l'Académie un dilatateur du col de l'utérus pour l'accouchement prématuré artificiel.

Cet instrument, fabriqué par M. Charrière fils, a été décrit dans un mémoire qui vient d'être couronné par la Société impériale de médecine de Marseille.

A. Valves.

B. Tige creuse dans laquelle on en glisse une autre articulée en D.

C. Vis qui sert à mouvoir la tige intérieure.

D. Articulation modèle des valves et de la tige intérieure.

E. Échelle de proportion et curseur indiquant le degré d'écartement des valves.

Nota. — La tige peut être recourbée sans nuire au mécanisme de l'instrument.

Choléra. — M. Larrey dépose sur le bureau, au nom de M. Cazalas, médecin principal à l'armée d'Orient, une relation médicale de l'épidémie cholérique dont la 1re division de l'armée d'Orient a été frappée dans la Dobrutscha en juillet et août 1854. (Sur la demande de M. Larrey, ce mémoire est renvoyé à une commission composée de MM. Larrey, Londe et Bousquet.)

LECTURE.

Cathétérisme de l'œsophage. — M. J. Cloquet présente un instrument qu'il a imaginé dans le double but de pratiquer le cathétérisme de l'œsophage et d'extraire les corps étrangers qui y ont été introduits. Cet instrument consiste en une sorte de pince dont les branches, lorsqu'elles sont réunies, représentent une tige dont les courbures sont appropriées à celles de l'œsophage. Les mors sont munis à leur face interne de crochets destinés à saisir et amener au dehors les corps engagés dans ce conduit, et ils se ferment de manière à ne pouvoir jamais blesser les parois de l'organe. M. Cloquet rapporte de vive voix l'histoire d'une malade chez laquelle il a extrait à l'aide de cet instrument un os engagé dans l'œsophage, et il présente à ce sujet quelques considérations pratiques sur le cathétérisme œsophagien, sur les diverses circonstances qui en nécessitent l'emploi et sur les dispositions anatomiques qui doivent diriger le chirurgien dans cette opération.

RAPPORT.

Hépatite des pays chauds. — M. Gérardin lit un rapport sur un mémoire de M. Dutroulau, médecin en chef de la marine à Saint-Pierre (Martinique), sur l'hépatite des pays chauds et les abcès du foie.

---

ce. Les musulmans, les juifs et les Francs s'adonnent presque tous au trafic; les Grecs et les Arméniens vivent de la banque, ou plutôt de l'usure; les Arnautes et les Albanais servent en qualité de domestiques, de jardiniers, de laboureurs ou de bergers; les Circassiens font le commerce de la laine, de la pelleterie et des femmes. Ces derniers, véritables types du montagnard, ne sortent jamais, même dans les rues, sans être armés : leur attitude martiale et un peu sauvage répond bien à l'idée que l'on se fait chez nous de ces redoutables défenseurs de leur indépendance.

Avant de quitter Paris, j'avais lu plusieurs études fort intéressantes sur ces belliqueuses tribus du Caucase; je ne me lassais pas d'admirer l'audace, la prudence et la bravoure de leur indomptable chef. Schamyl tenant tête depuis vingt-cinq ans à la plus grande puissance de l'Europe était devenu mon idole. En arrivant à Constantinople, je m'informe de mon héros.....

Hélas! j'apprends que Schamyl n'existe pas, que Schamyl est un mythe!

Puisque j'ai parlé des Turcs, je ne dois point oublier leurs femmes.

Il y a trois choses qu'un musulman ne peut faire sans se déshonorer : travailler à la terre, sortir en public avec sa famille, manger avec sa femme. Quelque petite que soit la maison, elle est partagée en deux compartiments distincts; il y a toujours un côté pour les hommes et un côté pour les dames. Celles-ci sont cachées aux regards du public et des voisins au moyen de grillages serrés et ajustés à toutes les fenêtres de leur appartement.

L'une des choses qui étonne et offense le plus l'Européen qui arrive à Constantinople, c'est la vue de ces fantômes blancs dont le visage voilé d'une gaze légère ne se découvre jamais pour lui. Dans les rues, dans les bazars surtout, ces fantômes appelés des femmes vont, viennent, compassés, silencieux, tantôt isolés, tantôt par groupes, fatiguant le regard de la monotonie de leurs mouvements et de l'uniformité de leur costume.

Ce costume se compose du *féradgé*, ample tunique en cachemire ou en mérinos, de couleur éclatante, et à laquelle s'adapte par derrière un large tablier qui tombe du cou jusqu'au mollet. Un *yachmac*, ou voile blanc, couvre la tête et la face. Des pantalons blancs d'une ampleur démesurée complètent, avec des bottes jaunes, l'ajustement imposé par la jalousie et des raisons de climat aux femmes turques, quels que soient leur âge ou leur condition. Tout cela souple, aisé, cache une figure, un corps et des formes d'une incomparable beauté.

On voit que les femmes turques sont vêtues comme l'étaient les races abrahamiques. La coutume qu'elles ont de se voiler la face remonte aux traditions de l'antiquité. On lit, en effet, dans la Genèse que Rébecca, conduite par l'esclave d'Abraham, se hâta de couvrir son visage en voyant Isaac. Lorsque Judas rencontra sa belle-fille Thamar sur le chemin de Thamnas, elle était voilée.

En France, les femmes s'habillent moins pour se couvrir que pour se parer; si elles ne vont point nues comme les Kanaques ou les Malaises, elles se décollettent jusqu'à l'épigastre, bien persuadées que la nature les a faites seulement pour être vues. Le démon de la mode les poursuit sans cesse; aussi nos tailleuses sont-elles bien plus occupées à inventer qu'à coudre. Aujourd'hui, mieux une Française est habillée, moins elle est apte à marcher, à respirer, à digérer, à se tenir debout ou assise. Les corsets, les ceintures, les jarretières, les boucles, les agrafes, sont pour elle de douloureux obstacles à la liberté des mouvements; et, loin de s'en plaindre, elle se jette avec amour dans cette dure servitude; elle semble mettre de l'acharnement à se déformer, à se rendre ridicule et malade. Dieu sait pourtant ce que la mère et les enfants payent ces absurdes fantaisies!

Chez les Turques, le ventre qui doit porter l'homme, le sein qui doit l'allaiter, restent libres de toute entrave. Le costume des femmes d'Orient, qui nous apparaît comme une image de la servitude et de la dégradation, est cependant fort naturel et fort raisonnable, car on lui doit les plus belles générations du monde.

Les juives et les Arméniennes orthodoxes sont vêtues à peu de chose près comme les musulmanes. Les Grecques et les Arméniennes catholiques s'habillent, au contraire, à la française.

Tout en nous raillant sur la légèreté de notre caractère et sur la frivolité de nos usages, les chrétiens civilisés du Levant se piquent d'adopter nos modes les plus folles; mais en les copiant, ils les ont gauchement et servilement imitées. Ce n'est certes pas à l'ours à se moquer de celui qui le fait danser.

Champouillon.

Dans l'une de ses dernières séances, la Société entomologique de France a procédé à la nomination des membres de son bureau pour l'année 1855 et au renouvellement annuel de ses commissions. Ont été nommés membres du bureau : M. le docteur Sichel, président; M. L. Reiche, vice-président; M. E. Desmarest, secrétaire; M. H. Lucas, secrétaire-adjoint; M. L. Buquet, trésorier; M. L. Fairmaire, trésorier-adjoint; M. A. Doüé, archiviste; M. E. Bellier de la Chavignerie, archiviste-adjoint.

Commission de publication : Outre les membres du bureau, MM. G. de Baran, Deyrolle, l'abbé de Marseul, F. Migneaux et le docteur V. Signoret.

Commission des collections : MM. Berce, le docteur Boisduval, L. Buquet et l'archiviste, qui en fait partie de droit.

— Une vache de Suisse, appartenant au couvent de la Grande Chartreuse, vient de mettre bas deux veaux et deux génisses. La mère et les petits se portent bien. Rien de plus curieux que de voir les quatre nourrissons teter en même temps. (*Abeille médicale.*)

Ce titre indique suffisamment que l'auteur limite surtout son travail à la forme la plus grave de l'hépatite, celle qui se termine par suppuration.

Dans un tableau dressé avec beaucoup de soin, M. Dutroulau a fait pour les années écoulées depuis 1846 jusqu'à 1852, et par trimestre, un relevé du chiffre de toutes les maladies internes observées à l'hôpital Saint-Pierre. On a ainsi la marche comparative de ces affections, et la proportion des hépatites opposée à celle des maladies en général.

Ce tableau fournit les résultats suivants :

1° Le chiffre des hépatites suit exactement celui des dyssenteries, soit dans sa marche ascendante, soit dans sa marche descendante.

2° Pour l'une comme pour l'autre maladie, il y a des périodes d'endémie grave, qu'on pourrait appeler épidémiques, et des périodes d'endémie bénigne, où la différence en moins est de plus des deux tiers, soit pour le chiffre des malades, soit pour celui des morts.

3° Les dyssenteries et les hépatites réunies forment presque toujours la moitié du chiffre total des maladies internes à l'hôpital Saint-Pierre.

4° Dans les périodes endémiques graves, le nombre des hépatites forme près du huitième de celui des dyssenteries, et plus du quatorzième du chiffre total des maladies.

5° Les morts par abcès du foie sont comme 1 est à 3 2/3, comparées à celles des dyssenteries, dans les périodes graves, et comme 1 est à 5 1/2 environ par rapport aux mortalités générales; tandis que dans les périodes simples elles sont comme 1 est à 4 1/2 pour les dyssenteries, et comme 1 est à 7 pour le chiffre général.

6° Enfin l'hépatite est endémique à Saint-Pierre, et comme la dyssenterie, elle est d'origine spécialement miasmatique.

Mais des rapports plus intimes encore existent entre la dyssenterie et l'hépatite, et viennent prouver leur étiologie commune. Ainsi dans la majorité des cas elles existent concurremment, soit que l'une ou l'autre se soit déclarée la première. Ainsi l'hépatite est comme la dyssenterie sujette à récidiver, et revêt comme elle, au bout d'un certain temps, la forme chronique. Ainsi l'acclimatement n'existe pas plus pour l'hépatite que pour la dyssenterie. Ce n'est pas sur les inacclimatés qu'elle sévit de préférence, et ceux qui en sont atteints ont toujours un certain temps de colonie; les cas contraires sont l'exception. Enfin les causes occasionnelles sont du même ordre pour les deux maladies. Parmi ces causes, les plus fréquentes sont le refroidissement du corps en sueur, la suppression de transpiration, etc. Il faut également tenir compte des boissons et des aliments de mauvaise nature, de la fatigue du corps, des exercices exagérés, etc.

En un mot, les causes générales ou endémiques, de même que les causes particulières ou occasionnelles, étant pour ainsi dire identiques pour les deux maladies, on explique facilement leur coexistence presque constante. Tel est le point capital d'étiologie sur lequel M. Dutroulau a voulu fixer l'attention des médecins qui exercent dans les pays chauds.

Dans la seconde partie de son mémoire, M. Dutroulau établit avec précision le diagnostic de l'hépatite. Il expose les signes diagnostiques de l'hépatite suivant qu'elle se développe à la face convexe, à la face concave ou au centre de l'organe enflammé; il la suit dans ses complications, sa marche, sa durée et ses diverses terminaisons : parmi ces dernières, la résolution est la plus heureuse et la plus commune, du moins en temps d'endémie simple, et s'opère sans être annoncée par les mouvements critiques signalés et répétés par plusieurs auteurs. Au contraire, la suppuration est la règle lorsque l'hépatite se montre pendant les périodes endémiques et dyssentériques graves. L'étude de l'hépatite purulente étant l'objet spécial de ce mémoire, M. le rapporteur consacre la plus grande partie de son rapport à suivre l'auteur dans ses recherches.

L'étendue de ce rapport ne nous permettant pas de le reproduire en totalité, nous en extrairons çà et là quelques-uns des faits les plus saillants qui y sont exposés.

L'auteur présente un tableau clinique de l'hépatite purulente avec toutes ses variétés de formes, de symptômes, de complications, d'accidents, de terminaison plus ou moins funestes. Il a fait le dépouillement de 66 autopsies cadavériques qui lui ont fourni les résultats suivants :

Relativement au siége, on voit que les abcès sont incomparablement plus fréquents dans le grand lobe, à la face convexe et au bord postérieur qu'ailleurs.

Relativement au nombre, sur 66 autopsies il résulte des recherches de M. Dutroulau que l'abcès unique est beaucoup plus fréquent, et en général le nombre des abcès en raison inverse de celui des cas où on les observe. Il est établi également par ces recherches que la dissémination des petits abcès dans tout le parenchyme du foie prouve que les grands foyers ne se forment pas de la réunion des petits.

Relativement au volume, les vastes collections purulentes sont la règle dans les pays chauds.

L'hépatite aiguë simple et primitive n'est pas une maladie grave, et presque toujours un traitement actif et bien dirigé en obtient la guérison. Quant aux abcès, cinq fois sur six au moins ils sont au-dessus des ressources de l'art, soit que la mort arrive par la gravité des symptômes généraux, soit que l'abcès se rompe dans une cavité fermée ou dans un organe voisin.

Dans le traitement de l'hépatite aiguë, il faut attaquer franchement la maladie par les saignées, soit générales, soit locales, souvent répétées et rapprochées, en prenant toujours le caractère du pouls pour régulateur, et sans trop se préoccuper des accès de fièvre qui surviennent au début. Lorsque l'acuité des symptômes est tombée, le calomélas uni à l'opium peut devenir un révulsif ou un altérant utile; M. Dutrulau recommande aussi dans ce cas le petit-lait additionné de manne; enfin un large vésicatoire sur le côté malade calme la douleur et la gêne de la respiration.

Au sujet du traitement de l'abcès, l'auteur examine la question de la préférence à donner aux deux procédés opératoires, par une petite ou par une large ponction. Après avoir partagé avec la plupart des médecins la crainte de l'introduction de l'air dans le foyer, il a reconnu plus tard l'avantage d'une ouverture assez grande pour favoriser l'écoulement libre et continu du pus.

Voici comment il conseille de faire cette ouverture :

Si l'abcès fait saillie, si la fluctuation est manifeste, et qu'il existe peu d'épaisseur de tissu à traverser et des adhérences étendues, on peut pratiquer une incision de deux à trois centimètres dans toute sa profondeur. Si la fluctuation est profonde et l'épaisseur des tissus prononcée, il faut avoir peu de confiance dans l'étendue des adhérences et opérer de la manière suivante :

Faire une incision extérieure de trois à quatre centimètres d'étendue; inciser par couches en diminuant l'étendue de l'incision et, rendu près de l'abcès, agrandir un peu l'ouverture. Le pus se trouve ainsi un trajet en entonnoir qui permet son écoulement continu. Il est utile même d'en maintenir l'ouverture libre par l'introduction d'une bandelette de linge fin; puis l'on panse avec un linge fenêtré et de la charpie. M. Dutroulau ne néglige jamais de faire précéder l'ouverture de l'abcès d'une ponction exploratrice. Il n'est point partisan des injections, à moins que la qualité évidemment nuisible du pus n'indique la nécessité de le modifier.

M. le rapporteur termine en proposant pour conclusions :

1° De remercier M. Dutroulau de son importante communication ;

2° Renvoyer son mémoire au comité de publication ;

3° Inscrire honorablement son nom sur la liste des candidats aux places de membres correspondants.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

COMMUNICATION.

Tumeur volumineuse de l'abdomen. — M. le docteur Caffe communique une observation de tumeur volumineuse de l'abdomen remarquable sous les rapports du siége, du diagnostic et du traitement. Nous publierons cette observation dans l'un des prochains numéros.

— La séance est levée à cinq heures moins un quart.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Fin de la séance du 29 janvier 1855. — Présidence de M. REGNAULT.

Concrétions intestinales (entérolithes, égagropiles, etc.). — M. J. Cloquet lit un mémoire, dans lequel il s'est proposé d'étudier les conditions physiologiques et pathologiques de la formation des concrétions accidentelles.

Deux conditions sont nécessaires pour la production des entérolithes : la présence suffisamment prolongée d'un corps étranger irritant l'intestin, la présence dans l'économie d'une quantité de sels calcaires assez considérable pour fournir les matériaux de la concrétion.

Les trois genres de concrétions intestinales observées chez les animaux peuvent se rencontrer chez l'homme. Elles renferment ordinairement à leur centre un corps étranger sur lequel elles se sont formées... Les bézoards sont rares et affectent les formes les plus diverses...

Les égagropiles se rencontrent presque toujours chez des individus qui font abus de farine d'avoine... Les poils du caryopse se feutrent autour d'un corps central qui souvent est un noyau de fruit. Enfin de véritables égagropiles formés de cheveux enchevêtrés ont été rencontrés chez certains individus qui en avaient avalé d'énormes quantités... A ces trois genres de concrétions intestinales, il faut en ajouter deux autres propres à l'espèce humaine : des magmas de magnésie chez les individus qui font abus de ce médicament; des masses de caséum chez les enfants à la mamelle ou même chez les adultes soumis à la diète lactée. Il faut enfin rapprocher des concrétions intestinales d'autres corps qui donnent lieu aux mêmes phénomènes morbides et exigent le même traitement : ce sont des amas de fèces endurcies, des amas de vers, des noyaux, de l'albumine concrète réunis en masses plus ou moins considérables.

Les entérolithes peuvent occuper toutes les parties du tube digestif, mais on les trouve surtout dans le cœcum et son appendice, les cellules et les plis du côlon et le rectum, dans tous les points enfin où un rétrécissement succède à un renflement normal, où des inflexions brusques mettent obstacle à la progression des matières dans l'intestin..... Quelles sont les causes prédisposantes des concrétions intestinales? Quelles sont les lésions anatomiques qu'elles produisent, les accidents qu'elles font naître, les symptômes qui en révèlent la présence, et peuvent faire diagnostiquer les différentes terminaisons de la maladie? Ce sont autant de questions que M. Cloquet traite dans ce mémoire. Il examine les indications spéciales à remplir dans les cas particuliers, et puis les moyens proposés jusqu'ici, qui consistent soit dans l'emploi des médicaments divers, soit dans l'opération de l'entérotomie. Frappé de l'insuffisance des premiers remèdes et des dangers de l'opération, M. Cloquet s'est demandé s'il n'était pas possible de trouver un moyen à la fois plus efficace et moins périlleux. Il croit l'avoir rencontré dans *la dilatation graduelle de l'intestin*. Cette opération consiste à écarter peu à peu de la concrétion les parois intestinales en injectant par le rectum une quantité de liquide de plus en plus considérable. Il fallait, pour rendre cette opération praticable, trouver d'abord le moyen d'empêcher le reflux du liquide par l'anus. Le tube conique depuis longtemps proposé et employé pour des injections forcées a levé cette difficulté. Il restait ensuite à déterminer positivement l'effet produit par l'injection sur la masse intestinale, et les limites de la quantité d'eau possible à introduire sans produire de désordres. Pour obtenir la solution de ces questions, M. Cloquet s'est livré à de nombreuses expériences sur le cadavre. De ces expériences, il résulte que le gros intestin peut être entièrement rempli sans que le tube conique laisse rien échapper; qu'on peut toujours, sans aucun inconvénient, introduire deux litres et demi de liquide chez l'adulte; que l'injection a pour effet de dilater le gros intestin dans toute sa longueur, d'en effacer les bosselures et les angles, de détacher de ses parois les corps durs qui y adhèrent et les entraîner vers le rectum lorsqu'on laisse sortir brusquement le liquide. Cette injection constitue d'ailleurs une véritable opération chirurgicale qui ne peut être exécutée que par une main exercée, par le chirurgien lui-même. Du reste, ce n'est que par une série d'injections semblables, souvent répétées et à doses graduellement croissantes, qu'on peut espérer d'obtenir l'expulsion définitive du corps étranger.

Étude anatomique du derme et de ses sécrétions. — MM. Laurentius et Gilbert présentent un mémoire qui a pour objet l'étude anatomique du derme, de ses sécrétions et de son excitabilité sous l'influence électrique.

« L'acte physiologique de la production d'un poil dans le bulbe est double, une partie des organes du bulbe sécrétant la matière cornée, l'autre partie la matière colorante. Les nerfs qui se rendent au bulbe, quoique sous la même enveloppe, ont deux fonctions distinctes et indépendantes, dont l'une peut subir une altération sans que l'autre soit atteinte. Ainsi un poil peut tomber, tout en demeurant imprégné de la substance colorante, de même qu'un poil peut croître et conserver sa solidité, bien qu'ayant perdu complétement son principe colorant. Il existe dans le derme des bulbes incomplets implantés superficiellement dans la peau, recevant peu de vaisseaux et ne produisant qu'un poil rudimentaire, et des bulbes complets implantés profondément, pénétrant quelquefois par leur base dans le tissu cellulaire sous-cutané, et recevant des nerfs, des artères, des veines, des vaisseaux lymphatiques. Ces bulbes produisent des poils développés, qui diffèrent selon les races et les tempéraments, et occupent des places distinctes.

» Généralement les bulbes complets seuls sont altérés par l'âge, la maladie, des sueurs abondantes, des fatigues, des affections syphilitiques, etc. Une fois altérés, ils ne produisent plus qu'un poil rudimentaire, ou bien les parois de la cavité dermoïde se soudent, les appareils de circulation s'atrophient, et tous les moyens curatifs deviennent impuissants. Lorsque la vitalité des bulbes complets est atteinte, ces altérations ont le plus généralement pour cause des désordres sensibles dans l'équilibre des fonctions nerveuses, et un ralentissement prolongé de l'innervation périphérique, ou bien le bulbe lui-même se trouve compris dans une désorganisation générale : ulcères, affections cutanées, etc.

» Si l'on conduit de l'électricité dans le poil jusqu'à l'intérieur du bulbe, il s'y produit une innervation régénératrice. La sécrétion, ainsi renouvelée ou remarquablement activée, peut conduire à une reproduction normale définitive.

» L'application sur une partie pourvue de bulbes complets d'un ou de deux liquides métalliques produisant de l'électricité rappelle la vitalité éteinte, quelle que soit la cause des altérations du bulbe. Cette innervation artificielle s'ajoute à l'innervation normale en même temps qu'elle la rappelle. Sous cette double excitation, la sécrétion du bulbe augmente momentanément par un afflux rapide, et détermine une dilatation de l'artère, qui le plus souvent est oblitérée en partie. En vertu de cette double action, un poil rudimentaire peut recouvrer sa vigueur primitive ou sa coloration accidentellement altérée, et un bulbe atrophié peut subvenir à une nouvelle reproduction, suivant la gravité des altérations qu'il a subies. » (Commissaires : MM. Flourens, M. Edwards, de Quatrefages.)

Nouvelle application de l'électrochimie à l'extraction des métaux introduits et séjournant dans l'organisme. — MM. Vergnès et A. Poey adressent sur ce sujet une note ainsi conçue :

« Le premier essai fut pratiqué sur M. Vergnès, qui portait à la face dorsale des mains une ulcération de mauvais caractère occasionnée par l'introduction de particules métalliques durant des manipulations pour la dorure et l'argenture galvaniques, par le procédé de MM. Ruolz et Elkington.

» M. Vergnès ayant plongé ses mains dans le bain électrochimique, pôle positif de la pile, nous vîmes, à notre grande surprise, une planche métallique de 163 millimètres de longueur sur 109 de largeur, en contact avec le pôle négatif, se couvrir au bout d'un quart d'heure d'une mince couche d'or et d'argent. Quelques bains suffirent pour guérir radicalement des ulcères qui avaient résisté aux remèdes les plus énergiques.

» Ce premier essai avait été fait à New-York (Etats-Unis d'Amérique) le 16 avril 1852. Il a été suivi de plusieurs autres et a conduit à l'institution d'une nouvelle méthode thérapeutique pour l'extraction des métaux séjournant dans l'organisme.

» La disposition du bain est comme il suit :

» Le malade est plongé jusqu'au cou dans une baignoire métallique isolée du sol, et assis les jambes horizontales sur un banc en bois de toute la longueur du corps, qui se trouve également isolé de la baignoire. On acidule l'eau avec de l'acide nitrique ou de l'acide hydrochlorique pour l'extraction du mercure, de l'argent, de l'or, et avec de l'acide sulfurique pour le plomb.

» Le patient étant dans le bain, on met en contact une extrémité de la baignoire avec le pôle négatif de la pile par le moyen d'une vis, et on lui fait tenir le pôle positif, tantôt de la main droite, tantôt de la gauche. Le bras est soutenu par des supports en contact avec le banc. L'extrémité du conducteur positif que tient le patient est armée d'un manche en fer massif entouré de linges pour diminuer l'action calorifique du courant, qui est très énergique et qui sans cette précaution cautériserait les mains.

» Le patient étant placé de cette manière, l'onde du courant positif entre par le bras droit ou gauche, circule de la tête aux pieds et va se neutraliser sur les parois de la baignoire au pôle négatif. Etant isolé du contact direct du pôle négatif, ainsi que du sol, son corps irradie dans le bain l'électricité qui y forme une multitude de courants sortant de toute la surface, après avoir traversé les organes internes et même les os, pour se neutraliser sur le côté négatif de la baignoire.

» Nous avons retiré du fémur et du tibia d'un sujet une grande quantité de mercure qui s'y trouvait depuis quinze ans, selon l'opinion de plusieurs médecins. » (Commissaires : MM. Dumas, Rayer, Cl. Bernard.)

Anesthésimètre. — M. Duroy présente la description de la figure d'un appareil qu'il désigne sous le nom d'*anesthésimètre*, et qui a pour objet de permettre le dosage du chloroforme.

Il serait difficile de donner, sans le secours de la figure, une idée de cet appareil; il nous suffira de dire qu'il est disposé de manière que la distribution du chloroforme soit régulière et successive; elle se fait goutte à goutte, et l'évaporation s'opère sur une surface que l'on peut élargir ou restreindre à volonté, de manière à la rendre plus ou moins rapide, de sorte que l'on a toute facilité pour obtenir un dosage approprié aux différents âges et aux idiosyncrasies diverses.

(Renvoi à l'examen de la commission déjà nommée pour un mémoire de M. Ancelon concernant le dosage du chloroforme, commission qui se compose de MM. Flourens, Velpeau et Cl. Bernard.)

Le Gérant, LE SOURD.
Paris. — Typographie de PLON frères, rue Garancière, 8.

N° 17. — SAMEDI 10 FÉVRIER 1855. (28e ANNÉE.) N° 17. — SAMEDI 10 FÉVRIER 1855.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

De l'emploi des lavements de vin dons le traitement de quelques affections, et en particulier de la chlorose.

Frappé des difficultés que l'on éprouve dans certains cas à administrer des médicaments toniques, et surtout du vin, dans l'estomac, sans apporter un trouble plus ou moins notable dans les fonctions digestives, M. Aran a eu l'idée de faire pour cette classe de médicaments, et en particulier pour le dernier, ce qui se fait depuis longtemps pour un certain nombre de substances actives et facilement absorbables, c'est-à-dire de les administrer par la voie rectale.

Les résultats qu'il a obtenus de ce mode d'emploi dans diverses circonstances où l'état des voies gastriques en contre-indiquait l'usage lui ont paru assez satisfaisants pour l'engager à multiplier les essais et à généraliser cette méthode dans le traitement de certaines affections.

C'est surtout dans la chlorose, dans la dyspepsie, la phthisie pulmonaire et dans la convalescence des maladies graves, que M. Aran a employé le plus souvent et avec le plus de succès les lavements de vin; mais il assure que ces lavements lui ont rendu encore de grands services dans d'autres états morbides caractérisés surtout par un état de faiblesse, et en particulier dans les cachexies paludéenne, syphilitique, cancéreuse, dans certaines anasarques, symptomatiques ou non de la néphrite albumineuse; en un mot, dans toutes les circonstances qui réclament l'intervention des stimulants alcooliques.

La dose de vin que prescrit M. Aran varie suivant l'effet qu'il veut obtenir. S'il ne s'agit que de produire une stimulation légère chez des personnes impressionnables, la dose est de 150 grammes; il l'élève à 250 et même jusqu'à 350 grammes, administrés en une seule fois, dans les cas graves et rebelles; mais la dose peut être moindre si, au lieu de faire prendre un seul lavement de vin, on en administre deux, un le matin et un le soir. Cette stimulation, répétée deux fois dans les vingt-quatre heures, a paru à M. Aran avoir une influence très heureuse, surtout chez les chlorotiques, et accélérer beaucoup la guérison.

Voici quels sont les effets physiologiques immédiats que M. Aran a constatés à la suite de cette médication. Les lavements de vin déterminent dès les premiers jours de leur emploi, lorsque la personne qui y est soumise n'y est pas encore habituée, des phénomènes particuliers, qui varient suivant la dose de vin qui a été injectée et suivant la susceptibilité individuelle. Ces phénomènes sont ceux de l'ivresse, mais d'une ivresse dont les suites sont bien différentes de celle produite par l'ingestion des alcooliques dans l'estomac. Huit ou dix minutes après le lavement : lourdeur de tête, besoin de dormir, face animée, yeux brillants, pupilles dilatées, peau moite, amélioration des battements artériels, et quelquefois un peu d'excitation ou même de délire gai. Mais ces derniers phénomènes ne se sont montrés que chez les malades qui sont restés debout. Les malades qui se couchent après l'injection du vin s'endorment en général profondément, et à leur réveil ils ne conservent plus aucun reste d'ivresse et ne présentent aucun trouble dans les fonctions digestives. Leur appétit et leurs forces sont accrues. Enfin, ce qui a frappé également M. Aran dans ces lavements de vin, c'est l'impression plus grande produite sur le système nerveux par une dose qui serait restée presque sans effet général si elle avait été ingérée dans l'estomac.

En résumé, ce mode d'administration du vin a paru relever les forces, rétablir l'harmonie des fonctions; et alors qu'il n'amène pas la guérison des affections qu'il avait pour objet de combattre, il permet aux malades de résister plus ou moins aux conséquences graves que quelques-unes d'elles entraînent.

Résultat d'une ablation de l'os cuboïde constaté plus d'un an après l'opération.

Les difficultés que l'on éprouve souvent pour apprécier les résultats définitifs et éloignés des opérations pratiquées dans les hôpitaux doivent faire saisir avec empressement les occasions qui s'en présentent de les constater, surtout lorsqu'il s'agit d'opérations nouvelles, dont le succès peut être sujet à contestation, ou d'opérations qu'on ne pratique que dans de rares circonstances. C'est ce que nous avons été à même de faire ces jours-ci pour un jeune garçon de quinze à seize ans auquel M. Nélaton avait pratiqué, il y a un peu plus d'un an, une opération qui n'a été faite qu'un très petit nombre de fois, l'ablation de l'os cuboïde. Une légère indisposition, étrangère à la maladie qui avait nécessité cette opération, ayant ramené ce jeune garçon pour quelques jours à la Clinique, il nous a été possible d'examiner et de constater à loisir l'aspect, la forme et l'état fonctionnel de son pied.

Ce jeune garçon était entré vers la fin de 1853 dans le service de M. Nélaton, pour une affection strumeuse du pied. La face dorsale du pied et la région cuboïdienne étaient le siége d'un grand nombre de fistules convergeant toutes vers le même point, lequel paraissait correspondre au cuboïde. C'est ce qu'une exploration attentive fit effectivement reconnaître. Le diagnostic bien établi et la circonscription du mal exactement limitée, M. Nélaton se décida à pratiquer l'ablation de l'os cuboïde. L'opération fut assez facilement exécutée, mais ses suites avaient inspiré quelques inquiétudes; on pouvait craindre en effet que la nécessité où l'on se trouvait d'ouvrir plusieurs articulations ne donnât lieu à des accidents consécutifs plus ou moins graves. Cependant il n'en fut rien. Les suites furent au contraire aussi simples que possible; la cicatrisation se fit régulièrement et d'une manière solide. Mais il restait encore une autre incertitude qui préoccupait pour l'avenir. Que deviendraient ces métatarsiens ainsi privés de leur point d'appui et comme flottants au milieu des parties molles? Quel serait le résultat définitif de cette mutilation par rapport à la forme et aux fonctions du pied? La rentrée de ce jeune garçon à l'hôpital a permis de se fixer sur ce point.

Voici l'aspect qu'offre le pied en ce moment : considéré dans son ensemble, il ne présente qu'une très légère déformation qui ne peut échapper à l'œil du chirurgien, surtout connaissant la mutilation qui a été subie, mais qui échapperait à une personne non prévenue. Les seules différences qui existent entre ce pied et l'autre ne consistent qu'en ce que le relief formé par la tête du cinquième métatarsien a disparu, qu'en suivant avec le doigt le bord externe du pied on arrive jusqu'au talon sans sentir de saillie osseuse, et en ce que les deux derniers orteils paraissent plus courts ou plutôt situés un peu plus en arrière que leurs congénères du côté opposé. En effet, les extrémités de ces deux derniers orteils, au lieu de se trouver placées sur le trajet de la ligne courbe que décrit la rangée des doigts du pied, sont placées environ à 1 centimètre en arrière de cette ligne. Ces deux orteils n'ayant plus de point d'appui, ont fait un petit mouvement de rétrocession; ils se sont portés en arrière, où leur extrémité postérieure remplit en partie le vide qui est résulté de l'ablation du cuboïde. Cependant ce mouvement de retrait ne reproduit qu'incomplétement l'absence du cuboïde. La différence de niveau des extrémités digitales est, avons-nous dit, de 1 centimètre, tandis que le cuboïde occupait un espace d'environ 2 centimètres et demi. Il est donc probable qu'une partie du vide laissé par cet os a été remplie par du tissu inodulaire plus ou moins complétement ossifié.

Cette très légère déformation n'influe pas, du reste, sensiblement sur les fonctions du pied. L'enfant marche, court et saute sans aucune difficulté, sans en éprouver la moindre douleur ni la moindre gêne.

C'est là un fait d'autant plus intéressant que cette opération, ainsi que nous l'avons dit en commençant, n'a été pratiquée jusqu'ici qu'un très petit nombre de fois.

Anasarque et accidents encéphaliques pendant la période de desquammation de la scarlatine. — Efficacité des émissions sanguines et des vomitifs.

On ne saurait être trop circonspect dans le pronostic de la scarlatine, même légère. Souvent, lorsque les symptômes principaux ont disparu, que la desquammation de la peau marche régulière-

INFLUENCE DE LA COHABITATION.

La grande loi de l'attraction ne s'exerce pas seulement dans les espaces célestes; elle s'étend à tous les corps. Tous agissent et réagissent les uns sur les autres en raison de leur importance et de leur proximité. Tous se modifient et tendent à s'assimiler, à s'absorber.

Lorsque deux corps à peu près d'égale force, mais doués de qualités différentes, sont mis en rapport, ils se communiquent mutuellement une partie de leurs qualités, et une sorte d'équilibre et de parité s'établit entre eux.

Si, au contraire, il existe entre les deux corps qui sont rapprochés une extrême inégalité, celui chez lequel cette inégalité positive ou négative est le plus prononcée attire tout à lui, et annihile pour ainsi dire l'autre corps.

Ainsi, par exemple, qu'un corps en mouvement en rencontre un autre d'égale force en repos, il lui donne l'impulsion aux dépens de sa propre vitesse, qui en est ralentie, et l'un et l'autre marchent de concert pendant quelque temps.

Que si le corps en repos est d'une masse bien supérieure à celui qui le heurte, il en est à peine ébranlé et réduit l'autre à l'immobilité, la force d'inertie l'emportant dans ce cas sur la force d'impulsion.

De même, si vous rapprochez deux corps inégalement chauffés, mais d'une capacité égale pour le calorique, celui qui en a le plus en cède à celui qui en a le moins, et la température s'harmonise.

Le contraire arriverait si le corps froid était meilleur conducteur du calorique et d'une capacité supérieure à celle du corps chauffé dont il aurait le contact.

Les substances solides ou liquides d'une saveur ou d'une odeur pénétrante communiquent cette saveur ou cette odeur à tout ce qui les avoisine.

Laissez pendant une année dans un flacon de l'essence de térébenthine, ou simplement de l'eau de fleurs d'oranger, quelque soin que vous preniez ensuite de laver ce flacon, si vous y mettez du vin, il sera inévitablement altéré par un arrière-goût de térébenthine ou d'eau de fleurs d'oranger.

La saveur des fruits se ressent de la nature du sol dans lequel croissent les arbres. Les pommes de certaines régions marécageuses de la Picardie, d'où l'on extrait la tourbe rappellent par leur goût ce produit de la macération végétale. Les vignes plantées sur des terrains siliceux donnent un vin qui a le goût de pierre à fusil. Il est probable que ce qu'on nomme le bouquet des vins tient à des conditions analogues. Le voisinage même des autres végétaux peut influer sur la saveur des fruits, et c'est en se fondant sur ce fait d'observation que les agriculteurs recommandent de ne point planter de légumes entre les ceps de vigne. La loi de Moïse en faisait la défense formelle. « *Vous ne sèmerez » pas dans votre vigne d'autres graines*, dit le législateur, *de peur que » ce que vous auriez semé et ce qui naîtra de la vigne ne se corrompent » l'un l'autre.* » (DEUTÉR., ch. XXII, v. 9.) Un fruit gâté suffit pour altérer les fruits voisins.

C'est encore en vertu des lois de l'affinité qu'une estampe encadrée dépose à la longue son calque sur le verre qui la recouvre, sans même la toucher exactement, ou du moins sans exercer sur elle la moindre pression.

Des phénomènes analogues ont lieu entre les êtres vivants et les êtres organiques mais privés de vie qui se trouvent habituellement réunis dans la même enceinte. Ainsi, chez les bouchers et les bouchères le système musculaire et le système adipeux prennent un développement remarquable, et la circulation des vaisseaux capillaires devient active et prononcée. Ils sont en général robustes, gras et frais. En conséquence de ces résultats, les médecins qui soignaient le duc de Richelieu dans sa vieillesse lui avaient prescrit, pour relever ses forces épuisées par le temps et la galanterie, de se tenir souvent enveloppé pendant plusieurs heures d'une peau de veau récemment écorché, ce qui faisait dire à un jeune seigneur de la cour de Louis XV que le duc n'était plus qu'*un vieux bouquin relié en veau*.

Ceux qui manipulent la farine, tels que les meuniers, et surtout les garçons boulangers et les pâtissiers, acquièrent assez souvent un embonpoint dû au développement du tissu cellulaire; mais avec cela ils sont blafards. Cette remarque n'est peut-être pas applicable aux meuniers des campagnes, qui se déplacent pour porter leur farine et vivent beaucoup au grand air, mais elle subsiste pour les garçons boulangers des villes et pour les pâtissiers.

Les corps vivants mis en rapport agissent les uns sur les autres par la communication du calorique, par les émanations vitales et les exhalaisons de divers genres dont ils sont le foyer et par les impressions habituelles qu'ils se transmettent; ils se modifient, ils s'alimentent, ils s'abreuvent mutuellement.

S'il y a parité et sympathie entre les conjoints, la force individuelle et l'énergie de chacun d'eux augmentent par le fait même de l'association; aussi voit-on souvent les jeunes gens acquérir de l'embonpoint quelques mois après le mariage.

Lorsqu'il y a chez un des deux jeunes conjoints une exubérance de vie plus marquée que chez l'autre, le plus délicat, s'il est du reste

ment, un peu de bouffissure appréciable au visage et aux parties génitales indique une anasarque dont la terminaison, ordinairement heureuse, trompe pourtant quelquefois le praticien trop confiant. C'est ce que tendent à démontrer les deux faits suivants, qui se sont présentés à peu d'intervalle l'un de l'autre à l'observation de notre confrère M. le docteur O'Rorke, et dont la terminaison heureuse nous paraît devoir être attribuée au traitement qui a été mis en usage.

Une petite fille âgée de neuf ans fut affectée d'une scarlatine le 9 janvier dernier. Rien de remarquable ne se présenta jusqu'au 22, époque à laquelle la convalescence était en pleine voie (un peu d'œdème à la face et à la vulve, douleurs dans les articulations, desquammation avancée aux membres. — Purgatifs, frictions, alimentation légère).

Dans la nuit du 31, sans que rien pût faire pressentir de tels accidents, la malade fut prise de convulsions éclampsiques violentes, qui, se répétant toutes les cinq minutes, semblaient rendre la mort imminente.

Deux saignées du bras de 150 grammes chacune sont pratiquées à trois quarts d'heure d'intervalle; frictions ammoniacales aux jambes; 0,10 centigrammes de tartre stibié; vésicatoire à la nuque.

A la suite d'abondants vomissements séreux, le calme renaît, et quatre heures après le début des accidents les convulsions avaient cessé.

La convalescence a repris depuis son cours; il existe encore un peu d'œdème; des purgatifs, des diurétiques et surtout quelques bains de vapeur avec une alimentation tonique en triompheront aisément.

Une chose assez remarquable, c'est que cette fille paraît avoir eu, il y a quatre ans, une scarlatine?

— L'autre cas s'est rencontré, il y a un an, à Ennery près Pontoise, sur un garçon de douze ans. Quatre semaines après le début de la maladie, en pleine convalescence (l'enfant était retourné à l'école), des phénomènes éclampsiques survinrent. Ce petit malade offrait toujours un peu d'œdématie et des urines albumineuses, et de plus le temps était froid. Deux émissions sanguines très rapprochées et un vomitif enrayèrent les accidents. Une quantité prodigieuse de sérosité spumeuse fut rendue par le vomissement. Chez ce dernier malade, en même temps que des convulsions, il y avait une grande difficulté de respiration et de l'aphonie.

Ces symptômes doivent, suivant toute apparence, être attribués à des hydropisies dans les ventricules du cerveau et dans le tissu cellulaire de la glotte.

HOPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE.

SERVICE DES VÉNÉRIENS.

Observations d'adénites inguinales syphilitiques guéries par les applications de teinture d'iode.

L'un des graves accidents de la syphilis est sans contredit l'adénite inguinale, ou bubon. L'ouverture de cette tumeur arrivée à la fluctuation entraîne souvent après elle des décollements considérables qui entravent et retardent la guérison.

L'emploi de la teinture d'iode en injections, et surtout en frictions, modifie singulièrement ce genre d'accidents, et les observations que j'ai recueillies sur ce sujet me semblent mériter l'intérêt des praticiens.

Un de nos collègues, M. le docteur Kopf, lors de sa réception au doctorat, a présenté devant la Faculté de Strasbourg une excellente monographie ayant pour titre : *Du traitement de l'adénite syphilitique par les applications de teinture d'iode*. C'est en suivant ponctuellement les indications de M. Kopf que nous avons expérimenté ce mode de traitement. Les résultats obtenus montrent d'une manière évidente les avantages de cette méthode sur celles employées jusqu'ici.

OBS. I. — *Adénite inguinale droite suppurée. — Décollement considérable des bords de la plaie. — Guérison.*

Le nommé Dufoul (Victor), âgé de vingt-trois ans, brigadier au 17e régiment d'artillerie, est entré à l'hôpital le 12 novembre 1854. Cet homme est d'un tempérament lymphatique; il jouit habituellement d'une bonne santé, et n'a jamais eu de maladie vénérienne. A son arrivée au Val-de-Grâce, ce malade présentait un chancre à la base du gland, et un bubon très volumineux du côté droit. Le traitement prescrit dès l'abord fut le suivant : — Tisane amère; une pilule de proto-iodure de mercure par jour; cautérisation du chancre avec le nitrate d'argent; cataplasmes sur la tumeur.

Le 20 novembre, à la visite du matin, une ponction fut pratiquée dans la tumeur, la fluctuation étant devenue très sensible. — Continuation des cataplasmes émollients.

Mais loin de se cicatriser, la plaie présentait au bout de quelques jours un aspect peu favorable; les bords étaient ulcérés, et la peau était décollée dans une étendue de 6 centimètres au moins, tout autour de la tumeur. Le malade souffrait beaucoup et ne pouvait quitter son lit.

L'emploi de la teinture d'iode fut prescrit par le médecin traitant. Je procédai de la manière suivante :

Chaque matin, frictions légères sur la tumeur avec la teinture d'iode à l'aide d'un pinceau ou d'un bourdonnet de charpie. Afin d'éviter la vésication, ce qui est un point important du traitement, j'appliquai sur le bubon un morceau de linge fenêtré enduit de cérat et recouvert d'un plumasseau de charpie; je plaçai sur le tout une petite compresse graduée, et je maintins tout cet appareil de pansement avec un bandage spica.

Au bout de sept ou huit jours de ce traitement, l'amélioration était déjà très sensible. Le malade souffrait beaucoup moins et le décollement diminuait pour ainsi dire à vue d'œil.

Enfin aujourd'hui, après trois semaines d'application de la teinture d'iode, le décollement a disparu; le malade se lève, marche, et n'attend pour sortir de l'hôpital que la fin du traitement interne auquel il est soumis.

OBS. II. — *Résorption du pus par l'application de la teinture d'iode.*

Le nommé Huot (François), âgé de vingt-sept ans, voltigeur au 17e de ligne, est entré à l'hôpital le 17 décembre 1854.

Il avait depuis quatre jours un chancre assez étendu à la face interne du prépuce et un bubon dont le volume égalait à peu près celui d'un œuf de poule.

Le lendemain, à la visite, la fluctuation était manifeste et la douleur à la pression si intense qu'il semblait urgent de donner immédiatement issue au pus par la ponction de la tumeur. Cette opération fut cependant ajournée, et je commençai l'application de la teinture d'iode. Dès le troisième jour, la douleur avait disparu, et la fluctuation n'était plus perceptible que dans un seul point.

Quinze jours de ce traitement ont suffi pour amener la résorption complète.

En étudiant avec soin chez ce malade les effets de la teinture d'iode, voici ce que j'ai remarqué :

Dès le deuxième ou le troisième jour, la sensation de fluctuation causée par la présence du pus cesse d'être perceptible. La consistance de la tumeur devient semblable à celle d'une pâte molle.

Chaque jour cette consistance augmente en même temps que la douleur diminue. La tumeur perd aussi de son volume. Enfin, vers le quatorzième ou le quinzième jour l'adénite disparaît entièrement.

OBS. III. — Le nommé Tournel, âgé de vingt-sept ans, voltigeur au 88e de ligne, est entré à l'hôpital au mois de janvier 1855. Il avait un chancre induré au prépuce et une adénite inguinale gauche. La tumeur était sensible à la pression; mais l'invasion de la maladie ne datant que de quatre jours, la fluctuation était peu manifeste. L'application de la teinture d'iode fut prescrite, et au bout de huit jours la guérison était assez complète pour permettre la sortie du malade; si l'induration du chancre n'avait indiqué le traitement antiphlogistique qu'il suit en ce moment.

Ayant eu depuis deux mois plus de quarante exemples de l'heureuse influence de la teinture d'iode dans le traitement de l'adénite inguinale, il me serait facile de citer un plus grand nombre d'observations. J'ai cru devoir n'en rapporter que trois, prises à différentes époques : au début du développement de la tumeur, à la période de fluctuation, enfin après l'ouverture du bubon.

En résumé, la teinture d'iode employée en frictions légères :

1° Empêche le développement de la tumeur, si elle est appliquée dès le début;

2° Elle remédie aux décollements, et modifie heureusement la nature de la plaie dans les bubons déjà ouverts et dont les bords sont ulcérés;

3° Amène dans un bubon qui n'a pas été ouvert la résorption du pus déjà formé.

Il est important que la teinture d'iode soit appliquée très légèrement, car, si l'irritation est trop forte, la végétation de la couche épidermique profonde se trouve entravée, et au lieu d'une exfoliation plus rapide de l'épiderme on obtient la *vésication*, accident fâcheux qui oblige à renoncer à la méthode endermique et aux avantages qu'elle procure.

Dr JOLICLERC.

EXPLICATION DU PHÉNOMÈNE DE L'ÉLECTRICITÉ dégagée par les cheveux.

La note communiquée par M. Maugin que nous avons insérée dans notre numéro du 3 février nous a valu deux nouvelles communications qui, tout en prouvant que ce phénomène n'est peut-être pas aussi rare qu'on avait pu le supposer, nous paraissent en donner provisoirement au moins une explication assez naturelle.

La première est de M. le docteur Payen. Il fait remarquer avec raison que la note en question ne fait point mention de la matière du peigne qui a servi à l'expérience qui y est rapportée. Or il serait possible, et cela paraît à peu près mis hors de doute par les faits qui nous sont communiqués, que la composition de cet instrument exerçât une grande influence sur la production de ce phénomène. En effet, une personne dont parle M. Payen lui racontait qu'ayant quelques jours auparavant commencé à se servir d'un peigne en *caoutchouc solidifié*, elle avait senti dans ses cheveux une crépitation très prononcée qui avait attiré son attention, et que, s'étant placée dans l'obscurité, elle avait vu se produire de nombreuses étincelles. L'expérience, répétée en présence de M. Payen, se reproduisit; une dame qui était présente obtint le même résultat; enfin M. Payen essaya sur lui-même, et le fait se produisit également. Les mêmes personnes, s'étant ensuite servies comparativement d'un peigne ordinaire (en buffle), n'obtinrent aucun résultat. La coloration des cheveux était différente, et elle n'a semblé exercer aucune influence.

La seconde est de M. le docteur Ed. Loydreau (de Chagny). Il y a deux mois environ, nous écrit notre correspondant, je me servais d'un peigne que je venais d'acheter, et je fus tout étonné d'entendre dans mes cheveux le bruit d'une crépitation qui ressemblait à celle qui se produit quand on frotte vivement le dos d'un chat avec la main. C'était le soir; j'éteignis les bougies, et je vis très distinctement dans une glace des étincelles jaillir de mes cheveux hérissés et attirés par le peigne lorsque je l'approchais de ma tête. La même expérience, répétée sur quatre ou cinq personnes présentes et sur un chien épagneul à longues soies, a donné chaque fois les mêmes résultats.

Le peigne qui avait servi à ces expériences était un de ces peignes en caoutchouc de nouvelle invention. M. Loydreau, ayant essayé de le frotter et de l'approcher d'un petit fragment de papier, celui-ci fut attiré à une distance de 2 centimètres environ. Tous les autres peignes qu'il put se procurer dans la maison, soit en buffle, soit en écaille, soit en ivoire, furent impuissants à dé-

---

sain et bien constitué, regagne bientôt une partie de ce qui lui manque.

Mais lorsque les oppositions sont trop sensibles, l'équilibre ne peut s'établir, et dans le cas de rapprochement forcé l'un est toujours sacrifié à l'autre.

C'est ce qui arrive lorsqu'un des conjoints est atteint d'un vice constitutif, de tubercules ou d'humeurs froides, ou bien lorsqu'il y a entre les époux une trop grande disproportion d'âge.

Quelquefois le plus faible se restaure aux dépens du plus fort, et cause son dépérissement et sa mort; d'autres fois, il succombe plus vite qu'il n'aurait fait hors de l'association, et ce n'est pas toujours sans porter quelque atteinte notable à la santé de son conjoint.

Voici ce que je puis témoigner à l'appui de la première partie de cette proposition.

J'ai connu un jeune homme qui présentait tous les symptômes d'une phthisie commençante. Deux fois il avait été pris d'hémoptysie; il était maigre, promptement essoufflé, affecté d'une toux opiniâtre, d'expectorations abondantes et de sueurs nocturnes. Malgré ce mauvais état de santé, il trouve à se marier; il épouse une jeune personne sans fortune, mais d'une belle constitution et d'une fraîcheur remarquable : vous eussiez dit la santé même. Trois ans après ce mariage, la jeune femme succombait à une phthisie pulmonaire en laissant deux enfants, et la santé du mari était améliorée au delà de toute espérance. Il y a quinze ans de cela, et l'amélioration s'est soutenue et confirmée.

Tous les corps vivants transpirent et aspirent. Il en résulte des torrents invisibles, qui concourent presque autant que l'alimentation à l'entretien de la vie. Les mêmes avantages et les mêmes inconvénients y sont attachés. Selon leur nature, les émanations animales nourrissent ou empoisonnent, vivifient ou tuent.

L'odeur est une émanation moléculaire de la substance même d'où elle se dégage.

Chaque espèce animale, et dans chaque espèce tout individu a une odeur qui lui est propre. Ainsi, pour nous borner aux animaux qui nous sont le plus familiers, on reconnaît à l'odeur les poules, les pigeons, le bœuf, le cheval, le mouton, le chien, le lièvre, la chèvre, le bouc, les différentes espèces de poissons. C'est à ce caractère distinctif que le chien de chasse, muni d'un odorat subtil, doit de pouvoir suivre la trace du gibier et celle de son maître à des distances souvent considérables.

Dans notre espèce, on peut distinguer par l'odeur les races, le sexe, les individus.

Le nègre a une odeur spéciale. Les peuples du Midi diffèrent également en ce point des peuples du Nord, et la race jaune ou mongolienne n'a pas la même odeur que la race blanche ou caucasique.

Il en est de même de l'homme et de la femme.

M. Barruel le père, préparateur du cours de chimie à la Faculté de médecine, sous M. Orfila, se flattait de reconnaître par l'*odorat* du sang qui aurait appartenu à un homme ou à une femme, et, mis à l'épreuve, il ne s'y trompait pas.

Indépendamment de l'odeur propre à chaque sexe, il y a aussi des différences à observer selon les âges, et des différences plus grandes encore d'individu à individu.

Les enfants qui viennent de naître ont une odeur tout à fait analogue à celle du sang. Pendant l'allaitement, ils exhalent l'odeur du lait qui commence à subir la fermentation acide; mais, dès qu'ils ont passé la première enfance, qu'ils sont parfaitement sains et tenus proprement, ils exhalent une senteur douce et agréable qui se rapproche de celle du réséda.

A l'époque de la puberté, le corps des jeunes gens a une odeur beaucoup moins agréable et qui révèle quelquefois d'une manière très prononcée leur aptitude nouvelle.

Les émanations animales changent aussi de caractère chez les jeunes filles qui deviennent nubiles; mais ces émanations sont moins âcres, moins alliacées que chez les jeunes gens.

Il y a aussi des périodes dans la vie de la femme durant lesquelles elle répand une odeur spéciale qui n'a rien d'agréable : ainsi durant les menstrues et le temps des couches.

L'haleine chez plusieurs a une odeur forte à l'époque de la menstruation; il y a même des femmes, et ce sont en général celles qui sont douées du tempérament le plus vigoureux, chez lesquelles les exhalations cutanées sont si âcres dans ce moment-là que leur contact est capable d'entraîner la décomposition des substances qui entrent aisément en fermentation, comme le lait et le vin. Ce sont particulièrement les gens de la campagne qui en ont fait l'observation, et ce résultat singulier a été souvent vérifié par eux.

La mauvaise influence de ces exhalaisons était tellement reconnue dans l'antiquité, que le législateur des Hébreux, le sage Moïse, a établi à cet égard les règlements disciplinaires les plus sévères.

Dr BERTRAND SAINT-GERMAIN.

(*La suite à un prochain numéro.*)

gager la moindre étincelle chez les personnes qui s'étaient soumises à l'épreuve.

La parfaite concordance des faits observés par nos deux honorables correspondants nous semble rendre assez plausible l'explication qu'ils ont cherché à déduire l'un et l'autre de ce singulier phénomène. Et ne serait-on pas porté dès lors à se demander, comme le fait M. Loydreau, si dans les diverses circonstances où l'on a constaté le dégagement d'électricité par les cheveux on n'avait point fait usage d'un de ces peignes en caoutchouc ou en gutta-percha tels qu'on en fabrique depuis quelque temps, ou bien de peignes neufs et revêtus encore d'un vernis contenant des résines ou autres substances, tout aussi mauvais conducteurs de l'électricité ?

QUELQUES DÉDUCTIONS D'UNE STATISTIQUE DU CHOLÉRA dans l'asile d'Auxerre,

relativement à l'influence préventive de l'aération et des conditions hygiéniques générales. — Constance des prodromes.

Dans une notice qui nous fut communiquée par M. le docteur Girard en 1849 sur l'invasion et la marche du choléra dans l'asile d'Auxerre, notre honorable confrère signalait un fait important ; c'était la disproportion considérable qui s'était fait remarquer à cette époque entre les malades atteints, selon qu'ils étaient placés dans les nouveaux ou les anciens bâtiments, quoique les conditions de régime, de vêtements, de soins, de propreté, de discipline, de travail, de météorologie, de géologie et de direction médicale fussent absolument les mêmes. On ne compta alors que 2 décès cholériques sur plus de 100 malades habitant les nouveaux quartiers, tandis que 19 décès de cette nature furent constatés sur 130 aliénés logés dans les vieux bâtiments.

L'explication de cette différence notable fut cherchée, d'une part, dans la séparation des quartiers (le choléra ayant sévi dans le vieil asile), et de l'autre, dans les différences des conditions de quantité d'air, d'espace, de ventilation et de distraction.

Effectivement, tandis que les 130 derniers aliénés étaient encombrés dans les anciennes constructions mal ventilées, et avaient à peine 14 mètres cubes d'air à respirer, que leurs préaux étaient entourés de hautes et tristes murailles, les premiers cent autres, mieux partagés, étaient distribués dans des habitations vastes et agréables, ventilées de tous côtés, et permettant aux malades de se promener dans des jardins clos de sauts de loup et offrant à l'œil une vue étendue et variée.

La confirmation de cette idée vient d'être fournie par la dernière épidémie, qui a sévi avec tant d'intensité dans la ville d'Auxerre, et qui s'est fait ressentir également dans l'asile.

Il est digne de remarque, en effet, que le choléra, qui en 1849 avait à peine touché la ville d'Auxerre, et qui pourtant avait exercé de si cruels ravages dans les vieux bâtiments de l'asile, marquant seulement son passage dans les nouvelles constructions, comme il le faisait pour la ville, a presque complétement épargné l'asile en 1854, au moment où il sévissait avec intensité sur la population auxerroise, et pendant que tous les aliénés habitaient les vastes et hygiéniques constructions nouvelles.

C'est ce qui ressort du tableau statistique que nous avons sous les yeux, et qui a été dressé, d'après les indications de M. Girard, par M. Monceaux, interne en pharmacie de l'asile.

Un second fait non moins important qui ressort de ce relevé, c'est la constance de la manifestation des signes prodromiques, qui ont pu être arrêtés dans leur début chez tous les malades, à l'exception de trois d'entre eux, atteints de diarrhées, qui ont eu l'imprudence, pour étancher leur soif, de boire dans les jardins de l'asile des eaux ménagères et savonneuses d'égouts, provenant du lavoir et des autres services de la maison.

M. Girard fait remarquer dans son intéressante notice que les symptômes prémonitoires (diarrhée) se sont montrés presque simultanément dans les deux grandes divisions et divers quartiers de l'asile, sans qu'on puisse rigoureusement assigner un foyer spécial d'où se serait propagée l'épidémie.

On a pu noter le même jour 21, 14, 12, 8 cas de symptômes prodromiques disséminés dans les différentes parties de l'asile. (L'épidémie a débuté le 15 août et a fini le 8 septembre.)

Aucun âge, aucune condition, aucun sexe n'ont été épargnés ; les mélancoliques, les idiots, les épileptiques et déments, les malades, en un mot, dont le système nerveux offre la plus grande dépression, ont été le plus vivement pris et les plus nombreux, malgré le chiffre prédominant des maniaques chroniques dans l'asile et malgré les précautions et les soins hygiéniques les mieux entendus.

La proportion des aliénés atteints a été de 1 sur 3, déduction faite des employés.

La population de l'asile a été surveillée avec une extrême attention et les malades traités, le jour même du début, par l'eau de riz gommée avec addition de thériaque, la diète, le repos et, le plus souvent, la chaleur du lit. Sous l'influence de cette médication aussi simple qu'efficace, M. Girard a été assez heureux pour voir dans 89 cas sur 92 une réaction modérée s'opérer ordinairement dans les vingt-quatre heures, les selles cesser, le pouls se relever, la chaleur reparaître aux extrémités, et avec ce cortége de symptômes favorables la peau se couvrir d'une douce moiteur.

La durée moyenne du traitement a été de 1 à 3 jours, quelquefois 6, rarement au delà ; cependant elle s'est prolongée chez un aliéné pendant 14 jours.

On a pu observer sur quelques malades un embarras gastrique compliquant la diarrhée et se terminant par la suette, et chez l'un d'eux le choléra avec crampes, vomissements, diarrhée riziforme, froid des extrémités, symptômes organiques, s'est manifesté à la suite de la suette.

La diète, les boissons légèrement stimulantes, la chaleur du lit, les frictions ont été les moyens employés dans ce cas ; la réaction s'est opérée favorablement et le malade a guéri.

Chez un autre, tous les symptômes cholériques ont fait place à la suette, et le malade a également guéri sous l'influence d'une semblable médication.

En résumé, il résulte de l'étude des faits observés par M. Girard :

Que les conditions hygiéniques, et parmi elles celles qui ont trait à la quantité d'air, à l'espace et à la ventilation, ont paru jouer un rôle important comme moyens préventifs.

(On voit en effet dans sa statistique que, lorsque les aliénés étaient encombrés dans les vieux bâtiments manquant d'air, d'espace, de vue et de ventilation, la proportion des décès s'élevait à 1 sur 8 environ ; tandis que depuis qu'ils habitent entièrement le nouvel édifice, toutes conditions autres que la quantité d'air, l'espace, la ventilation, les distractions par la vue, restant les mêmes, la proportion dans la mortalité est descendue pendant cette dernière période à 1 sur 18 et 1 sur 20).

Il en résulte encore que le choléra s'est toujours manifesté par des symptômes prémonitoires, qu'un traitement rationnel a suffi pour arrêter 88 fois sur 92.

FRACTURES DE LA JAMBE

traitées par l'appareil de M. Baudens (1).

Obs. I. — *Fracture complète de la jambe gauche vers le tiers inférieur.* Rédigée par M. le docteur Marturé, aide de clinique.

Au n° 18 de la salle 30, était couché le garde municipal Kirmann, âgé de quarante ans, d'une bonne constitution, entré au Val-de-Grâce le 3 mai 1844 pour une fracture de jambe occasionnée par une chute de cheval. Le cheval s'étant abattu, le membre gauche du blessé s'est trouvé pris entre le corps de l'animal et le sol.

On constate sur le tiers inférieur de la jambe gauche une fracture du tibia et du péroné. Ce dernier os est cassé un peu plus bas que le tibia, de sorte que la fracture a une direction oblique de haut en bas et de dedans en dehors. La déformation du membre n'est pas très prononcée ; il y a peu de tuméfaction, peu de douleur. Crépitation facile à sentir ; raccourcissement de 2 centimètres ; grande mobilité dans la partie de la jambe qui se trouve au-dessous de la fracture. Le pied est tourné en dehors. — Diète ; saignée de 500 grammes ; limonade pour boisson, potion purgative pour le lendemain. On maintient le membre dans la demi-flexion, et l'on applique de la glace sur la blessure, préalablement recouverte d'un peu de charpie. La charpie forme la trame du cataplasme à la glace de M. Baudens, et répand uniformément le froid sur tous les points tégumentaires.

Le 7, le gonflement a bien diminué ; il n'y a presque plus de douleur. On observe une teinte ecchymotique jaunâtre sur une grande étendue de la jambe. Le membre, jusque-là simplement déposé sur un grand coussin de crin bordé sur les côtés pour le bien soutenir en contact immédiat avec de grosses éponges communes aux trois quarts déchirées par le milieu pour lui faire une gouttière, composée en quelque sorte d'oreillers jumeaux, se trouvant dans de bonnes conditions, M. Baudens applique ce matin son appareil. Après avoir fait disparaître le raccourcissement au moyen de l'extension et de la contre-extension, il rend aux parties, par des lacs coaptateurs convenablement disposés, leur direction et leur conformation normales. Ainsi, un lacs dont les chefs sont noués sur la paroi latérale interne, ramène en dedans le fragment supérieur du péroné, qui a de la tendance à se porter en dehors. Un second lacs agissant en sens opposé empêche le fragment inférieur du tibia de se porter du côté opposé. On s'oppose à la rotation du pied en dehors en nouant les lacs extensifs sur les trous internes du chevalet, et en soutenant fortement le talon en repliant sous la plante du pied les bouts du petit matelas qui recouvre le plancher de la boîte, privé de crin.

Le 8, le blessé ne souffre nulle part. La jambe est très bien maintenue dans l'appareil. — Les applications de glace sont supprimées.

Le 10, on resserre les liens relâchés. On reconnaît que le fragment supérieur a une tendance marquée à se porter en avant et en dedans. On applique sur lui une petite compresse graduée fixée par une épingle au centre d'une bande longue de 1 centimètre, dont les chefs sont engagés dans les trous de la boîte les plus voisins du plancher. On tire sur les lacs, et la réduction opérée on les noue ensemble. L'état du malade est toujours très satisfaisant.

Aucun accident n'étant venu troubler le travail de la cicatrisation osseuse, l'on s'est borné à resserrer les liens à mesure qu'ils se relâchaient, et à découvrir de temps en temps le membre pour voir si le bon état des parties se soutenait.

Le 3 juillet on lève l'appareil, et l'on trouve la fracture bien consolidée, sans raccourcissement ni difformité. La tumeur du col est très peu volumineuse ; la jambe n'est pas amaigrie. Pour combattre une légère roideur dont le genou et le cou-de-pied sont le siége, des frictions seront faites sur ces parties avec un liniment camphré. Le malade, de son côté, imprimera fréquemment de petits mouvements à ces articulations.

Le 12, on permet au blessé de marcher avec des béquilles. La roideur articulaire s'est dissipée peu à peu ; et le 8 août, Kirmann est sorti du Val-de-Grâce, marchant très bien sans éprouver la moindre claudication.

La consolidation était complète dès le quarante-cinquième jour. M. Baudens aurait pu enlever son appareil dès ce moment ; mais il a remarqué que les fractures obliques ont une tendance à opérer un raccourcissement quand le cal est encore assez tendre pour céder un peu. Par ce motif, quand la fracture est oblique, l'appareil est maintenu au moins pendant deux mois. Du reste, comme à partir du quinzième jour il n'opère plus que passivement, parce qu'on a obtenu tout ce qu'on désire.

Obs. II. — *Fracture complète de la jambe gauche compliquée de plaie.* Recueillie par M. Marturé, aide de clinique.

Masson, soldat au 40e de ligne, âgé de vingt-quatre ans, d'une constitution assez forte, d'un tempérament bilieux très prononcé, fut, le 25 décembre 1843, renversé par une malle-poste qui lui passa sur les extrémités inférieures. Il en résulta une contusion violente au pied droit et à la cuisse gauche, ainsi qu'une fracture avec plaie des deux os de la jambe de ce dernier côté. Le blessé fut transporté immédiatement à l'hôpital Saint-Louis, où on lui appliqua l'appareil à attelles des fractures de la jambe, après lui avoir pratiqué une forte saignée du bras. La nuit se passa sans sommeil, à cause des vives douleurs que Masson ressentait dans la jambe fracturée.

Le lendemain, 26, il fut conduit vers midi à l'hôpital du Val-de-Grâce, salle 31, n° 16.

A la visite du 27, on enlève l'appareil appliqué à Saint-Louis, et voici ce qu'on observe : La jambe gauche est le siége d'une fracture complète des deux os. Cette fracture est oblique, et existe un peu au-dessous de la partie moyenne du membre. La jambe est déformée, et présente un raccourcissement d'environ 6 centimètres. La crépitation se constate avec une grande facilité. De nombreuses phlyctènes couvrent le membre, considérablement engorgé. La pointe du fragment supérieur fait en dedans et en avant une saillie qui menace de percer la peau. Il existe en dehors, au niveau de la saillie formée par la pointe du fragment inférieur, une plaie contuse d'environ 3 centimètres de longueur, qui pénètre jusqu'au foyer de la fracture et peut admettre le bout du doigt.

Le blessé dit que dès le principe cette plaie a donné lieu à un écoulement sanguin abondant. Lorsque la roue a passé sur sa jambe, Masson a entendu un craquement très distinct.

Une contusion forte avec ecchymose noirâtre se remarque sur la face antérieure de la cuisse gauche, vers sa partie moyenne. L'articulation tibio-tarsienne droite est aussi le siége d'une contusion violente et d'un engorgement considérable qui s'étend sur une grande partie de la face dorsale du pied. Pas de fracture dans cette région.

90 pulsations par minute ; le pouls plein ; peau fraîche, langue bonne ; peu de soif ; pas de céphalalgie.

La plaie est pansée simplement, et la jambe fracturée est placée dans la quasi-flexion sur un coussin en crin et sur des éponges aux trois quarts déchirées formant gouttière. — On prescrit une application continue de glace sur le membre, préalablement recouvert d'une légère couche de charpie pour former la trame d'un cataplasme à la glace ; la diète, de la limonade et une saignée du bras. Quant au pied droit, on l'entoure d'un bandage modérément serré qu'on tiendra constamment arrosé d'eau froide.

Le 28 décembre, membre fracturé moins tuméfié ; tension et chaleur peu considérables ; le malade n'éprouve de douleur que lorsqu'on vient à mouvoir la jambe ou à presser sur elle. Il a bien dormi, et son état général est satisfaisant, sauf le pouls, qui conserve encore un peu de fréquence. Les accidents inflammatoires n'étant pas très prononcés, la jambe est placée dans l'appareil de M. Baudens. Comme le fragment inférieur du tibia est tiré en dehors, on s'oppose à ce déplacement à l'aide d'un lien coaptateur agissant de dehors en dedans ; un autre lien agissant en sens inverse, c'est-à-dire de dedans en dehors, presse modérément sur le fragment supérieur du même os, qui a de la tendance à se porter en dedans et un peu en avant. Ces liens sont fixés sur le membre. — On continue les applications de glace sans toucher au bandage du pied, qui est toujours arrosé d'eau froide.

Le 29, pas de douleur dans la jambe ; celle-ci est parfaitement maintenue dans l'appareil ; pouls tombé à 65 pulsations par minute. — Soupe ; bouillon et pruneaux ; limonade.

Le 30, pas de garde-robe depuis le jour de l'accident ; un lavement émollient détermine quelques selles.

Le 2 janvier, le malade continue d'aller très bien. La glace, qui a fait son temps, commence à occasionner un sentiment de froid désagréable. Plus de calorique en excès. — Suppression des applications de glace ; quart, soupe au lait et pomme cuite ; diète de vin ; limonade. Suspension de l'eau froide sur le pied droit, qui n'est presque plus tuméfié, ni douloureux.

Le 5, la plaie, pansée chaque jour à l'aide de quelques boulettes de charpie douce introduites dans son excavation, est devenue vermeille, couverte de bourgeons, suppure peu. On fait un pansement complet en appliquant les bandelettes de Scultet laissées sur les côtés du membre, sans les utiliser.

Le 7, la chute d'une eschare au pied droit, suite de la contusion violente dont cette partie a été le siége, a donné naissance à une plaie peu étendue, arrondie, située un peu au-dessous de la malléole externe.

Le 15, la petite plaie du pied fournit peu de pus ; elle se couvre de bourgeons charnus que l'on réprime avec le nitrate d'argent. Le malade mange la demie.

Le 18, renouvellement du pansement du membre fracturé, auquel on n'a pas touché depuis treize jours. On trouve la jambe dans un bon état ; il n'y a plus ni tension, ni gonflement, ni douleur ; il y a seulement encore un peu de chaleur. La plaie offre un bel aspect et suppure médiocrement. On s'aperçoit que la pointe du fragment inférieur du tibia tend à faire saillie en avant ; on remédie à cette déviation à l'aide d'un lacs et d'une compresse pliée en plusieurs doubles, qui exercent une compression modérée, mais suffisante, sur l'extrémité de ce fragment.

Le 30, la plaie du pied droit est complétement cicatrisée. Plus de traces de contusion ni d'engorgement dans cette partie du membre, qui est tout à fait revenu à son état normal, et exécute sans douleur tous les mouvements qui lui sont propres.

Le 1er février, la plaie de la jambe marche vers la cicatrisation ; elle suppure très peu. La pointe du fragment supérieur forme un peu saillie en dedans ; on y obvie à l'aide d'une compresse graduée et d'une bande fixée à la paroi externe de la caisse.

Le 13 février, la plaie est entièrement cicatrisée, et la fracture con-

(1) Suite. — Voir les numéros des 20 et 27 janvier.

solidée avec réunion exacte des fragments. Néanmoins le membre est encore maintenu dans l'appareil, afin que le cal acquierre une plus grande solidité.

Ce n'est que le 12 mars que l'appareil a été levé d'une manière définitive. L'on constate alors l'état suivant : Consolidation parfaite de la fracture sans raccourcissement, ni difformité ; le cal forme une tumeur à peine appréciable, et l'on sent dans toute sa longueur la crête du tibia, qui n'offre ni saillie, ni inégalité anomales. La jambe n'est pas amaigrie ; il y a de la roideur dans le genou et le cou-de-pied, surtout dans cette dernière articulation.

Sous l'influence de l'exercice, des douches et des frictions huileuses camphrées, les mouvements se sont graduellement rétablis dans ces jointures ; et dès les premiers jours d'avril Masson marchait très bien sans boiter.

Obs. III. — *Fractures multiples de la jambe gauche compliquées de luxation du pied au dehors.*

Par M. le docteur Marturé, aide de clinique.

Dans la matinée du 17 juin, le garde municipal Schoel montait un cheval qui, effrayé à la vue de quelques voitures, s'emporta, vint heurter contre l'une d'elles, et s'abattit avec tant de violence qu'il tomba roide mort. Schoel, entraîné dans cette chute, fut violemment meurtri et perdit connaissance pendant quelques minutes.

Transporté immédiatement au Val-de-Grâce par ses camarades, le blessé a été couché au n° 47 de la salle 30. A son entrée, M. Baudens l'examine et constate, du côté gauche, une fracture double du tibia, une fracture du péroné et une luxation complète du pied en dehors. Ces diverses lésions siégent toutes sur le membre droit. Des deux fractures du tibia, la première existe sur le corps de l'os, à 10 centimètres au-dessous de l'épine ; la deuxième, à son extrémité inférieure, vers la partie moyenne de la malléole interne. Dans ce point, le fragment supérieur présente un angle saillant au-dessous duquel on rencontre une dépression brusque et anguleuse. La solution de continuité du péroné ne correspond pas à celle du tibia ; elle se trouve à 7 ou 8 centimètres au-dessus de la malléole externe. Ces trois fractures, dont une crépitation évidente et une mobilité anomale indiquent nettement le siége, sont accompagnées d'une tuméfaction et d'une tension considérable de la jambe, qui est toute déformée. Le pied, luxé en dehors, offre les caractères suivants : Ligne axuelle du pied dans l'adduction ; bord interne du pied relevé ; bord externe renversé vers le sol ; tumeur sous-malléolaire interne. Le blessé ne peut mouvoir le membre ; il éprouve des douleurs vives accrues par la pression et par les mouvements imprimés à la jambe. Point de plaies aux téguments ; seulement quelques excoriations. D'autres excoriations se remarquent au genou, à la hanche et à l'épaule du côté droit ; tout ce côté du corps porte la trace de contusions assez fortes. L'état général n'offre rien de particulier.

Le blessé, ayant perdu connaissance au moment de l'accident, ne peut donner aucun renseignement bien précis sur ce qui s'est passé.

Schoel est âgé de trente et un ans ; d'une bonne constitution, d'un tempérament lymphatico-sanguin, il jouit habituellement d'une bonne santé.

Après avoir réduit avec une grande facilité la luxation du pied, M. Baudens place la jambe étendue sur un coussin en crin garni d'éponges en partie déchirées, comme de petits oreillers jumeaux, pour faire gouttière au membre. — Diète ; limonade ; saignée de 500 grammes, qui sera renouvelée dans la soirée ; application permanente de glace sur la jambe, préalablement recouverte d'une légère couche de charpie, afin de répartir uniformément l'action du froid sur la surface tégumentaire.

Le 18, le membre est dans la position qu'on lui a donnée la veille. Douleurs vives, tension considérable du pied et de la jambe ; sur la face interne de celle-ci, un peu au-dessous de son tiers moyen, apparition d'une large phlyctène remplie d'une sérosité brunâtre, à laquelle on donne issue en incisant l'épiderme soulevé. Nuit agitée, sans sommeil. — On renouvelle la saignée du bras. On ajoute du sel marin à la glace, et on obtient une température de — 9° cent., dont le blessé éprouve un grand sentiment de bien-être ; malgré ce froid intense, le membre *frappé à la glace* continue à faire éprouver au malade une sensation de chaleur bien plus grande dans la jambe fracturée que dans l'autre. Ce signe, le critérium de M. Baudens, démontre que le froid doit être continué.

Le 20, quelques heures de sommeil pendant la nuit ; douleurs moins vives ; la tuméfaction des parties n'a pas augmenté ; elle reste à peu près stationnaire. Chose remarquable, les désordres locaux, malgré leur gravité, ne sont accompagnés d'aucun mouvement fébrile. Jusqu'à ce jour, il ne s'est point manifesté de réaction générale ; le pouls est resté calme et tranquille, à 62 pulsations ; il y a moins de chaleur dans le membre fracturé. — On continue toujours les applications de glace, mais on supprime le sel.

Le 23, amélioration notable dans l'état du membre, tension et tuméfaction modérées, douleurs presque nulles. Une ulcération superficielle d'un assez bon aspect remplace la phlyctène ouverte ces jours derniers. Les fâcheux pressentiments, la crainte de la gangrène, qu'on n'aurait pu attribuer qu'à un excès d'inflammation, car aucun bandage n'avait été placé, sont actuellement dissipés grâce à l'emploi d'énergiques réfrigérants. L'état général est très satisfaisant. On applique ce matin l'appareil à fracture. Les divers liens extensifs, contre-extensifs et coaptateurs sont disposés de manière à s'opposer au déplacement des os suivant la longueur, la direction et la circonférence. Le pied est ramené en dedans et maintenu dans cette position par des lacs qui embrassent sa face dorsale et viennent se nouer sur les trous de la paroi latérale interne. Cette paroi, dans la circonstance présente, remplace parfaitement l'attelle de Dupuytren pour les fractures du péroné. Le pouls est descendu graduellement jusqu'à 45 pulsations. Le membre fracturé n'est plus aussi chaud ; la glace surtout, vers trois heures du matin, commence à être désagréable au malade, à le refroidir ; le moment est venu de la supprimer graduellement en alternant avec des fomentations froides. Ce qui est fait.

Le 24, le blessé se trouve très bien dans son appareil ; il n'éprouve aucune douleur ; il a passé une bonne nuit.

Le 26, examen de la jambe ; on la trouve dans un bon état. Sur une grande partie de sa surface, elle offre une teinte ecchymotique jaunâtre annonçant la résorption de l'épanchement sanguin.

Le 29, le malade se plaint de quelques douleurs au talon. On remonte un peu la talonnière, afin de laisser le talon dégarni et libre de toute pression. Cela suffit pour faire cesser ces douleurs, qui depuis lors n'ont plus reparu. L'ulcération de la partie interne de la jambe est tout à fait cicatrisée. La tuméfaction est presque entièrement tombée, et l'état local est aussi favorable que possible. — On supprime les fomentations froides. Le pouls est à 40 pulsations, calme et développé.

Le 10 août, on dégage le membre des bandelettes qui l'enveloppent, tout en le laissant encore dans la boîte soumis à l'extension, à la contre-extension et à la coaptation. Les bandelettes sont roulées sur chaque côté de la jambe en guise de faux-fanons. On recommande au malade de faire souvent exécuter à son pied de petits mouvements, afin de prévenir l'ankylose de cette articulation. Le pouls est remonté successivement jusqu'à 65 pulsations.

Enfin, le 16 août, on fait la levée définitive de l'appareil. Les trois fractures sont très bien consolidées, il n'y a ni raccourcissement, ni déformation ; la luxation du pied est également bien guérie ; seulement il existe vers les malléoles et le cou-de-pied un peu d'engorgement avec gêne partielle des mouvements de l'articulation tibio-tarsienne, contre lequel on met en usage les frictions huileuses et les douches.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Par arrêté en date du 1er de ce mois, le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics a décerné au nom de l'Empereur, et en récompense de leurs services pendant la dernière épidémie de choléra, des médailles d'or aux personnes dont les noms suivent :

Ain. — Beroud, d.-m., à Nantua ; sœur Marie, de l'ordre de Saint-Joseph.

Aisne. — Carteret, lieut. de gend., à Château-Thierry ; Cordier, d.-m., à Saint-Quentin ; Jolly, d.-m., à Château-Thierry.

Alpes (Basses-). — Richaud fils, d.-m., à Seyne ; Vendenhémèle, brigadier de gendarmerie, à Barrême.

Alpes (Hautes-). — Blanc, d.-m., à Gap ; Héritier, d.-m., à Château-villevieille ; Michel, d.-m., à Gap ; les religieuses de l'hospice de Gap ; les sœurs du couvent de la Providence, à Gap.

Ardèche. — Garnier, d.-m., à la Voulte ; sœur Olympe, de la Sainte-Trinité ; Verny (Mme Amédée), à Aubenas.

Ardennes. — Brion fils, élève en méd., à Buzancy ; Chenet, médecin, à Chatel-Chéhéry ; communauté de la Divine Providence, à Reims ; Faille, d.-m., à Vouziers.

Ariége. — Bouzom, brossier, à Pamiers ; Courrent, maire, à Belesta ; Duran, juge de paix, à Ax ; Granier, architecte, à Foix ; Pons, juge de paix, à Mirepoix ; Stupuy, régent de collége, à Pamiers ; Vialle (Mme Hélène), supérieure de l'hospice, à Saint-Girons.

Aube. — Delacour, maire, à Rosnay ; Vernaud, maire, à Bar-sur-Aube.

Aude. — Amiel, maire, à Aurignac ; Cazaintre, d.-m., à Limoux ; Coste, d.-m., à Carcassonne ; Costesèque, brig. de gendarm. ; Dieuzède, chirurgien au 1er hussards ; Fonds de Niort, juge de paix, à Niort ; Fréjacque, d.-m. ; Marty, d.-m., à Castelnaudary ; Narbonne, d.-m., à Narbonne ; Roque-Salvaza, maire, à Carcassonne.

Aveyron. — Jacob, d.-m., à Rodez.

Bouches-du-Rhône. — Boyer, d.-m., à Marseille ; Goyrard, d.-m., à Aix ; Honnorat, 1er adjoint, à Marseille ; Marre, adjoint, à Marseille ; Olivier, élève en médecine de Paris ; Rame, 1er adjoint, à Arles ; Rampal, élève en médecine, à Marseille ; Remacle, maire, à Arles ; Roux, adjoint, à Aix ; Roux, pharmacien, à Marseille ; Thomas, d.-m., à Marseille ; Volpelière, d.-m., à Aix.

Charente-Inférieure. — Buteau, maire, aux Portes ; Delouche, maire, à Saint-Denis-d'Oléron.

Cher. — Maugenest, d.-m., à Saint-Amand.

Corse. — Abbatucci, d.-m. ; Piras, juge de paix, à Bonifacio.

Côte-d'Or. — Causard, d.-m. ; Crouigneau, d.-m. ; Fournier, médecin, à Beaumont-sur-Vingeanne ; Maître, maire, à Veuxaulles.

Côtes-du-Nord. — Bozec, adjoint, à Bréhat ; Le Conlat, d.-m., à Paimpol ; Le Tron, maire, à Bréhat.

Doubs. — Sœur Crestin-d'Oussière ; Goguel, ingénieur civil, à Hérimoncourt ; Martin, d.-m., à Besançon ; Noble, directeur, à Bellevaux.

Drôme. — Alléa, maire, à Mallans ; Avias, d.-m., à Lus-la-Croix-la-Haute ; Dupré-Latour, d.-m. ; Dupré de Loire.

Finistère. — Delannégrie, d.-m. ; Lannurien, d.-m., à Morlaix.

Gard. — Schilizzi, d.-m., à Aigues-Mortes.

Garonne (Haute-). — Desbarreaux-Bernard, d.-m., à Toulouse ; Ramel, à Toulouse ; Ripoli, d.-m. ; Spont, maire, à Cierp.

Gironde. — Arnozan, d.-m., à Bordeaux ; Levieux, d.-m., à Bordeaux.

Hérault. — Anselme, adjoint, à Saint-Chinian ; Baron-Barthélemy, pharmacien, à Béziers ; Claret, élève en médecine, à Montpellier ; Kwasiborski, d.-m., à Saint-Chinian ; Léotard, élève en médecine, à Montpellier.

Indre. — Jaullain (sœur Rosalie), supérieure de l'hospice de Châteauroux.

Indre-et-Loire. — Allain-Dupré, d.-m., à Tours.

Isère. — Sœur Saint-Vincent, ordre de Saint-Vincent-de-Paul ; Reymond, maire, à la Mure.

Jura. — Chipon, notaire, à Dôle ; Dubief, aide-major, à Montmirey-la-Ville ; Verron, d.-m., à Dôle ; Vuillier, propriétaire, à Damparis.

Loiret. — Ballot, maire, à Montargis ; Marie-Angèle, sœur provinciale, et les sœurs de la Sagesse, à Orléans.

Maine-et-Loire. — Daviers, d.-m. ; Jouvet, d.-m., à Angers.

Marne. — Sœur Arsène, de l'hospice de Châlons ; Boulland, d.-m., à Sainte-Menehould ; Derodé, président de l'Académie impériale de Reims ; Ferton, adjoint, à Vinay ; Landouzy, directeur de l'Ecole secondaire de médecine de Reims ; sœur Marie-Alphonse de l'Espérance, à Epernay ; Mosnier, d.-m., à Châlons ; Nitot, maire, à Aï ; Perrier, d.-m., à Epernay ; Williame, juge de paix, à Saint-Remy-en-Bouzemont.

Marne (Haute-). — Humblot, juge de paix, à Prauthoy ; sœur Séraphine, supérieure de Bon-Secours, à Chaumont ; Veslot, maire, à Beurville.

Meurthe. — Bancel père, d.-m. ; Husson, adjoint, à Toul ; Parisot, d.-m. ; de Schacken, d.-m., à Château-Salins ; Mme la supérieure de la congrégation des sœurs de Saint-Charles.

Meuse. — Baillet, d.-m., à Bar-le-Duc ; Brichard, d.-m., à Lavoie ; Châtelaine, dite sœur Vincent, de Saint-Vincent-de-Paul, à Verdun ; Errard, d.-m., à Saint-Mihiel ; Fransquin, juge de paix, à Clermont ; Paris, militaire retraité, à Verdun.

Moselle. — Chollot, d.-m., à Fontoy ; Guillaume, d.-m., à Sarreguemines ; Petitgand, d.-m., à Gorze ; Rousset, d.-m., à Metz.

Nièvre. — Certaines (comte de), maire d'Anthien ; Marquet, élève en médecine de Paris.

Nord. — D'Aussac, sœur supérieure de l'Hôtel-Dieu, à Douai ; Claisse, adjoint, à Valenciennes ; Faucheux, d.-m., à Douai ; Mellac, sœur supérieure de l'hospice général de Douai ; Pollet, sœur supérieure des sœurs de Saint-Vincent-de-Paul, à l'Hôtel-Dieu de Valenciennes.

Oise. — Boursier, d.-m. ; Denoix, d.-m.

Pas-de-Calais. — Dansou, chirurgien, à Béthune ; Lemasson, élève en médecine de Paris ; Mlles Loppe, couturières, à Wimille.

Pyrénées-Orientales. — Aragon, maire, à Perpignan ; Bocamy, d.-m., à Perpignan ; Fortagut, maire, à Céret.

Rhin (Bas-). — Eissen, d.-m., à Strasbourg ; Rueff, d.-m., à Strasbourg.

Saône (Haute-). — Baulmont, d.-m., à Vesoul ; Bourdin, d.-m. et maire, à Pesmes ; Bouvier (le baron), à Vesoul ; Coze, professeur de la Faculté de Strasbourg ; Grammont (le marquis de), à Villersexel ; Julien, d.-m., à Vauconcourt ; Lyautey, intendant militaire, à Besançon ; de Marmier (le duc), membre du conseil général ; sœur Marie-Marthe, supérieure de l'orphelinat Bourdault, à Vesoul ; Parguez, d.-m., à Besançon ; Revon, maire, à Gray.

Seine-et-Oise. — Dambry, maire, à l'Ile-Adam ; Frémy, président du conseil d'hygiène, à Versailles ; Richier, d.-m., à Montfermeil.

Somme. — Gressier, maire, à Corbie.

Var. — Augier, d.-m., à Salernes ; Bravet, avoué, à Toulon ; Bonnardel, d.-m., à Var ; Gilly, d.-m., à la Verdiau ; Giraud, d.-m., à Draguignan ; Marquois, commissaire central de police, à Toulon ; Mourgues, d.-m., à Marseille ; Nouvelle, 1er adjoint, à Toulon ; Piffard, d.-m.

Vaucluse. — Sœur Castagnier, supérieure des sœurs hospitalières d'Avignon ; Chauffard, d.-m., à Avignon ; Germanes, président du tribunal de 1re instance, à Avignon ; Millet, d.-m., à Orange ; Noroy, directeur de l'Asile des aliénés, à Avignon ; Pamard, maire, à Avignon ; Rollet, maire, à Caderousse ; Touzet, d.-m., à Avignon.

Vendée. — Mallet, à Chantonnay.

Vosges. — Baud, d.-m., à Mirecourt ; Delamontagne, d.-m., à Neufchâteau ; Lahaye, juge de paix, à Senones ; Masson, d.-m., à Mirecourt ; Mathis, d.-m., à Dompaire.

Yonne. — Hédiard, d.-m., à Sens ; Laurent Lesseré, adjoint, à Auxerre ; Marie, d.-m. ; Martineau des Chesnez (le baron), maire, à Auxerre ; Paradis, d.-m., à Auxerre.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret du 27 janvier, l'Empereur a confirmé les nominations suivantes dans la Légion d'honneur faites par le général en chef de l'armée d'Orient. Ont été nommés chevaliers :

MM. Scrive, médecin principal de 1re classe ;
Lambert, médecin aide-major de 2e classe ;
Fratini, médecin aide-major de 1re classe ;
Comte, médecin major de 2e classe au 6e de ligne ;
Housseau, médecin aide-major au 2e de zouaves ;
Bruneau, médecin major au 42e de ligne ;
Lenoir, médecin major de 2e classe au 26e de ligne ;
Rateau, pharmacien aide-major de 1re classe.

— Par décret impérial du 13 décembre 1854, l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers est ainsi réorganisée :

Professeurs titulaires :

Anatomie et physiologie. — M. Orillard.
Pathologie et médecine opératoire. — M. Gaillard.
Clinique externe. — M. Bas.
Pathologie interne. — M. Jolly.
Clinique interne. — M. Barilleau.
Accouchements, maladies des femmes et des enfants. — M. Bonnet.
Matière médicale et thérapeutique. — M. Pingault.
Pharmacie et notions de toxicologie. — M. Malapert.

Professeurs adjoints :

Clinique externe. — M. Quotard.
Clinique interne. — M. Guignard.
Anatomie et physiologie. — M. Brossard.

Professeurs suppléants :

Pour les chaires de médecine proprement dite. — M. Guérineau.
Pour les chaires de chirurgie et d'accouchements. — M. Le Petit.
Pour les chaires d'anatomie et physiologie. — M. Delaunay.
Pour les chaires de sciences accessoires. — M. Morineau.

M. de Lamardière est nommé chef des travaux anatomiques.

M. Barilleau, professeur de clinique interne, est nommé directeur de ladite Ecole.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE.

Le vendredi 14 mars 1855, à midi précis, un concours public sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'administration de l'assistance publique, rue Neuve-Notre-Dame, n° 2, pour la nomination à deux places de médecins au Bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices.

MM. les docteurs qui voudront prendre part à ce concours devront se présenter au secrétariat de l'administration pour y prendre connaissance des conditions d'admission et se faire inscrire du samedi 10 février courant au samedi 24 du même mois inclusivement, de dix heures du matin à quatre heures de relevée.

Le secrétaire général,
Signé L. Dubost.

Le Gérant.
Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 12 FÉVRIER 1855.

Séance de l'Académie des Sciences.

M. Longet a lu dans cette séance un mémoire dont les conclusions tendraient à modifier quelques-unes des idées qui ont été récemment introduites dans la science relativement à l'action du suc gastrique sur les matières albuminoïdes et à l'origine du glucose. Le but principal de ce travail est de faire connaître certaines influences que le produit de la transformation des matières albuminoïdes par le suc gastrique exerce sur le glucose. En ce qui concerne ce dernier produit, on sait que sa présence est révélée par la réaction du tartrate de cuivre et de potasse. Lorsque la réduction par ce réactif manque, c'est-à-dire quand il n'y a pas précipitation d'hydrate d'oxydule de cuivre, on en conclut qu'il n'existe point de glucose. C'est contre la légitimité de cette conclusion que s'élève M. Longet. Il est vrai que dans une dissolution acidule de fibrine, d'albumine, de gluten ou d'un autre composé protéique, il est toujours possible, à l'aide du réactif indiqué, de révéler la présence du glucose en rendant au préalable cette dissolution alcaline. Mais M. Longet a constaté qu'il n'en est plus ainsi quand ces principes immédiats azotés ont convenablement subi l'action dissolvante et transformatrice du suc gastrique. Il a reconnu que dans ce liquide filtré qui vient de les digérer, l'addition immédiate du glucose n'est plus accusée par la liqueur cupro-potassique.

La connaissance de ce fait a naturellement conduit M. Longet à instituer une autre série d'expériences qui lui ont fait constater l'existence du glucose dans le sang de la veine-porte *avant* son entrée dans le foie et dans le sang des veines sus-hépatiques recueilli après son passage à travers cet organe.

Bien que M. Longet ne préjuge rien de ces résultats en ce qui regarde la fonction glucogénique du foie, on ne peut cependant s'empêcher de reconnaître qu'ils coïncident d'une manière remarquable avec les faits exposés par M. Figuier dans le mémoire que nous avons résumé il y a huit jours.

— Dans un des numéros précédents nous avons exposé les conclusions d'un mémoire sur les battements du cœur, dans lequel M. le docteur Hiffelsheim cherchait à établir par des expériences de physique que le cœur bat parce qu'il recule, c'est-à-dire que pendant la systole ventriculaire le cœur droit se porte en avant en vertu du mouvement de recul, par le même mécanisme que recule une arme à feu par l'explosion de la poudre. M. le docteur W. Nylander nous communique à ce sujet le résultat de quelques expériences dont il nous a rendu témoin, et qui tendent à démontrer, contrairement à la thèse soutenue par M. Hiffelsheim, que le cœur est projeté en avant au moment de la diastole ventriculaire, c'est-à-dire au moment où le ventricule reçoit l'afflux brusque du sang chassé de l'oreillette. Voici sa note :

« En soumettant au criterium de l'observation directe cette théorie du recul qui fait coïncider le battement du cœur avec la systole ventriculaire, dit M. Nylander, on trouve qu'une telle manière de voir ne paraît nullement conforme à la nature. Il est, en effet, très facile de s'en convaincre en examinant le phénomène sur de jeunes animaux vivants chez lesquels la transparence parfaite des tissus permet de voir distinctement, à travers les parois thoraciques, tous les mouvements du cœur et du sang. Ainsi, sur de très jeunes poissons qui viennent d'éclore, l'œil peut suivre toute la série de ces mouvements, et l'on constate alors sans aucune difficulté que le cœur est projeté en avant au moment de la diastole ventriculaire, c'est-à-dire au moment que le ventricule reçoit l'afflux brusque du sang chassé de l'oreillette. Le flot sanguin arrivé dans l'oreillette est, par la systole auriculaire, poussé brusquement dans la cavité ventriculaire, qui, cédant à cette impulsion, se dirige en avant dans son mouvement de dilatation. On voit alors la pointe du cœur s'émousser contre la paroi thoracique. Le ventricule se contracte ensuite à son tour, mais avec un peu moins de rapidité que l'oreillette, et en même temps que la pointe du cœur s'amincit et se retire légèrement en arrière. Cette observation fait ainsi voir :

» 1° Que la systole auriculaire s'effectue d'une manière plus rapide que la systole ventriculaire;

» 2° Que la diastole auriculaire, au contraire, est plus prolongée que la diastole ventriculaire;

» 3° Que dans la diastole ventriculaire la distension du ventricule a lieu surtout dans son diamètre transversal;

» 4° Que la propulsion ou le battement du cœur contre la paroi thoracique est un effet de la systole auriculaire et isochrone avec elle. Ce dernier fait s'accorde parfaitement avec la théorie de Beau.

» Sur des grenouilles vivantes, on voit également, en ouvrant la poitrine par une incision longitudinale, le cœur battre contre le sternum au moment de la diastole ventriculaire, s'en éloigner, au contraire, pendant la systole du ventricule.

» Ces faits ne semblent pas être de nature à justifier l'explication des battements du cœur par un mouvement de recul. »

Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. JOBERT (de Lamballe).

Deux cas d'amputation sus-malléolaire suivie de réunion immédiate.

On voit en ce moment dans le service de M. le professeur Jobert (de Lamballe), salle Saint-Côme, deux malades qui ont subi à peu près en même temps l'amputation sus-malléolaire pour des lésions graves du pied, et chez lesquels, malgré quelques accidents intercurrents, indépendants d'ailleurs du traumatisme, la réunion immédiate a été obtenue. Ces deux faits venant déposer à la fois en faveur de l'amputation sus-malléolaire et du procédé opératoire de M. Jobert, ainsi que des précautions et des soins minutieux qu'il emploie pour obtenir la réunion par première intention, nous pensons qu'on lira avec intérêt les deux observations suivantes. Avant de les rapporter, toutefois, nous croyons utile de rappeler en peu de mots le procédé opératoire que M. Jobert emploie en pareil cas.

Le malade étant couché sur le bord d'un lit ou d'une table, son pied soutenu par un aide, tandis qu'un second aide comprime l'artère fémorale, et qu'un troisième embrasse de ses deux mains le bas de la jambe et fixe solidement le membre, l'opérateur, placé au côté externe du membre, procède comme il suit à l'opération, qui peut être divisée en trois temps :

Dans un premier temps, il plonge horizontalement le couteau en arrière des deux os de la jambe, en les rasant au point où ils devront être sciés; dirigeant ensuite le couteau en bas, il taille un large et épais lambeau aux dépens de la partie postérieure et inférieure de la jambe. Ce lambeau doit être assez long pour qu'après la section des os il puisse recouvrir toute la surface inférieure du moignon, et venir se rabattre jusqu'à la face antérieure de la jambe.

Le second temps consiste à tailler le lambeau antérieur au moyen d'une incision demi-circulaire. Ce lambeau doit être plus petit que le précédent, et mesuré de manière qu'il rejoigne dans toute son étendue le lambeau postérieur, et qu'il s'y adapte le plus exactement possible.

Ces deux lambeaux disséqués et maintenus relevés, le reste de l'opération se pratique comme dans les autres procédés, c'est-à-dire qu'après avoir fait la section du ligament interosseux et du reste des parties molles, on scie les os dans le point correspondant à la partie supérieure des lambeaux, puis on lie les vaisseaux, et les deux lambeaux sont mis en contact.

Pour ce qui concerne la ligature des vaisseaux, faisons remarquer que c'est là un des points essentiels, et l'un de ceux sur lesquels M. Jobert insiste le plus comme condition de la réunion immédiate. Il a le soin en effet de lier très exactement tous les vaisseaux qui donnent du sang, quelque petit que soit leur calibre.

Enfin les lambeaux sont affrontés, exactement mis en contact, et maintenus dans leurs rapports réguliers au moyen de plusieurs points de suture entortillée, et une légère compression est opérée sur le moignon à l'aide de plusieurs morceaux d'agaric, dans le double but de prévenir toute exsudation de sang qui pourrait s'opposer à la réunion immédiate, et de faciliter le recollement des tissus.

Voici maintenant les deux observations en question :

Ulcère cancéreux du pied gauche. — Amputation sus-malléolaire par le procédé à deux lambeaux. — Accidents de delirium tremens. — Réunion immédiate d'une grande partie de la plaie.

L..., âgé de vingt-deux ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 1er décembre 1854, salle Saint-Côme, n° 35. C'est un jeune homme maigre, d'un tempérament lymphatique, sujet dans son enfance aux engorgements

INFLUENCE DE LA COHABITATION (1).

Voici le texte même de ces règlements, au chapitre XV du Lévitique, verset 9e et suivants :

« La femme qui souffre, ce qui, dans l'ordre de la nature, arrive » chaque mois, sera séparée durant sept jours : *septem diebus separabitur*.

» Quiconque la touchera sera impur jusqu'au soir.

» Le lit où elle aura dormi et les siéges sur lesquels elle se sera » assise durant ces jours de séparation seront considérés comme » souillés.

» Celui qui toucherait ces différents objets sera tenu de laver ses » vêtements et demeurera impur jusqu'au soir.

» Que si un homme a commerce avec une femme qui est dans cet » état, il sera impur durant sept jours, et le lit où il aura dormi sera » souillé. *Si coerit cum eâ vir tempore sanguinis menstrualis, immundus erit septem diebus, et omne stratum in quo dormierit polluetur.* »

Le même législateur prescrit aussi aux femmes en couches une séquestration très prolongée, de trente à soixante jours. (Lévitique, chap. XII.)

Ceux qui trouveraient ces prescriptions exagérées doivent considérer qu'elles s'adressaient à un peuple sujet à la lèpre, qui négligeait fort les soins de propreté et qui habitait un pays chaud, où les exhalaisons putrides sont toujours beaucoup plus pernicieuses qu'ailleurs.

Dans la jeunesse, l'haleine est ordinairement douce, et le corps, chez les sujets sains et bien soignés, a pour ainsi dire une odeur de printemps qui éveille les sens et les invite à la volupté. Mais en vieillissant nous perdons ces avantages, et lors même que le corps reste sain et qu'il est tenu proprement, il exhale une odeur que je crois pouvoir comparer sans métaphore à celle des feuilles sèches; elle n'est pas désagréable chez les personnes saines et bien tenues, mais elle est tout autre que celle de la jeunesse, et je soutiens que par l'odorat seul et sans le secours de la vue on pourrait distinguer, à peu de chose près, l'âge de deux individus, ou du moins la période de la vie dans laquelle ils se trouvent.

Indépendamment de l'âge, du sexe, de la race, il y a des différences marquées d'un individu à un autre. Ainsi, les individus à cheveux rouges, hommes ou femmes, ont d'ordinaire une senteur forte et très connue. Chez les sujets bruns, les exhalaisons animales ont une odeur d'amandes amères. Les blonds sont peut-être les individus chez lesquels l'odeur caractéristique est le moins prononcée.

Les exhalaisons animales peuvent être altérées, soit par un état maladif, soit par un vice de constitution. En général, toutes les affections gastriques corrompent l'haleine. Celle des personnes sujettes aux affections nerveuses devient âcre aux approches des paroxysmes et s'adoucit ensuite. Le corps des mélancoliques et des maniaques exhale de ces odeurs ingrates. Elles viennent quelquefois d'un point particulier du corps, tel que les pieds ou les fosses nasales.

La mauvaise odeur qui se dégage des pieds par la transpiration chez certains individus est assurément fort importune, et c'est un des griefs que Marguerite de France articulait contre son royal époux, Henri IV, qui rachetait cette incommodité par tant d'esprit, de grâces et de vaillance. Son petit-fils Louis-le-Grand laissait aussi apercevoir par cet endroit qu'il n'était pas exempt des misères dont les plus vils mortels sont affectés.

Mais cela n'est encore rien en comparaison de la fétidité des narines, qui peut être le résultat d'une ulcération de la membrane pituitaire ou d'une carie partielle des os du nez, et qui, dans d'autres circonstances, est inhérente à la constitution et semble tenir simplement à la dépression trop grande ou à l'écrasement des os du nez. Cette infirmité, connue sous le nom d'ozène ou de punaisie, est si intolérable, si répulsive pour des conjoints, que certains théologiens et des médecins légistes l'ont signalée comme un cas de nullité dans le mariage, ou du moins comme un motif péremptoire de séparation.

S'il est des individus ainsi disgraciés par la nature, il en est d'autres chez lesquels les émanations du corps, par le privilége d'une heureuse constitution et d'une bonne santé, n'ont rien que d'agréable. De ce nombre était Alexandre le Grand, dont Plutarque dit, par la bouche de notre bon Amyot :

« Et me souvient d'avoir leu ès Commentaires d'Aristoxenus que sa » charnure sentoit bon et qu'il avoit l'aleine très doulce, et issoit de

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

ganglionnaires. Il y a trois ans il a eu une affection typhoïde; la convalescence ne fut complète qu'au bout de quatre mois. Quelques mois après le malade ressentit des douleurs dans le pied gauche, des tiraillements pendant la marche. Les douleurs restaient limitées à la face interne du talon gauche, à l'endroit où existe actuellement un orifice fistuleux. Il n'existait cependant pas de gonflement. Il y a un an, le malade fut jugé propre au service militaire. Quelque temps après la peau devint rouge, et le malade entra à l'hôpital de la Pitié au mois d'août dernier. Un trajet fistuleux s'était établi à la face interne du talon gauche. Une incision fut pratiquée. Le malade resta vingt et un jours à l'hôpital. Il rentra au même hôpital, où on lui fit subir une ablation partielle du calcanéum. Il sortit de la Pitié, et entra le lendemain daus le service de M. Jobert (de Lamballe) à l'Hôtel-Dieu.

Entré le 1er décembre, il y fut pris peu de jours après d'un accès de pelirium tremens. Voici quel était à cette époque l'état de son pied : à la face interne du calcanéum gauche on voyait une plaie profonde, rouge, à bords saillants; à la partie inférieure de la jambe gauche existent deux orifices fistuleux fournissant peu de pus, et paraissant tenir à une altération de la malléole externe. Le pied répand une odeur nauséabonde. L'ulcère est couvert de bourgeons saignant au moindre contact.

Le 13 décembre, M. Jobert pratique l'amputation sus-malléolaire par le procédé à deux lambeaux, que nous venons de décrire. La réunion a été opérée par des points de suture entortillée, après avoir eu toutefois le soin de lier exactement tous les vaisseaux.

Dès le lendemain une partie des lambeaux était déjà adhérente. Rien de notable n'eut lieu ce jour-là; mais le troisième ou le quatrième jour, le malade a été pris d'un accès de délirium tremens semblable à celui qu'il avait eu les premiers jours de son séjour à l'hôpital. Malgré cette circonstance défavorable, la réunion immédiate n'en a pas moins persisté.

Le 1er janvier, la partie de la plaie qui n'avait pas été réunie d'une manière immédiate avait tout au plus une largeur d'un centimètre; les bourgeons charnus étaient rouges; la sécrétion du pus était modérée et n'avait lieu qu'à la surface de la plaie.

La cicatrisation était complète partout le 31 janvier. A dater de ce jour le malade a commencé à se lever.

Nécrose des os du tarse et du quatrième métatarsien. — Amputation au tiers inférieur, à deux lambeaux. — Réunion immédiate.

D..., âgé de trente-trois ans, est entré à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Côme, n° 32. Cet homme, dont la jeunesse a été maladive et traversée par de fréquents accidents syphilitiques, était depuis longtemps dans un assez mauvais état général de santé, faible et sujet à de nombreux malaises, lorsque, vers le mois de novembre 1852, sans cause connue, il a éprouvé une sensation de douleur vague au bord externe du pied gauche.

En janvier 1853, il est survenu à la face externe de l'astragale du pied gauche un gonflement douloureux.

Au mois de mars tout le pied gauche était tuméfié, rouge et très sensible. La marche était devenue très difficile. Les douleurs allèrent toujours en augmentant jusqu'au mois de mai, époque à laquelle il entra à l'Hôtel-Dieu.

L'état du pied était alors le même qu'au mois de mars. M. Jobert fit faire des onctions avec la pommade au nitrate d'argent, et prescrivit l'usage de pédiluves alcalins et aromatisés. Au bout de quinze jours, il fallut pratiquer une incision au niveau de la face externe de l'astragale. Huit jours après, application du caustique de Vienne au fond de la plaie, répétée deux fois depuis dans l'espace de six semaines. Enfin, vers la fin de novembre, on dut pratiquer la résection du tiers postérieur du cinquième métatarsien et d'une partie du cuboïde.

Ce malade, après avoir été perdu de vue, rentre à l'Hôtel-Dieu le 11 janvier 1855, très affaibli et en proie à une toux sèche avec expectoration muqueuse. On entend à l'auscultation du craquement au sommet du poumon gauche.

Voici quel était alors l'état du pied : Il est diminué de longueur. Le bord externe mesure 0,18, tandis que le bord correspondant du pied droit est de 0,20; et le bord interne a 0,20, tandis que celui du pied droit a 0,24. Le bord interne du pied gauche est concave, le bord externe convexe. Son extrémité est déjetée en dedans. Sa face externe, vers le tiers postérieur, est rouge, tendue et présente au niveau de l'extrémité postérieure un pertuis du diamètre d'une lentille; au-dessus de ce pertuis, la peau est empâtée et douloureuse. Un stylet introduit dans ce pertuis, après un trajet d'environ 0,03, arrive sur des parties osseuses nécrosées. Il suinte de son orifice un pus mal lié, d'une odeur fade. La moitié antérieure du cinquième métatarsien existe seule. Le quatrième métatarsien est douloureux. Le tendon du jambier antérieur est tendu et paraît raccourci. Le malade ne peut faire exécuter aucun mouvement à son pied. La station sur ce membre est impossible.

Le 12 janvier, M. Jobert pratique l'amputation de la jambe au tiers inférieur. L'opération est faite d'après le même procédé que chez le malade ci-dessus, c'est-à-dire par le procédé à deux lambeaux; et les deux lambeaux sont réunis à l'aide de cinq points de suture entortillée.

Autopsie du pied. — L'extrémité postérieure du cinquième métatarsien manque, il ne reste que les deux tiers antérieurs de cet os. L'espace qu'occupait autrefois la portion enlevée de cet os est rempli par un tissu fibreux de nouvelle formation. La facette articulaire antérieure du cuboïde est dépourvue de cartilage; le cuboïde est nécrosé. Le tissu spongieux des os de la seconde et première rangée du tarse se laisse facilement couper; il est infiltré d'une matière jaunâtre visqueuse.

Dans la première journée qui a suivi l'opération, il ne s'est pas fait d'écoulement de sang.

Le soir, fièvre légère; douleurs dans la plaie; insomnie la nuit.

Le 13, pas d'écoulement de sang par la plaie; 100 pulsations; peau halitueuse.

Le soir, 132 pulsations; peau halitueuse; face rouge, animée. La plaie est un peu douloureuse encore. Pas d'écoulement de sang. Langue un peu grise. — Potion avec acétate de morphine, 0,02; un bouillon de poulet.

Le 14, légère rougeur érythémateuse autour du moignon; aspect luisant de la peau; 112 pulsations.

Le soir, toux, oppression. M. Jobert retire deux épingles aux angles de la plaie; les bords sont rosés.

Le 15, un peu de suintement sanguinolent sur les linges du pansement. On trouve une plaque érysipélateuse à la face interne du genou gauche; rougeur modérée de la jambe; quelques plaques de rougeur à la face interne de la cuisse et au pli de l'aine. Un peu de gonflement ganglionnaire; pas de frissons; pouls à 112.

Les bords de la plaie sont agglutinés, rosés; au-dessus existe un peu de tuméfaction et de rougeur. Pas de douleurs dans le moignon. — Eau-de-vie camphrée sur la plaque érysipélateuse du genou.

M. Jobert retire deux autres épingles; il suinte un peu de pus par les angles de la plaie.

Le 16, l'érysipèle a gagné la partie moyenne de la face interne de la cuisse. Un peu de pus grisâtre s'échappe de la plaie. La réunion par première intention est complète dans la partie interne du lambeau; 120 pulsations; langue blanche, nausées, quelques frissons légers, constipation. — Ipéca, 2 grammes; lavements purgatifs.

Le soir, l'érysipèle ne s'étend pas. Calme. Pas de suintement dans les linges de la plaie; vomissements dans la soirée. — Lavage de la plaie avec eau-de-vie camphrée.

Le 17, la plaie est réunie linéairement dans une grande partie de son étendue; dans les autres points les bords sont rosés et laissent écouler une petite quantité de pus grisâtre. On retire la dernière épingle. L'érysipèle a gagné la face externe du genou gauche. Langue légèrement humide. Peu de douleurs dans le moignon; insomnie. — Un bouillon; potion avec sel de morphine, 0,02.

Le soir, 112 pulsations; pas de vomissement, calme.

Le 18, un peu de sommeil; pas de frissons; bords de la plaie rosés, agglutinés. Pus verdâtre dans les linges du pansement; 112 pulsations, langue blanche.

Le 19, l'érysipèle existe toujours à la partie supérieure de la jambe et à la partie postérieure de la cuisse. 112 pulsations; langue humide, grise. La plaie est toujours réunie, excepté à l'angle externe; les lèvres en sont rosées. — On touche avec le nitrate d'argent; lavage de la plaie avec eau-de-vie camphrée.

Le 20, les lèvres de la plaie sont toujours réunies. Peu de pus et sans odeur fétide; 116 pulsations, langue un peu sèche. L'érysipèle existe toujours à la face externe et postérieure de la cuisse. — Mêmes prescriptions.

Le 22, 96 pulsations; état granuleux de la plaie. En dehors un peu de suppuration. — On en retire un fil.

Le 23, douleur dans le moignon. L'érysipèle envahit le moignon, qui est rouge, gonflé. — On touche avec le nitrate d'argent.

Le 24, même gonflement, mais moins de douleur. Même état de la plaie.

Le 26, on retire encore un fil. L'érysipèle n'existe plus, ni sur le moignon, ni sur aucun autre point du corps.

Le 28, 84 pulsations. Un peu d'appétit. Sensation de froid intense dans le pied gauche. La plaie est couverte de granulations; suppuration modérée et de bonne nature. — Le dernier fil est enlevé.

Le 31, la plaie est couverte de bourgeons charnus; la sécrétion purulente, modérée, ne se fait qu'à sa surface. Pas de douleurs. — Pansement avec eau-de-vie camphrée dans eau tiède; linge troué.

Dans les premiers jours de février la cicatrisation était complète dans les points qui ne s'étaient pas réunis immédiatement.

DES INHALATIONS DE CHLOROFORME

dans le traitement de l'éclampsie puerpérale,

Par M. le docteur C. BRAUN, professeur d'accouchements à Trient, et M. le docteur MEISINGER.

Les convulsions éclamptiques puerpérales défient les ressources de la thérapeutique; aussi est-ce avec un grand empressement que nous insérons l'analyse de tous les travaux capables de faire avancer la thérapeutique de ce redoutable accident. L'observation relatée par le docteur Meisinger nous fournit l'occasion de citer un extrait d'un ouvrage trop peu connu en France, et qui renferme cependant de précieux renseignements pratiques sur l'art des accouchements. Nous voulons parler de la *Clinique d'accouchements et de maladies des femmes* (*Klinik des Geburtshuelfe und Ginaekologie*), publiée en commun par le professeur Chiari (de Vienne), le professeur C. Braun et le docteur Spaeth (Erlangen, 1853, Enke, 2 livr.). Dans ce recueil, M. C. Braun a publié une monographie remarquable sur l'éclampsie (2e livre, p. 341), Nous lui empruntons le paragraphe relatant les résultats obtenus par les inhalations de chloroforme dans les convulsions éclamptiques.

Les résultats obtenus par l'application des inhalations de chloroforme dans le traitement de l'éclampsie puerpérale surpassent toutes les espérances qu'on avait pu concevoir. Nous avions recours aux inspirations de la vapeur anesthésique dans toutes les convulsions urémiques, au moment où survenaient les signes prodromiques de l'attaque, tels que l'inquiétude générale, la roideur graduellement croissante des muscles des bras. Les inspirations, faites au moyen de l'appareil de Vidal ou d'un mouchoir humecté de chloroforme, étaient continuées jusqu'à ce que les signes prodromiques de l'attaque eussent disparu et fait place à un sommeil calme, ce qui arrivait, en général, au bout d'une demi-minute à une minute. Lorsqu'il n'était plus possible de couper un accès, on continuait néanmoins la chloroformisation pendant l'accès, dans le but de diminuer son intensité, en ayant soin de la suspendre dès le début de l'état comateux, afin de laisser à l'air pur un libre accès aux poumons. On peut même continuer les inhalations lorsque l'occlusion du pharynx ne permet plus de porter de médicaments jusque dans l'estomac, ou qu'un râle trachéal intense annonce d'une manière manifeste le commencement d'un œdème pulmonaire.

Le plus souvent nous avons réussi au moyen du chloroforme à couper les accès, et sur sept femmes nous n'en avons perdu aucune dans le cours de l'attaque ou sous l'influence d'une fièvre puerpérale ultérieurement développée. L'anesthésie nous permettant dans tous les cas de terminer rapidement l'accouchement, nous avons vu naître sept enfants vivants; preuve manifeste de l'innocuité de cet agent anesthésique sur la vie des enfants. La quantité de chloroforme inspiré par chaque malade variait de 16 à 32 grammes. Nous ne pouvons donc que partager les opinions émises sur la valeur de ce mode de traitement par MM. Simpson (*Anæsthesia, or the employment of chloroform and ether in midwifery*, Philadelphia, 1849, p. 207), Channing (*A treatise on etherisation in childbirth*, Boston, 1848, p. 101, 254 et 261), Sedlwick en 1840, Kiwisch et Scanzoni en 1851, enfin par M. Leudet fils.

Le docteur Meisinger a publié une observation qui vient à l'appui des recherches antérieures.

OBS. — Une femme de vingt-huit ans entre le 2 septembre 1854 à la maison d'accouchements de Linz. Dans la nuit du même jour, à onze heures, elle accouche d'un enfant sain, à terme. Trois heures après l'accouchement on voit survenir des vomissements, de la diarrhée, de

---

» toute sa personne une odeur fort souëfve, tellement que les habille» ments qui touchoient à sa chair en étoient comme tous parfumez. »

Il paraît certain que le docte Cujas jouissait du même avantage.

Ces émanations de nature si diverse seront donc, selon leur origine et leur caractère, un principe de salubrité ou une source d'infection pour ceux qui habitent en commun.

La jeunesse porte avec elle la chaleur et la vie; son contact est restaurant. Aussi, lorsque le roi David, parvenu à un âge avancé, sentit ses membres s'engourdir et se glacer, ceux qui s'intéressaient à la conservation de ses jours placèrent près de lui, dit l'Ecriture (IIIe livre des Rois, ch. Ier), une jeune fille d'une grande beauté qui le servait et partageait sa couche; et comme il la respecta, sa santé en fut fortifiée.

Cappivaccio se flattait d'avoir conservé l'héritier d'une grande maison d'Italie, qui tombait dans le marasme, en le faisant coucher entre deux jeunes filles. Forestus rapporte qu'un jeune Bolonais fut retiré du même état en passant les jours et les nuits auprès d'une nourrice de vingt ans; et Boerhaave assurait à ses disciples qu'il avait vu un prince allemand guéri de la même façon.

Le judicieux et sage Montaigne nous prêtera son autorité en cette question. Voici ce qu'il raconte au chapitre XXe du livre Ier de ses *Essais :*

« Simon Thomas étoit un grand médecin de son temps. Il me sou» vient que me rencontrant un jour à Toulouse chez un riche vieillard » pulmonique, et traitant avec lui des moyens de sa guarison, il lui » dict que c'en estoit l'un de me donner occasion de me plaire en » sa compagnie; et que fichant ses yeux sur la frescheur de mon visage, » et sa pensée sur cette alaigresse et vigueur qui regorgeoit de mon » adolescence, et remplissant tous ses sens de cet estat florissant en » quoy j'estoy, son habitude s'en pourroit amender. Mais il oublioit de » dire que la mienne s'en pourroit empirer aussi. »

En effet, toute association disproportionnée, au physique comme au moral, fait une victime. Quelquefois même elle entraîne la perte de tous deux.

Le jeune homme qui par cupidité épouse une femme beaucoup plus âgée que lui, et la jeune fille qui, par un semblable motif, est mariée à un vieillard, ne tardent pas à être punis de ces calculs sordides, car en échange de cette fleur de jeunesse et de ce rayonnement de vie qu'ils apportent dans le mariage, ils ne reçoivent que des influences délétères, ou tout au moins affaiblissantes, et sont fanés et flétris avant l'heure.

Lorry a remarqué que la peau des jeunes femmes mariées à des vieillards devient sèche et rugueuse.

Et il ne faut pas croire que le mariage soit toujours pour les vieillards une fontaine de Jouvence; tout au contraire, il hâte souvent leur mort, en les exposant à une excitation habituelle qui dépasse la mesure de leurs forces. Il n'est pas de mon ressort de parler des désordres moraux auxquels de semblables associations donnent lieu; c'est le châtiment de ceux qui veulent jouir des privilèges de la jeunesse sans en avoir les avantages. Que chacun reste à sa place. Celui qui entre dans la maturité avancée doit se contenter de jouir de l'apaisement des passions et des progrès de l'esprit, qui gagne en étendue et en justesse ce qu'il perd peut-être en vivacité. Qu'il se contente de sourire à la jeunesse sans se mêler à ses jeux : il y serait inhabile. L'indulgence sied bien au vieillard, mais le libertinage le déshonore. Il ne doit pas ceindre sa tête de fleurs; ses cheveux blancs forment sa couronne : qu'il s'en contente et la porte avec dignité.

Il peut résulter de l'état respectif de la santé des conjoints des disparates et des oppositions aussi fâcheuses que celles qui proviennent d'une trop grande différence d'âge. Les maladies infailliblement contagieuses, telles que la syphilis et les affections graves de la peau, ne peuvent pas faire à cet égard l'objet d'un doute. Celui qui étant affecté de l'une de ces maladies contracte alliance avec une personne saine devrait être sévèrement puni par les lois, comme ayant compromis sciemment la santé de son semblable et corrompu les sources de la génération. L'épilepsie reconnue devrait être aussi un obstacle au mariage ou un motif dirimant, et peut-être faudrait-il en dire autant de l'existence avérée des tubercules pulmonaires chez l'un des conjoints.

Indépendamment de la répulsion qu'inspire l'épilepsie, elle peut devenir contagieuse par imitation ou plutôt donner lieu à une affection du même genre par l'impression que produit sur les personnes nerveuses la vue des accidents qu'elle détermine, et en outre elle est avec les tubercules pulmonaires du nombre des maladies dont les pères transmettent le plus infailliblement le germe ou la disposition à leurs enfants.

On a dit, et on répète tous les jours que la phthisie tuberculeuse

la douleur de tête et des attaques convulsives intenses. L'urine ne contenait pas d'albumine. Le traitement par les lavements opiacés, la strychnine, les applications de glace sur la tête demeurèrent sans efficacité. Les attaques se répétèrent dans la journée du 3 septembre, à intervalles de trois quarts d'heure. Au bout de dix-huit heures on eut recours à une saignée du bras. Les accès devinrent plus fréquents. Dans la nuit du 3 au 4, j'eus recours à la chloroformisation; le premier accès fut coupé. Trois fois par ce moyen j'arrêtai l'accès dans l'espace d'une heure et demie. Le sommeil survint. Le 5 la malade était encore un peu assoupie; le 6 elle ne présentait aucune trace d'éclampsie. La guérison fut parfaite. (*Wiener Wochens. et Gaz. hebd.*)

DEUX CAS INTÉRESSANTS DE CALCULS VÉSICAUX.

Par MM. Henri Thompson et Allen Duke.

Si les calculs vésicaux sont comparativement rares chez la femme, ils le sont bien plus encore chez les enfants du sexe féminin, car les jeunes garçons, comme les petites filles, ont la vessie située plus haut que les adultes, et de plus ils ne s'assujettissent guère aux convenances sociales qui à un âge plus avancé déterminent la stagnation prolongée de l'urine dans son réservoir et par suite le dépôt de sels qu'elle contient. Mais ces conditions favorables sont en partie neutralisées chez les garçons par l'étroitesse de leur urètre, tandis que pour les filles la largeur, la brièveté et la rectitude de ce canal donnent de nouvelles garanties contre l'affection calculeuse, en assurant la prompte et libre expulsion spontanée des graviers qui viendraient à se former dans la vessie.

Aussi le fait d'une petite fille atteinte de calcul vésical est-il assez peu commun dans les annales de la science pour que nous croyions devoir rapporter le cas suivant observé par M. Thompson.

Ce praticien reçut dans son service une enfant âgée de neuf ans souffrant depuis longtemps des symptômes de la pierre. La sonde ayant prouvé l'existence d'une concrétion friable, il dilata préalablement l'urètre au moyen de l'éponge préparée, puis broya le calcul avec l'instrument lithotriteur. Une seule séance suffit. Le calcul avait près de 2 centimètres de diamètre; il était formé d'acide urique et d'urate d'ammoniaque avec une légère couche de phosphate enveloppant sa surface. (*The Lancet*, 21 octobre 1854, p. 328.)

Le second cas offre l'exemple d'une de ces causes d'erreur qui défient l'habileté la plus consommée.

M. Duke raconte qu'un homme de cinquante-huit ans, souffrant depuis longtemps de dysurie, gravelle et rétrécissement spasmodique, fut reçu le 31 juillet 1854 à l'infirmerie de Chichester. On découvrit aisément la présence d'un calcul dans la vessie.

Le 10 août, la lithotomie fut exécutée de la manière ordinaire (taille latéralisée); mais au moment où l'on divisa la vessie, elle tomba dans un collapsus tel qu'il fut entièrement impossible de retrouver la pierre, qu'on avait auparavant sentie si distinctement. On injecta la vessie avec de l'eau tiède; tous les assistants l'examinèrent à plusieurs reprises, mais on ne put rencontrer de calcul, et le malade, après trois quarts d'heure environ, dut être reconduit à son lit.

Tout se passa bien jusqu'au 13; mais il prit alors une fièvre de mauvais caractère, accompagnée de diarrhée, à laquelle il succomba le 17, sept jours après l'opération.

L'autopsie montra les parois vésicales dans un état gangréneux, épaissies. Un kyste existait au côté gauche de ce réservoir contenant quatre calculs du volume d'un haricot.

A côté de ce kyste était une tumeur encéphaloïde d'un volume considérable, de la surface supérieure de laquelle s'élevait une sorte de protubérance mamelonnée, qui, lorsque la vessie contenait une certaine quantité d'urine, faisait saillie dans sa cavité et permettait à la sonde de toucher les calculs; mais quand la vessie était vide, la protubérance, par suite de l'affaissement des parois, s'appliquait sur l'orifice du kyste, et le fermait si complétement qu'il était impossible de toucher les pierres. C'est ce qui avait empêché de terminer l'opération.

Les calculs étaient composés intérieurement d'acide urique, avec une couche extérieure de phosphate ammoniaco-magnésien. (*Association Medical Journal.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 5 février 1855. — Présidence de M. Regnault.

Action du suc gastrique sur les matières albuminoïdes. — M. Longet lit un mémoire dans lequel il résume le résultat des nouvelles recherches qu'il vient de faire relativement à l'action du suc gastrique sur les matières albuminoïdes.

Le but de ce travail est en partie de faire connaître certaines influences remarquables que le produit de la transformation des matières albuminoïdes par le suc gastrique exerce sur le glucose, influences qui existent aussi bien lorsque ces deux produits se trouvent seuls en présence que quand ils ont été mélangés avec le liquide sanguin soit artificiellement, soit physiologiquement, c'est-à-dire par suite d'une alimentation mixte. M. Longet a été ainsi conduit à signaler un moyen simple pour distinguer les matières albuminoïdes avant et après la digestion, et, toujours en se fondant sur l'expérimentation, à tirer de la précédente étude certaines conséquences propres à éclairer divers points encore litigieux de cette fonction.

Et d'abord, quant au glucose, dit M. Longet, si l'on admet volontiers que la solution de tartrate de cuivre et de potasse peut être insuffisante pour démontrer sûrement sa présence, on sait qu'il n'en est plus de même quand il s'agit de prouver avec le même réactif l'absence de ce principe sucré; dans ce cas on lui accorde un caractère négatif absolu: aussi quand la réduction manque, c'est-à-dire qu'il n'y a pas précipitation d'hydrate d'oxydule de cuivre, a-t-on coutume de conclure qu'il n'existe aucune trace de glucose dans le liquide où l'on cherche cette substance.

Or, dans les expériences que je poursuis en ce moment sur la digestion, j'ai pu déterminer certaines conditions dans lesquelles une pareille conclusion serait loin d'être légitime.

Dans une dissolution acidule de fibrine, d'albumine, de gluten ou d'un autre composé protéique, il est toujours possible à l'aide du réactif indiqué de révéler la présence du glucose en rendant au préalable cette dissolution alcaline. J'ai constaté qu'il n'en est plus ainsi quand ces principes immédiats azotés ont convenablement subi l'action dissolvante et transformatrice du suc gastrique. En effet, dans ce liquide filtré qui vient de les digérer, l'addition immédiate du glucose n'est plus accusée par la liqueur cupro-potassique; et, fait bien digne de remarque, ce manque de réaction ne s'observe qu'à la condition expresse que la digestion ou la métamorphose qui en résulte soit entièrement accomplie, de telle sorte qu'on peut se servir de ce caractère empirique pour distinguer les aliments albuminoïdes réellement digérés de ceux qui ne le sont point ou qui le sont seulement d'une manière incomplète.

Sachant que les liquides organiques très chargés de substances albuminoïdes gênent plus ou moins la précipitation de l'oxydule de cuivre, j'interprétai d'abord dans ce sens les faits précédents; mais bientôt j'instituai d'autres expériences dont les résultats ne permirent plus une semblable interprétation.......

Ces résultats, en quelque sorte préparatoires, ont conduit M. Longet à instituer sur les animaux vivants (chiens, lapins) des expériences propres à fournir les précédents produits (sang, glucose, albuminoïde transformé par le suc gastrique) mélangés non plus par l'art, mais par la nature elle-même. A cet effet, il a administré aux uns une nourriture exclusivement sucrée, aux autres une nourriture mixte (viande hachée, pain et sucre); puis la plupart d'entre eux ont été sacrifiés dans les deux ou trois heures qui suivirent l'ingestion alimentaire.

Chez tous les animaux de la première catégorie, il a pu constater facilement que du glucose existait dans le sang de la veine porte avant son entrée dans le foie, et dans le sang des veines sus-hépatiques recueilli après son passage à travers cet organe. Quant aux animaux qui avaient été soumis à une alimentation mixte, le sang du système veineux abdominal ayant été examiné avec le plus grand soin avant le foie pour y chercher la matière sucrée, la présence du glucose n'y fut point révélée par le tartrate de cuivre et de potasse, qui pourtant l'accusait de la manière la plus manifeste dans l'intestin, dans l'estomac lui-même et au delà du foie....

Du reste, il est facile de voir qu'ici la *fonction glucogénique* du foie n'est pas directement mise en cause, toutes ces expériences se rapportant d'une manière exclusive au sucre d'origine alimentaire.

Les faits précédents jettent encore quelque lumière sur les assertions suivantes :

1° Il a été dit que chez les animaux ayant mangé à la fois de la viande et des matières sucrées le sang recueilli dans la veine-porte avait présenté des traces à peine appréciables de sucre, bien que l'intestin renfermât beaucoup de ce dernier principe; et la conclusion formulée a été que, dans les digestions d'aliments mixtes, la quantité de sucre absorbée est beaucoup plus faible qu'on ne le pense généralement.

2° A propos des métamorphoses des matières albumineuses, des physiologistes ont avancé que, quelles que soient les modifications moléculaires que ces matières éprouvent au moment de leur absorption, elles se reconstituent promptement à l'état d'albumine ordinaire, et qu'on les retrouve déjà comme telle dans la veine porte. Les expériences ci-dessus, en prouvant que toute matière albuminoïde n'empêche les réactions habituelles du glucose qu'à la condition d'avoir été transformée elle-même par le suc gastrique, démontrent l'inexactitude de la précédente assertion, puisque dans ces cas les réactions ordinaires ont en effet manqué. Le contraire aurait eu lieu si l'hypothèse en question eût été fondée.

3° Des doutes se sont élevés récemment et des négations ont été émises sur le pouvoir qu'aurait la salive de continuer son action saccharifiante dans l'estomac, sur l'empois d'amidon. Bien des fois, dit M. Longet, il m'est arrivé de faire des mélanges de suc gastrique, de salive, de fibrine et d'empois d'amidon dans des proportions telles, que l'acidité du suc gastrique fût dominante; et je me suis convaincu que, dans ces cas encore, on avait conclu à tort du manque de réduction du sel de cuivre à l'absence du glucose, tandis qu'en réalité ce principe sucré existait dans le mélange, et que sa réaction habituelle n'était que dissimulée par le produit transformé de l'aliment albuminoïde.

M. Longet se propose enfin de faire connaître prochainement les résultats divers qu'il a obtenus en variant dans le mélange les proportions relatives des précédents produits (sang, glucose, albuminoïde transformé par le suc gastrique). A ce point de vue, la conclusion la plus générale de ses recherches est la suivante : lorsque dans le précédent mélange le produit de la transformation d'un aliment azoté par le suc gastrique est en proportions considérables et le glucose en proportions très faibles, le tartrate cupro-potassique, la potasse, le polarimètre, la fermentation alcoolique, en un mot, aucun moyen actuellement en usage ne peut y démontrer la présence de ce principe sucré. (Commissaires : MM. Dumas, Pelouze et Rayer.)

Goître cystique. — M. Fleury, professeur à l'Ecole préparatoire de médecine de Clermont, adresse sur ce sujet un mémoire destiné au concours pour les prix de médecine et de chirurgie, et dans lequel il dit avoir eu l'occasion d'observer de nombreux cas de cette espèce de goître, dont pas un seul ne s'était présenté à lui pendant ses années d'internat dans les hôpitaux de Paris.

Des éponges métalliques et de leurs applications médicales. — M. Chenot appelle l'attention de l'Académie sur les applications que l'on peut faire des éponges métalliques à la médecine.

« A l'appui de mes espérances à cet égard, je puis citer celles qu'avait conçues un chirurgien célèbre, M. Marjolin, qui, lorsque je lui eus exposé les propriétés électrochimiques de ces préparations, ne douta point qu'elles ne devinssent un précieux agent thérapeutique. Peu de temps avant sa mort, je lui avais préparé une série d'éponges de différents métaux de manière à obtenir pour ainsi dire cette gamme de cautérisants agissant par l'abstraction de l'eau décomposée, par opposition aux cautérisants actuels qui agissent en s'hydratant. »

M. Chenot adresse avec sa note des échantillons d'une éponge qu'il désigne sous le nom de charpie électro-métallique et dont il annonce avoir obtenu des effets très avantageux. « Ainsi, dit-il, par leur application la coagulation du sang a lieu presque immédiatement, l'eau de ce liquide étant absorbée, décomposée en ses deux éléments, l'oxygène qui est condensé par le métal et l'oxygène qui s'échappe dans l'air; ces deux effets donnent lieu localement à un grand développement de chaleur. L'application de la charpie électro-métallique modifie très promptement et d'une manière très avantageuse les plaies suppurantes. Elle amène en peu de temps la résolution de larges et profondes ecchymoses, etc. » (Commissaires : MM. Velpeau, Despretz, Bernard.)

Candidature. — M. Gerdy prie l'Académie de vouloir bien le considérer comme l'un des candidats pour la place vacante dans la section de médecine et de chirurgie par suite du décès de M. Lallemand.

---

n'est pas contagieuse. Des observateurs expérimentés, de savants médecins ont affirmé le contraire, et leur opinion est celle qui régnait généralement autrefois dans les provinces méridionales de la France, ainsi qu'en Italie et en Espagne, où elle est encore fort accréditée. Dans ces contrées, on brûle d'ordinaire tout ce qui a servi à l'usage personnel des phthisiques décédés. Ces précautions ne sont pas superflues si l'on admet la possibilité de la contagion, et il y a de fortes raisons pour l'admettre. Le célèbre Broussais répétait souvent que toutes les affections des muqueuses étaient contagieuses, et certes la phthisie tuberculeuse des poumons et des intestins tient de près aux affections des muqueuses. Rien n'est plus facile à constater dans les familles et dans les réunions d'enfants que la contagion de la bronchite, de la grippe, de la coqueluche! Et combien de fois n'a-t-on pas vu le mari et la femme mourir à peu de distance l'un de l'autre de la phthisie pulmonaire, bien que l'un des conjoints n'eût offert jusque-là aucun symptôme de cette cruelle maladie, et qu'il ne fût pas issu de parents tuberculeux! Il est vrai que cette influence contagieuse n'est pas infaillible; mais quelle est la maladie contagieuse dont l'influence est absolument infaillible? Ne peut-on pas échapper à la contagion de la syphilis et de la gale? Cela dépend du degré de susceptibilité de l'individu exposé; et il est au moins de la dernière imprudence, pour soi et pour sa postérité, de contracter alliance avec une personne dont la poitrine est gravement compromise. Sans doute l'un des objets de l'union conjugale est de nous aider mutuellement à supporter les accidents et les misères de la vie, et il y aurait une sorte de barbarie à interdire le mariage à tous ceux dont la santé est incertaine; mais le but est évidemment dépassé dès que l'association entraîne la perte de tous deux, ou même qu'elle fait une victime sans sauver l'autre.

Il s'établit souvent entre les personnes qui ont longtemps vécu ensemble des points de ressemblance extraordinaires au physique comme au moral, non-seulement dans la manière de voir, de sentir, de penser, mais aussi dans le son de la voix, dans l'attitude extérieure, dans la physionomie, et jusque dans les traits du visage.

Que faut-il conclure de cet ensemble de faits? C'est que nous devons être plus attentifs que nous ne le sommes d'habitude à l'état de santé de la personne à laquelle nous associons notre existence, et que les parents qui par des motifs d'ambition passent légèrement sur ce point essentiel sont réellement coupables envers la société en perpétuant des désordres et des vices organiques qui se seraient éteints dans le célibat. Du reste, les nuances diverses et les oppositions de forme ne constituent pas des alliances mal assorties tant qu'il n'y a pas de disparate et d'opposition fondamentale. Tout au contraire, les contrastes entre les conjoints ont souvent les plus heureux résultats pour l'équilibre et l'harmonie de l'espèce, et c'est assurément dans ce but que la nature nous inspire assez ordinairement du goût pour des personnes dont les caractères extérieurs diffèrent des nôtres. Ainsi, les hommes de haute taille recherchent assez volontiers les femmes mignonnes, et les petits hommes élèvent souvent leurs prétentions jusqu'aux femmes qui se distinguent par une haute taille. De même qu'une différence de teint et de coloration entre les individus est, en général, une source d'attrait et de sympathie, du moins de sympathie physique. Les convenances naturelles ne sont donc point blessées par ces oppositions de forme, et le but du mariage n'en reçoit nulle atteinte fâcheuse; mais nous devons toujours nous arrêter devant les oppositions fondamentales. Jamais nous ne devons unir par des liens sacrés et indissolubles ce qui naturellement s'exclut; et il est presque aussi immoral d'associer la vie à la mort que d'unir le vice à la vertu.

Dr Bertrand de Saint-Germain.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 31 janvier 1855. — Présidence de M. Huguier.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. le docteur Prestat, membre correspondant, fait à la Société la communication suivante :

Messieurs, je viens soumettre à votre examen un enfant de quatre mois, porteur d'une tumeur sanguine, et auquel j'ai pratiqué une opération infructueuse. Voici en quelques mots l'histoire de ce petit malade :

Je fus consulté dans les derniers jours d'octobre 1854 pour Alfred ***, né le 8 du même mois. On avait constaté dès les premiers jours de la vie une petite tumeur sur la face dorsale du pied gauche. Lorsque je la vis, elle avait un centimètre environ en tous sens, sur une épaisseur d'un demi-centimètre, et était surmontée d'une de ces taches sanguines vulgairement nommées envies. La compression faisait disparaître complétement cette tache, et enlevait à la tumeur les deux tiers de son volume; mais tous deux reparaissaient dès qu'on cessait de comprimer. Enfin cette petite tumeur était indolente, mobile, et semblait limitée à sa base par l'aponévrose dorsale du pied. Les mouvements, soit du cou-de-pied, soit des orteils, n'étaient point gênés.

J'avais évidemment affaire à une tumeur érectile congéniale. Je lui opposai d'abord la compression, qui, faite peut-être peu méthodiquement, n'eut aucun succès, et le 11 novembre on me ramena cet enfant, dont la tumeur avait presque doublé de volume. Elle s'étendait de la base des trois premiers orteils jusqu'auprès du cou-de-pied.

Il y avait urgence d'arrêter la marche envahissante de cette affection, et je résolus d'avoir recours à la ligature sous cutanée de la tumeur. J'espérais ainsi, tout en procurant à cet enfant une guérison complète, lui éviter les inconvénients d'une large cicatrice placée sur le dos du pied, et qui eût pu gêner les mouvements de cette partie.

Cette ligature sous-cutanée, faite au moyen de deux fils entraînés en croix sous la tumeur, et dont les chefs furent ensuite croisés sous la peau, fut facile, quoique un peu longue. La petite quantité de sang que perdit l'enfant me donna à croire que j'avais réussi à cerner complétement la tumeur, que j'étranglai ainsi, en ménageant l'enveloppe tégumentaire qui la recouvrait.

Les suites immédiates, sauf la douleur qu'exprima l'enfant par des cris presque continuels, furent régulières, et je dirai presque heureuses. Un phlegmon violent, mais sous-cutané, se développa sur le dos et la face interne du pied, et persista quinze jours après la chute des fils, qui avait eu lieu le cinquième jour. Le pus s'écoulait facilement par les petites plaies de la ligature.

Pendant un mois j'eus l'espoir que l'inflammation phlegmoneuse avait assez profondément envahi toute la tumeur pour que celle-ci disparût; il n'en fut rien.

Vers le 20 décembre, la petite tache sanguine reparut; la diminution de la tumeur s'arrêta, et bientôt je pus constater que la maladie reprenait sa marche.

L'enfant était encore fatigué et amaigri. Je résolus d'attendre. Il y a quinze jours environ les parents, qui habitent Paris, le firent venir, et il fut soumis à l'examen du docteur Beylard et de notre honorable président, M. Huguier. Je n'ai point eu de renseignements positifs sur le résultat de leur examen.

Que faut-il faire maintenant?

Suivant moi, trois modes opératoires se présentent :

1° Traverser la tumeur avec des aiguilles rougies au feu, et répéter cette cautérisation à plusieurs reprises, jusqu'à parfaite guérison;

2° Couvrir la tumeur de quelques piqûres vaccinales (l'enfant n'a point été vacciné), et attendre que la résorption se fasse sous l'influence de cette inflammation;

3° Comprendre dans une ligature la tumeur et la peau qui la recouvre, et en provoquer ainsi la chute.

Pour mon compte, et sauf les conseils qui pourront m'être donnés, ce serait à la première de ces opérations que je donnerais la préférence.

DISCUSSION SUR CE FAIT.

M. Richet. Le fait présenté à la Société par M. Prestat soulève plusieurs observations. D'abord le diagnostic est incertain. L'on ne trouve point de battements dans cette tumeur. De plus, s'il s'agissait d'une production érectile artérielle, la compression de l'artère en diminuerait le volume; si, au contraire, l'on avait affaire à une tumeur veineuse, la compression de la veine la ferait grossir. La consistance générale de cette tumeur est assez souple, et l'on constate là un certain nombre de nodosités; ces nodosités feraient supposer que cette production morbide est en voie de guérison. M. Richet propose d'essayer dans ce cas une compression méthodique qui aplatirait la tumeur.

M. Demarquay raconte qu'il a eu l'occasion de voir plusieurs fois Blandin pratiquer pour ces tumeurs des ligatures sous-cutanées. Après cette opération, la tumeur reste assez souvent stationnaire et ne guérit qu'au bout d'un temps assez long.

M. Prestat répond que, loin de diminuer, cette tumeur a depuis trois semaines presque doublé de volume.

M. Marjolin croit que dans ce cas, malgré l'incertitude du diagnostic, il n'y a pas d'inconvénient à vacciner cette tumeur. Trois fois déjà il a vu cette pratique suivie de succès dans des tumeurs érectiles volumineuses. Dans un cas, l'enfant avait une grande partie de la tête, de la face et du cou recouverte par des tumeurs érectiles; il y a huit ans maintenant qu'il a subi cette vaccination, et aujourd'hui il reste fort peu de ces énormes tumeurs dont il était atteint. M. Marjolin rapporte qu'il y a quelque temps il appliqua dix-huit piqûres de vaccin sur diverses tumeurs érectiles qui envahissaient une des grandes lèvres et se prolongeaient dans le vagin. L'enfant a parfaitement guéri.

M. Richard. Ces tumeurs érectiles ne sont pas seulement vaccinables à l'extérieur, mais aussi à l'intérieur. M. Nélaton a eu recours une fois à ce dernier mode de vaccination. Il s'agissait d'une tumeur érectile de la région parotidienne. M. Nélaton y introduisit des sétons qui s'entre-croisaient dans l'intérieur de la tumeur. Chaque séton n'était recouvert de vaccin que dans sa partie moyenne; mais pour l'introduire sans inoculer les points extérieurs, il le fit glisser dans de petits morceaux de soude qui protégeaient les orifices. Chose remarquable! le vaccin ne se fit pas sentir à l'extérieur. Il y eut dans la tumeur une inflammation très vive avec symptômes généraux. M. Richard termine en déclarant que le procédé de ligature conseillé par M. Rigal (de Gaillac) dans le traitement des tumeurs érectiles donne des résultats très satisfaisants.

M. Debout rapporte que M. Velpeau a solidifié une tumeur érectile de l'espace interosseux en y injectant 15 gouttes de perchlorure de fer. On pourrait dans des cas analogues injecter quelques gouttes d'huile de croton.

M. Forget fait remarquer que cette tumeur pénètre dans l'espace interosseux et que déjà elle proémine à la face plantaire du pied. Il pense qu'on pourrait recourir ici au perchlorure de fer, à cause de la profondeur de la tumeur. Quant aux nodosités, elles n'infirment pas le diagnostic d'une tumeur érectile.

M. Verneuil rappelle, à propos du fait de M. Prestat, un cas de tumeur érectile du scaphoïde qu'il a observé. Tous les os du pied étaient sains, à l'exception du scaphoïde, qui était transformé en éponge vasculaire.

M. Huguier, qui a observé l'enfant que M. Prestat vient de présenter à la Société, a cru aussi à une tumeur sanguine, à cause de la rareté des affections cancéreuses et tuberculeuses à cet âge.

M. Demarquay raconte l'histoire d'une femme qui souffrait d'hémorrhagies utérines et dont le ventre était augmenté de volume. Un doigt introduit dans le col dilaté fit découvrir dans la paroi latérale gauche de l'utérus une tumeur grosse comme un œuf. L'examen hypogastrique ne montrait pas un développement anomal de l'utérus. On soupçonna qu'il s'agissait ici d'un corps fibreux. L'utérus fut abaissé, et l'on mit à nu par une incision la surface de cette tumeur qu'une dissection de chaque côté de l'incision première eut pour but d'isoler. Cet isolement obtenu, l'on ne put faire sortir le corps fibreux. C'est alors que M. Demarquay songea à en diminuer le volume par des incisions disposées alternativement de chaque côté du corps fibreux, et qui avaient ainsi pour but de l'allonger. Huit à dix jours après cette opération, cette malade fut prise de cholérine et dut retourner dans son pays, où elle est morte du choléra.

M. Demarquay revient ensuite en quelques mots sur la disposition de l'énorme tumeur prostatique qu'il a montrée dans la dernière séance. Il était facile de sentir à travers la paroi abdominale cette tumeur, qui empêchait l'introduction des sondes. Il y avait là une valvule prostatique considérable. Mais si on s'était laissé aller à la section de cette valvule, on aurait pu facilement pénétrer dans le péritoine, à cause de l'amincissement des parties.

M. Cloquet rapporte qu'il a vu à l'hôpital Saint-Louis un malade qui souffrait d'une tumeur énorme de la prostate. L'urine se vidait dans la tumeur prostatique creusée et dilatée. Pendant la miction cette poche se gonflait, et pour en chasser l'urine le malade comprimait la surface périnéale de la tumeur.

M. Demarquay, en réponse à quelques explications demandées par M. Lenoir, cherche à faire voir qu'il a opéré le morcellement de la tumeur en enlevant successivement de chaque côté des languettes du corps fibreux, et qu'après chaque ablation il a pu l'attirer de plus en plus facilement au dehors.

M. Maisonneuve compare cette fragmentation de tumeurs à une sorte de dévidement, et il signale les avantages qu'on peut retirer de ce procédé.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Philipeaux écrit pour obtenir le titre de membre correspondant.

— MM. Commaille et Blondel, médecins à Douera (Algérie), adressent une observation d'accouchement difficile insolite, etc. (Commission: MM. Lenoir, Huguier, Danyau).

— M. Laborie dépose sur le bureau, au nom de M. le docteur R. Briau, un exemplaire de sa traduction de Paul d'Egine. Un deuxième exemplaire est également adressé de la part de M. Victor Masson.

Des remercîments seront adressés à MM. Briau et Masson, et M. Verneuil est chargé de faire un rapport sur ce livre.

— M. Maisonneuve présente la vessie d'un homme affecté de rétention d'urine; un simple cathétérisme évacuateur a été pratiqué, mais le réservoir urinaire n'a pas été exploré. Le malade mourut, et à l'autopsie on constata :

1° Une valvule très proéminente au col vésical, et qui appartient à la variété bien étudiée par M. Mercier sous le nom de valvule musculaire;

2° Un très grand nombre de calculs (300 environ) sphériques, très petits, d'un diamètre qui varie entre 3, 6 et 7 millimètres. La plupart de ces calculs étaient libres dans le bas-fond et derrière la valvule; quelques-uns étaient comme enchatonnés dans les inégalités de la surface interne de l'organe.

M. Maisonneuve aurait désiré soumettre à l'examen de la Société deux malades opérés par lui et qui ont subi la perte d'une très grande étendue de la mâchoire inférieure. Il est intéressant d'examiner au point de vue physiologique les mouvements de la langue en particulier. Cet organe, qui n'est plus soutenu par la branche de la mâchoire, pend hors de la bouche et n'exécute plus de mouvements. Il suffit cependant de fournir un point d'appui quelconque à sa face inférieure et d'opérer un soulèvement pour voir les mouvements à peu près normaux s'exécuter. M. Maisonneuve se propose donc de faire construire dans ce but un appareil prothétique.

Il prie la Société de vouloir bien désigner deux membres, MM. Michon et Richet, qui seront chargés d'étudier ces faits avec lui et d'en rendre compte dans une séance suivante.

M. Hervez de Chégoin, à propos de cette question de prothèse, rappelle que chez certains sujets le sessaiement est produit par une projection de la langue hors de la bouche. Il a remédié à cet inconvénient au moyen d'une sorte de petite fourche métallique prenant son point d'appui en avant sur la face postérieure de l'arcade alvéolaire de la mâchoire inférieure, au niveau de la ligne médiane, et d'une autre part refoulant la langue en arrière en embrassant le filet de la langue. La projection était ainsi empêchée.

M. Richet demande à quoi on peut attribuer dans les cas cités par M. Maisonneuve ce prolapsus de la langue, puisque l'on s'accorde à dire que, lorsque les insertions des génioglosses sont détruites, la langue tend au contraire à se rétracter en arrière; c'est sur cette notion que sont fondés :

1° La crainte de voir en pareil cas les opérés succomber à l'asphyxie subite causée par le retrait de la langue;

2° Les préceptes formulés par M. Bégin dans les cas de résection de la symphyse mentonnière.

M. Larrey, dans plusieurs cas de mutilation de la mâchoire avec conservation des lèvres, a également constaté cette tendance à la chute de la langue; il en ignore la cause. Il l'a observée récemment dans un cas de fracture compliquée de la mâchoire par arme à feu et alors qu'il redoutait précisément l'accident contraire; il se propose du reste de soumettre le blessé à l'examen de la Société.

M. Maisonneuve a sacrifié plusieurs fois la partie moyenne de l'os maxillaire inférieur, et jamais il n'a observé l'accident décrit par M. Bégin. La langue avait toujours une tendance à tomber; elle ne se portait en haut et en arrière que pendant le pansement et lorsqu'on cherchait à rapprocher les bords de la plaie. Il se demande si l'on n'a pas précisémennt provoqué le renversement de cet organe en cherchant à mettre au contact les deux bouts de l'os scié, ce qui entraîne nécessairement le rétrécissement de la cavité buccale et le refoulement de la langue en arrière. Il est donc utile de ne point tenter ce rapprochement.

M. Richet a vu survenir une fois pendant son internat la rétraction de la langue en arrière; c'était au troisième jour d'une résection étendue de la mâchoire inférieure avec conservation des parties molles sus-jacentes. La langue avait été fixée aux dents voisines; la perte de substance osseuse avait été trop considérable pour que l'on songeât à mettre les deux pièces osseuses au contact; la parabole décrite par la mâchoire n'avait donc pas été rétrécie dans ce cas. Avec l'aide de M. Laurès, M. Richet put, non sans difficulté, saisir et ramener en avant la langue, dont la base refoulait le larynx.

M. Fleury n'a pas observé davantage la rétraction de la langue dans un cas de résection de la mâchoire inférieure. Les muscles qui portent la langue en arrière n'ont d'action sur elle qu'autant qu'elle est sortie de son état d'équilibre stable. Ainsi ils la ramènent dans la bouche quand elle en a été sortie; mais, en dehors de cet état, ils n'ont sur elle aucune action pour la retirer en arrière.

Tumeurs fibreuses de l'utérus. — M. Fano présente deux utérus : le premier provient d'une femme d'environ cinquante ans. La paroi postérieure de l'organe offre à la partie moyenne une saillie globuleuse qui répond à une tumeur renfermée dans l'épaisseur de cette paroi.

La muqueuse est saine; aucun liquide dans la cavité de l'utérus. Vers le fond de l'organe, la muqueuse est soulevée par une tumeur qui roule sous le doigt. Une incision superficielle permet de découvrir la tumeur, qui présente les caractères suivants :

Elle est faiblement unie au tissu de la matrice; elle n'y adhère que par des prolongements celluleux, ce qui en permet l'énucléation. Elle a le volume et la forme d'une noisette; lisse dans la plus grande partie de son étendue, elle présente en quelques points un aspect mamelonné. La surface de la coupe de la tumeur ressemble assez bien à celle d'un ganglion lymphatique légèrement hypertrophié.

La lèvre postérieure du col de l'utérus se continue directement avec la paroi postérieure du vagin dans une partie de son étendue, de telle façon que cette lèvre est en grande partie effacée.

Le second utérus a été recueilli sur une femme d'environ quarante ans.

La cavité de l'organe est agrandie; elle renferme du sang liquide; le col est entr'ouvert.

Les parois utérines sont très flasques; la muqueuse est notablement ramollie.

Dans l'épaisseur de la paroi antérieure, à 1 millimètre environ de profondeur au-dessous de la muqueuse, existe une tumeur du volume d'une petite noisette, ne tenant aux tissus environnants que par un tissu cellulaire filamenteux. La tumeur est de forme sphérique, lisse à la surface. La coupe donne l'idée d'un ganglion lymphatique légèrement hypertrophié et congestionné.

Sur l'une des pièces présentées par M. Fano existent quelques petits kystes du ligament large.

M. Richard, qui a souvent vu cette dernière lésion, n'a jamais vu ces tumeurs dépasser le volume d'une noisette.

M. Verneuil rappelle qu'il en a cité de beaucoup plus grosses dans le mémoire qu'il a publié sur ce sujet.

M. Huguier rappelle une pièce qui paraît sans doute appartenir à cette variété de kyste et qui avait acquis le volume d'une orange.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société : E. Follin.

Le concours pour l'agrégation dans la section de chirurgie ouvert à la Faculté de Montpellier se poursuit.

Les épreuves ont eu lieu dans l'ordre suivant :

Après trois heures de préparation :

MM. Texier et Saurel : *De la cicatrisation, des cicatrices, de leur anatomie pathologique et de leur traitement;*

MM. Montet et Garimond : *De l'ulcération et des ulcères.*

Après vingt-quatre heures de préparation :

M. Texier : *De la diathèse et de l'infection purulente ;*

M. Garimond : *De l'état nerveux au point de vue chirurgical ;*

M. Saurel : *De l'état scrofuleux au point de vue chirurgical;*

M. Montet : *Diagnostic différentiel des tumeurs de l'abdomen chez la femme.*

Les sujets de thèses vont être donnés aux candidats, et le concours sera terminé dans les premiers jours de mars.

Les abonnés qui désirent avoir de suite leur collection reliée peuvent envoyer tous leurs numéros de l'année 1854, et moyennant 2 fr. (prix de la reliure) ils auront en échange un volume relié.

Ceux qui auraient perdu des numéros sont priés d'en faire la demande le plus tôt possible. Le prix est de 10 centimes, payables en timbres-poste. Les années antérieures à l'année courante se vendent 12 francs.

Le Gérant.
Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 14 FÉVRIER 1855.

Séance de l'Académie de Médecine.

Si M. Piorry a sincèrement appelé la discussion sur son dernier travail, ce dont nous ne saurions douter, s'il n'a véritablement cédé, en faisant cet appel, qu'au désir de provoquer un examen sérieux de ses doctrines, et non à la puérile vanité de s'attirer quelques-unes de ces banales félicitations dont on se croit souvent obligé de payer le zèle des lecteurs, il doit se tenir pour satisfait. M. Bousquet, à cet égard, a pleinement accompli ses vœux ; peut-être même trouvera-t-il que la mesure a été comblée. M. Bousquet, dont on connaît la placidité habituelle et la douceur de mœurs académiques, et qui ne se départ guère ordinairement de son rôle d'auditeur assidu et bienveillant que lorsqu'on touche au vif des doctrines dont il s'est depuis longtemps constitué le défenseur, M. Bousquet n'a pu assister cette fois passivement à l'exposé des applications que M. Piorry a faites de la doctrine organopathologique au traitement de la variole. Il a retrouvé, pour caractériser cette doctrine et pour en faire ressortir le principe philosophique et les conséquences pratiques, toute la verve et la logique dont il a si habilement fait usage en d'autres temps de lutte et de polémique déjà loin de nous. Nous n'essayerons pas de résumer ici l'argumentation aussi remarquable par le fond que par la forme de l'honorable académicien ; nos lecteurs la trouveront dans le compte rendu de la séance. Disons seulement que, sauf quelques réserves sur des points et des faits qui ne sont qu'accessoires, nous nous associons pleinement à l'esprit qui l'a dictée et à l'ensemble des idées qui y sont développées. M. Piorry, après une courte protestation contre ce qu'il a appelé le manque de bienveillance de son antagoniste, a pris l'engagement de répondre dans la séance prochaine. Il est fort à craindre que cette réponse ne provoque un de ces orages académiques dont la lecture de son travail nous avait déjà fait prévoir l'explosion.

Le reste de la séance a été occupé par des lectures et des communications auxquelles le discours de M. Bousquet a fait quelque tort dans l'attention de l'assemblée. Nous aurons, du reste, à revenir sur quelques-unes d'entre elles.

Dr Brochin.

HOPITAL SAINTE-EUGÉNIE. — M. BOUCHUT.

Syphilis congénitale développée huit mois après la naissance. Gastro-entérite intercurrente. — Mort.

Une fille de huit mois entra le 16 octobre 1854 au n° 11 de la salle Sainte-Marguerite, à l'hôpital Sainte-Eugénie, pour une éruption de tubercules syphilitiques aux organes génitaux, et elle mourut le 11 janvier 1855 d'une gastro-entérite aiguë dont l'existence a été vérifiée par la nécropsie.

Voici les détails de ce fait, curieux tant sous le rapport des antécédents que de l'état actuel et de la complication finale.

Antécédents. — La mère, infectée par le père pendant la gestation, ne s'aperçut pas d'abord de ce qui lui était arrivé, et ce n'est qu'au septième mois de sa grossesse qu'elle eut des plaques muqueuses à l'orifice de l'anus, entre les grandes lèvres et à la partie supérieure des cuisses. A l'époque de l'accouchement son état était le même, et, chose importante, l'enfant vint au monde avec les apparences de la santé, la peau parfaitement lisse et nette dans toute son étendue ; il ne présentait aucun phénomène extérieur de syphilis. Elle se mit à le nourrir et en fit un assez beau nourrisson. Cependant, comme elle voulait se débarrasser de son mal, elle entra dans le service des nourrices de l'hôpital Saint-Antoine pour se faire guérir. Après un séjour assez long, elle sortit en bon état et se mit à travailler. Sur ces entrefaites, l'enfant tomba malade à son tour, et offrit sur les parties génitales et entre les fesses une éruption de pustules d'abord peu apparentes, qui se développèrent et prirent un volume assez considérable. C'est alors qu'on amena l'enfant à l'hôpital Sainte-Eugénie.

Etat actuel. — Je trouvai une petite fille de huit mois, fort développée pour son âge, grasse, fraîche et ferme, ayant bon appétit et faisant très régulièrement ses fonctions. Sur les grandes lèvres et dans leur intervalle, à l'orifice de l'anus et entre les fesses, à la partie supérieure et interne des cuisses existent un grand nombre de petits tubercules aplatis, du volume d'une lentille, confluents sur certains points, rouges à la base, blanchâtres à la surface, humides et tachant le linge. Les tubercules plats de l'anus et des grandes lèvres sont plus humides que ceux de la cuisse, et ces parties sont le siége d'un suintement muqueux sans odeur. Je priai mon collègue M. Legendre de me donner son avis sur la nature de cette éruption, et il n'hésita à la considérer comme étant de nature syphilitique. C'était mon opinion, mais j'étais bien aise de la voir approuvée par un médecin que ses recherches spéciales sur les syphilides rendaient plus compétent qu'un autre à juger dans une question de ce genre.

Je donnai chaque jour un bain avec trois grammes, et plus tard cinq grammes de sublimé.

L'éruption pâlit un peu ; les pustules semblèrent s'amoindrir et se dessécher, mais elles ne disparaissaient point. Au bout de trois semaines, je supprimai les bains de sublimé et je fis prendre de l'iodure de potassium à la dose quotidienne de 25 centigrammes, continuée pendant plusieurs semaines. On donna ce médicament jusqu'au 25 du mois de décembre. Alors les plaques étaient presque entièrement guéries ; celles des cuisses, complétement affaissées, ne laissaient après elles qu'une tache rouge de la peau ; celles des lèvres avaient disparu. Entre les fesses, il y avait encore trois ou quatre pustules blanchâtres, saillantes et humides. Il était évident que l'enfant touchait à sa guérison ; mais un état de souffrance grave de l'estomac et des voies digestives força d'interrompre le traitement vénérien.

Sous l'influence de l'iodure de potassium prolongé pendant un mois, des accidents gastriques survinrent, et, soit par le fait du séjour dans une salle d'hôpital, soit par le régime ou par toute autre cause inconnue, des vomissements, de la diarrhée avec fièvre s'établirent vers le 25 décembre, et continuèrent presque sans interruption jusqu'à la mort de l'enfant.

L'appétit avait disparu, et l'amaigrissement chaque jour augmentait. Il survint de la toux et de la dyspnée. Je fis mettre deux sangsues à l'anus sans aucun bon résultat. Je prescrivis des cataplasmes sur le ventre, de l'eau de gruau avec du lait ; mais cette médication ne put arrêter la marche de la phlegmasie gastro-intestinale, et l'enfant mourut le 11 janvier 1855.

Nécropsie, faite le 13 janvier.

Examen extérieur. — Les plaques muqueuses qui occupaient le pourtour de l'anus ont complétement disparu ; il ne reste plus qu'un peu de rougeur.

Encéphale. — L'encéphale ne présente rien de particulier ; la substance cérébrale seulement est très ferme.

Thorax. — Dans les deux poumons on trouve de la pneumonie lobulaire, surtout en bas et en arrière. Il y a encore quelques lobes sains au centre de ceux qui sont enflammés. L'incision de cette portion des poumons offre l'aspect d'une espèce de granit. De distance en distance, en effet, existent des lobules enflammés, rouges et durs, de la grosseur d'une tête d'épingle au moins, d'un petit pois au plus, d'un aspect granulé, et qui sont encore plus appréciables par le toucher que par la vue.

Le cœur et ses enveloppes ne présentent rien de particulier.

Abdomen. — L'estomac est fortement contracté, et sa membrane muqueuse, plissée par suite de la rétraction des tuniques musculaires, est partout ramollie ; elle est de plus très épaisse et offre de distance en distance des plaques rosées, qui sont surtout très considérables au niveau de la portion pylorique. Le sommet des plis est le siége d'une rougeur très prononcée, que la pression et le lavage à grande eau ne peuvent enlever.

L'intestin grêle n'offre rien de particulier, si ce n'est une diminution considérable de son calibre par suite de la contraction de la tunique musculaire et un gonflement très marqué des glandes de Peyer.

Le gros intestin est très contracté, sa muqueuse offre les mêmes altérations que celle de l'estomac ; à savoir :

1° Un ramollissement considérable ;

2° Une augmentation très marquée de l'hyperémie capillaire ;

VOYAGE MÉDICAL EN ORIENT.

III.

Au moment de quitter Marseille, nous avions reçu l'ordre de nous rendre directement à Varna, où l'on venait de réunir tous les cholériques amenés de la Dobrutscha. Mais en arrivant à Constantinople nous y trouvâmes une autre destination.

Pendant que l'armée française prenait ses dspositions pour envahir la Crimée, M. Lévy, directeur du service de santé, pourvoyait aux moyens de recevoir et de secourir les malades et les blessés que devait fournir cette campagne. De Gallipoli à Kanlidgé, sur la rive asiatique du Bosphore, se trouvaient échelonnés par ses soins plusieurs hôpitaux abordables pour les navires de transport, et par cela même d'un accès particulièrement facile pour les blessés. A Constantinople et dans les environs, divers bâtiments avaient été appropriés à l'installation et au traitement des autres catégories de malades.

La réserve que m'imposent certaines convenances hiérarchiques ne me permet pas de dire tout ce qui a été fait pour le bien-être de nos soldats par la prévoyante impulsion de notre infatigable inspecteur. Son activité et son zèle, qui ne pouvaient être surpassés, ont été dignement imités par tous ses collaborateurs. Pour mon compte, j'ai souvent admiré en secret ces héroïques dévouements, capables de braver l'ingratitude ou l'oubli plutôt que de manquer aux malheureux. Il restera toujours dans ma mémoire une place pour le souvenir des grandes choses que j'ai vu s'accomplir sous la seule influence de ces sentiments d'humanité.

Cependant j'ai rencontré à l'armée d'Orient, comme en Afrique, comme partout, de ces hommes impatients de renommée qui se payent de leurs propres mains et se désintéressent par leurs propres éloges du mérite de ce qu'ils ont fait. Ils sont gens nés pour les allées et venues, aspirant sans cesse à quitter le gradin sur lequel ils ont été placés : Jamais ils ne se couchent sans avoir été vus dans l'attitude de la préoccupation et de la fatigue ; rien de bien n'arrive que par leur concours ; on lit chaque jour leurs louanges dans la presse ; ils vantent à tout propos les fruits de leur jardin ; ils hantent les palais, se font les satellites des grands, ils courtiseraient la peste elle-même si la peste distribuait des faveurs.

Il y avait jadis à Rome un de ces personnages empressés bien connu des habitués de la place publique ; on disait de lui : « Méthiocus est » capitaine, Méthiocus dresse les chemins, Méthiocus moud la farine, » Méthiocus cuit le pain, Méthiocus fait tout, Méthiocus aura mal an. »

Méthiocus, médecin en Orient, retire, au contraire, d'assez beaux profits du métier de buccinateur.

On sait que la rade appelée la *Corne-d'Or* sépare Stamboul de Péra, en se prolongeant fort loin dans l'intérieur des terres, jusqu'au confluent du *Cydaris* et du *Barbyzès*. Le fond de la Corne-d'Or est borné par plusieurs collines très élevées, sur l'une desquelles a été bâtie l'immense caserne de Rami-Tchiffiik. Cette caserne, convertie en hôpital, est spécialement affectée au traitement des cholériques, qui peuvent facilement en approcher par les bateaux qui les prennent à Top-Hané.

Je fus chargé par M. Lévy de la direction du service médical de cet établissement. Pour le moment, il ne s'y trouvait point encore de malades, de sorte qu'en attendant les premières évacuations qui devaient nous venir de Crimée, je demeurai à Constantinople, employant mon temps à y étudier tout ce qui peut avoir un rapport quelconque avec l'hygiène.

J'ai signalé précédemment la malpropreté et les exhalaisons fétides qui règnent dans cette ville, à cause du manque de ruisseaux et d'égouts collecteurs. Ces sources perpétuelles d'insalubrité troublent habituellement la santé des nouveaux venus, tandis que les indigènes y paraissent à peu près insensibles. Il est vrai qu'il y a des animaux créés pour vivre dans la vase et dans l'ordure.

Chaque jour la voie publique se couvre d'immondices qui se putréfient sur place, sans que la police en prescrive jamais l'enlèvement. Dans ces monceaux de toute espèce de choses se trouve une foule de débris animaux, qui augmenteraient singulièrement l'intensité du méphitisme s'ils n'étaient dévorés par des bandes de chiens vagabonds. Ceux-ci (qu'on me pardonne ce rapprochement) sont les boueurs, les chiffonniers du pays ; comme les chiffonniers, ils ne travaillent guère que pendant la nuit. Chaque bande a son quartier, qu'elle exploite pour ainsi dire par privilége. Qu'un chien d'une tribu voisine, séduit par l'odeur ou par l'abondance du butin, se présente pour le partager, il est averti par des grognements menaçants qu'une pareille prétention sera fort mal accueillie ; et si par malheur il insiste, il est aussitôt assailli, mordu, déchiré et mis en fuite : le tout avec accompagnement d'aboiements à faire tressaillir un mort. Le vacarme et le bruit des hallebardiers heurtant à tout rompre, la porte de chaque maison pour annoncer l'heure vous rendent le repos absolument impossible jusqu'à ce que vos oreilles soient accoutumées à un pareil tapage. Combien de fois, en m'éveillant en sursaut, ne me suis-je pas rappelé ces vers de Boileau :

Qui frappe l'air, bon Dieu ! de ces lugubres cris?
Est-ce donc pour veiller qu'on se couche à Paris?

Ces insomnies continuelles et le malaise qui en résulte sont assurément au nombre des conditions les plus dures de l'acclimatement des étrangers dans les grandes villes de l'Egypte et de la Turquie.

J'avais souvent ouï dire, et je me suis assuré sur les lieux, qu'on n'a jamais vu un seul cas d'hydrophobie se déclarer parmi les chiens errant dans les rues de Constantinople. Cependant toutes les causes de l'ordre climatérique attribuées à la rage se retrouvent et s'exercent dans tout le Levant plus manifestement encore que chez nous. Faut-il

3° Des plaques ... dans son épaisseur ne disparaissent pas par l'eau.

Le foie et les autres viscères contenues dans cette cavité ne présentaient aucune autre altération.

Dans cette intéressante observation il y a plusieurs circonstances dignes d'être notées, et que l'on pourrait présenter ainsi qu'il suit :

1° Syphilis congéniale développée par l'influence du père et de la mère;

2° Développement du mal huit mois après la naissance ;

3° Insuffisance des bains de sublimé;

4° Action résolutive de l'iodure de potassium;

5° Gastro-entérite et pneumonie lobulaire finales.

L'origine de la syphilis chez cette enfant n'est pas douteuse : le père a infecté la mère au début de la grossesse, et les accidents, d'abord inaperçus, n'ont été découverts qu'au septième mois de la gestation, alors qu'ils étaient déjà arrivés à la seconde période du mal, c'est-à-dire à la période des accidents secondaires. Des plaques muqueuses à l'orifice de l'anus, entre les grandes lèvres et à la partie supérieure des cuisses, constatées à ce moment, existaient encore à l'époque de la parturition, et obligèrent la mère d'entrer à l'hôpital. Elle sortit au bout de quelque temps assez bien guérie, et se mit à travailler. Il n'y a donc pas doute à conserver sur la double origine paternelle et maternelle de la syphilis chez l'enfant soumise à notre observation. Au reste, personne ne conteste plus aujourd'hui la possibilité de la transmission héréditaire de la syphilis par l'un ou l'autre des parents, et j'ai été l'un des plus résolus défenseurs de ce fait contre les assertions alors négatives de M. Ricord. C'est par erreur, et faute de recherches assez précises, que M. Diday m'a prêté une opinion opposée à celle que je viens d'émettre, et nulle part je n'ai professé, comme il me le fait dire dans son nouveau sur la syphilis des nouveau-nés, que la transmission de la syphilis par le père fût chose impossible.

Une fois ce point établi, un second fait important de cette observation c'est la naissance de l'enfant avec les apparences de la santé. Cela est d'autant plus extraordinaire que, venant au monde avec une double impulsion syphilitique, il semble qu'il eût dû offrir une manifestation relativement très grave de cette maladie. Il n'en a rien été, et ce n'est qu'au septième mois que survinrent aux parties génitales et entre les fesses des pustules peu apparentes, qui se développèrent rapidement, au point d'acquérir un volume assez considérable.

Il est très rare en effet de voir la syphilis congéniale se développer au delà des deux premiers mois qui suivent la naissance. Elle paraît ordinairement du quinzième au quarantième jour de la vie, et il n'y a pas beaucoup d'exemples de sa manifestation au huitième mois, comme chez la petite fille dont je viens de rapporter l'histoire. M. Diday a cependant cité trois faits du même genre, et l'un des enfants même a présenté la manifestation syphilitique à une époque encore bien plus avancée de la vie.

Ceux que ce fait pourra contrarier affirmeront sans doute que l'enfant a gagné une syphilis primitive après sa naissance, et que la syphilis secondaire du huitième mois a pu être la conséquence de cette infection accidentelle. A cela il n'y a rien à répondre, sinon que, la mère ayant avoué une syphilis constitutionnelle pendant sa grossesse et une continuation des accidents pendant la lactation, son enfant restant exempte de syphilis, on peut s'en rapporter aux véritables circonstances du fait sans recourir aux explications chimériques et aux hypothèses inventées pour la défense d'une mauvaise cause.

La forme et l'étendue des accidents secondaires de la syphilis chez cette petite fille ont été d'un grand intérêt. En effet, les lésions syphilitiques formées par des pustules plates et humides étaient circonscrites aux organes génitaux et aux environs de l'anus. Le reste du corps était exempt d'altérations. Le cuir chevelu, l'arrière-gorge, les viscères ne présentaient rien de syphilitique : à part la lésion cutanée, l'enfant offrait toutes les apparences d'une belle santé. C'est encore là une circonstance curieuse à mentionner, car dans la syphilis congéniale cette forme d'accidents est relativement plus rare que les autres, et la constitution générale des enfants a toujours souffert plus ou moins profondément par l'action profonde de la diathèse syphilitique.

Chez cette petite fille, les bains de sublimé ont échoué très complétement, et, comme on l'a vu, il a fallu recourir à l'iodure de potassium pour amener la résolution et la disparition des pustules plates syphilitiques.

Au reste, le résultat a été tout d'abord très heureux; dès les premiers jours, on a pu constater une notable amélioration dans l'aspect des syphilides cutanées, et elles étaient en train de disparaître complétement lorsqu'une affection aiguë des entrailles est venue interrompre le traitement et ultérieurement faire périr la petite malade.

Au sujet de ces accidents gastriques, il y a plusieurs questions à poser : quelle a été la part du traitement antisyphilitique dans leur production ? L'iodure de potassium a-t-il été pour quelque chose dans leur développement, ou bien, au contraire, l'entéro-colite a-t-elle été ici, comme chez tant d'autres enfants des hôpitaux, la conséquence du séjour dans des salles malsaines et du régime de l'hôpital ?

C'est un problème complexe et qu'il est difficile de résoudre d'une façon satisfaisante. S'il n'y avait eu chez cette enfant qu'une simple entéro-colite, on aurait pu l'attribuer vraisemblablement à l'influence nosocomiale dont j'ai parlé et dont les résultats sont si connus.

Mais ici l'estomac semble avoir été le premier organe affecté ; des vomissements ont permis de constater les troubles fonctionnels de ce viscère, et la nécropsie nous a fait voir une véritable gastrite caractérisée par la rétraction du ventricule, le plissement de la muqueuse, sa rougeur par plaques et au sommet des plis, son ramollissement considérable, lésions très rares et dont l'existence a même été mise en doute par quelques médecins. Or dans cette occurrence il est difficile de ne pas établir une corrélation entre le développement de cette gastrite et l'emploi prolongé d'un irritant tel que l'iodure de potassium, bien qu'il ait été donné à une très faible dose. Je n'ose pas affirmer et trancher la question d'une manière positive, mais je me sens disposé en faveur de cette hypothèse, qui a l'avantage de faire connaître les dangers possibles d'une médication acceptée et consacrée par l'expérience de tous les syphiliographes.

DE L'AUSCULTATION DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE [1].

(Leçons professées à l'École pratique par le docteur J.-J. Bataille.)

Art. III. — Des phénomènes stéthoscopiques des voies respiratoires considérés d'une manière générale.

Ces bruits sont essentiellement de deux ordres. Les uns se produisent dans le larynx (voix, toux, etc.), et retentissent dans la trachée du cou, la trachée pectorale, les grosses bronches et les moyennes bronches, les bronchilles, les vésicules pulmonaires. Les autres, au contraire, se produisent dans chaque section de l'arbre aérien là même où l'oreille les accuse ; ce sont les bruits de souffle normaux ou pathologiques et les râles, bruits provenant de l'agitation des liquides contenus dans l'arbre aérien par l'air expiré et par l'air inspiré.

Auscultation de la voix. — La voix retentit, à l'état normal, dans les divers tuyaux aériens, et jusqu'aux vésicules. Le mode de retentissement dans les vésicules pourrait fort bien être appelé *vésiculophonie*; on l'appelle *retentissement normal*. La voix retentit à plus forte raison dans les bronchilles, dans les moyennes et les grosses bronches et dans la trachée.

On peut donner à ces divers retentissements les noms de *bronchillophonie*, *bronchophonie*, *trachéophonie*. Une oreille, même médiocrement exercée, distingue bien l'une de l'autre, la vésiculophonie, la bronchillophonie, la bronchophonie, la trachéophonie.

La voix, en retentissant dans les diverses sections de l'arbre bronchique, conserve ordinairement son timbre normal; mais il n'en est pas toujours ainsi cependant. Elle contracte dans quelques cas un timbre tout spécial, métallique, égophonique. Ce caractère égophonique de la voix peut appartenir également à la trachéophonie, à la bronchophonie et à la bronchillophonie; de sorte que nous aurons une trachéo-égophonie, une broncho-égophonie, une bronchillo-égophonie. (Il n'y a pas de vésiculo-égophonie.) La bronchillo-égophonie seule a été décrite d'une manière complète. Laennec l'a nommée *égophonie* simplement. La voix qu'il décrit sous ce nom est évidemment la bronchillo-égophonie.

Quelle est la condition physique matérielle du timbre égophonique? Ici grande obscurité, comme dans toutes les questions relatives au timbre des sons. Nous pouvons dire seulement qu'une des conditions principales, sinon la condition unique du timbre égophonique de la voix, est que, pour parvenir à l'oreille de l'observateur, elle traverse une couche mince de liquide, comme cela a été démontré expérimentalement par Laennec et autres, comme le prouve le timbre égophonique de la voix lorsqu'on l'ausculte à la partie supérieure d'un épanchement pleural.

Il y a plus : un bruit quelconque, un souffle bronchique prend aussi ce même caractère *aigre, métallique* lorsqu'il traverse une couche mince de liquide; c'est ce que l'on observe fort bien lorsqu'on pratique l'auscultation à la partie supérieure d'un épanchement pleural pendant les mouvements respiratoires.

Du reste, l'auscultation de la voix et de la parole n'est que d'une très médiocre importance pour le diagnostic des maladies du thorax.

La voix normale présente tant de variétés dans son intensité, son timbre, son mode de retentissement à l'état physiologique que, lorsque l'on observe en auscultant la voix soit un changement d'intensité, soit un timbre particulier, on ne sait pas toujours si on doit attribuer cet état à un état pathologique ou à une simple variété physiologique chez l'individu soumis à l'observation.

Auscultation de la toux. — Pendant la toux, un bruit se produit dans le larynx sous l'influence de l'air violemment expiré.

Comme la voix, la toux retentit dans la trachée, les grosses bronches et les moyennes, les bronchilles et les vésicules.

Mais ici telles sont les variations normales de la toux laryngée, qu'on ne tire presque aucun parti de son auscultation; seulement, comme l'expiration violente qui produit le bruit de la toux est précédée d'une inspiration brusque et profonde qui fait pénétrer l'air dans les dernières ramifications de l'arbre aérien, on fait quelquefois tousser les malades pour faire entendre des souffles ou des râles qui pourraient n'être pas entendus pendant les simples mouvements respiratoires.

Bruits produits sur place dans les divers tuyaux de l'arbre aérien. — Nous avons ici deux genres de bruits, savoir : des bruits de souffle (normaux ou anormaux) et des râles.

Bruits de souffle. — L'air inspiré et l'air expiré produisent dans

(1) Suite. — Voir le numéro du 11 janvier 1855.

---

voir dans cette singulière exception une immunité attachée au genre de vie ou à la race de ces animaux? Je ne puis le dire au juste; seulement j'ai observé que les chiens de Constantinople diffèrent des nôtres en ce qu'ils ressemblent presque tous au chacal; que, vivant des aubaines que leur livre le hasard, ils ne souffrent pourtant ni de la faim ni de la soif, et qu'après une nuit d'agitation et de vagabondage ils passent toute la journée habituellement à l'ombre, plongés dans le sommeil ou la nonchalance.

En général, le Turc répugne à l'immolation des animaux, même de ceux qui peuvent lui devenir funestes ou gênants. Ainsi, qu'un âne ou un cheval tombe de vétusté, d'épuisement ou de maladie, on le lave, on lui natte les crins, puis on le transporte vivant dans quelque carrefour; à peine y est-il déposé, que les chiens, les pies, les vautours, etc., l'attaquent et en font leur pâture, même avant qu'il ait succombé. Toutefois, cette curée ne s'achève pas toujours assez promptement pour que les débris de l'animal, en se putréfiant, ne répandent au loin des bouffées de miasmes insupportables.

Il y a au centre même de Constantinople et dans ses faubourgs plus de deux cents cimetières. Ce sont, pour la plupart, de vastes terrains où l'on pénètre de tous côtés sans trouver ni murailles, ni clôtures. Ils sont généralement plantés de cyprès qui atteignent la hauteur de nos peupliers. Ces forêts d'éternelle verdure produisent, de loin un agréable effet.

Les cimetières, qui nous inspirent dès l'enfance une terreur instinctive qui ne se dissipe même pas avec l'âge mûr, ne font éprouver aux Constantinopolitains ni crainte, ni respect, puisqu'ils en font des lieux de promenades et de divertissements publics, et souvent aussi le théâtre d'obscénités sans nom.

En visitant ces nécropoles, j'en ai été souvent chassé par la mauvaise odeur qui régnait autour de moi. La cause de ces exhalaisons fétides vient du mode de sépulture usité en Turquie. En général, les fosses sépulcrales sont très larges, mais elles ont à peine deux pieds de profondeur. Dès qu'un cercueil y a été descendu, on le charge ordinairement d'une grosse pierre placée dans une direction oblique, au niveau de la poitrine du cadavre. Les pluies abondantes de l'automne et de l'hiver détrempent le sol de ces sépultures superficielles, humectent les planches de la bière, qui se pourrissent et s'affaissent dans toute la longueur de la fosse, excepté toutefois sur le point où se trouve la pierre en question. Là il se forme une espèce de voûte percée d'une ou plusieurs ouvertures résultant des déplacements opérés par l'éboulement. Bientôt l'ardeur du climat active la décomposition de toutes ces masses charnues enfouies négligemment ; c'est alors que chacun de ces soupiraux livre passage à des torrents d'émanations putrides qui contribuent de leur côté à transformer l'atmosphère de Constantinople en un bain de vapeurs pestilentielles.

La diarrhée et la dyssenterie sont les formes morbides sous lesquelles se manifeste chez les étrangers cet empoisonnement perpétuel.

Les affections chroniques les plus communes parmi les habitants de Stamboul sont la bronchite emphysémateuse et la bronchite catarrhale. Les efforts d'aspiration que comporte l'usage du *narguillé* produisent à la longue cet état emphysémateux du poumon. Les qualités âcres et irritants de la fumée de tabac, le froid humide de l'hiver sont des causes habituelles de catarrhe pulmonaire pour le Turc qui a continuellement entre les lèvres le tuyau d'un narguillé ou d'un tchibouck, et qui n'a pour se garantir des intempéries atmosphériques qu'une habitation disloquée sur toutes ses faces et chauffée seulement au moyen d'un méchant *brasero*.

Des milliers de caïdjis sillonnent sans cesse la Corne-d'Or, Top-Hané et le Bosphore. Ils sont revêtus d'un simple caleçon de toile à longs plis et d'une chemise blanche en gaze transparente, dont les manches tombantes, comme dans les bas-reliefs du douzième siècle, sont ornées de festons. Ces hommes montent de petites barques minces dont la proue est aiguë comme le tranchant d'une hache et qu'ils conduisent à travers les flots avec une inexprimable rapidité. Le caïdji arrive rarement au terme de sa course sans être inondé de sueur; aussitôt qu'il a amarré son esquif, il allume son tchibouck, qu'il fume tranquillement et sans se préoccuper le moins du monde des courants d'air qui glacent ses épaules. On comprend aisément pourquoi parmi ces hommes insouciants il n'en est peut-être pas un seul qui échappe à la bronchite chronique.

Dès que vous avez mis le pied chez un Turc, vous voilà condamné au tabac et au café pour aussi longtemps que durera votre visite. Gardez-vous de refuser la pipe qu'on allume, la tasse qu'on remplit pour vous; ce serait de votre part une marque d'incivilité ou de mépris pour votre hôte. Ce que ces gens-là consomment en un jour de tabac et de café dépasse vraiment toute croyance; voilà sans doute ce qui explique l'état de stupeur et de flaccidité de leur maintien.

Rien n'est moins identique à soi-même que le courage; en général, il vient chez le Français de la vanité; chez l'Allemand, du phlegme; chez le Russe, de l'insensibilité; chez le Hollandais, de l'entêtement; chez l'Espagnol, de l'orgueil; chez l'Italien, de la colère, et chez le Turc, dit-on, du fanatisme et de l'opium.

Ce dernier point est le seul que je conteste, car je n'ai jamais vu les soldats musulmans s'enivrer d'opium pour se donner du cœur. Chez eux, au contraire, la bravoure doit sa naissance et sa force au fanatisme religieux, à ce système qui fait croire que tous nos jours sont comptés, que l'heure de notre mort est tellement arrêtée, qu'aucune témérité, qu'aucune prudence n'en peuvent hâter ou retarder le moment. On conçoit qu'une telle opinion rend les musulmans inaccessibles à la crainte; l'essentiel est qu'ils aient la foi.

Il est rare de rencontrer un Turc cheminant par la ville sans qu'il soit muni de provisions de bouche soigneusement enveloppées dans son mouchoir : à en juger sur les apparences, on croirait que ce peuple ne songe qu'à bien vivre, et cependant tous ces cubes ambulants de chair et de santé sont d'une sobriété peu commune. De l'eau, des pastèques, des oranges, du raisin, des fruits secs, du lait ou du

chaque section de l'arbre aérien un double bruit de souffle, un souffle d'inspiration et un souffle d'expiration.

Dans tous les tuyaux à l'état normal, ces souffles sont doux, moelleux. Ces souffles peuvent subir des modifications; ils peuvent devenir plus intenses, moins intenses; ils peuvent devenir rudes, secs, râpeux, métalliques, par des conditions pathologiques. Mais la modification la plus remarquable qu'ils peuvent subir est le changement de ton; ils peuvent devenir plus aigus.

Le souffle des grosses bronches, en s'élevant de ton, peut devenir sonore: il devient souffle sonore (râle sonore de Laennec). Ce souffle présente d'ailleurs une foule de nuances: bruit de basse, de tourterelle, etc., etc.

Le souffle des petites bronches, en s'élevant de ton, devient sifflant; c'est le souffle sibilant (râle sibilant de Laennec).

Entre le souffle sonore et le souffle sibilant, on observe toutes sortes de nuances intermédiaires. On peut voir ces deux souffles coïncider ou alterner l'un avec l'autre.

L'élévation de ton qui rend les souffles sonores ou sibilants est toujours due à une diminution du calibre des tuyaux aériens sur un point circonscrit. Cette diminution du calibre des tuyaux aériens est due, non pas à une tuméfaction de la muqueuse ou du tissu cellulaire sous-muqueux, mais à la présence d'un liquide épais, dense, impénétrable à l'air, qui est adhérent aux parois d'un tuyau bronchique. La preuve qu'il en est ainsi, c'est qu'une inspiration brusque et profonde (et mieux encore la toux) suffit pour déplacer, ou même faire disparaître le souffle sonore et le souffle sibilant, en chassant le liquide épais qui les produisait.

Bruits humides, ou râles. — Lorsque des liquides sont contenus dans les tuyaux de l'arbre aérien, l'air, en les agitant, produit des bruits tout particuliers, des bruits nouveaux: ce sont des bruits humides, ou râles proprement dits.

L'air peut agiter ces liquides de deux façons. Tantôt la colonne d'air ne pénètre pas ces liquides; elle se borne à les refouler devant elle, sous forme de bulles. Il se produit alors un bruit tout particulier: c'est le râle de craquement, ou craquement sec, bruit important sur lequel nous aurons l'occasion de revenir.

Mais le plus souvent l'air se mêle aux liquides, et il se forme de véritables bulles.

L'on doit dans ces bulles examiner leur nombre, leurs dimensions, la consistance du liquide qui les forme et la manière dont elles crèvent, leur coexistence avec l'inspiration ou avec l'expiration, la distance à laquelle elles se produisent de l'oreille, etc. Toutes ces circonstances ont leur importance pour déterminer la véritable valeur séméiologique d'un râle.

De la propagation des divers bruits à travers le tissu même du poumon. — Parmi les bruits produits dans l'appareil respiratoire, il en est qui ont une grande intensité. Ceux-là, lors même qu'ils se produisent profondément dans le tissu pulmonaire, peuvent arriver jusqu'à l'oreille à travers un tissu pulmonaire sain; seulement ils ont le caractère lointain; tels sont la plupart des râles humides (des grosses bronches, des moyennes bronches), tels sont les souffles sonore et sibilant.

D'autres bruits moins intenses produits profondément n'arrivent à l'oreille qu'autant que les bruits superficiels ont disparu et que le tissu pulmonaire superficiel est devenu bon conducteur en se densifiant, comme dans la pneumonie, la phthisie, etc.; ou par compression, comme dans l'épanchement pleurétique.

Tels sont les souffles simples, soit les souffles bronchiques, soit les souffles bronchillaires, qui en effet ne sont pas perçus à l'état normal, parce qu'ils se produisent profondément, et qui ne sont perçus qu'autant qu'un état pathologique facilite la transmission de ces bruits.

Ce que nous venons de dire des souffles bronchiques et bronchillaires, nous pouvons le dire de la bronchophonie et de la bronchillophonie. Pour que la voix bronchique, la voix bronchillaire soient perçues, il faut que les vésicules soient indurées, densifiées.

Nous pouvons dire exactement la même chose de la toux bronchique, de la toux bronchillaire.

Dès lors le souffle bronchique, la voix, la toux bronchiques, le souffle bronchillaire, la bronchillophonie, la toux bronchillaire ne sont pas des bruits anomaux. Ce sont des bruits normaux anomalement transmis, bruits normaux ayant subi toutefois le plus souvent quelques modifications d'intensité, de timbre, de caractère, etc., etc.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 13 février 1855. — Présidence de M. Jobert (de Lamballe).

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet:

Epidémies. — 1° Le rapport final de M. Joly, médecin cantonal de Port-sur-Saône (Haute-Saône), sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Villers-sur-Port.

2° Le rapport final de M. le docteur Bolut, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Dôle, sur une épidémie de fièvres typhoïdes qui a régné à Rochefort depuis le 15 juillet 1853 jusqu'au 1er novembre suivant.

3° Un compte rendu des maladies épidémiques qui se sont déclarées dans le département de la Haute-Vienne pendant l'année 1854.

Eaux minérales. — 4° Un mémoire dans lequel M. le docteur Nivet, médecin inspecteur des eaux minérales de Royat, a consigné ses observations sur lesdites eaux.

5° Un rapport de M. Villaret, médecin principal de l'hôpital militaire thermal de Bourbonne, sur le service de cet établissement pendant les années 1853 et 1854.

6° Une demande d'avis au sujet d'une autorisation sollicitée par le sieur B... pour l'exploitation de deux sources dont il est propriétaire.

7° Une demande d'avis sur une autorisation d'établissement de fabrique et dépôts d'eaux minérales à Lyon.

Remèdes secrets. — Le même ministre transmet avec un échantillon la formule d'un spécifique contre le choléra, et une recette de pilules anticholériques à base de zinc.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Eaux minérales. — M. Mistler (de Schlestadt) adresse l'état statistique des bains de Chatenais pour l'année 1854.

— M. Richon-des-Brus adresse une notice sur les eaux de Néris.

Iode pour faire avorter les pustules varioliques. — M. Boinet écrit, à l'occasion du mémoire de M. Piorry sur le traitement de la variole, que depuis plusieurs années il fait usage pour faire avorter l'éruption pustuleuse d'un moyen qui, sans avoir les inconvénients de tous ceux qu'on a préconisés, en a tous les avantages. Ce moyen est la teinture d'iode appliquée en *badigeonnage*.

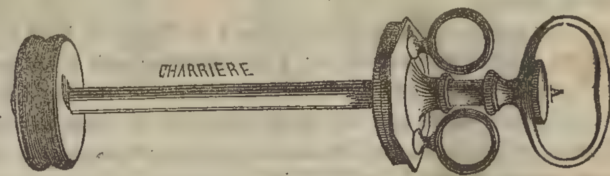
Voici la formule qu'emploie M. Boinet:

Teinture d'iode.	30 grammes.
Iodure de potassium.	2 —

On badigeonne matin et soir à deux ou trois reprises toute la figure pendant trois ou quatre jours.

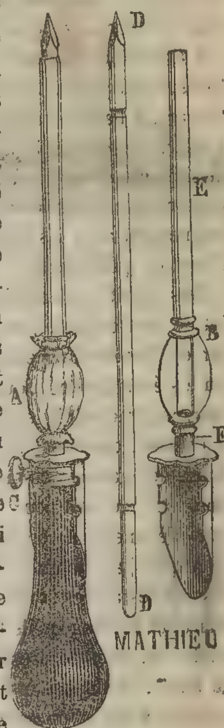
Nouveau modèle de piston. — M. Charrière fils présente à l'Académie un nouveau modèle de piston dont on peut à volonté augmenter ou diminuer le diamètre, applicable à toute espèce de pompes aspirantes ou foulantes, d'irrigateurs et autres appareils destinés à l'hygiène, et qu'il a fabriqué d'après les indications de M. le docteur Félix Hatin.

On obtient la dilatation ou la réduction de ce piston par son allongement ou son raccourcissement à l'aide d'une simple vis de rappel faisant corps avec la tige et l'anneau, ou bien en tournant la rondelle A,



et cela à volonté, avant ou pendant l'opération. Ce moyen est aussi appliqué aux pistons à double rondelle en parachute présentés par M. Charrière père en 1839, pour les développer sans y toucher préalablement lorsqu'on les a laissés se dessécher.

Nouvelle modification du trocart. — M. Mathie présente une modification qu'il vient de faire subir au trocart. Outre le poinçon, qu'il a rendu mobile sur le manche afin d'utiliser les deux bouts DD, il a imaginé un nouveau système de soupape qui remplace avantageusement celles qui ont été mises en usage jusqu'à ce jour, ainsi que le robinet. Ce moyen consiste dans une solution de continuité qu'il a pratiquée dans la canule, près du pavillon. Ces deux parties de canule ainsi séparées sont maintenues en face l'une de l'autre au moyen de deux lames qui les réunissent latéralement. Cet espace est coiffé par un tube en baudruche A que l'on fixe avec du fil sur les deux gorges EB. Ce nouveau moyen de soupape permet la sortie et l'entrée du liquide, et empêche l'entrée de l'air. Cette modification a l'avantage de permettre ainsi à l'opérateur de déboucher la canule lorsqu'elle fonctionne, et cela sans qu'un atome d'air puisse pénétrer dans la partie sur laquelle on opère. Il suffit pour cela de se servir du bout mousse du poinçon, qui, en passant dans la solution de continuité, écarte le tube de baudruche sans le déchirer.



Lorsqu'on veut empêcher la sortie du liquide, on saisit entre le pouce et l'index les deux lames qui unissent les deux portions de canule, et on intercepte à l'instant la communication des deux extrémités.

— M. le président fait part à l'Académie de la perte qu'elle vient de faire de deux de ses plus anciens membres, M. Jadelot, appartenant à la section de pathologie médicale, et M. Bouley, de la section de médecine vétérinaire.

LECTURES.

Formation de l'émail des dents. — M. Oudet lit un mémoire sur la formation de l'émail des dents. Ce travail nous a paru avoir pour objet de démontrer que l'émail des dents est le produit d'une sécrétion de la pulpe dentaire.

Variole. — M. Bousquet a la parole pour la lecture d'un travail fait à l'occasion du mémoire de M. Piorry sur la variole.

M. Bousquet. Quelque attention que j'aie donnée au mémoire de M. Piorry sur la variole, je ne me suis pas cru en état d'en parler avant de l'avoir lu; et maintenant que je l'ai lu je ne pourrais dire ce que j'en pense sans entrer dans les doctrines de l'auteur.

En physiologie on n'est pas plus spiritualiste que M. Piorry. En pathologie on n'est pas plus matérialiste. Il est spiritualiste au point qu'il fait tout venir de l'âme: non-seulement la pensée, mais la vie et les organes eux-mêmes. L'âme, dit-il, est le point de départ de l'organisation, et c'est l'influence de l'âme qui détermine les phénomènes qu'on a coutume de rapporter au principe vital. Stahl n'aurait pas mieux dit.

En pathologie, ce n'est plus cela; la transformation est complète. M. Piorry n'admet, on le sait, que des organes. Médicalement parlant, il n'y a que des organes dans le corps humain; je le crois. Mais je crois aussi que les organes sont pénétrés d'une force qui les anime et les fait vivants. Or, sauf les lésions purement mécaniques, c'est en tant que vivants qu'ils sont malades, de sorte qu'en définitive toute maladie commence par la cause même de la vie; ce sera si l'on veut l'organisation elle-même dans ce qu'elle a de plus fin et de plus délié et à la fois de plus intime et de plus mystérieux.

Broussais lui-même, malgré ses tendances matérialistes et ses engagements, n'a pu s'empêcher de protester contre cette philosophie grossière et bornée qui s'arrête à la surface des choses et se persuade qu'il n'y a rien au delà, parce que les sens ne lui découvrent rien. De son aveu, et de l'aveu même de M. Bouillaud, son glorieux disciple, les maladies ont leurs racines dans l'action vitale. L'œil de l'observateur n'assiste pas à leur naissance; il ne commence à les voir que quand elles ont franchi le seuil du sanctuaire, et l'anatomie pathologique, si fière, si satisfaite d'elle-même, n'en saisit en réalité que les derniers termes, et pour ainsi dire les restes.

L'ignorance où nous laisse la physiologie sur le principe de la vie et de la santé s'étend nécessairement aux troubles qu'elles éprouvent dans les maladies. L'énigme se continue.

Avec ces réserves, je consens à dire que les maladies intéressent l'organisation, ne sont que des lésions de l'organisation; mais cette lésion n'est pas tout. Il y a des maladies, comme celles qui naissent de germes, la syphilis, la rage, la morve, la rougeole, la variole, la vaccine, etc., et encore les maladies de provenance venimeuse, les empoisonnements, il y a, dis-je, des maladies qui ont en quelque sorte un corps, un ferment. La cause pénètre dans l'économie, et en prend si bien possession qu'elle ne la quitte qu'après avoir reproduit les germes qui en assurent la reproduction et la perpétuité, ou tout au moins après avoir épuisé toute sa fureur.

Ces vérités sont vulgaires en pathologie; M. Piorry les connaît aussi bien que qui que ce soit, mais il se dérobe aux conséquences. Sous prétexte que les maladies intéressent l'organisation, il n'admet pas de maladies; il ne voit que des malades. Et suivez son raisonnement: dans

---

poisson, une tranche d'agneau ou de mouton, voilà le menu à peu près invariable du repas principal. Comme l'espèce bovine est employée aux transports ainsi qu'au labourage, la viande de veau est inconnue sur les marchés de Constantinople; celle même de bœuf y est peu demandée, si ce n'est par les Européens, encore est-elle de qualité détestable.

J'ai retrouvé en Turquie, sous le nom de *mastic*, le fameux raki tant aimé des Hellènes, et non moins estimé des races germaniques, grecques ou esclavones qui peuplent avec les matelots, les bouges immondes de Galata et de Péra. On reconnaît là les mêmes types d'ivrognes que ceux qu'offrent les pays où la consommation de l'eau-de-vie est en faveur. Tous ces buveurs s'adonnent au mastic, moins pour savourer que pour avaler; ils n'ont que la qualité de l'éponge.

La plupart des législateurs de l'antiquité, justement inquiets des effets déplorables qu'entraîne à sa suite l'usage immodéré des liqueurs spiritueuses, décrétèrent les peines les plus sévères contre l'ivrognerie. On dit que Mahomet trouva ce vice tellement répandu en Orient, que pour le déraciner il fut obligé d'interdire d'une manière absolue l'usage du vin. Cette prohibition est évidemment trop rigoureuse, car des boissons alcooliques convenablement mouillées et prises dans une juste mesure ne peuvent pas être plus nuisibles en Orient que partout ailleurs. Ce qu'il faut condamner en pareille matière, c'est l'abus et non pas l'usage.

Rien de trop: telle est la formule laconique mais exacte des préceptes de la morale et de l'hygiène.

En toute chose, l'extrême sévérité des lois conduit l'homme au mensonge et à la dissimulation; aussi, malgré la défense du prophète, est-il bon nombre de ses sectateurs qui s'adonnent en secret à leur penchant pour le vin. Mais malheur au coupable surpris en état d'ivresse! Si on ne le traîne plus en prison comme autrefois, par raison d'économie on le roue de coups de bâton. Pour les Orientaux, le bâton c'est la prison, en ce qu'il oblige le condamné meurtri à rester chez lui; rien dans ce châtiment n'est à la charge de l'Etat.

Les Turcs arrivant de bonne heure à une sorte d'anaphrodisie incompatible avec les devoirs conjugaux, sont obligés de recourir à l'aiguillon de la variété pour prévenir chez eux les défaillances génitales. On paraît croire en Europe que la polygamie conduit les mahométans à l'immoralité. C'est une erreur; les lois de la décence sont au contraire strictement observées parmi eux sous le contrôle sévère des chefs de famille. Les vêtements si amples des Orientaux se prêtent admirablement à l'instinct de la pudeur, et ces peuples sont d'une telle rigidité sur ce point, que dans le regard, les attitudes ou le langage la moindre inconvenance serait un crime.

Les femmes turques manifestent presque toutes une grande aversion pour les chrétiens, elles ne s'en désarment même pas toujours en faveur du médecin dont elles ont pourtant réclamé les conseils. Leur conduite est gouvernée par une foule de préjugés; en supposant qu'on en triomphe sur un point, on n'aurait fait qu'ôter une épine d'un buisson.

Champouillon.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent:
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. Decq;
A Genève, à la librairie de Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Annuaire médical et pharmaceutique de la France, par le docteur Félix Roubaud. — Un volume grand in-12 de près de 500 pages. Pour Paris 4 fr.; et pour les départements 5 fr. 50. — Chez l'auteur, rue de Trévise, 26, et chez J.-B. Baillière, libraire, rue Hautefeuille, 17, à Paris.

Réflexions critiques sur l'homœopathie, par le docteur Labbey (de Bayeux). In-8°. Prix: 2 fr. — A Paris, chez Labé, libraire, place de l'École-de-Médecine.

les malades il ne recherche que les organes souffrants, sur lesquels il prend son point d'appui pour former cette fameuse nomenclature que vous connaissez, ou que vous ne connaissez pas, et dont je dirai un mot en finissant.

Je ne veux pas faire une mauvaise guerre à M. Piorry, et il est trop évident que, s'il y a des malades, il y a des maladies; mais il faut pardonner quelque chose à l'enthousiasme d'un inventeur revenu à lui-même. Le premier usage qu'il fait de sa raison est de calomnier les nosologistes. A l'entendre, tout en eux est confusion; ils copient la nature sans la comprendre; ils relèvent les symptômes et ne voient rien au delà, et, ce qui est bien pis, ils donnent ces collections de symptômes comme des unités morbides. Pour comprendre toute la portée de ce reproche, il faut savoir qu'aux yeux de M. Piorry il n'est pas de maladie si simple qu'elle paraisse qui ne réunisse plusieurs états pathologiques. Ces états sont aux malades ce qu'en chimie les éléments sont aux corps, ce que les syllabes sont aux mots.

L'art de décomposer les maladies, d'en séparer les éléments constitutifs, voilà pour M. Piorry le nœud, la clef de toute bonne médecine. Cet art, il l'aurait créé s'il ne l'avait pas trouvé dans l'Ecole de Montpellier, à laquelle il l'a pris, et du reste il est juste de dire qu'il ne dissimule pas son larcin. Nous dirons à notre tour qu'il a le mérite d'en comprendre l'excellence et de le porter dans ses livres et dans son enseignement avec les modifications qu'un esprit comme le sien imprime à tout ce qu'il touche.

Des esprits superstitieux qui ne peuvent souffrir qu'on touche à l'objet de leur culte ne seront pas contents de M. Piorry. On dira qu'à force d'étendre la méthode, il l'a un peu déviée, qu'il a multiplié sans fin les états pathologiques, qu'il a confondu quelquefois l'élément avec le symptôme, qu'il se plaît trop dans les détails, qu'il pousse l'analyse à l'excès, que tout lui est sujet d'indication : un peu plus ou moins de sang, des gaz ou des matières dans l'intestin, de l'écume à la bouche, etc., ce sont pour lui autant d'actes constitutifs des maladies, autant d'éléments à combattre.

A quoi j'ajoute qu'il ne suffit pas de distinguer les états pathologiques les uns des autres : tous ne naissent pas à la fois; il faut donc les classer, marquer le rang qu'ils tiennent entre eux et dans la composition des maladies. Tous ne présentent pas le même danger; il faut en apprécier la force, l'influence et l'importance relative, sans quoi la plus savante analyse n'est qu'un guide infidèle plus propre à égarer le praticien qu'à l'éclairer et à le conduire.

Telles sont, si je les ai bien comprises, les vues doctrinales de M. Piorry, et telle est la méthode dont il a fait l'application devant vous à l'étude de la petite vérole.

M. Piorry l'a choisie à dessein pour faire voir le triomphe de la méthode. S'il est une maladie spécifique, une maladie *sui generis*, comme on le dit dans le langage de l'école, c'est assurément celle-là. A la différence de bien d'autres, elle ne reconnaît qu'une cause, cause active, puissante, que rien ne peut entraver, que rien ne peut suppléer, et les effets en sont si bien liés qu'ils se succèdent et s'enchaînent dans un ordre invariable et avec une constance telle qu'il est facile au médecin de les prévoir et de les annoncer à l'avance.

M. Piorry connaît cet enchaînement; qui ne le connaît pas? Mais peut-être il n'en est pas assez frappé, sa thérapeutique n'en tient pas assez compte; il n'en a pas vu toutes les conséquences.

La première chose à considérer dans le traitement des maladies, c'est la cause d'où elles sortent. Ici c'est un virus : ce virus contient en lui-même toute la petite vérole, comme le gland contient le chêne; si bien que, s'il était possible de l'atteindre et de le neutraliser, la petite vérole, étouffée à sa source, ne laisserait rien paraître d'elle-même. Malheureusement le neutralisant, s'il existe, n'est pas connu, et quand il le serait, nous n'en pourrions pas faire usage. Comment atteindre un miasme qui se dérobe à tous les sens? Le malade lui-même le reçoit sans en être averti, et il le porte dans les chairs qu'il ne sait pas encore le danger qui le menace.

Cependant le miasme absorbé porte l'infection dans toute l'économie : c'est le second temps, c'est le deuxième acte de la petite vérole, et cette infection est encore irrésistible; rien ne peut la prévenir ni l'atténuer. L'art n'a rien à lui opposer, si ce n'est ces moyens généraux que prescrit le plus simple bon sens. Parce que la vaccine prévient la variole à venir, on a cru qu'elle adoucirait la variole naissante; l'essai en a été fait, et le résultat a prouvé qu'on se faisait une fausse idée de la vaccine.

Il est triste sans doute d'avouer notre impuissance contre les principaux éléments de la variole; mais il serait plus triste encore de la dissimuler et de se payer d'illusion. Nous sommes d'ailleurs en famille, et nous pouvons dire à huis clos ce qu'il faut taire partout ailleurs.

Passons à l'éruption. Ce n'est pas ce qu'il y a de plus essentiel dans la composition de la variole, mais elle en est le caractère le plus clair. C'est dans les pustules que se réfugie, ou plutôt que s'élabore le virus destiné à le reproduire. Ce que le fruit est à l'arbre, l'éruption l'est à la variole.

Dans l'ordre chronologique, l'éruption n'occupe que le troisième rang; elle n'en a pas moins une grande importance thérapeutique : elle donne, en général, la mesure du danger.

Chirac avait conçu la folle pensée de l'empêcher de naître à force de saignées; d'autres avaient mis leur espoir dans les purgatifs, d'autres dans les mercuriaux. Tout a échoué; et pour moi, je doute que quand la nature a préparé une variole confluente il soit au pouvoir de l'art de la transformer en une variole discrète.

Refouler l'éruption en masse à sa naissance serait sans doute moins présomptueux, mais pas plus facile; et, en eût-on le moyen, la prudence défendrait de l'employer. Cependant, ce qu'on ne peut pas faire contre toute l'éruption, on peut le tenter partiellement. De nos jours, on paraît mettre un grand prix à préserver le visage, soit pour lui conserver la régularité des traits, soit pour empêcher l'inflammation de se propager au cerveau.

Le hasard a mis la science sur la voie. Qui ne connaît le fait rapporté par Baillou? Il était oublié comme tant d'autres; l'esprit de recherche l'a retrouvé, et la science l'a mis à profit. Seulement, par une curiosité naturelle, elle a voulu savoir si le mercure était pour quelque chose ou si l'emplâtre de *Vigo cum mercurio* n'agit que mécaniquement en privant la partie qu'il recouvre du contact de l'air. Je crois, pour mon compte, qu'il agit de l'une et de l'autre façon; je crois que la privation de l'air vient en aide aux propriétés du mercure. Sans savoir que j'avais été prévenu, j'ai dit souvent qu'il en était de la variole comme des plantes et des fleurs; elle prospère, elle fleurit au grand air et au soleil; elle s'étiole et se fane à l'ombre et dans l'obscurité.

M. Serres a fait, à cet égard comme à tant d'autres, les expériences les plus curieuses. En 1818 et 1819, il soupçonnait déjà l'influence de la chaleur et de la lumière sur l'éruption; il fit déplacer tous les varioleux et les relégua dans les salles les plus basses de l'hôpital de la Pitié. Le résultat de l'expérience ne se fit pas longtemps attendre. Dès ce moment on vit les varioles les plus confluentes s'amortir et la mortalité diminuer.

Quelque temps après, l'administration des hôpitaux ayant ordonné de tirer les varioleux de ces espèces de souterrains et de les placer dans des salles hautes, bien éclairées et bien aérées, la variole reprit toutes ses allures avec tous ses dangers.

Que dirai-je de la cautérisation? C'est un moyen du même ordre que les topiques, quoique plus difficile à manier. Elle n'est bonne que contre les pustules isolées des paupières ou du pourtour de quelques ouvertures. M. Piorry s'en sert encore contre les pustules qui viennent parfois dans le pharynx, ce qui est peut-être assez inutile. Elles gênent, dit-on, la déglutition. Et les eschares la faciliteront-elles? Gêne pour gêne, douleur pour douleur, on se soumet plus volontiers à celles que la nature nous envoie qu'à celles que la médecine nous apporte. Ajoutez qu'à la chute des croûtes vous aurez des plaies au vif, qui ne pourront que prolonger le supplice des malades.

A l'égard des pustules qui naissent dans le larynx et dans la trachée jusqu'à la première bifurcation, le cas est autrement grave. M. Piorry y a pensé mûrement. Le moyen même qu'il nous propose est un aveu déguisé de son impuissance; ce moyen, c'est la trachéotomie. Inutile de dire qu'il n'y a recours que dans ces moments suprêmes où le malade aux abois est menacé de périr d'asphyxie. Mais alors même je doute qu'il se trouve un chirurgien assez hardi pour partager une si grande responsabilité. M. Piorry en a fait l'expérience, et il nous le confie avec un abandon qui l'honore. MM. Bérard et Sanson lui ont refusé leur concours. M. Piorry a pu le regretter; mais quand son esprit a conçu une opération qu'il croit utile, il a une main pour l'exécuter. Il opéra donc sa malade; trente-six heures après elle n'était plus. Si ce revers n'a pu le faire changer, il n'est pas fait non plus pour rallier les mécréants.

Mais de ce que l'art n'est pas tout-puissant contre la variole, il ne faut pas dire qu'il n'y peut rien. Une saignée faite à propos quand la réaction est trop vive, un émétique quand l'éruption a de la peine à se faire jour, des boissons tempérantes, de l'air, de la fraîcheur, peu de lumière autour des malades; voilà des moyens que la raison avoue, que l'expérience conseille.

Le traitement le plus simple est souvent le meilleur.

Boerhaave et Van-Swieten avaient bien compris que la médecine resterait impuissante contre la petite vérole tant qu'elle n'aurait pas un *spécifique*; ils l'ont cherché longuement, leurs recherches n'ont rien produit.

A défaut de spécifique, les grands praticiens de tous les temps, depuis Sydenham jusqu'à Hildenbrand et Franck, ont demandé les indications de la variole à la constitution régnante. Si elle était inflammatoire, ils saignaient, quoique avec réserve; si elle était bilieuse, ils faisaient vomir. De l'éruption, ils ne s'en occupaient pas. On peut tout exagérer, dit Sydenham, excepté l'influence des constitutions médicales; et Stoll répète en vingt endroits de son *Ratio medendi* que hors de ces principes il n'y a pas de médecine.

Ils avaient si bien réussi, ces principes, à Dehaën qu'il s'autorisait de ses succès pour repousser l'inoculation elle-même. M. Piorry vante aussi les siens, qui le soutiennent et le consolent; les siens, dis-je, car je ne veux pas le troubler dans le témoignage de sa conscience et lui ôter la douce satisfaction qu'ils lui font éprouver. Mais qu'il est malaisé, dans une maladie comme la variole, de mettre un prix aux efforts du médecin sans se rendre injuste envers la nature! Vous allez le comprendre. Si la nature ne la guérissait jamais, rien au contraire ne serait plus facile; mais suivez notre raisonnement, d'une part le médecin ne peut rien sans l'aide de la nature, et, de l'autre, la nature n'a guère besoin de secours étrangers, elle se suffit le plus souvent à elle-même. Et comme elle agit, comme elle opère toujours en même temps que nos remèdes, il y a presque toujours doute si le soulagement vient des remèdes employés ou de cette bonne nature si bien qualifiée par Broussais du nom de providence intérieure. Cependant, à juger des vertus des médicaments sur la guérison qu'on leur attribue, ils sont tous excellents; mais poursuivez, répétez les expériences, et vous verrez ces mêmes vertus s'évanouir peu à peu jusqu'à ce qu'enfin il n'en reste rien. Il n'y a que la nature qui ne se dément pas.

Je livre ces réflexions à M. Piorry, et lui demande la permission de dire un mot de sa nomenclature.

M. Piorry a tant d'idées qu'il n'y a pas lieu de s'étonner si elles ne sont pas toutes également heureuses. Un jour, jour néfaste, il lui vint dans l'esprit de répudier la langue médicale et d'en composer une autre. Il se dit : Les maladies intéressent les organes, c'est donc aux organes qu'il en faut demander la dénomination.

Je vous entends; mais imposer aux maladies les noms des organes qu'elles affectent implique nécessairement qu'on connaît ces organes. Pour peu qu'il y eût d'incertitude, ce système ne serait plus applicable. A cet égard la médecine est donc arrivée à sa perfection; car, supposez qu'il lui reste encore quelques nuages à dissiper, quelques difficultés à éclaircir; supposez, enfin, qu'elle ait quelques progrès à faire, et un moment viendra où il faudra changer les noms à mesure de ces progrès, puisque la nomenclature ne répondra plus à l'état de la science, et ainsi de suite jusqu'à l'infini. Aussi de très bons esprits ont-ils pensé que dans une science aussi susceptible de variations que la médecine les mots en circulation, les mots de convention dont le sens étymologique ne rappelle rien de l'objet qu'ils désignent, étaient incomparablement les meilleurs.

Avant d'aller plus loin, permettez-moi de vous faire une question. N'avez-vous éprouvé aucun embarras à classer tous ces nombreux états organo-pathologiques dont vous avez inondé la médecine? Etes-vous bien sûr que la place que vous leur assignez est celle qu'ils occupent dans l'économie? Où mettez-vous, je vous prie, la chlorose, l'hystérie, l'hypochondrie, l'épilepsie? Où mettez-vous encore la fièvre typhoïde, les scrofules, la syphilis, la variole, la fièvre intermittente et tant d'autres? Je connais votre réponse; je sais que quand l'anatomie se tait, votre imagination y supplée, et que vous nous donnez hardiment vos suppositions pour des réalités; de sorte que sous couleur de changer les mots vous changez aussi les choses. Je crois même que votre secret vous est échappé; n'avez-vous pas dit quelque part qu'il y avait toute une doctrine sous votre nomenclature?

Ici M. Bousquet, citant pour exemple la fièvre typhoïde et la fièvre intermittente, montre à quels écarts conduit l'application de la nomenclature aux éléments morbides complexes dont se composent ces maladies.

Mais quand même vos idées seraient aussi justes que vous le croyez, ajoute M. Bousquet; quand même il n'y aurait nulle certitude sur le siége des maladies, pourquoi changer des noms connus et acceptés par le monde scientifique? Qui êtes-vous donc pour m'imposer votre langue? Tant d'autres ont péri à la tâche que je m'étonne que leur exemple ne vous ait pas arrêté.

Tout ce qu'on peut dire sur les vices de la langue usuelle, de la langue commune, ajoute M. Bousquet, je l'admets; et pourtant je dis qu'il faut la conserver, parce qu'il y a encore plus d'inconvénients à la changer.

M. Bousquet termine en ces termes :

M. Piorry a cru servir la science, c'est là son excuse; il a cru améliorer la langue, il l'a corrompue; il veut répandre des idées doctrinales, et il s'isole de plus en plus. Comment ne le voit-il pas? C'est presque un étranger parmi nous; s'il nous parle, il est obligé de se traduire pour se faire comprendre. Personne ne se rapproche, sauf peut-être quelques élèves intéressés à le flatter et à lui plaire. Il n'y a pas de mérite à faire des mots nouveaux, il y en a bien plus à faire un bon usage des anciens. L'imperfection même d'une langue n'est pas une raison d'y toucher : c'est Voltaire qui l'a dit. Réservez les noms nouveaux pour les idées nouvelles. Hors, de là conformez-vous à l'usage, votre maître et le mien, et laissez, laissez ce détestable néologisme qui, s'il pouvait se répandre, rendrait inutiles les livres des plus grands maîtres.

M. Piorry, après la lecture de ce discours, monte à la tribune. Après avoir traité M. Bousquet avec tant de bienveillance dans mon mémoire, dit-il, j'ai quelque sujet d'être surpris qu'il en ait eu si peu à mon égard. Je vois M. Bousquet bien monté contre le néologisme, mais bien plus encore contre la doctrine de Paris. Quant à la nomenclature, que M. Bousquet se rassure, elle n'est pas tombée autant qu'il le croit; elle est la conséquence des essais tentés à plusieurs époques et qui n'ont pas aussi complétement avorté qu'il le dit. Comme l'heure est avancée et que l'argumentation de M. Bousquet exige une longue réponse, je demande la permission de la renvoyer à la séance prochaine. (Oui ! oui !)

La parole sera réservée à M. Piorry pour la prochaine séance.

PRÉSENTATIONS.

Pessaires en caoutchouc vulcanisé. — M. Durand-Fardel, correspondant de l'Académie, fait au nom de M. Gillebert-d'Hercourt une communication tendant à démontrer que les pessaires en caoutchouc vulcanisé qu'on insuffle sur place ne conservent pas la forme qu'ils ont reçue du fabricant, que ceux-ci prennent dans le vagin leur plus grand développement dans le sens antero-postérieur, et qu'ils ne peuvent arc-bouter contre les parois du bassin.

M. Gillebert appuie ces propositions sur l'expérimentation cadavérique; il a mesuré des pessaires à réservoir d'air introduits dans le vagin de cadavres, et il a pu, après avoir enlevé la paroi abdominale antérieure, se rendre un compte exact de la forme que l'instrument avait prise. Cette forme lui a encore été exactement donnée par l'introduction dans la cavité du pessaire de plâtre très fin, gâché liquide et maintenu en place jusqu'à sa solidification.

Nouveau procédé pour la cure de la varicocèle. — M. Chassaignac présente un malade qu'il a opéré d'une varicocèle par un nouveau procédé.

Appareil pour injecter des vapeurs de chloroforme dans l'oreille moyenne. — M. Bonnafont présente un appareil de son invention pour pratiquer des injections de vapeurs de chloroforme dans l'oreille moyenne.

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par suite de deux nouvelles pertes que vient de faire l'Académie de médecine, il y a maintenant trois places vacantes, indépendamment de celle dont la candidature sera incessamment ouverte. Ces vacances se trouvent dans les sections ci-après : *Anatomie pathologique* (M. Requin), *pathologie médicale* (M. Jadelot), *médecine vétérinaire* (M. Boulley).

— Il ne se trouvait plus aucun malade cholérique dans les hôpitaux ou hospices de Paris à la date du 10 de ce mois.

— La chaire d'hygiène et de médecine légale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse étant vacante par la démission de M. le professeur H. Combes, MM. les docteurs en médecine ou en chirurgie qui aspireraient à occuper cet emploi sont invités à faire parvenir leur demande et leurs titres au secrétariat de l'Ecole avant le 1er mars 1855, terme de rigueur.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues à la Faculté de médecine par MM. :

Gautron, né le 12 juillet 1828, à Nantes (Loire-Inférieure); *Des principaux phénomènes secondaires qui accompagnent les maladies du cœur.*

Legendre, né le 31 décembre 1826, à St-Quentin (Manche); *De l'avortement.*

Bois, né le 14 juillet 1828, à Preuilly (Indre-et-Loire); *De l'anasarque consécutive à la scarlatine.*

Moynier, né le 22 juin 1827, à Paris (Seine); *De la chorée.*

Le Gérant.
Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Pleuro-pneumonie bilieuse.

Par ce temps d'affections thoraciques où il semblerait que l'on dût voir les pneumonies sous toutes les formes et dans toutes leurs variétés possibles, rien n'est plus rare, au contraire, que de rencontrer certaines de ces variétés. La plupart des pneumonies que l'on voit en ce moment sont ou franchement inflammatoires, ou catarrhales. C'est même cette dernière forme qui domine depuis le commencement de l'hiver. Nous en avons entretenu nos lecteurs vers la fin du mois de décembre ; nous y reviendrons encore. Nous ne voulons, pour l'instant, que signaler en passant un cas de pleuro-pneumonie bilieuse que nous avons eu l'occasion d'observer récemment à la Charité, dans le service de M. Bouillaud, et qui tranche en quelque sorte comme une individualité morbide tout à fait isolée sur la physionomie générale des pneumonies actuellement régnantes.

Un homme de quarante et quelques années, fortement constitué, pléthorique, habituellement de bonne santé, fut pris, dans les derniers jours de janvier, d'un frisson suivi d'une douleur vive au côté gauche de la poitrine, avec fièvre intense, oppression, toux et expectoration bronchique. A son entrée à l'hôpital, on constate une fièvre assez vive ; chaleur à la peau ; pouls à 92-96 ; toux et point de côté ; crépitation dans une grande étendue du poumon gauche, principalement à sa base, avec souffle à l'expiration ; résonnance plus faible que dans l'autre côté, etc. — Une saignée est pratiquée.

Le lendemain on est frappé de l'aspect que présente le sang. Le caillot, couenneux et rétracté comme il l'est d'habitude dans les pneumonies franches, nageait dans un sérum jaunâtre, d'une teinte manifestement bilieuse ; la couenne elle-même offrait une teinte semblable.

L'auscultation fait reconnaître un amendement notable dans l'état du poumon. En faisant fortement respirer le malade et à plusieurs reprises, on n'entend plus qu'une crépitation sèche, sans souffle ni retentissement de la voix. L'expectoration ne présente rien de spécifique. Mais, tandis que les phénomènes phlegmasiques semblaient s'amender et indiquer une résolution prochaine, l'état général ne répondait pas à l'état local. La fièvre persistait avec la même intensité, et, ainsi que l'avait fait prévoir l'aspect du sang tiré la veille, tous les signes d'un état bilieux s'étaient nettement prononcés : teinte légèrement jaunâtre de la face et des conjonctives, enduit bilieux de la langue, nausées, amertume de la bouche, etc. Toutefois cet état général s'est dissipé assez promptement de lui-même sans le concours d'aucun autre moyen que la diète, le repos et le régime habituel des maladies aiguës.

M. Bouillaud a paru considérer comme une circonstance exceptionnelle l'existence d'une pneumonie bilieuse du côté gauche, et il a cherché à l'expliquer par le voisinage de l'estomac, qui suivant lui, serait presque aussi souvent que le foie lui-même, le point de départ des phénomènes bilieux.

Nous ne saurions partager à cet égard l'opinion de M. Bouillaud, ni accepter l'explication qu'il a cherché à donner du fait. Rien ne prouve d'abord que les pneumonies ou pleurésies bilieuses affectent exclusivement ou plus spécialement le côté droit. Sur cinq observations rapportées par Stoll, nous trouvons trois fois le point de côté à gauche, et deux fois seulement à droite. Nous ne serions pas en mesure d'établir en ce moment sur des données statistiques quelle est la proportion entre les deux côtés ; elle n'aurait d'ailleurs pas l'importance qu'on a pu lui supposer. L'idée que la pneumonie bilieuse devait se rencontrer le plus habituellement à droite est née d'une théorie tout anatomique que l'on a cherché à substituer aux théories humorales anciennes. On n'a voulu voir dans la pneumonie bilieuse qu'une propagation par voie de contiguïté de tissus de l'inflammation ou de l'irritation morbide du foie au poumon. Nous ferons aussi bon marché de cette explication anatomique que de la théorie humorale de Stoll, pour nous en tenir au fait. Or, le fait, c'est la coexistence de deux états morbides, l'état bilieux et la fluxion pulmonaire, qui sont intimement et indissolublement unis l'un à l'autre par un lien étiologique commun ; la pneumonie n'étant le plus souvent qu'un véritable épiphénomène de la fièvre bilieuse qui en a précédé la manifestation ; ou bien, comme dans ce cas-ci, l'état bilieux venant compliquer la pneumonie.

Cette dernière distinction n'est pas sans importance au point de vue pratique. On a vu par la relation abrégée du fait qui est le sujet de ces réflexions que la saignée, loin de nuire, comme le prétend Stoll, a réellement contribué à hâter la résolution de la pneumonie. Quant à l'état bilieux, il s'est dissipé sous la seule influence du régime et du repos. Mais il ne faudrait pas conclure de ce cas, dans lequel l'élément bilieux n'était en réalité qu'un peu secondaire, aux cas de véritables pneumonies bilieuses développées sous l'influence d'une constitution médicale spéciale analogue à celle qu'observait Stoll pendant l'été de 1777. En pareille circonstance, pour notre compte, nous ne nous fierions pas à la saignée.

Exostose éburnée du conduit auditif externe, avec otite purulente.

De toutes les maladies de l'oreille, les affections chirurgicales de l'oreille externe sont évidemment les mieux connues. Cependant il existe en ce moment dans les salles de l'hôpital Cochin un malade qui nous offre l'exemple d'une affection du conduit auditif qui n'a pas encore été décrite. Du moins en consultant les traités généraux ou spéciaux qui ont trait à la pathologie auriculaire, nous n'avons rencontré aucune description qui rappelât le cas que nous avons en ce moment sous les yeux. Aussi, en publiant cette observation, notre intention est-elle d'appeler l'attention sur un fait aussi curieux par les circonstances qui l'accompagnent que par sa rareté.

Au n° 13 de la salle Cochin est couché le nommé Ozanne (Eugène), âgé de dix-huit ans, journalier, c'est-à-dire qu'il est souvent exposé aux intempéries des saisons. Ce malade porte tous les attributs du tempérament lymphatique ; cheveux blonds, figure un peu pâle, thorax peu développé, lèvre supérieure légèrement hypertrophiée, nez gros, bien portant d'ailleurs, n'ayant eu dans son enfance aucun accident scrofuleux, à l'exception de quelques croûtes sur le cuir chevelu.

Ozanne se présente à la consultation de l'hôpital Cochin se plaignant d'un écoulement qui se fait par l'oreille et qui l'incommode beaucoup. Il accuse aussi de la surdité et des bourdonnements d'oreilles. Tous ces accidents remontent à trois mois, et ont éclaté sans cause connue ; cependant il se rappelle avoir reçu, il y a trois ans environ, une pierre sur le pavillon de l'oreille ; mais cette lésion traumatique n'a eu aucun résultat fâcheux, et n'a pas même obligé le malade à consulter de médecin. Le pavillon de l'oreille a été simplement déchiré, et il s'est cicatrisé en quelques jours. Les suites en furent fort simples, et il n'y eut aucun trouble du côté de l'audition. Les choses en étaient là, lorsqu'il y a trois mois il se manifesta du côté de l'oreille sur laquelle avait porté l'agent traumatique quelques douleurs bientôt suivies de surdité, de bourdonnements d'oreille et d'un écoulement d'humeur. Au dire du malade, tous ces symptômes ont persisté jusqu'à ce moment sans acquérir jamais une grande intensité. Le traitement, à peu près nul, n'a consisté que dans l'application d'un vésicatoire sur l'apophyse mastoïde et de quelques purgatifs.

Le 27 janvier, M. Gosselin examine le malade devant une fenêtre éclairée par le soleil. Il constate d'abord l'existence d'une petite cicatrice sur le pavillon de l'oreille ; le conduit auditif est rempli par une matière roussâtre, semi-liquide et d'une grande fétidité. Les parois du méat ayant été écartées au moyen du spéculum auris, on aperçoit une substance de couleur brune qui paraît être trop superficielle pour être la membrane du tympan. Arrivé à ce niveau, le spéculum est très douloureux et détermine une toux irrésistible. La sonde cannelée se trouve arrêtée en ce point par une résistance dure, et détermine un bruit semblable à celui que donne un calcul. La percussion de la sonde est très douloureuse, et son introduction est suivie de l'écoulement d'une certaine quantité de sang.

Comme symptômes fonctionnels, on constate un peu de gonflement dans les régions mastoïdienne et parotidienne, qui ne sont pas du reste sensibles à la pression ; une gêne dans l'articulation de la mâchoire, et par suite un peu de difficulté apportée à la mastication de ce côté. Les bourdonnements dont se plaint le malade

---

ALTÉRATION DU PAIN ET DES BISCUITS,

SON INFLUENCE SUR LA SUBSISTANCE ET SUR LA SANTÉ.

Moyens à lui opposer.

> Il est des choses qui attirent peu l'attention,
> et qui cependant, si elles étaient mieux étudiées,
> deviendraient une source de richesses.

Le pain et les biscuits subissent un genre d'altération qui enlève aux marins et aux habitants des campagnes une grande quantité d'aliments, et qui a la plus fâcheuse influence sur la santé publique.

Souvent les marins, et surtout ceux qui sont attachés au cabotage, se nourrissent, après quelques jours de navigation, avec du pain couvert de champignons, et font leurs repas, à la fin des traversées, avec des biscuits altérés par les mêmes amphigames.

Pendant l'été et l'automne, les populations rurales qui sont à une certaine distance des villes mangent beaucoup de pain moisi ; elles jettent celui qui est trop gâté, et elles contractent des prédispositions morbides dans une nourriture aussi malsaine.

L'aliment fait la santé, la santé fait le caractère, la pensée, le jugement. Les déterminations ont des rapports de cause à effet si intimes ; d'un autre côté la vie est si dure pour tant de pauvres gens, que l'étude de l'altération du pain et des moyens de la combattre peut rendre des services et doit intéresser.

ALTÉRATION DU PAIN.

Placés dans des conditions spéciales de chaleur, d'humidité, de lumière et d'électricité, sollicités par toutes les affinités qui produisent la fermentation putride, les radicaux du pain, l'oxygène, l'hydrogène, le carbone et l'azote, exercent les uns sur les autres des actions qui donnent naissance à des végétations acotylédones, amphigames de la famille des fungacées.

Ces champignons, du genre mucor mucedo, ou moisissures, constituent dans le pain une altération qui a des rapports de classe et de famille avec la maladie de la pomme de terre, du blé, du seigle, du maïs et du raisin.

Observées à la loupe, ou même à l'œil nu, les moisissures paraissent formées par un filet très fin, de quelques millimètres de longueur, et renflé à son extrémité libre ; tantôt leurs stipes ou pédicules, simples, disposés avec ordre, représentent de charmantes allées microscopiques vertes, jaunes, blanches, grises, noires et bleues, tantôt ramifiés à l'infini, ils se croisent, s'enlacent, se marient de tant de manières, qu'ils prennent l'aspect de massifs que l'œil ne peut pénétrer, et qui reflètent les couleurs les plus variées.

Les mucor mucedo exhalent une odeur forte, désagréable, et ont un goût qui excite à vomir. Quelques heures suffisent à leur évolution organique ; la chaleur et l'humidité leur sont très favorables ; aussi est-ce pendant l'été et l'automne, dans le pain préparé avec peu de sel, avec une trop grande quantité d'eau, avec peu de levain, avec des farines avariées, sophistiquées, pétries à la hâte, dans le pain mal cuit tenu longtemps dans des lieux où l'air ne circule pas, qu'ils se manifestent avec la plus grande promptitude. Dans les navires et les forteresses, où il y a toujours de l'humidité, les biscuits sont aussi très exposés à moisir.

MM. de Mirbel, Payen, Dumas, Pelouze, ont observé en 1843, au mois de juillet, pendant que la température était très élevée et coïncidait avec une grande humidité, que les pains de munition distribués et rangés sur des tablettes dans les baraques construites pour le camp sous Paris, étaient altérés par une moisissure d'un rouge orangé, par l'oïdium aurantiacum.

L'état de la meunerie, dans les petites localités, perpétue les causes des mucor mucedo.

Les meuniers se servent souvent d'appareils anciens qui font de mauvaise farine (1). D'un autre côté, des colons, des journaliers, des tâcherons, des petits propriétaires, qui en mai ont épuisé leurs ressources et qui ont besoin d'avances pour vivre jusqu'à la récolte, les entourent, les sollicitent et rendent la spéculation facile. Dès lors les meuniers, certains que de pareils emprunteurs, qui cependant payent toujours, ne discuteront ni la quantité, ni la qualité, peuvent impunément prélever l'indemnité de mouture sur la farine blutée plutôt que sur la farine sortant du moulin, mettre cette farine dans un lieu humide pour lui donner du poids, la couper, comme Fourcroy, Vauquelin, Barruel, Orfila l'ont supposé dans leurs études des sophistications, avec du son, avec des farines de sortes inférieures, voire même avec du sable, avec du sulfate de chaux ou plâtre, avec du carbonate de chaux ou

---

(1) L'établissement des moulins ordinaires, et quelquefois des vastes minoteries sur des cours d'eau souvent alimentés par des étangs et des marais, est une des causes capitales qui tendent à détériorer très vite les farines. Celles-ci, moulues trop rapidement, s'échauffent ; elles absorbent des principes nuisibles, et lors de la panification font payer chèrement aux consommateurs l'incurie des manipulateurs des blés et des farines.

Un pareil état de choses cesserait infailliblement s'il était fait un plus fréquent usage de moulins à vapeur. Que l'on ne s'effraye pas, les perfectionnements apportés dans l'application de cette étonnante puissance permettent aujourd'hui d'établir des moulins à vapeur de une ou deux paires de meules, à la portée d'un garde-moulin de médiocre intelligence, à des prix infiniment plus réduits que ne reviennent les moulins à eau, et surtout les moulins à vent.

sont intermittents; les douleurs sont très modérées, et jamais il n'y a eu de forte céphalalgie. La surdité est incomplète; il entend le bruit d'une montre à environ deux ou trois pouces de l'oreille affectée; à droite il l'entend à plus d'un mètre. En faisant faire au malade une forte expiration le nez et la bouche fermée, on perçoit un râle muqueux assez distinct; mais ce bruit n'est perceptible que lorsqu'on approche l'oreille de très près. Pas de symptômes généraux. Jamais de fièvre, appétit conservé. Pas d'engorgement des amygdales.

D'après les commémoratifs et l'ensemble des symptômes, M. Gosselin pense qu'il s'agit d'un corps étranger introduit dans l'oreille. Le 28 janvier il cherche à l'extraire. Il commence par pousser plusieurs injections d'eau dans le conduit auditif; rien ne sort. Mais après le lavage, il voit encore plus nettement, en attirant le pavillon en haut et en dehors, une substance qui occupe à peu près le point d'union de la portion cartilagineuse avec la portion osseuse du conduit auditif externe; elle paraît grisâtre et un peu jaune. Divers instruments introduits dans l'oreille, et en particulier la sonde cannelée et la curette articulée de M. Le Roy-d'Etiolles, et celle de M. Dubovitsch, ne peuvent parvenir à l'ébranler ni à le fragmenter. Une circonstance assez importante à noter, c'est que pendant les injections le malade a senti à deux reprises différentes le liquide sortir par les fosses nasales, et les personnes qui assistaient à l'opération ont pu voir de l'eau s'écouler par la narine.

Ces tentatives infructueuses, la position et l'aspect de la tumeur, sa dureté, sa résonnance à la percussion, sa fixité aux parois du conduit auditif font abandonner l'idée d'un corps étranger, et font penser qu'on a affaire à une production osseuse développée aux dépens du conduit auditif, et qu'on peut qualifier d'exostose éburnée.

Le 30 janvier, sur la demande que lui en a faite M. Gosselin, M. Ménière vient voir le malade; il constate l'existence des symptômes précédemment énumérés et de plus pratique le cathétérisme de la trompe et une injection d'air, qui font positivement reconnaître la perforation de la membrane du tympan. Sans se prononcer rigoureusement sur la nature de la maladie, M. Ménière incline cependant, à cause de la fétidité du pus, vers l'opinion d'une nécrose qui sera suivie plus tard d'une élimination.

En résumé, cette observation nous présente l'exemple d'un homme jeune, d'un tempérament lymphatique très prononcé, affecté d'une maladie chronique de l'oreille caractérisée par des douleurs modérées, un écoulement purulent très fétide accompagné d'une perforation de la membrane du tympan, d'un affaiblissement de l'ouïe, des bourdonnements d'oreille et sans aucune réaction générale. Mais le phénomène le plus important consiste dans la présence d'une tumeur d'une consistance et d'un aspect osseux, et obstruant en partie le fond du conduit auditif externe.

Trouve-t-on dans les antécédents de ce malade quelque circonstance qui puisse expliquer le développement de cette production anomale?

M. Gosselin, le premier jour qu'il examina le malade, se reportant à la violence extérieure dont l'oreille avait été le siége, crut avoir affaire à un corps étranger introduit dans le conduit auditif; mais les explorations ultérieures, les caractères physiques et surtout l'adhérence intime de la concrétion lui firent abandonner cette pensée pour s'arrêter définitivement à celle d'une substance osseuse développée aux dépens de la portion dure du méat auriculaire. Il était du reste bien naturel de penser à un corps étranger de l'oreille, malgré l'intervalle qui s'était écoulé entre la lésion traumatique et l'apparition des symptômes morbides, car la science renferme un certain nombre d'exemples de corps étrangers qui sont restés une ou plusieurs années dans le conduit auditif sans révéler leur présence par aucun phénomène appréciable, et accusés au bout d'un temps plus ou moins long par un cortége de symptômes parfaitement caractéristiques.

Quoi qu'il en soit, les injections, en déblayant parfaitement le conduit auditif, ont permis de reconnaître dans ce corps étranger une substance très adhérente aux parois antérieure, externe et inférieure du conduit auditif, offrant une dureté considérable, rendant à la percussion un son mat, d'une couleur grisâtre, présentant en un mot la plus grande analogie avec cette hypertrophie du tissu osseux qui porte le nom d'exostose éburnée.

M. Gosselin pense qu'elle s'est développée peu à peu sans occasionner d'accidents; mais que, du moment où elle est devenue assez volumineuse pour remplir presque entièrement le fond du conduit auditif, elle en a irrité et enflammé les parois en agissant à la manière d'un corps étranger; on comprend que du fond du conduit auditif l'inflammation a pu se propager jusqu'à la membrane du tympan et y déterminer une sorte d'incision dont le résultat terminal a été la perforation de ce diaphragme.

Quant à la surdité et aux bourdonnements d'oreille, ce sont des symptômes qui accompagnent presque toujours les affections chroniques de l'appareil auditif, et surtout de l'oreille moyenne. Or, tout porte à penser que la muqueuse de la caisse participe à l'inflammation, ou du moins que la caisse du tympan est plus ou moins engouée. Il a suffi, pour s'en assurer, de pratiquer le cathétérisme de la trompe, et le bruit de râle muqueux que l'air a fait entendre en se mêlant aux mucosités est un signe presque certain de la complication d'une lésion de l'oreille moyenne.

Le pronostic d'une affection semblable est naturellement grave; et, sans parler des dangers qui sont toujours à craindre dans une lésion des parties profondes de l'oreille, la longue durée de l'affection et l'impossibilité de l'attaquer par des moyens chirurgicaux suffiraient seules pour lui donner un caractère de gravité.

L'exostose restera-t-elle stationnaire, augmentera-t-elle, sera-t-elle éliminée sous forme de séquestre, ainsi que M. Ménière a paru l'admettre? C'est ce que l'avenir seul apprendra. En attendant, le traitement doit se borner aux soins de propreté, aux injections d'eau, aux injections d'air par la trompe, renouvelées de temps en temps, et aux soins hygiéniques.

Le malade quitte l'hôpital dans le même état. M. Gosselin l'engage à revenir de temps en temps pour lui pratiquer le cathétérisme de la trompe d'Eustache.

Tumeur cancéreuse des os de la face. — Deuxième récidive. Abstention de toute opération.

Il s'est présenté récemment à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Velpeau, un homme de quarante-trois ans, journalier, portant une tumeur cancéreuse dont le point de départ était l'os maxillaire du côté droit. Cet homme, grand et robuste, né de parents sains et bien constitués, a des enfants qui jouissent d'une excellente santé; lui-même n'avait jamais éprouvé de maladie grave, lorsqu'il y a deux ans, à la suite d'une chute sur la tête, la narine droite commença à s'oblitérer. A sept reprises différentes on fit l'extraction de fongosités, dont l'arrachement s'accompagnait toujours d'un écoulement sanguin assez abondant; mais la maladie faisant des progrès incessants, il fallut avoir recours à une opération plus grave. Une incision, dont le malade porte encore la trace, fut pratiquée depuis la commissure labiale droite jusqu'au milieu de l'espace qui sépare l'arcade orbitaire externe du conduit auditif; puis le lambeau fut relevé, et on fit l'ablation d'une tumeur du volume du poing à peu près. Dix jours après le malade était levé, et au bout de trois semaines il reprenait son travail. Mais trois mois s'étaient à peine écoulés que déjà des fongosités faisaient saillie dans la narine droite et que la joue se tuméfiait; les douleurs étaient plus vives que jamais. C'est alors que le malade se décide à venir à Paris; il entre à la Charité le 31 janvier.

Sur la joue droite, outre la cicatrice linéaire qui résulte de la première opération, on remarque au niveau de la racine du nez une tumeur du volume d'une grosse noix que l'on sent se prolonger en haut dans l'orbite, qui en bas se continue jusqu'à l'aile du nez. Au niveau du grand angle de l'œil se voit une végétation qui donne issue à une petite quantité de sanie purulente. Le globe oculaire lui-même est déjeté en haut et en dehors; ses mouvements sont conservés, mais la vue est un peu affaiblie. La narine droite est remplie de fongosités rougeâtres et ulcérées qui viennent faire saillie jusqu'à son orifice extérieur et la dilatent énormément en refoulant à gauche la cloison. Le doigt porté derrière le voile du palais rencontre les limites postérieures de la tumeur; mais du côté de la bouche elle ne fait aucune saillie. La voûte palatine, l'arcade dentaire sont parfaitement saines, ainsi que les dents qui la garnissent; seulement la pression détermine une douleur assez vive au niveau de la fosse canine droite. La voix est un peu nasonnée, le malade ne respire que par la bouche; mais les fonctions digestives sont intactes et la santé générale se soutient.

Que faire en présence d'un cas semblable? Tenter l'ablation de la tumeur, ou renvoyer le malade sans lui faire courir les chances d'une opération? C'est à ce dernier parti que M. Velpeau s'est arrêté. Les motifs qui l'ont déterminé à s'abstenir prennent dans la bouche du savant professeur l'autorité d'un précepte auquel la dernière discussion sur le cancer donne un intérêt tout actuel.

Sans doute, dit M. Velpeau, cet homme est fort, bien constitué et résolu, sa santé générale est assez bonne; mais n'oublions pas qu'il a eu déjà deux récidives, et que c'est là une condition des plus fâcheuses. N'oublions pas non plus que si en bas, en arrière et en avant on peut circonscrire la tumeur, en haut il n'en est pas de même. Là, en effet, on ne saurait préciser ses limites; sans aucun doute elle se prolonge jusque dans l'ethmoïde et le sphénoïde, peut-être plus loin, et il me paraît impossible de l'enlever tout entière. Or mieux vaut ne pas toucher ces tumeurs que faire une ablation incomplète, car l'opération par elle-même est périlleuse, et on ne saurait faire courir au malade un danger réel et immédiat si l'on n'a à lui offrir quelques chances sérieuses de guérison.

Et d'ailleurs, quand même on pourrait enlever toute la tumeur, quand même le malade échapperait aux suites premières de l'opération, on n'aurait pas le droit de conserver grand espoir. Voyez plutôt ce malade couché au n° 47, auquel j'ai enlevé tout l'os maxillaire supérieur du côté droit pour une tumeur qu'un micrographe des plus distingués, M. Robin, a qualifiée de fibro-plastique. La tumeur avait été enlevée tout entière; la cicatrisation s'est faite sans grand accident, et pendant trois semaines tout s'est très bien passé. Mais voilà que déjà des fongosités se voient au fond de la plaie; des indurations, des bosselures se sentent dans les tissus environnants, et j'ai la conviction que dans peu de temps chez cet homme la récidive sera complète, et viendra prouver une fois de plus que ces tumeurs fibro-plastiques, auxquelles on refuse le nom de cancer, repullulent tout aussi bien et peut-être mieux que lui.

Telles sont les raisons qui finissent toujours par engager les praticiens à une grande réserve dans les cas de ce genre; aussi nous renverrons ce malade, le laissant libre ou de garder sa tumeur, ou de chercher un chirurgien qui consente à l'opérer.

HOPITAUX DE STRASBOURG. — M. FORGET.

Du bruit de souffle au premier temps comme signe des lésions valvulaires du cœur.

« Il y a quelque chose de moins rare que le sens commun; ce » sont les diamants et les perles. » Ce charmant apophthegme du Théophraste français semble avoir été formulé en vue de l'esprit scientifique de notre époque. En effet, le profond dédain qu'il est de mode aujourd'hui d'affecter pour le rationalisme médical ouvre la porte aux excentricités de toute espèce, et la hardiesse des novateurs est encouragée par ce relâchement universel dont l'abdication de la critique est une conséquence obligée. Toute opinion étant admise à se produire, et n'ayant pas à redouter une opposi-

---

de craie, avec du sous-carbonate de potasse, avec du sulfate d'alumine et de potasse, etc.

Loin de moi, assurément, la pensée d'accuser; mais à la campagne, les clients d'un moulin n'affirment-ils pas que le pain leur a prouvé que le meunier a mérité des reproches? ne disent-ils pas également qu'il faut accepter ce qu'il ne leur est pas possible d'empêcher? que tous les meuniers du voisinage ont le même genre d'habileté, et que la farine est bien la chose sur laquelle il faut le plus fermer les yeux si l'on ne veut être sans cesse en querelle?...

La boulangerie est dans des conditions également fâcheuses.

La farine, sur laquelle la séparation de la meunerie et de la boulangerie donne lieu à des spéculations préjudiciables aux consommateurs et aux producteurs, est soumise dans les villes à des procédés de panification dispendieux, malsains et répugnants. Les instruments dont on se sert sont, en général, ce qu'ils étaient il y a plusieurs siècles; ils n'économisent par leur disposition ni le temps, ni la force; ils nécessitent qu'on supplée à leur insuffisance par le nombre des travailleurs, ce qui augmente les frais et donne au pain une valeur artificielle qu'une fabrication plus rationnelle lui enlèverait.

Les ouvriers boulangers, en dirigeant le feu des fours, en travaillant dans des caves humides, privées d'air, placées à la proximité de fosses fétides, gagnent des maladies si nombreuses, que la moyenne de leur vie est plus de moitié au-dessous de celle des travailleurs des autres industries. Placés nus dans les pétrins, quoique leur corps ne soit pas d'une propreté irréprochable, ils mouillent la pâte de leur sueur et d'humeurs quelquefois viciées par des maladies, ils l'imprègnent de matières ammoniacales et font du pain dans lequel on trouve des cheveux, des chiques de tabac, des masses noires dont l'origine est fort suspecte, un pain que les marins embarquent, qui s'altère facilement et qui prouve que le procédé de fabrication n'a point les qualités que la santé et la délicatesse publiques réclament.

Dans les petites localités, outre que les boulangers fabriquent à un prix très élevé, un jour on a du pain, et le lendemain on en manque; un jour le pain est bon, et pendant une semaine il est de mauvaise qualité. Il résulte de ces irrégularités que les habitants des campagnes donnent leur grain aux meuniers, et que dès qu'ils ont la farine ils font la fournée; mais comme ils ignorent l'art du boulanger, comme ils sont mal installés, leur pâte est dure ou trop molle, salée ou sans goût, acide ou pas assez fermentée; elle renferme des grumeaux; le pain est brûlé ou pas assez cuit, et après avoir perdu du temps, dépensé beaucoup de bois dans ces fours que l'on ne chauffe que tous les quinze jours, on obtient une substance compacte, noire, indigeste, malsaine, qui moisit avec une telle promptitude que les habitants des campagnes, dans les saisons chaudes, mangent et perdent une grande quantité de pain altéré par les mucor mucedo.

Préparé avec cet aliment malsain, leur chyle fait un sang dont le sérum, les globules donnent vite des signes d'altération, un sang qui porte sur les organes des stimulations ou trop faibles ou trop fortes, et trouble profondément leurs fonctions; ils éprouvent les douleurs vives, déchirantes ou brûlantes du pyrosis; ils ressentent des tiraillements, des crampes d'estomac, les éructations acides, les flatuosités, les angoisses, les faiblesses de la dyspepsie; ils vomissent, ils deviennent jaunes, maigres, ils ont les symptômes de l'empoisonnement par les champignons vénéneux, et dès qu'ils supportent de longues fatigues, dès que le vent d'automne promène ses émanations végéto-animales, dès qu'une constitution épidémique se manifeste, ils contractent avec la plus grande facilité des inflammations gastro-intestinales, la fièvre typhoïde, les fièvres éruptives, intermittentes, la suette, le choléra, enfin des affections souvent mortelles, ou qui tout au moins occasionnent de longs chômages, des frais considérables, et qui éloignent de l'agriculture des travailleurs devenus déjà trop rares.

Les avis que M. le docteur Munaret donne à ses confrères dans le *Médecin des villes et des campagnes* indiquent qu'il a aussi rencontré plus d'une fois des maladies produites par les causes que je signale.

Prétendre, avec quelques personnes mal renseignées sur les détails de ces questions, que la boulangerie à la ville ne laisse rien à désirer, qu'à la campagne la panification est pratiquée avec le même soin qu'à la ville, que les mucor mucedo se développent rarement, que le pain et les biscuits altérés par ces amphigamés n'ont point d'action sensible sur la santé des personnes qui les mangent, serait une contradiction d'abord avec ce qui est, avec ce que des auteurs très recommandables ont démontré, et, en second lieu, avec ce qu'il y a de plus élémentaire en hygiène; car il est évident et il est admis que les substances alimentaires gâtées nuisent à la santé, qu'elles produisent des maladies, non pas toujours parce qu'elles sont toxiques, mais bien parce qu'elles ont changé d'état, parce qu'elles sont devenues réfractaires à l'action digestive, parce qu'elles fatiguent les organes sans les nourrir. Du reste, n'est-ce pas pendant l'été et l'automne que les moisissures se manifestent? n'est-ce pas également à cette époque que les habitants des campagnes ont le plus de maladies?

Depuis longtemps la science se préoccupe de l'état de la boulangerie; des livres, des mémoires, des rapports d'Académie ont été faits sur cette matière, et M. l'ingénieur de Waët, dominé par la pensée vraie qu'il est des industries qui gagnent à être unies et exercées d'après des principes vrais et reconnus par l'expérience; que les produits de l'industrie sont d'autant meilleurs et à bon marché qu'ils passent plus directement des mains du producteur dans celles du consommateur, a

tion qui ne pourrait être exercée qu'au nom des principes, lesquels n'existent plus, la science est encombrée d'une foule d'hérésies, dont quelques-unes, malheureusement, s'abritent sous des noms qui ont acquis quelques droits à la confiance des savants.

Parmi les principes lumineux que l'ostracisme a frappés est celui des causes finales, si cher à tous les grands génies de tous les temps, et surtout aux physiologistes, depuis Galien et Harvey jusqu'à Haller et Bichat, sans parler des contemporains. Certes, on a fait abus des causes finales, surtout en pathologie; et il suffit de rappeler cette grande loi de la *nature medicatrice*, au nom de laquelle on a érigé en acte essentiellement conservateur le plus grand des éléments désorganisateurs, le mouvement fébrile. Mais il est des faits primordiaux dont personne, à ce qu'il semble, ne saurait et ne devrait nier l'importance et la prédestination. Ainsi, nos neveux auront peine à croire qu'un temps a existé où l'on a supprimé la sensibilité et la contractilité organiques, voire même la fonction sécrétoire, pour transformer la purgation en un phénomène purement physique d'exosmose; où l'on a renversé la loi de circulation veineuse centripète et fait refluer en arrière le sang de la veine-cave pour expliquer la rapidité du passage des boissons de l'estomac à la glande urinaire. Le chef-d'œuvre d'Harvey, cet admirable et saisissant mécanisme de la circulation cardiaque au moyen de la contraction successive des oreillettes et des ventricules, secondée par le mouvement alternatif des valvules, qui réalise avec tant d'évidence le mécanisme de la pompe aspirante et foulante, la circulation cardiaque elle-même a subi de monstrueuses perturbations systématiques, aussi contraires au sens commun qu'à l'observation journalière. On a renversé le système des cavités, substitué la contraction à la dilatation et supprimé, ou du moins perverti, le jeu des valvules, de sorte que le cœur, cet instrument si ingénieux, si régulier, si clair dans son mécanisme harveyen, est devenu je ne sais quel organe paradoxal, ténébreux, impossible, qui répugne à toutes les données de la raison et de la science. Et lorsqu'on a voulu faire l'application de ces hérésies physiologiques à l'observation clinique des maladies du cœur, il s'en est suivi des conclusions diagnostiques tellement étranges et dissonnantes, qu'on a peine à comprendre que de pareilles idées aient pu surgir dans des esprits éclairés et trouver des partisans pour les propager et les défendre. C'est pourtant ce qui s'observe aujourd'hui même, où nous voyons ces idées acceptées par des hommes de valeur, gravement discutées dans de savantes réunions et dans des livres estimés, et recueillies par tous les journaux, dont quelques-uns s'extasient devant elles.

Mon intention n'est pas de reprendre *ab ovo* et de poursuivre dans tous leurs retranchements ces étranges hallucinations physiologiques et pathologiques. Je ne veux aujourd'hui attaquer qu'un point de cette fausse doctrine et le résoudre par le fait brutal d'abord, le meilleur des arguments en pareil conflit, puis déduire de ce fait certaines conséquences à l'appui des saines doctrines. Ce point est celui qui intéresse le plus directement les praticiens : il s'agit de la signification du bruit de souffle au premier temps comme signe des lésions valvulaires.

Un pathologiste recommandable par ses qualités personnelles et par des travaux qui ont eu le privilége de faire quelque bruit dans la science, ayant eu l'idée que les ventricules se dilatent au lieu de se contracter au premier temps, en a tiré la conséquence assez rationnelle, et prétend avoir constaté par l'observation que le bruit de souffle au premier temps indique le rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, et non pas le rétrécissement aortique ou l'insuffisance mitrale, comme on le croit généralement. Eh bien! c'est là une énorme hérésie contraire aux principes de la physiologie classique, contraire aux données de l'observation clinique, contraire aux révélations de l'anatomie pathologique. C'est ce qui résulte de la discussion, assez timidement conduite pourtant, dans le sein de la Société médicale des hôpitaux; c'est ce qui résulte d'un travail spécial inséré cette année aux *Archives générales de médecine* par un membre de cette Société; c'est ce qui résulte de mes propres observations et publications sur les maladies du cœur; c'est, enfin, ce qui résulte du fait suivant venu tout à point pour démontrer la solidité des principes que nous défendons :

Obs. — *Bruit de souffle au premier temps seulement. — Rétrécissement avec ossification de l'orifice aortique. — Insuffisance sans autre altération de l'orifice mitral.*

Un homme de cinquante-neuf ans, de constitution détériorée, affecté d'une double cataracte, ayant eu jadis des affections rhumatismales, entre à la clinique le 9 août 1854.

Depuis plusieurs années, il éprouve des palpitations passagères. Depuis six mois de l'infiltration s'est produite aux membres inférieurs, est disparue et s'est reproduite nouvellement.

A l'examen du thorax, nous constatons très peu de voussure précordiale, matité de 10 centimètres en carré, force d'impulsion du cœur assez prononcée, bruit de souffle rude au premier temps (systolique), se propageant de la région des orifices dans la courbure de l'aorte. Le second bruit (diastolique) n'est pas sensiblement altéré. Pouls radial peu développé, mais résistant, avec quelques irrégularités de rhythme. Veines cervicales développées, sans reflux veineux apparent; légère teinte cyanosée des lèvres; peu de dyspnée. Notable infiltration des extrémités inférieures. — Chiendent nitré, frictions de teinture de scille et de digitale sur les membres inférieurs; potages.

Les jours suivants état stationnaire.

Le 26 août, il est pris de choléra, auquel il succombe en trois jours.

Nécropsie vingt-quatre heures après la mort.

Nous passons sur les lésions relatives au choléra.

Cœur volumineux, ventricule gauche considérablement dilaté et hypertrophié (3 centimètres d'épaisseur); les valvules aortiques sont ossifiées, déformées, très rétrécies. L'ossification accidentelle présente cela de remarquable qu'elle est dans quelques points érodée, rugueuse, rougeâtre, friable, cariée, en un mot. Les valvules mitrales sont parfaitement saines dans leur texture et ne présentent qu'un excès d'écartement (insuffisance) déterminé par la dilatation générale du cœur. Quelques plaques athéromateuses le long de la courbure de l'aorte.

Voilà ce qu'on peut appeler un fait modèle de lésion isolée de l'orifice aortique. Tel est le diagnostic qui fut porté pendant la vie, et nous en avons pris texte pour faire ressortir devant nos élèves la fausseté de l'opinion qui attribue le bruit de souffle du premier temps au rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire. La propagation du bruit de souffle ascendant dans la courbure de l'aorte ne laissait aucun doute sur son siége à l'orifice de ce vaisseau. La possibilité d'une lésion mitrale coïncidante n'altérait en rien le fait du souffle aortique au premier temps. Heureusement pourtant les valvules mitrales étaient saines, et la signification du bruit de souffle systolique comme signe de lésion aortique isolée se traduit ici dans toute son évidence.

Je ne veux point grossir ce travail de faits empruntés à mes autres publications ni colliger les faits à l'appui publiés par d'autres observateurs. L'observation précédente suffit d'autant mieux qu'elle a été recueillie spécialement en vue d'élucider le point en litige.

Au demeurant, ce n'est, je le répète, qu'un fait de notoriété vulgaire. Ce qui peut servir à jeter de la confusion sur ce point de doctrine, c'est que souvent les deux orifices sont altérés à la fois; alors il devient assez difficile de faire la part réelle de chacun d'eux, et conséquemment facile d'embrouiller la matière et d'attribuer à l'un ce qui appartient à l'autre;

C'est aussi que l'altération de l'orifice auriculo-ventriculaire entraînant presque toujours l'insuffisance en même temps que le rétrécissement, il peut, il doit se faire que l'insuffisance donne lieu à un bruit de souffle au premier temps, que quelques-uns attribuent *mordicus* au rétrécissement;

C'est encore que, lorsque les bruits n'appartiennent pas franchement à l'un ou à l'autre temps, il est facile de les rapporter *ad libitum* à la systole ou à la diastole, au premier ou au second temps. Ainsi le bruit de souffle présystolique, celui qui précède immédiatement le premier temps, peut à la rigueur indiquer un rétrécissement mitral; mais toujours est-il qu'il n'occupe pas le premier temps, et qu'il est impossible de le concevoir à la fois comme coïncidant avec la systole ventriculaire et comme signe de rétrécissement.

Bref, cette théorie de bruit de souffle au premier temps comme signe de rétrécissement mitral est aussi fausse en pathologie qu'en physiologie. Le ventricule se contracte toujours au premier temps, autrement les valvules seraient des instruments non-seulement inutiles, mais nuisibles, mais contraires à leur destination patente. Puis comment expliquer le synchronisme du pouls artériel avec le premier temps? Ce synchronisme à lui seul est la preuve suffisante et péremptoire de la théorie harveyenne.

Si le cœur n'est pas un organe absurde, si le ventricule se contracte au premier temps, le bruit de souffle systolique ne peut signifier qu'un rétrécissement avec altération de l'orifice aortique ou une insuffisance avec altération de l'orifice mitral.

Si les bruits de souffle diastolique sont plus rares et généralement moins prononcés que les bruits systoliques, c'est que la systole a plus d'énergie vibratoire que la diastole. On sait du reste que les bruits anomaux peuvent manquer dans tous les cas d'altération valvulaire, non pas seulement dans l'état avancé des maladies du cœur, non pas seulement chez les vieillards, ainsi qu'on l'a dit, mais *chez tous ceux dont le cœur manque de l'énergie de contraction suffisante pour faire vibrer les valvules.*

Mais ce qui est plus expressif et plus probant, comme indiquant le siége des lésions valvulaires, que les bruits anomaux inconstants, infidèles, si contestables et si contestés, ce sont les conséquences mêmes des lésions valvulaires, c'est *l'existence ou l'absence de la dilatation avec hypertrophie du ventricule gauche;* c'est la loi patente et féconde de la dilatation en arrière de l'obstacle (opistectasie), appuyée de la loi de rétrécissement en avant (prosténosie), double phénomène si rationnel et si lumineux, dont on affecte encore de détourner la vue. Mais ce principe séméiotique finira par passer dans la science, comme y est déjà passé notre principe de l'aphonie de l'insuffisance valvulaire simple, c'est-à-dire lorsque quelque notabilité métropolitaine aura trouvé à sa convenance d'en faire sa propriété : *Sic vos non vobis.*

Mais qu'importe! La vérité est comme les enfants des hommes : elle fait son chemin sans se préoccuper de ses parents. L'essentiel c'est qu'elle arrive; et elle arrive toujours.

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. Caffe.

Tumeur volumineuse de l'abdomen, très remarquable sous les rapports du siége, du diagnostic et du traitement. — Autopsie.

(Observation communiquée à l'Académie de médecine le 6 février 1855.)

Au commencement de novembre 1853, je fus appelé à donner des conseils à M. Forte-Gatto (Adelino-Huet), âgé de quarante-huit ans, docteur en médecine portugais, domicilié depuis plusieurs années à Paris, rue de la Ferme-des-Mathurins, 10.

M. Forte Gatto arrivait d'un voyage fait à Oporto, où réside sa famille, au sein de laquelle il avait passé environ trois mois. A la fatigue de ce voyage, fait en partie par mer, venait se joindre une cholérine intense. Mes soins immédiats eurent pour but la guérison de cette maladie épidémique intercurrente qui aurait pu devenir fatale. Dès mes premières visites, mon attention fut attirée par l'existence d'une affection organique siégeant dans la cavité abdominale et occupant la région splénique plus spécialement. Une tumeur volumineuse, multilobée, révélait la présence de cette maladie profonde et ancienne.

Le malade, compétent en sa qualité de docteur en médecine ayant longtemps exercé dans sa patrie, et notamment au Brésil, put aisément m'instruire de tous les détails circonstanciés qui se rattachaient à sa maladie chronique.

---

créé un système mécanique admirablement bien combiné, dont l'application, dans son ensemble, forme un établissement appelé *manutention*, d'où le blé sort comme par enchantement, panifié dans toutes les conditions désirables d'hygiène, de saveur, de propreté et d'économie, sans avoir subi le contact humain.

Ce système appliqué ouvrirait une carrière lucrative à une foule de personnes intelligentes, à tous ces pauvres meuniers et boulangers qui, malgré leur habileté, ne font point fortune; il permettrait de satisfaire aux besoins des consommateurs, de payer les capitaux employés dans son application (5 *pour* 100, plus 1 *centime de bénéfice* par kilogramme de pain), et de délivrer au public un pain blanc, sain et nutritif à 25 centimes le kilogramme, le blé valant 40 francs le quintal métrique (1). Seulement il nécessite des sommes d'argent qu'il n'est pas toujours facile de trouver. Mais si, à l'imitation de ce qui a été fait pour les chemins de fer, pour l'exploitation des produits viticoles, des usines, etc., on formait des sociétés; si l'on émettait des actions à bas prix; si l'*Etat*, les *conseils généraux* encourageaient ces sociétés en leur donnant des primes ou en garantissant un minimum d'intérêt, il naîtrait une noble émulation pour une entreprise qui a le mérite d'être une bonne œuvre et un placement d'argent avantageux; on aurait vite des ressources suffisantes, et l'on pourrait créer partout, à des distances relatives au nombre de la population, des *manutentions modèles*. Alors les habitants des campagnes comprendraient qu'il est aussi condamnable de laisser moisir le pain que de couper le blé avant sa maturité; ils abandonneraient une routine qui leur est préjudiciable; ils vendraient leurs grains, ou ils les échangeraient à la manutention pour un

(1) Voir le travail de M. de Waët, intitulé *Le pain à bon marché*, 2e édition.

pain qui ne moisirait plus, parce qu'il serait bien fait, et parce qu'on aurait la faculté de le garder moins longtemps (1).

Ce résultat équivaudrait à une augmentation de récolte, puisqu'il donnerait aux populations rurales le moyen de consommer sain le pain qu'elles mangent moisi et qu'elles perdent.

Les années de disette coûteraient moins cher; la santé publique, qui ordinairement après la disette subit l'épidémie, serait moins menacée; et les masses, qu'une mauvaise alimentation dégrade successivement dans leurs organes, dans leurs instincts, dans leurs sentiments, dans leur intelligence, dans leur race, recevraient une impulsion régénératrice qui, en perfectionnant leurs fluides et leurs appareils, perfectionnerait leurs fonctions; plus fortes et plus intelligentes, elles produiraient une somme de travail plus considérable et elles augmenteraient leur bien-être; plus heureuses, elles cesseraient d'être accessibles aux mauvaises passions qui naissent de la misère, et les difficultés que de louables efforts éprouvent à développer le sens moral diminueraient.

Que l'altération du pain, que ses causes et ses conséquences soient étudiées; que des manutentions modèles soient organisées, et l'on aura largement et avec profit ouvert la voie qui conduit à l'allégement des souffrances du pauvre et des charges qui pèsent sur toutes les classes de la société.

Toutefois, les obstacles que rencontrent les choses utiles laisseront encore les causes qui produisent les mucor mucedo subsister assez longtemps pour que l'on ne doive pas négliger de rappeler qu'en été il faut réduire de dix centièmes la proportion d'eau employée dans la fabrication du pain, et augmenter la dose du sel en la portant de 200 à 400 grammes par quintal métrique de farine; que le calorique arrête la végétation des moisissures; que l'action nuisible des mucor mucedo est neutralisée par l'eau acidulée; que pour détruire les moisissures, pour les empêcher de continuer à se reproduire et pour éviter les maladies qu'elles concourent à faire naître, il faut dès que le pain et les biscuits commencent à être altérés les diviser en morceaux larges et minces, les mettre sur des claies, les exposer au soleil, ou les placer dans des fours préalablement chauffés, et que dès qu'ils sont très secs, sur le point d'être préparés en soupe ou mangés d'une autre manière, on doit prendre la peine de les laver une première fois à l'eau froide fortement acidulée avec du vinaigre et une seconde fois à l'eau simple.

Enfin, en attendant que la boulangerie mette complétement en pratique les enseignements de la science, on servira certainement les intérêts du public et des ouvriers boulangers si l'on use des pétrins et des fours de MM. Bolland et Rolland, ou du pétrisseur de M. Bouvet, ou enfin des appareils du système de Waët. Avec ces appareils, qui ne coûtent pas cher, qui n'exposent pas la santé des travailleurs, qu'il est facile de manœuvrer, on économisera le temps, le combustible, et l'on fera du pain bien supérieur sous tous les rapports à celui que l'on consomme aujourd'hui.

Dr Paulet (de Bordeaux.)

(1) Il est de toute nécessité de faire connaître aux personnes qui s'intéressent au bien-être des masses que depuis l'apparition de l'ouvrage de M. de Waët des améliorations considérables ont été faites. Ainsi il a été possible d'établir des manutentions-modèles de petite dimension, qui pourraient produire journellement 500 kilogr. de pain, tout en concentrant la fabrication (mouture, blutage, cuisson) par l'utilisation complète du calorique qui sert à la cuisson du pain.

L'auteur de ce système remarquable s'est efforcé de rendre son œuvre applicable aux besoins d'une commune de cent cinquante feux, comme à l'alimentation des grands centres manufacturiers. La réduction du prix du pain, qui en est la conséquence, varie de 10 à 25 p. 100, suivant l'importance de chaque manutention créée d'après le système de M. de Waët. Les prix d'établissement ne sont plus hors de portée des ressources de la petite industrie et des établissements de second et de troisième ordre.

Ce fut dans le courant d'avril 1853 que M. Forte-Gatto s'aperçut pour la première fois qu'une tumeur prenait naissance dans l'abdomen sans qu'il pût lui assigner la moindre cause. Après une nuit très bonne, au moment où il se réveillait pour répondre à son domestique qui lui demandait ses ordres pour déjeuner, il interrogea machinalement son estomac avec la main, et ce fut à ce premier moment qu'il sentit la présence d'une tumeur dont le volume s'est toujours graduellement accru à partir de cette époque.

Le malade n'eut à se reprocher aucune incurie, aucune négligence concernant les soins à donner à cette affection; il consulta plusieurs confrères. La plessimétrie fut plus d'une fois invoquée; la douleur étant alors des plus obscures, rien ne s'opposait aux investigations les plus complètes, les plus régulières et les plus répétées; les fonctions digestives éprouvaient seules quelques perturbations légères qui n'annonçaient rien de caractéristique; les fonctions rénales furent toujours très régulières jusqu'à la cessation de la vie.

Pour toute maladie antérieure, le malade ne se souvenait que d'une légère affection des voies respiratoires vers l'âge de dix ans, et de quelques accès de fièvre intermittente durant son séjour dans les pays où cette maladie est endémique.

Les nombreux médecins qui examinèrent ce confrère au début de sa maladie portèrent un diagnostic univoque; tous admirent une tumeur de la rate. L'un d'eux, et des plus compétents, précisa même l'existence de kystes hydatiques dans cet organe; il avait cru obtenir la sensation de frottement révélé entre les parois de ses poches vésiculaires.

La percussion exécutée méthodiquement à partir du creux de l'aisselle gauche traduisait la sonorité du poumon dans l'étendue normale, à laquelle succédait la matité à partir du point correspondant au bord supérieur de la rate jusque sur la tumeur qui était située au-dessous des deux dernières fausses côtes gauches, tumeur que l'exploration de l'abdomen refoulait au-dessous de ces arcs osseux, région occupée par la rate.

Cette tumeur était résistante; lorsqu'on cherchait à y percevoir la fluctuation, elle se déplaçait de manière à laisser de l'incertitude sur l'existence d'un liquide.

Il ne se traduisait aucun symptôme qui fit soupçonner une tumeur ayant un autre siége que la rate elle-même, d'autant plus que le malade avait longtemps séjourné, comme je l'ai déjà dit, dans des contrées où règnent des fièvres intermittentes, auxquelles il n'avait pas non plus échappé.

L'existence d'un gonflement de la rate fut aussi à cette époque, et à la suite d'examens répétés, l'opinion personnelle de M. le professeur Nélaton.

Du sulfate de quinine fut prescrit en conformité de ce diagnostic, et le malade parut en éprouver de l'amélioration.

Dans ces circonstances, le malade fut envoyé aux eaux de Bade. Il n'eut pas à s'en louer. Il revint à Paris et se mit en route pour le Portugal dans le courant du mois d'août 1853 pour condescendre à l'espérance qu'on lui donnait de retrouver la santé dans son pays. Il le quitta encore pour arriver à Paris dans les premiers jours de novembre 1853.

Dès que j'eus entièrement dominé la cholérine intense dont j'ai fait mention, je provoquai une consultation avec M. Nélaton, l'un des médecins antérieurement consultés par le malade. M. le professeur Laugier faisait aussi partie de la consultation.

En raison de l'urgence commandée par des douleurs profondes et continues, par la difficulté extrême de toute nutrition, et d'un autre côté par l'insistance impérieuse du malade, qui nous disait à chaque instant: « N'y aurait-il qu'une chance sur cent que je voudrais tenter l'opération; c'est pour moi la seule voie de salut, sans elle ma mort est certaine, » il fut décidé d'un commun accord de procéder à une opération. Il n'y avait plus à hésiter en face d'une tumeur qui, née dans l'hypochondre gauche, était devenue successivement très considérable et descendait dans l'abdomen, où elle avait dépassé l'ombilic pour envahir le côté droit jusqu'à la fosse iliaque. Elle présentait des bosselures très larges, toutes fluctuantes, qui faisaient croire à trois tumeurs juxtaposées et renfermant des matières liquides.

Tous les soirs le malade éprouvait des frissons et de fortes douleurs dans la région splénique. Il n'était plus permis d'avoir de doutes sur une suppuration profonde; tous les symptômes concordaient à l'indiquer.

Pour éviter un épanchement dans l'abdomen, la prudence conseillait de faire une ponction en se servant du trocart, mais après avoir établi une adhérence des parois abdominales avec la poche du kyste.

Le 5 novembre, M. Nélaton appliqua un pois de potasse caustique, et renouvela trois fois cette application. Enfin, le 21 du même mois, nous pûmes parfaitement distinguer au sommet un trajet formé par la chute successive des eschares, l'aspect lisse et luisant de la face externe du péritoine pariétal. Le même jour, en présence de MM. les docteurs Laugier, Jamain, Sappey et moi, M. Nélaton plongea dans la tumeur un trocart avec canule à robinet, muni de baudruche pour s'opposer à l'introduction de l'air. On retira en quelques heures quatre litres et demi d'un pus couleur lie de vin, sans odeur, rappelant par son aspect le tissu de la rate à l'état de détritus et de bouillie. L'évaluation de la quantité de ce liquide n'est point arbitraire; elle fut exactement mesurée par M. Gibon, pharmacien. Toutes les poches se sont vidées; elles communiquaient entre elles. La canule à robinet fut laissée en place; deux ou trois fois en vingt-quatre heures on eut soin de pratiquer dans la tumeur des injections iodées, après avoir d'abord, au moyen d'une seringue, aspiré la quantité de pus qui avait été sécrété dans la tumeur.

Sous l'influence de ce traitement méthodiquement conduit, la poche purulente revint sur elle-même au point qu'on ne pouvait plus la retrouver par le toucher. La nutrition s'était rétablie en même temps que les douleurs avaient cessé; le sommeil, impossible jusqu'au moment où l'abcès fut vidé, était revenu avec son calme réparateur. L'opéré passait déjà souvent quelques heures assis sur un fauteuil. Pendant trente jours, tout semblait confirmer les meilleures espérances; mais alors tout changea de face: une nouvelle collection de liquide se forma le long de la colonne vertébrale; les digestions devinrent mauvaises; la fièvre reparut; les diarrhées colliquatives se répétèrent; la fistule abdominale fournit un pus non lié, grisâtre, très fétide et en petite quantité.

L'émaciation générale et la faiblesse étaient portées à leur dernier terme; le malade, qui conservait toute son intelligence, tomba dans un découragement complet. Enfin il s'éteignit le 30 janvier 1854, cinquante-cinq jours après l'ouverture de l'abcès.

M. le chevalier Navarro de Andrada, ami de M. Forte-Gatto, et attaché la légation de Sa Majesté Très Catholique, nous autorisa par écrit à procéder à l'autopsie de notre confrère, ce qui était d'ailleurs conforme à la volonté du défunt, formellement exprimée. L'ouverture du corps fut donc pratiquée par M. le docteur Jamain et par moi, le 1er février 1854, à neuf heures du matin.

Taille de 1 mètre 77 centimètres; maigreur générale très prononcée; nulle infiltration; teinte verdâtre de la paroi abdominale dans sa portion sous-ombilicale; rigidité cadavérique moyenne.

Ouverture fistuleuse de 3 millimètres de diamètre, située au côté gauche, à 1 centimètre et demi au-dessous du cartilage de la dixième côte, à 7 centimètres du raphée médian.

Ouverture du thorax: quelques adhérences existent entre la plèvre et la surface diaphragmatique correspondante à gauche. Adhérences au sommet du poumon gauche, faciles à rompre. Les poumons sont sains, crépitants; point de tubercules, nul épanchement.

Le cœur est peu volumineux, de la grosseur du poignet de l'autopsié; le tissu en est flasque.

L'abdomen, largement ouvert, nous fait immédiatement reconnaître que la rate n'avait jamais été le siége de la maladie. La rate est en effet d'un volume et d'une coloration normale, légèrement refoulée sous le diaphragme, adhérente au feuillet péritonéal diaphragmatique. Cet organe si parfaitement sain avait été l'objet d'une constante erreur de diagnostic.

Une bride, ou pont, est étendue de la paroi abdominale à une tumeur qui remplit en partie l'hypocondre gauche. Cette bride a une longueur de 7 centimètres, et le diamètre d'une plume d'oie volumineuse. En engageant une sonde dans la fistule, on s'assure que cette bride est un véritable canal ouvert dans la tumeur, et qui dirigeait au dehors le pus sécrété dans l'intérieur du kyste.

Désireux de faire profiter la science d'une observation aussi rare et que l'autopsie rendait si complète, nous enlevons avec les soins les plus minutieux la paroi abdominale et toutes les parties sous-jacentes, jusques et y compris le muscle psoas gauche. Cette pièce pathologique, préparée avec soin par MM. les internes Lorain et Cadet de Gassicourt, servit de texte à une intéressante leçon de clinique de M. le professeur Nélaton à l'amphithéâtre de l'hôpital de la Faculté.

La tumeur était formée par un kyste d'une très grande capacité, constitué aux dépens du rein gauche, dont la portion convexe avait été distendue sans être désorganisée par une compression du centre à la périphérie, en même temps que la partie concave correspondant au bassinet s'était dilatée dans des proportions considérables, de manière à former une poche divisée par des cloisons incomplètes.

On retrouve encore dans l'intérieur de cette poche du liquide purulent semblable à celui qui s'écoulait pendant la vie, et, de plus, des graviers et trois gros calculs disposés en forme de branches de coraux, dont l'un mesurait sept centimètres d'étendue.

L'analyse chimique de ces calculs, faite par M. Rigaud, donne du phosphate de chaux. A la partie inférieure de cette poche se découvre l'orifice de l'uretère gauche oblitéré.

Cette observation est curieuse sous plus d'un rapport:

1° Elle constate une erreur de diagnostic commise, il est vrai, sans préjudice pour le malade. Constater une erreur de diagnostic n'est-ce pas donner la main à la vérité?

2° Elle démontre la puissance de l'intervention de l'art pour la formation d'adhérences entre la paroi d'une tumeur située dans une cavité séreuse et la séreuse pariétale. En effet, dans la pièce anatomique que nous venons de décrire, on voit une adhérence unique, tubuleuse, solidement organisée, étendue de la paroi abdominale à la tumeur, etc. Circonstance remarquable! sur aucun autre point de la surface de cette vaste tumeur il n'existe de bride celluleuse, aucune adhérence, en un mot, qui la fixe à la paroi de l'abdomen; on est forcé de conclure que les applications répétées de caustiques ont seules produit cette adhérence au centre de laquelle l'opérateur a établi le canal d'évacuation.

3° On remarque également la dimension considérable de ce kyste rénal qui remplit presque la cavité abdominale, le développement rapide de cette tumeur, et par-dessus tout l'absence absolue de tout symptôme capable de faire soupçonner la moindre lésion de l'organe sécréteur de l'urine.

Il est important de répéter ici que tous les souvenirs du médecin malade, réveillé par les interrogatoires les plus minutieux, itérativement renouvelés par des praticiens différents et exercés, n'ont jamais pu faire penser un instant, et à aucune époque de la vie, à la plus légère altération du rein.

Les urines examinées, et par le malade et par nous, ont toujours paru d'une composition et d'une quantité normales.

La conclusion à tirer de cette autopsie est que l'uretère gauche oblitéré ne remplissait plus de fonctions; il en était de même du rein de ce côté, tandis que l'intégrité du rein droit, entièrement conservée, suppléait complétement à son congénère.

APPAREIL POUR LES INJECTIONS GAZEUSES DE CHLOROFORME dans l'oreille moyenne.

M. Bonnafont a présenté à l'Académie de médecine un appareil destiné à faire des injections gazeuses de chloroforme dans l'oreille moyenne contre les bourdonnements nerveux. Cet appareil se compose:

1° D'un petit récipient en verre;

2° D'une petite pompe aspirante et foulante, portant à l'ouverture d'expiration un tube en caoutchouc d'un mètre de long et terminé par un bout conique en cuivre;

3° D'une sonde en or ou en argent pour le cathétérisme de la trompe d'Eustache.

Pour se servir de cet appareil on verse 1 gramme de chloroforme dans le petit récipient, auquel on adapte aussitôt la pompe, puis on pratique le cathétérisme de la trompe d'Eustache et on fixe la sonde dans cette position.

Le patient prend d'une main l'embouchure du tube de la pompe, l'introduit dans la douille que présente l'extrémité de la sonde, maintient ainsi les choses en place d'une main, de la gauche s'il opère sur l'oreille gauche, *et vice versâ* s'il opère sur l'autre oreille. Il fait aller le piston de la pompe, dont le mouvement doit être en raison de la sensibilité du sujet et de la force du chloroforme.

M. Bonnafont assure que les résultats qu'il a déjà obtenus par l'emploi de cette médication nouvelle et énergique sont assez avantageux pour en faire part à l'Académie. Il ajoute que tous les bourdonnements ne cèdent pas à l'influence de ces injections; ceux, par exemple, qui sont le résultat d'une congestion sanguine ou d'un épanchement quelconque dans la caisse du tympan ne sont nullement modifiées par cette médication, qui n'agit que sur les bourdonnements nerveux qui accompagnent la surdité torpide.

M. le ministre de l'instruction publique vient d'adresser aux recteurs la circulaire suivante sur les mesures transitoires en faveur des étudiants des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie.

Paris, le 6 février 1855.

Monsieur le recteur, d'après les dispositions du décret du 22 août et du règlement du 23 décembre 1854, les étudiants des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie qui ne produisent pas le diplôme de bachelier ès sciences en prenant leur première inscription ne peuvent plus ensuite aspirer au doctorat en médecine ou au titre de pharmacien de 1re classe qu'en subissant une perte de quatre inscriptions.

Cette mesure, dont les motifs sont suffisamment exposés dans mon instruction du 23 décembre, a dû recevoir son exécution rigoureuse à partir du 1er janvier 1855. Cependant le règlement ne saurait avoir d'effet rétroactif, et il ne s'agit point de l'appliquer aux étudiants des écoles préparatoires qui au 1er janvier avaient déjà pris une ou plusieurs inscriptions sans justification préalable du diplôme de bachelier ès sciences. Sur la production de ce diplôme, ces jeunes étudiants seront admis à faire compter, pour le doctorat en médecine ou pour le titre de pharmacien de 1re classe, toutes leurs inscriptions, sans autre réduction que celle qui est prévue par les articles 12 et 13 du décret du 22 août.

Les dispositions de l'article 12 précité, qui établissent que les élèves des écoles préparatoires ne peuvent convertir plus de quatre inscriptions de ces écoles en inscriptions de Faculté, ont soulevé, dans l'intérêt du service des hôpitaux, une réclamation qui m'a paru fondée.

Avant la promulgation du décret du 22 août, les étudiants en médecine pouvaient, au moyen de vingt inscriptions prises dans une école préparatoire, être admis aux examens du doctorat sans avoir jamais profité du haut enseignement des Facultés, auquel seul il doit être réservé de faire des docteurs. C'est pour mettre un terme à cet abus que le décret du 22 août, en limitant à douze le nombre des inscriptions de Faculté que les élèves peuvent acquérir dans les écoles préparatoires, impose à tout aspirant au doctorat l'obligation de suivre les cours d'une Faculté pendant une année au moins, et d'y prendre effectivement quatre inscriptions.

Il résulte de cette disposition que les étudiants ne peuvent rester utilement, pour la durée de leur scolarité, plus de trois ans et demi dans une école préparatoire. Or, une période de trois années d'études leur étant à peine suffisante pour arriver à l'internat dans un hôpital de manière à y rendre des services réels, l'application rigoureuse du décret pourrait compromettre le service des hôpitaux placés près des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, en privant les malades des soins de l'élite des élèves; elle enlèverait aux jeunes gens eux-mêmes la possibilité d'obtenir une position qui leur offrirait les plus précieux avantages pour le succès de leurs travaux.

Dans ces circonstances, prenant en considération l'intérêt si grave des hôpitaux, et jugeant d'ailleurs, avec les hommes les plus compétents, que le service de l'internat, par l'heureuse expérience qu'il fournit aux jeunes gens, peut jusqu'à un certain point être considéré comme un utile et sérieux complément d'études, j'ai cru devoir accorder aux élèves des écoles préparatoires internes dans un hôpital une faveur exceptionnelle.

J'ai décidé que tout étudiant pourvu de quatorze inscriptions prises dans une école préparatoire de médecine et de pharmacie, qui justifierait de quinze mois de bons services comme interne d'un hôpital placé près de cette école, pourrait obtenir à titre onéreux la concession supplémentaire de deux inscriptions de Faculté, et n'aurait plus à prendre effectivement, pour arriver au doctorat, que deux inscriptions en suivant les cours d'une Faculté pendant six mois. Il est bien entendu que les services de l'internat devront être attestés et favorablement appréciés par des certificats authentiques de l'administration des hospices. Le titre d'interne n'aura dû d'ailleurs être obtenu qu'à la suite d'un concours sérieux.

L'Université de Liége vient de perdre un de ses membres les plus honorables et les plus savants. M. le docteur Lombard, professeur de clinique médicale, membre et ancien vice-président de l'Académie de médecine de Belgique, président de la Commission médicale pour la province de Liége, vient de mourir à l'âge de soixante-trois ans.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière. 8.

N° 21. — MARDI 20 FÉVRIER 1

(28e ANNÉE.)

N° 21. — MARDI 20 FÉVRIER 1855.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 19 FÉVRIER 1855.

Séance de l'Académie des Sciences.

M. Le Roy-d'Etiolles a fait à lui seul presque tous les frais de la séance pour la partie médicale. L'infatigable et ingénieux chirurgien a lu l'extrait d'un volumineux mémoire sur l'inopportunité des opérations prématurées comme méthode préventive dans les cas de diathèse cancéreuse, et une note sur l'excision électrique. Son premier travail est le résumé de recherches statistiques faites sur une grande échelle et à l'aide de nombreux documents recueillis en vue de la solution de cette question : Convient-il d'extirper le plus promptement possible toute tumeur suspecte ou susceptible de subir la dégénérescence cancéreuse et de produire plus tard une infection générale ? Cette question a été à diverses époques jugée différemment, suivant le point de vue théorique où se sont placés les chirurgiens. Elle était, en effet, subordonnée à la question de savoir s'il était vrai, comme on a été généralement porté à le croire dans ces derniers temps, que le cancer fût une maladie primitivement bénigne et locale, ne devenant maligne qu'autant qu'elle était abandonnée à elle-même, et dont il fût possible de prévenir les effets funestes ultérieurs en l'extirpant dès son origine ; ou bien, au contraire, si, d'après l'opinion des anciens, qui tend de nouveau à dominer aujourd'hui, le cancer est dès son origine même l'expression d'une maladie constitutionnelle dont rien ne saurait arrêter la marche envahissante.

La difficulté de résoudre cette question théoriquement, difficulté dont la dernière discussion a fait ressortir toute l'étendue, a engagé M. Le Roy-d'Etiolles à chercher les éléments de la solution dans les données statistiques. Il était déjà digne de remarque que la plupart des chirurgiens qui ont vieilli dans la pratique ont presque constamment fini par manifester des doutes sur l'opportunité de l'extirpation considérée comme méthode préventive. Mais l'expérience individuelle ne profite guère généralement qu'à ceux qui l'ont acquise. Il s'agissait donc de faire à cet égard un appel à l'expérience collective de tous les chirurgiens en renom, et de grouper les résultats de leur pratique pour en déduire une conclusion générale. C'est ce qu'a fait M. Le Roy. De cette vaste enquête il est résulté que les extirpations pratiquées de bonne heure sont plus souvent suivies de récidive et dans un terme plus court que les extirpations pratiquées à une période plus avancée du mal. Il en est ressorti aussi cette conséquence déjà signalée par Boyer, que la marche et la terminaison funeste de ces tumeurs sont plus rapides après les récidives que lorsqu'elles sont livrées à elles-mêmes ; double résultat évidemment contraire à la théorie de la bénignité et de la localisation primitives des tumeurs cancéreuses, et qui conduit à cette conséquence pratique qu'il faut restreindre et régulariser l'intervention de la chirurgie, particulièrement en ce qui concerne le précepte des opérations pratiquées prématurément dans le but de prévenir la dégénérescence.

Le second travail de M. Le Roy-d'Étiolles est relatif à une méthode nouvelle d'excision par l'électricité, qui, bien qu'elle n'en soit encore qu'aux essais et aux tâtonnements, a donné déjà quelques résultats, et promet pour l'avenir d'utiles applications à la chirurgie.

La note de M. Le Roy a pour objet d'exposer un perfectionnement qu'il a apporté au procédé d'excision électrique dans l'ablation de certaines tumeurs saillantes pour lesquelles l'emploi du bistouri serait à craindre à cause des hémorrhagies qui pourraient en être la suite. On trouvera les détails de ce procédé au compte rendu. — Dr Brochin.

CLINIQUE DU DISPENSAIRE.

Asphyxie grave.

(Observation recueillie par M. le docteur FAURE.)

Le 4 février, à deux heures et demie, je fus appelé auprès d'une jeune fille qui venait de s'asphyxier volontairement Petite-rue-Taranne, n° 7, au troisième ; quand j'arrivai, elle était déposée sur un lit, dans une chambre vaste et dont les fenêtres étaient ouvertes. On venait de la retirer d'un petit cabinet adjacent où une de ses amies l'avait trouvée étendue sur le carreau, la tête près d'un réchaud de tôle où quelques charbons achevaient de se consumer ; elle avait eu soin de clore toute issue à l'air.

Sa peau était décolorée, couverte d'une humidité froide, et parfaitement insensible au toucher ; on pouvait la pincer, la piquer, promener sur les différentes parties du corps des allumettes enflammées sans provoquer aucun mouvement ; les lèvres étaient violacées, les mains cyanosées ; les pupilles étaient fortement contractées et restaient immobiles à l'approche de la flamme ; les narines, desséchées et serrées, furent chatouillées et excitées en vain pendant longtemps avec les barbes d'une plume, et elles supportèrent également la vapeur si irritante d'un fragment de soufre en combustion que je dirigeai vers leurs cavités ; les mâchoires étaient fortement contractées ; le pouls, faible et dépressible, était insaisissable aux extrémités ; les battements du cœur, très affaiblis, étaient d'une lenteur remarquable ; enfin la respiration, rare et à peine marquée, semblait tellement s'affaiblir à chaque instant que plusieurs fois les personnes qui entouraient cette malheureuse crurent que tout était fini.

Je me hâtai de faire une saignée ; le sang vint difficilement d'abord, puis un peu plus librement, enfin il s'arrêta de lui-même ; à défaut de farine de moutarde pour faire des sinapismes, on appliqua sur les extrémités inférieures des linges imbibés d'eau bouillante. Je fis des affusions d'eau froide ; j'essayai d'insuffler directement de l'air dans la bouche en fermant les narines ; on exerça des mouvements de dilatation et de resserrement artificiels sur la poitrine. Enfin je tentai de faire passer dans le fond de la gorge quelques gouttes d'une potion fortement excitante ; mais ce liquide était aussitôt rejeté au dehors, et il était évident aussi que la déglutition était abolie et que l'eau était entrée dans la trachée. Tout était donc inutile, la contraction invincible des mâchoires s'opposait absolument à toute tentative vers les voies respiratoires, et ayant voulu fermer les narines pour forcer la respiration à se faire entièrement par la bouche et déterminer enfin celle-ci à s'ouvrir, je vis le moment où le souffle allait s'arrêter.

Je n'étais donc arrivé, en définitive, à aucun résultat, le pouls était toujours aussi faible ; un bruit bronchique trop significatif commençait à accompagner la respiration, et en auscultant la poitrine on entendait partout ce râle humide qui caractérise les derniers moments de la vie. Dans l'espoir de réveiller quelques signes de vitalité au moyen d'une douleur intense, j'appliquai alors sur différents points de ses jambes et de ses cuisses des fers à repasser chauffés à une haute température ; ce fut comme si l'on eût agi sur un cadavre. Mon opinion et celle de M. Dourlans, commissaire de police, qui avait assisté à toutes ces manœuvres, était alors que cette femme, qui ne donnait plus signe de vie que par un râle trachéal rare mais bruyant et à grosses bulles, allait s'éteindre d'un instant à l'autre.

Près de 3 heures s'étaient écoulées depuis que nous étions auprès d'elle, j'avais employé en vain tous les moyens connus qui se trouvaient à ma disposition : l'idée me vint d'essayer un dernier effort vers le système respiratoire. Avec la pointe d'un fer chaud je pratiquai une cautérisation sur le trajet approximatif de l'un des nerfs intercostaux ; il se passa aussitôt un mouvement très manifeste dans les côtés, deux ou trois inspirations se succédèrent rapidement, et la malade, sans bouger les mains, étendit les doigts. Une seconde cautérisation détermina un mouvement des mains et des avant-bras ; à la troisième, les deux mains se rejoignirent au-devant de la poitrine comme pour se défendre contre la douleur. Encouragé par cette ombre de succès, je renouvelai ces cautérisations coup sur coup, et bientôt je vis la respiration s'accélérer ; la malade leva la tête, ouvrit les yeux d'une manière démesurée ; ses pupilles étaient fixes et contractées : elle resta ainsi pendant une ou deux secondes. Je la crus sauvée et je la laissai pendant quelques minutes ; mais elle retomba bientôt dans l'état dont je venais de la tirer, et peu d'instants après sa respiration, son pouls et son insensibilité étaient les mêmes.

Je revins aux cautérisations sur le thorax qui m'avaient si bien réussi, et je les continuai plus longtemps. Cette fois le résultat fut plus marqué encore, et la malade fit une sorte de mouvement pour retirer ses jambes sous le contact d'un fer chaud. Je cessai alors les cautérisations, et je me mis à lui insuffler de l'air dans la bouche ; au bout de quelque temps cependant je la vis plongée de nouveau dans son assoupissement, et pour la troisième fois nous la vîmes près d'expirer, je recourus une troisième fois aux cautérisations sur le trajet des nerfs intercostaux, j'appliquai à reprises multipliées la pointe du fer sur le creux épigastrique : elle se réveilla encore. Cette fois, au lieu d'interrompre ces tentatives, je les continuai malgré sa résistance, que j'eus enfin le bonheur de voir devenir énergique. Quand je fus assuré que la sensibilité se réveillait dans les différentes parties de son être, tout en persistant à la cautériser de minute en minute, je commençai à la flageller vigoureusement avec un martinet à plusieurs lanières. Dès les premiers coups, elle resta tout à fait inerte, mais enfin elle donna des signes de souffrance non équivoques, et dès lors je crus pouvoir mettre un terme à ces brûlures pour me confier exclusivement aux effets de la flagellation, que je continuai moi-même pendant longtemps. Il était sept heures et demie, épuisé de fatigue, je fus forcé de m'arrêter ; mais le commissaire de police, qui avait été témoin de ce qui s'était passé, comprenant de quelle importance il était pour le salut de cette femme de ne pas interrompre un seul instant ce genre de traitement, fit rester auprès d'elle un agent avec ordre d'agir absolument comme il m'avait vu faire.

Le soir à neuf heures les fonctions organiques étaient rétablies, et elle poussait quelques plaintes à chaque coup. Mais, comme on l'avait vue s'assoupir de nouveau, on dut persister pendant une partie de la nuit.

Le lendemain matin, elle était dans l'état de demi-somnolence et ne répondait aux questions qu'après avoir été longtemps tourmentée et par monosyllables qu'elle traînait avec lenteur et péniblement. Son état était tout à fait semblable à celui des gens qui ont absorbé une quantité excessive de liqueurs alcooliques.

Le soir, ses facultés intellectuelles étaient un peu plus nettes, et le surlendemain enfin, après avoir passé une nuit assez calme, elle était complétement revenue à elle, à sa grande satisfaction.

La malade n'avait alors aucune idée de ce qui avait eu lieu, ne se souvenait plus de rien à partir du moment où, sous l'empire d'un étourdissement extrêmement douloureux, elle était tombée à terre de la chaise où elle s'était assise pour mourir ; elle n'avait absolument gardé aucun souvenir des brûlures que je lui avais faites et des coups qu'elle avait reçus.

Cette observation me paraît très remarquable en ce que cette femme est sortie vivante de l'une des situations les plus graves que l'on puisse imaginer assurément. Je suis persuadé qu'elle ne doit la vie qu'aux cautérisations portées sur les nerfs moteurs des muscles du thorax. La douleur, selon moi, n'a été pour rien dans le succès ; c'est le calorique qui a joué ici le rôle d'un excitant très intense analogue à celui du galvanisme porté au plus haut degré. Je ne veux pas dire que l'application d'un fer chauffé fortement soit un moyen incapable par lui-même de causer une vive douleur, mais seulement l'observation attentive du fait me démontrait que la douleur n'apparaissait ici qu'en phénomène secondaire, attendu qu'au moment de l'application la malade était absolument privée de sens. On peut remarquer en effet que les brûlures sur les jambes et sur les cuisses, quoique très violentes, n'avaient déterminé aucun acte de sensibilité, et que le premier phénomène qui apparut après les premières cautérisations sur le thorax fut un mouvement d'élévation très prononcé de la cage thoracique, d'où il résulta une vaste dilatation de la poitrine, et par suite une aspiration profonde ; ce mouvement répété plusieurs fois était un rappel de la respiration. Celle-ci, bien qu'artificielle, réveillait le système sensorial, et c'est alors que la malade devenait temporairement apte à éprouver de la douleur, jusqu'à ce que l'effet de l'excitation se fût dissipé.

Je crois qu'il faut faire aussi la part de la longue durée du traitement et de sa persistance, même après que la vie eut été en apparence tout à fait rétablie. Dans plusieurs cas à ma connaissance, des asphyxiés sont morts après avoir été en quelque sorte rendus à la vie. Des faits analogues se sont présentés chez des gens empoisonnés par le chloroforme et par l'opium. Cela tient à ce qu'une violente excitation peut momentanément surmonter l'effet du poison ; mais celui-ci n'en demeure pas moins profondément déposé dans l'économie, tout prêt à réagir dès qu'on l'aura abandonné à lui-même.

Un asphyxié par accident, quelle que soit la nature de ce accident, s'il respire encore, si peu que ce soit, doit toujours laisser un espoir au médecin. Il faut se déterminer sur-le-champ à des moyens dont l'énergie et la violence soient en rapport avec la gravité du cas, et non-seulement s'y opiniâtrer jusqu'à la mort définitive ou jusqu'au rétablissement complet, mais encore persister bien longtemps après qu'il semblera manifeste que toute appréhension doit cesser.

DU TRAITEMENT DE LA VARIOLE,

OU PLUTÔT DES ÉTATS PATHOLOGIQUES QUI LUI SONT PROPRES.

Par M. le professeur PIORRY (1).

Plusieurs malades atteints de variole simple ou compliquée se sont présentés depuis quelques mois dans les salles de la Clinique. Je me

(1) Mémoire lu à l'Académie de médecine dans la séance du 30 janvier 1855.

suis principalement occupé, et cela depuis longtemps, du traitement applicable aux divers états organopathiques qui se développent pendant la durée de cette affection. Les faits pratiques qui s'y rattachent font le sujet de ce travail.

Le traitement de la variole, tel qu'il est généralement compris, repose sur l'idée générale et doctrinale de l'unité des maladies. Et en effet, il n'est pas d'affection qui, plus que la petite vérole, présente l'ensemble de circonstances que l'on rattache au tableau d'une maladie. La cause est ici un virus. Ses effets sont connus; ils procèdent suivant une certaine marche, ont un cours et une durée déterminés. Dans la variole, les doctrines sur la nature médicatrice semblent être appuyées sur les faits, et il est facile de soutenir que sous l'influence d'efforts médicateurs et salutaires la cause morbide ou virulente est rejetée au dehors, en laissant ainsi l'organisme reprendre son état normal. Et cependant les auteurs se sont bien donné garde de voir dans la variole une maladie toujours la même. Ils ont reconnu en effet que souvent il s'agit d'une simple indisposition dans laquelle un très petit nombre de pustules se déclarent, tandis qu'ailleurs, et dans des affections de même nature, surviennent du côté des voies de l'air, du pharynx, du centre céphalo-rachidien, les accidents les plus terribles. Entre ces extrêmes, on a cru devoir établir des espèces morbides, dont la variole est le genre. Ainsi la plupart des pathologistes, inconséquents avec leur doctrine unitaire, ont fait des maladies nombreuses de leur maladie, variole, réputée simple. Abordent-ils le traitement, ils reviennent au contraire à l'idée de maladie unitaire, qui a été leur point de départ. En somme, on peut dire que l'on étudie la petite vérole, mais que l'on combat à peine les accidents qu'elle cause. On ne songe guère à remédier à autre chose qu'à des complications organiques accidentelles. Or faire un traitement en rapport avec les diverses complications, c'est en définitive se conformer en partie aux principes de la doctrine organopathologique; mais c'est suivant nous le faire d'une façon insuffisante, car il n'est pas d'état réputé simple qui n'exige un traitement en rapport avec des éléments complexes d'indications.

Appliquons ces idées générales au traitement de la variole, et pour le faire convenablement analysons les états pathologiques dont elle se compose, et voyons ce que l'on peut faire pour chacun d'eux.

I. *Virus de la variole ou variose.* — Il existe un virus spécial de la petite vérole; nous l'appellerons *variose* (de *vario*, idée de variole, et de *iosis*, idée de virus, de miasme, etc.).

Est-il possible de détruire, de décomposer ce virus? La chimie ne sait pas le reconnaître; le microscope ne l'a pas fait voir; la clinique n'a pas pu faire saisir de caractère extérieur propre à distinguer le pus ou la sérosité variolique du pus ou du sérum d'un abcès; elle n'a pas indiqué, plus que la chimie, les substances qui pourraient annihiler le virus de la variole. Il n'y a donc pas ici de spécifique connu, il n'y a donc pas de médication spéciale à faire contre la variole proprement dite. Pour combattre ce virus on ne voit qu'un seul traitement, qui du reste a été recommandé par Sydenham et par les praticiens les plus distingués de tous les temps; il consiste dans l'emploi des boissons aqueuses abondantes et dans tous les moyens de faire passer en un court espace de temps une grande proportion d'eau dans la circulation.

II. *Variosémie.* — La *variosémie*, ou l'altération du sang par le virus variolique, est le premier effet que produit le poison dont il s'agit. Les symptômes qui précèdent l'éruption ressemblent infiniment à ceux de l'hémite, ou fièvre inflammatoire; seulement le sang n'est pas couenneux. Or que faut-il faire pour remédier à cette altération du sang, à ces accidents qui précèdent l'éruption, et qui présentent ceci de spécial, qu'il survient des phénomènes de gastropathie et des vomissements, ainsi que des douleurs dont on accuse vaguement la région lombaire? Les indications qui se présentent ici sont les mêmes que celles dont il a été parlé à l'occasion du variose, c'est-à-dire l'emploi des boissons aqueuses. C'est à peu près le seul moyen à employer, à moins toutefois que l'intensité des accidents dits inflammatoires, et surtout que des congestions encéphaliques ou pulmonaires ne forcent à avoir recours aux saignées, qui du reste n'empêchent en rien la variole de suivre son cours ordinaire. Bien entendu que toutes les mesures générales de salubrité doivent ici être prescrites. Ces considérations relatives au variose et à son premier effet appréciable, la variosémie, sont vraies, quelle que soit d'ailleurs l'espèce de variole, qu'il s'agisse de varicelle, de varioloïde ou de variole confluente.

Variodermite. — Le premier effet de la variosémie est une phlegmasie spéciale de la peau, ou variodermite.

Divers moyens ont été proposés pour faire avorter cette éruption. Le moyen préventif par excellence, la vaccine, peut-il devenir un agent capable de faire avorter les pustules? On a fait beaucoup d'essais de ce genre. C'est ainsi que l'on a vacciné des gens qui en étaient encore à l'état variosémie, ou du moins à l'état initial de la variodermite, et celle-ci n'en a pas moins continué à suivre son cours ordinaire. Quand dans ce cas le virus vaccin produisait la pustule qui lui est propre, celle-ci ne commençait à paraître comme un point rouge que vers le quatrième ou le cinquième jour de l'inoculation, et à cette époque il était impossible qu'elle modifiât d'une façon quelconque la variodermite. La vaccine ne peut donc être considérée comme un moyen abortif de l'éruption variolique. Alibert avait pensé et cru observer que pour qu'une pustule variolique se développât il fallait de l'air et de la lumière. Je l'avais entendu comparer sous ce rapport cette pustule aux bourgeons des plantes. Vers 1830 ou 1832, M. le docteur G... (de Dijon) fut atteint d'une variole dont l'extrême confluence se prononçait particulièrement à la face, et compromettait infiniment sa vie. Je me rappelai l'ingénieuse idée d'Alibert; je préparai avec soin un emplâtre très agglutinatif de diachylon étendu sur un linge très mince et très souple. Je recouvris avec cet appareil toutes les parties de la face, et la suite fit nettement voir que partout où l'emplâtre avait été adhérent l'éruption ne s'était pas développée, tandis que sur les autres points la variodermite avait suivi normalement son cours. De semblables expériences furent réitérées en grand nombre à l'hôpital de la Pitié, et les résultats furent les mêmes. Je continuai à prescrire ce moyen. Quelques années plus tard M. G..., qui alors faisait le service chez M. Serres, fit une série de recherches desquelles il résultait que dans des cas de petite vérole à l'état initial, l'application d'emplâtre de *Vigo cum mercurio* prévient le développement de la variodermite. Plus tard M. le docteur Briquet reprit ces faits et observa les mêmes résultats. On crut même voir que l'onguent mercuriel seul en friction ou en onction sur la face épargné aux malades tous les accidents qui suivent l'apparition des pustules commençantes. Or d'après d'innombrables expériences comparatives auxquelles je me suis livré, et dans lesquelles on appliquait, soit sur un côté de la face, soit sur un membre, soit sur la main, de l'emplâtre de diachylon très agglutinatif, tandis que de l'autre côté on plaçait de l'emplâtre de Vigo, les résultats abortifs étaient exactement les mêmes à droite et à gauche. Seulement l'emplâtre de Vigo est plus adhérent et plus fixe, se dérange moins, est moins facilement détaché par la transpiration cutanée, et dans ce sens présente de l'avantage. Ce n'est pas le mercure incorporé dans la résine ou dans la graisse qui agit, mais bien l'absence du contact de l'air, de la lumière et des corps qui peuvent venir exciter la peau malade. Depuis plusieurs années, voyant que trop souvent les emplâtres se détachaient, et que l'effet produit était insuffisant, je me suis borné à faire étendre sur la peau une couche aussi épaisse que possible de graisse très consistante, telle que la préparation suivante :

Axonge de veau.	10	grammes
Moelle de bœuf purifiée.	10	—
Beurre de cacao.	10	—
	30	—

Pour augmenter la consistance de cette mixture, j'y fais souvent ajouter une proportion notable de fécule; j'ai même cru devoir substituer à celle-ci du charbon porphyrisé, et cela pour absorber la lumière; mais les effets en ont été à peu près les mêmes que lorsqu'il s'agissait de la graisse simple. Ces divers procédés ont pour résultat d'arrêter dans leur marche progressive les boutons varioliques, de telle sorte que, si les applications sont faites au deuxième jour, il arrive qu'au moment où l'on enlève soit l'emplâtre, soit la graisse, cinq ou six jours après, la variodermite est encore dans le même état.

Dès les premiers temps de la découverte du collodion, j'ai cherché à remplacer par ce médicament et les emplâtres et les corps gras. Il remplit aussi bien et pas mieux que les moyens précédents; mais il forme une plaque consistante si dure et qui se prête si peu aux mouvements de la face qu'il est pénible à supporter et qu'il a fallu y renoncer.

M. le docteur Serres, se fondant sans doute sur l'efficacité du traitement de la diphthérite par l'azotate d'argent, a pensé que l'on pouvait détruire par des cautérisations légères et dès le début de leur apparition les pustules varioliques. Tantôt il se bornait à des lotions pratiquées avec une dissolution de pierre infernale et tantôt il se servait du crayon pour cautériser un à un chaque bouton. J'ai fait des tentatives de ce genre fort nombreuses; j'ai ouvert et fait même saigner avant de la cautériser chaque pustule, et j'ai mal réussi.

Il est deux parties de la face où il faut absolument chercher à détruire par une semblable cautérisation fréquemment renouvelée les pustules initiales : l'une est la région de l'œil et des paupières, l'autre est le pourtour et la face interne des narines.

Quand l'ouverture nasale est incomplète, et surtout quand elle est bouchée, la respiration devient difficile, le malade est forcé de tenir la bouche béante, les enduits de la langue s'épaississent et se putréfient, des émanations septiques en résultent, et l'on conçoit même qu'absorbées dans les poumons ces émanations peuvent avoir sur la marche du mal une influence funeste.

Puisque l'on peut faire avorter les pustules varioliques, est-il convenable de le faire? Cette question est grave et sa solution d'une extrême importance. On a longtemps pensé que la variodermite était une sorte de crise par laquelle le variose était rejeté au dehors. De là les absurdes recommandations, dont Sydenham a fait justice, de tenir les variolés dans un milieu dont la température fût très élevée. Or on se demande si cette manière de voir est fausse sous tous les points et s'il n'y aurait pas quelque danger à empêcher le développement de la variodermite. On sait que des moyens répercussifs ont été employés contre l'éruption rubéoleuse ou scarlatineuse sans qu'il en soit résulté d'accidents; mais en serait-il ainsi pour la variodermite? Ce serait là au moins un objet de doute. Comme nous le verrons bientôt, le principal danger de la variole est à coup sûr la laryngo-bronchite, ou même la pharyngite, qui en sont les symptômes spéciaux, n'est-il pas présumable qu'en mettant obstacle à la variodermite il se déclare vers le pharynx ou le larynx un plus grand nombre de pustules? Cette crainte est peut-être mal fondée, et je n'aurais à citer pour la justifier que quelques faits incomplets et tout à fait insuffisants; mais enfin il semble, dans l'état actuel de la science, que l'on doit redouter de faire avorter dans une très grande étendue les pustules varioliques.

Mais il n'en est plus ainsi alors qu'il s'agit d'une partie peu étendue de la surface cutanée, de la face, par exemple; je crois donc qu'il est de règle pratique de s'opposer autant que possible à la variodermite de cette dernière partie, et cela au moyen des corps gras dont il a été parlé. Si l'on conservait quelque inquiétude sur l'aggravation possible de l'éruption pharyngo-laryngienne consécutivement à la suppression de la variodermite faciale, on pourrait, à l'imitation d'une ancienne pratique, faire appliquer de larges vésicatoires sur diverses parties du corps, attendu que, sous l'influence de la moindre stimulation de tel ou tel point de la peau, les pustules deviennent infiniment plus nombreuses.

Dans les premiers temps de la variodermite, et alors que le tégument est extrêmement enflammé, dans les cas encore où le malade souffre beaucoup, il y a de l'avantage à le placer pendant un temps plus ou moins long dans un bain tiède, ou à appliquer des compresses fines trempées dans l'eau tiède et recouvertes de taffetas gommé, à l'effet d'en prévenir le dessèchement.

Quand la variodermite suit son cours habituel, il arrive que de nouveaux états organopathiques se déclarent dans la peau. Tantôt vers le 4e, le 5e, le 6e, 8e ou 10e jour du pus se forme dans les boutons, qui augmentent peu à peu de volume, et qu'un liquide puriforme, abondant soulève l'épiderme, détruit l'ombilication, donne lieu à une saillie remarquable de la petite tumeur. Alors une douleur intense s'y fait sentir, le tissu cellulaire sous-jacent se tuméfie et s'enflamme. Ces phénomènes ont particulièrement lieu dans la variole discrète.

J'ai dit dans l'article Dermite varioleuse du premier *Traité des altérations du sang* : « Chaque pustule de la petite vérole doit être considérée comme un abcès, et traitée comme telle. » Cette proposition est principalement applicable ici.

Quand une petite tumeur varioleuse est pleine de pus, il faut ouvrir la pustule. On y trouve entre autres avantages celui de calmer la souffrance des parties sous-jacentes et de remédier à la tuméfaction du tissu cellulaire sous-jacent.

Pour l'ouverture des pustules pleines de pus, divers procédés ont été employés.

J'ai proposé de ramollir l'épiderme qui recouvre la pustule au moyen d'un bain prolongé et de passer sur elle un linge rude qui en opère facilement la rupture. Quand les petits abcès sont parvenus à leur maturité ce moyen ne cause pas de souffrance; son emploi, au contraire, serait très douloureux si l'on voulait y avoir trop tôt recours. Lorsque les pustules, très nombreuses, se touchent et se confondent par leur circonférence, le pus ne se forme pas, une sérosité trouble le remplace; les pustules forment, en se réunissant, une vaste surface inégale et recouverte par un épiderme épais. On ne peut songer alors à les ouvrir; car on n'évacuerait que des gouttelettes insignifiantes de liquide, et l'on ne remédierait en rien à la tension de la peau. Le seul moyen qui réussit alors est l'application d'un large vésicatoire sur la partie affectée. Le but que l'on se propose de l'application des épispastiques dans la variole est de provoquer une exhalation abondante de sérosité qui soulève l'épiderme et favorise de cette façon l'exhalation du liquide que contiennent les pustules.

Après avoir enlevé l'épiderme et évacué le pus ou la sérosité, il convient de soigner les petites ulcérations ou la surface dénudée qui succède aux pustules, précisément comme on panserait toute autre plaie; c'est-à-dire qu'il faudrait prévenir le contact de l'air, enlever le pus à mesure qu'il se forme et prévenir la formation de croûtes de pus qui ne manqueraient pas de se former.

Pour prévenir la formation de ce masque hideux qui en résulte, il suffit d'imbiber longtemps les croûtes varioliques d'une eau très savonneuse pour les humecter et les enlever.

Pyocélies, ou *abcès consécutifs*. — Consécutivement à la variodermite, on voit parfois se former des abcès sous-cutanés. Ils me paraissent dus à la perforation de la couche la plus profonde du derme, alors que du pus est accumulé dans les pustules, et à la pénétration de celui-ci dans le tissu cellulaire qui double la peau. Ils doivent être traités comme tout autre abcès en général. Il convient donc de les ouvrir largement, et si un décollement a lieu à l'entour et persiste, d'injecter dans le foyer la teinture d'iode étendue d'un tiers d'eau, ou, dans les cas où ces moyens ne réussiraient pas, d'exciser le tégument aminci qui recouvre la cavité où le pus se forme et s'accumule.

Variodermite hémorrhéique (variole noire). — La variodermite présente parfois un caractère excessivement grave. Je veux parler de la teinte violacée ou noirâtre que présentent parfois une ou plusieurs pustules varioliques. Presque toujours, dans ce cas, les malades succombent. Cet état est dû le plus ordinairement aux hémorrhagies qui sont survenues dans les pustules ainsi colorées.

Ces dermorrhémies elles-mêmes sont dues à un état particulier du sang plus ou moins analogue au scorbut. Or, me rappelant que dans le faits de scorbut on a tiré un très grand parti de l'emploi des végétaux frais, j'ai employé avec succès, dans quelques varioles hémorrhagiques, les sucs d'herbes composés de laitue, de cerfeuil, de chicorée, etc.

Variostomatite, variopharyngite. — L'éruption variolique dont les membranes muqueuses de la bouche et du pharynx sont le siége est susceptible des plus grandes variétés. Les taches rouges qui la constituent au début sont parfois très petites; rarement leur voit-on prendre lors de leur développement l'aspect de pustules semblables à celles de la variodermite. Il n'y a pas ici, comme cela a lieu pour chaque bouton de la peau, une ombilication centrale; ce sont plutôt des couches plastiques blanchâtres, des ulcérations, que de petites tumeurs pleines de pus. Ici, bien que les boutons intéressent, comme pour la peau, les couches profondes, ils sont loin d'avoir la même épaisseur que dans le derme, parce que le tissu où elles ont leur siége est sensiblement plus mince. Cette circonstance est à noter relativement à l'action des cathérétiques.

Des accidents plus ou moins graves en sont la conséquence fréquente. Des douleurs vives ont souvent lieu; les mouvements de la langue, la déglutition deviennent pénibles; la salive coule abondamment et est difficilement rejetée; dans quelques cas malheureux elle s'accumule dans le pharynx, et par suite du passage continuel de l'air, y devient écumeuse. Il arrive même que son abondance est telle, la difficulté de l'expuition parfois si grande, que le liquide spumeux pénètre avec l'air inspiré dans le larynx et les bronches, et y cause des phénomènes d'asphyxie tout aussi graves que ceux qui surviennent dans la variolaryngite. En général, on traite à peine de semblables états pathologiques; on a recours à des gargarismes réputés émollients ou prétendus détersifs. C'est tout au plus si on songe à enlever les enduits qui se forment dans la bouche et qui, s'y indurant, deviennent des croûtes sèches très propres à gêner le mouvement de la bouche, de la langue et du pharynx.

M. Serres a proposé contre cet accident la cautérisation avec l'azotate d'argent. Ce moyen m'a paru avoir les plus heureux résultats. Me fondant sur l'étude approfondie de la lésion, sur sa profondeur dans les tissus, j'ai fait cautériser matin et soir avec l'azotate d'argent les pustules de la bouche et du pharynx, et j'ai vu dans plusieurs cas la phlegmasie avorter, ou du moins prendre une marche moins fâcheuse. Il arrive ici précisément ce qui a lieu pour les aphthes; tout aussitôt que l'on a touché la pustule avec l'azotate d'argent, la douleur, qui existait d'une manière continue, cesse, et ne reparaît qu'au moment où l'eschare qui a succédé à l'application du caustique est tombée. La stomatite et la pharyngite venant à se calmer, l'expuition et la déglutition s'accomplissent dès lors avec facilité.

Il est souvent urgent de cautériser fréquemment les boutons varioliques voisins des orifices des conduits de Sténon ou de Warthon, et cela dans la crainte des phlegmasies dont les parotides et les autres glandes salivaires peuvent être atteintes. Il arrive trop souvent que la pharyngite occupe l'orifice guttural du larynx; il convient alors de porter une tige de baleine recourbée et armée de caustique jusque vers la partie

malade. Dans certaines circonstances graves, la trachéotomie serait convenablement pratiquée pour remédier aux suites d'une telle lésion.

Traitement de la variolaryngite et de la variobronchite. — La lésion caractéristique la plus grave qui puisse survenir dans la variole est à coup sûr l'éruption dont on est fréquemment le siége la membrane laryngobronchique. Elle consiste en de petites tumeurs rouges, arrondies, qui souvent à la nécroscopie ont l'apparence de simples taches dont la dimension varie d'un à cinq millimètres. A mesure qu'on les considère sur des points plus rapprochés de l'orifice pharyngien, elles sont plus larges et plus saillantes. Les cordes vocales sont trop souvent aussi le siége d'une éruption de pustules dont le nombre, dans les cas que j'ai vus, a varié d'une à six ou huit. Cette phlegmasie laryngobronchique suit une marche progressive et devient de plus en plus intense, en même temps que la dermite parcourt ses périodes. C'est en effet au moment où l'affection cutanée est portée au plus haut degré que les symptômes de la souffrance du tube aérien deviennent plus marqués.

Quelque peu intense que soit la variodermite, redoutez une terminaison funeste alors que coexistera dès les premiers temps du mal un enrouement qui n'avait pas lieu avant le début de la variosémie. Presque tous les malades qui m'ont présenté ce phénomène ont succombé à une véritable asphyxie.

On n'a presque aucun moyen d'action sur les pustules de la trachée et des bronches, alors qu'elles commencent à se déclarer; tout au plus pourrait-on penser à l'inspiration de vapeurs variées, parmi lesquelles la vapeur d'eau pourrait peut-être, dans certains cas, avoir de l'utilité comme palliation. Moins encore dans le larynx et la trachée qu'ailleurs, on ne peut entraver le développement de l'inflammation spéciale à la variole (variosite); et la seule question importante, mais d'une gravité extrême, est celle de savoir s'il convient, quand le défaut de laryngition met la vie du malade en péril, d'avoir recours à la trachéotomie. Or, j'ai trop vu de malades succomber dans de tels cas, j'ai trop étudié la marche du mal et la manière dont la mort survient, pour ne pas admettre dans toute son étendue l'aphorisme suivant, qui est, pour moi, la conséquence d'une longue pratique et des plus mûres réflexions : « Toutes les fois que dans la variolaryngite, et même dans la vario- » pharyngite, l'abord de l'air dans la trachée et les bronches devient » difficile, et cela par suite de la présence des liquides qui s'accumulent, » il y a urgence de pratiquer l'ouverture du tube aérien. » Si l'on attend au lendemain, presque toujours, lors de la visite, on ne trouve plus qu'un cadavre. C'est ce qui est arrivé plusieurs fois à la suite de discussions que j'ai eues à ce sujet avec Bérard jeune, Sanson, etc., et dans lesquelles ces chirurgiens se refusèrent pour le moment où je le croyais utile à pratiquer la trachéotomie. Désespéré de ces retards, qui avaient eu un si fatal résultat, je pris sous ma responsabilité de pratiquer moi-même, sur une femme atteinte de variolaryngite et qui expirait, l'ouverture de la trachée. Un ronchus trachéal et laryngien bruyant se faisait entendre, et une écume abondante remplissant le pharynx s'écoulait même par la bouche. La teinte des téguments et de la membrane orale était livide. L'opération présenta quelques difficultés à cause de l'épaisseur des téguments du cou.

Mais tout aussitôt que l'ouverture fut pratiquée au conduit aérien la respiration se rétablit, la coloration reprit sa teinte naturelle, pendant trente-six heures la malade survécut, aucun accident nouveau ne se déclara, mais alors la mort eut lieu d'une manière instantanée.

Depuis j'ai vu périr un assez grand nombre de variolés pour lesquels on attendit encore trop longtemps avant de pratiquer la trachéotomie, et je n'hésite pas à affirmer que dans tous les cas de ce genre il ne faut pas balancer un moment à ouvrir la conduit de l'air.

Variopneumonite. — Consécutivement aux accidents précédents, il peut survenir une bronchemphraxie, bientôt suivie de bronchopneumonite, elle-même compliquée de pneumonémie hypostatique. Ces accidents funestes qui se déclarent dans les cas graves de variole rentrent comme diagnose et comme traitement dans l'étude des pneumonémies produites par d'autres causes.

Variencéphalite. — Au début de la variole existe très ordinairement une encéphalopathie caractérisée par le délire et par une sorte de stupeur qui peut faire croire à une fièvre typhoïde. En effet, on observe dans de telles circonstances la plupart des accidents rapportés à cette affection. Dans les deux cas, c'est une toxémie spéciale; ici la septiosémie, là la variosémie, qui donnent lieu aux accidents cérébraux. Il est rare que les malades succombent à cette période, de telle sorte que l'on n'a point en général l'occasion de constater si les symptômes cérébraux sont liés à une lésion anatomique appréciable. Or j'ai publié dans mon *Traité de médecine pratique* un cas qui conduirait à faire admettre qu'il se fait alors à la surface encéphalique une éruption qui rappellerait assez bien celle qui constitue la variodermite.

Plus tard surviennent d'autres phénomènes encéphalopathiques; mais ceux-ci sont dus à une encéphalémie consécutive à la variodermite de la tête et du pourtour de l'orbite. C'est la même série de phénomènes que ceux qui ont lieu dans l'érysipèle de la face.

Le traitement des encéphalopathies des premiers jours repose sur les moyens généraux que réclame toute toxémie dont la cause est inconnue et dont le caractère spécial n'est pas accessible à des neutralisants.

La variencéphalie qui survient consécutivement à la variodermite de la face et du tissu cellulaire des orbites exige avant tout l'emploi des moyens plus propres à faire avorter l'éruption variolique du pourtour de l'orbite, et dont il a été parlé à l'occasion de la curation de la variodermite en général.

Rarement dans ces encéphalopathies suite de variodermite les saignées sont indiquées, car elles ne remédient pas à la cause organique, ne calment pas les accidents et favorisent même la résorption ou la pénétration du pus dans l'appareil circulatoire; l'élévation de la tête au-dessus du niveau du tronc est encore utile pour modifier l'afflux du sang vers l'encéphale.

Telle est la manière dont on peut concevoir les idées anatomiques et cliniques que je cherche à propager, l'étude de la variole. Il me semble que cette manière de considérer les faits est féconde en applications utiles et pratiques.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 12 février 1855. — Présidence de M. REGNAULT.

Exciseur électrique. — M. Le Roy-d'Etiolles lit une courte note sur ce sujet.

« L'excision des parties malades au moyen d'un fil de platine rougi par un courant électrique, dit M. Le Roy-d'Etiolles, a été imaginée et appliquée à Vienne et à New-York il y a une douzaine d'années : ce n'est donc pas une invention, mais un simple perfectionnement que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie. Ce qui le caractérise, c'est que les deux bouts de fil se croisent dans le trou ou l'œil de l'extrémité de l'un des conducteurs, de sorte qu'en les tirant en sens inverse l'anse, rougie par le courant, se serre à mesure que l'excision s'opère, comme le ferait une ligature avec un fil ordinaire.

» Cet exciseur électrique à fils croisés est applicable aux tumeurs saillantes pour lesquelles le bistouri pourrait être dangereux à cause de l'hémorrhagie, par exemple les paquets hémorrhoïdaux, les chutes du rectum, etc. Il est applicable à la section et à l'oblitération des veines variqueuses, des membres et du cordon spermatique, etc.

» Quant aux rétrécissements de l'urètre et du rectum, leur excision réclame une autre disposition de cautère électrique que j'ai imaginée en 1852. Ce n'est plus ici un fil qui rougit, mais un anneau de platine très mince qui fait l'office d'emporte-pièce. Les conducteurs sont proportionnés au diamètre des conduits dans lesquels ils doivent pénétrer à une certaine profondeur. Pour l'urètre, il convient de les avoir en fer recouvert d'un émail. »

Sur l'inopportunité des opérations prématurées pratiquées comme méthode générale dans le but de prévenir la dégénérescence cancéreuse. — M. Le Roy-d'Etiolles lit l'extrait d'un mémoire dans lequel il s'est proposé de démontrer l'inopportunité des opérations pratiquées prématurément dans le but de prévenir la dégénérescence cancéreuse.

Dans les premiers temps de la médecine, on considérait le cancer comme une maladie constitutionnelle.

Plus tard cette croyance s'est modifiée, et l'on a admis en principe que le cancer est une maladie primitivement bénigne et locale qui abandonnée à elle-même subit une dégénérescence maligne dont l'influence vicie la constitution et rend la repullulation presque inévitable lorsque l'on fait l'extirpation des tissus altérés.

Conformément à cette croyance nouvelle, le précepte était donné et généralement admis d'extirper le plus promptement possible toute tumeur, toute altération de tissu capable de subir cette dégénérescence maligne et de produire une infection générale.

S'il était vrai que le cancer fût une maladie primitivement bénigne et locale, et qu'en l'extirpant dès son origine on pût prévenir la dégénérescence et l'infection constitutionnelle, il n'est pas douteux qu'il faudrait enlever dès leur apparition toutes les tumeurs ou toutes les altérations de tissu de nature douteuse, au risque d'opérer quelquefois inutilement; mais si, au contraire, la dégénérescence et l'infection générale secondaire ne sont que des théories dénuées de fondement, si le cancer est ou primitivement constitutionnel ou même s'il est le résultat d'une diathèse préexistante, rien ne peut plus compenser et excuser les erreurs et les opérations inutiles auxquelles exposent inévitablement les extirpations prématurées.

Pour éclairer cette question, M. Le Roy a réuni plus de trois mille observations qui lui ont servi à dresser une statistique des maladies cancéreuses. Ayant compulsé les extirpations pratiquées dans les six premiers mois qui ont suivi l'apparition de la maladie, il en a compté 87; sur ce nombre, 61 avaient récidivé dans un laps de deux années.

L'auteur a recherché alors quelle avait été la proportion des récidives lorsque les extirpations avaient été pratiquées plus de cinq ans après le commencement de la maladie, et il a trouvé que sur 97 opérations il n'y avait eu que 50 récidives. Ces deux résultats sont peu favorables à la théorie de la bénignité primitive et de l'infection générale secondaire.

Les présomptions de diathèse primitive ou même préexistante qui ressortaient de ces chiffres ont été confirmées depuis par les observations microscopiques au moyen desquelles on a reconnu les caractères spécifiques du cancer dès l'origine de la maladie.

Le précepte d'extirper dès leur apparition les altérations présumées cancéreuses, dans le but d'en prévenir la dégénérescence, serait donc basé sur une fausse théorie. Les conséquences de son application ne sont pas égales dans les différentes parties du corps; il y en a pour lesquelles l'erreur n'a pas de gravité : la lèvre, par exemple; car l'incision fait disparaître là une difformité, quelle que soit la nature de la tumeur. Mais il n'en est pas de même pour le sein, sur lequel l'incision crée une difformité; pour le testicule, organe dont la privation est pénible et souvent funeste.

Le mémoire de M. Le Roy renferme en outre les documents extraits de sa statistique relatifs à d'autres points de l'étude des maladies cancéreuses, tels que sa fréquence relative dans les deux sexes, l'influence des causes, etc. En dehors de la question de la dégénérescence, M. Le Roy fait observer que la statistique confirme ce qu'avait dit Boyer de la marche et de la terminaison funeste plus prompte après les récidives. On y voit, en effet, que la durée moyenne de la vie est de cinq ans pour ceux qui ne sont pas opérés, et de deux ans seulement après l'opération.

En doit-on conclure qu'il ne faut pas extirper les cancers? Non. Mais seulement qu'il faut restreindre, régulariser l'intervention de la chirurgie, et particulièrement en ce qui concerne le précepte des opérations pratiquées prématurément dans le but de prévenir la dégénérescence. Le lieu qu'occupent les altérations cancéreuses ou présumées telles, la rapidité de leur accroissement, la difformité qu'elles causent, le délabrement qu'entraînerait leur ablation après leur développement, les vives douleurs qui les accompagnent quelquefois dès le début, peuvent être des motifs suffisants pour agir de très bonne heure; mais on ne doit plus faire un précepte et une règle générale des opérations prématurées.

Ces deux communications sont renvoyées à la section de médecine et de chirurgie.

Ragle ou hallucination du désert. — M. d'Escayrac de Lauture communique une note dans laquelle il décrit sous ce nom un état particulier d'hallucination qui se manifeste quelquefois chez les voyageurs du désert après les fatigues d'un long voyage.

Le ragle présente le plus grand rapport avec l'ivresse produite par les boissons alcooliques, avec celle due à l'usage de l'opium, du hachich, du cati, du safran, de l'ambre gris, de la belladone, de l'éther, etc., avec le délire de la fièvre et les hallucinations de quelques fous. C'est une espèce bien caractérisée d'un même genre.

Le ragle, l'ivresse, l'hallucination diffèrent du rêve :

1° En ce qu'ils se produisent en dehors du sommeil, sans que l'éréthisme normal des organes de la vie animale soit suspendu entièrement et sans que la raison perde entièrement sa puissance;

2° En ce qu'ils procèdent toujours directement de la sensation confuse de quelque objet, en un mot, d'un sentiment réel, tandis que le rêve prend sa source dans le simple souvenir. Il est vrai que ces souvenirs se présentent à l'esprit par suite d'un enchaînement d'idées dont la première est née de quelque sensation qui a précédé le sommeil; mais il n'y a aucun rapport entre cette sensation et le rêve.

La vision du ragle diffère de celle du mirage en ce que dans ce dernier phénomène ce que l'on voit existe réellement. Ainsi, si l'on croit voir de l'eau, c'est qu'il s'est produit réellement l'image d'une surface bleue miroitante et un peu agitée; notre esprit se trompe seulement en supposant que l'existence de l'eau est inséparable de la production d'une telle image. (Commissaires : MM. Duméril, Geoffroy Saint-Hilaire, Milne Edwards.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 7 février 1855. — Présidence de M. HUGUIER.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Ablation traumatique du menton sans rétraction de la langue. — M. Larrey présente à la Société le malade auquel il a fait allusion dans la dernière séance au sujet de l'ablation médiane de l'os maxillaire inférieur sans rétraction de la langue.

Il s'agit d'un artilleur, nommé S..., qui, dans un état d'exaltation violente, voulut, le 15 septembre 1854, se brûler la cervelle, et se tira sous le menton un coup de pistolet chargé de deux balles; mais il survécut à sa blessure par la déviation de l'arme, et fut transporté immédiatement au Val-de-Grâce. Il avait une fracture comminutive de la mâchoire inférieure, compliquée de dilacération étendue des lèvres et des joues, dont les lambeaux pendants donnaient à cette mutilation un aspect hideux. Le menton n'existait plus, et la langue, perforée vers sa pointe par l'une des balles, se trouvait entièrement détachée de ses muscles antérieurs; mais, au lieu de se rétracter vers l'arrière-bouche, elle était pendante au-devant du cou. L'un des projectiles était ressorti en divisant la lèvre supérieure et l'aile gauche du nez; l'autre, enclavé dans la voûte palatine, en fut extrait par le médecin du régiment.

Appelé aussitôt auprès du blessé, qui d'ailleurs n'avait pas perdu beaucoup de sang et avait conservé toute sa connaissance, je m'empressai, dit M. Larrey, de resciser les saillies irrégulières des fragments de la mâchoire, de raviver les lambeaux attrits et déchirés; mais avant de les mettre en contact par une quinzaine de points de suture, j'assujettis à l'aide d'un fil très fort les deux branches mobiles de l'os, qui tendaient par l'action des muscles à s'accoler à la mâchoire supérieure, et je passai un autre fil à travers l'ouverture de la langue pour la relever et la ramener vers l'ouverture buccale, tandis que la mâchoire inférieure pouvait s'abaisser assez facilement par des tractions exercées sur le fil tordu en cordonnet. Le blessé lui-même, comprenant bien notre intention, fut exercé à cette manœuvre. La plaie avait été réunie dans toute son étendue, à l'exception de l'ouverture sous-maxillaire, que je laissai libre pour faciliter le dégorgement des tissus et l'écoulement des liquides.

La langue débarrassée du fil qui la maintenait relevée, loin de subir une rétraction secondaire, pas plus qu'elle ne s'était rétractée primitivement, s'abaissa de plus en plus et finit même par engager sa pointe dans l'ouverture sous-maxillaire. Cette ouverture fut fermée alors à l'aide d'une autoplastie par glissement, tandis que les deux branches de la mâchoire, soudées régulièrement l'une à l'autre, soutinrent la langue, qui contracta même une adhérence vers sa pointe avec la cicatrice inférieure. La parole, abolie dans les premiers temps de la blessure, est devenue peu à peu assez distincte et semble devoir être de plus en plus intelligible, malgré l'adhérence, qui pourra être détruite plus tard. Tel est aujourd'hui l'état dans lequel se présente le sujet de cette observation.

Je ferai remarquer en outre, ajoute M. Larrey, que le rapprochement des deux branches du maxillaire inférieur, emboîtant pour ainsi dire cet os dans le maxillaire supérieur, s'opposerait à la mastication et à toute alimentation solide, si, d'après notre conseil, le malade ne s'était habitué à des mouvements latéraux de la mâchoire, à l'instar des ruminants. Il parvint ainsi à manger assez bien.

— M. Larrey montre ensuite à la Société plusieurs dessins de mutilation de la mâchoire inférieure avec conservation de la langue, démontrant que cet organe ne s'est pas rétracté vers l'arrière-bouche, malgré la perte de ses insertions aux muscles génioglosses.

Deux de ces dessins représentent la blessure de l'artilleur S... et sa cicatrice.

Un troisième se rapporte à un ex-sous-officier de cavalerie, nommé M..., qui en 1830, dans une tentative de suicide par un coup de pistolet chargé de deux balles et tiré sous le menton, avait eu la totalité de la mâchoire inférieure emportée, avec dilacération de toutes les parties molles de la région sus-hyoïdienne. La langue, pendante au-devant du cou, finit par adhérer aux téguments vers sa pointe, sans perdre ses mouvements de contraction. Dupuytren fit une opération insuffisante pour remédier à la difformité, et en publia l'observation (1). Le sujet de cette observation, par nous recueillie, est aujourd'hui à Bicêtre.

Un quatrième dessin a été fait d'après la face moulée d'un ancien soldat, nommé Frenais, blessé en 1814 par un biscaïen qui lui avait fracassé le menton. Les attaches antérieures de la langue avaient été arrachées sans qu'elle se fût rétractée, elle était même restée pen-

(1) *Traité des blessures par armes de guerre*, t. II.

dante au-devant du cou, et avait contracté des adhérences avec les téguments. Ce militaire, entré aux Invalides, portait, comme quelques autres, un menton d'argent. Il y est mort en 1850 ; et son observation, complétée par M. Hutin, a été l'objet d'un rapport à l'Académie (1).

M. Larrey présente enfin le masque d'un canonnier nommé Louis, blessé en 1832 au siége d'Anvers par un éclat de bombe qui avait emporté la mâchoire inférieure presque en totalité et entamé la langue à son bord gauche en la détachant jusqu'à sa base, non-seulement sans qu'elle se rétractât vers l'arrière-gorge, mais encore en la faisant tomber au-devant du larynx par son propre poids augmenté par un engorgement considérable.

Le projectile avait du même coup mutilé l'avant-bras gauche, qui dut être amputé.

La blessure de la face se cicatrisa en laissant une large perte de substance, qui fut recouverte plus tard d'un demi-masque ingénieusement fabriqué par un mécanicien belge.

Cet appareil prothétique, garni de moustaches et de favoris postiches, forme une mâchoire inférieure en métal, garnie d'une arcade dentaire mobile sur la mâchoire supérieure pour aider à la mastication, et pourvue d'un plancher de la bouche pour soutenir la langue, ainsi que d'un réceptacle de la salive pour la rejeter au dehors à l'aide d'une soupape. Ce masque enfin, comme on peut le voir sur le modèle, dissimulait à s'y méprendre la difformité de la face, sans que la langue, libre d'adhérences en avant, ait jamais eu de tendance à se rétracter en arrière.

Le sujet de cette observation (2) est resté pendant plusieurs années aux Invalides, où nous l'avons perdu de vue.

M. Larrey croit pouvoir conclure de ces différents faits et de quelques autres observés par lui ou par des chirurgiens militaires, que dans les ablations traumatiques de la mâchoire inférieure, à la région mentonnière, avec arrachement des muscles génioglosses, la langue séparée de ses attaches antérieures reste fixe ou se déjette en avant plutôt que de se rétracter en arrière.

Mais les cas de ce genre ne permettent point de préjuger qu'il en soit absolument de même dans tous les cas d'ablation artificielle de la mâchoire ou de résection régulière du menton, puisqu'on a observé le contraire, comme M. Bégin surtout l'a spécialement démontré pour la rétraction consécutive de la langue.

CORRESPONDANCE.

La Société reçoit de M. Amédée Montats (de Mende) une observation de cystotomie sus-pubienne suivie de guérison.

Renvoi de ce travail à une commission composée de MM. Monod, Denonvilliers, Demarquay.

— M. Gerdy fait hommage à la Société de la troisième monographie de sa chirurgie pratique : *Maladies des organes des mouvements*. Des remercîments sont adressés à M. Gerdy par M. le président.

— M. Michon rend compte à la Société de la mission dont il a été chargé dans la dernière séance avec M. le docteur Richet. Tous deux se sont rendus dans le service de M. Maisonneuve et ont pu constater les faits suivants.

Le premier malade soumis par M. Maisonneuve à l'examen de M. Michon a été opéré seulement hier. Il a subi l'ablation du menton et d'une partie de la lèvre supérieure. Les apophyses qui donnent attache aux génioglosses ont ainsi été enlevées. Mais il existe à la partie inférieure du plancher buccal un petit tablier de peau. La langue est hors de la bouche ; mais, si l'on élève la tête, elle peut être reportée en arrière. M. Maisonneuve assure qu'il suffit de pencher un peu la tête en avant pour faire ressortir la langue.

M. Michon a vu ensuite un autre malade opéré il y a déjà sept semaines. Cet homme a eu la mâchoire inférieure désarticulée en totalité. Il existe en même temps un peu de gonflement œdémateux de la langue, qui pend perpendiculairement dans la direction du cou. C'est une langue qui a besoin d'un agent de suspension, de telle sorte que pour faire manger le malade il faut soutenir cet organe et le pousser un peu en haut et en arrière ; d'autre part, la voix est à peine articulée, et la langue ne peut guère mieux servir pour parler.

Une troisième malade a eu toute la partie gauche de la mâchoire enlevée. Cette femme, opérée il y a plus longtemps que les précédents, n'a point eu primitivement de rétraction de la langue en arrière.

M. Michon rapporte ensuite que trois fois il a fait cette section de la langue en détachant ses attaches en avant, et que dans aucun des cas il n'a observé de rétraction.

M. Michon établit enfin que dans ces sortes d'opérations la rétraction de la langue peut ou non être observée. Trois conditions peuvent ainsi se rencontrer :

1° L'immobilité de la langue ;

2° Son obéissance aux lois de la pesanteur ;

3° Sa projection tantôt dans un sens, tantôt dans un autre, suivant la position des parties.

M. Verneuil revient sur la rétraction de la langue après l'amputation de la partie médiane de l'os maxillaire inférieur. Les doutes qui ont été formulés dans la dernière séance sur l'imminence de cet accident redoutable l'ont engagé à quelques recherches sur sa fréquence et sur son mécanisme. Les faits démontrent que la rétraction de la langue existe bien réellement, mais que d'abord elle est rare, puis diffère beaucoup, quant à son époque d'apparition, sa marche, ses causes, son pronostic, ce qui exige qu'on en distingue plusieurs variétés.

Elle peut se montrer pendant le cours même de l'opération, dès que les muscles génioglosses sont coupés, ou bien pendant le pansement. On peut la dire alors *immédiate*. Mais tantôt elle amène une suspension subite de la respiration, ou seulement une gêne plus ou moins marquée dans cette fonction, et par conséquent une menace d'asphyxie plus ou moins prochaine.

D'autres fois c'est dans les jours qui suivent l'opération que la suffocation survient. La rétraction de la langue peut encore, dans ce cas, être brusque ou progressive.

Il est donc permis d'admettre quatre variétés :

1° La rétraction primitive, brusque ou spasmodique ;

2° La rétraction primitive, due en entier au mode de pansement ;

3° La rétraction consécutive soudaine, à marche rapide ;

4° La rétraction consécutive progressive, amenant l'asphyxie d'une manière lente, mais presque inévitable.

On pourrait mettre des observations en regard de chacun de ces modes. Delpech, dans un mémoire lu à l'Institut en 1827, démontra la rétraction primitive et y insista beaucoup. Il avance, ainsi que Dupuytren, mais sans prendre la peine de le prouver, que cet accident avait été prévu par des chirurgiens allemands, qui y avaient vu une contre-indication à l'amputation de la mâchoire.

Depuis cette époque, la rétraction primitive a été observée, dit-on, par MM. Erhmann, Schuster et Magendie, mais les preuves en sont difficiles à trouver.

M. Bégin, dans un mémoire fort remarquable inséré dans les *Annales de la chirurgie française et étrangère* en 1843, a vu cet accident se produire, et il a, de plus, signalé la rétraction consécutive que Delpech ne connaissait pas, et qui a été observée aussi par M. Richet.

D'après M. Vidal, un malade de M. Gerdy aurait succombé à la rétraction consécutive progressive.

Dans tous les cas, cet accident, dont tous les chirurgiens parlent et se préoccupent beaucoup paraît fort rare, eu égard au grand nombre d'opérations pratiquées de nos jours, et dans lesquelles la symphyse maxillaire est sacrifiée.

Dupuytren, qui en parlait toujours dans ses cours, ne paraît pas l'avoir observée. Lisfranc en fait mention et semble la redouter ; mais son texte ne permet pas de savoir si réellement il en a été témoin. MM. Velpeau, Malle (de Strasbourg), lui consacrent quelques lignes ; mais je suppose qu'ils ne l'ont pas vu : ils élèvent même quelques doutes sur la réalité d'une rétraction véritable.

MM. Nélaton, Vidal, etc., en signalent la possibilité, et ce dernier y insiste assez longuement ; mais leur pratique ne semble pas leur en avoir fourni d'exemples.

Les chirurgiens qui ont souvent vu l'os maxillaire inférieur mutilé par des projectiles de guerre n'en parlent pas ; et si J.-L. Petit prétend que le renversement de la langue peut succéder à la section du filet de la langue, je n'ai pas vu pareil méfait compté parmi les inconvénients de la glossotomie appliquée au bégaiement.

Les membres de la Société de chirurgie gardent également le silence ; et pour ma part, j'ai vu plusieurs fois réséquer la mâchoire sans qu'on ait été menacé d'une complication aussi grave.

Si, en résumé, on parcourt les recueils où les résections en question sont assez communément publiées, on en conclut que la rétraction de la langue est certainement très exceptionnelle.

Les causes de cet accident sont variables suivant les espèces admises ; il faut reconnaître :

1° Le spasme des muscles qui se fixent à la langue, et qui tendent à la tirer en arrière quand les génio-glosses sont coupés. On a pensé que cette rétraction était due aux glosso-staphylins et aux pharyngo-staphylins, puis aux stylo-glosses. Je crois qu'en général ces muscles sont beaucoup trop faibles pour cela. Il suffit de répéter l'opération à l'amphithéâtre et d'examiner les muscles sacrifiés et ceux qui restent pour attribuer une part beaucoup plus large aux digastriques, aux hyoglosses, puis aux changements survenus dans la suspension et la fixité de l'os hyoïde.

2° Le pansement peut y contribuer ; aussi depuis bien longtemps est-il de règle de ne pas rapprocher trop exactement les deux moignons de la mâchoire quand la perte de substance est trop considérable. Nous avons récemment encore entendu M. Malgaigne insister avec soin dans son cours sur ce précepte. Mais on ne doit pas considérer le rapprochement en question comme la seule cause de la rétraction qui nous occupe. Lisfranc s'explique assez longuement sur ce point.

3° Une cause qui a passé inaperçue (et je suis heureux de me rencontrer en communauté d'idée avec notre excellent collègue M. Michon), c'est l'influence de l'attitude du malade et de la pesanteur de la langue. Dans le décubitus dorsal trop horizontal, et lorsque les attaches antérieures de la langue ont été sacrifiées, cet organe tend naturellement à tomber en arrière et à s'appliquer contre la paroi postérieure du pharynx ; l'inspiration peut favoriser l'occlusion des voies aériennes, la langue rétractée faisant l'office d'une valvule mobile.

Le mécanisme de la rétraction lente est différent, et M. Bégin me semble l'avoir presque complétement élucidé. Il me paraît résulter surtout de l'action lente des muscles enflammés qui s'insèrent à l'os hyoïde et le font basculer, comme cela est évident dans l'autopsie qu'il a publiée. J'insiste surtout sur le rôle que doivent jouer les deux chefs postérieurs du digastrique, qu figurent ensemble une sangle fibro-musculaire embrassant dans sa concavité l'os hyoïde et tendant à l'appliquer contre la colonne vertébrale. Les constricteurs moyens du pharynx doivent aider aussi le mouvement de bascule de l'os hyoïde. Dans ces cas, la dénomination de rétraction de la langue serait peu convenable.

Quelque rare que soit l'accident qui nous occupe, et quoiqu'il soit difficile de le savoir, on doit s'en préoccuper sérieusement, et surtout longtemps, parce qu'il peut se manifester d'une manière beaucoup plus tardive que ne le pensait Delpech. D'ailleurs, il paraît quelquefois avoir été méconnu.

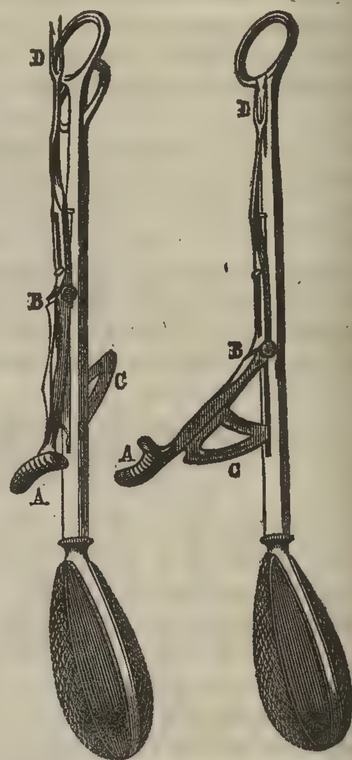
Le diagnostic n'en est pas difficile si l'on est bien au courant de la question ; mais le pronostic est grave, tant à cause de la tendance à la récidive que de la rapidité avec laquelle la mort peut survenir. On aurait d'ailleurs peu de ressources à opposer à la rétraction consécutive lente causée par les muscles hyoïdiens enflammés. Il est prudent de fixer la langue en avant pendant les premiers temps de l'opération ; mais il faut continuer la même précaution plus longtemps qu'on ne le dit généralement, et se tenir en garde contre la rétraction consécutive brusque ou lente.

Peut-être, dans certains cas, la trachéotomie serait indiquée. Cette ressource extrême a déjà été mise en usage par Lallemand (de Montpellier), dans un cas qui nous a été transmis par Delpech, mais par malheur avec une concision regrettable.

M. Fleury parle dans le même sens que M. Verneuil sur l'action physiologique des muscles dans la rétraction de la langue. Il pense que cet organe ne retombe en arrière que par le seul décubitus dorsal.

— M. B..., sur lequel l'artère sous-clavière a été liée il y a vingt-cinq ans environ, se soumet à l'examen des membres de la Société. L'artère axillaire fut primitivement lésée ; on y exerça d'abord une compression, puis on lia le vaisseau au-dessous de la clavicule. L'hémorrhagie ayant reparu, on lia la sous-clavière entre les scalènes. La ligature ne tomba qu'au bout de trente jours, mais l'écoulement sanguin fut arrêté. Aujourd'hui le pouls est revenu dans la radiale.

Après la première ligature survint une paralysie limitée aux parties animées par le nerf médian, et cet accident peut laisser croire qu'un faisceau nerveux a été compris dans la ligature.



— M. Richet fait voir à la Société un malade dont il a déjà été question dans une précédente séance, et qui porte toujours sans accident une canule particulière dans la trachée.

— M. Maisonneuve présente de la part de M. Lüer un amygdalotome dont on peut faire usage à l'aide d'une seule main. La figure ci-jointe donnera une idée suffisante de cet instrument. L'on accroche facilement l'amygdale à l'aide de la fourche D en poussant en avant le manche A. Il suffit ensuite de presser doucement sur le même manche pour le faire basculer, et ce système de bascule dégage en même temps le cercle tranchant de l'instrument. Cette manœuvre peut s'exécuter avec l'aide d'une seule main. L'amygdalotome de M. Lüer est renvoyé à l'examen de M. Lenoir.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société, E. Follin.

ÉLECTRICITÉ DES CHEVEUX.

Nous recevons de M. Maugin la lettre suivante, qui répond aux questions posées par M. Payen relativement à l'influence qu'aurait pu avoir la composition du peigne sur la production de l'électricité des cheveux :

Monsieur le Rédacteur,

Je ne croyais pas, lorsqu'il y a quelques jours je vous envoyais une petite note au sujet de l'électricité dégagée par les cheveux, faire jaillir autant d'étincelles. Je rapportais un fait presque isolé, sans grande importance apparente, et voilà qu'aussitôt chacun fouille dans ses souvenirs, compulse les auteurs et trouve des compagnons à mon jeune homme que je ne croyais pas si bien entouré.

Mais on ne s'est pas contenté de citer des expériences ou des observations, on a voulu donner des explications, *au moins provisoires*. Des noms recommandables ont cru que la manifestation du fluide était due à la matière du peigne.

Pour ma part, je ne le crois pas ; je ne chercherai pas à donner une autre explication, ce dont je me reconnais incapable ; je réparerai seulement un oubli que M. Payen a bien voulu signaler.

Le peigne dont je me suis servi était en corne, sans vernis et servait depuis environ deux ans. Plusieurs personnes l'ont passé dans leur chevelure à plusieurs reprises et n'ont jamais pu entendre la crépitation caractéristique que M. H... seul a produite. Il ne s'est du reste jamais servi de peigne en caoutchouc, et la matière de l'instrument ne lui a pas paru influer notablement sur l'intensité du phénomène.

Agréez, etc. A.-P. Maugin.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du 13 février, M. le docteur Fevez, professeur adjoint à l'Ecole préparatoire d'Amiens, a été nommé professeur titulaire d'histoire naturelle et de matière médicale à ladite école, en remplacement de M. Rigollot, décédé.

— L'agglomération des troupes réunies à Lyon et à Sathonay, près de cette ville, a provoqué la création à l'hospice de la Charité de salles affectées aux militaires. 120 malades ont déjà pris possession d'une partie des locaux désignés ; le service médical a été confié à M. le docteur Rambaud, médecin suppléant de l'Hôtel-Dieu.

— Un concours pour la nomination d'un médecin des hospices de Saint-Etienne aura lieu à Lyon le 7 mai, le même jour que le concours des médecins de l'Hôtel-Dieu de cette ville.

— Jeudi dernier a eu lieu, dans le grand amphithéâtre de l'hospice de Tours, la distribution des prix accordés aux élèves de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie pour les travaux scolaires de l'année 1853-1854.

Après un discours de M. Guérin, inspecteur de l'Académie, et une allocution de M. Herpin, directeur de l'école, M. Allain-Dupré, professeur secrétaire, a proclamé les noms des lauréats dans l'ordre suivant :

Elèves de 4e année. — Rappel de médaille de vermeil à M. Remoneau.
Elèves de 3e année. — Médaille de vermeil à M. Sandras ;
Mention honorable à M. Marchand.
Elèves de 2e année. — Médaille d'argent à M. Chaumier ;
Mention honorable à M. Larthe.
Elèves de 1re année. — Médaille de bronze à M. Bodin ;
Mention honorable à M. Bezard.
Pharmacie. — Rappel de médaille de bronze à M. Penilleau.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

(1) Par MM. Bégin et H. Larrey, rapporteur. *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, t. XVI.

(2) H. Larrey. *Histoire chirurgicale du siége de la citadelle d'Anvers*, 1833.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 21 FÉVRIER 1855.

Séance de l'Académie de Médecine.

La séance d'aujourd'hui a eu son côté sérieux et son côté plaisant. M. Piorry, prenant très au sérieux la très sérieuse réfutation de M. Bousquet, y a répondu, nous le proclamons avec plaisir, en très bons termes, et non sans une certaine force d'argumentation. Mais, ainsi qu'il arrive pour tous les hommes systématiques qui poussent à outrance les conséquences de leur principe, plus leur argumentation est rigoureuse, plus ils se montrent inflexibles dans leur logique, et plus ils mettent en relief le côté faible ou l'exagération de leurs doctrines. M. Piorry n'a pu échapper à cette loi fatale; et aujourd'hui, comme toutes les fois que nous avons eu l'occasion de l'entendre développer ses théories, nous avons eu le regret d'être obligé de nous séparer de lui et de déplorer qu'un esprit aussi observateur, servi par un zèle aussi sincère pour la science et par une aussi merveilleuse activité, se plaçât, ainsi que l'a dit avec raison M. Bousquet, dans un aussi complet isolement.

M. Piorry a pu croire un instant qu'il allait trouver un auxiliaire dans M. Gerdy; mais il n'a pas dû tarder à être désabusé. M. Gerdy a défendu, en effet, en principe sinon en fait, la nomenclature de son collègue. Il a du moins encouragé ses efforts, s'il ne lui a donné son entière adhésion. Mais là s'est borné le secours qu'il lui a apporté. Sur le point de vue doctrinal, M. Gerdy s'en est complétement séparé, et s'il ne s'est pas rangé tout à fait du côté de son antagoniste, où les tendances de son esprit semblaient l'attirer davantage, c'est qu'il a mieux aimé se poser en conciliateur.

Sans doute il serait vivement à désirer de voir mettre un terme à ces dissentiments des diverses écoles, et nous aurions applaudi sans réserve, comme quelques-uns l'ont fait, aux sympathiques paroles de M. Piorry, lorsqu'il s'est écrié qu'il n'y avait ni école de Paris, ni école de Montpellier, mais une seule école, aux progrès de laquelle chacun devait s'efforcer de concourir dans la limite de ses forces et de son intelligence. Mais c'est là un vœu plus aisé à formuler qu'à réaliser. Rien ne peut empêcher qu'en se plaçant à des points de vue si différents, et partant de principes aussi contraires que ceux qui séparent M. Piorry des représentants de l'École de Montpellier, il ne subsiste une dissidence profonde entre les déductions théoriques et les applications pratiques qui en découlent. Pourquoi donc la nier? Mieux n'est-il pas, en rendant également justice aux efforts de tous, de prémunir les uns et les autres contre les exagérations où peuvent conduire les conséquences d'un système trop exclusif, et de s'efforcer à l'avenir de tenir compte de tous les faits et de tous les points de vue sous lesquels ils peuvent être envisagés. Nous ne pouvons à cet égard que nous rallier entièrement à l'esprit de conciliation dont M. Gerdy s'est fait l'interprète.

Ces sages paroles ont semblé porter immédiatement leur fruit. Comme entraîné par ce souffle de paix qui venait de s'élever de la tribune, M. Piorry s'est précipité vers M. Bousquet, dont il a chaleureusement serré la main en signe de réconciliation. Cette scène, qui empruntait au jour où nous sommes un peu de ce caractère d'épanchement joyeux tout de circonstance, a produit une explosion d'hilarité qui a empêché d'entendre la voix du président prononcer la formule obligée de la clôture de la séance.

Au milieu de tout cela il n'a pas été dit un mot de la variole. Mais M. Bousquet ayant retenu la parole pour la séance prochaine, il y a tout lieu de croire que la discussion prendra un cours nouveau. Nous la suivrons, s'il y a lieu, avec tout l'intérêt qu'elle mérite. — Dr Brochin.

HOPITAL SAINTE-EUGÉNIE. — M. Barthez.

Pleurésie purulente chez un enfant de six ans. — Thoracentèse. — Reproduction de l'épanchement avec pneumothorax. — Opération de l'empyème. — Guérison en trois mois.

M. Barthez a pratiqué il y a quelque temps, chez un enfant de six ans, l'opération de l'empyème pour un cas de pleurésie purulente. Après une première thoracentèse qui n'a produit qu'un soulagement momentané, et qui a été suivie au bout de quelques jours de la reproduction du liquide purulent et des accidents qui lui sont consécutifs, il a dû recourir à l'opération de l'empyème; et cette fois la guérison a été définitive et durable. L'observation de ce petit malade a été communiquée par M. Barthez à la Société médicale des hôpitaux. Elle est trop intéressante pour que nous ne la reproduisions pas dans tous ses détails.

Le petit N... P..., âgé de six ans, enfant d'une constitution assez robuste et habituellement d'une bonne santé, entra le 29 mai 1854 à l'hôpital Sainte-Eugénie, dans le service de M. Barthez.

La date du début de la maladie qui l'amène à l'hôpital remonte à quatre jours.

Le 25 mai il ressentit dans la journée un frisson violent accompagné d'une sensation de froid intense et de douleurs de ventre. Le soir il eut beaucoup de fièvre, et le lendemain il fut pris de diarrhée, d'une vive douleur au côté gauche, et commença à tousser, mais sans expectoration.

Le 30, à la visite du matin, le malade est dans le décubitus dorsal; il a la figure animée, la peau chaude, le pouls petit et serré, à 120.

La pression, exercée même légèrement sur le côté gauche du thorax, occasionne une assez vive douleur, ce qui n'a pas lieu à droite. La respiration est courte et fréquente.

La percussion donne un son normal du côté droit. En arrière et à gauche existe de la matité dans la moitié inférieure de la poitrine. La percussion donne le même résultat à la partie antérieure.

La respiration est normale à droite. A gauche et en arrière on entend dans la moitié supérieure de la respiration bronchique; à la base, dans la partie occupée par la matité, le bruit respiratoire est très faible. Egophonie très marquée.

Le côté malade ne semble pas dilaté; les espaces intercostaux n'offrent rien de particulier.

Les vibrations que la parole imprime aux parois thoraciques sont moins sensibles à gauche que du côté sain.

M. Barthez diagnostique une pleurésie gauche avec épanchement. — Saignée de 150 grammes, 5 centigrammes d'émétique et diète.

Le lendemain, le malade est à peu près dans le même état. La matité a un peu remonté en arrière. Dans les trois quarts inférieurs en arrière, le bruit respiratoire ne peut être perçu. — Nouvelle saignée de 100 grammes; émétique, 5 centigrammes.

Les jours suivants la maladie fait de nouveaux progrès.

Le bruit respiratoire manque complétement dans toute la hauteur, à gauche et en arrière. La matité de ce côté est absolue. Cependant le cœur ne semble pas déplacé, les battements se perçoivent, à la palpation et à l'auscultation, à leur place ordinaire.

Le 4 juin, la matité présente quelques modifications.

Absolue dans toute la hauteur en avant, à la base seulement en arrière, elle offre de ce côté, à la partie supérieure, une résonnance singulière, qui est bien de la matité, mais avec un timbre particulier, creux pour ainsi dire. Cette sonorité persiste pendant quelques jours, puis la matité redevient absolue.

L'épanchement continue à augmenter. Le 7 juin la matité est absolue dans tout le côté gauche. Le bruit respiratoire ne s'entend nulle part. A droite, au contraire, la percussion et l'auscultation ne donnent rien de remarquable. Les battements du cœur ne sont plus sentis à leur place ordinaire, on ne les perçoit que dans le creux épigastrique. La matité s'étend jusqu'au bord droit du sternum.

Jusqu'au 11 juin, les symptômes augmentent d'intensité; le malade s'affaiblit notablement; les nuits se passent sans sommeil; la respiration est d'une difficulté extrême; la figure est pâle, amaigrie; des sueurs fréquentes et abondantes épuisent le malade; il tombe assez souvent dans un assoupissement profond dont on ne le fait sortir qu'avec peine; l'amaigrissement est extrême. Le pouls a augmenté de fréquence, 130; il est devenu beaucoup plus faible, tremblotant.

La matité existe toujours absolue dans tout le côté gauche, s'étendant jusqu'au bord droit du sternum.

VOYAGE MÉDICAL EN ORIENT.

IV.

La médecine peut s'enorgueillir à juste titre de quelques-uns de ses représentants en Orient. Mais à côté de ces hommes d'un mérite supérieur, il en est malheureusement beaucoup d'autres qui font le métier de guérisseurs sans y avoir été préparés autrement que par les traditions d'une routine vulgaire. Toute la science de ces empiriques consiste à répéter plus ou moins fidèlement quelque formule banale empruntée au vocabulaire des hôpitaux où ils n'ont rempli souvent que les fonctions les plus humbles.

C'est le merle sifflant un air qu'il a entendu.

A quoi serviraient d'ailleurs des médecins capables et instruits chez des nations qui encore aujourd'hui montrent plus d'estime pour les sorciers et les devins, que pour les disciples d'Hippocrate? En effet, bien que la Vulgate, l'Evangile et le Coran condamnent la magie, les enchantements, les sortiléges, comme autant d'outrages à Dieu, cependant les juifs, les chrétiens et les mahométans qui habitent la Turquie recourent volontiers à l'art de la divination pour en obtenir des moyens de salut lorsqu'ils sont malades ou engagés dans quelque fâcheuse affaire.

On a de tout temps et en tout pays estimé les *astronomes* qui étudient la marche des astres, mais on a toujours mieux payé les *astrologues* qui les faisaient parler. Si les oracles réalisent rarement leurs promesses, ils remplissent du moins les temples d'offrandes et font la fortune des augures, des pontifes, qui ont ainsi intérêt à conserver et à épaissir les ténèbres de la crédulité populaire. Dans l'obscurité de la nuit, les guides sont plus nécessaires et mieux rétribués que pendant le jour; les voyageurs sont alors plus dociles, et il est plus aisé quand ils ne voient goutte de les conduire comme on le veut, et même de les égarer, pour peu qu'on y trouve quelque avantage.

Dans le temps où les bêtes parlaient, *et il n'y a pas de cela trois jours*, comme dit Rabelais, on a vu des rois et de grands capitaines consulter le foie d'un bœuf, les entrailles d'un bélier, le vol à droite ou à gauche des corbeaux, le dégoût ou l'appétit des poulets sacrés avant de se décider à quelque entreprise hasardeuse.

Nous rions de tant de naïveté; mais sommes-nous donc moins fous, nous qui habillons aujourd'hui la magie en doctrine savante? Si nous n'avons plus d'augures ni d'aruspices, ne consultons-nous pas les magnétiseurs, ne remplaçons-nous pas les possédés par les somnambules, n'interrogeons-nous pas les malades endormis pour guérir les malades éveillés? Mille prédictions se trouvent fausses, on s'en moque et on les oublie; mais que le hasard en vérifie une seule, elle reste gravée dans notre imagination et dans notre mémoire, la raison travaillerait vainement à l'en effacer.

On dirait, en vérité, que le bon sens ne pénètre dans notre esprit que par une étroite ouverture, tandis que la sottise conduite par la peur y entre par toutes les portes.

Les aberrations humaines ne meurent pas, seulement elles changent de forme, d'objet et de langage; les philosophes ont beau faire, l'on verra toujours renaître des papillons tant qu'il existera des chenilles.

La superstition, il est vrai, craint de se montrer au grand jour parmi nous, mais elle n'y est pas détruite; elle y est simplement passée à l'état de maladie honteuse. A présent, la mode veut que l'on nargue tout haut la crédulité publique, mais la nature s'en dédommage tout bas; et tel esprit fort dans un salon se sent défaillir et redevient faible dans l'antichambre d'une devineresse chez laquelle il s'est rendu incognito.

Les Orientaux du moins ne se masquent pas, ils professent ouvertement leur foi dans les moyens surnaturels de guérison. Une foule de légendes accréditées chez ces peuples candides y entretiennent la confiance dans les oracles et les opérations mystiques.

Il existe près de *Buyucdéré* une montagne fameuse au sommet de laquelle s'élève une mosquée qui de loin produit l'effet d'un phare placé à l'entrée de la mer Noire. Au voisinage de cette mosquée se trouve un énorme monolithe couché, qu'on dit être la tombe de Goliath. Cette montagne, qui, pour cela sans doute, se nomme le mont du Géant, est un lieu de pèlerinage fort en vogue parmi les femmes turques, dont aucune déception ne paraît attiédir la foi. Attirées là par la sainteté du lieu, celles qui sont venues intercéder pour un époux ou pour des enfants malades se livrent à des invocations ferventes au génie bienfaisant qui réside en cet endroit, et auquel, pour se le rendre propice, elles font l'hommage d'un petit morceau de chiffon blanc. Il n'y a pas une fente, pas une fissure de l'édifice qui ne soit incrustée de ces *ex-voto*; si bien qu'à distance cette mosquée ressemble à une monstrueuse guenille.

On ne cite, bien entendu, qu'un petit nombre de satisfactions accordées à ces mesquines offrandes. C'est par des largesses qu'on se rend agréable aux dieux.

Quand nous entendons parler de cloîtres, de couvents, de communautés religieuses, notre pensée se reporte aussitôt vers les glorieux souvenirs du premier âge des institutions monastiques. C'est que des poëtes, des artistes, des savants, des médecins illustres ont projeté de

En présence de ces symptômes alarmants, dont la gravité augmente chaque jour, MM. Barthez et Legendre décident de recourir à la thoracentèse.

Un trocart garni d'un cylindre de baudruche est enfoncé dans le septième espace intercostal, en dehors du bord externe du muscle grand dorsal. Il pénètre facilement, et l'on sent qu'il est arrivé dans une vaste cavité. On peut, sans rencontrer le poumon, l'enfoncer de toute sa longueur et le mouvoir en tous sens. Il ne s'écoule rien d'abord. Un stylet introduit dans la canule avec les précautions convenables fait sortir quelques gouttes de pus, mais une secousse de toux entraîne bientôt l'obstacle et détermine la sortie d'un litre de pus verdâtre, non grumeleux et sans fétidité.

Au fur et à mesure que le liquide s'écoule, la respiration s'entend du côté gauche, dans les deux tiers supérieurs. Un violent accès de toux accompagne l'évacuation du pus. Un morceau de diachylon et un pansement à plat sont appliqués sur la piqûre.

La sonorité est un peu revenue dans les trois quarts supérieurs du côté gauche, mais elle est peu considérable. Le cœur n'est pas revenu à sa place; on ne sent toujours ses battements qu'à l'épigastre. La respiration, quoique très faible à gauche, est facilement perçue. Pas de râle, pas de respiration bronchique, seulement un léger murmure vésiculaire.

Quelques jours de calme suivent l'opération; cependant les signes stéthoscopiques indiquent la reproduction de l'épanchement. La matité a reparu en arrière dans la moitié inférieure gauche, en avant jusqu'au mamelon. La respiration manque en arrière dans toute la partie inférieure. Les battements du cœur sont perçus maintenant vers le bord gauche du sternum. La petite plaie résultant de l'opération est complétement cicatrisée. — Purgatif avec jalap et gomme-gutte.

Le 15 juin, quatre jours après l'opération, l'oppression reparaît. La fièvre a été vive toute la nuit; le pouls est à 120; la peau est chaude et sèche. Les phénomènes stéthoscopiques n'ont pas changé, si ce n'est que cette espèce de matité creuse, signalée déjà avant l'opération, est revenue au sommet du poumon gauche.

Le lendemain, cette sorte de matité s'entend dans toute la hauteur en arrière; en avant, au contraire, la sonorité est plus considérable que du côté sain; en même temps existe dans tout le poumon gauche une respiration amphorique très marquée.

Le 17, les phénomènes signalés la veille augmentent d'intensité et ne peuvent plus laisser de doutes sur l'existence d'un pneumo-thorax. On perçoit pour la première fois, le 18 juin, le bruit de flot par la succussion du thorax. Pas de tintement métallique.

La respiration amphorique diminue d'intensité les jours suivants, et disparaît totalement le 20 juin, après avoir duré quatre jours. On ne perçoit plus dès lors aucun bruit respiratoire dans tout le côté gauche. En avant, la sonorité est toujours considérable. Quant à la succussion hippocratique, elle a persisté plus longtemps que la respiration amphorique et n'a disparu que le 22 juin, après avoir été assez marquée pour qu'on pût l'entendre à distance.

La diarrhée a persisté malgré tous les traitements qu'on lui a opposés; ni potion au tanin, ni lavements au ratanhia ou au nitrate d'argent n'ont pu même la modérer. Les forces du malade diminuent chaque jour, l'amaigrissement est extrême, l'appétit nul; les sueurs sont fréquentes et abondantes, la fièvre a reparu très vive, la respiration est redevenue presque aussi gênée que les premiers jours; tout fait craindre une issue funeste.

Le 24 juin, on s'aperçoit qu'il existe au côté gauche du thorax, à l'endroit de la piqûre faite par la thoracentèse, une petite tumeur rouge, fluctuante, se gonflant à l'inspiration, s'affaissant à l'expiration, non entièrement réductible et donnant par le toucher la sensation de gaz mêlé à du liquide.

L'amincissement, la rougeur des téguments annonçant que la tumeur ne tardera pas à s'ouvrir d'elle-même, MM. Barthez et Legendre décident de pratiquer au niveau de la tumeur l'opération de l'empyème. Une ouverture d'environ 4 centimètres est faite aux parois thoraciques. Il s'écoule 96 centilitres de pus verdâtre, bien lié, non fétide. Un accès de toux accompagne sa sortie. A mesure que le pus s'écoule, la respiration reparaît en arrière du côté malade. On injecte successivement par l'ouverture trois litres d'eau pour nettoyer le foyer purulent, puis une mèche est introduite dans la plaie.

Le lendemain (25 juin), le malade a moins de fièvre. La sonorité est un peu plus faible du côté malade; la respiration s'entend très bien en avant et en arrière, quoique plus faible que du côté sain. Deux litres d'eau tiède injectés dans la cavité pleurale font sortir une notable quantité de pus non fétide, mais rendu brunâtre par le mélange d'un peu de sang.

Pas de respiration amphorique, pas de bruit de flot par la succussion de la poitrine.

Tous les symptômes s'améliorent; la diarrhée seule continue. Elle s'arrête enfin le 4 juillet après vingt jours de durée.

Dans l'intervalle des pansements, on entend du côté malade le bruit respiratoire normal, mais un peu faible; la sonorité est un peu moindre que du côté sain; il n'y a pas d'air dans la cavité pleurale.

Quand on entr'ouvre la plaie, il s'écoule du pus non mélangé d'air. Quand on introduit la sonde de femme pour faciliter l'injection, on rencontre immédiatement le poumon, et il s'établit alors un mouvement alternatif coïncidant avec les mouvements respiratoires, par lequel l'air rentre et sort par l'ouverture. On entend alors par l'auscultation une respiration amphorique excessivement intense, et l'on trouve par la percussion de la sonorité exagérée.

Mais quand l'on retire la sonde, l'air, s'il en existait encore dans la cavité pleurale, sort et ne rentre plus. Il en est de même des liquides injectés. On a cherché à laisser dans la poitrine, pour modifier le foyer, de la teinture d'iode; elle était expulsée à l'expiration, et le lendemain il n'en restait pas traces dans le pus qui sortait non altéré ou coloré, si avec le doigt on cherchait à s'opposer à la sortie du liquide; le doigt retiré, le liquide s'échappait aussitôt.

Les symptômes stéthoscopiques n'ont plus rien offert de remarquable jusqu'à la guérison. La respiration s'entend très bien en avant et en arrière; le cœur est revenu à sa place; la sonorité est presque normale.

L'état général seul a présenté des alternatives en bien et en mal qui ont inspiré parfois des craintes très vives.

Les injections iodées ont d'abord été faites chaque jour, puis tous les deux jours, et enfin remplacées le 15 juillet par des injections au chlorure de chaux.

La quantité de pus évacué a d'abord été chaque jour de 100 grammes, puis elle a diminué peu à peu. Elle était de 75 grammes le 10 juillet, de 30 grammes le 15, puis elle devint insignifiante. Enfin le 25 août la plaie se ferme définitivement. En même temps l'état général s'améliore. Le 5 août le malade se lève sans trop de fatigue et reste chaque jour un peu plus longtemps levé. Une légère incurvation latérale gauche, qui s'était manifestée, disparaît peu à peu. Enfin l'enfant sort de l'hôpital le 21 septembre, parfaitement guéri.

M. Barthez, en présentant le petit malade à la Société des hôpitaux, a fait remarquer sa parfaite guérison, le retour de la respiration, l'aplatissement peu prononcé de la poitrine et le redressement déjà notable de la colonne vertébrale. Quant aux symptômes de pneumo-thorax qui sont survenus après la thoracentèse, et qui auraient pu être considérés comme le résultat même de cette opération pendant laquelle le poumon aurait été lésé, M. Barthez a fait remarquer qu'il s'était écoulé six jours entre la ponction et le moment où l'on a commencé à constater l'existence de l'air dans la poitrine. Il pense, avec son collègue M. Legendre, que ces phénomènes ont été le résultat du développement spontané de gaz dans la cavité thoracique.

UN MOT SUR L'AMPUTATION DU PÉNIS.

Par le Dr Barthélemy (de Saumur).

M. le docteur Parmantier, ex-interne des hôpitaux, a exposé dans ce journal (18 janvier 1855) un nouveau procédé d'amputation de la verge imaginé par M. le docteur Demarquay.

A ce propos, il parle des procédés assez nombreux et variés qui ont été proposés pour cette opération, et tout naturellement il cite celui que j'ai publié en 1829 dans le *Journal des sciences médicales*, et qui consiste à placer une sonde de gomme élastique dans la verge avant d'en opérer la section. Mais, vers la fin de son article, M. Parmantier propose le rejet de mon procédé, parce que, à son avis, la section de la sonde peut présenter une certaine difficulté et arrêter le bistouri, et, en outre, parce que le bout de sonde laissé dans l'urètre, au lieu d'être chassé spontanément par la vessie hors du canal, pourrait rester dans la poche urinaire.

Il y a longtemps que ces mêmes appréhensions avaient été exprimées par un illustre chirurgien, dont l'autorité était pour mon procédé assurément fort redoutable.

En effet, M. le professeur Velpeau avait dit dans ses *Nouveaux éléments de médecine opératoire* : « Quelques personnes ayant prétendu qu'il est parfois difficile de retrouver l'orifice du canal de » l'urètre au fond de la plaie, un jeune chirurgien (c'était vrai, il » y a vingt ans), M. Barthélemy (de Saumur), a imaginé de placer » la sonde avant de commencer l'opération et de la trancher en » même temps que le pénis, afin qu'elle se trouve ainsi tout naturellement coupée du même trait. C'est une modification que l'on » pourrait adopter ou rejeter à peu près indifféremment si elle » n'exposait pas à voir la portion postérieure de la sonde s'échapper dans la vessie, et si la section de cet instrument ne rendait » pas un peu plus difficile celle de la verge, etc., etc. »

J'aurais pu demander à l'honorable M. Velpeau, comme je le demande aujourd'hui à M. Parmantier. D'où vous viennent ces craintes? Avez-vous le moindre fait qui vous autorise à les exprimer?

Vous oubliez, je le vois, que dans mon procédé je recommande expressément :

1° De faire arcbouter le bout de la sonde qui est dans la vessie contre la paroi postérieure de cet organe, de telle sorte qu'elle ait de la tendance, quand on la laissera libre, à être repoussée au dehors par la réaction élastique de cette même paroi;

2° De faire maintenir la sonde immobile au dehors par la main d'un aide qui, avec le pouce et l'index de sa main gauche, pressera les tissus sur elle, tout près du pubis;

3° Et, pour faciliter la section de cette sonde, de la plonger dans de l'eau bien chaude au moment de l'introduire dans la vessie.

Mais comme M. Velpeau aurait pu me dire que je n'opposais à ses hypothèses en mal que des hypothèses en bien, je me réfugiai de suite dans l'autorité des faits, et je racontai au célèbre professeur le fait suivant, que je livre aujourd'hui aux méditations de M. Parmantier.

« M. Poirson, chirurgien en chef de l'hôpital militaire du Gros-» Caillou, avait il y a quelque temps dans son service une verge à » amputer. Il désira opérer d'après mon nouveau procédé. Je fis » faire une sonde bien moelleuse, bien flexible, et ayant quelques » pouces de longueur de plus que les sondes ordinaires. Au moment de l'opération je l'introduisis dans la vessie du malade, et » la poussai jusqu'à ce que je me sentisse arrêté par un point résistant. Ceci fait, je saisis avec le pouce et l'index de ma main » gauche la verge et la sonde qu'elle contenait tout près du pubis; » ma main droite servit à maintenir immobile le bout libre de la » sonde. Alors M. Poirson, armé d'un petit couteau à amputation, » abattit d'un seul coup verge et sonde, en faisant agir vivement » son instrument de la base à la pointe. Il me dit aussitôt que la » difficulté que la sonde lui avait offerte dans le moment de la section était si petite qu'elle ne valait pas la peine qu'on y fît attention.

» La sonde apparut alors au centre de la plaie, dépassant d'environ une ligne les tissus qui s'étaient rétractés. Il m'eût été » facile de la saisir; mais, comme je tenais à vérifier toutes mes » prévisions, j'annonçai aux assistants que j'allais laisser la sonde » libre; je la lâchai en effet, et tout le monde put la voir saillir » hors de la plaie de plus d'un pouce....

» Je m'en emparai et, suivant le désir de M. Poirson, je l'inclinai tantôt à droite, tantôt à gauche, pour faciliter la recherche » et la ligature des artères. »

Dans la crainte que ce fait très concluant, ce me semble, ne suffit pas pour porter la conviction dans l'esprit de M. Velpeau, je

---

l'enceinte de ces solitudes de brillants éclats sur le monde entier. Les moines qui peuplent aujourd'hui les nombreux couvents des pays chrétiens de l'Orient ne se distinguent plus au contraire que par une ignorance incroyable; ils savent à peine lire et écrire. Presque tous sont des paysans que leurs parents ont conduits au cloître, non pour y faire leur salut, mais pour y vivre. Pour eux, la profession monacale est un état; c'est du pain, c'est la quiétude somnolente de l'homme qui n'a point à pourvoir aux embarras du lendemain. Qu'il y a loin de ces êtres étiolés aux savants bénédictins, aux frères hospitaliers, qui ont laissé après eux tant de précieuses découvertes et de si mémorables exemples de charité et d'abnégation!

Les mahométans ont, comme les chrétiens orthodoxes de Turquie, leurs ordres religieux. Le plus nombreux est celui des *dervich*.

Le dervich n'est pas un moine proprement dit, du moins quant à la discipline et au genre de vie; c'est un personnage hypocrite et vaniteux, qui feint avec ostentation d'être le plus vertueux d'entre les croyants. Dans les rues de Constantinople et de Scutari, où il abonde, on le reconnaît à sa longue houppelande en drap grossier de couleur jaunâtre; sa coiffure, qui est le signe distinctif de sa condition, consiste en un bonnet de laine feutrée ayant exactement la forme d'un pot à fleurs renversé sur la tête. Rien de plus grotesque et de plus incommode surtout que ce singulier bonnet.

Certes il n'est pas au monde un peuple civilisé qui ne puisse s'attribuer une découverte plus ou moins utile. Comment se fait-il donc qu'avec cet esprit inventif l'homme n'a pas encore imaginé une coiffure ayant le sens commun? Il semble vraiment que dans leur manière de se coiffer, comme en toutes choses d'ailleurs, les peuples d'Orient s'appliquent à faire juste le contraire de ce que nous faisons, et cela bien plus par esprit de contradiction peut-être, que par convenance climatérique. Ainsi, nous portons des vêtements courts et serrés, ils les portent longs et amples; nous laissons croître nos cheveux et rasons notre barbe, ils laissent croître leur barbe et rasent leurs cheveux. Chez nous, se découvrir est une marque de respect, chez eux une tête nue est un signe de folie. Nous saluons inclinés, ils saluent droits; nous passons la vie debout, eux la passent assis; nous écrivons de gauche à droite, eux de droite à gauche. N'est-ce point un fait remarquable que cette diversité d'habitudes entre hommes ayant le même berceau?

Je reviens aux dervich pour faire connaître certains procédés thérapeutiques qui leur sont familiers.

Il y a deux classes de dervich : les tourneurs et les hurleurs. Les premiers se réunissent le mardi et le vendredi de chaque semaine dans une vaste salle destinée à leurs exercices. A un signal donné, ils entonnent tous, sur un ton nasillard, des chants dont la cadence se rapproche assez de celle de notre valse. Le mouvement rotatoire qu'ils exécutent d'abord posément ne tarde pas à s'animer au point de donner le vertige aux spectateurs. Pendant ces évolutions frénétiques, qui se prolongent des heures entières, chaque tourneur appelle sur lui, avec la main gauche élevée au-dessus de sa tête, les grâces du ciel, qu'il dissémine de la main droite sur le plancher, à l'intention des pécheurs et des malades qui ont recours à son ministère.

Je n'ai vu nulle part rien de semblable, si ce n'est dans le préau des maisons d'aliénés.

Un autre spectacle bien plus étrange encore m'était réservé; c'est celui que donnent les dervich hurleurs, principalement ceux de Scutari. La mise en scène, toutefois, est la même partout.

Un groupe de chanteurs placé sur une estrade anime peu à peu par des mélodies bruyantes les dervich rangés en cercle et se tenant tous par les mains. Après une ronde de quelques minutes, les hurleurs se séparent et s'accroupissent les uns à côté des autres. Alors commence, sur un ton monotone, puis avec rage, une invocation qu'on croirait adressée au démon bien plutôt qu'à Dieu. Cette invocation consiste en un seul mot, *Allah*, que chaque hurleur prononce en inclinant la tête sur l'épaule gauche, et les syllabes *lah*, *lah* en la reportant sur l'épaule droite. Ces mouvements, d'abord lents et mesurés, s'accélèrent progressivement. De temps en temps le chef de la bande frappe le plancher du plat de ses mains pour exciter la ferveur chez ses voisins et marquer le rhythme de la manœuvre. Bientôt l'exaltation devient générale; elle est telle que tous ces forcenés paraissent en proie à un délire des plus violents. La figure se couvre de sueur, l'œil s'injecte et brille de toutes les inspirations de la fureur, la voix prend un timbre sépulcral entrecoupé de rugissements; les mains se tordent et les genoux s'agitent dans d'affreuses convulsions; des sanglots annoncent le paroxysme le plus élevé de la crise, qui s'éteint ensuite rapidement dans la suffocation et l'anéantissement.

Cette représentation dure, en moyenne, deux heures. Je ne sais comment les malheureux acteurs peuvent y suffire. Les plus fervents tiennent à honneur de se distinguer des tièdes en se lardant le corps et les membres de coups de stylet. Ce n'est qu'à cette condition qu'ils sont, aux yeux du malade, investis du don de le guérir.

Après la séance que je viens d'esquisser commencèrent les consultations. Je vis sortir d'un cabinet voisin un vieillard à barbe blanche, au regard noble et bienveillant, au front large où la sagesse semblait avoir gravé ses maximes. Un enfant de quinze mois souffrant des coliques de la dentition fut placé à terre devant lui. Après quelques paro-

lui citai deux lettres que je devais à l'obligeance de deux chirurgiens distingués, MM. Guersant fils et Bédor (de Troyes). Ces honorables confrères me disaient qu'ils venaient de mettre en usage mon procédé d'amputation du pénis, et que la sonde préalablement introduite dans la vessie était ressortie d'elle-même après la section.

Les choses en restèrent là, et j'ai dû, depuis une quinzaine d'années, considérer mon procès comme parfaitement gagné.

— Si M. le docteur Parmantier avait pris connaissance de ces faits, je crois qu'il aurait été de mon avis, et qu'il se serait abstenu, pour rejeter mon procédé, de s'appuyer sur un argument suranné et que j'avais déjà détruit, l'expérience à la main.

Je me permettrai également de faire observer à notre confrère que c'est à tort qu'il attribue à M. Velpeau l'idée d'unir par la suture la muqueuse urétrale à la peau après l'opération. Cette heureuse modification, que d'autres ont aussi mal à propos attribuée à M. Ricord, est sortie, bel et bien, du cerveau de M. Galenzowsky (de Vilna), professeur à Mexico; c'est en 1837 qu'il l'a proposée.

Quant au procédé de M. le docteur Demarquay, qui a avec la modification Galenzowsky un certain air de famille, je dirai qu'il a été appliqué avec infiniment d'à-propos au cas particulier qui s'est offert à cet habile chirurgien. Qu'il ait enlevé les corps caverneux qui se trouvaient complétement envahis par le cancer, rien de mieux; mais que ce temps hardi de l'opération devienne, comme le veut M. Parmantier, une règle dans toute amputation du pénis, j'avoue que tel ne serait point mon avis. Ce n'est pas une petite affaire que d'aller détacher de la face interne des ischions les corps caverneux. L'artère caverneuse et le tronc même de la honteuse interne, qui touche, comme on sait, à la naissance de chacun de ces corps, doivent faire redouter des hémorrhagies qu'il serait parfois bien difficile d'arrêter.

J'aime mieux cette petite portion de canal de l'urètre que l'on isole, que l'on fend et que l'on fixe par quelques points de suture aux parties latérales de l'incision première.

Et cependant, malgré ce perfectionnement, je ne pense pas que l'ingénieux procédé de M. Demarquay doive être adopté comme procédé ordinaire, mais réservé, au contraire, pour certains cas particuliers. La multiplicité des sections et dissections qu'il entraîne le tendra toujours d'une exécution difficile.

A mon avis, ce qu'il y a de mieux à faire pour l'amputation du pénis, c'est d'abord d'engager les malheureux qui ont un cancer évident de la verge à ne pas trop attendre, pour qu'en arrière du carcinome, qui commence à peu près constamment par le gland et le prépuce, on ait une assez longue portion de pénis pour opérer aisément; ensuite, et quand on procédera à la section du membre viril, de le faire tendre uniformément par un aide, en ayant bien soin de ne point opérer sur le gland de tractions trop fortes; car c'est en agissant ainsi que l'on provoque dans les tissus restants une rétraction très prononcée, et sur la muqueuse urétrale, qui n'est attachée à l'enveloppe fibreuse de la partie spongieuse de l'urètre que par un tissu cellulaire très lâche, que l'on provoque, dis-je, une espèce de froncement analogue à celui des tuniques artérielles dans les cas d'arrachement des membres; phénomène qui, pour le dire en passant, explique la possibilité aujourd'hui non contestée de la perte absolue du conduit urinaire après sa section.

Un petit couteau à amputation que l'on promènera vivement de la base à la pointe, sera, suivant moi, préférable aux bistouris, qui n'ont, en général, pas assez de longueur pour cette opération.

Quant à la question de savoir si l'on devra préalablement introduire une sonde en gomme élastique dans le canal, je dirais presque, avec M. Velpeau, qu'elle est indifférente, à moins que l'on ne coupe la verge très près du pubis. Je ferai remarquer néanmoins que la présence de cette sonde, qui est sans nul inconvénient, a l'avantage de montrer de suite où est le canal que l'on vient de couper, et de faciliter la recherche et la ligature ou la torsion des artères, et surtout l'application de la modification Galenzowsky, qui est le *complément indispensable* du procédé ordinaire et bien simple que je viens de décrire.

Si, pour réunir la muqueuse urétrale à la peau, il devenait trop difficile de se servir de quelques points de suture, ne pourrait-on faire ici une application avantageuse des serres-fines de M. Vidal (de Cassis)? C'est une question que je soumets aux chirurgiens habiles.

NAISSANCE D'UN FOETUS AYANT DEUX TÊTES.

Par M. KENNARD.

Le 15 mai, à six heures du matin, M. Kennard fut appelé auprès d'Elis. Palmer, en travail de son troisième enfant depuis trois jours.

La sage-femme ne lui avait été d'aucun secours. Les membranes n'étaient pas rompues et la tête se présentait. Comme elles étaient très épaisses, il passa aussi vite que possible la main gauche dans le vagin, et, trouvant le col de l'utérus très dilaté, il les rompit, et, saisissant le pied du fœtus sans la moindre difficulté, il l'amena au dehors. Il attendit quelques minutes le retour des douleurs, et alors il amena avec beaucoup de peine les fesses et la jambe gauche et les trois quarts environ du corps. Il éprouva alors beaucoup de difficulté pour aller plus loin, ce qui lui fit croire qu'il avait affaire à une tête très grosse. Il fut obligé d'employer une force considérable; les mains et les bras étant placés de chaque côté de la tête, qui remplissait la cavité pelvienne, il ne lui était pas possible d'élever assez haut la main pour abaisser les bras. Il fut donc forcé d'employer le crochet mousse, au moyen duquel il réussit à abaisser les bras. Il passa alors le doigt afin de sentir l'occiput, lorsqu'il reconnut que le fœtus avait deux cous.

N'étant pas capable d'employer une force suffisante pour amener la tête, il introduisit de nouveau le crochet mousse entre les deux cous, et en persévérant il introduisit le doigt indicateur de la main gauche dans la bouche gauche, et avec beaucoup de peine il dégagea les deux têtes, qui étaient grosses et de parfaite conformation.

Le fœtus était vivant au commencement de l'opération; mais pendant le temps de la délivrance, qui dura près de deux heures, et à cause de la compression du cordon ombilical, il était mort lorsque les deux têtes furent expulsées.

(*Assoc. med. journ.* et *Gazette médicale.*)

PRÉPARATION HÉMOSTATIQUE NOUVELLE.

La forme liquide nuit à l'action hémostatique des substances médicamenteuses. L'eau de Pagliari elle-même, qui coagule immédiatement et complétement le sang contenu dans un vase, n'agit pas tout à fait de même à la surface d'une plaie où le sang afflue à chaque instant et entraîne le caillot formé. Cet inconvénient, le médicament proposé par le pharmacien de Rome le doit à sa forme liquide, et la compression seule peut y remédier.

M. Hannon a été amené, par des expériences faites sur du sang d'animaux, à reconnaître au composé suivant des propriétés hémostatiques plus puissantes encore que celles de l'eau de Pagliari:

Acide benzoïque.	1 partie.
Sulfate d'alumine et de potasse. . .	3 —
Ergotine de Bonjean.	3 —
Eau.	25 —

Mêlez.

On fait bouillir le tout pendant trente minutes dans une capsule de porcelaine, en agitant sans cesse la masse et en remplaçant sans cesse l'eau évaporée par de l'eau chaude. Cette solution est plus foncée que l'eau de Pagliari; sa saveur est légèrement stiptique, son odeur faiblement aromatique. Si on l'évapore jusqu'à consistance d'extrait, en ayant bien soin d'agiter continuellement la masse pour que l'acide benzoïque ne se sépare pas du produit, elle présente une coloration brun chocolat; sa saveur est fortement astringente; elle a une odeur d'ergotine.

Cet extrait serait, d'après l'auteur, l'hémostatique le plus énergique connu jusqu'à ce jour, soit qu'on l'applique sur la plaie siége de l'hémorrhagie, soit qu'on l'administre à l'intérieur.

Pour l'emploi externe, on étend une couche plus ou moins épaisse de la pâte ou extrait hémostatique sur le siége même de l'hémorrhagie. S'agit-il d'administrer la préparation hémostatique à l'intérieur, comme M. Hannon l'a fait avec de bons résultats dans des cas d'hémoptysie, il n'est pas nécessaire de faire bouillir les trois substances afin d'opérer un mélange plus homogène; il suffit de prescrire les pilules suivantes:

Acide benzoïque.	1 gramme.
Alun pulvérisé. . . . . . . }	āā 3 —
Ergotine de Bonjean. . . . }	

M. f. s. a. 16 pilules.

A prendre une pilule toutes les deux heures.

(*Presse médicale belge.*)

TRAITEMENT DE L'INCONTINENCE D'URINE NOCTURNE chez les enfants.

M. le docteur Blaschko de Freyenwalde assure avoir toujours triomphé de cette infirmité par l'emploi d'un mélange à parties égales de *tinctura nucis vomicæ* et de *tinctura ferri acetici*, dont on fait prendre deux fois tous les soirs de 10 à 13 gouttes. Dans un cas qui se montra rebelle à toutes les médications, il eut recours avec succès à un appareil à rotation dont le conducteur, un mince fil de cuivre, fut introduit dans le méat urinaire.

M. le docteur Hüber (de Zurich) a recommandé contre cette infirmité un mélange de:

Extract. nucis vomic.	1 p.
Oxydi ferri nigri.	48 p.

Faites 24 pilules de 2 grains chacune; à prendre une pilule le matin et une le soir.

Nægele a recommandé le tanin, à la dose d'un grain matin et soir. (*Geneeskund. Cour.*)

DANGER DE CONSERVER LE TABAC dans des boîtes de plomb.

Les *Annales d'hygiène* viennent d'appeler l'attention sur le danger qu'il peut y avoir à conserver le tabac en poudre dans les boîtes de plomb, ainsi que c'est encore assez généralement l'usage. Il a été reconnu que le tabac à priser légèrement humide peut oxyder le plomb et le convertir en sel soluble; le tabac se recouvre dans ce cas d'un produit lamelleux, qui a été trouvé être un mélange d'acétate, de carbonate, de chlorhydrate et de sulfate plombique, dont la quantité varie pour une demi-livre de tabac de 6 à 30 grains. Aussi l'administration des tabacs a-t-elle substitué aux enveloppes de plomb des feuilles d'étain.

On peut reconnaître la présence du plomb dans le tabac en en incinérant une partie, traitant le résidu par l'acide nitrique faible à l'aide de la chaleur, filtrant et faisant évaporer pour chasser l'excès d'acide, traitant de nouveau par l'eau, filtrant et soumettant la liqueur à l'action des réactifs. L'iodure et le chromate potassiques précipitent les sels de plomb en jaune (iodure et chromate plombiques), le sulfate de soude et l'oxalate de potasse les précipitent en blanc (sulfate et oxalate plombiques), et l'acide sulfhydrique en noir (sulfure de plomb).

---

les cabalistiques, ce vénérable thaumaturge piétina le ventre du marmot sans que la pauvre victime de cette brutale opération laissât échapper un cri de douleur ou d'effroi.

Malgré le caractère sacré qu'ils s'attribuent, malgré les apparences de sainteté dont ils se revêtent, les dervich ne jouissent pas cependant d'une estime générale parmi leurs coreligionnaires. Les Turcs de la classe élevée les méprisent comme des jongleurs vivant aux dépens des dupes qui les écoutent et les rétribuent.

Un de nos collègues, M. S..., allant un jour de Galata à Scutari, fit la rencontre d'un caïque chargé de dervich, dont l'un jouait du violon à rompre son archet. Comme M. S... manifestait quelque surprise de voir ce personnage déroger ainsi à la gravité de son caractère:

— Hé, hé, major, lui dit le musicien, vous êtes étonné, n'est-ce pas, qu'on se donne un peu de bon temps par ici pendant que les camarades battent la semelle devant Bastopol?

— Mais qui êtes-vous donc? lui répondit M. S....

— Je suis un ancien zéphir; j'ai déserté de mon bataillon à Alger. Allez, ce sont de bons enfants que ces messieurs-là.

— Que faites-vous au milieu d'eux?

— Vous le voyez, on se divertit; de temps à autre, on se rafraîchit d'un petit coup de *mastic*; avec ça le pain ne me manque pas, ni le vêtement non plus. Ce que c'est pourtant que la vocation!

Je ne prétends certes pas que tous les dervich sortent des zéphirs; mais il en est plus d'un peut-être qui serait digne d'y entrer.

Si, après avoir été témoin des extravagantes momeries pratiquées par les dervich, on a quelque envie de voir le charlatanisme sous une autre forme, il faut pour cela se rendre au cimetière des Arméniens, près du château des Sept-Tours. Là de hautes murailles entourent une vieille église, dernier vestige d'un couvent bâti vers la fin du onzième siècle. A quelques pas de cette église, dédiée à saint Mathias et livrée aujourd'hui au culte grec orthodoxe, se trouve une grotte tapissée des images en argent de la Vierge et des apôtres, dont la figure ruginée par les baisers des fidèles a fini par s'effacer complétement. Dans cette grotte, on voit le prodige assez rare d'un poisson qui guérit toutes les maladies: la teigne, la lèpre, les maux de ventre, les maux de dents, les dragons sur l'œil, les cauchemars, la goutte sereine, les rougeurs du nez, les sorts, les maléfices, rien ne résiste à son pouvoir. Il suffit au patient qui désire la fin de ses maux de boire quelques verres de l'eau du bassin dans lequel nage ce merveilleux animal moitié rouge, moitié noir, et ne pas oublier surtout de mettre une piastre dans la main du pope préposé à la garde du sanctuaire.

Je suis assez curieux des origines: la première fois que je visitai la grotte de Saint-Mathias, j'appris qu'un jour quelconque de l'année 1453 Mohamed II s'empara de la ville de Constantinople. Le frère portier du couvent, témoin du succès des Turcs, courut effrayé en porter la nouvelle au frère cuisinier, alors occupé d'une friture. — Ce que vous m'annoncez là est impossible, répond celui-ci; je n'y crois pas plus que je ne crois un de ces poissons capable de retourner à la mer. Aussitôt un rouget, déjà rôti d'un côté, s'élance de la poêle dans la mer de Marmara; on poursuit le fugitif, on le repêche et on le réintègre dans la piscine du monastère. Comme il n'est pas ordinaire qu'un poisson à moitié frit fasse des sauts d'une lieue, l'événement fut considéré comme un miracle, présage de grandes espérances.

Telle est aussi la conviction de la foule égrotante qui se rend chaque jour en pèlerinage à la grotte de Saint-Mathias.

Presque tous les Turcs se couvrent d'amulettes; c'est dans leur pensée une précieuse égide contre toutes les maladies dont ils peuvent être menacés; les Grecs en pareil cas se confient à la science occulte des bohémiens. Dans l'épaisseur des formidables remparts qui s'étendent de la porte d'Andrinople à la porte du Canon se sont formées par éboulement de sombres cavernes peuplées de tourneurs de baguettes, de tireurs d'horoscope, d'interprètes des songes, de nécromanciens, tous de race gitane. C'est vers ces antres mystérieux que s'acheminent ceux que tourmentent des fistules, des lombagos, des vents, des chutes de luette, etc.; là se rendent aussi les maris qui veulent savoir ce qu'ils sont souvent fâchés d'apprendre.

Malgré les nombreux moyens de guérison que je viens d'énumérer, la mortalité n'en est pas moins très considérable à Constantinople. C'est que l'influence spéciale du climat, de même que l'insalubrité permanente de la ville n'y sont point contre-balancées par ces grandes mesures d'hygiène publique qui tendent à élever par une progression continuelle la durée moyenne de la vie en France. Toute la prophylaxie hygiénique dans les pays du Levant se résume dans l'usage des bains de vapeur; c'est à cette pratique, pour ainsi dire journalière, qu'il convient sans doute d'attribuer le privilége dont jouissent les Turcs d'échapper aux déplorables effets du méphitisme qui décime les étrangers.

Les musulmans écoutent volontiers les enseignements de la science et de la raison, mais par pure curiosité; on ne touche que leur épiderme. Soumis au dogme absurde du fatalisme, ils demeurent indifférents à toute innovation, même salutaire, si elle apporte une gêne dans leurs habitudes. Demandez-leur compte d'un pareil aveuglement, ils vous répondent invariablement par le même mot: *Bakaloum* (*c'est bien, nous verrons*); ce qui veut dire en langage philosophique: Que m'importe le terme de mon existence; que m'importe que mon bateau soit petit ou grand, pourvu que j'y sois doucement porté!

Dr CHAMPOUILLON.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 20 février 1855. — Présidence de M. Jobert (de Lamballe).

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

Epidémies. — 1° Un rapport de M. Deroy sur une épidémie de choléra qui a régné à Betin-Baroche (Seine-et-Marne) ;

2° Un rapport de M. Chevance sur une épidémie de suette qui a régné dans l'arrondissement de Vassy (Haute-Marne) ;

3° Un rapport de M. Chabus sur une épidémie de choléra qui a régné dans plusieurs communes de l'arrondissement de Sisteron (Basses-Alpes) ;

4° Un rapport de M. Fruchier sur une semblable épidémie dans l'arrondissement de Digne (Basses-Alpes) ;

Eaux minérales. — 5° Une demande d'analyse et de rapport sur une nouvelle source minérale de Miers (Lot) ;

Remèdes secrets. — 6° Des notices relatives à des remèdes secrets ou nouveaux ;

Vaccinations. — 7° Le tableau des vaccinations de Paris pour 1853.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Variole. — M. Sémanas adresse un manuscrit intitulé *Recherches pratiques sur quelques cas de variole confluente avec complication ataxo-adynamique.* (Commission de vaccine.)

Appareil de suspension pour les malades. — M. Gros présente un appareil pour la suspension des malades, construit de manière à leur éviter des douleurs et des secousses lorsqu'il s'agit de les changer de place.

Huile de foie de morue. — M. Hogg adresse une note relative au procédé qu'il suit pour obtenir l'huile de foie de morue *vert doré* qu'il a introduite dans la pharmacie française.

Mixture anticholérique. — M. Martin envoie la formule d'une mixture anticholérique destinée à compléter le mémoire manuscrit qu'il a déjà adressé à l'Académie sur ce sujet. (Commission du choléra.)

Paquets cachetés. — M. Burin-Dubuisson adresse un pli cacheté contenant un sel nouveau destiné à des usages thérapeutiques.

— M. Frémaux adresse un paquet cacheté dont le dépôt est accepté.

Vacances. — M. le président annonce à l'Académie qu'elle aura à procéder dans la prochaine séance à la nomination d'une commission de onze membres pour fixer à quelles sections devront être affectées les deux vacances qui existent en ce moment au sein de l'Académie.

DISCUSSION.

Traitement de la variole. — M. Piorry. Avant de répondre au discours de M. Bousquet, j'éprouve le besoin de le remercier d'avoir élevé mon mémoire à la hauteur d'une question de doctrine. J'aurais désiré plus d'aménité de sa part ; je lui laisse la responsabilité de son langage.

Suivant M. Bousquet je serais spiritualiste en physiologie, et il a raison ; car peut-être plus que M. Bousquet je suis le défenseur de cette grande pensée que l'âme, sous l'influence divine, est le promoteur de la formation organique. Mais cette conviction ne me conduit pas plus, en physiologie qu'en pathologie, à admettre que l'action ou la fonction est primitive à l'organe, ou que c'est l'action et non pas la molécule matérielle que l'hygiéniste ou le pathologiste doit chercher dans tel ou tel cas à utilement modifier.

Loin de là ; qui dit organe dit instrument ; qui parle de fonctions parle d'actes accomplis par des organes. On n'agit pas plus sur l'âme par des aliments ou de l'oxygène que par de l'éther ou du musc.

Quand on admettrait des propriétés vitales distinctes de l'âme, on ne les influencerait, en santé comme en maladie, que par la médication organique.

Très logique dans mes expressions, la physiologie et la pathologie ont pour moi des lois identiques et se prêtent à des raisonnements et à des explications découlant d'une même source.

M. Bousquet se proclame vitaliste, spiritualiste en tout et partout ; mais de quel spiritualisme veut-il parler ? Est-ce de celui de Sthal, qui admet une âme agissant continuellement pour défendre le corps et pour diriger utilement tous les phénomènes morbides ? est-ce du principe vital de Barthez, distinct de l'âme rationnelle ? est-ce des propriétés vitales de Bichat, des forces de Chaussier, des impondérables de M. Christophe, du magnétisme animal, de l'influence des démons conduisant à l'absurde croyance des esprits frappeurs ?

Si M. Bousquet voulait bien nous définir le vitalisme pathologique, il nous rendrait un grand service ; il nous apprendrait ce que veulent dire tant de gens lorsqu'ils parlent de doctrines vitalistes différentes des nôtres.

M. Bousquet se proclame hippocratiste ; mais qu'il veuille bien s'expliquer sur son hippocratisme. Si ce grand médecin, ou plutôt le groupe de médecins désignés sous ce nom venait à ressusciter, il vous dirait : Observez des malades comme je l'ai fait, et expérimentez comme on le fait de votre temps.

Si l'on doit juger de la valeur d'une doctrine par le nombre et l'importance des découvertes auxquelles elle a conduit, les opinions dites hippocratiques en auraient bien peu.

Il est facile d'appeler philosophie grossière et bornée cette haute méthode scientifique qui s'en rapporte surtout aux faits appréciables et à l'observation rigoureuse pour fonder la science, et qui ne se livre pas à des spéculations et à des conceptions fantastiques. Mais il est difficile en médecine de s'y conformer. Ce n'est pas dans le calme des bibliothèques qu'on établit des faits et des découvertes ; c'est dans les hôpitaux, dans les amphithéâtres et les laboratoires que l'on puise des connaissances et des idées pratiques solides.

C'est l'action vitale, dit-on, dont il faut avant tout tenir compte. Mais cette action vitale n'est-elle pas en rapport avec la structure ? Peut-on agir sur elle autrement qu'en modifiant celle-ci ? Cette structure n'est-elle pas organique ? Comprend-on une action sans un corps agissant au moyen d'organes ?

Je mets au défi qui que ce soit d'indiquer une médication quelconque qui agisse sur les forces de la vie. Aussi M. Bousquet est-il forcé de faire cet aveu : « Que médicalement parlant, il n'y a que des organes dans le corps humain. » Mais oubliant aussitôt cette concession considérable, il invoque l'autorité de Broussais pour établir que c'est dans l'action vitale que les maladies ont leur racine.

Quand on admettrait des modifications dans les forces vitales qui seraient les racines des maladies, on n'en serait pas moins réduit à agir sur les organes. Les partisans des idées vitalistes ne s'adressent ils pas en réalité à l'organisme, alors qu'ils ont l'intention d'influencer l'action vitale quand ils saignent, purgent, émétisent, ou irritent le derme ?

Vous citez Broussais ; mais la malheureuse théorie de l'irritation a fait couler inutilement bien du sang, causé bien des tortures et fait périr bien des gens par l'inanition et l'anémie.

L'hypothèse des forces vitales a conduit aussi à laisser mourir les malades par l'influence de la diète absolue sous le prétexte de ne pas troubler l'effort médicateur de la nature. Elle a détourné d'examiner comme chose inutile l'état matériel des malades et s'est à peine inquiétée du diagnostic. C'est elle, enfin, qui a fait administrer des pilules de mie de pain, de l'eau pure et des globules infinitésimaux, etc.

Admirateur de Bichat, élève de M. Roux, j'ai commencé mes travaux sous des inspirations vitalistes. J'ai toujours pensé que le magnifique arrangement de nos organes est tel que la plupart des lésions guérissent spontanément. C'est par la force des faits et par des études consciencieuses qu'il m'a été impossible de ne pas renoncer aux séduisantes abstractions de force et d'action vitales pour m'en tenir aux faits organiques et à leur interprétation rigoureuse.

Il m'a fallu aussi bien des mécomptes théoriques, bien des déceptions en pratique pour me décider à remplacer l'idée de la maladie unitaire d'où j'étais parti par la doctrine des états organopathiques.

Pour prouver que la lésion n'est pas tout, M. Bousquet nous dit qu'il y a des maladies, telles que la variole, la syphilis, qui naissent de germes, de ferments, etc. Personne a-t-il jamais nié cela ? Est-ce que nous n'admettons pas l'existence du virus variolique ? Mais ces virus, ces miasmes ne sont-ils pas autant d'êtres matériels s'identifiant avec la lésion matérielle ? Ils ne sont pas d'ailleurs la maladie, mais la cause de la maladie, deux choses que M. Bousquet confond. M. Bousquet, en effet, avec tant d'autres, confond la cause du mal avec son effet. Pour eux la syphilis, la morve, la petite vérole ne sont autres que les virus qui produisent les altérations. Il est bien facile cependant de comprendre qu'il y a des maladies et des organes malades, et que l'ensemble des lésions et des troubles des fonctions constitue ce que l'on appelle maladie. Mais ce qui est plus difficile, c'est de particulariser, d'individualiser ce que l'on dit être une maladie. Consultez les auteurs, et vous trouverez autant de définitions que d'écrivains. Les auteurs ne se sont accordés ni sur les noms, ni sur les caractères, ni sur la marche des maladies. Cherchez si vous le pouvez à déterminer ce que l'on entendait par ces innombrables fièvres de noms si divers et si barbares décrites dans les ouvrages classiques depuis les temps les plus reculés jusqu'à la fièvre typhoïde, et vous verrez que dans une telle logomachie il n'y a ni science possible, ni moyen de se comprendre. Tout dans l'étude de la maladie unitaire est incohérence, hypothèse, convention. Voyez en fin de compte où conduit l'idée de l'unité maladie ; c'est à faire une thérapeutique qui n'a plus pour base les lésions d'organes considérés dans leurs rapports avec leurs causes, leurs degrés et leur nature, mais à traiter des unités morbides désignées par un nom, et cela au moyen d'un traitement unique comme elles. De là un empirisme irrationnel, qui conduit le plus souvent à la négation de toute action curative.

Après ce préambule, dans lequel M. Piorry discute la question doctrinale, abordant ensuite la critique qui a été faite de ses propres idées, il commence par réfuter le reproche de plagiat que lui a adressé M. Bousquet. M. Bousquet, dit-il, m'a reproché d'avoir copié Bordeu. Je ne connaissais pas cet auteur lorsque j'ai commencé mes travaux ; je l'ai lu depuis, et je suis convaincu que M. Bousquet n'a lu attentivement ni les œuvres de Bordeu ni les miennes, car il n'aurait jamais dit que je l'ai copié, tant sont grandes les différences entre la doctrine de ce médecin et la mienne.

M. Piorry prend texte de cette dissidence pour exposer la doctrine des états organopathologiques, et il termine par la justification de la nomenclature qui en est comme une annexe et une conséquence logique et nécessaire.

M. Bousquet se défend du reproche d'exclusivisme que lui a fait M. Piorry et de l'intention qu'il paraît lui prêter de chercher à introduire dans l'Académie les doctrines de Montpellier. Il est élève de Montpellier, il est vrai, mais docteur de Paris, et il n'appartient exclusivement ni à l'une, ni à l'autre école. Il importe peu d'ailleurs à M. Piorry de savoir quel est et d'où vient son adversaire ; qu'il considère les coups qui lui sont portés et non d'où ils viennent.

M. Bousquet demande la permission de répondre dans la prochaine séance.

M. Piorry. Il n'y a pas une Ecole de Montpellier et une Ecole de Paris ; il n'y a qu'une seule Ecole, celle du monde entier, aux progrès de laquelle nous devons tous chercher à concourir dans la mesure de nos forces et de notre intelligence. (Très bien !)

M. Gerdy. Ce qui me frappe le plus dans cette discussion, c'est de voir en présence deux Ecoles qui auraient tout à gagner à s'entendre au lieu de se combattre. Ceci me rappelle ce qui a eu lieu en 1814, lorsqu'après de longues guerres les relations internationales ont été rétablies. L'Angleterre a été étonnée des lumières qu'elle a trouvées en France, et la France réciproquement a gagné beaucoup à connaître l'état de la science chez ses voisins. Depuis que ces deux pays ont marché de concert, il s'est fait beaucoup plus de progrès qu'il ne s'en était fait isolément dans chacun d'eux pendant tout un siècle. Eh bien ! il doit en être de même pour les Ecoles qui divisent la médecine en France. J'ai, pour mon compte, en égale estime l'Ecole de Montpellier avec ses tendances doctrinales et l'Ecole de Paris avec son esprit d'observation. L'une recueille les faits, l'autre les généralisent ; elles s'entre-aident, se complètent ainsi l'une l'autre et profitent toutes deux de leurs travaux respectifs. Je ne saurais donc, sous ce rapport, être en dissentiment ni avec M. Bousquet, ni avec M. Piorry.

Mais, sous un autre point de vue, j'ai été scandalisé, je l'avoue, de ce que j'ai entendu dire à M. Bousquet dans la dernière séance. Il a blâmé avec une certaine amertume le néologisme. Le néologisme, c'est la marche, c'est le mouvement. Est-ce que la langue ne doit pas changer et se modifier avec les idées ? Dans les sciences, il est impossible à l'homme qui travaille de ne pas changer les mots, de ne pas en créer de nouveaux.

Cela veut-il dire que j'approuve un changement complet, la création de toutes pièces d'une langue nouvelle ? Non sans doute. Cela révolte l'esprit. Je ne connais personne qui, arrivé à l'âge de cinquante ans, voulût consentir à apprendre une nomenclature nouvelle. Pour qu'elle pût être adoptée, d'ailleurs, il faudrait faire un livre assez bon pour être lu par tout le monde, et ces livres sont rares. Ce que je blâme donc dans la nomenclature de M. Piorry, c'est de vouloir l'introduire d'emblée, tout d'un trait dans la science. Il n'y parviendra pas. C'est en quelque sorte goutte à goutte qu'elle s'infiltrera dans la science. Si chacun consentait à ajouter pierre à pierre, l'édifice se perfectionnerait peu à peu.

Voilà mon opinion sur la nomenclature.

Autre point. Ceci est malheureux à dire, mais nous ne sommes pas en général assez métaphysiciens. On s'élève contre les abstractions, mais on ne fait que cela dans la science ; vous ne pourriez pas marcher sans ça. Soit que l'on veuille qualifier un homme, une chose, les propriétés d'un remède, etc., est-ce qu'on en énumère toutes les propriétés, tous les effets ? On ne s'arrête qu'à telle qualité, telle propriété, tel effet que l'on veut spécifier. On fait, en un mot, toujours et en toutes choses de l'abstraction.

Abordant ensuite la doctrine des éléments organopathologiques, M. Gerdy déclare ne pouvoir partager l'opinion de M. Piorry. Ce sont les états pathologiques et non les organes que l'on doit prendre surtout en considération ; la considération des organes est tout à fait secondaire. Est-ce qu'une fièvre intermittente ne rappelle pas tout de suite un état morbide spécial ? Les organes entrent-ils pour quelque chose dans l'idée qu'on s'en fait ? Est-ce aux organes que vous adressez la médication ? Si je veux donner une idée du scorbut, est-ce que j'y parviendrai en énumérant les organes affectés ?

Pour être conséquent avec sa doctrine et rattacher les maladies générales aux organes, M. Piorry fait du sang un organe. Est-ce que le sang est un organe ! Sa composition ne change-t-elle pas en quelque sorte à chaque instant par les matériaux qui y sont incessamment introduits ? Que savez-vous d'ailleurs sur la composition véritable du sang ?

Ainsi, sur ce point, M. Piorry est en désaccord complet avec l'Ecole de Paris même. Vous voyez donc la nécessité de s'entendre avec toutes les écoles, de travailler ensemble pour concourir par de communs efforts à l'avancement de la science.

M. Piorry. Dans tout ce que vient de dire M. Gerdy, il y a à prendre et à laisser. Sur tout ce qu'il a dit touchant le néologisme, je suis parfaitement d'accord avec lui. Mais je l'abandonne dans ce qu'il a dit de transcendant concernant les abstractions et les entités qu'il voudrait conserver dans la science.

M. Piorry termine par une chaleureuse apostrophe dans laquelle il déclare souscrire de tout son cœur au rapprochement des différentes écoles, et en signe d'accord il saisit la main de M. Bousquet placé à côté de lui.

Cette scène provoque la plus vive hilarité. L'Académie se sépare au milieu de rires bruyants.

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le docteur Dumont (de Monteux), médecin au Mont-Saint-Michel, a proposé dès 1840 de remplacer la charpie, dont la consommation est si considérable en temps de guerre, et dont la propreté est si souvent douteuse et pourtant si nécessaire, par le *lin fossile* (l'amiante), qui est répandu avec profusion sous un grand nombre de latitudes.

On trouve l'amiante dans les Pyrénées, les Alpes, la Corse, les Pays-Bas, la Bavière, la Sibérie, l'Egypte, la Perse, la Chine, etc. Cette substance est douce au toucher, perméable, incorruptible et incombustible. Cette dernière propriété permet de la soumettre au feu pour la purifier de toutes les matières putrides dont elle pourrait s'être chargée, et lui donnerait l'avantage de pouvoir servir indéfiniment.

De son côté, M. le docteur Reinvillier vient de proposer à M. le ministre de la guerre de remplacer par le coton la charpie de lin ou de chanvre. Sans rien préjuger sur cette grave question, qui est exclusivement du domaine de la science, dit à ce sujet le *Moniteur de l'Armée*, nous ferons remarquer qu'il serait peut-être possible, en cas d'objections contre l'emploi du coton, de remédier aux inconvénients qui lui seraient reprochés en ne l'employant que recouvert d'une légère couche de charpie partout où celle-ci est actuellement appliquée en masses considérables.

— M. le docteur Mayor vient de mourir à Genève à l'âge de 76 ans. M. Mayor, ancien conseiller d'Etat, vice-président du Conseil de santé, président de la section des sciences naturelles de l'Institut genevois, a publié de nombreux travaux sur la chirurgie et des mémoires importants sur l'histoire naturelle.

Il laisse un fils, ancien interne des hôpitaux de Paris, qui continue dignement la réputation acquise par son père.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. Decq ;
A Genève, à la librairie de Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Des injections faites par les veines dans le traitement du choléra épidémique, par M. le docteur Duchaussoy, ancien interne des hôpitaux. Broch. in-8° avec planche. Prix : 3 fr. 50. — Chez Hamel, libraire, rue Racine, 10.

Le Gérant.
Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Du choix à faire entre l'opération césarienne et la céphalotripsie dans les cas de dystocie par vice de conformation du bassin.

Nous avons rapporté dans le numéro du 6 février la relation d'une opération césarienne pratiquée à l'hôpital de la Clinique par M. le professeur Paul Dubois, et nous avons cru devoir faire suivre cette relation des réflexions que M. Dubois avait faites à l'occasion de cette opération dans une de ses leçons cliniques. M. le docteur Liégard (de Caen) nous adresse à ce sujet la lettre suivante, que l'impartialité nous fait un devoir d'insérer malgré la vivacité des termes dans lesquels il déclare devoir protester contre les principes énoncés par le savant professeur :

« Je viens de lire dans votre excellent journal (6 février) l'analyse d'une leçon de M. le professeur Dubois faite à l'occasion de la mort d'une petite femme rachitique, qui avait succombé aux suites d'une opération césarienne par laquelle on avait extrait un enfant plein de vie et de santé. Je vous avoue que les principes professés dans cette leçon m'ont péniblement impressionné.

« Quand il s'agit de choisir, a dit M. Dubois, entre la céphalo- » tripsie et l'opération césarienne...., c'est une question de *con- » science* qui ne me paraît pas discutable.... Je le déclare ici, et » j'insiste là-dessus, toutes les fois que cette alternative se présen- » tera, je n'hésiterai pas : je chercherai toujours à sauver la mère » par le *sacrifice de l'enfant*. L'*expérience* m'a complétement con- » firmé dans cette opinion. »

» Et d'abord, en médecine et en chirurgie, qu'est-ce que l'*expérience*? Evidemment ce n'est pas seulement tout le *savoir* que peut acquérir un praticien isolé, quelque étendue que soit sa pratique. Chacun apporte au trésor de la science son contingent de faits plus ou moins nombreux, plus ou moins remarquables, et c'est de tous ces faits accumulés par les siècles que résulte cette expérience, sur laquelle nous nous fondons ensuite pour formuler des règles générales. Certainement M. le professeur de l'hôpital des Cliniques ne peut l'entendre autrement, car avec ses convictions son expérience personnelle sur la mortalité des femmes après l'opération césarienne doit être excessivement restreinte.

» Voyons donc rapidement quelles sont les données de la science à ce sujet.

» Sonnius, médecin de Bruges, au rapport de Capuron, a soumis 7 fois sa femme au *couteau césarien*; Simon a recueilli une soixantaine de faits dans lesquels les femmes avaient survécu à cette opération ; Ténon a compté 70 succès à l'Hôtel-Dieu de Paris; seulement, depuis celui qui fut obtenu par Gaspar Bauhin (vers la fin du dix-septième siècle), Michel et Weideman en ont cité un assez grand nombre ; Baudelocque, sur 111 opérations césariennes, porte à 48 le nombre des femmes qui ont été sauvées.

» Je m'arrête ici, car si je voulais énumérer toutes les opérations césariennes heureuses que les annales de la science me fourniraient pendant les cinquante premières années de ce siècle, ma note deviendrait beaucoup trop longue; ce que j'ai dit suffit déjà pour nous montrer que l'*expérience* est bien loin de condamner cette salutaire opération, et si je faisais valoir ici en sa faveur tous les avantages que peuvent lui donner désormais l'anesthésie et les perfectionnements apportés tout récemment encore par plusieurs praticiens distingués dans son mode opératoire et dans son pansement (*Gazette des Hôpitaux*, pages 387, 393, 478, 551, année 1854), on verrait alors que le raisonnement et l'expérience seraient d'accord pour renverser la *loi* fatale que je combats. Mais hâtons-nous d'examiner aussi brièvement que possible ce que la *conscience* peut nous dire pour ou contre cette opération.

» M. Dubois affirme qu'elle (la conscience) a été *son principal guide dans de semblables circonstances*, et voici les raisons qu'il nous donne : « Or, y a-t-il une comparaison à établir entre un être » qui vit, qui a des liens nombreux avec la société, et un être qui » n'est pas encore né, qui n'a encore par conséquent aucun lien avec » la société, et dont l'existence est soumise à tant de chances » aléatoires ? »

» Vous avouerez avec moi que tout ce raisonnement est bien faible et qu'il ne répond nullement aux nombreuses et puissantes objections que lui oppose la *conscience*. Et d'abord, la question a été mal posée : Il s'agit, en effet, de deux êtres qui vivent aussi bien l'un que l'autre ; les chances de *longévité* sont même toutes en faveur de l'enfant. Et qui donc vous a donné droit de vie et de mort sur l'un ou sur l'autre? Cet enfant dont vous prononcez l'arrêt de mort, et que vous allez ensuite *tuer* dans le sein de sa mère, tout cela, vous l'avez rappelé vous-même, les chirurgiens du dix-huitième siècle l'appelaient un HOMICIDE. Eh bien! monsieur, la loi sociale et la loi religieuse surtout vous en font également un crime; toutes deux vous crient avec la même énergie : *Non occides!* Mais ne vous l'avons-nous pas démontré, il ne s'agit dans ces cas de tuer ni l'un ni l'autre ; vous pouvez certainement, en sauvant l'enfant, conserver à la mère des chances de salut. Mais enfin, si cette terrible alternative nous était soumise, pourquoi condamnerions-nous l'enfant, pourquoi ferions-nous périr à la fois (au point de vue chrétien) et son âme et son corps, en le privant du baptême ? Si l'un des deux est coupable et mérite châtiment, ce n'est certes pas l'enfant, mais bien au contraire la mère qui, rachitique et contrefaite, s'est exposée volontairement à toutes les chances d'un accouchement *naturellement* impossible. Vous vous rappelez cette *fille* monstrueusement rachitique qui revenait chaque année se faire *extraire mort* l'enfant, fruit innocent de ses passions honteuses. Eh bien! je vous dis, moi, que le chirurgien se faisait ici le criminel complice de cette mère infâme!

» Vous le voyez, l'espace me manque pour traiter convenablement un sujet aussi important; puissent aujourd'hui ces quelques mots arrêter ou suspendre au moins le funeste et déplorable jugement que l'autorité d'un grand maître pourrait faire porter sur cette grave question ! »

En insérant l'observation et les réflexions qui font le sujet de la note de M. Liégard, nous n'avons été purement et simplement qu'un écho de la parole du maître, à qui la responsabilité des opinions exprimées dans cet article revient tout entière. Nous pourrions donc nous dispenser de tout commentaire à cet égard. M. Dubois saurait parfaitement se passer d'ailleurs d'auxiliaire. Mais dans la crainte que nous n'ayons pas rendu sa pensée d'une manière assez claire, ce que l'interprétation que lui a donnée notre correspondant tendrait à nous faire croire, il est de notre devoir de la reproduire ici comme nous l'avons comprise.

M. Dubois, en exprimant son opinion sur la grave question dont il s'agit, et en énonçant les motifs qui le portent à préférer, quand cela est possible, la céphalotripsie à l'opération césarienne, dans les cas qui réclament l'une ou l'autre de ces opérations, n'entend nullement imposer cette opinion à personne, ni exprimer par là un précepte, une règle générale à laquelle les praticiens auraient à se conformer; il entend moins encore, par conséquent, blâmer ceux qui agiraient d'une manière différente. Bien mieux, M. Dubois n'entend même pas impliquer par là la conduite qu'il pourrait tenir lui-même dans des circonstances différentes de celles où il s'est trouvé placé jusqu'ici toutes les fois qu'il a eu une semblable détermination à prendre.

Les motifs de sa conduite ne doivent donc être jugés que relativement aux conditions spéciales où il se trouve placé. Or ces conditions, voici quelles elles sont : placé à la tête du service d'accouchement de la Clinique et de la Maternité, M. Dubois n'a eu jusqu'ici l'occasion de pratiquer l'opération que dans l'un ou l'autre de ces établissements. Par des circonstances difficiles à apprécier, mais qui tiennent probablement aux mauvaises influences locales, le résultat de l'opération a été constamment fatal pour la mère. Et ce n'est pas seulement entre les mains de M. Dubois que ce funeste résultat a eu lieu (il ne viendra assurément à l'idée de personne de mettre ici en cause l'habileté de l'opérateur), mais c'est aussi entre les mains de ses prédécesseurs et de ceux de ses collègues qui ont eu à opérer dans les mêmes conditions. En présence d'une semblable expérience, et placé dans l'alternative de sacrifier d'une manière certaine l'une ou l'autre existence, la question n'est plus telle que la présentent les partisans de l'opération, lorsqu'ils se fondent sur des succès plus ou moins nombreux obtenus dans des conditions différentes. Ici l'opérateur n'a d'alternative que le sacrifice de la mère ou de l'enfant. Eh bien! dans cette alternative la question devient, comme l'a très justement dit M. Dubois, une question de conscience. Sur ce terrain il n'y a plus de discussion possible.

Est-ce à dire que ce doive être le dernier mot de la science, et qu'il n'y ait pas à se préoccuper des moyens de rendre à l'avenir cette alternative moins cruelle? Déjà, à l'occasion d'un travail présenté à l'Académie de médecine par M. le docteur Lebleu (de Dunkerque), nous avons exprimé le vœu, sinon l'espoir, que des perfectionnements dans le manuel opératoire, que des moyens de neutraliser les mauvaises influences qui contribuent à rendre le résultat de l'opération si constamment funeste dans certaines loca-

BIBLIOGRAPHIE

Dictionnaire universel des sciences, des lettres et des arts, par M. BOUILLET (1).

Il n'est pas une bibliothèque d'homme instruit dans laquelle n'ait une place le *Dictionnaire universel d'histoire et de géographie*, qui compte aujourd'hui quelque chose comme dix-neuf ou vingt éditions, et qui est à coup sûr le livre sérieux le plus populaire de notre époque, en même temps que le plus digne de cette popularité. Qu'un doute s'élève relativement à une date, un lieu, un fait ou un personnage historique, chacun de recourir à *son Bouillet*, car le livre a pris le nom de l'auteur, et de chercher, sans que ce soit jamais en vain, la solution de la difficulté. Déjà, dans le feuilleton de ce journal, nous avons eu il y a quelques années occasion de dire quelques mots de cet immense ouvrage, à propos d'une de ses dernières éditions.

Non content de ce succès, qui eût certainement suffi à l'ambition de plus d'un homme avide de renommée, voici qu'aujourd'hui le même auteur livre au public éclairé un nouvel ouvrage, conçu sur le même plan que le premier, dont il est le complément nécessaire, et renfermant un résumé de toutes les connaissances scientifiques, artistiques et littéraires dont s'enorgueillit l'esprit humain.

« S'il est intéressant pour un esprit cultivé, dit M. Bouillet, de se » représenter les hommes qui ont influé sur le sort de leurs semblables » ou contribué à leurs jouissances, les contrées qui ont été le berceau » de personnages célèbres ou le théâtre de grands événements, il est » nécessaire pour tous de connaître les êtres qui nous entourent, les » forces qui animent la nature et qui agissent incessamment sur nous, » les éléments dont toutes choses sont composées, de se familiariser » avec les inventions de tout genre qu'a enfantées le génie de l'homme. »

Dans le premier de ses deux Dictionnaires, l'auteur s'est efforcé de satisfaire au premier de ces besoins, en levant les difficultés qui naissent des *noms propres*; dans celui-ci, il tente de répondre au second, en offrant pour l'étude des *choses* le même genre de secours.

Tel qu'il est exécuté, le nouvel ouvrage de M. Bouillet tient le milieu entre les vocabulaires et les encyclopédies. Un vocabulaire, quelque complet qu'il soit, ne peut offrir que des définitions de mots, sans pénétrer jusqu'à la nature des choses; une encyclopédie donne au contraire sur chaque sujet des dissertations, de véritables traités plutôt que de simples articles, et atteint de vastes proportions qui la mettent hors de la portée de la plupart des lecteurs. Le livre que nous avons sous les yeux, moins superficiel que ceux de la première espèce, moins développé que ceux de la seconde, donne sur chaque matière, et de la manière la plus exacte, les notions vraiment indispensables, mais en même temps les présente sous la forme la plus concise et la plus substantielle et, à la faveur d'une expression laconique et d'un choix sévère dans les détails, les condense en un volume d'un usage facile pour tous. Le but que se proposait l'auteur, c'était, en un mot, de faire une encyclopédie pratique où trouvassent place tous les sujets dans lesquels il y a quelque chose d'utile ou d'intéressant à dire. L'a-t-il atteint? Nous ne craignons pas, à cette question, de faire une réponse affirmative.

Si vaste que l'on suppose l'intelligence d'un homme, il est facile de comprendre qu'il lui soit impossible de réunir toutes les connaissances nécessaires pour s'acquitter seul d'une tâche aussi étendue. Aussi M. Bouillet n'a-t-il pas eu un seul instant l'idée d'entreprendre seul cette œuvre immense à laquelle n'eût pas suffi une vie humaine. Se réservant, avec la direction générale de l'ouvrage, les sciences métaphysiques et morales, qui, avec l'histoire, ont fait l'objet de ses études constantes et de son enseignement pendant plus de vingt ans, il a appelé à lui des hommes haut placés dans la science tant par leur position officielle que par leurs travaux. C'est ainsi que la partie physique et mathématique avec les arts industriels ont été confiés à M. Gerhardt, professeur à la Faculté des sciences de Strasbourg, et qui jeune encore est déjà reconnu par le monde savant comme le digne héritier de Berzélius; les sciences naturelles, à M. Ach. Comte; les sciences médicales, à M. Jeannoël, médecin militaire distingué, etc., etc.

Malgré cette diversité de collaborateurs, nécessitée par la diversité même des matières, l'unité de l'ouvrage a été maintenue avec le plus

(1) Un volume in-8° à deux colonnes, de 1,750 pages. — Chez Hachette.

lités, pussent un jour faire modifier la conduite que les circonstances ne justifient que trop dans les établissements obstétricaux de Paris. Nous ne cesserons d'exprimer ce vœu; mais jusqu'à ce que les moyens de le réaliser se produisent, nous ne saurions nous associer à l'espèce de réprobation dont on voudrait frapper la pratique adoptée dans la Clinique d'accouchements.

De l'hématocèle rétro-utérine.

C'est à M. le professeur Nélaton que l'on doit la connaissance des signes diagnostiques des tumeurs sanguines du bassin connues, sous le nom d'hématocèles rétro-utérines. Nous devons à l'un de ses élèves, M. le docteur Fenerly, une description bien faite de cette lésion, qui a fait le sujet de sa thèse inaugurale. Nous empruntons à cette thèse quelques-uns des traits de son histoire, ce qui nous fournira en même temps l'occasion de revenir sur quelques faits que nous avons nous-même observés.

L'existence d'une tumeur constatée dans l'abdomen, voici à quels signes on reconnaît que l'on a affaire à une hématocèle. Pour éloigner d'abord toute cause d'erreur, on doit s'assurer de la vacuité de la vessie et du rectum. Cette précaution prise, la palpation abdominale fait constater dans un des côtés du ventre, rarement des deux côtés, une tumeur à surface lisse, unie, arrondie, plus ou moins dure, non adhérente aux parois abdominales, qui glissent sur elle, présentant un volume variable entre celui d'un œuf et celui de la tête d'un nouveau-né, et dans ce cas soulevant la paroi abdominale, faisant relief et s'étendant jusqu'à l'ombilic. Sa limite supérieure est assez tranchée, mais inférieurement elle s'enfonce dans le petit bassin. Elle est distincte du fond de l'utérus, surtout si la tumeur est volumineuse; et si on palpe avec soin de bas en haut, on touche d'abord le fond de l'utérus, plus haut un sillon transversal, et enfin la tumeur. Cette tumeur est ordinairement fixe, immobile, et comme enclavée dans la cavité du petit bassin, et on ne peut lui imprimer aucun mouvement de totalité, soit en haut, soit latéralement. Dans certains cas elle est moins fixe et plus mobile; elle se laisse déprimer, puis revient sur elle-même aussitôt que la pression cesse. A la percussion, elle donne un son mat dans toute son étendue. A l'examen par le toucher, on constate une étroitesse souvent très marquée du vagin, dont la paroi postérieure est repoussée en avant, de telle sorte qu'il faut une certaine force pour pénétrer jusqu'au col de l'utérus. Une fois le doigt introduit, on sent que le col est porté en haut et en avant, derrière la symphyse du pubis; quelquefois même sa position est telle, qu'il est difficile de l'atteindre. Du reste le col ne présente rien de particulier, si ce n'est que dans les tumeurs volumineuses de ce genre le cul-de-sac postérieur du vagin diminue, et même disparaît de telle façon que la lèvre postérieure du col n'est plus saillante, mais se continue immédiatement avec la paroi postérieure du vagin. Le corps de l'utérus présente aussi quelques modifications : le plus souvent il est porté en haut et en avant vers la paroi antérieure de l'abdomen, où il est comme fixé et enclavé; d'autres fois il est dévié d'un côté ou de l'autre; enfin dans quelques cas il subit un mouvement de torsion sur lui-même, de manière que son bord gauche devient postérieur et le bord droit antérieur, et *vice versâ*.

Après cet examen, si l'on porte le doigt vers la partie postérieure du col, on constate une tumeur de volume variable, tendue, élastique, arrondie et non bosselée, faisant saillie dans l'intérieur du vagin, se portant plus ou moins haut dans l'excavation, refoulant les viscères et les organes environnants. On constate alors facilement la fluctuation en procédant comme le conseille M. Nélaton, c'est-à-dire en introduisant l'index et le médius de la main droite dans le vagin, puis les plaçant dans un certain état d'écartement sur la tumeur, l'index tenu fixe, tandis que le médius exerce un mouvement de pression brusque; le premier de ces doigts est soulevé alors par le flot de liquide que le second déplace. On peut obtenir le même résultat si, en même temps qu'on touche la tumeur par le vagin, on palpe le ventre avec l'autre main au niveau de la tumeur; on envoie le flot du liquide d'une main à l'autre.

Le toucher rectal fait reconnaître des signes analogues à ceux que donne le toucher vaginal. Le rectum est comprimé, rétréci et refoulé dans la concavité du sacrum.

Enfin, en combinant le toucher vaginal avec le toucher rectal, outre la fluctuation, qui devient alors très évidente, on peut circonscrire la tumeur, constater ses limites, l'écartement du vagin et de l'utérus d'une part et du rectum de l'autre, séparés par toute l'épaisseur de la tumeur interposée.

A l'inspection à l'aide du spéculum, on voit le plus souvent au fond du vagin, au niveau de la tumeur, une coloration qui diffère de celle du reste de la muqueuse vaginale; elle est bleuâtre, ecchymotique. Dans quelques cas, la paroi de la tumeur formée par le vagin est distendue et amincie au point de laisser voir par la transparence la couleur du liquide qui y est contenu.

La consistance des tumeurs sanguines présente des particularités assez remarquables. Bien qu'elles soient formées constamment par du sang épanché, leur consistance varie suivant leur ancienneté. Au commencement de sa formation, la tumeur est molle, tendue, rénitente, élastique, et la fluctuation est très aisée à percevoir; mais, à mesure qu'elle devient plus ancienne, la consistance augmente au point que la fluctuation finit quelquefois par disparaître. Dans quelques cas plus rares, la tumeur reste pendant longtemps molle et fluctuante; enfin il en est qui présentent de la mollesse dans quelques parties de leur circonférence, tandis que dans d'autres points elles ont acquis une consistance dure.

La terminaison de cette affection peut avoir lieu de plusieurs manières. La plus commune et la plus heureuse est la résolution sur place après la résorption spontanée des éléments qui constituent la tumeur. Vient ensuite par ordre de fréquence l'évacuation du foyer sanguin par le rectum ou par le vagin. Dans ce dernier cas, le sang évacué se distingue très bien du sang menstruel par son aspect, sa consistance et sa couleur; il est noir, visqueux, épais et filant.

L'hématocèle peut, à la longue, compromettre la vie des malades par les troubles divers qu'elle produit dans quelques-unes des fonctions importantes, soit en comprimant quelque portion du tube digestif ou les voies urinaires; soit par suite de diverses complications survenues pendant son cours, telles qu'une péritonite, une infection purulente suite de l'ouverture spontanée ou artificielle du foyer, une hémorrhagie consécutive, etc.

L'étiologie de cette lésion est intéressante à étudier. L'accumulation du sang dans le cul-de-sac péritonéal tient soit à la rétention du liquide menstruel, soit à la déviation de son cours normal, soit à une hémorrhagie de l'ovaire, ainsi que nous en avons vu récemment un exemple avec l'auteur de cette thèse et avec M. Lebled dans le service de M. Rostan. M. Fenerly cite également un cas où une hémorrhagie tubaire aurait été l'origine d'une tumeur de cette nature. Enfin nous avons vu dans le temps les pièces anatomiques présentées par M. Aran à la Société de chirurgie, et relatives à un cas remarquable, également cité par l'auteur, où il y avait à la fois hématocèle et grossesse extra-utérine.

Le traitement de l'hématocèle rétro-utérine se réduit à un très petit nombre de médications. Une fois les accidents généraux de la période aiguë conjurés, et quand on a atteint la période chronique de la maladie, alors seulement intervient la thérapeutique active, si la résolution ou l'évacuation de la tumeur ne se fait pas d'elle-même. Voici, lorsque l'indication d'opérer est manifeste, le procédé auquel M. Nélaton donne la préférence. Il conseille de commencer par faire une simple ponction, évitant autant que possible l'entrée de l'air dans le foyer sanguin. Il se sert à cet effet du trocart garni d'une baudruche de M. Reybard. La malade étant convenablement placée, et après avoir mis à nu la saillie vaginale de la tumeur au moyen d'un spéculum, on plonge le trocart par un coup sec et brusque. Lorsque le foyer sanguin a été ouvert, on voit la tumeur revenir sur elle-même à mesure que le liquide s'écoule, jusqu'à ce qu'elle soit évacuée en totalité. Mais les choses ne se passent pas toujours aussi simplement; souvent la ponction par le trocart n'est pas suffisante pour extraire tout le sang contenu dans la tumeur, celui-ci étant en partie coagulé. Alors après une seconde ou une troisième ponction, après quelques efforts de pression sur la tumeur à travers les parois abdominales, il faut recourir à une autre opération, à l'incision. Celle-ci présente un peu plus de gravité.

La malade étant dans la même situation, et un aide maintenant la tumeur à travers les parois du ventre, le chirurgien introduit deux doigts de la main gauche dans le vagin, au-dessus de la tumeur, qu'il repousse vers la vulve; de l'autre main il pratique d'abord une ponction, puis une incision dans le grand diamètre de la tumeur avec un histouri boutonné ou le lithotome. L'ouverture doit être assez large pour que le contenu de la tumeur, liquide ou en caillots, s'en échappe. Il y a à se prémunir, dans ce temps de l'opération, contre la lésion du rectum et des autres organes du petit bassin ou des artères plus ou moins volumineuses qui rampent quelquefois dans les parois de la tumeur. Si, malgré cette large incision, on éprouve encore des difficultés pour extraire tout le contenu, on cherchera à en faciliter l'extraction à l'aide de curettes avec lesquelles on divisera les masses de caillots plus ou moins adhérents aux parois du kyste. Le reste du sang est entraîné par des injections d'eau tiède. Enfin, si consécutivement à cette opération, le foyer, incomplètement vidé, devient le siége d'une suppuration fétide et de mauvaise nature, il faut alors inciser largement vers la partie la plus déclive de la tumeur à l'aide d'une sonde cannelée et d'un bistouri boutonné, puis placer la malade dans une position convenable, pratiquer des injections détersives iodées ou chlorurées renouvelées plusieurs fois par jour, et employer en un mot tous les moyens capables d'empêcher le séjour du pus dans le foyer sanguin.

Nouveau procédé pour la cure radicale de la varicocèle.

On connaît la méthode d'écrasement linéaire que M. Chassaignac a imaginée pour le traitement d'un certain nombre d'affections chirurgicales; encouragé par les résultats qu'il en a obtenus, il a songé à en faire l'application sur les sujets atteints de varicocèle.

En attendant qu'on puisse à l'aide de faits nombreux assigner à cette méthode nouvelle la place qu'elle doit occuper dans la pratique chirurgicale, nous allons faire connaître un cas dans lequel son emploi a été suivi d'un plein et entier succès. C'est le fait dont M. Chassaignac a donné communication à l'Académie dans la dernière séance. Mais rappelons d'abord en quoi consiste le procédé opératoire.

Le sujet est debout en face du chirurgien, et il a dû être quelque temps dans cette attitude avant que l'opération soit commencée, afin que, les veines se trouvant bien dilatées, on soit plus sûr de n'en laisser échapper aucune.

Pendant que de la main gauche le chirurgien retient le canal déférent et l'isole très exactement des veines spermatiques, il plonge de la main droite et vers la partie la plus élevée de la varicocèle une première aiguille armée d'un fil.

Cela fait, il jette une anse autour de cette première aiguille et la serre afin de fermer la retraite au sang veineux vers l'abdomen pour que les veines restent toujours dilatées.

Une deuxième, puis une troisième aiguille sont placées sur le trajet d'une ligne descendante à partir de la première aiguille et à distance l'une de l'autre d'un travers de doigt. Ces aiguilles doivent être assez fortes pour n'être point exposées à se plier pendant l'action de l'écrasement. On a soin que l'aiguille la plus déclive ne descende point assez bas pour être exposée à transpercer la tunique vaginale. Dans l'introduction de chacune de ces aiguilles, on doit prendre les mêmes précautions pour isoler avec les doigts le canal déférent. Non-seulement il faut s'assurer de la présence et de la situation du canal déférent appartenant au cordon gauche, mais encore avoir constaté la position du canal déférent du côté droit.

Quand les trois aiguilles ont été placées, ainsi que nous venons de le dire, on fait jeter une anse de fil qui passe sous les trois aiguilles, les ramène de la profondeur vers la surface, et qui, étant

---

grand soin; on y retrouvera partout la même méthode, le même esprit; il reste évident pour tous qu'une seule tête a tracé le plan, qu'une seule main a dirigé d'une manière ferme l'ensemble du livre entier.

Quant au style, il devait être et il est en effet simple, précis, laconique même toutes les fois que cela est possible sans nuire à la clarté, et les auteurs ont employé autant qu'ils l'ont pu les termes techniques sans lesquels on eût été forcé de recourir à de longues périphrases ou à des circonlocutions sans fin.

Si nous entrons dans tous ces détails, qui ne paraissent pas avoir au premier coup d'œil beaucoup de rapports avec la destination de ce journal, c'est que nous croyons au contraire, nous, que la plupart des sciences ont des points de contact, des connexions plus ou moins intimes, et que celui qui a fait de l'une d'entre elles l'objet d'une étude spéciale ne doit pas être totalement étranger à certaines autres qui ne paraissent pas toujours s'y rallier bien directement. Le médecin, par exemple, outre les connaissances nécessaires qu'il doit posséder en chimie, physique, botanique, histoire naturelle, n'est-il pas forcé de savoir des mathématiques, de la mécanique assez pour calculer les forces qu'il lui faut souvent employer dans l'action de tel ou tel appareil chirurgical; de l'astronomie, de la météorologie, lorsqu'il est consulté pour l'exposition qu'il convient de donner à un établissement sanitaire, etc.?

Le médecin ne doit-il pas justifier autant qu'il est en lui cette phrase que dans une de ses lettres écrivait J.-J. Rousseau à Bernardin de Saint-Pierre : « Il n'y a pas d'état qui exige autant d'études que celui » des médecins; par tous les pays ce sont les hommes le plus vérita- » blement utiles et savants? »

C'est sous ce rapport de la presque universalité des connaissances exigées du médecin que nous recommandons ce livre à nos confrères, auxquels en bien des circonstances il rendra de grands services, non quant à la médecine proprement dite; à ce point de vue, il leur serait presque inutile, mais pour nombre de choses qui s'y rattachent plus ou moins directement.

Non, quant à la médecine proprement dite, disons-nous. En effet, la nature de ce livre, destiné à être entre les mains de tout le monde, excluait bien des détails, bien des descriptions qu'au médecin presque seul il appartient de connaître. Ainsi, dans ce qui traite des connaissances anatomiques et physiologiques, il est certains appareils d'organes qui n'ont pas même été indiqués. Peut-être, quant à cela, n'approuvons-nous pas complétement la réserve de M. Bouillet. Nous croyons que dans les sciences tout peut se dire, quitte à ne pas insister trop en détail sur les particularités scabreuses de certains sujets. La langue française est une des plus chastes, et comporte, avec les ménagements nécessaires, toutes les définitions possibles. Cette abstention des auteurs à l'occasion de quelques points de physiologie et de médecine pourrait même, en toute autre circonstance, nous fournir l'occasion de prouver combien il est nuisible de mettre entre les mains du public des livres contenant des demi-connaissances...; mais ce n'est point ici le lieu.

Le dictionnaire de M. Bouillet n'est pas fait pour apprendre la médecine aux médecins; ce ne sont pas ces articles-là qu'ils consulteront, quoique beaucoup d'entre eux soient bien faits, mais tous ceux ayant trait à des sciences qui leur sont moins familières, à des arts qui leur sont peu connus, à certains points de littérature, et là, je l'affirme, ils trouveront amplement de quoi satisfaire leur amour de l'étude ou simplement leur curiosité.

Le nouveau livre de M. Bouillet aura le succès de son aîné, dont il forme le digne pendant.

Dr A. Foucart.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. Decq;
A Genève, à la librairie de Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

De la Guérison immédiate des Rétrécissements de l'urètre, des Blennorrhagies invétérées coexistantes, et sur les effets dangereux des *Bougies*, avec de nombreux exemples; par le docteur baron Heurteloup, trois fois lauréat de l'Institut pour l'invention des instruments propres à broyer les pierres dans la vessie, et auteur d'autres plus parfaits, encore *inédits*. — Prix : 3 fr. 25 c. *franco*. — Chez Labé, place de l'Ecole-de-Médecine, à Paris. — Se trouve aussi chez les principaux libraires de la France et de l'étranger.

serrée, donne lieu à un pédicule dans lequel se trouvent implantées les trois aiguilles.

C'est sur ce pédicule qu'est appliqué l'écraseur, que l'on doit faire marcher très lentement, et qui ne doit opérer la séparation des tissus qu'après une durée de quinze à vingt minutes.

On obtient ainsi une perte de substance qui donne lieu à une plaie non saignante.

On doit alors pratiquer plusieurs points de suture entrecoupée, dans le but de réunir par première intention, si cela est possible, la solution de continuité qu'on vient de faire, après quoi on applique un pansement simple.

Le malade sur lequel M. Chassaignac a fait l'application de ce procédé est un jeune homme de vingt-trois ans, exerçant la profession de menuisier. Il est entré à l'hôpital Lariboisière le 11 octobre 1854.

Il porte une varicocèle du côté gauche. Il s'en est aperçu depuis deux ans au sentiment de gêne et de pesanteur qu'il éprouvait dans la région malade, et qui est allé toujours croissant. Il attribue le développement de son mal aux travaux pénibles qu'exige sa profession.

Lorsque le malade est debout, on constate au côté gauche du scrotum l'existence d'une tumeur noueuse et bleuâtre dont le fond dépasse la moitié opposée du scrotum. Au toucher, sensation de cordes molles entre-lacées ; pas de douleurs à la pression ; testicule à l'état normal ; diminution notable de la tumeur par le décubitus dorsal. La station prolongée détermine non-seulement une gêne considérable dans la région scrotale, mais de violents maux de tête accompagnés de troubles de la vue. Le malade est triste et préoccupé. Il y a quelques douleurs sur le trajet du cordon.

L'opération est acceptée et pratiquée d'après les règles qui viennent d'être posées. Elle donne pour résultat une plaie non saignante, triangulaire, à base tournée du côté des téguments ; plaie qu'on réunit par une suture entortillée.

Le lendemain, 17 octobre, fièvre, agitation, soif vive, anorexie.

Le 18, les épingles sont encore en place, le scrotum tendu et œdémateux.

Le 23, on ôte les épingles ; plaie suppurante ; diminution de l'œdème.

Les jours suivants, la suppuration continue de se faire sans complication d'aucun accident.

Le 11 novembre, la plaie se déterge et se rétrécit ; on la touche avec la solution de nitrate d'argent. L'œdème des premiers jours a disparu.

Le 29, cicatrisation de la plaie ; guérison.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

Affection cancéreuse de la région hypocondriaque gauche, d'un volume considérable, ayant offert beaucoup d'obscurité dans sa marche et son diagnostic. — Singulière anomalie dans la position, le nombre et le volume des reins. — Mort. Autopsie.

Par M. le docteur MÉRIER, médecin en chef de l'asile des aliénés de St-Dizier.

M. X..., négociant, âgé de quarante-sept ans, d'une forte constitution, d'une grande activité, avait toujours joui d'une excellente santé, lorsque deux mois environ avant d'être atteint de la maladie qui fait le sujet de cette observation, et à laquelle il a succombé, il fut pris subitement au milieu de la nuit de douleurs excessivement aiguës dans la région abdominale, paraissant prendre leur point de départ dans l'hypocondre gauche et s'irradiant de là dans toutes les parties de l'abdomen et dans la région des reins principalement. En même temps quelques vomissements bilieux et d'une teinte verte très prononcée se manifestèrent. Un médecin fut appelé immédiatement, et comme le malade était affecté depuis longtemps, disait-on, d'une hernie à droite pour laquelle il avait porté quelque temps un bandage, l'attention dut naturellement se porter tout d'abord de ce côté. En effet, il trouva dans la région inguinale droite une tumeur du volume d'un gros œuf de poule pour le moins, et fit quelques tentatives de réduction. Mais s'étant bientôt aperçu que cette tumeur était flasque, molle et irréductible, le médecin abandonna aussitôt ses tentatives de réduction et constata aisément que les symptômes offerts par le malade n'avaient pas leur point de départ dans cette tumeur, qui n'était autre chose, comme plus tard l'autopsie l'a révélé, qu'une hernie de l'épiploon avec adhérence intime dans l'anneau inguinal.

Un traitement antiphlogistique énergique (sangsues, cataplasmes, lavements émollients, potions calmantes, diète) fut suivi de quelque amélioration et d'une diminution des douleurs aiguës qui avaient marqué le début de la maladie ; douleurs telles, que des syncopes en avaient été la conséquence.

Huit jours environ après l'emploi de ce traitement rationnel, voilà que tout à coup, au milieu de la nuit, les douleurs se réveillent de nouveau avec une grande intensité et arrachent des cris perçants au malade, qui, de sa nature, était peu porté à se plaindre. C'est alors que je fus appelé en consultation et que je vis le malade pour la première fois. Voici dans quel état je le trouvai :

Facies hippocratique ; traits crispés, annonçant une souffrance vive et profonde ; pouls très petit et fréquent ; sensibilité très prononcée dans toute la région abdominale, mais surtout dans l'hypocondre gauche, et s'irradiant dans la région du rein et du trajet de l'uretère gauches. Empâtement général de toute la région abdominale et légère tympanite. Ma première pensée fut celle d'un péritonite ; mais l'absence de toute cause productrice, l'intermittence des douleurs ; d'un autre côté, une coloration en rouge des urines, qui étaient rendues avec une certaine difficulté, me firent renoncer à l'idée d'une péritonite, pour me rattacher à celle d'une néphrite, d'autant plus que le point de départ avait paru être dans la région du rein et de l'uretère, et que de tout temps, d'après le dire du malade lui-même, il aurait eu une certaine difficulté et une fréquence extrême dans l'émission des urines. Je fis part de mon idée à mon confrère, qui n'était pas éloigné de l'admettre, bien que pourtant le cas lui parût assez obscur pour ne pas oser se prononcer très affirmativement.

Un traitement approprié soit à une néphrite, soit à toute autre inflammation d'un organe profond, fut employé, et consista essentiellement en adoucissants et calmants. Quelque soulagement suivit encore une fois l'administration de ces moyens, et le malade se trouva assez bien pour que, quinze jours environ plus tard, il pût se lever, vaquer à quelques affaires du bureau et prendre quelque nourriture. On était fondé dès lors à espérer une guérison prochaine, bien que l'état du malade ne parût pas complétement satisfaisant ; car il ne reprenait pas d'embonpoint ; l'appétit ne revenait pas franchement ; il était très faible, et une douleur sourde, ou plutôt une sensation de gêne, de pesanteur accompagnée de temps en temps de quelques élancements, existait toujours dans l'hypocondre gauche, semblant s'irradier dans le trajet de l'uretère. Je conservais toujours une tendance vers l'opinion que la maladie existait dans le rein ; mais de quelle nature était cette maladie ? Quel était son siége précis et quel traitement devait être employé ?

Cependant le malade, tout en prenant quelques aliments, ne revenait ni à la santé, ni à sa gaieté habituelles. Il existait toujours, dans la région gauche du ventre surtout, un point douloureux avec empâtement dans une étendue de 12 à 15 centimètres au moins. Les vomissements avaient cessé ; les selles étaient normales, le sommeil régulier.

A cette époque, c'est-à-dire environ un mois après l'invasion des premières douleurs, le malade se levait tous les jours, passait une partie de la journée dans son bureau à s'occuper d'affaires, et se fatiguait un peu trop.

Deux autres confrères s'étaient adjoints à nous, et nous n'avions pu arriver à aucune certitude dans le diagnostic. Les urines avaient été essayées à plusieurs reprises avec l'acide nitrique sans résultat.

Quelques semaines se passèrent ainsi, puis les digestions devinrent plus laborieuses ; quelques vomissements bilieux reparurent ; des douleurs plus vives se firent sentir dans le ventre. Le malade fut obligé de rester au lit de nouveau. Une vive contrariété résultant d'une discussion d'affaires étant venue se joindre à tout cela, l'état du malade empira ; le pouls redevint petit et accéléré, la chaleur de la peau reparut ; l'abattement fut plus considérable ; en un mot, nous nous apercevions chaque jour que notre malade baissait de plus en plus, et nous ne pouvions nous fixer sur la nature ni sur le siége du mal. Le teint n'était pas celui des cancéreux ; les douleurs lancinantes n'étaient pas très marquées, et je conservais toujours mon idée relativement à une maladie du rein.

Enfin, on s'était décidé à appeler en consultation M. Chomel, lorsque le malade succomba inopinément dans les circonstances suivantes :

L'avant-veille de la mort le malade, qui jusque-là n'avait vomi que des matières verdâtres, vomit tout à coup des matières noires, marc de café, caractéristiques. Ces vomissements durèrent quarante-huit heures, très abondants, et de plus en plus caractéristiques. Dès lors nous tombâmes tous d'accord pour une affection cancéreuse de l'estomac arrivée à sa dernière période. On verra plus loin que nous étions tous quatre dans l'erreur la plus complète relativement au siége de la maladie (1).

Environ quarante-huit heures après l'apparition des vomissements noirs, le malade fut pris tout à coup, au milieu de la nuit, de douleurs excessives dans le ventre ; la face se décomposa rapidement ; le pouls s'éteignit, et quelques heures après (quatre heures environ), il succombait.

Autopsie vingt-huit heures après la mort.

Le corps n'est pas considérablement amaigri ; teinte jaune *peu prononcée* de la peau ; ventre légèrement ballonné. A l'ouverture de l'abdomen, on reconnaît une inflammation du péritoine avec épanchement d'un liquide noirâtre dans la cavité. Cet épanchement, dont la quantité peut être évaluée à un demi-litre environ, a produit la péritonite et a déterminé les accidents mortels. Ce liquide provient de la rupture d'un vaste foyer gangréneux que nous constatons, en soulevant le paquet intestinal, dans toute la région qui s'étend depuis la place occupée par la rate et l'estomac supérieurement jusque dans la fosse iliaque et le côté gauche du bassin, à peu près à la hauteur de la moitié du psoas, qui est lui-même disséqué en quelque sorte, et dont le tendon est dénudé dans une assez grande étendue. Cette vaste collection de matière cancéreuse, ramollie et gangrenée, occupe principalement la région du rein gauche, elle a pour limites en dedans la colonne vertébrale, en dehors et tout à fait en dessous, l'espèce de sillon formé par la colonne vertébrale et les muscles qui tapissent cette gouttière en dehors, le psoas et l'iliaque gauches ; supérieurement, elle est recouverte par la masse intestinale, et notamment par le gros intestin qui fait corps avec elle, et forme sa paroi supérieure et latérale interne. En apercevant cette vaste collection de matière cancéreuse, *mélanée*, ramollie, occupant la place où devrait se trouver le rein, nous revenions à l'idée souvent émise par moi d'une maladie du rein, et nous semblions dès lors fixés désormais définitivement sur la nature, le siége du mal et sur le diagnostic qui aurait dû être porté, d'autant plus que de vastes détritus cancéreux, de la grosseur d'un œuf de poule au moins, trouvés au milieu de ce magma de matières pultacées, nous paraissaient être les débris du rein lui-même, de la capsule sus-rénale et du tissu cellulaire abondant qui les environne. Mais, outre que nous ne pouvions guère nous rendre compte de la présence dans l'estomac de ce même liquide noirâtre qui avait été vomi par le malade dans les deux ou trois derniers jours de sa vie et dont à l'autopsie une partie existait encore dans cet organe, quelle ne fut pas notre surprise lorsque, poussant plus loin nos investigations, nous recherchâmes dans la région opposée le rein droit là où il devait exister, quel ne fut pas notre étonnement, dis-je, de constater une absence complète de ce rein ! Pas la moindre trace du rein n'existe de ce côté, entièrement sain du reste. Or, puisqu'il n'existe pas de rein du côté droit, probablement il n'en avait pas existé non plus du côté gauche, et ce que nous venions de prendre pour des débris, pour des détritus du rein n'en était donc plus ? Comment expliquer, du reste, cette absence des reins, quand le malade avait de tout temps uriné normalement jusqu'au dernier moment de sa vie ?

(1) Les trois confrères qui ont avec moi suivi la maladie et assisté à l'autopsie sont MM. les docteurs Catel père et fils, de Saint-Dizier, et Joly, d'Ancerville (Meuse).

Après de minutieuses recherches, et après s'être servi de la vessie et de l'uretère particulièrement comme d'un fil conducteur, on finit par retrouver dans le fond du bassin, au-dessous de la vessie et du rectum, *un rein unique*, du volume du poing à peu près, de forme arrondie, offrant une sorte de *rainure* ou, pour mieux dire, de *raphé* au milieu qui semble indiquer que ce rein unique est constitué par la réunion des deux reins. Il n'existe qu'un seul uretère, se rendant sur le côté droit inférieur de la vessie ; cet uretère est très court. La substance du rein est, du reste, très saine et normale.

L'estomac, le pylore, le duodénum et toute la masse des petits intestins sont dans un état d'intégrité parfaite ; la muqueuse stomacale semble cependant un peu décolorée et ramollie ; le gros intestin, à l'exception de la partie du côlon transverse et descendant qui forme une paroi du foyer et lui adhère intimement, comme nous l'avons déjà dit, est également sain.

Le foie est un peu cirrhosé ; la vésicule remplie de bile vert foncé. La rate, un peu volumineuse, est très ardoisée, mais n'offre rien d'anomal dans sa structure. Le pancréas n'a pu être retrouvé au milieu de la masse cancéreuse dont nous avons parlé, et dont très probablement il faisait lui-même partie.

Les poumons et le cœur sont très sains.

RÉFLEXIONS. — L'observation qu'on vient de lire nous a semblé offrir un double intérêt : 1° Au point de vue de la difficulté, de l'obscurité du diagnostic et de la gravité des lésions constatées par l'autopsie ; 2° au point de vue de l'anomalie des reins :

1° Était-il possible de diagnostiquer une semblable affection qui, dans tous les cas, eût toujours été entièrement au-dessus des ressources de l'art, quand bien même on aurait pu arriver à un diagnostic certain et positif ? D'un autre côté, en présence des vomissements noirs marc de café qui ont précédé de deux ou trois jours la mort, n'était-on pas fondé à croire à une affection organique de l'estomac ou du pylore arrivée à sa dernière période ? Comment expliquer, du reste, ces vomissements de matières noires et leur présence dans l'estomac, quand celui-ci ainsi que le pylore lui-même et le duodénum étaient parfaitement sains ? Il faut admettre que le gros intestin, communiquant par une ouverture avec le foyer cancéreux, duquel il formait une paroi, comme nous l'avons déjà dit, cette matière noire a pu, par un mouvement ascensionnel et antipérispaltique, remonter tout le long du tube digestif jusque dans l'estomac ; c'est la seule explication à donner, ce nous semble.

2° Quant à l'anomalie très curieuse constatée dans la position et le volume, ainsi que le nombre des reins, nous ne sachions pas qu'on en ait encore observé de ce genre. On a bien déjà un certain nombre d'observations de déplacement des reins, de leur mobilité même dans la cavité abdominale (ce que M. Rayer a désigné sous le nom de *luxation des reins*), mais nous ne croyons pas qu'on ait encore rencontré une anomalie aussi complète, tant sous le rapport de la forme que sous celui de la position et du nombre des reins ; anomalie qui cependant n'avait pas empêché le sujet de remplir normalement toutes les fonctions urinaires. Toutefois, d'après les renseignements que nous avons recueillis, il paraîtrait que de tout temps il avait eu une grande fréquence dans l'émission des urines, et que jusqu'à l'âge de quinze ou seize ans, il avait constamment pissé au lit, ce qui s'explique par la pression continuelle exercée sur la vessie par un rein aussi volumineux, et fait comprendre l'inutilité des remèdes administrés en pareille circonstance pour combattre une semblable infirmité.

FRACTURES DE LA JAMBE traitées par l'appareil de M. Baudens (1).

OBS. IV. — *Fracture par écrasement de la jambe gauche, compliquée de graves accidents. — Inflammation. — Guérison sans raccourcissement.* (Recueillie par M. le docteur MARTURÉ, aide de clinique.)

Au n° 38 de la salle 21 était couché le nommé Marx, du 9e régiment de hussards, âgé de vingt-deux ans, d'une bonne constitution. Ce militaire montait, le 25 octobre, un cheval rétif. L'animal s'emporte, et la jambe gauche du cavalier se trouve violemment prise entre un pan de mur et le corps de l'animal ; il en résulte un écrasement du membre avec fracture. Le blessé est, dans la journée, transporté au Val-de-Grâce, où l'on reconnaît une fracture comminutive du tibia et du péroné. La tuméfaction de la jambe est considérable ; la déformation du membre est très prononcée. Le chirurgien de garde fait une saignée de 500 grammes ; il place la jambe dans le quart de flexion sur un coussin en crin surmonté d'éponges bivalves formant gouttière, et prescrit des applications de glace sur le membre, préalablement recouvert d'une légère couche de charpie afin de répartir uniformément le froid sur toute la surface tégumentaire.

Le 26 octobre, la tuméfaction augmente, s'étend jusqu'au genou, et empêche de distinguer aussi bien que la veille la rupture des os. Pourtant, au-dessus du tiers inférieur du tibia, on reconnaît encore très bien une fracture à la dépression que présente le fragment inférieur, qui contraste avec la saillie du fragment supérieur.

La jambe est le siége d'un épanchement sanguin considérable, avec extrême tension de la peau. Cette dernière a une teinte terreuse et livide sur une grande partie de l'étendue du membre, surtout en dehors, où une large surface tégumentaire, violemment contuse, désorganisée, fait craindre qu'elle ne se détache plus tard sous forme d'eschare. Quelques points de la face antérieure et de la face externe offrent de

(1) Suite. — Voir les numéros des 20, 27 janvier et 10 février.

légères excoriations, mais pas de plaie proprement dite. L'aspect de la jambe est tel, qu'on dirait qu'elle a été frappée par un boulet à la fin de sa course. On redoute une mortification prochaine de la peau, et peut-être même des tissus sous-cutanés dans une assez grande étendue. Il y a déformation et raccourcissement du membre de six centimètres. Le pouls est fort, plein, fréquent; la face est pâle; la soif très vive.

M. Baudens appelle en consultation MM. Alquié, Lustreman et Larrey. Malgré l'avis de deux membres qui opinaient pour l'amputation immédiate, M. Baudens prend le parti d'attendre, afin de laisser mieux se dessiner l'état des choses. Si les accidents augmentent, on recourra immédiatement à l'opération.

M. Baudens fait sur la face antérieure de la jambe deux larges incisions qui donnent issue à environ 400 grammes de sang veineux épanché sous la peau. Ce débridement permet de constater la disposition et l'état des fragments. Une fois le dégorgement obtenu et quatre longues esquilles fortement adhérentes dont les pointes lacéraient les muscles remises en place, il fait placer des morceaux de glace sur divers points du membre, préalablement recouvert d'une légère couche de charpie faisant la trame d'un cataplasme à la glace. — Saignée de 250 grammes ce matin; une autre saignée de même quantité est prescrite pour ce soir à trois heures; diète; limonade.

Le 27, la tuméfaction de la jambe n'a pas fait de progrès; elle n'a pas dépassé le genou, qui est modérément gonflé. Les douleurs sont peu vives; sommeil pendant la nuit; soif encore intense, pouls moins fort et moins fréquent, tombé de 95 à 80 pulsations. Selles normales. — Bouillon maigre et pruneaux; diète de vin; limonade; glace sur la jambe.

Le 28, amélioration de l'état du membre. La tuméfaction a diminué; la tension est moindre. La peau prend une teinte bleuâtre à la partie externe et supérieure de la jambe.

Le 29, la teinte ecchymotique de la peau s'est étendue depuis hier. La tension et le gonflement de la jambe n'ont pas changé; l'état général du malade est bon. La soif est actuellement peu vive. Le pouls conserve encore de la force, de la plénitude; mais il n'est guère plus fréquent qu'à l'état normal; le blessé dort bien la nuit. — On continue la glace.

Le 30, tension de la jambe moins considérable; la chaleur du membre est modérée; rien n'annonce une réaction locale redoutable. — M. Baudens ordonne de cesser la glace; elle est remplacée par des fomentations froides d'infusion de fleurs de sureau et de décoction de têtes de pavot.

Le 31, réaction forte dans la jambe; chaleur plus intense, douleurs plus vives. Par suite des mouvements auxquels le malade s'est livré, on trouve ce matin la jambe considérablement déformée; elle offre sur la face externe, vers le milieu de sa longueur, une convexité très prononcée. L'état général est moins satisfaisant que la veille; peau chaude, pouls fort et fréquent (90 pulsations), soif. M. Baudens applique incontinent son appareil à fracture. On couvre d'un pansement simple les deux plaies résultant des incisions faites ces jours derniers (plaies qui ne suppurent pas encore, et n'offrent d'ailleurs rien de particulier), et l'on entoure la jambe avec les bandelettes séparées du bandage de Scultet, pour réduire l'engorgement par une compression circulaire momentanée.

Le 1er novembre, mauvaise nuit; pouls fort, fréquent; peau chaude, soif vive, céphalalgie. On examine la jambe, et on la trouve tendue, rouge, chaude, très douloureuse. M. Baudens pratique avec un rasoir un assez grand nombre de scarifications sur toute sa partie antérieure; ces scarifications fournissent beaucoup de sang, quoiqu'elles aient été très superficielles. On applique ensuite une légère couche de charpie et de la glace sur la jambe, qui n'a pas cessé d'être soumise à l'extension, à la contre-extension et à la coaptation. Pas de selle depuis quatre jours. — Un lavement émollient détermine quelques évacuations. On laisse de côté les bandelettes du bandage de Scultet, dont l'application n'est plus indiquée, vu l'état des parties et la réaction qu'elles ont fait naître.

Le 2, état local peu amélioré depuis hier. Rougeur érysipélateuse de la peau encore plus vive. On observe tous les autres signes d'un phlegmon diffus. Beaucoup de chaleur et grande tension dans les parties; les douleurs pourtant sont moins intenses. De temps en temps le blessé ressent dans la jambe des élancements assez forts. Les plaies suppurent médiocrement. Le pouls est vif, fréquent (105 pulsations), mais moins fort que les jours passés. La soif est vive, la langue un peu sèche. — On continue les cataplasmes à la glace, dont le malade éprouve un grand soulagement. Bouillon maigre et raisin; limonade.

Le 3, le phlegmon diffus a envahi toute la partie antérieure de la jambe. Peau très chaude, luisante, d'un rouge vif; empâtement dans les tissus. Le pus n'est pas réuni en foyer; il est encore infiltré dans les mailles du tissu cellulaire. Les douleurs lancinantes sont plus intenses et se répètent plus fréquemment qu'hier. Deux des points excoriés sur la partie antérieure de la jambe, et situés sur la limite de la large surface de peau, dont on redoute la gangrène depuis le jour de l'accident, commencent à se détacher sous forme d'eschare. Il y a un peu de détente. — La glace est supprimée de nouveau, et remplacée par des fomentations froides faites avec la décoction de têtes de pavot et l'infusion de fleurs de sureau, la jambe étant préalablement recouverte d'une légère couche de charpie destinée à conserver l'humidité et à agir comme un cataplasme, moins le poids de ce dernier. Bouillon et pruneaux; limonade.

Le 4, le matin on remarque dans la jambe une détente notable; la peau, d'un rouge moins vif, commence à se rider et à se flétrir; les plaies résultant des deux grandes incisions pratiquées le lendemain de l'accident fournissent une suppuration crémeuse, jaunâtre, de bonne nature, en petite quantité; un pus semblable s'échappe au-dessous des deux petites eschares survenues à la suite de la contusion violente des parties, et qui ne sont pas encore complétement détachées. Les douleurs sont moins fortes. La peau du membre est le siége d'un vaste décollement. Par l'angle supérieur de la plaie externe, M. Baudens fait glisser sous la peau décollée une sonde à dard, dont l'extrémité arrive presque sous la tête du péroné. A l'aide du dard, il perce la peau vers ce point de dedans en dehors et dans la partie la plus déclive du décollement, puis il pratique dans ce même endroit une contre-ouverture d'un pouce environ, avec un bistouri conduit sur la cannelure dont est creusée la tige qui porte le dard. Pour faciliter l'écoulement du pus, on passe entre cette contre-ouverture et la plaie externe un séton fait avec une bandelette de toile fine. Le malade a un peu dormi cette nuit, il a moins de fièvre. — On continue les fomentations émollientes.

Le 5, l'état général du malade s'est amélioré. Le pouls est encore fort, mais il a perdu de sa fréquence; la peau est moins chaude; il n'y a plus ni soif ni douleur à l'épigastre. La jambe est moins tendue, moins rouge; elle est toujours le siége d'élancements multipliés. Les eschares gangréneuses sont tombées; les plaies qui résultent de leur chute donnent encore peu de pus.

Le 6, amélioration notable du membre. Les plaies ont un bel aspect. Douleurs lancinantes moins vives, moins fréquentes. Diminution marquée de l'engorgement et de la tension des parties. La fièvre a cessé; il y a à peine 60 pulsations par minute, mais le pouls conserve de la plénitude. La langue est moins rouge à sa pointe et à ses bords. Sommeil. — On continue le même pansement. L'appareil dans lequel la jambe est placée permet de panser tous les jours le blessé sans déterminer le moindre mouvement et la moindre douleur dans le membre fracturé. Il offre en outre au chirurgien le grand avantage de pouvoir procéder au pansement sans avoir besoin d'aucun aide.

Le 7, plus d'élancements dans la jambe, qui continue d'aller de mieux en mieux. — On enlève le séton et l'on applique toujours les mêmes fomentations.

Le 9, amélioration soutenue. — Suppression des fomentations émollientes; pansement simple sur les plaies.

Le 10, des pruneaux ayant occasionné quelques selles en diarrhée sont remplacés par une panade. Le blessé va d'ailleurs très bien.

Le 11, depuis hier matin une seule selle solide. Peau un peu sèche. Le pouls a perdu de sa force. Langue bonne. Les plaies offrent un bel aspect et fournissent une suppuration louable. Pas le moindre frisson.

Le 12, peau encore sèche; pouls lent, à 45 pulsations seulement. Pas de douleur dans la jambe, dont le volume a bien diminué. Les plaies suppurent médiocrement; elles se couvrent de bourgeons charnus de bonne nature. — On continue toujours les pansements simples. On augmente l'alimentation pour éloigner les causes de résorption.

Le 13, même sécheresse de la peau, même lenteur du pouls. Le malade se plaint de ne pas dormir. Pas de frisson ni rien d'extraordinaire du côté de la jambe. — On prescrit une potion opiacée pour combattre l'insomnie.

Le 14, le malade a bien dormi. Peau moins sèche. Pouls relevé; il est ce matin à 60 pulsations par minute. Le facies meilleur. Etat de la jambe toujours satisfaisant; presque plus de rougeur ni de gonflement. — On prescrit encore une potion opiacée pour la nuit. La diarrhée n'a pas reparu depuis le 11.

Le 19, on resserre les liens extenseurs, contre-extenseurs et coaptateurs, qui se sont relâchés. La jambe va d'ailleurs très bien; l'état général du malade est satisfaisant.

Le 21, on réprime avec le nitrate d'argent quelques bourgeons charnus qui s'élèvent sur les plaies. A l'aide d'un lacs, une compression modérée est exercée sur la partie antérieure de la jambe, afin d'obvier à la tendance des fragments à se porter en avant.

Le 26, on cautérise avec la pierre infernale quelques bourgeons exubérants; l'état de la jambe continue à s'améliorer. — On ne panse plus le blessé que tous les deux jours.

Le 30, on entoure la jambe avec les bandelettes du bandage de Scultet, de manière à exercer sur cette partie une compression modérée.

Le 7 décembre, le malade est pansé pour la première fois depuis l'application des bandelettes de Scultet. Jambe en très bon état, cicatrisation des plaies presque entièrement effectuée; il n'y a plus que quelques petits points non encore cicatrisés. La suppuration est presque nulle, et les pièces d'appareil, auxquelles on n'a cependant pas touché depuis sept jours, sont si peu souillées par le pus qu'il n'est pas nécessaire de les renouveler. Le membre est le siége d'un gonflement médiocre; la contre-ouverture faite à l'aide de la sonde à dard est complétement fermée. Le même mode de pansement est mis en usage, et l'on prescrit la demie d'aliments.

Nouveau pansement le 17. On touche avec la pierre infernale quelques points qui ne sont pas encore complétement cicatrisés.

Le 6 janvier, on fait la levée de l'appareil, qui est resté appliqué pendant soixante-sept jours. On trouve la fracture parfaitement consolidée, sans le moindre raccourcissement. Le cal forme sur le tibia une tumeur médiocrement volumineuse, arrondie et sans inégalités; il n'existe ni angle ni saillie à l'endroit de la réunion des fragments, et l'on sent la continuité de la crête du tibia sur toute sa longueur. Les plaies offrent dans toute leur étendue une cicatrice solide. La jambe n'est presque pas amaigrie. Les articulations fémoro-tibiale et tibiotarsienne sont le siége d'une roideur assez prononcée, surtout l'articulation du cou-de-pied; elles ne peuvent exécuter que des mouvements très bornés. Une chaleur anomale se fait sentir à la peau au niveau du cal. — On prescrit un liniment camphré pour frictionner les articulations roides auxquelles le malade aura le soin de faire exécuter fréquemment de petits mouvements.

Le 20, la souplesse est revenue dans les jointures; mais il y a toujours à la peau, au niveau de la fracture, une chaleur assez intense. Le malade éprouve, en outre, de temps en temps quelques élancements dans la tumeur du cal, qui paraît être le siége d'un travail inflammatoire intérieur.

On réduit le régime alimentaire; au lieu des trois quarts, on ne prescrit plus que la demie. Le blessé gardera le repos, et de temps à autre il tiendra sur la jambe des compresses imbibées d'eau froide.

Le 1er février, la chaleur persiste ainsi que les élancements, sans toutefois augmenter d'intensité. On observe sur la partie externe de la jambe, à l'endroit où a été pratiqué un des larges débridements, une hernie musculaire occupant toute la longueur de la cicatrice et faisant saillie au-dessous d'elle. Cette hernie ne se manifeste que dans la marche ou la station debout; elle disparaît lorsque le blessé est couché dans son lit. — On fait donner au malade un bas lacé dont il tiendra sa jambe enveloppée.

Le 14 mars, Marx sort de l'hôpital pour aller en congé de convalescence. Il y a toujours un peu de chaleur dans la jambe au niveau de la fracture, qui est guérie sans raccourcissement, sans déviation; le blessé marche sans boiter, sans se servir d'aucune espèce d'appui. La hernie musculaire a presque disparu.

Réflexions. — Les beaux résultats ici obtenus tiennent essentiellement à l'efficacité de l'appareil, provisoire d'abord, définitif ensuite, employé par M. Baudens, et surtout à la glace, qui a si heureusement conjuré les accidents du traumatisme. Malgré l'état de stupeur locale plus apparente que réelle, malgré la désorganisation tégumentaire dans une grande étendue, on a eu recours à la glace; on l'a supprimée dès que la réaction locale a cessé de paraître; mais il a fallu la reprendre bientôt après pour l'arrêter dans ses écarts.

Contrairement au précepte d'éviter toute incision capable d'introduire l'air au foyer de la fracture, M. Baudens a usé tout d'abord et largement du bistouri. Un épanchement sanguin de 400 grammes ne se serait pas résorbé, surtout avec l'altération profonde des parties molles; les esquilles, dont les pointes lacéraient les muscles, devaient être remises en place; un peu plus tôt, un peu plus tard, il aurait fallu ouvrir une issue à des foyers purulents profonds; mieux valait donc prévenir de grands désordres et agir de suite.

Dans les quelques faits qui suivent, nous croyons pouvoir supprimer des détails qui n'offrent pas assez d'intérêt.

Obs. V. — *Fracture des deux os de la jambe, tiers inférieur, avec issue du tibia. — Guérison sans accident.*

Mme Pariset, femme de notre célèbre confrère, âgée de quatre-vingt-trois ans, forte, replète, de bonne santé, tombe du haut d'un tabouret, le 25 août 1841, et se fracture les deux os de la jambe droite à trois travers de doigt de l'articulation tibio-tarsienne. Le fragment supérieur, taillé en biseau, a percé la peau et sort d'environ 3 centimètres. Le péroné est également fracturé, mais un peu plus bas. Appelé sur-le-champ, je réduisis la fracture, non sans quelques efforts pour faire rentrer la pointe de l'os.

Mme Pariset portait de ce côté depuis trente ans un brodequin à talon plus élevé que l'autre, surtout en dehors, par suite d'une difformité consécutive à une ancienne entorse avec fracture du péroné. Le pied était fort déjeté en dehors et la marche était très pénible.

Je plaçai dans mon appareil à fracture le membre recouvert de glace pendant les premiers jours, et je redressai le pied, si bien qu'après cinquante jours, quand l'appareil fut retiré, l'infirmité qui datait de trente ans avait complétement disparu.

Mme Pariset vécut encore quelques années; elle marchait beaucoup mieux qu'avant son accident; elle avait dû réformer ses anciennes chaussures et n'avoir plus qu'un soulier ordinaire. MM. J. Cloquet et Lisfranc l'ont plusieurs visitée avec nous pendant le cours du traitement : ils ont pu apprécier l'efficacité de notre appareil.

Aucun accident n'est survenu pendant le traitement; la fracture a marché comme si elle eût été simple; pas de souffrance, pas un instant de fièvre. La malade n'a pas cessé de conserver sa gaieté naturelle. Elle riait un jour avec tant d'éclats qu'elle nous demanda si les secousses ne seraient pas nuisibles à sa jambe. — Non, lui dit Pariset, qui ne cessait de faire avec sa femme assaut d'esprit, ces secousses sont des petites promenades en toi-même; ris toujours, puisque tu ne peux te promener autrement.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le professeur Sachero, président de l'Académie royale de médecine de Turin, vient de mourir dans cette ville. M. Sachero occupait une très haute position dans la science et dans la pratique de son pays.

— Un des chirurgiens les plus distingués des Etats-Unis, M. le docteur R.-L. Howard, professeur de chirurgie et rédacteur en chef du *Ohio Medical and Surgical Journal*, vient de succomber à une longue et douloureuse maladie.

Erratum. — Dans notre numéro du 17 février, à l'article *Altération du pain*, 4e alinéa, *au lieu de* : « L'aliment fait la santé, la santé » fait le caractère, la pensée, le jugement. Les déterminations ont des » rapports de cause à effet si intimes, etc... ; »

Lisez : « *L'aliment et la santé, la santé et le caractère, la pensée,* » *le jugement, les déterminations ont des rapports de cause à effet si* » *intimes*, etc. »

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues à la Faculté de médecine par MM. :

Marié, né le 11 décembre 1827 à Callas (Var); *Des névroses liées à une altération humorale.*

Audouit, né le 30 juillet 1821 à Marans (Charente-Inférieure); *De l'héméralopie.*

Goupil, né le 22 janvier 1829 à Paris (Seine); *De l'anévrisme artério-veineux spontané de l'aorte et de la veine-cave supérieure.*

Géry, né le 13 décembre 1826 à Dontilly (Seine-et-Marne); *Du traitement de la chorée par le chloroforme.*

Ochoa, né le 9 novembre 1823 à Zapotiltic (Mexique); *De la syphilis.*

Blin, né le 8 mai 1828 à St-Quentin (Aisne); *De la diphthérite des organes génitaux.*

Pupier, né le 16 août 1824 à Lyon (Rhône); *Traitement consécutif spécial des amputations comme moyen d'obvier aux accidents des grandes plaies.*

Nous rappelons à MM. les docteurs que leurs thèses seront annoncées dans l'un des numéros qui suivra la remise qu'ils en auront faite à notre bureau.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 24. — MARDI 27 FÉVRIER 1855. (28e ANNÉE.) N° 24. — MARDI 27 FÉVRIER 1855.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE.	Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »	POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 26 FÉVRIER 1855.

Séance de l'Académie des Sciences.

On se rappelle l'effet qu'a produit il y a quelques années la découverte d'un produit spécial dans l'air atmosphérique, l'ozone, sous de certaines conditions qui semblaient impliquer un rapport entre l'existence de ce produit et l'état d'insalubrité des lieux d'observation. On a pu espérer un instant qu'on allait saisir la cause des épidémies ou de certaines constitutions médicales restée jusque-là inexplicable. Il ne paraît pas, jusqu'à présent, qu'on ait tiré un grand parti de cette découverte. Le temps et des recherches multipliées amèneront-ils plus de résultats? On ne saurait rien préjuger à cet égard. Mais dans le doute, c'est un devoir d'enregistrer les observations recueillies par de zélés investigateurs. C'est à ce titre que nous reproduisons celles qui ont été faites par le directeur de l'observatoire de Berne, M. Wolf, sur les variations de l'ozone considérées relativement aux variations dans l'état hygiénique du lieu d'observation. M. Wolf a constaté ce fait curieux, que les réactions de l'ozone avaient diminué avec l'apparition du choléra à Berne, comme cela avait été observé à Strasbourg dans les mêmes circonstances, et qu'elles augmentaient graduellement quand le choléra commençait à disparaître. Il a reconnu, en outre, qu'en représentant par une courbe la marche annuelle des réactions de l'ozone, une inflexion rapide de cette courbe annonçait une mortalité considérable. Ces recherches ont besoin d'être suivies.

On trouvera aussi au compte rendu une courte note de M. Le Roy-d'Etiolles sur le curieux phénomène, signalé déjà par M. Cloquet, de la rupture spontanée d'une pierre dans la vessie, ainsi qu'un très court résumé d'un travail de M. Remak (de Berlin) sur le développement des animaux vertébrés, dans lequel l'auteur émet des vues nouvelles sur la théorie cellulaire et la production des cellules embryonnaires. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GENDRIN.

Des broncho-pneumonies régnantes, et de leur traitement.

Il existe en ce moment dans nos salles un grand nombre d'inflammations de poitrine qui frappent à la fois le poumon et les bronches. On trouve chez presque tous les malades simultanément les signes réunis de la bronchite et de la pneumonie, celle-ci généralement moins étendue que la première. Il y a cependant quelques exceptions. Ainsi, chez deux malades de la salle des hommes (n° 6 et n° 32), la phlegmasie des poumons est exclusive de celle des bronches; la pneumonie a débuté d'emblée. Mais ce qu'il y a de remarquable, c'est que chez ceux-ci comme chez ceux qui présentent la complication de la bronchite, la pneumonie est à plusieurs foyers. La multiplicité des foyers inflammatoires semble être le caractère commun des pneumonies actuellement régnantes, qu'elles soient simples ou compliquées. Or ce n'est pas, on le sait, le cas le plus ordinaire. Dans ces cas de pneumonie à foyers multiples, il est rare que l'inflammation occupe exactement les mêmes points et qu'elle ait la même étendue des deux côtés. Le plus ordinairement au contraire elle occupe de chaque côté un siége différent. Ainsi, chez le malade du n° 32, par exemple, la pneumonie occupe à droite le sommet, tandis qu'à gauche elle siége au côté externe.

Il est manifeste que la phlegmasie pulmonaire doit, en raison de cette circonstance, exercer une plus grande influence sur l'économie. Cependant il ne faudrait pas toujours juger *à priori* du degré de réaction générale par l'étendue de la lésion locale. Par exemple, chez la malade du n° 5 (salle du Rosaire), femme d'une constitution lymphatique et flétrie, et dont les facultés intellectuelles sont affaiblies au point qu'elle n'a pu nous donner aucun renseignement sur son état antérieur, il y a une pneumonie double occupant une grande étendue des deux poumons. On ne pourrait cependant mesurer chez elle l'étendue de la phlegmasie par l'intensité de l'état fébrile. Il n'existe en effet aucune proportion entre l'état fébrile et l'inflammation pulmonaire. C'est qu'en général l'état fébrile ne représente pas exactement la réaction inflammatoire, mais l'état général dépendant de la cause qui a produit l'inflammation du poumon. Il n'en est pas de ces pneumonies, qui se manifestent spontanément sous l'influence d'une constitution médicale spéciale, comme des pneumonies purement traumatiques. Il y a à tenir compte dans ce cas de la variété des effets qui peuvent résulter de la perturbation apportée dans l'économie par la cause morbide. Ici c'est le froid humide qui a produit chez cette femme une pneumonie, et qui chez d'autres aurait produit une pleurésie ou un rhumatisme.

Dans tous ces cas la fièvre n'est pas seulement réactionnelle, il y a une fièvre initiale qui précède et accompagne la lésion locale et qui est l'expression directe de la cause pathologique. Il ne faut donc pas oublier que la fièvre chez les sujets atteints de pneumonie est beaucoup plus le résultat de la perturbation fonctionnelle générale produite par la cause morbifique que l'effet de la réaction de la pneumonie elle-même. C'est ce qui explique la disproportion, le défaut fréquent de rapport d'intensité que l'on remarque dans ces cas entre l'état général et la lésion du poumon. Ainsi on peut voir en ce moment dans les salles avec un degré égal de fièvre des degrés très variables dans l'affection pulmonaire. Chez quelques-uns de nos malades la pneumonie ne se montre en quelque sorte que comme le summum de la bronchite; chez d'autres, il n'y a qu'une bronchite seulement; chez quelques autres cette bronchite est même légère, bien qu'ils présentent tous un état fébrile général assez intense développé sous l'influence de la même cause épidémique; enfin, chez quelques-uns la maladie ne consiste que dans cet état fébrile général sans aucune lésion locale encore appréciable. Mais dans ce dernier cas on pourrait aisément se laisser induire en erreur si, s'en tenant à ce premier diagnostic, on se croyait fondé à annoncer qu'il ne se formerait aucune lésion locale, car après deux ou trois jours de fièvre il n'est pas rare de voir se déclarer tous les signes locaux de la pneumonie et quelquefois même à un degré très prononcé. Il ne faut pas oublier que toutes les lésions locales ne se manifestent pas de prime abord, qu'elles sont souvent précédées pendant un ou plusieurs jours d'un état fébrile général. C'est le cas des pneumonies dont il s'agit en ce moment.

Une conséquence pratique importante se déduit de ces faits, c'est que, si l'on peut réprimer l'état général avant la manifestation des lésions locales, on a un grand avantage et l'on peut espérer d'en prévenir le développement ou tout au moins d'en atténuer beaucoup l'intensité. Si vous êtes appelé auprès d'un malade qui se trouve dans une semblable situation, alors que vous êtes prévenu par la connaissance des maladies régnantes des chances communes auxquelles il est soumis, et si vous agissez suivant le caractère et la prédominance de telle forme de l'affection générale, vous pourrez prévenir ou amoindrir les phénomènes locaux ultérieurs soit par la saignée s'il y a pléthore, par un éméto-cathartique s'il existe des accidents saburraux ou toute autre altération des voies digestives qui réclame l'emploi de ce moyen; soit enfin par toute autre médication appropriée au caractère de l'affection, vous pouvez faire avorter les inflammations consécutives.

Vous avez pu voir plusieurs fois des exemples de la marche que je viens d'indiquer dans la succession des phénomènes morbides, ainsi que des exemples de succès de cette médication préventive chez le grand nombre de sujets qui sont passés depuis quelque temps sous vos yeux et qui vous ont offert tous les degrés de l'affection en question, depuis un simple état fébrile sans lésion locale, depuis une simple bronchite jusqu'aux bronchopneumonies, aux irritations de poitrine et aux pneumonies les plus graves.

A côté des cas dont je viens vous entretenir et qui se rattachent tous plus ou moins à l'influence de la constitution médicale régnante, il y a aussi d'autres cas de pneumonie qui sont liées à un état morbide plus général et plus grave qui les tient plus ou moins complétement sous sa dépendance. Tel est le cas, par exemple, des malades couchés aux nos 8 de la salle des femmes et 18 de la salle des hommes, et qui sont tous deux affectés de pneumonie coïncidant avec la marche régulière et la forme adynamique de l'affection typhoïde. Chez ces malades-là, nous n'avons pas entrepris de traiter la pneumonie. Ici la médication rationnelle de l'affection du poumon est subordonnée à la considération de l'état général, d'après ce principe de pathogénie que les altérations locales sont toujours sous la dépendance de l'affection générale et des états constitutionnels actuels ou antérieurs. C'est dans l'appréciation de ces phénomènes généraux des maladies que se trouvent les indications thérapeutiques applicables à ces lésions locales.

UN DOCTEUR BIBLIOPHILE

condamné aux galères perpétuelles.

Il y avait à Paris en 1667 un savant distingué, nommé Charles Patin (1). Moins célèbre que son père, le fameux Guy-Patin, il occupait cependant une position considérable. D'abord licencié ès droit à Poitiers, puis avocat au parlement de Paris, il avait, d'après le désir paternel, abandonné le barreau pour la médecine. Reçu docteur, il avait su conquérir une grande clientèle. Il pratiqua avec succès et enseigna la pathologie interne avec beaucoup de réputation dans les écoles de la Faculté de Paris (2). Dans ses moments de loisir il s'occupait de numismatique, et en 1662 il avait demandé au roi la permission de lui dédier un ouvrage sur les médailles consulaires. En 1665 il avait publié un livre intitulé *Introduction à l'histoire par la connaissance des médailles*.

Partagé entre la pratique de la médecine et l'étude de l'antiquité, Charles Patin vivait au milieu de l'estime et de la considération publiques. Tout à coup un malheur effroyable vint fondre sur lui: le 28 février 1668, un jugement le condamna par défaut aux *galères perpétuelles!* Quel crime avait-il donc commis? On va le voir :

Envoyé vers 1667 en Flandre par ordre du roi pour faire supprimer les planches et les exemplaires de plusieurs livres défendus, il avait fait briser ces planches et supprimer ces ouvrages; mais, avant de partir, il avait chargé quelques amis d'acheter des exemplaires de ces mêmes ouvrages, s'ils pouvaient en trouver dans le pays, et de les lui envoyer. Un de ses amis, en effet, lui en envoya six avec d'autres non défendus. Patin affirme, dans une requête au roi, qu'il ne les avait fait venir que pour les ôter des mains des étrangers et qu'il n'avait l'intention d'en faire aucun mauvais usage. Quoi qu'il en soit, leur arrivée fut signalée aux syndics des libraires de Paris, qui en voulaient depuis longtemps à Charles Patin, parce qu'il avait fait imprimer ailleurs qu'à Paris plusieurs de ses ouvrages.

Les syndics firent saisir le ballot contenant ces livres défendus; puis ils portèrent plainte au procureur du roi, qui instruisit extraordinairement contre Charles Patin.

Celui-ci, voyant sa liberté menacée, se hâta de s'enfuir. Bien lui en prit, car, pour le fait d'avoir eu en sa possession des ouvrages prohibés, il fut condamné à faire amende honorable et aux *galères à perpuité*. Si l'on avait pu l'arrêter, lui, cet habile médecin, ce savant numismate, cet homme d'esprit et de talent, il aurait été ramer sur les galères en compagnie des plus vils scélérats.

Ces livres étaient le *Boucher d'Etat*, par le comte de Lisola; l'*Histoire galante de la cour;* quelques volumes du factum de Fouquet (sa défense), et l'*Histoire de l'entreprise de Gigeri* (1).

Charles Patin, étant parvenu à sortir de France, se mit à voyager, et il parcourut successivement l'Allemagne, la Hollande, l'Angleterre, la Suisse et l'Italie. Ses infortunes et son éloignement touchèrent vivement son père (2), dont il était tendrement aimé.

Las de voyager, Charles Patin se fixa à Padoue; il y fut nommé à une chaire extraordinaire le 19 septembre 1676.

(1) « *Carolus meus, filius dilectissimus, pathologiæ professor.* » (LETTRES DE GUY-PATIN, t. II, p. 55.)

(2) « Outre la médecine, mon fils Charles explique l'anatomie sur un cadavre de femme. Il a une si grande quantité d'auditeurs, qu'outre le théâtre, la cour en est encore toute pleine; il commence fort bien à vingt-six ans, je souhaite qu'il finisse encore mieux. Il a bien des amis qui l'aiment; ses études lui en ont acquis un grand nombre, et sa gentillesse encore autant et plus. Michel de Montaigne a dit quelque part que jeunesse et adresse ont un merveilleux crédit en ce monde; quoi qu'il en soit, j'espère que son fruit meurira et qu'il sera quelque jour très bon. *Interea conatus erit in laude, eventus in casu*, a dit Apulée en ses *Florides.* » (Lettres citées, t. Ier, p. 421 et 422.)

(1) « Ce sont de petits libelles plus dignes de mépris que de colère. Je pense que ces trois livres ne sont qu'un prétexte, et qu'il y a quelque partie secrète qui en veut à mon fils et qui est la cause de notre malheur. J'espère que Dieu, le temps et la philosophie nous délivreront et nous mettront en repos; et en attendant, Seigneur Dieu, donnez-nous patience. Il faut être en ce monde enclume ou marteau. Je ne me suis jamais donné grand souci; mais en voici bien tout d'un coup à mon âge de soixante-sept ans! Il faut supporter patiemment ce à quoi on ne peut apporter aucun remède; enfin Dieu l'a voulu ainsi. » (Lettres citées, t. III, p. 277.)

(2) « On m'écrit que mon cher fils Carolus ne fait qu'étudier et qu'il ne s'afflige point trop d'avoir quitté son pays : *sicurus sine crimine vivit.* L'électeur

Un mot maintenant sur cette médication rationnelle de la pneumonie, dont on a pu voir faire une assez large application depuis quelque temps dans le service sur un grand nombre de malades. Cette médication rationnelle consiste d'abord à déférer à l'indication des évacuations sanguines, mais dans une mesure restreinte, puis à recourir à l'usage de vastes vésicatoires sur la poitrine et à l'administration du calomel à doses légères, agissant à la fois comme purgatif et probablement aussi comme un résolutif énergique. Quoi qu'il en soit de l'action spéciale de ce dernier moyen, action difficile peut-être à apprécier à cause de son association avec les deux autres, toujours est-il que son concours nous a toujours paru donner de bons résultats. Quant aux deux autres moyens, il est beaucoup plus aisé de s'en rendre compte.

On a affaire ici à un mouvement inflammatoire et congestionnel porté à un haut degré d'intensité. Si l'on joint à cette circonstance les conditions de vascularité et de fonctionnalité de l'organe affecté, la saignée se présente naturellement à l'esprit comme le moyen de remplir l'indication principale. Aussi a-t-elle été de tout temps préconisée par tous les médecins qui ont fait autorité dans la science. C'est le traitement rationnel par excellence de la pneumonie. Il n'y a d'exception à cet égard que pour certaines pneumonies épiphénoménales, telles que celles qu'on rencontre dans certaines épidémies ou celles qui surviennent pendant le cours d'une fièvre grave, comme les deux exemples que nous avons cités tout à l'heure.

Lorsqu'on a eu recours aux évacuations sanguines, que l'on a réprimé le mouvement congestif, vient ensuite l'indication des dérivatifs. L'action dérivative est exercée au plus haut degré par les vésicatoires, qui en remplissent toutes les conditions. Ces dérivatifs exercent une action immédiatement heureuse. On peut s'en assurer presque tout de suite en voyant diminuer la gêne de la respiration, l'expectoration sanguine et l'état fébrile, et en voyant survenir dans la broncho-pneumonie une expectoration bronchique plus abondante.

Pour notre compte, nous admettons dans l'action des vésicatoires un autre effet. Indépendamment de l'action dérivative, nous croyons qu'ils exercent aussi une action topique stimulante sur les fonctions sécrétoires de la peau, et même sur le système nerveux et vasculaire; enfin, ils nous paraissent avoir aussi, par le principe actif des cantharides, une action stimulante générale qui entre probablement pour beaucoup dans les heureux effets de l'emploi de ce moyen. La suppression de presque tous les émonctoires dans la pneumonie montre assez que la phlogose a eu pour effet de troubler et de suspendre plus ou moins complétement les actions sécrétoires. Or, c'est encore un des effets des vésicatoires d'exciter les phénomènes de diacrise. Aussi est-ce un des moyens les mieux appropriés au traitement de cette affection.

Le choix des points d'application des vésicatoires est très important. On se guide ordinairement d'après le siége du point de côté ou des phénomènes stéthoscopiques. Il nous paraît préférable, dans tous les cas, de choisir le sommet de la poitrine en arrière, comme le point le plus rapproché et le plus en connexion intime par les médiastins avec les poumons et leurs racines.

Lorsqu'une première application de vésicatoires dans cette région a été insuffisante et que les phénomènes phlegmasiques persistent, nous avons quelquefois recours à de nouvelles applications vésicantes en avant. Enfin, il est quelquefois nécessaire, dans ce cas, de revenir encore secondairement aux émissions sanguines.

L'indication des émissions sanguines secondaires a été à diverses époques l'objet d'assez vives discussions. D'après les médecins anciens, les saignées ne convenaient que dans la première période de la pneumonie, c'est-à-dire tant que la fluxion inflammatoire est encore mobile. Plus tard, disaient-ils, dès qu'il y a un commencement de travail plastique dans les poumons, les saignées sont non-seulement inutiles, mais même nuisibles. De là la méthode de traitement qui s'est perpétuée jusqu'à nos jours, et qui consiste à ne saigner qu'au début, et à faire suivre la saignée de l'emploi des révulsifs.

De Haën, dans son *Ratio medendi*, s'est fortement élevé contre cette manière de voir, et il s'est efforcé de démontrer qu'il y avait encore de l'avantage à chercher à diminuer la congestion et l'afflux sanguin vers les poumons, alors même qu'il y a un commencement de dépôt anomal, pourvu toutefois qu'on ne pousse pas trop loin l'usage de la saignée à cette période. Nous partageons à cet égard la manière de voir de de Haën; aussi nous voyez-vous assez souvent pratiquer des émissions sanguines dans une période avancée de la pneumonie, même après l'emploi des vésicatoires. Ainsi, nous avons quelquefois recours itérativement à la saignée plusieurs jours après l'application des épispastiques, lorsque leur action dérivative nous a paru insuffisante. Nous sommes guidé à cet égard par le degré de congestion pulmonaire et par le degré d'oppression qui en résulte.

Ainsi les évacuations sanguines lorsqu'il s'agit et tant qu'il s'agit de combattre l'état congestif, les dérivatifs épispastiques et les dérivatifs intestinaux au déclin de la maladie et lorsqu'il s'agit de favoriser la résolution de l'état phlegmasique, tel est l'ensemble des moyens dont se compose pour nous le traitement de la pneumonie en général, et en particulier celui des pneumonies qui règnent en ce moment et qui ne présentent d'ailleurs aucune modification aux indications générales ordinaires. Mais, tout en recommandant l'emploi de ces moyens, il ne faut pas oublier qu'un assez bon nombre de ces affections, surtout en ce moment, guérissent spontanément par les seuls efforts de la nature, et qu'à moins d'indications bien démontrées, c'est une raison pour se montrer sobre dans l'emploi de ces moyens.

DISPENSAIRE OPHTHALMIQUE DE LIÉGE.

M. Ansiaux.

Cristallin luxé et passé sous la conjonctive.

La nommée Gilbon, âgée de trente-quatre ans, du village de Trembleur, occupée à soigner des bestiaux, fut frappée à l'œil gauche par un coup de corne de vache. L'œil avait été atteint par la partie convexe et non par la pointe de la corne, ce qui explique comment il n'a pas été vidé d'emblée.

Cette femme, bien que ressentant des douleurs dans l'œil, n'y fit pas grande attention; mais quand les accidents inflammatoires furent calmés, elle s'aperçut que la vision de cet œil n'était plus nette et que les mouvements en étaient gênés. C'est alors qu'elle recourut aux conseils du médecin de sa localité. Ce praticien fit disparaître ce qui restait encore d'inflammation dans l'œil, et la malade ne fit plus rien.

Au mois de juillet, cette femme se présenta à ma visite cantonale à Herve, et je reconnus les altérations suivantes :

La pupille était déformée; toute la portion supérieure et interne de l'iris avait disparu. A la partie supérieure et interne du globe de l'œil, au-dessus de son diamètre transversal, se trouvait une bosselure demi-sphérique, d'une teinte opaline, que la malade avait remarquée seulement quelque temps après l'accident. Cette tumeur était dure, indolente, et offrait tous les caractères d'un cristallin passé sous la conjonctive par suite d'une violence extérieure. Au bout d'un certain temps cette tumeur, ayant pris de l'accroissement, se rompait spontanément pour laisser échapper un peu de liquide, puis s'affaissait légèrement sans jamais disparaître entièrement. L'aspect extérieur de l'œil malade et l'accident qui avait provoqué ses altérations faisaient supposer que la tumeur développée à la surface de l'œil pourrait bien être le cristallin luxé et passé sous la conjonctive, à travers une déchirure des tissus de la coque oculaire.

Le tremblement de l'iris et la faculté de rectifier la vision au moyen d'un verre lenticulaire, comme cela se fait chez les sujets opérés de la cataracte, dissipèrent tous les doutes et démontrèrent positivement que cette présomption était fondée.

Il restait une chose importante à connaître : l'ouverture qui avait livré passage au cristallin était-elle oblitérée? La date de l'accident (un an) autorisait à croire qu'il en étaitainsi. Mais, d'autre part, le liquide qui se reproduisait de temps en temps, au point de faire rompre la tumeur, pouvait faire naître des doutes et donner à penser que la communication entre l'œil et la tumeur n'était pas interrompue.

L'opération fut décidée pour le 17 novembre, et il y fut procédé de la manière suivante :

La patiente s'assit en face du jour, et les paupières furent écartées par le dilatateur de Kelley. Je fixai l'œil avec une érigne qui fut ensuite confiée à un aide. La conjonctive fut saisie à la partie supérieure par une pince à crochet et incisée avec des ciseaux courbes, puis l'espèce de kyste qui s'y était formé disséqué avec le plus grand soin. Toute la partie antérieure de la conjonctive fut abaissée et conservée, et la lentille encore munie de sa capsule fut ainsi mise à découvert. Il fut facile de l'enlever avec une curette, car il n'avait pas contracté d'adhérences. La sclérotique était saine, seulement l'espace circulaire que la lentille en recouvrait, vers la partie interne, auprès du bord de la cornée, présentait une saillie un peu noirâtre et fort dure au toucher, comme cartilagineuse. Cette élevure constituait la cicatrice de la solution de continuité qui avait livré passage au cristallin et qui était entièrement fermée. Cet état des parties rendit les suites de l'opération très heureuses, car au bout de quinze jours Marie Gilbon quitta le dispensaire pour reprendre ses occupations habituelles.

L'observation microscopique de l'appareil réfracteur a été faite par M. Schwann, professeur d'anatomie à l'Université de Liége. Le cristallin, qui avait gardé une partie de sa transparence, avait conservé sa structure normale; seulement il était ramolli, principalement dans ses couches corticales. La capsule n'était pas complétement opaque, elle conservait une demi-transparence; sur une place de la cristalloïde existait un dépôt blanc pulvérulent, se dissolvant dans l'acide acétique, avec dégagement de gaz. C'était probablement du carbonate de chaux.

GROSSESSE TUBAIRE,

Par M. le docteur Brémont, inspecteur adjoint des eaux thermales, à Chaudes-Aigues.

Jusqu'ici la grossesse tubaire a été regardée comme au-dessus des ressources de la nature et de l'art. On n'a vu d'autre moyen de salut que dans la gastrotomie ou la taille vaginale, la plupart du temps impraticable, parce que la femme meurt ordinairement dans le quatrième mois, avant qu'on puisse avoir des données certaines sur sa position; cependant la nature secondée peut parfois, si l'on ne peut pas dire communément, se suffire.

« Je pense, dit à ce sujet M. du Chambon, qu'on peut diminuer le danger que court la femme de perdre la vie à toutes » les époques d'une gestation de cette espèce, par la rupture de la » poche qui renferme l'embryon, en employant les saignées et un » régime convenable. »

En voici un exemple : le cas que je vais citer, réuni aux faits de dessèchement de fœtus dans le sein de la mère, qu'on a déjà observés plusieurs fois, pourra modifier les principes donnés jusqu'à ce jour; dans tous les cas, la science n'a qu'à gagner à connaître les observations de ce genre.

Mme E......., de Sainte-Marie, canton de Pierrefort (Cantal), âgée de trente-sept ans; tempérament bilioso-nerveux, constitution bonne, mère de deux enfants, dont le dernier a huit ans; figure pâle, yeux vifs, le blanc de la sclérotique très prononcé; peau très blanche; ayant au cou depuis quelque temps un ganglion lymphatique engorgé, dur, squirrheux, et de la grosseur d'un œuf de pigeon, se rend aux bains de Chaudes-Aigues le 20 juillet 1850, par ordonnance de M. Mezansac (de Pierrefort), inspecteur des eaux de Sainte-Marie, et de M. Selvagnac, médecin à Tagenac. Ses menstrues lui manquent depuis trois mois et demi; elle ne les a pas gardées la dernière fois comme d'habitude; elle croyait les avoir supprimées par le contact de l'eau froide. Elle se plaint d'une douleur vive, lancinante dans toute la région épigastrique et iliaque droite, et la fait remonter à l'époque de son imprudence. Peu sensible d'abord, elle est arrivée peu à peu au point où elle est actuellement; elle est si vive, que la malade ne peut supporter la moindre compression, tout au plus se laisse-t-elle toucher fort légèrement. Ces souffrances continuelles sont accompagnées souvent de coliques, et parfois de flatuosités. Toutes les fois que les coliques reparais-

---

Treize ans après sa condamnation, Patin, informé des dispositions favorables de Louis XIV (1), lui adressa une requête renfermant le récit des faits qui avaient motivé le jugement. Le roi, par décision du mois de juin 1681, lui accorda des lettres de rémission. Ces lettres se terminent ainsi : « Voulant préférer miséricorde à rigueur de justice, de » nostre grâce spéciale, pleine puissance et authorité royale, nous » avons le dit Charles Patin deschargé et deschargeons de l'amende » honorable et peine de galères à perpétuité et autres condamnations » prononcées par le dit jugement, et avons iceluy remis et restitué, re» mettons et restituons en sa bonne fame et renommée, et en ses biens » non d'ailleurs confisquez; imposons sur ce silence perpétuel à nostre » procureur général, ses substituts et à tous autres. »

Charles Patin, absent de son pays depuis treize ans, placé depuis 1667 sous le coup d'une condamnation infamante, obtint donc à la fois sa réhabilitation et la possibilité de revoir sa patrie. Mais qu'y serait-il venu faire? Sa clientèle de Paris était depuis longtemps perdue, tandis qu'il avait réussi à s'en former une autre en Italie.

Sa réputation était même si bien établie, que dès 1677 il avait été question de l'appeler à Vienne et de le nommer médecin de l'empereur. Enfin, dans cette même année 1681, on venait de lui donner la première chaire de chirurgie de la Faculté de Padoue; on lui confia celle de pratique le 9 octobre 1683. Comme il remplit ces places avec distinction, la seigneurie de Venise lui accorda le titre de chevalier de Saint-Marc; l'Académie impériale des curieux de la nature le reçut dans son sein sous le nom de *Galien Ier*, et il fut longtemps chef et directeur de l'Académie des Ricovrati.

Charles Patin demeura donc dans la ville de Padoue, et continua d'y professer jusqu'à sa mort, qui arriva le 2 octobre 1693.

On voit par l'exemple de notre malheureux confrère que, dans le grand siècle la possession de livres défendus motivait des condamnations aux galères; cela n'empêchait pourtant pas les plus hauts personnages d'avoir ces livres dans leurs bibliothèques. Ainsi, le chancelier de Pontchartrain, écrivant un jour à d'Argenson, lieutenant général de police, lui disait :

« J'ai reçeu le mémoire des livres deffendus que vous m'avés envoyé, » qui se sont trouvés dans la vente judiciaire d'une bibliothèque. Vous » avezbien fait de les faire porter à la chambre syndicale, et je loue en » cela vostre exactitude. Mais comme ces livres, quoyque deffendus, » n'ont rien de mauvais par eux-mêmes, vous pouvés en disposer » comme il vous plaira. Je n'en ay pas besoin pour moi, car je crois » les avoir tous. »

Dr Cabaret (de St-Malo).

palatin lui veut beaucoup de bien; il s'est même offert d'écrire au roy en sa faveur, mais Carolus est un stoïque qui dit ne vouloir son retour à personne qu'au roy. C'est un prince sage, dit-il; on m'a persécuté en son nom, il me fera revenir quand il voudra. Si cela n'arrive pas, je dirai avec Cujas et quelques autres : *O ingrata patria, non habebis ossa mea.* J'ai bien plus envie de le voir qu'il n'en a de retourner; mon Dieu, quand sera-ce? » (Lettres citées, tome III, pages 288 et 289.)

(1) « On parle à la cour de rappeler mon Carolus. Il y a beaucoup de gens de bien qui l'aiment; mais un ou deux qui le haïssent, sans même qu'on sçache pourquoi, lui ont fait plus de mal que ses amis ne peuvent lui faire de bien. Je sais de bonne part que M. de C... a voulu avoir ses manuscrits; mais il aime mieux demeurer dans son exil que de donner la gloire de son travail à un autre. Il a trouvé moyen d'acheter l'*Histoire des médailles des empereurs romains.* Le livre est beau; mais ne doutez pas que ses ennemis n'en disent du mal. Il l'a dédié à l'empereur, auquel il m'écrit qu'il a des obligations insignes pour les honneurs et le bien qu'il lui a faits. » (Lettres citées, t. III, p. 424 et 425; édition in-12.)

M. Hogg, pharmacien de Paris, convaincu de l'utilité qu'offre l'usage de l'huile de foie de morue dans les convalescences, souvent fort longues, des maladies graves et des grandes opérations chirurgicales, vient d'offrir à S. E. M. le ministre de la guerre, qui les a acceptés, deux cents flacons de cette huile pour les hôpitaux de l'armée française d'Orient.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. Decq;
A Genève, à la librairie de Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Merveilles évangéliques éclairées par les sciences médicales, par M. G. Marmisse, décoré d'une médaille d'argent à la suite de l'épidémie de 1854. Un vol. grand in-18. Prix : 4 fr. — A Paris, chez l'auteur, rue Saint-Jacques, 108, et dans les librairies médicales; chez Victor Masson, rue de l'École-de-Médecine, 17.

sent, la douleur principale augmente. Le ventre est légèrement ballonné; au toucher sur l'abdomen, on découvre une tumeur de la grosseur des deux poings, oblongue, qui, de la région épigastrique, s'étend dans la région iliaque droite; son fond est raboteux; on y remarque trois ou quatre anfractuosités qui la font paraître comme bosselée et difforme; le doigt, introduit dans le vagin, sent une tumeur ronde, semblant formée par le corps de la matrice. Le col de la matrice est dans son état normal; la tumeur semble être derrière lui et en être la continuation, surtout dans toute la partie antérieure du vagin, où l'exploration est plus facile; on pourrait croire par l'ensemble de ces symptômes à l'existence d'une grossesse. L'appétit a disparu; les digestions sont pénibles; les aliments flatulants l'indisposent et la rendent plus malade. Constipation; moral affecté. Elle se croit atteinte d'une maladie incurable. Insomnie.

Le diagnostic me paraît difficile. D'un côté, signes apparents de grossesse sans battements du cœur de l'enfant, chez une femme qui n'a pas enfanté depuis huit ans, et qui, loin de soupçonner son état, attribue sa maladie à la suppression des menstrues; pour admettre cette hypothèse, il faut admettre une complication pour expliquer les douleurs; d'un autre côté, le fond de la tumeur est dur, lobuleux; la douleur lancinante qui l'accompagne, le ganglion engorgé et bien apparent du cou, la physionomie de la malade peuvent faire croire à l'existence d'un squirrhe.

Premier diagnostic. — Grossesse vraie ou fausse, compliquée d'ovarite droite, avec tendance à l'affection cancéreuse.

Pronostic. — J'annonce à la malade qu'elle guérira, mais que sa position réclame des soins actifs et assidus; qu'il faut d'abord détruire l'inflammation qu'on observe chez elle; que, cela fait, l'accouchement se fera ensuite, sinon plus tôt, du moins à l'époque des neuf mois, et que la cure ne sera définitive qu'à cette époque.

Je la fais voir le lendemain de son arrivée à mon cousin le docteur Bremont, qui se rencontrait à Chaudes-Aigues; je lui fais part de mon diagnostic et de mon pronostic. Il croit cette affection grave, et il pense que j'aurai de la peine à guérir cette malade. J'appelle alors auprès d'elle M. le docteur Blanc (d'Arlagnet); il est de mon avis. M. Pages (de la Maison-Neuve), la voit aussi à mon insu; il engage le mari à lui faire quitter nos eaux, en lui disant que sa femme a un squirrhe qu'on ne peut pas guérir, et en lui assurant qu'il n'y a pas de grossesse chez elle, ni vraie, ni fausse. Pour toute ordonnance, il lui conseille de faire des frictions mercurielles sur la tumeur et de laisser agir la nature, tout en gardant le repos autant que possible.

Traitement. — Bain tempéré d'une heure matin et soir; 15 sangsues sur la tumeur tous les deux jours; lavement émollient; frictions matin et soir avec la pommade suivante :

Extrait de belladone.	1/2 once.
Onguent napolitain.	2 gros.

Cataplasme avec la farine de lin; repos absolu; nourriture légère; privation de tous les excitants.

Dans les huit premiers jours, la sensibilité du ventre diminue beaucoup; les coliques sont plus légères; la malade commence à prendre un peu de courage et à recevoir quelques aliments avec plaisir. Le neuvième jour au soir elle éprouve des coliques tellement intenses qu'il en résulte de la faiblesse, des lypothimies, par moments de la pâleur au visage, un ballonnement instantané du ventre, des angoisses, et la douleur hypogastrique, qui s'était déjà calmée, reprend son premier caractère, le poids seul des couvertures incommode.

La tumeur, examinée dans ce moment par le vagin, semble se contracter et s'abaisser dans l'excavation pelvienne. Le col de la matrice, ramolli, commence à se dilater. La pointe du doigt pénètre déjà dans le museau de tanche, sans pourtant aller plus avant. Abattement, tristesse, nouvelles craintes de mourir. — Saignée de 500 grammes le même soir; onctions avec la pommade belladonée; fomentations de lin; demi-grain extrait gommeux d'opium.

Ces moyens nous donnent un amendement dans les symptômes, qui s'exaspèrent le lendemain matin. — Nouvelle saignée de 500 grammes; deux heures après un bain, qui calme les douleurs comme par enchantement. Le ventre se détend; il ne reste plus que la tumeur hypogastrique, toujours la même quant à son volume. La malade est faible et fatiguée tout le jour, mais elle reprend sa gaieté le lendemain. — Continuation de la première prescription.

Trois jours après, nouvelles coliques, nouvelles contractions de la tumeur et de la matrice, qui dans le moment de la douleur s'enfonce dans le vagin. Le col de celle-ci se dilate encore et reste ensuite dilaté. Les douleurs sont cette fois identiques avec celles de l'accouchement, et elles ont lieu sans rappeler les douleurs continuelles qui avaient existé dans la tumeur. La malade est contente cette fois de souffrir, dans l'espoir qu'elle ne sera que plus tôt délivrée. — Nouvelle application de sangsues; continuation des autres moyens. Nouveau calme.

Trois jours plus tard, nouvelles douleurs infructueuses d'accouchement. Le col de la matrice se dilate encore; la dilatation est assez grande pour permettre l'introduction du doigt, mais ne permet pas de toucher au fond du corps. L'état de vacuité de celle-ci me fait alors pressentir toute la nature de la maladie, et je complète ici mon diagnostic : grossesse tubaire avec inflammation inévitable des parties ambiantes.

La malade nous quitte après vingt jours de traitement. Je la préviens qu'elle aura de temps en temps quelques coliques. Je l'engage à garder un repos absolu, à continuer l'usage des frictions belladonées, des cataplasmes et des lavements. J'ordonne aussi un régime doux.

Un mois après, Mme E......., sentant des douleurs plus fortes que d'habitude, me rappelle auprès d'elle. La matrice s'abaisse cette fois beaucoup plus que les autres dans le vagin; son col et son corps sont déjà suffisamment dilatés pour promener le doigt dans la cavité utérine. Le toucher rencontre le conduit de Fallope droit plus dilaté que l'autre; l'un est imperceptible, tandis que le diamètre de l'autre a déjà la circonférence du tuyau d'une grosse plume, sans qu'on puisse pourtant toucher encore ce qu'il contient. — Potion calmante; bain. Les douleurs s'apaisent de nouveau, la dilatation de la matrice persiste et ne s'efface plus.

Trois semaines après douleurs bien plus vives, qui durent pendant deux jours. Je suis encore appelé. Je trouve l'accouchement terminé. L'enfant était de six mois, et avait le développement ordinaire des enfants de son âge; il ne vivait plus, mais la mère allait assez bien. Elle avait de temps en temps quelques coliques; les lochies donnaient abondamment. Matrice ramollie, suffisamment dilatée pour permettre l'introduction du doigt, dont l'extrémité pénétrait, sans aller bien avant, dans l'embouchure du conduit de Fallope, qui semblait squirrheuse, tellement ses parois étaient consistantes. Tumeur douloureuse de la grosseur du poing correspondant à la trompe. Je recommande à la malade le régime des femmes en couches pour quarante jours. Je la préviens qu'elle gardera les lochies au moins pendant tout ce temps, qu'elle aura même quelques coliques de temps à autre.

Au bout de quarante jours la perte étant toujours abondante, la malade épuisée, maigre et languissante, pouvant à peine se tenir debout, m'appelle de nouveau. La perte est infecte, sanieuse, tirant sur le jaune. Le col de la matrice n'est pas encore complétement revenu sur lui-même; il est béant. La tumeur de la trompe, réduite de moitié, est encore dure. — Je prescris alors des injections avec l'eau de son et l'extrait de saturne dans le vagin, des lavages fréquents, des boissons nutritives et légèrement toniques.

Six jours après de nouvelles coliques amènent l'expulsion du kyste à demi putréfié; la perte s'arrête, et depuis lors la malade s'est parfaitement rétablie; elle conserve un petit noyau d'engorgement allongé, sensible à la pression, dans le trajet du conduit de Fallope; les menstrues ont reparu; le ganglion engorgé du col a perdu la moitié de son volume, et la mollesse qu'il a acquise permet d'espérer qu'il se résoudra complétement.

Conclusions. — La nature conservatrice, toujours fidèle à ses principes, après avoir failli en laissant l'œuf fécondé dans la trompe, fait ici, comme ailleurs, tous ses efforts pour réparer la faute; elle a été jusqu'à présent impuissante; mais en l'aidant l'on pourra, j'espère, tirer parti de ses ressources, comme on le fait journellement dans bien d'autres circonstances. En effet dans ce cas, comme dans bien d'autres où l'on n'a pas été aussi heureux, elle va jusqu'à intervertir l'ordre de ses mouvements ordinaires : le museau de tanche s'est ramolli et dilaté le premier, et insensiblement le col de la matrice, son corps et enfin l'orifice utérin de la trompe de Fallope; ce n'est que quand toutes les voies sont préparées et que la matrice est convertie en un canal vaginal que l'enfantement se fait. Si la malade ne se fût pas trouvée chez nous au moment où les premières douleurs se déclarèrent, elle était destinée à mourir, comme tant d'autres, après trois ou quatre heures de souffrances et d'angoisses. La saignée et les bains, en réprimant l'impulsion du sang, ont prévenu la rupture du kyste dans un moment où la trop grande fluxion la rendait inévitable, ainsi que l'hémorrhagie interne qui devait en être la suite, l'orifice utérin de la trompe et la matrice n'étant pas encore dilatés. En modérant l'inflammation qui était la suite de la présence du kyste, en la tenant dans de justes proportions, ces moyens ont agi comme sédatifs, et la présence de quelques fibres charnues qu'on observe autour du canal de Fallope a facilité la dilatation de la matrice et de la trompe, et rendu l'accouchement possible. Je pense qu'en pareille circonstance l'on doit avoir recours à la médication que j'ai employée moi-même, et ce n'est qu'après avoir reconnu son insuffisance que l'on pourra recourir à la gastrotomie ou à la taille vaginale conseillée par les auteurs.

Depuis le moment où je complétais l'observation que je produis aujourd'hui, j'ai revu Mme E... à nos bains l'an dernier pour une névralgie axillaire dont elle était affectée depuis six mois, et qui guérit encore chez nous; la matrice était alors complétement revenue sur elle-même et n'offrait plus que les dimensions ordinaires. En palpant la région hypogastrique, l'on trouvait encore l'ovaire droit, mais il était à peine engorgé et sans douleur; le ganglion lymphatique du cou ne paraissait plus : la santé était parfaite.

DE L'INFLUENCE RELATIVE DU SEXE MASCULIN OU FÉMININ dans la reproduction de l'animal.

De l'examen de faits tirés de plusieurs classes du règne animal des mammifères, des oiseaux et des poissons, M. Orton est arrivé à cette conclusion que dans la reproduction des espèces animales il n'existe pas un mélange accidentel des parties et des qualités des deux parents, mais que chaque parent contribue à la formation de certaines parties et au développement de qualités distinctes. De plus, il affirme que le parent mâle détermine principalement les caractères extérieurs, l'aspect général, qu'il donne en un mot la conformation extérieure et les pouvoirs locomoteurs, tels que le cerveau, les nerfs, les organes des sens, la peau, les os, et plus particulièrement les muscles des membres; tandis que la femelle détermine la structure intérieure, les qualités générales, et fournit les organes vitaux, tels que le cœur, les poumons, les glandes et les organes digestifs; elle donne le ton et le caractère aux fonctions vitales de la nutrition et des sécrétions. Cette loi, toutefois, doit être entendue dans certaines restrictions.

Outre l'influence que chacun des parents exerce sur les parties ou qualités fournies par l'autre, et qu'on peut regarder comme innée et essentielle, il y a d'autres influences qui contrôlent et modifient la loi générale. Une de celles-ci, sur laquelle M. Orton appuie principalement, est l'effet exercé par le mâle sur les pouvoirs reproducteurs de la femelle dans sa première imprégnation, comme on le voit par l'empreinte que laisse le mâle sur les produits qu'elle peut avoir plus tard avec d'autres.

Cette influence du mâle sur le pouvoir reproducteur de la femelle est une loi constitutionnelle.

M. Orton a fait aussi une observation qui, si elle est fondée, est d'une grande importance pathologique et d'un intérêt spécial pour la profession médicale ainsi que pour les directeurs d'assurances sur la vie, c'est que les maladies des organes vitaux, c'est-à-dire celles qui comprennent surtout les fonctions vitales de la nutrition et des sécrétions, sont transmises plus souvent et sous une forme plus intense du côté de la mère que du côté du père.

Il cite deux observations qu'il a souvent faites : la première, que les filles d'une femme qui a eu une famille nombreuse sont généralement aussi prolifiques que leur mère; la deuxième, que les filles de mères qui ont eu des jumeaux donnent plus souvent que d'autres femmes naissance à des jumeaux.

(*Edinburgh's Monthly journal.*)

NOTE SUR LA PRÉPARATION DU COTON-POUDRE.

Par M. E. Robiquet.

De toutes les formules proposées pour la préparation du coton-poudre, il n'en est pas de meilleures que celles qui ont pour bases l'emploi du nitrate de potasse et de l'acide sulfurique mélangés en proportions convenables. M. Mann a apporté dernièrement quelques perfectionnements à ce mode de préparation et fait voir qu'il fallait pour obtenir un bon produit se tenir constamment entre des limites assez étroites de température (25 à 30°), opérer à l'abri du contact de l'air et faire les lavages à l'eau bouillante. Ce procédé est excellent lorsqu'on opère sur de petites quantités et donne un coton-poudre bien blanc et complétement soluble dans l'éther alcoolisé, mais il est impraticable en grand. Lorsqu'on traite plus de 2 à 300 grammes de coton, la réaction ne peut plus être modérée à volonté, et souvent les flacons où le mélange est renfermé éclatent avec violence. Certaines portions du coton sont trop attaquées, d'autres pas assez, et on n'obtient jamais un produit dont le poids égale seulement le poids du coton employé.

Je me suis attaché à éviter la nécessité d'opérer en vases clos maintenus longtemps à une température constante; j'ai cherché aussi à obtenir un rendement plus considérable en fluidifiant davantage le mélange nitrifiant sans changer les proportions d'acide sulfurique et de nitre que l'expérience a consacrées.

Voici les manipulations que j'ai suivies :

Coton cardé.	250 grammes.
Acide sulfurique du commerce à 65° Bé.	3,200 —
Nitrate de potasse sec.	2 kilogr.

On pulvérise grossièrement le nitrate de potasse et on le fait dissoudre à une douce chaleur dans l'acide sulfurique en ayant soin qu'il se dégage le moins possible de vapeurs nitreuses.

Aussitôt que la liquéfaction se sera opérée, on versera le mélange dans un grand pot de faïence qu'on recouvre d'une glace. Du jour au lendemain le tout se prend en une masse cristalline composée de bisulfate de potasse et d'acide nitrique monohydraté. On chauffe le pot au bain marie pour liquéfier le mélange, qu'on abandonne ensuite à lui-même jusqu'à ce que la température soit descendue à 30 ou 40°.

A ce moment, on ajoute le coton par petites portions et on le mélange le mieux possible avec une forte spatule de fer à la masse acide, qui par sa fluidité permet d'en introduire un poids trois fois plus considérable que dans les autres procédés.

Il ne faut pas craindre de se servir de spatules de fer, car lorsque ce métal est bien poli et exempt d'oxyde il devient *passif* et n'est pas attaqué par l'acide nitrique concentré. Il semblerait que l'affinité du fer pour l'oxygène ne suffise pas pour troubler l'équilibre moléculaire de l'acide nitrique monohydraté et qu'il y ait e présence l'une de l'autre deux forces égales et contraires donnant pour résultante une action chimique nulle.

Quand tout le coton a été mis en contact du mélange nitrifiant, on remet en place le plan de glace et on laisse la réaction s'opérer spontanément pendant une heure. S'il se produisait un dégagement de vapeurs rutilantes, on l'arrêterait immédiatement en versant quelques grammes d'acide sulfurique et remuant vivement. Lorsque, après un contact d'une heure, la nitrification du coton est complète, on le lave d'abord à l'eau froide, puis à l'eau bouillante; on l'exprime et on le sèche à une douce chaleur.

Par ce procédé, quatre parties de coton cardé donnent environ cinq parties de coton-poudre entièrement soluble dans l'éther alcoolisé, avec lequel il forme un collodion transparent et résistant, ce qui n'est pas plus à dédaigner pour le chirurgien que pour le photographe. (*Journ. des conn. médic.*)

DE L'UVA URSI dans le traitement de quelques maladies chroniques des voies urinaires.

L'*uva ursi* (*arbustus uva ursi*, plante de la famille des *éricinécs*), médicament presque oublié de nos jours, et rangé par M. Bouchardat parmi les *diurétiques incertains*, était fort employée vers le siècle dernier dans les maladies des voies urinaire avec sécrétions catarrhales ou puriformes. Les observations de de Haen à ce sujet sont tellement précises, qu'il est à désirer que l'on revienne de nouveau à l'usage de ce médicament dans les maladies si difficiles à guérir, quelquefois même à tempérer.

« Tous ceux, écrivait de Haen, qui présentent une suppuration prolongée et abondante, rebelle aux autres moyens thérapeutiques, vers le système urinaire, les reins, l'urètère, la vessie, l'urètre, le scrotum, le périnée, sans aucune empreinte vénérienne et en de-

hors des signes évidents d'un calcul, ont guéri entièrement par l'uva ursi, et leur guérison ne s'est pas démentie. C'est le meilleur remède dans les maladies de la vessie ou des reins, avec ou sans calculs... »

Sans se porter garant de pareils résultats, que viennent appuyer du reste des observations particulières en apparence très concluantes et recueillies chez des sujets de différents âges, il est bon de rappeler que d'après de Haen, Prout et beaucoup d'autres auteurs, l'emploi de l'uva ursi, en poudre surtout, à la dose de 2 à 4 grammes, continué pendant un temps assez long, constituerait l'un des meilleurs modificateurs des inflammations chroniques des voies urinaires, avec sécrétion abondante de mucus ou de muco-pus. (*Bull. de thérap.*)

TRAITEMENT ABORTIF DE LA PETITE VÉROLE

par l'emplâtre de zinc,

Par M. le docteur Bennett.

M. Bennett a déjà fixé l'attention des praticiens sur les résultats qu'il a obtenus avec l'emplâtre mercuriel avec addition d'amidon appliqué sur la figure dans la petite vérole. Il a rapporté des cas nombreux où non-seulement il prévenait toute trace lorsqu'elle était confluente, mais encore où la douleur, le gonflement, la suppuration, la fièvre générale, l'insomnie et la violence de la maladie étaient notablement diminués par ce traitement local. Il a employé aussi le carbonate de zinc mêlé à l'huile d'olive, formant une croûte solide qui reste adhérente à la face. Dans plusieurs cas, ce dernier moyen a empêché que la maladie ne laissât des traces, et a diminué les symptômes locaux et généraux comme l'aurait fait l'emplâtre mercuriel, avec cet avantage, que tout danger de salivation était évité.

DU PRURIT DE LA VULVE

et de son traitement par le caladium seguinum.

Par M. Scholz.

Il n'est peut-être pas d'affection aussi tenace que le prurit vulvaire, et pour la guérison de laquelle on ait préconisé autant de remèdes. En voici encore un qui nous est importé de l'Allemagne; puisse-t-il ne pas avoir le sort de ceux qui l'ont précédé !

Ce remède consiste dans l'emploi à l'intérieur d'une plante de la famille des aroïdées qui croît dans l'Inde, le *caladium seguinum*.

Le suc de cette plante, qui est âcre et très irritant, aurait, suivant l'usage qu'en font les naturels du pays, une action anaphrodisiaque très marquée sur les organes génitaux de la femme; il agirait chez celle-ci comme la lupuline sur l'homme. C'est de plus un excitant certain des plus actifs dans les cas de goutte ou de rhumatisme chronique.

M. Scholz l'a employé sous forme de teinture à la dose de six gouttes dans 100 grammes d'eau, une cuillerée à dessert toutes les trois heures. Deux ou trois doses semblables suffisent. L'auteur l'a employé ainsi dans deux cas rebelles, et avec un plein succès. Attendons des faits plus nombreux. (*Zeitoch. sur Klinisch. med.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 19 février 1855. — Présidence de M. Regnault.

Rupture spontanée d'une pierre dans la vessie. — M. Le Roy-d'Etiolles présente un nouvel exemple de ce curieux phénomène que l'on peut observer ici à deux périodes différentes. Deux pierres du volume d'une grosse noix se trouvaient dans la même vessie : l'une d'elles se fractura spontanément en quatre quartiers presque égaux, l'autre était entière. Lorsque M. Le Roy-d'Etiolles a pratiqué, il y a deux mois, l'opération de la taille hypogastrique sur le malade qui était porteur de ces concrétions, la lithotritie ne lui ayant pas paru opportune dans cette circonstance, la pierre entière, dont la dureté était fort grande, ayant été sciée par le milieu, on peut voir à son intérieur quatre fissures qui probablement auraient produit plus tard sa rupture.

Ce fait de fragmentation est le cinquième que M. Le Roy-d'Etiolles a eu l'occasion de rencontrer et le troisième qu'il présente à l'Académie. Il ajoute qu'avant lui M. Cloquet avait publié sur ce sujet un mémoire remarquable.

Variations de l'ozone considérées relativement aux variations dans l'état hygiénique du lieu d'observation. — M. Wolf, directeur de l'observatoire de Berne, adresse sur ce sujet une lettre dont nous reproduisons l'extrait suivant:

« En comparant mes observations ozonométriques des dernières années, je viens de trouver que la marche annuelle des réactions de l'ozone est représentée par une courbe, dont la plus grande ordonnée appartient au mois de février, la plus petite au mois d'août ou au mois de septembre. Relativement aux anomalies, qui sont assez fréquentes, la comparaison des diverses colonnes des tableaux météorologiques fait tout d'abord reconnaître que l'humidité de l'air, que la pluie, la neige, le vent du sud augmentent les réactions ; un air sec, le vent du nord les diminuent au contraire. Mais ces anomalies me paraissent surtout avoir une conséquence importante au point de vue hygiénique. M. le docteur Bockel, à Strasbourg, a déjà observé que les réactions de l'ozone diminuaient extrêmement avec l'apparition du choléra à Strasbourg, et qu'elles augmentaient graduellement quand le choléra commençait à disparaître. Je viens de comparer les observations de Strasbourg avec les observations de Berne, et j'ai trouvé, d'une part, que la diminution des réactions observée par M. Bockel depuis le 17 juillet jusqu'au 4 septembre surpassait tout ce que les observations simultanées de Berne auraient pu faire présumer, et, d'autre part, qu'une diminution analogue a été constatée à Berne vers le milieu du mois de septembre, époque où le choléra faisait irruption dans plusieurs contrées de la Suisse.

» En poussant plus loin mes recherches sur la portée de ces anomalies, je suis arrivé à ce résultat important, que (dans le plus grand nombre des cas au moins) *une inflexion rapide de la courbe de l'ozone est suivie d'une augmentation considérable de la mortalité.* Mes recherches sur ce point ne sont pas encore tout à fait terminées; j'espère plus tard être en état d'en communiquer les résultats complets à l'Académie. »

Choléra. — L'Académie reçoit deux mémoires pour le concours Bréant, l'un de M. Henri Maughan, de Gardiner, Etat du Maine (Amérique du Nord), l'autre de M. Antonio Giordano, pharmacien militaire à Alexandrie (Piémont).

Recherches sur le développement des animaux vertébrés. — M. Rayer présente sous ce titre la troisième livraison d'un ouvrage de M. Remak (de Berlin).

Cette livraison contient :

1° La fin de la description du développement du poulet :

2° L'histoire complète du développement des batraciens ;

3° Une critique de la théorie cellulaire, avec des vues nouvelles sur la productions des cellules embryonnaires. Selon M. Remak, la multiplication de ces cellules, au lieu de se faire uniquement par des formations endogène et exogène, serait le résultat d'une *division progressive de la cellule ovulaire.*

Elle renferme enfin un exposé comparatif du dévelopement des trois feuillets du germe dans les quatre classes d'animaux vertébrés.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 14 février 1855. — Présidence de M. Gosselin, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Chassaignac montre à la Société un homme auquel Blandin, en 1839, pratiqua l'amputation de Chopart. Ce malade marche très bien ; le pied repose sur le sol à plat et non sur la cicatrice. Toutefois le tendon d'Achille n'a point été coupé. On ne possède point de renseignements précis sur l'affection pour laquelle l'amputation a été jugée nécessaire.

M. Verneuil fait remarquer sur ce malade l'existence d'un bourrelet énorme dans l'épaisseur de la partie antérieure du lambeau. Ce bourrelet fait l'office d'avant-pied et représente cette sorte de coussinet qui se trouve normalement au-dessous de l'articulation tarso-métatarsienne. Il faut ajouter que cette disposition n'existe pas dans la plupart des moignons de l'amputation de Chopart.

M. Lenoir rappelle qu'à l'époque où M. Sédillot vint faire part à la Société de son opinion sur le mécanisme de la marche dans l'amputation de Chopart, il présenta un homme opéré de la sorte quatre ou cinq mois avant et qui marchait très bien. Ce résultat heureux semblait dû à ce que les parties molles de la partie antérieure du lambeau étaient très abondantes et doublaient ainsi son épaisseur normale. Une semblable disposition existe chez l'opéré de M. Chassaignac. La conclusion pratique qu'on peut tirer de ces faits, c'est qu'il faut conserver une grande épaisseur de parties molles dans la partie antérieure du lambeau.

M. Forget. Lisfranc conseillait de donner au lambeau une grande longueur en y laissant beaucoup de parties molles.

M. Verneuil rappelle aussi que Blandin était d'avis de laisser dans le lambeau supérieur une assez grande longueur des tendons extenseurs, et il fait voir sur le malade de M. Chassaignac que ces tendons s'insèrent sur la cicatrice et qu'ils la soulèvent en formant de véritables cordes.

M. Giraldès pense qu'il faut dans l'appréciation de ces faits tenir un grand compte du genre de maladie pour laquelle l'amputation a été pratiquée. Si les muscles sont malades, ils éprouvent des rétractions fâcheuses ; dans les caries, les muscles extenseurs sont souvent détruits, et il n'existe plus cette sangle tendineuse si utile.

M. Larrey soutient que le résultat observé sur le malade de M. Chassaignac n'est point le résultat habituel. En général, il existe une tendance à la rétraction, et c'est ce qui a conduit M. Larrey à pratiquer dans un cas la section du tendon d'Achille.

— M. Deguise montre un malade qui depuis quatre ans a été opéré plusieurs fois d'un cancroïde du visage. Ce mal, après avoir débuté au grand angle de l'œil, a fini par gagner les parties profondes et s'étendre dans l'orbite. M. Deguise est d'avis de ne rien faire dans ce cas, mais il désire avoir l'opinion des membres de la Société.

M. Richard pense qu'on pourrait appliquer largement le caustique sur cet ulcère rongeant et réparer ensuite la perte de substance lorsqu'on verrait apparaître des granulations de bonne nature.

M. Michon constate ici l'existence d'une de ces récidives acharnées qui reparaissent par l'essence même de la maladie et quelquefois aussi par des opérations incomplètes. Il ne faut pas, selon lui, toucher à ce malade, car non-seulement les parties molles, mais les os aussi sont envahis par le produit morbide. Les ulcères de ce genre prennent une grande activité lorsqu'ils approchent des muqueuses, et il ne faut point alors y toucher avec les caustiques. Pour des affections du genre de celle-ci, le caustique est un détestable moyen. D'autre part, la cautérisation n'est pas sans danger au voisinage du crâne. Il rappelle alors le fait d'un homme chez lequel il se développa un abcès du cerveau après l'application d'un caustique sur un cancroïde du crâne. Une couronne de trépan a permis d'aller ouvrir la collection purulente dans le cerveau, et, quoique le malade ait guéri, il n'en faut pas moins tenir compte de l'influence fâcheuse des caustiques dans ce cas. D'ailleurs le cancroïde est en voie de récidive chez ce malade.

M. Michon pense que, si l'on veut autant que possible éviter la récidive, il faut enlever largement ces cancroïdes et réparer la perte de substance en prenant des lambeaux au loin. L'autoplastie doit être pratiquée immédiatement. M. Michon cite alors le fait d'un homme qui fut opéré vingt-deux fois par Blandin d'un cancroïde. Plus tard notre collègue pratiqua dans ce cas une autoplastie, et depuis quatre ans cet homme est resté guéri.

M. Maisonneuve s'élève contre quelques propositions de M. Michon et en particulier contre celle où il veut établir qu'il ne faut pas mettre des caustiques sur les os du crâne. Le fait cité d'un abcès du cerveau est peut-être un fait exceptionnel qui n'est pas suffisant pour détourner les chirurgiens de l'emploi des caustiques. Il a vu plusieurs fois de larges cancroïdes qu'il ne pouvait attaquer par le bistouri enlevés très bien par les caustiques.

Il cite le fait d'un large cancroïde de l'os frontal qu'il a pu cautériser sans accidents avec la pâte d'acide sulfurique, et l'observation d'un enfant qui porte une tumeur érectile sur la paupière et une autre sur le crâne. Il a cru devoir conseiller la ligature pour la tumeur de la paupière et l'application du caustique sur le crâne. En résumé, le caustique est dans ces cas un excellent moyen.

M. Maisonneuve a entendu M. Michon dire qu'il se hâtait dans ces ablations de cancroïdes de pratiquer l'autoplastie. Assurément, lorsqu'on fait une petite opération, on peut faire l'autoplastie en même temps ; mais, si l'autoplastie doit être très étendue, il faut séparer ces deux choses, parce qu'alors l'autoplastie est une opération grave ajoutée à une opération déjà sérieuse. L'on obtient avec ces larges autoplasties une mortalité effrayante ; si l'on ne pratique pas de suite la réparation, il y a bien moins de danger. Enfin, si l'on peut retarder l'autoplastie il faut le faire.

M. Michon fait remarquer que M. Maisonneuve ne semble pas avoir bien compris le sens de ses premières paroles. Il s'agit dans le fait présenté à la Société par M. Deguise, d'un malade dont les os du crâne sont entamés. C'est de ce cas que M. Michon a voulu parler; il n'est nullement question des caustiques en général appliqués aux tumeurs érectiles. Quant à la gravité de l'autoplastie dans les cas auxquels M. Maisonneuve a fait allusion, il faut ne point confondre ceux où la réparation est possible et se conçoit dans certaines limites acceptables avec ceux dont notre collègue a parlé, où il n'était point possible de faire de l'autoplastie, et où il s'agissait d'opérations effroyables. Tout le monde accordera à M. Maisonneuve que dans ces derniers cas l'autoplastie ajoute un danger de plus aux dangers primitifs.

M. Cloquet partage l'opinion exprimée par M. Michon sur le malade de M. Deguise; il préfère le caustique au bistouri, surtout au niveau des orifices des muqueuses. Toutefois de grandes précautions doivent être prises quand il s'agit de caustiques arsenicaux. M. Cloquet a vu trois fois un empoisonnement produit par des caustiques arsenicaux qui, appliqués d'abord aux orifices du nez et de la bouche, avaient pénétré dans les voies digestives. Deux fois il y eut une cautérisation profonde du pharynx, de l'œsophage et même de l'estomac.

M. Cloquet rapporte ensuite un fait d'amaurose qu'on essaya de combattre par l'application d'un cautère au sinciput. Ce cautère avait la largeur d'une pièce de 30 sous ; il détermina une nécrose de la partie supérieure des pariétaux, puis des accidents cérébraux auxquels le malade succomba.

M. Chassaignac n'a point vu les accidents si graves signalés par M. Maisonneuve à la suite des autoplasties ; il a eu au contraire à se louer beaucoup d'avoir employé ce moyen. Il a vu de la sorte la récidive retardée, quand elle n'était point empêchée. Ainsi un homme opéré d'un cancroïde qui récidivait tous les six mois n'a plus vu après l'autoplastie la récidive s'effectuer que tous les ans.

M. Broca distingue les cas où l'autoplastie immédiate est nuisible des cas où elle peut être pratiquée sans danger. Lorsqu'on fait une opération sur une partie qui permet de voir les limites du mal, comme à la joue, par exemple, on peut réparer de suite la perte de substance. Si au contraire on agit sur une région où les racines du mal ne peuvent être facilement atteintes, comme dans le fait de M. Deguise, il faut savoir attendre.

CORRESPONDANCE.

M. Martinenq, chirurgien de 1re classe de la marine, en retraite, écrit à la Société, pour réclamer la priorité de quelques idées émises par des membres de la Compagnie pendant la discussion sur le fait de section de la trachée communiqué par M. Richet. M. Martinenq rapporte qu'en 1828 il était prévôt à l'hôpital du bagne de Toulon, quand s'y trouvait le forçat nommé Leblanc dont M. Reynaud a retracé l'histoire. Il composa alors un mémoire sur les particularités physiologiques qu'offrait ce blessé, et ce travail, après avoir paru dans le journal de M. Magendie sans nom d'auteur, par suite d'une erreur du professeur Dubreuil, fut reproduit dans les numéros de juillet et d'août 1829 des *Annales de médecine physiologique.* Depuis lors il n'en avait plus été question. Mais ce fait revenant aujourd'hui à l'ordre du jour de la Société, M. Martinenq croit devoir réclamer la priorité des opinions suivantes, à savoir :

1° Que la parole n'est pas seulement la voix articulée, et qu'on peut parler sans le secours du larynx;

1° Que dans le cas de Leblanc, et dans ceux qui ont pu ou qui pourront lui ressembler, la parole avait lieu au moyen d'une colonne d'air contenue dans le tuyau vocal, mieux verbal, et mise en mouvement par les muscles des régions sus et sous-hyoïdiennes ; que le larynx n'était pour rien dans l'articulation des sons, et que la bouche seule exécutait cette fonction ;

3° Que le timbre nasillard dépend de deux causes : 1° de ce que l'air passe par les fosses nasales lorsqu'il ne devrait pas y passer ; 2° de ce qu'il n'y passe pas quand il devrait s'écouler par elles, c'est-à-dire qu'un homme nasille si, en prononçant la lettre *m*, par exemple, un obstacle au retentissement nécessaire de l'air articulé dans les fosses nasales existe; qu'il nasille de même si, en prononçant toute autre lettre ou tout autre mot ne contenant pas de consonnes nasales, un défaut d'organisation de son tuyau vocal permet à l'air articulé de retentir dans les fosses nasales, alors que ce retentissement ne devrait pas avoir lieu.

LECTURE.

M. Marjolin commence la lecture d'un travail de M. le docteur Soulé (de Bordeaux) sur le *traitement des anévrismes par les injections de perchlorure de fer.*

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société : E. Follin.

Le Souzd.
Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière. 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 28 FÉVRIER 1855.

Séance de l'Académie de Médecine.

Après le rapprochement solennel qui s'est fait à la fin de la dernière séance entre les deux écoles de Paris et de Montpellier, dans les personnes de M. Piorry et de M. Bousquet, on pouvait croire la discussion terminée; mais il n'en a pas été ainsi, elle a repris de plus belle aujourd'hui. M. Bousquet a rompu le pacte de paix, et dans un nouveau discours qui ne le cède en rien pour la vivacité à celui qu'il a prononcé il y a quinze jours, il a surenchéri encore sur les objections qu'il a opposées à la philosophie médicale de M. Piorry, à sa doctrine organo-pathologique et à sa nomenclature. N'ayant pu avoir le discours de M. Bousquet sous les yeux, il nous serait difficile aujourd'hui de le résumer et d'en faire une appréciation convenable. Nous dirons seulement, d'après l'impression générale qui est résultée d'une simple audition, qu'il nous a paru avoir les mêmes qualités de forme et la même force d'argumentation que le premier. Du reste, afin de mieux mettre nos lecteurs en mesure d'en juger par eux-mêmes, nous le reproduirons dans le prochain numéro, comme nous reproduisons aujourd'hui, au compte rendu de la séance, la seconde partie du discours de M. Piorry, que le manque de temps et d'espace nous avait forcé de couper.

Une partie de cette séance a été consacrée à des lectures que l'intérêt de la discussion ne doit point nous faire perdre de vue. M. Aubergier a lu un nouveau travail sur la culture de l'opium indigène. Par reconnaissance pour l'Académie, dont il a reçu des encouragements mérités, l'honorable pharmacien de Clermont a cru devoir l'informer de la situation actuelle de l'utile industrie qu'il a créée, et lui faire connaître les résultats que deux années d'essais lui ont donnés. Malgré les nombreuses difficultés qu'ont rencontrées ces premiers essais, leur résultat, en ce qui concerne le fait pratique qui intéresse le plus directement l'art pharmaceutique, c'est-à-dire la richesse et l'uniformité de composition de l'opium obtenu, est de nature à confirmer toutes les espérances que les premiers travaux de M. Aubergier avaient fait concevoir.

Une seconde lecture, faite par M. le docteur Costa di Serda, a également offert de l'intérêt. Il s'agit aussi de l'opium, mais sous un point de vue qui s'applique directement à la médecine pratique. Dans deux cas d'empoisonnement par l'opium, M. Costa a constaté un phénomène curieux, que l'action physiologique de l'opium pouvait bien, il est vrai, faire prévoir *à priori*, mais qu'on n'a eu que rarement sans doute l'occasion de constater d'une manière aussi manifeste. Il s'agit de l'atténuation des effets toxiques du poison par sa dose excessive même, c'est-à-dire par l'absence d'absorption qui résulte de l'état de torpeur dans lequel l'estomac et les intestins ont été jetés de prime abord. Toutes les fois que le vomissement était provoqué (et il ne pouvait l'être que par une substance stimulante extrêmement énergique, l'ammoniaque), une partie de l'opium non rejeté par le vomissement se trouvant de nouveau absorbée, de nouveaux phénomènes d'intoxication générale se manifestaient, et ainsi de suite à chaque nouvelle stimulation de l'estomac, jusqu'à expulsion complète du poison. Ces observations mettent en outre en évidence l'insuffisance de l'émétique et autres vomitifs usuels, et l'utilité de l'ammoniaque en pareille circonstance.

Dr Brochin.

HOPITAL D'AIX. — M. GOYRAND.

Perforation avec perte de substance de la portion pénienne de l'urètre. — Urétroplastie avec boutonnière périnéale. — Succès complet.

Louis Roux, de la commune de Venelles (Bouches-du-Rhône), cultivateur, âgé de vingt-neuf ans, d'un tempérament sanguin, d'une constitution robuste, avait le limbe du prépuce naturellement étroit. Des chancres dont il fut atteint à cette partie en 1848 l'avaient rétréci davantage, et il était affecté d'un vrai phimosis.

Le 27 avril 1851, cet homme éprouve des démangeaisons au gland; il veut le découvrir et se donne un paraphimosis. Le lendemain il vient en ville consulter un médecin, qui fait trois mouchetures sur le bourrelet œdémateux sans parvenir à ramener le prépuce. Le malade retourne à pied à sa demeure, distante de la ville de près d'un myriamètre. Sous l'influence de cet exercice forcé, le gonflement et les douleurs augmentent considérablement, et le 30 il se décide enfin à entrer à l'hôpital d'Aix.

A son arrivée, l'étranglement rendait l'émission des urines difficile, mais ne donnait pas lieu cependant à une rétention complète. Le pénis et le scrotum étaient le siége d'un gonflement considérable, dû évidemment à l'infiltration des urines. Le malade tomba bientôt dans un état excessivement grave. De grandes eschares se formèrent au fourreau du pénis et au scrotum; on fit sur ces parties de grandes et nombreuses incisions. Bientôt les points gangrenés se détachèrent, une suppuration très abondante s'établit, et les urines s'écoulèrent en entier par la plaie. Enfin, peu de temps après un travail de réparation s'établit, la fièvre cessa, l'appétit revint, le fond des plaies prit un aspect satisfaisant, la suppuration diminua. Des fusées qui s'étendaient à l'aine gauche et à la paroi abdominale antérieure se comblèrent, et la cicatrisation s'opéra; mais il resta une grande ouverture à l'urètre, au-devant du scrotum, et bientôt il devint évident que cette ouverture persisterait sans changement.

Dans les premiers jours de septembre, Roux avait repris ses forces et son embonpoint, et il ne lui restait plus que sa perforation de l'urètre, dont il désirait vivement être débarrassé. L'urétroplastie nous parut très praticable. Le malade était bien décidé à s'y soumettre. Voici quel était alors précisément sont état :

La perte de substance de l'urètre a une étendue d'un centimètre et demi; elle est à la racine du pénis, et commence, même un peu en arrière, dans un point situé au-dessus du scrotum, et qui devrait en être normalement recouvert si la peau de la face antérieure des bourses ne se repliait pas d'avant en arrière pour aller se réunir à la partie postérieure de la perforation. Dans cette étendue de 15 millimètres qui présente la perte de substance, la paroi inférieure du canal de l'urètre est détruite dans toute sa largeur, et la paroi supérieure, s'engageant dans la perforation, fait saillie au dehors, où on la reconnaît à son aspect velouté et à son raphé médian. La peau formant le fourreau du pénis et le scrotum vient se continuer avec la membrane muqueuse sur les bords de la perforation. Tous les tissus ont repris leur état normal; la cicatrice de l'urètre elle-même est souple, le fourreau de la verge est lâche, mobile, et ne présente pas d'autres cicatrices que celles du pourtour de la perforation; le limbe du prépuce adhère autour du gland, qui ne pourra plus en être recouvert. Le scrotum présente à sa face postérieure une cicatrice assez large, mais aussi mobile que la peau voisine. L'urine et le sperme passent en entier par l'ouverture anomale.

Avant de pratiquer l'urétroplastie, et pour en assurer le succès, je voulus détourner les urines du point à réparer, en pratiquant une boutonnière à la portion périnéale de l'urètre, comme l'avaient fait MM. Ségalas et Ricord, comme je l'avais déjà fait moi-même avec succès, en 1841, dans un cas analogue. (*Ann. de la chirurgie française et étrangère*, t. V, 1842.)

Le 10 septembre, je procédai à cette opération préparatoire de la manière suivante :

Après avoir pratiqué une incision de 15 millimètres à l'origine de la portion spongieuse de l'urètre, en avant du bulbe, j'introduisis dans la vessie, par la cannelure du cathéter, un long stylet sur lequel je glissai sans difficulté jusque dans la vessie une canule tronquée et percée en outre de deux yeux latéraux à son extrémité vésicale. Je maintins cette canule en place au moyen de quatre liens allant, des anneaux du pavillon, se fixer à une bande disposée en ceinture.

Les jours suivants, les urines ont coulé bien librement par la canule; cependant des plumasseaux de charpie appliqués sur l'ouverture fistuleuse prennent toujours une odeur d'urine très prononcée.

Le 15, je retire la canule pour la nettoyer; je la replace et je procède ainsi à l'urétroplastie :

Je commence par tailler sur la face antérieure du scrotum un lambeau quadrilatère de 3 centimètres et demi de largeur. Ce lambeau, dont la base tient au scrotum, est circonscrit sur les côtés par deux incisions parallèles et en avant par une incision transversale qui réunit les deux premières derrière l'ouverture fistuleuse. Dès que ce lambeau est disséqué, je circonscris la perforation de l'urètre par trois nouvelles incisions pratiquées sur le fourreau du pénis. De ces trois incisions, deux faisant suite aux incisions latérales du premier lambeau sont parallèles entre elles, et comprennent dans leur intervalle la

---

VOYAGE MÉDICAL EN ORIENT (1).

V.

Pendant que je fouillais Constantinople, et que j'y récoltais des observations bien plus intéressantes par elles-mêmes que par la manière dont je les ai rapportées, l'armée expéditionnaire, partie de Varna et de l'île des Serpents, voguait vers Eupatoria, qu'elle occupait après quelques escarmouches insignifiantes. A peu de jours de là, s'accomplissait l'un des plus beaux faits d'armes dont puisse se glorifier notre amour-propre national : la bataille de l'Alma.

Il est peut-être sans exemple qu'une armée poursuivie par la peste, exténuée de fatigue et d'insomnie, opérant dans un pays inconnu, à huit cents lieues de la mère-patrie, sous la conduite d'un chef aux prises avec la mort, ait retrouvé au premier coup de canon assez d'audace et d'énergie pour attaquer et mettre en déroute un ennemi nombreux retranché dans une forteresse que sa configuration géologique semblait devoir rendre inexpugnable. Nous avons vu depuis, en cent autres rencontres, ces mêmes soldats, placés dans des conditions aussi désavantageuses, manifester la même résolution et combattre avec le même courage. Que faut-il faire de plus pour mériter l'estime et la reconnaissance qui s'accordent partout aux héros? Et pourtant, si l'on ajoutait foi à la foule des correspondances empreintes d'une stupide exagération, notre armée n'aurait obtenu que des succès faciles.

En effet, depuis six mois que nous sommes en présence de nos adversaires, il n'est pas une lettre venue de Crimée qui ne nous représente les Russes comme dépourvus de vivres et de munitions, harcelés par la maladie et mourant chaque jour par centaines, s'enfuyant lâchement dès qu'ils nous voient paraître. Il vaudrait mieux ne rien dire que de dire des riens. Comment ceux qui étourdissent l'Europe de tous ces échos mensongers ne comprennent-ils pas qu'ils rapetissent niaisement les difficultés réelles d'une entreprise gigantesque, et qu'ils nuisent à la bonne réputation de nos soldats en les mettant ainsi en lutte avec un ennemi aussi méprisable?

Après une terrible explosion dans la plaine de la Dobrutcha, le choléra, qui s'était attaché aux pas de l'armée française, la suivit jusqu'en Crimée. M. Lévy, informé qu'un convoi de blessés et de malades s'acheminait d'Eupatoria sur les hôpitaux de la division de Constantinople, me fit partir en toute hâte pour Rami-Tchiflik. Je m'y rendis le 22 septembre. Il m'en souvient, non parce que c'est le jour consacré par l'Église à saint Maurice, et par la nature à l'équinoxe, mais parce que je fus heureux de sortir enfin de l'inaction professionnelle qui commençait à me peser.

Une fois que j'eus traversé le faubourg d'Eyoub, je commençai, sous un soleil brûlant, à gravir la pente abrupte qui conduit à Rami-Tchiflik. Parvenu au sommet de cette colline, je me sentis transporté d'enthousiasme en présence du spectacle indéfinissable qui s'offrait à mes regards. Il y a dans certains tableaux de l'activité humaine, comme dans certaines scènes de la nature, un grandiose que le langage est impuissant à exprimer. Quand on a devant soi les cent minarets et les antiques remparts de Stamboul, avec leurs nombreuses tours encore debout; Péra, avec les obélisques de verdure qui s'élèvent de ses cimetières; Gulhané, avec son immense palais entouré d'arbres séculaires; Scutari, l'île des Princes, le beau village de Cadikeuï; à sa gauche le Bosphore; à sa droite la magnifique plaine de Daoud-Pacha, et la mer de Marmara bornée par le mont Olympe; à ses pieds la Corne-d'Or; à deux pas une route ondulée sans cesse couverte de caravanes qui se rendent à Andrinople ou dans les Balkans, est-ce assez de dire : C'est beau! Non; il est mieux de se taire et de garder ces merveilleuses impressions qui passionnent la jeunesse, et dont le souvenir suffit encore à charmer nos derniers jours.

A mesure que j'en approchais, l'hôpital de Rami-Tchiflik se dessinait à mes yeux avec la forme, l'élégance, tous les attributs enfin d'un véritable palais impérial. J'étais ravi de l'aspect de ma nouvelle résidence. L'illusion ne fut pas de longue durée. A peine avais-je franchi le seuil de cet établissement, dans lequel on entre par un élégant portique en marbre blanc, que je me trouvai au milieu de décombres et d'immondices, signes non équivoques de la malpropreté et de l'incurie des hôtes qui m'y avaient précédé.

Des murailles fendues, rongées par de profondes caries sur lesquelles les Turcs insouciants n'avaient pas même jeté une poignée de mortier; des corridors boueux parsemés de flaques d'urine; des salles sombres et humides ne recevant de jour que par une seule rangée de petites fenêtres dont les châssis sont en lambeaux; des toitures délabrées qui laissent complaisamment filtrer la pluie qu'elles reçoivent; deux cent huit latrines vomissant à pleine bouche une infection repoussante : voilà ce qu'était Rami-Tchiflik vu au dedans.

Tandis que je calculais d'avance les effets de l'insalubrité à laquelle nous allions tous être exposés, et que je m'efforçais de stimuler l'odieuse mollesse de trois à quatre cents ouvriers indigènes employés à des tra-

(1) Voir les numéros des 1er, 8, 15 et 22 février.

perforation de l'urètre; la troisième, antérieure et transversale, réunit les extrémités des deux premières à plus d'un centimètre en avant de la perforation. Je détache dans tous les sens le lambeau quadrilatère compris entre ces trois dernières incisions et la surface dénudée par la dissection du premier lambeau, et je l'enlève en y comprenant les bords mucoso-cutanés de l'ouverture urétrale. Il me reste alors une surface saignante quadrilatère qui déborde la perforation en avant et sur les côtés d'un centimètre et demi. Je n'ai, pour la recouvrir, qu'à ramener en avant le lambeau que j'ai disséqué sur le scrotum dans le premier temps de l'opération. Ce lambeau paraît d'abord un peu court; mais, grâce à son extensibilité, je le mets aisément en contact avec la surface dénudée, à laquelle il s'adapte parfaitement, et je l'y fixe par quatorze points de suture entortillée et deux serres-fines. Je me suis servi pour la suture d'épingles à insectes fort déliées.

La réunion opérée, j'introduis dans l'urètre jusqu'à quatre centimètres au delà de la perforation une bougie de caoutchouc de fort calibre et très flexible, dans le but de conserver au canal un calibre convenable sur le point réparé. Je fixe cette bougie au moyen de deux fils cirés plusieurs fois repliés sur les circulaires d'une bandelette agglutinative qui s'enroule autour du pénis; les bourses sont soulevées par une compresse longuette dont les deux chefs sont attachés à une ceinture, et la verge est relevée sur le ventre. Le malade est ensuite reporté à son lit; des compresses imbibées d'eau froide sont appliquées sur le pénis et le scrotum. (Diète, tilleul.) Tout se passe bien dans la journée.

Le 16, la canule périnéale fonctionne bien; cependant le malade a éprouvé à plusieurs reprises la sensation du besoin d'uriner, et les efforts involontaires qu'il a faits pour le satisfaire ont amené de l'urine dans le canal. Une légère pression exercée sur le lambeau fait sortir, en effet, quelques gouttes d'urine mêlée de pus par le bord droit de la plaie. J'enlève une épingle qui se trouve sur le point par où s'est échappé le liquide. Le malade est, du reste, sans fièvre et désire manger. — Soupes.

Le 17, j'exerce sur le lambeau de nouvelles pressions qui font sortir par le même point une assez grande quantité du même liquide que la veille. J'enlève une seconde épingle voisine de celle que j'ai déjà enlevée et les deux serres-fines. La canule n'a pas cessé de fonctionner avec régularité; je la retire pour la nettoyer, et je la remets en place. L'état général est parfait. — Soupes.

Le 18, il y a encore sous le lambeau du pus et de l'urine. Deux épingles placées vers l'angle gauche ont coupé la peau et ne tiennent plus. Il y a de la suppuration sur ce point; mais le bord antérieur du lambeau paraît devoir adhérer à la partie correspondante du fourreau. Le ténesme vésical continue à se produire plusieurs fois par jour, et chaque fois il a pour effet de faire pénétrer de l'urine dans l'urètre et sous le lambeau. — Demi-portion.

Le 19, j'enlève toutes les épingles qui restent, et je trouve la canule périnéale libre, bien que l'urine continue d'arriver dans l'urètre et sous le lambeau.

Le 20, le bord antérieur du lambeau s'est séparé du fourreau et tend à se retirer en arrière; la suppuration est assez abondante sous le lambeau. Deux bandelettes agglutinatives appliquées par leur plein sur la face postérieure du scrotum et ramenées vers le ventre relèvent les bourses et combattent la tendance qu'a le lambeau à se laisser entraîner en arrière.

Le 21, la suppuration est moins abondante, l'aspect de la plaie est bon, les bords ne s'écartent pas. Je nettoie la canule.

Le 22, le malade a eu deux selles copieuses; ce sont les premières depuis l'opération.

Le 25, diminution progressive de la suppuration. Le bord antérieur du lambeau reste séparé du bord correspondant du fourreau. Depuis le 21, la canule a été nettoyée chaque jour; depuis ce jour-là aussi, le malade assure qu'il n'est plus arrivé d'urine sous le lambeau. L'appétit est excellent. — Demi-portion matin et soir.

Le 26, quoique la canule ait été nettoyée la veille, il est encore arrivé de l'urine sous le lambeau; je remplace cet instrument par une grosse sonde de caoutchouc que je laisse de toute sa longueur, et dont je fais plonger le pavillon dans un urinal pour que le lit du malade ne soit plus inondé d'urine.

Rien à noter jusqu'à la fin du mois.

Le 3 octobre, les bords de la plaie semblent plus écartés; cependant la bougie urétrale, qui se voyait il y a quelques jours au-devant du lambeau, ne se distingue plus. Une suppuration assez abondante s'écoule par tous les points de la plaie et par l'urètre quand on presse sur le lambeau. Je retire la bougie que j'avais placée dans la partie pénienne de l'urètre, et je relève de nouveau le scrotum avec une bandelette agglutinative. Le bord antérieur du lambeau est ainsi remis en contact avec le bord correspondant de la plaie du fourreau.

Le 6, la suppuration a bien diminué; les bords du lambeau sont très rapprochés des incisions du fourreau. La petite quantité d'urine qui a suivi le canal est venue sortir par le méat urinaire au lieu de s'écouler par la plaie.

Le 8, il s'est manifesté un peu de gonflement et de rougeur à droite du scrotum. Un cataplasme émollient a bientôt fait disparaître cette inflammation.

Les 8, 9 et 10, le malade a éprouvé plusieurs fois le besoin d'uriner; et quand il n'a pu faire autrement que d'y satisfaire, un jet volumineux d'urine a été lancé assez loin par le méat, et il est à peine sorti quelques gouttes de liquide par la plaie.

Le 11, je renouvelle la sonde périnéale. A dater de ce jour, la plaie a marché assez régulièrement vers la cicatrisation; on la touche de temps en temps avec le crayon de nitrate d'argent. Depuis le 14 octobre, il n'est plus sorti une goutte d'urine par la plaie. Le 26, le lambeau est à peu près entièrement réuni; il n'y a plus de suppuration que sur un point, à la partie moyenne du bord antérieur du lambeau.

Le 17 novembre, ce point n'est pas encore complétement fermé. Le malade ne veut plus supporter la canule périnéale; nous la remplaçons par une sonde à courbure fixe introduite par le méat urinaire et laissée à demeure.

Le 24, la cicatrice est complète et solide. Nous supprimons la sonde, dont la présence dans la vessie occasionne un ténesme douloureux; l'urine sort à plein canal, quelques gouttes seulement passent par la boutonnière périnéale.

Le 23 décembre, la boutonnière périnéale est complétement fermée; le lambeau est solidement uni aux bords du cadre qui lui avait été taillé à la partie inférieure du fourreau de la verge par une cicatrice blanche et linéaire. La partie réparée du canal n'est guère moins large que le reste de ce conduit; elle admet sans difficulté une algalie de trousse.

Le 18 janvier 1852, l'opéré, arrivant de Marseille, m'avoue qu'il s'est livré au coït un assez grand nombre de fois, et assure que cette fonction s'accomplit chez lui sans la moindre gêne; seulement le pénis, dans l'érection, ne s'élève pas autant qu'autrefois au-dessus de la ligne horizontale.

J'ai revu Roux le 10 août, onze mois après l'opération; le lambeau et la cicatrice qui l'unit au fourreau sont aussi mobiles sur le pénis et l'urètre que le reste de l'enveloppe cutanée de la verge; l'émission des urines se fait avec une entière facilité, et le coït s'accomplit très bien. J'ai eu encore une fois l'occasion, le 23 septembre 1853, de rencontrer mon opéré; son pénis, m'assure-t-il, fonctionne aussi bien que s'il n'avait jamais été malade, bien que dans l'érection il se redresse un peu moins qu'autrefois.

Cette observation nous paraît mériter à plus d'un titre de fixer un instant l'attention. En effet, nous ferons remarquer d'abord la cause qui dans ce cas a amené la perforation de l'urètre. C'est un paraphimosis. Je n'avais jamais vu nulle part le paraphimosis signalé comme cause de rupture du canal, d'infiltration des urines, etc.. Quant au succès de l'opération, on ne pourrait en citer un plus complet que celui que nous avons obtenu par l'urétroplastie avec boutonnière périnéale.

Est-ce bien à la boutonnière que nous devons ce succès? Si l'on a suivi avec attention l'histoire de notre malade, on a vu à plusieurs reprises l'urine arriver jusqu'au lambeau réparateur. Cette circonstance a fait échouer l'adhésion du lambeau par première intention; or la réunion secondaire qui a eu lieu dans ce cas eût-elle été empêchée par une quantité peut-être un peu plus considérable d'urine qui aurait passé entre la sonde laissée à demeure et les parois du canal? J'en doute fort. Quoi qu'il en soit, au reste, du degré d'utilité de la boutonnière périnéale dans ce cas, nous n'en croyons pas moins notre observation digne d'être classée parmi les matériaux qui serviront un jour à écrire l'histoire de l'urétroplastie.

OBSERVATION D'IMPERFORATION

congénitale incomplète du vagin. — Formation d'un cul-de-sac artificiel. — Incision. — Guérison.

Par M. le docteur Aug. Corlieu.

Un article de M. le docteur Saurel, inséré dans le numéro du 7 décembre dernier, sur un cas d'oblitération complète du conduit vulvo-utérin, me rappelle un autre cas très curieux, peut-être unique dans sa forme, d'imperforation congénitale incomplète du vagin.

L'imperforation congénitale n'est pas une chose rare; il y en a beaucoup de variétés. Elle peut exister à toutes les parties du vagin, mais le plus souvent c'est à la vulve qu'on l'observe.

Chez la malade qui fait le sujet de cette observation, il y avait imperforation par persistance de la membrane hymen. Tout le monde sait les erreurs que peut occasionner cette membrane considérée comme le caractère de la virginité; car si, d'une part, il est des femmes qui naturellement n'ont pas d'hymen, si quelquefois cette membrane a pu être détruite dans l'enfance par des écoulements, etc., d'autre part on possède des exemples de femmes qui ont été déflorées et qui ont néanmoins conservé cette membrane.

La persistance de l'hymen n'est pas toujours une cause de stérilité; en pareil cas la fécondation s'opère par l'intermédiaire de petits pertuis que l'on trouve habituellement à sa partie supérieure.

Si cette membrane ne gêne point les petites filles, il n'en est pas de même chez les adultes, parce qu'elle retient les menstrues, et que chez les femmes mariées elle rend les rapports sexuels difficiles, quelquefois même impossibles. Hâtons-nous toutefois de dire que, lorsque les menstrues peuvent couler, il est bien rare que le rapprochement des sexes ne puisse s'effectuer. Il y avait cependant quelque chose de ce genre chez la femme dont nous rapportons l'histoire.

Le 28 novembre 1850, entrait au n° 5 de la salle Sainte-Catherine (hôpital de la Charité, service de M. Velpeau) la nommée X..., jeune femme nouvellement mariée. Cette femme jouissait d'une santé parfaite, et n'était venue réclamer les secours de l'art que pour le vice de conformation qui nous occupe.

Les parties externes de la génération ne présentaient rien d'anomal au premier aspect, et cette femme déclara *avoir toujours été bien réglée*. En écartant les grandes lèvres, on trouvait un hymen très fort et très résistant, offrant une petite ouverture au-dessous du méat urinaire, et ayant à sa base, contre la fourchette, une sorte d'enfoncement, une espèce de cul-de-sac d'environ 2 pouces de profondeur.

C'est qu'ici le *mariage* ne s'était pas accompli, et que ce vagin artificiel n'était que le résultat des fausses manœuvres du mari; car l'examen avait fait reconnaître que l'ouverture ci-dessus mentionnée était assez grande pour permettre l'introduction du petit doigt.

Chez la nommée X... l'hymen, s'enfonçant de plus en plus, rendait la fécondation tout à fait impossible, puisque pendant l'acte de la copulation les tissus déprimés et mous cédaient sous les efforts du mari, et avaient formé ainsi le cul-de-sac dont nous avons parlé.

La formation de ce cul-de-sac est unique dans la science; nul auteur ne l'a signalé jusqu'à ce jour: c'est ce qui rend cette observation intéressante.

L'indication était précise, l'opération indispensable. M. Velpeau incisa la membrane; on pansa avec une mèche enduite de cérat, et quelques jours après la malade quitta l'hôpital complétement guérie.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 27 février 1855. — Présidence de M. Jobert (de Lamballe).

Épidémies. — M. le ministre du commerce transmet:

---

vaux d'installation et d'assainissement, on m'annonce que les bagages de M. Chenu et les miens sont arrivés.

Nous nous établissons dans les appartements du sultan, où nous trouvons pour tout ameublement deux paillasses garnies de foin. Le gîte n'était pas tout; il fallait vivre. Après bien des perquisitions, toutes infructueuses, nous finissons stoïquement par souper d'un pain de munition et d'une bouteille de gros vin rouge de Ténédos, dont les qualités échappent à toute comparaison. Isolés comme nous l'étions de tout voisinage habité, il fallut bien nous résigner à ce régime d'anachorète, qui d'ailleurs ne devait pas durer.

La nuit venue, nous nous couchons; mais à peine étions-nous allongés sur nos méchants grabats qu'une légion d'insectes affamés se précipite sur nous, nous attaque de face et de côté; pendant que d'une main nous repoussions les moustics, nous faisions avec l'autre de vains efforts pour nous débarrasser des puces qui perforaient notre épiderme sur mille points à la fois. Au bout d'une heure d'une lutte également acharnée de part et d'autre, nous dégouttions de sang et de sueur. Je me disais: Me voilà donc, comme les premiers chrétiens, *damnatus ad bestias!* Mourir de la sorte, n'est-ce pas la dernière des humiliations?

Furieux et désespéré, je me lève, je m'enveloppe dans mon manteau et vais m'étendre sur le gazon de la cour. Autant la journée avait été brûlante, autant la nuit était froide et humide; bientôt je me sens glacé, et des coliques m'avertissent que je vais être malade d'une certaine façon. Je vois bien que je ne trouverai le repos nulle part; je regagne ma chambre. A peine me suis-je déshabillé que les assauts recommencent. Transporté d'une nouvelle rage, j'allume une bougie, et je me livre au massacre de tous ceux de nos ennemis que mes doigts peuvent saisir.

Enfin, le jour paraît et nous trouve debout. Nous nous regardons avec consternation: nous sommes hideux. Les piqûres enflammées des moustics nous ont rendus méconnaissables, tant elles ont changé l'aspect de notre figure.

Ces doléances peuvent paraître puériles, mais au fond elles sont pourtant sérieuses en ce qu'elles accusent un genre de supplice intolérable par lui-même et souvent funeste par ses conséquences.

Lorsque dans les pays chauds les soldats campent sous la tente, il arrive souvent qu'ils soient privés de sommeil, parce que des milliers d'insectes les importunent sans relâche; ils préfèrent dormir en plein air. Mais alors ceux qui ont eu l'imprudence de déserter leur abri se trouvent exposés aux effets de la rosée et de la condensation nocturne des miasmes. C'est ainsi que j'ai vu en Afrique et au dépôt des convalescents à Daoud-Pacha un grand nombre de militaires contracter des ophthalmies, des paralysies faciales, des bronchites, la diarrhée, la dyssenterie ou la fièvre intermittente avec toutes ses nuances de forme et de gravité.

Pour mon compte, j'allais m'épuisant d'insomnie, lorsque quelqu'un me conseilla de coucher avec un morceau de camphre entre les jambes. Je dus à cet expédient de retrouver désormais la tranquillité et le sommeil.

Le 23 septembre, nous reçûmes une première évacuation, composée de 139 malades venant d'Eupatoria. Ils portent tous l'empreinte de l'influence climatérique sous laquelle ils ont vécu; la permanence de l'action solaire a produit chez eux la prédominance de l'appareil hépatique; la couleur de leur peau me rappelle les soldats nubiens que j'ai vus quelques jours auparavant.

Parmi ces malades, il n'y a qu'un petit nombre de cholériques; les autres sont atteints de dyssenterie, de diarrhée bilieuse ou de fièvre continue rémittente à forme soporeuse et à paroxysmes pernicieux. Tous ces hommes attribuent ces diverses affections à l'insalubrité flagrante de l'eau qu'ils ont bue soit à Varna, soit pendant la traversée de Varna à Eupatoria.

L'émétique en lavage d'abord, puis le sulfate de quinine à haute dose me donnèrent des résultats tels que je crois qu'il n'y a pas de méthode curative préférable à celle-là en pareille occasion.

Trois jours après, M. le sous-intendant militaire Dubut me prévint qu'un convoi de 16. hommes atteints ou convalescents du choléra débarquerait dans l'après-midi au pont du faubourg d'Eyoub.

Tandis que l'officier comptable fait préparer des lits, je monte à cheval accompagné de deux aides-majors, MM. Alix et Lafond, munis de sucre et d'opium. Arrivés au lieu indiqué, nous trouvons nos pauvres malades couchés sur la grève et demandant en vain d'une voix éteinte: De l'eau, de l'eau! A ces supplications lamentables, une foule compacte de musulmans fanatisés par les insinuations perfides et mensongères des Grecs contre nous ne répondait que par des sarcasmes et des ricanements.

Nous ménageâmes d'abord cette bande de malheureux dont l'égarement nous inspirait plus que de la pitié. Deux employés de l'hôpital chargés de procéder à la translation des malades faisaient d'inutiles efforts près d'un groupe de *kavas* (gendarmes) pour en obtenir par voie de réquisition largement payée un nombre quelconque d'*arabas* (voitures). Je m'approche et réitère la même demande: de toutes parts, on me répond qu'il n'y a pas de voitures dans le voisinage. Je savais le contraire. Indigné d'une telle impudence, je fais signe à deux de nos soldats que j'apercevais debout appuyés sur leur fusil, et en un clin

1° Un rapport de M. le docteur Barret, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Carpentras, sur une épidémie de choléra qui a régné en 1854;

2° Une série de rapports sur l'épidémie de choléra qui a régné dans le département de la Haute-Saône.

Écorce de chêne haïtien. — M. le ministre de l'instruction publique adresse un échantillon d'écorce de chêne haïtien, accompagné d'une note sur les propriétés curatives de cette substance dans le traitement de la dyssenterie.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Nouveau caractère du cancer. — M. Kuhn (de Niederbronn) écrit pour faire remarquer à l'Académie que dans les longues et savantes discussions qui viennent d'avoir lieu à l'Académie relativement au cancer, il n'a pas été fait mention d'un caractère particulier au tissu cancéreux, caractère qui l'a frappé bien souvent, et qui est resté inaperçu jusqu'à présent.

Lorsqu'on déchire entre les doigts ou à l'aide de deux pinces un morceau de tissu cancéreux, l'on voit paraître entre les deux lambeaux, et à mesure que le déchirement se fait, une quantité de petits filaments assez semblables à des fils d'araignée. La trame fibro-conjonctive du tissu cancéreux (stroma) se déchire d'une manière assez nette, tandis que les filaments, beaucoup plus élastiques, cèdent pendant quelque temps à la traction, et s'allongent considérablement avant de se rompre. Ces filaments paraissent formés aux dépens de ce qu'on est convenu d'appeler le suc cancéreux ou la matière albumineuse du cancer.

La manière dont ces filaments sont répandus dans toute la trame du néoplasme prouve que la matière cancéreuse n'est pas seulement un composé de noyaux et de cellules, mais qu'elle présente encore une sorte d'organisation, une certaine forme déterminée, la forme filamenteuse, qui est celle d'une foule de produits accidentels se développant sur l'homme ou les animaux.

Transmission du choléra. — M. Charcellay, professeur à l'École préparatoire de médecine de Tours, adresse un mémoire concernant la transmission du choléra dans plusieurs localités d'Indre-et-Loire pendant les épidémies des années 1832, 1849 et 1854. Les faits que l'auteur rapporte dans ce travail témoignent que le choléra est parfois transmissible d'individu à individu en dehors des foyers et des influences épidémiques.

Substitution du virus vaccin-variolique au vaccin pur. — M. Monteils-Pons, médecin des épidémies de l'arrondissement de Florac (Lozère), informe l'Académie qu'il vient d'adresser au ministre du commerce un rapport sur les épidémies qui se sont déclarées dans son arrondissement pendant le cours de l'année 1854. Il signale particulièrement à l'attention de l'Académie comme points principaux de ce rapport :

1° Une nomenclature inédite des maladies au point de vue de leur extensibilité;

2° Un certain nombre de faits remarquables concernant la variole, et entre autres une substitution du virus vaccin-variolique au virus vaccin pur, qu'il propose de généraliser;

3° La relation d'une épidémie de pneumonies bilieuses.

Vaccinations. — M. Monfeuillard, de Ville-sur-Tourbe (Marne), adresse le tableau des vaccinations qu'il a faites dans l'arrondissement de Sainte-Menehould.

Mortalité cholérique à Palerme. — Un médecin, dont le nom est illisible, adresse la table de la mortalité dans la ville de Palerme pendant la dernière épidémie.

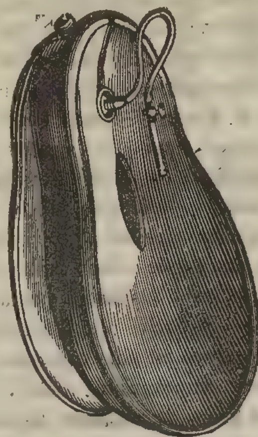
LECTURE.

Opium indigène. — M. Aubergier lit un nouveau mémoire sur l'opium indigène.

L'auteur expose dans ce travail le résultat des efforts qu'il a faits pendant les deux années qui viennent de s'écouler pour faire passer d'une manière générale dans la pratique agricole les résultats des recherches qui ont été sanctionnées par l'approbation de l'Académie. Il résulte de ces premiers essais, qui ont rencontré des difficultés pratiques de plus d'un genre, que si sous le rapport de revient le résultat des deux campagnes de 1853 et 1854 laisse encore beaucoup à désirer, sous le rapport de la constance dans l'uniformité de composition de l'opium, les résultats obtenus continuent à confirmer les espérances qu'avaient fait naître ses premiers travaux.

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Caventou, Chevallier et Bussy.

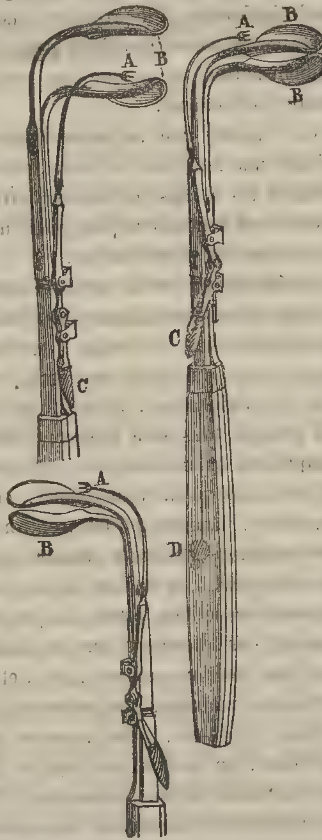
Appareil injecteur. — Mme Pau, sage-femme, présente un appareil injecteur destiné à l'usage des dames : c'est un bassin qui tout à la fois donne et reçoit le liquide destiné à l'injection.



Il est composé de deux parties réunies superposées, une supérieure ou récipient, une inférieure ou réservoir, mobile sous la première à la façon d'un soufflet : c'est le poids du corps qui le fait fonctionner sans l'aide de personne.

Il est en gutta-percha, ce qui permet d'introduire dans sa cavité tous les liquides sans craindre les oxydes ni la décomposition des produits médicamenteux. On peut ainsi éviter de se servir de la seringue en verre. Il peut également servir pour les lavements.

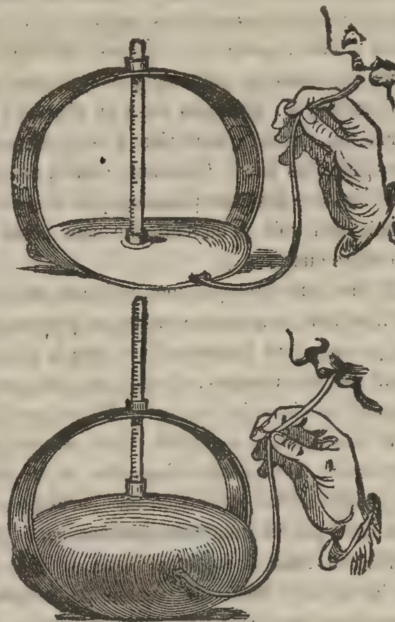
Instrument destiné à fixer l'œil pendant les opérations. — M. le docteur Castorani présente un nouvel instrument construit par M. Mathieu, destiné à faciliter les opérations qui se pratiquent sur l'œil, et en particulier la cataracte, et auquel il donne le nom d'ophthalmolobe.



Cet instrument sert à écarter les paupières et à fixer le globe de l'œil sans le secours d'un aide. Il se compose d'un manche auquel sont adaptées deux cuillers faisant office d'abaisseur et d'élévateur des paupières, et d'une aiguille à trois petites pointes destinée à fixer le globe de l'œil. Ces trois pièces sont mobiles et de rechange, afin de pouvoir opérer sur les deux yeux.

Cet instrument trouve également son application dans l'extraction, dans l'abaissement, le broiement, dans la dilacération de la capsule, dans l'extraction de la cataracte secondaire par la cornée ou par la sclérotique, et enfin dans la pupille artificielle, etc. (Commissaire, M. Velpeau.)

Appareil destiné à mesurer la capacité des cellules pulmonaires. — M. Galante présente à l'Académie un appareil dont l'action est de déterminer avec exactitude la capacité des cellules pulmonaires.



Cet appareil, destiné à remplacer l'appareil volumineux et pesant qu'avait inventé M. le docteur Hutchinson, a été fabriqué sur les indications de M. le docteur Boudin, médecin en chef de l'hôpital militaire du Roule.

Il se compose d'un sac de forme déterminée, en caoutchouc vulcanisé, garni d'un tube de 30 à 40 centimètres, à l'extrémité duquel se trouve une embouchure en ivoire.

Ce sac se moule sur une tige d'acier recourbée sur elle-même; une tige en bois très léger, sur laquelle on a gravé des degrés, se place d'un côté dans un godet que présente à son milieu le sac en caoutchouc, et traverse d'autre part la tige d'acier. Lorsque le sac en caoutchouc est vide d'air, le point niveau de la tige d'acier marque O sur la tige de bois.

Pour déterminer la capacité des cellules pulmonaires, il faut faire une forte inspiration, et immédiatement appliquer la bouche sur l'embouchure en ivoire et expirer tout l'air contenu dans la poitrine *sans reprendre haleine*. Le chiffre indiqué sur la tige d'acier représente sa quantité de centimètres *cubes d'air*.

RAPPORT.

Eaux minérales artificielles. — M. Boullay lit, au nom de la commission des eaux minérales, un rapport officiel en réponse à une lettre du ministre du commerce sur plusieurs demandes relatives à la fabrication des eaux minérales artificielles dans la ville de Lyon et aux moyens d'appliquer aux fabriques l'ordonnance du 18 juin 1823.

La commission des eaux minérales est d'avis que les autorisations demandées soient accordées sous les conditions spécifiées par les lois et règlements qui régissent la matière.

DISCUSSION.

Traitement de la variole. — L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le mémoire de M. Piorry. La parole est à M. Bousquet.

(N'ayant pu nous procurer en temps opportun le discours de M. Bousquet, nous le reproduirons dans le prochain numéro. Nous rétablissons aujourd'hui la deuxième partie du discours que M. Piorry a prononcé dans la dernière séance et que nous avions été obligé de couper faute de place.)

M. Piorry. Tout en critiquant la doctrine des états pathologiques, M. Bousquet veut bien m'accorder le mérite d'avoir compris l'excellence des opinions de Bordeu relatives aux éléments des maladies; seulement il me reproche d'avoir un peu dévié de la méthode du médecin de Montpellier et d'avoir indéfiniment multiplié les états morbides primitifs. Mais, d'une part, je déclare que je n'avais pas lu les écrits de Bordeu alors que j'ai conçu la décomposition des maladies en souffrances élémentaires, et que c'est seulement avec quelque satisfaction qu'il m'a été donné plus tard de trouver de l'analogie entre les opinions de ce grand médecin et les miennes. Si M. Bousquet nous avait bien lu l'un et l'autre, il aurait vu l'immense différence qui existe entre nos manières de voir respectives.

La différence entre Bordeu et moi porte sur les espèces d'éléments que nous admettons dans la maladie. Le médecin de Montpellier les voit dans certaines collections symptomatiques, telles que les états inflammatoire, bilieux, catarrhal, nerveux, etc., etc., états dont la plupart ne supportent pas l'examen clinique et anatomique; tandis que je ne fais reposer l'existence des états organopathiques que sur des faits le plus souvent matériels et irrécusables, et, par exemple, sur des altérations appréciables et déterminables par les moyens physiques de diagnose, soit dans la situation, le volume, les formes, soit dans la structure, la contenance, etc., des organes, soit même dans la composition des liquides. Aussi cette différence dans le positivisme pathologique s'étend tout d'abord à des différences dans la certitude des indications thérapeutiques. Pour n'en citer que quelques exemples, je choisirai précisément ceux qui sont critiqués par M. Bousquet :

1° Sur 100 cas de fièvre intermittente, 95 fois la rate est volumineuse, et l'expérience a appris que le sulfate de quinine à la dose de 1 gramme ramène très promptement cet organe à l'état normal et prévient le retour des accès. Donc en général, et sauf des contre-indications, quand la rate sera volumineuse il sera convenable de donner du sulfate de quinine;

2° Les noyés meurent parce qu'ils ne respirent pas, attendu que de l'eau qui devient écumeuse se trouvant dans les bronches y empêche l'abord de l'air; le même fait a lieu dans la strangulation incomplète et lors du râle de l'agonie. Donc, quand le conduit aérien se remplira d'écume, il faut chercher à faire expectorer, dût-on pour y parvenir ouvrir le conduit aérien.

En vérité, je ne sais pas si notre collègue pourrait nier l'utilité de cette manière d'interpréter les faits; mais ce que je sais, c'est qu'il s'élève contre l'admission d'autres états pathologiques reconnus unanimement par l'école moderne. Eh quoi! pour nous servir des périphrases vulgaires, le trop du sang ou pléthore sanguine n'est pas une circonstance positive et qui conduit à l'emploi des moyens propres à diminuer la masse des liquides en circulation? Le défaut de sang n'est pas un fait

---

d'œil nous dispersons cette tourbe insolente qui s'enfuit au premier geste menaçant que nous faisons.

A quelques pas de là, nous nous présentons devant la porte d'un *arabadji*, que nous sommons de nous fournir des voitures, du foin, des tapis, des couvertures, etc., pour établir commodément nos malades soit pendant leur transport, soit en attendant leur enlèvement. Le coquin nous répond en jurant par Allah qu'il ne possède rien de tout cela. Je lui réplique par une vigoureuse correction infligée au milieu de la rue; je lui promets une nouvelle ration de bois vert sur les épaules s'il ne consent pas à nous satisfaire. Mon homme finit, après réflexion, par s'exécuter, et à son exemple les voisins se hâtent de vider leurs remises, leurs greniers et jusqu'à leurs lits, si bien qu'en un instant nous nous trouvâmes pourvus au delà de ce qu'il nous fallait.

C'est ainsi que nous obtînmes moyennant quelques coups de cravache ce que nous avions inutilement réclamé à prix d'argent.

Dans mon emportement, j'avais parlé aux récalcitrants du Séraskier et de la prison. Je remarquai que cette menace produisait sur eux plus d'effet que les coups. Il est certain que si le ministre de la guerre, Rizza-Pacha, avait été informé de ce qui venait de se passer, la population d'Eyoub eût payé chèrement ses outrages et sa malveillance envers nous.

Depuis notre arrivée à Constantinople, nous avions trop souvent constaté l'accueil sympathique fait aux défenseurs de l'Empire pour attacher à notre aventure un caractère d'hostilité générale. Aussi jugeâmes-nous plus que suffisante l'exécution que nous venions de faire nous-mêmes.

Entre le bâton et la prison, les Turcs n'hésitent pas à choisir. Frappez-les pour un motif légitime, si vous êtes d'une condition au-dessus de la leur, ils se regimberont rarement contre vous; mais ne touchez pas à leur barbe, autrement l'agneau se fait tigre.

Pour les Turcs, la prison est un objet d'effroi; cela vient de ce que le gouvernement ottoman n'établissant pas d'impôt sur les honnêtes gens pour nourrir les criminels, un prisonnier qui n'est point entretenu par sa famille ou par ses amis risque fort de mourir d'inanition.

Dès que je vis le transport de nos malades assuré, je repris le chemin de Rami-Tchifflik, laissant à M. Lafond la surveillance du convoi auquel il eut le bon goût de faire rendre les honneurs militaires partout où un poste turc se trouvait sur son passage.

Il est souvent nécessaire pour ne point démoraliser l'homme qui souffre que le médecin affecte une sorte d'impassibilité, alors même qu'il se sent ému de compassion. J'avoue que, malgré l'énergie dont la nature m'a doué, je fus plus d'une fois visiblement troublé en assistant à l'installation de nos malheureux cholériques dans leur lit.

La peau des jambes, des cuisses, du dos, du ventre se dérobait à l'œil sous une gangue de matières stercorales solidifiées. Une vermine immonde couvrait les vêtements soudés à cette enveloppe. Dès qu'ils avaient été débarrassés de toutes ces souillures, les malades tombaient dans un sommeil profond interrompu seulement de temps à autre par des soupirs de bien-être et de satisfaction.

Nous aurions cru, mes collègues et moi, contrevenir aux lois de la prudence en ne respectant point ce repos salutaire. Sauf les cas où il nous paraissait urgent d'aider les cholériques à sortir de la période algide, nous n'avons jamais tenté sur des hommes anéantis par le malaise et la fatigue aucune médication active avant que la nature les eût préparés à en recevoir utilement l'application.

Les soupçons de contagion, accrédités à l'armée d'Orient, avaient tout d'abord intimidé nos infirmiers, soldats fournis par tous les corps de troupes, et par conséquent peu familiers avec le service des hôpitaux. Quelques paroles d'encouragement et l'exemple donné par les religieuses envoyées à Rami-Tchifflik ramenèrent bientôt tous ces hommes à la confiance et au sang-froid.

La présence des sœurs de charité dans nos salles comblait enfin un vœu que j'avais formé depuis longtemps. Celles qui nous apportaient ainsi leur concours venaient à nous sans attributions nettement déterminées d'avance; leur bonne volonté, qui était grande et sincère, fut souvent gênée dans son exercice par nos règlements qui, n'ayant point prévu l'introduction de cet élément nouveau dans le service hospitalier, le laissaient en dehors de leur cadre. Une brèche vient d'être faite à ce cadre; les religieuses désormais vont participer régulièrement à la gestion médicale et administrative de nos hôpitaux. Cette coopération est diversement accueillie; les uns s'en inquiètent, les autres s'en réjouissent. La raison dit qu'il faut attendre. L'oignon est en terre, laissons-le germer.

Il n'entre point dans le plan de cette relation de faire l'histoire pathologique du choléra en Bulgarie et en Crimée; il faut pour cela l'autorité scientifique, l'élévation et la netteté des vues d'un écrivain qui à le rare privilége d'associer dans ses œuvres la gravité de la pensée à la mélodie du style. Attendons par conséquent le rapport de M. Lévy à l'Académie.

Dr Champouillon.

(*La fin à un prochain numéro.*)

appréciable, déterminé et qui engage le praticien à n'en pas tirer, mais à réparer les pertes par un bon régime ?

Quoi! le défaut d'oxygénation du sang n'est pas une condition organique très positive et qui exige que l'on favorise à tout prix la respiration? Comment! la présence de la couenne, du pus, de la bile, de l'urine dans le sang qui circule ne constitue pas des états organopathiques que la chimie, la clinique constatent et qui sont la source des plus utiles indications? Quoi! il n'en serait pas ainsi de la pénétration dans l'appareil circulatoire des matières putrides, des poisons de diverses sortes, des virus de la variole, de la morve, de la matière cancéreuse ou tuberculeuse? Mais, monsieur Bousquet, c'est bien vous qui êtes ici tout seul de votre avis! Vous oubliez, car il est impossible, bien que vous vous soyez borné à jeter les yeux sur mon livre ou à le parcourir, que vous n'ayez pas lu les travaux de Gaspard et de Magendie, d'Ollivier, de MM. Bouillaud, Andral et Gavarret, des grands chirurgiens modernes, car ces auteurs et presque tous les modernes ont fait entrer dans la science, comme états pathologiques positifs, les altérations du sang que j'admets et que vous considérez comme des hypothèses. Ils ont même fait plus, ils ont commis à vos yeux le crime irrémissible d'avoir accepté pour les altérations du sang les termes panhypérémie, hypémie, hydrémie, pyémie, septicémie, etc., et vous devez élever votre colère non-seulement jusqu'à moi, mais jusqu'au plus grand nombre des écrivains de nos jours.

Ceux qui reprochent à l'école organique d'être trop localisatrice, et qui parlent toujours de maladies générales, devraient bien nous dire ce qu'ils comprennent par maladies générales en dehors de ce qui vient d'être dit.

Ainsi, l'étude des états organopathiques est utile, raisonnable et essentiellement pratique.

Je n'ai plus, pour répondre à l'argumentation de M. Bousquet, qu'à présenter quelques réflexions générales relatives à la nomenclature organo-pathologique.

Il semblerait, à entendre notre confrère, que j'aie été le père de la plupart des expressions techniques usitées par les modernes. A peine me suis-je cependant permis de composer quelques éléments de nomenclature nouveaux. Lisez Hippocrate, Arétée, Celse, Cœlius; arrivez aux temps modernes, à Sauvages, à Barbier (d'Amiens), à Alibert, à M. Andral, à M. Bouillaud, aux ophthalmologistes, aux chimistes, aux minéralogistes, aux botanistes de nos jours, aux auteurs du calcul décimal, et vous trouverez dans leurs écrits presque tous les éléments des mots qui existent dans la nomenclature organo-pathologique. Bien plus, vous les rencontrerez dans la langue vulgaire, qui, en dépit des gérontologues, s'enrichit d'expressions utiles et quelquefois indispensables. On convient de sa pauvreté, et on ne voudrait pas en augmenter les ressources!

Les applications des racines grecques à notre langue deviennent aussi nombreuses que du temps des guerres d'Italie sous Charles VIII, François I[er] et Henri II, où les mots d'origine latine se multiplièrent en français.

Comment! toutes les sciences se servent des ressources prodigieuses qu'offre le grec pour la formation de termes qui, avec peu de lettres, expriment des idées complexes, et la médecine, qui est pratiquée par des gens lettrés, ferait seule exception! Comment! une nomenclature empruntée au langage admis dans toutes les parties des connaissances humaines serait mal accueillie, et elle serait considérée comme l'œuvre d'un seul et comme une manière inconnue de s'exprimer, quand, il faut l'avouer, elle est l'œuvre de tous!

Eh quoi! je serais un étranger pour cette Académie qui veut bien me charger d'un si grand nombre de rapports, qui écoute parfois avec bienveillance les travaux originaux dans lesquels je ne cherche pas à me passer des mots dont je me sers habituellement, et que j'ai consacrés par trois volumes du *Traité de diagnostic* et par les neuf volumes du *Traité de médecine pratique?*

M. Bousquet, auquel on ne reprochera pas de ne pas consulter sa bibliothèque, serait fort embarrassé pour comprendre des dénominations dont les éléments sont dans tous les livres qui se publient?

Qu'il lise donc la plupart des thèses de la Faculté, les ouvrages récemment parus en Allemagne, la remarquable défense de ma nomenclature à Naples par M. le docteur ...., et surtout l'excellent dictionnaire de MM. Robin et Littré, qui consacre tous mes mots, et il verra si je marche dans l'isolement.

Un grand nombre des membres de cette Compagnie n'ont-ils pas, comme moi, proposé de nouveaux mots? M. Andral n'est-il pas l'auteur de ceux-ci que j'ai adoptés : hypertrophie, hyperémie, hypercrinie? Et alors qu'il s'est servi de la racine *hyper* pour désigner le plus, il me semble qu'il m'est bien permis d'employer l'élément *hypo* pour exprimer le moins. N'est-ce pas M. Bouillaud qui a non-seulement le premier si bien décrit l'endocardite, mais encore celui qui lui a donné le nom qu'elle porte? L'honorable M. Rayer n'a-t-il pas étudié et dénommé la pyélite?

Ne serait-ce pas M. Velpeau qui aurait appelé avec nous arthropathie les maladies des jointures considérées en général, et tocologie la science qui traite des accouchements? De la même façon, Orfila n'avait-il pas désigné par le mot toxicologie la connaissance des poisons?

Mais remontez plus haut, et voyez si ce n'est pas Bretonneau qui a créé les mots diphthérite et dothinentérie, que Petit et Serres avaient décrite sous la dénomination de fièvre entéro-mésentérique, et Bally sous celui très caractéristique d'iliodyclidite? N'est-ce pas Léveillé qui a proposé le mot d'encéphalopathie, et Breschet n'a-t-il pas employé le terme si convenable de phlébectasie? Est-ce Pinel ou moi qui nous sommes servis des mots angioténique, méningo-gastrique, adéno-méningée, adynamique, ataxique, etc.? Broussais et Gasc n'ont-ils pas décrit et nommé la péritonite?

C'est l'esprit du temps, et non pas une idée mienne, qui m'a conduit à la nomenclature organo-pathologique.

Mérat me confia, pour le *Dictionnaire des sciences médicales*, la rédaction de l'article OSTÉO-MALAXIE, n'était-il pas tout naturel que j'employasse les termes gastro, entéro, dermo, pour exprimer les ramollissements de l'estomac, de l'intestin, du derme, etc.?

Le terme *algie* est appliqué aux syllabes névro, gastro, entéro, coxo, pour exprimer les douleurs existant dans les nerfs, l'estomac, l'intestin, la hanche; ne devrais-je pas m'en servir pour dénommer les souffrances du derme, des muscles, des tissus blancs, et ne fallait-il pas prendre dans le grec les expressions qui désignaient ces organes?

En somme, je n'ai pas l'immense mérite, qui est le mérite de tous, d'avoir créé le langage organique, étiologique et pathologique dont je me sers; la seule chose qui m'appartiendrait, si la nomenclature de Linnée et de Guyton de Morveau ne m'avait servi d'exemple, ce serait la systématisation générale de ce langage et sa coordination si utile.

M. Bousquet et tant d'autres ont dit que la nomenclature était trop précise, alors qu'il s'agissait de désigner des choses mal déterminées; mais ils n'ont pas fait attention qu'un grand nombre des mots qu'elle consacre, tels que ceux qui finissent par les désinences : pathie, mégalie, algie, etc., ne préjugent pas, puisqu'une souffrance, une augmentation de volume, une douleur peuvent se rapporter à des états très divers. Ils disent que la science n'est pas faite, et que le temps n'est pas arrivé d'édifier une nomenclature; mais ils devraient voir que la science est faite dans tous les points où le diagnostic anatomique a porté son invariable cachet. Or, pour ces parties de la pathologie, il est temps de consacrer des mots significatifs, et ces parties de la science sont certainement les plus nombreuses.

On a dit encore que l'onomapathologisme consacrait des mots qu'il faudrait changer si le progrès y conduisait, cela est exact; mais comme il permet de construire facilement des dénominations nouvelles qui signifient nettement ce que l'on veut dire, évidemment cette objection tombe d'elle-même.

On a ajouté que la nomenclature conduisait à introduire dans la science une multitude de mots; mais ne voit-on pas que ces termes exprimant les choses ne peuvent être ultérieurement créés que si ces choses sont connues en plus grand nombre? Or ce sont là des avantages et non pas des inconvénients.

A côté des prétendus inconvénients que l'on reproche à la nomenclature, que d'avantages se trouvent réunis! Propriété de l'expression, positivisme dans le langage, extrême concision; livres de beaucoup moins longs, puisqu'ils sont écrits avec des termes significatifs et non avec des périphrases, facilité de se faire comprendre par des étrangers qui presque tous sont lettrés; définitions devenues inutiles, puisque chaque mot en devient une; expressions nouvelles s'appliquant à toutes les idées qu'on veut rendre; création d'un langage uniforme pour la science, langage qui fait rentrer dans le domaine général toutes les dénominations des *états* que des spécialistes ont appliquées aux maladies des yeux, des oreilles, de la peau, et que l'on a sans doute favorablement accueillies, parce que personne ne les comprenait, et qu'elles faisaient des sciences à part de l'otologie, de l'ophthalmologie et de l'étude des affections cutanées, etc., etc. : tels sont quelques-uns des très nombreux avantages que présente la nomenclature organo-pathologique.

Mais, dira-t-on, il faut réserver des mots nouveaux pour les choses nouvelles. On ne doit pas changer les anciennes expressions, où chacun reconnaît certains ensembles! D'abord, je déclare que je n'ai pas la prétention de dénommer les ensembles symptomatiques, les maladies telles qu'on les comprenait; presque jamais les mots consacrés par l'anatomo-pathologisme n'ont de synonymie dans l'ancien langage. Gardez vos mots : fièvre typhoïde, rhumatisme, scrofule, etc. Ne croyant pas que l'on doive conserver ces entités, je ne les nomme pas, et la nomenclature n'est appelée qu'à désigner des états précis, clairs, qui entrent dans les ensembles pathologiques que présente un homme malade.

Comment M. Bousquet a-t-il pu dire qu'il y a dans tout ceci de l'obscurité, du vague, quand rien n'est plus positif que cette manière de considérer les faits? Comment croit-il difficile de coordonner, de marquer la place des états pathologiques observés chez les malades, quand il doit bien voir qu'on s'attache sans cesse à fixer les relations qu'ils ont entre eux?

N'allez pas dire que mon prétendu néologisme est mal employé et qu'il ne faut de nouveaux mots que pour exprimer des choses nouvelles, car je vous ferai facilement voir que la plupart des états pathologiques n'ont pas été nommés, et cela pas plus que leurs causes. Qui donc a nommé les virus, je vous prie? Est-ce que vous penseriez que *iose*, pris d'un mot grec qui signifie virus, ne spécifie pas bien les causes très physiques des maladies virulentes; et ne trouvez-vous pas convenable de joindre à cette expression une particule qui en fixe le caractère, telle que *septi* pour les matières putrides, *syphi* pour le poison de la syphilis, *vario* pour celui de la petite vérole, et *boos* (bœuf ou vache) pour celui de la vaccine? Iriez-vous par hasard composer le mot vacciniose, et ne voyez-vous pas qu'il faut, dans une nomenclature régulière, exprimer d'après une loi générale certaines choses que l'on aurait bien pu, à la rigueur, se dispenser de nommer?

Je conçois que les vitalistes exagérés soient peu satisfaits d'abandonner le vieux langage condamné par M. Chomel, par M. Bouillaud, par M. Requin lui-même, par tous ceux enfin qui se sont occupés des noms des maladies. Je conçois qu'ils aiment à se servir indéfiniment de termes aussi vagues, aussi nuageux, aussi mal définis que leurs idées et leurs prétendues doctrines; qu'ils conservent encore une fois pour eux les mots : rhumatisme, qui réunit tout ce qu'il y a de plus disparate; catarrhe, qui s'adapte à une infinité de souffrances diverses; scrofules, qui n'est rien moins que la réunion d'une multitude d'états chroniques; qu'ils conservent : asphyxie, pour désigner les cas dans lesquels le pouls est fort; ictère (dérivé de belette aux yeux jaunes), ictère, auquel ils prêtent toutes les couleurs, etc.; qu'ils se perdent dans leurs spéculations à l'aide de leurs mots vie, vital, force vitale, etc.; qu'ils nous répètent à satiété : constitution médicale, constitution épidémipue, nature médicatrice, hippocratisme, etc. Pour nous, nous obéissons au progrès qui a consisté dans les applications de l'anatomie et de la physiologie à la connaissance des souffrances humaines, et imitant Hippocrate, Arétée, Fernel et tous les bons auteurs modernes, nous chercherons toujours à particulariser par des expressions positives les idées que nous voudrons rendre.

Mais c'est dans un hôpital, c'est au lit du malade que l'on voit combien est utile l'admission de la nomenclature. Le diagnostic autrefois se bornait à désigner une maladie ou un petit nombre de maladies, que l'on écrivait sur la feuille d'observations; tous les détails utiles au malade, toutes les indications faisaient défaut. Le médecin oubliait le lendemain les phénomènes qu'il avait reconnus la veille. Grâce aux mots exprimant d'une manière précise les états organopathiques, on note chacun de ceux-ci en tête de l'observation, et l'on sait ultérieurement et dans le cours de la maladie ce qui a existé. Il est donc alors possible de comparer le mal qui a eu lieu à celui que l'on observe actuellement. J'ai l'honneur de mettre sous les yeux de l'Académie mes notes d'hôpital recueillies de cette sorte, et je suis convaincu qu'elle y verra beaucoup de travail, un grand désir de bien faire et un résultat utile obtenu.

COMMUNICATION.

Empoisonnement par l'opium. — M. Costa di Serda fils communique deux observations d'empoisonnement par les narcotiques. Ces observations présentent deux points saillants : le premier a rapport à l'empoisonnement lui-même, le second concerne le mode d'action des remèdes auxquels on a recours pour le combattre.

Dans le premier cas, 60 grammes de laudanum avaient été ingérés (c'est-à-dire 3 grammes d'opium) et sont restés six heures dans l'estomac sans déterminer la mort. M. Costa attribue ce résultat à l'excessive élévation même de la dose d'opium qui a jeté l'estomac dans un état de paralysie presque immédiate et prévenu ainsi l'absorption d'une grande partie du poison. Quelques gouttes d'ammoniaque administrées dans un verre d'eau ont déterminé aussitôt des vomissements abondants et ranimé les fonctions de la vie animale et de la vie organique. Mais à peine les vomissements avaient-ils cessé que tous les symptômes de l'intoxication ont recommencé. On administre une nouvelle dose d'ammoniaque, nouveaux vomissements, dont la cessation est également suivie du retour des accidents toxiques, et ainsi de suite pendant plusieurs fois jusqu'à ce que les doses répétées d'ammoniaque et les vomissements auxquels elles ont donné lieu aient entièrement débarrassé l'estomac du poison.

Ce fait démontre que l'ammoniaque a la double propriété d'agir comme émétique, comme purgatif et comme excitant du système nerveux, et que, s'il n'est par conséquent le meilleur antidote des poisons narcotiques, c'est du moins le premier remède qu'on doive employer dans ce genre d'intoxication. (Commissaires : MM. Caventou, Chevallier et Bouchardat.)

— La séance est levée à cinq heures.

A l'occasion de la répartition d'une somme de 1,500 fr. votée par le conseil général de la Somme pour être distribuée aux membres du corps médical qui se seront signalés par leur zèle dans le traitement gratuit des malades indigents, M. le préfet de ce départemens vient de rendre l'arrêté qui suit :

Art. 1[er] L'allocation ci-dessus rappelée sera répartie par nous entre les médecins et officiers de santé qui auront, dans le cours de l'année, montré le plus de zèle à donner gratuitement les secours de leur art aux malades indigents.

Art. 2. Les primes accordées pour cet objet seront distribuées en séance publique.

Art. 3. A cet effet, le bureau de bienfaisance, et à défaut du bureau de bienfaisance le maire ou son adjoint, recevra dans chaque commune la déclaration des personnes qui auraient eu connaissance des soins donnés gratuitement à un indigent par un membre du corps médical.

Il sera tenu note de ces déclarations, qui devront être contrôlées par le bureau de bienfaisance, ou, à son défaut, par le conseil municipal. Le bureau (ou le conseil) donnera son avis sur tous les faits de ce genre qui lui seraient signalés.

Art. 4. Tous les ans, dans le courant de janvier, le maire transmettra, avec ses observations particulières, les avis du bureau de bienfaisance (ou du conseil municipal) au juge de paix, président du comité cantonal de vaccine. Ce comité, réuni pour cet objet sans l'assistance des médecins qui en font partie, examinera les faits qui lui seront signalés, se livrera à une enquête scrupuleuse sur leur exactitude, et consignera dans un procès-verbal le résultat de ses investigations et son avis. Le juge de paix, président, adressera dans la première quinzaine de février, au sous-préfet de l'arrondissement (à nous pour l'arrondissement d'Amiens), la liste par ordre de mérite des candidats que le comité cantonal, réuni sous sa présidence, aura jugés dignes d'être proposés pour obtenir une prime départementale à raison des soins donnés gratuitement aux indigents. Les faits y seront consignés avec la plus grande précision possible et avec les détails les plus circonstanciés.

Art. 5. Dans la dernière quinzaine de février, les propositions du comité cantonal seront soumises aux délibérations du conseil d'hygiène et de salubrité de l'arrondissement. Dans les premiers jours du mois de mars, le sous-préfet nous transmettra, avec ses propositions motivées, une copie de la délibération du conseil d'hygiène, ainsi que les listes de présentation dressées par les comités cantonaux.

Art. 6. MM. les sous-préfets, juges de paix, maires, membres du conseil d'hygiène, des comités cantonaux de vaccine et des bureaux de bienfaisance, sont chargés d'assurer l'exécution du présent arrêté, qui sera publié et affiché dans toutes les communes du département.

Fait à Amiens, le 9 février 1855.

Le préfet de la Somme, comte V. DU HAMEL.

Par arrêté du 22 février, un laboratoire de perfectionnement et de recherches pour les études chimiques est institué près la Faculté des sciences de Paris. Il est installé provisoirement à l'Ecole normale. Les élèves de cette école y seront admis à partir de leur troisième année d'études. Les licenciés ès sciences physiques pourront y être admis par autorisation du ministre de l'instruction publique pour la préparation de leur thèse de doctorat.

M. Dumas, membre de l'Institut, est nommé directeur de ce laboratoire.

LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière. 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Cancer de l'estomac. — Signes diagnostiques. — Valeur de la cellule.

Dans les affections les plus aisées à diagnostiquer habituellement, il peut se présenter telles circonstances qui enlèvent aux symptômes leur valeur et leur signification, et qui créent des difficultés de diagnostic dont il est utile que les jeunes médecins soient prévenus. C'est ce qui a lieu quelquefois pour le cancer de l'estomac, ainsi qu'on en jugera par les quelques considérations suivantes, que M. le professeur Rostan a émises dans une de ses dernières leçons cliniques.

Au n° 7 de la salle Sainte-Jeanne, est couché un homme de quarante-neuf à cinquante ans, maigre, au teint jaune et à la peau parcheminée, présentant en un mot l'aspect des sujets atteints d'affection organique chronique. Cet homme dit que depuis trois à quatre mois ses digestions sont dérangées. Depuis cette époque il éprouve une sensation presque continuelle de pesanteur à la région épigastrique, et est en proie à de fréquents vomissements. Aujourd'hui il ne digère plus du tout ; toutes les substances ingérées dans l'estomac sont immédiatement rejetées. A la palpation, on constate une tumeur arrondie, circonscrite dans la région épigastrique moyenne. Toutefois son siége n'est pas fixe ; elle paraît jouir d'une certaine mobilité. Ainsi un jour on la trouve un peu à droite, un autre jour à gauche. Le ventre est sensible et douloureux à la pression. Rien d'ailleurs du côté des centres nerveux.

Au premier abord, rien de plus aisé qu'un semblable diagnostic : digestions difficiles, vomissements, tumeur dans la région épigastrique. Il y en a assez pour diagnostiquer une affection organique, un cancer de l'estomac : tels sont en effet les trois caractères pathognomoniques du cancer du ventricule. Cependant, bien que dans ce cas il ne semble pas y avoir place au doute, il ne faudrait pas s'en rapporter toujours avec une confiance trop absolue à la réunion de ces trois signes. Si le plus souvent leur présence suffit, lorsqu'ils sont bien nettement accusés, pour légitimer ce diagnostic, il y a des exceptions dans lesquelles le diagnostic différentiel est très difficile à établir.

En effet, il se présente tels cas où ces trois signes, réputés pathognomoniques par tous les pathologistes, existent sans qu'il y ait cancer de l'estomac ; tandis qu'on voit de véritables cancers, constatés par l'autopsie, sans que ces signes aient été observés. M. le professeur Rostan a rapporté, à l'occasion du fait qui précède, plusieurs exemples remarquables d'erreurs de diagnostic qu'il est utile de connaître afin de se tenir en garde contre la possibilité de pareilles méprises.

Le premier est relatif à une femme d'une trentaine d'années qui avait une tumeur dans la région épigastrique avec de vives douleurs dans ce point, et qui vomissait tous ses aliments. Elle ne toussait point, et ne présentait rien de particulier dans la poitrine. On diagnostiqua une maladie organique de l'estomac. Après plusieurs mois de séjour à l'hôpital, cette femme sortit sans avoir obtenu aucun soulagement. Elle y rentra au bout d'un an, mais elle ne vomissait plus, elle n'avait plus de douleurs dans la région épigastrique, et la tumeur qu'on avait constatée dans cette région pendant toute la durée de son séjour dans les salles avait disparu. A ces symptômes avaient succédé tous les signes d'une phthisie tuberculeuse, et c'était pour cette dernière affection qu'elle rentrait à l'hôpital. Peu de temps après elle succomba aux progrès de la phthisie.

L'autopsie fut pratiquée avec une vive curiosité. On constata l'existence de cavernes dans les poumons ; mais l'estomac fut trouvé dans un état parfait d'intégrité. Cependant, comme on était très sûr d'avoir senti une tumeur dans la région épigastrique, on examina avec le plus grand soin toutes les parties voisines. Les organes contenus dans la cavité abdominale étaient parfaitement sains. Enfin, ayant incisé la peau, on trouva dans l'épaisseur des téguments un kyste aplati contenant encore quelques débris de matières concrètes grisâtres ayant toute l'apparence de la matière tuberculeuse, et qui très probablement n'était autre chose en réalité que cette substance. On eut alors l'explication naturelle de ce qui s'était passé dans la première période de la maladie de cette femme. La tumeur que l'on avait sentie était constituée par ce tubercule situé dans l'épaisseur des téguments au-devant de l'estomac, et qui plus tard s'était affaissé par suite de la résorption des parties les plus fluides. La douleur rapportée à la région épigastrique et les vomissements s'expliquaient également par l'action sympathique que le voisinage de la tumeur avait dû exercer sur le tubercule.

Dans une autre circonstance il y avait également une tumeur dans la région épigastrique avec sensibilité, vomissements et symptômes d'embarras gastrique. On avait diagnostiqué un cancer de l'estomac. Cependant, cette dernière circonstance ayant fait naître quelques doutes dans l'esprit de M. Rostan et lui ayant suscité l'idée qu'on pourrait bien n'avoir affaire chez ce sujet qu'à une accumulation de matières stercorales endurcies dans le côlon, il prescrivit un purgatif drastique, qui à tout prendre ne pouvait pas être très nuisible. Le purgatif fit rendre par les selles le prétendu cancer, c'est-à-dire une quantité considérable de matières stercorales ; et tous les symptômes qui avaient fait porter un diagnostic aussi grave disparurent aussitôt.

Un fait analogue a été vu et rapporté par M. Trousseau.

Ainsi voilà plusieurs exemples, et on pourrait, en fouillant dans les annales de la science, en joindre d'autres, qui prouvent que les symptômes considérés comme pathognomoniques du cancer de l'estomac peuvent exister sans le cancer, ou, pour parler plus exactement, que d'autres lésions que le cancer peuvent donner lieu à des symptômes qui ont la plus grande ressemblance avec ceux de cette affection.

La proposition inverse est également vraie, et il est possible qu'un cancer existe sans que sa présence soit révélée par aucun des signes réputés pathognomoniques, c'est-à-dire sans tumeur, douleur, ni vomissements. Il peut arriver, par exemple, telle circonstance où les vomissements ayant existé au début de la maladie viennent à cesser malgré les progrès du mal, et ne se reproduisent plus jusqu'à la terminaison fatale. En voici un exemple dont M. Rostan a également été témoin.

Une fille de service de l'hôpital entre dans ses salles avec des douleurs épigastriques, des difficultés de digestion et des vomissements répétés. Bientôt les vomissements cessent, malgré la persistance des autres symptômes. La malade quitte l'hôpital. Elle est perdue de vue pendant plusieurs années. Elle rentre après cette longue absence avec tous les signes d'une cachexie cancéreuse des plus prononcées. Mais elle ne vomissait plus et elle n'avait pas vomi depuis sa sortie de l'hôpital. Elle succomba peu de temps après, et voici ce que l'autopsie révéla. Il y avait dans la région pylorique de l'estomac une ulcération qui avait détruit toute l'épaisseur des parois de cet organe et qui le faisaient communiquer directement avec le duodénum ; de sorte que les aliments, qui dans le principe étaient rejetés par le vomissement à cause de l'obstacle que la tumeur du pylore opposait à leur passage, avaient fini par trouver une issue facile à travers l'ulcération du pylore. Cette circonstance expliquait comment il n'y avait eu chez cette femme pendant presque toute sa maladie ni tumeur, ni vomissements.

Quant à l'absence de la douleur, on en saurait encore moins conclure que de l'absence des autres signes. On sait qu'il existe des cancers indolents.

Il peut donc y avoir à la fois absence des trois signes caractéristiques du cancer de l'estomac, bien que ce cancer existe réellement.

La cellule cancéreuse peut-elle être de quelque utilité pour éclairer le diagnostic dans ces cas difficiles ?

A la rigueur, bien que cela ne soit pas proposable lorsqu'il s'agit d'un cancer externe à la portée des instruments, on conçoit qu'une ponction exploratrice pourrait fournir un élément utile au diagnostic. Mais ici ce moyen étant absolument inapplicable, le caractère emprunté à la cellule, fût-il parfaitement exact, ne saurait être d'aucun secours. De sorte que, quand bien même il serait démontré que la cellule soit le caractère pathognomonique du cancer, ce ne serait jamais pour les médecins qu'une découverte d'anatomie pathologique, dont on ne pourrait tirer aucun parti utile pour le diagnostic pratique. Mais est-il vrai que la cellule soit le signe caractéristique, *sine quo non* du cancer ? M. Rostan ne le pense pas, et il fonde son opinion à cet égard sur plusieurs faits de cancer bien constaté de l'estomac où l'on n'a point trouvé la cellule, et entre autres sur celui-ci.

Il y a quelques années, il avait dans son service un malade présentant tous les symptômes les plus tranchés du cancer de l'estomac avec les signes de la cachexie cancéreuse portés au plus haut degré. Le malade mourut, et à l'autopsie on trouva dans le ventricule un squirrhe des mieux caractérisés. Le lendemain, un jeune médecin, qui avait assisté à l'autopsie et qui avait emporté une portion de la tumeur pour l'examiner au microscope, vint avec empressement déclarer qu'on s'était trompé, qu'on n'avait point eu

---

CULTURE DE L'OPIUM INDIGÈNE.

Les travaux de M. Aubergier sur la culture de l'opium indigène ont toujours excité tant d'intérêt dans le corps médical, que nos lecteurs suivront avec plaisir, nous n'en doutons pas, l'ingénieux chimiste-agriculteur dans les difficultés pratiques qu'il a rencontrées pour donner à sa culture l'extension qu'elle réclame. Voici l'extrait du mémoire qu'il a lu à ce sujet à la dernière séance de l'Académie de médecine :

La bienveillance avec laquelle l'Académie a bien voulu accueillir mes travaux, les encouragements que j'en ai reçus me font un devoir de lui faire connaître les résultats des efforts que j'ai faits pendant les deux années qui viennent de s'écouler pour faire passer d'une manière générale dans la pratique agricole les résultats des recherches qui ont été sanctionnées par sa haute approbation.

C'est au commencement du mois de mars 1853 seulement que j'avais été fixé sur la route que j'avais à suivre par le rapport de l'Académie. A cette époque, la plus grande partie des terres qui auraient pu être affectées au pavot étaient consacrées à des cultures dont les semis se font l'hiver. Celles qui étaient disponibles étaient vouées à une culture très lucrative en ce moment, celle de la betterave.

Ce ne fut donc qu'à grand'peine et à force de sacrifices que j'ai pu déterminer quelques agriculteurs à cultiver le pavot à mes risques et périls, à la condition de me livrer leurs champs au moment opportun pour la récolte de l'opium et de la graine, moyennant une redevance convenue. Tous me manifestaient la crainte de voir la nouvelle culture épuiser leurs terres dans une plus forte proportion que leurs cultures habituelles. De là d'incroyables exigences qui devaient élever le prix de revient de l'opium bien au-dessus du prix de vente actuel dans le commerce. Je ne pensai pas devoir me laisser arrêter par cette considération. Les circonstances qui motivaient ces exigences étaient essentiellement passagères, la pratique devait contribuer à les atténuer ; le temps devait les faire complétement disparaître. J'avais d'ailleurs la confiance que l'importance qu'on doit attacher à l'uniformité de composition, dans un produit tel que l'opium, permettrait d'équilibrer pendant cette période de transition le prix de vente avec le prix de revient. Je pensais enfin qu'il était d'autant plus utile de mettre promptement dans le commerce un opium indigène d'une action constamment identique, quel qu'en fût le prix, que l'existence de cette sorte d'étalon devait amener inévitablement une amélioration dans le produit fourni par l'étranger. L'application des idées que j'ai consignées en 1846 dans les comptes rendus de l'Institut conduira donc, si je ne me trompe, au résultat que M. Chevalier voulait atteindre plus promptement, par une autre voie, lorsqu'il demandait, en 1849, le titrage officiel de l'opium.

Je me croyais arrivé au terme, et je n'étais cependant encore qu'au commencement des difficultés qui m'attendaient. Les cultivateurs, sûrs du produit des champs cultivés en pavots, apportaient souvent la plus grande négligence dans les travaux qu'ils exigent, et réservaient tous leurs soins, toute leur attention pour les récoltes dont le prix ne leur était pas garanti d'avance.

J'ai réuni dans deux tableaux joints à ce mémoire les résultats de mes cultures en 1853 et 1854. Le chiffre des dépenses pour ces deux années y figure pour la somme de 20,404 fr. 80 c. Si l'on en déduit la valeur de 149 hectolitres de graines, qui a été de 4,485 fr. 45 c., celle de 90 kilog. d'opium qui, au cours actuel de 64 fr., serait de 5,796 fr. 86 c., on voit que la perte équivaudrait à la moitié des frais qui ont été faits.

En 1853, sur 12 hectares cultivés en pavots, et qui auraient dû me donner 120 kilog. d'opium et 480 hectolitres de graines, je n'ai obtenu que 45 kilog. de l'un et 56 hectolitres de l'autre, c'est-à-dire le tiers de la récolte sur laquelle j'aurais été en droit de compter, eu égard aux résultats de mes premiers essais faits sur une plus petite échelle. Le prix de revient de l'opium, déduction faite de la valeur de la graine, a varié entre 108 et 177 fr. ; il a été en moyenne de 160 fr.

La campagne de 1854 s'est présentée sous de plus fâcheux auspices encore que celle de 1853. Aussi, quoique j'eusse étendu mes cultures à 20 hectares au lieu de 12, ma récolte d'opium n'a atteint que 45 kilog., et la moyenne du prix de revient s'est élevée à 190 fr. Cette dernière épreuve a achevé de me démontrer que le mode de propagande que j'avais adopté ne pouvait être employé avec succès là où cette plante était restée jusqu'ici à peu près inconnue. Heureusement que j'avais senti la nécessité de modifier le plan que je m'étais proposé d'abord. J'avais affermé des terres et les avais fait cultiver moi-même. Quoique

affaire à un cancer, le microscope n'ayant point fait constater la présence de la cellule...... On juge assez quelle conséquence il y avait à tirer de ce fait.

Epilepsie guérie par l'oxyde de zinc et la poudre de valériane.

Emilie Coblenté, âgée de treize ans, entrée le 6 septembre 1854 à l'hôpital Sainte-Eugénie (service de M. Bouchut), est malade depuis six mois. De temps à autre elle est prise de mouvements convulsifs violents accompagnés de perte de connaissance et de sensibilité tactile. L'attaque dure une demi-heure environ et disparaît, laissant après elle un sentiment de courbature très prononcé. Pas de strangulation ni de larmes. L'enfant est assez forte et bien développée, sans puberté apparente; elle n'est pas malade dans l'intervalle des attaques; elle mange et digère bien; elle n'a jamais rendu de vers intestinaux. Ses parents ne sont pas épileptiques.

Depuis quinze jours les attaques sont très fréquentes et reviennent deux fois par jour.

Le 7 novembre, jour de l'entrée à l'hôpital, il y a eu deux attaques.

Oxyde de zinc. . . . . 1 gramme.
Poudre de valériane. . . . . 50 centigrammes.

Mêlez et divisez en 4 paquets à prendre dans les vingt-quatre heures.

Le 8, deux attaques convulsives. — Même prescription.

Le 10, deux attaques. Les paquets de poudre déterminent quelques vomissements de matières glaireuses.

Les 11, 12 et 13, pas d'attaques. — Même prescription.

Le 14, l'enfant tombe en syncope, immobile, pâle, reste quelques instants dans cette situation et revient à elle sans convulsions. — Même prescription.

Les 15 et 16, pas d'attaque convulsive. L'enfant paraît habituée à prendre les poudres de zinc et de valériane; elle ne manifeste pas de répugnance et ne paraît pas souffrir de leur usage. — Même prescription.

Le 17, on augmente la dose d'oxyde de zinc; elle est doublée.

Oxyde de zinc. . . . . 2 grammes.
Poudre de valériane. . . . . 4 —

Mêlez et divisez en 4 paquets à prendre dans les vingt-quatre heures.

Les 18, 19 et 20, jusqu'au 26, rien de particulier; mais ce jour-là il y eut une attaque peu après l'ingestion d'un des paquets de poudre de zinc et de valériane.

Le 27, malaises, courbature, inappétence; peau chaude, pouls fréquent, développé; pas de vomissements ni de diarrhée.

Le 29, la fièvre a disparu. — On donne toujours les poudres de valériane et d'oxyde de zinc.

Le 30, pas d'attaque.

Le 1er décembre, même état. Rien de particulier jusqu'au 10 de ce mois. — Même prescription.

Le 11, deux syncopes de quelques minutes. Ce sont les dernières éprouvées par l'enfant dans le reste de son séjour à l'hôpital.

Du 12 janvier 1855 au 2 février, jour de la sortie, il n'y a rien de particulier à noter. L'enfant a continué à prendre ses quatre paquets de poudre tous les jours. *Exeat* le 2 février.

La guérison de cette jeune fille sera-t-elle définitive, et les accidents épileptiques si fréquemment observés chez elle doivent-ils avoir disparu pour toujours? C'est ce qu'il serait peut-être téméraire d'affirmer d'une manière positive. Quand on a un peu l'expérience de la thérapeutique dans les maladies convulsives, et en particulier dans l'épilepsie, on devient circonspect en fait d'affirmations de ce genre. Néanmoins, il ne faudrait pas que trop de prudence empêchât de reconnaître l'efficacité d'un médicament, par ce motif que, ayant guéri dans le présent, on ne sait pas ce que réserve l'avenir. Ici, dans ce fait d'épilepsie, il n'y a aucun doute possible sur l'heureuse action de l'oxyde de zinc combinée à celle de la poudre de valériane. L'enfant avait des attaques convulsives très fréquentes, répétées jusqu'à deux fois par jour.

Une fois l'accès s'est montré au moment de la visite, et l'on a pu voir, avec la roideur du corps et les secousses musculaires, une perte de connaissance entière, l'insensibilité de la peau, la rougeur du visage et l'écume labiale très prononcée. L'attaque s'est terminée par un sommeil de quelques heures. On n'a pas vu chez cette malade de larmes, ni de sanglots, ni de strangulation pharyngée comparable à celle de l'hystérie; elle ne présente, en dehors des attaques, aucun phénomène de paralysie ou d'anesthésie si communs dans cette dernière affection; elle paraît encore loin du travail de la puberté; par conséquent les phénomènes nerveux qu'elle a présentés doivent être rapportés à l'épilepsie. C'est dans cette situation et avec des attaques très multipliées que l'oxyde de zinc a été ingéré, et qu'il a paru être la cause rapide d'une amélioration très remarquable, bientôt suivie d'une guérison vieille de deux mois à l'époque de la sortie de l'hôpital. En effet, au cinquième jour de l'administration du médicament, les deux attaques quotidiennes cessent de se produire; au vingtième jour il en vient une seule, et c'est la dernière pendant la durée du séjour dans les salles. C'est là un très beau résultat; sans doute on ne saurait se flatter de réussir toujours de cette manière, et l'oxyde de zinc depuis si longtemps employé dans l'épilepsie n'agit pas toujours aussi rapidement. A doses fractionnées graduellement croissantes, seul ou associé avec la poudre de valériane, il allonge toujours le temps de repos et de santé qui sépare les attaques les unes des autres, et il finit souvent par empêcher leur retour assez longtemps pour faire croire à une guérison réelle et définitive, ce qui est en effet la conséquence prolongée de son usage. Malgré ses insuccès, c'est encore le meilleur remède à employer contre cette maladie.

D'un mode d'ulcération spéciale de la cornée succédant à un état de débilitation générale.

On admet généralement que toutes les causes de débilitation, comme l'insuffisance de l'alimentation, les excès de travail, les longues maladies, toutes les mauvaises conditions hygiéniques qui peuvent amener un état cachectique ou entretenir une diathèse sont autant de prédispositions à l'inflammation chronique de la cornée. Ainsi tous les auteurs rangent en première ligne la scrofule et la faiblesse constitutionnelle dans l'étiologie de la kératite à marche chronique.

L'observation suivante, recueillie dans le service de M. Chassaignac à l'hôpital de Lariboisière et rédigée par M. A. Fournier, l'un des internes du service, vient encore à l'appui de cette manière de voir. Elle ajoute, en outre, une particularité assez curieuse à l'histoire de ces inflammations de la cornée qui surviennent sur des sujets affaiblis sous l'influence d'une cause interne.

Cette particularité est une espèce d'ulcération de la cornée triplement distincte des ulcères ordinaires par les causes qui la produisent, par les symptômes qui l'accompagnent et par le traitement qu'elle réclame. Cet ulcère spécial, dû à un état anémique, ne succède ni à l'ouverture d'abcès interlamellaires, ni à la perforation de papules, de pustules, de phlyctènes superficielles; il ne s'accompagne pas de vascularisation morbide à la surface de la cornée; ce n'est pas non plus l'ulcère pulpeux, c'est un ulcère *sui generis* qui rappelle ces singulières pertes de substance des cartilages dans lesquelles la matière cartilagineuse est complétement détruite sur un point, comme enlevée par un emporte-pièce, sans que les contours de la solution de continuité aient perdu aucune des qualités normales du tissu sain. Cette perte de substance, sorte d'ulcération primitive des cartilages, se rencontre également sur la cornée.

Cette ulcération ne s'accompagne sur la cornée d'aucune inflammation, au moins apparente: pas de dépolissement des lamelles cornéales; aucune saillie, aucune pustule à la surface, aucun trouble dans la transparence de la membrane, pas de vascularisation inflammatoire, en un mot aucune trace de travail phlegmasique.

C'est en raison des causes qui la produisent que M. Chassaignac lui a donné le nom d'*ulcère atonique*, dénomination qui à la fois rappelle l'origine de l'affection et indique par avance le traitement qui doit la combattre.

C'est une ulcération de même nature que M. Thossat a fait connaître dans ses travaux sur les résultats de l'inanition. On sait que ce savant observateur a vu plusieurs fois sous l'influence de la privation de nourriture la cornée des animaux se flétrir, s'amincir, s'ulcérer, enfin se perforer. Dans le cas que nous citons, c'est également une privation prolongée d'aliments, une débilitation excessive produite par une maladie grave et des émissions sanguines surabondantes qui amenèrent une ulcération de la cornée. De même que les expériences de Thossat, cette observation montre une lésion consistant dans une sorte de mort locale due à l'influence des mêmes causes. Nul doute en conséquence que cet ulcère de la cornée ne soit le résultat d'un état d'épuisement général, d'une débilitation exagérée de l'économie; c'est un ulcère de faiblesse, un ulcère atonique.

Voici d'ailleurs ce qu'a montré l'observation à cet égard.

P..., âgé de cinquante ans, charretier, homme d'une bonne constitution, jouissant d'une santé excellente depuis son enfance, fut pris dans les premiers jours de décembre, sans cause connue, de lassitude dans les membres, courbature générale, fièvre, céphalalgie. Un point de côté violent se déclara quelques jours après, et s'accompagna de dyspnée, de toux, de crachements de sang, d'expectoration jaunâtre, etc. Le malade fut traité chez lui d'une façon très énergique. Un médecin lui pratiqua le premier jour une saignée qui paraît avoir été excessivement abondante, à en juger par les évaluations du malade (plus d'un litre de sang). Le second jour, nouvelle saignée, presque aussi abondante. Le troisième jour, saignée moins large. Enfin le cinquième jour, quatrième saignée, presque aussi considérable que la première. Pendant quinze jours entiers le malade observa une diète extrêmement sévère; le seizième jour seulement il prit un bouillon, et ce ne fut que le vingtième qu'il commença à prendre des potages.

Ce traitement énergique avait promptement enrayé la marche de la phlegmasie pulmonaire. Le malade s'était senti rapidement soulagé des accidents thoraciques. Mais en revanche, à la suite de ces émissions sanguines si copieuses, il éprouvait une extrême faiblesse; sa face était très pâle, son corps extrêmement amaigri. Incapable du moindre effort, il gardait le lit. A peine avait-il essayé dans les derniers jours de décembre de se lever quelques instants, lorsque vers cette époque il fut pris presque subitement d'une vive douleur de tête siégeant spécialement dans le côté droit. En même temps des douleurs intolérables éclatèrent dans l'œil du même côté. Cet œil ne tarda pas à devenir sensible à la lumière et à s'humecter de larmes; il rougit, mais très légèrement. Dans les vingt-quatre heures qui suivirent cette explosion presque subite des accidents oculaires, tous les symptômes parvinrent à leur paroxysme: élancements très douloureux dans l'orbite, larmoiement, photophobie des plus intenses, sensation pénible de graviers roulant sous la paupière. — Pas d'autre traitement qu'un vésicatoire au cou.

Les symptômes persistant, le malade se décida à venir à Paris. Il fut admis le 2 janvier à l'hôpital Lariboisière.

L'examen de l'œil fait constater les symptômes suivants: rougeur, injection de la conjonctive palpébrale; pas de granulations. En dehors de la circonférence cornéale, du côté du grand angle de l'œil, léger soulèvement de la conjonctive oculaire du volume d'un grain de millet, et constituant une sorte de vésicule transparente. Sur la cornée, aucune injection vasculaire, aucune perte de transparence; mais vers la partie centrale, à peu près au niveau du segment supérieur du cercle pupillaire, existent trois petites ulcérations superficielles; leur forme est ovalaire, effilée vers les extrémités du grand axe, dont la dimension ne dépasse pas 2 millimètres. Leurs bords sont nets et abrupts, comme taillés à pic; leur fond est très régulièrement excavé, de sorte que ces ulcères ressemblent à ceux que les auteurs ont désignés sous le nom d'ulcères cupuliformes. Leur surface est parfaitement égale et transparente; elle n'est recouverte d'aucun dépôt plastique ni purulent. Larmoiement abondant; photophobie; vue très affaiblie, presque éteinte.

Le malade est encore faible. Il conserve dans la poitrine du râle crépitant de retour et du bruit de souffle carotidien. — Six pilules

---

le voisinage de la ville donnât à ces terres une valeur locative très élevée, qu'il en résultât également une notable augmentation sur tous les frais de culture, le prix de revient de l'opium s'est abaissé à 80 fr. le kilog.

En profitant de l'expérience du passé pour améliorer les résultats des récoltes à venir, j'ai la conviction que ce prix de revient pourra encore être réduit dans une proportion considérable. J'espère en apporter la preuve l'année prochaine.

L'espérance que je manifeste se réalisera donc infailliblement le jour où les frais d'une culture plus économique et mieux entendue seront couverts par le produit de la graine, résultat sur lequel l'expérience des agriculteurs du Nord permet de compter.

Les 90 kil. d'opium que j'ai recueillis dans la campagne de 1853 et celle de 1854 ont été obtenus dans quinze localités différentes. Un échantillon de l'opium de chaque localité a été analysé séparément par le procédé Guilliermond. Je ferai observer que les liquides filtrés au bout de douze heures de contact avec l'ammoniaque, temps indiqué pour que la précipitation puisse s'opérer d'une manière complète, ont tous abandonné après la filtration une forte quantité de morphine, qui a été, comme la première, dissoute dans la potasse pour en séparer la narcotine. Cette morphine ainsi purifiée s'est trouvée exister dans des proportions renfermées entre 10 et 11 p. 100 pour onze échantillons. Dans deux échantillons, la proportion était inférieure à 10 p. 100. Dans deux autres échantillons, elle était supérieure et s'élevait à 12,176 et à 12,096. Les deux premiers avaient été récoltés trop tard; les deux autres l'avaient été trop tôt.

On sait que, lorsque la récolte a lieu trop tard, non-seulement la richesse en morphine de l'opium est moindre, mais encore le rendement de l'opium est beaucoup plus faible; lorsque la récolte a lieu trop tôt, la richesse en morphine est plus grande; mais alors les capsules n'ont pas acquis assez de développement pour supporter les incisions sans que la graine puisse en souffrir, et que la récolte de cette dernière, si nécessaire pour couvrir les frais de culture, se trouve compromise; celles de mes ouvrières qui ont déjà une certaine habitude ne s'y trompent pas, et leur coup d'œil est aussi sûr que les indications de la balance. Une autre cause peut élever le titre de l'opium en morphine. Il est toujours plus riche lorsqu'il provient de semis de pavots faits avant l'hiver que lorsqu'il provient de pavots de printemps; de l'opium obtenu de semis d'hiver en 1852 m'a donné jusqu'à 14,5 p. 100 de morphine. M. Chevallier a retiré plus encore d'un opium recueilli dans les mêmes conditions.

Il paraît naturel, du reste, que moins les phases de végétation que parcourt la plante ont de durée, plus cette durée est uniforme, plus les produits ont de chances d'être identiques.

Quoi qu'il en soit, la moyenne de la richesse des quinze échantillons provenant des 90 kilogrammes d'opium recueillis en 1853 et en 1854 est de 10,248. On voit donc qu'il est facile de réaliser en grand la production d'un opium présentant le titre que l'Académie a adopté comme type. Si j'insiste sur ce point, ce n'est pas que j'attache une grande importance à des variations qui pourraient se renfermer dans les limites d'un ou deux dixièmes; dans les sciences pas plus qu'ailleurs, comme l'a très bien dit à ce sujet même M. Bouchardat: « Le bien absolu n'est pas du ressort de l'homme. »

Lorsqu'on pense que la richesse des opiums répandus dans le commerce, qui doivent être considérés comme provenant d'incisions, dont les caractères physiques écartent tout soupçon de fraude, peuvent donner à l'analyse une quantité de morphine variant de 3 à 15 p. 100, on pourrait même dire plus; que, par conséquent, il peut y avoir entre la richesse de l'opium de deux pharmacies voisines des différences telles que l'opium de l'une contiendrait cinq fois plus de morphine, serait cinq fois plus actif que celui de l'autre; pourrait-on ne pas considérer comme un très grand progrès un moyen de renfermer ces différences dans les limites d'un ou deux dixièmes? Eh bien! ces variations que je considère, qu'il n'est pas un membre de cette assemblée, j'en suis sûr, qui ne considère avec moi comme insignifiantes, je me crois plus que jamais autorisé à dire que je puis les éviter.

Si, sous le rapport du prix de revient, le résultat des deux campagnes de 1853 et 1854 laisse encore beaucoup à désirer sous le rapport de la constance dans l'uniformité de composition de l'opium, les résultats obtenus continuent à confirmer les espérances qu'avaient fait naître mes premiers travaux.

de fer et d'extrait mou de quinquina; vin de Bordeaux; viandes rôties; douches froides sur l'œil; collyre au nitrate d'argent (eau distillée, 30 gram., nitrate d'argent, 0,10 centigram.).

Ce traitement est continué les jours suivants. L'état général s'améliore sous son influence et les forces reviennent; néanmoins, sentiment de lassitude, d'accablement continu. L'état local est également modifié; les douleurs de l'œil ont cessé, moins le larmoiement, mais persistance de la photophobie. Les ulcères de la cornée ne se sont pas agrandis; du reste, ils conservent les mêmes caractères de transparence et de netteté. — Même traitement.

Le 15 janvier, plus de traces d'inflammation. Les ulcères semblent stationnaires. Le larmoiement a tout à fait cessé; la photophobie est presque nulle; la vue est encore trouble, mais l'œil malade distingue déjà les gros objets. Pas de douleurs. L'amélioration continue dans la semaine suivante.

Le 23, la vue est presque recouvrée; le malade peut lire de l'œil malade, mais il ne peut encore supporter une lumière assez vive. Des trois ulcères, le plus petit et le moins profond a disparu; il s'est comblé progressivement sans laisser d'opacité ni de tache; les deux autres diminuent de jour en jour, mais beaucoup moins en étendue qu'en profondeur. L'état général est très satisfaisant.

Le 29, les ulcères ont beaucoup diminué; néanmoins ils sont encore apparents, surtout celui qui est le plus voisin du grand angle de l'œil. Il faut toutefois, pour les distinguer, regarder l'œil obliquement. Aucune opacité, aucune tache. Le malade, étant satisfait de son état, demande sa sortie.

Cette observation ne peut laisser aucun doute sur la nature réelle de l'affection. Il s'agit bien d'une ulcération par épuisement. Les conditions dans lesquelles la maladie s'est produite, en dehors de toute cause extérieure et consécutivement à une débilitation extraordinaire, la nature des symptômes, les résultats enfin de la médication tonique, établissent sur ce point une certitude qui nous paraît peu contestable.

Dans l'observation précédente, la part prise par l'inflammation à la production des ulcères de la cornée fut évidemment bien minime, car l'intensité du travail phlegmasique était complétement disproportionnée à la manifestation de pareils symptômes. Un autre élément dominait évidemment l'affection, l'état général de l'économie assez débilitée pour ne plus fournir à tous les organes les éléments de leur nutrition. Ce qui vient encore à l'appui de cette manière de voir, c'est la considération du siége précis de ces ulcérations se produisant vers *le centre même de la cornée*, c'est-à-dire, suivant la remarque de Travers, sur *la portion la moins riche en vaisseaux*. Rien de plus concluant que de voir, dans un état anémique général, les organes les moins pourvus de sources nutritives céder les premiers à la cause de mortification qui pèse généralement, mais d'une façon inégale, sur toute l'économie.

Enfin, s'il est vrai que le traitement montre la nature de la maladie, invoquons en dernier lieu les heureux résultats qu'a fournis dans ce cas l'emploi de la médication tonique. C'est en s'attachant à combattre l'anémie, à relever le malade de l'état d'épuisement et de faiblesse où il était tombé, que M. Chassaignac est parvenu à enrayer les progrès de l'ulcération cornéale; et pendant toute la durée de la guérison, nous avons pu suivre la coïncidence continue des symptômes locaux avec le rétablissement de la constitution.

DE LA MORTALITÉ DES ENFANTS EN BAS AGE à l'époque de la dentition.

Un sixième des enfants nouveau-nés périt chaque année au moment du travail des dents. Déjà en 1781 la Société royale de médecine, frappée de cette proportion inquiétante, avait proposé un prix pour le meilleur mémoire sur la question suivante :

« Quels sont les moyens les plus sûrs de préserver les enfants en » nourrice des accidents auxquels la dentition les expose, et d'y » remédier lorsqu'ils en sont atteints? »

La question, mal étudiée, ne fut pas résolue; car, ainsi que les tables de mortalité le constatent, la proportion des enfants qui périssent encore aujourd'hui par la dentition est exactement la même qu'en 1781.

Pouvait-il en être autrement lorsqu'on songe que le véritable mécanisme de la sortie des dents était resté un mystère jusqu'à ce jour, et que les plus grossières erreurs servaient de base aux soins donnés communément aux nourrissons frappés d'accidents de dentition?

Parmi ces erreurs, les principales consistent à croire que les dents percent les gencives de force, à la manière d'un poinçon traversant du parchemin, et à attribuer aux efforts qu'elles font pour perforer les gencives les accidents si souvent mortels qui accompagnent leur sortie.

Sous ce titre : *Des accidents de dentition chez les enfants en bas âge; moyen de les combattre*, le docteur Delabarre, médecin dentiste de l'hospice des Enfants-Trouvés et Orphelins de Paris, vient d'offrir à l'Institut un ouvrage éminemment utile sur ce sujet.

L'auteur démontre, pièces anatomiques en main, que les dents ne percent pas les gencives avec effort, ainsi qu'on le croit généralement.

En effet, dit-il, abstraction faite de la douleur, s'il était permis de supposer que les dents incisives et les canines perforassent les gencives par suite de leurs formes coupantes et pointues, cette supposition devient tout à fait impossible dès que l'on considère les dents molaires, dont la surface carrée compte près d'un centimètre de largeur, et lorsqu'on sait que le tissu des gencives est d'une nature molle, élastique et partant extensible.

Si ces dernières dents devaient traverser les gencives de force, elles en distendraient inévitablement les chairs jusqu'à ce qu'elles éclatassent à la façon d'un ballon trop tendu, et chacun sait que ce n'est pas ainsi que la nature procède à la sortie des dents. On aperçoit d'abord une petite pointe, puis une autre, puis une autre, et enfin la dent paraît dégagée de toute entrave.

Comment les choses se passent-elles donc?

Voici la description anatomique qui en est faite par l'auteur :

A mesure que les dents s'avancent vers l'extérieur par suite du développement des os de la mâchoire, il se forme entre elles et les gencives un petit corps fongiforme en grande partie composé de vaisseaux absorbants, lequel ronge, détruit ou plutôt absorbe graduellement tous les obstacles qui pourraient s'opposer à leur sortie.

Ce qui milite victorieusement en faveur de cette opinion, c'est qu'en effet, si les dents devaient se frayer brutalement un passage à travers les mâchoires, tous les enfants indistinctement souffriraient; tandis que l'observation nous montre chaque jour un nombre considérable de nourrissons chez lesquels la sortie des dents s'opère sans déterminer la plus légère souffrance, sans causer le plus petit malaise.

Quelles sont donc alors les causes des accidents si souvent mortels qui surviennent chez les enfants à cette époque?

Ne serait-il pas possible de les prévenir?

Telles sont les questions que l'auteur semble avoir résolues affirmativement.

Les mâchoires, dit-il, sont admirablement organisées pour que la dentition s'effectue avec facilité; mais trop souvent sous l'influence d'une alimentation vicieuse, mal réglée, ou bien sous l'empire de certaines conditions atmosphériques, les petits corps fongueux chargés d'ouvrir passage aux dents s'engorgent. L'irritation légère qui en résulte détermine dans les gencives une sorte de démangeaison ou de chatouillement particulier que M. Delabarre désigne sous le nom de *prurit de dentition*.

Ce prurit agace les enfants, les excite à porter constamment leurs doigts à leur bouche et à comprimer convulsivement entre leurs mâchoires les corps les plus durs; bientôt ils en sont irrités au dernier point.

Sous l'empire de cette excitation incessante, les fonctions du système nerveux se troublent, la salivation s'établit, les digestions s'altèrent, et la diarrhée, précédée ou suivie de vomissements violents ou de terribles convulsions, vient mettre prématurément fin à une existence qui datait à peine de quelques mois.

L'observation et l'anatomie s'accordent pour faire reconnaître l'absence de toute autre cause que celle du prurit de dentition pour engendrer de semblables phénomènes, et l'importance qu'il faut attacher à combattre cette sensation si bénigne en apparence.

Selon l'auteur, les soins hygiéniques les plus simples suffisent pour rendre la dentition facile dans la généralité des cas.

Ces soins consistent :

1° A régler avec intelligence l'alimentation des nouveau-nés d'après leur âge et particulièrement d'après le nombre des dents sorties;

2° A surveiller attentivement les gencives et à les entretenir dans un parfait état de santé et de fraîcheur.

Pour obtenir ce résultat, M. Delabarre conseille de frictionner matin et soir les gencives des enfants en travail de dentition à l'aide du doigt enduit d'un sirop qu'il a présenté à l'Académie des sciences.

Par ce procédé si simple, la période dentaire s'écoule sans trouble, le système nerveux reste calme, le sommeil est parfait, les digestions sont bonnes, et la santé des enfants s'établit sur des bases d'autant plus solides qu'ils n'ont pas souffert dans les premiers mois de leur vie.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

ADDITION A LA SÉANCE DU 27 FÉVRIER 1855.

Réplique de M. Bousquet à M. Piorry.

Messieurs, dans les premières observations que je me suis permises sur le mémoire de M. Piorry, j'ai cru devoir signaler une choquante contradiction. J'ai dit que, spiritualiste en physiologie, M. Piorry est matérialiste à l'excès en pathologie. J'ai fait cette remarque en passant, il pouvait la laisser tomber, il l'a relevée, et voici en quels termes : « Plus que personne, dit-il, je suis le défenseur de cette grande pensée, » que l'âme, sous l'influence divine, est le promoteur de la formation » organique. » M. Piorry se comprend sans aucun doute. Pour moi, je m'incline et je n'insiste pas sur ce point. Il faut dire cependant ce que devient l'âme de M. Piorry. Après avoir créé l'organisation, elle prend son vol, et le médecin reste en présence de l'organisation; il n'a d'action que sur l'organisation. Je complète la pensée de M. Piorry, et j'ajoute : sur l'organisation sensible et vivante; car il ne contestera pas, je pense, que c'est en tant que sensibles et vivants que les organes s'altèrent et se réparent, en tant que vivants qu'ils sont accessibles aux causes des maladies et aux agents de la thérapeutique.

Cela dit, j'écarte respectueusement l'âme de ces débats, et je me place sur le domaine de la pathologie.

Qu'est-ce la maladie? C'est, dites-vous, une lésion de l'organisation. Soit; mais il y a des lésions de plusieurs sortes. Une fracture, une luxation, une hernie, sont aussi des altérations de l'organisation; mais elles n'intéressent que la configuration, la position, les rapports des parties. L'art peut les produire à volonté sur le vivant, il peut les imiter sur le cadavre. Ici tout est clair, tout se passe au grand jour. Aussi, à peine l'œil a-t-il vu le désordre, que l'esprit sait ce qu'il faut faire pour le réparer et remettre toutes choses en bon état. Ce sont là des lésions mécaniques; elles forment en grande partie le domaine de la chirurgie, et de là vient la sûreté de sa méthode, l'excellence de ses procédés.

La fièvre, l'inflammation, la goutte, l'épilepsie, la folie et ses diverses formes, etc., ne sont pas apparemment comparables aux lésions que je viens de nommer. Il y a donc en elles quelque chose qui les distingue et qui leur a mérité une place à part dans les nosologies comme elles l'ont dans la nature. Cependant en quoi consiste cette différence, et d'où vient-elle? S'il n'y a que des organes dans le corps, elle est nécessairement dans les organes. Vous l'affirmez, alors même que vous ne la voyez pas. Ainsi, l'esprit prévaut aux sens. Vous affirmez contre le témoignage des sens ce qui est du témoignage des sens. Et pour sauver l'inconséquence, pour mettre d'accord les sens avec l'esprit, on suppose que les maladies, de même que les grandes fonctions de l'économie, se passent hors de la portée de notre faible vue, dans ces replis impénétrables de l'organisation d'où s'exhale la flamme de la vie. Ainsi, même en ce sens, on peut dire que les maladies ont leurs racines dans la cause de la vie, et qu'elles commencent par être des atteintes cachées de la vie avant d'être des lésions apparentes de l'organisation. Je vous avoue cependant qu'il me vient parfois des scrupules; vous connaissez le traitement moral de la folie, dont M. Leuret se servait si heureusement, j'ai peine à voir une lésion matérielle dans une maladie qu'on guérit quelquefois d'un mot, d'un souffle.

Et quand je considère l'obscurité qui couvre les maladies à leur point de départ, je suis moins étonné si les médecins en détournaient la vue. Elles leur étaient révélées par les symptômes, et cela leur suffisait; ils savaient qu'il y a d'étroits rapports, des rapports de causalité entre les symptômes et les lésions organiques, et ils opéraient sur les symptômes presque avec la même sûreté que sur ces lésions elles-mêmes. Ils imitaient en cela la psychologie, qui, pour connaître les facultés de l'entendement, ne s'informe même pas des parties qui en secondent l'exercice, ou bien encore la séméiotique, qui s'est accoutumée à lire dans les signes l'issue probable des maladies, sans trop remonter à leur source. C'est pour elle une affaire de pure observation, et rien de plus. J'explique et je n'approuve pas. J'aime, au contraire, à proclamer la supériorité de la médecine contemporaine sur sa devancière. Mais, croyez-le bien, vos maîtres et les miens savaient presque aussi bien que vous que les maladies intéressent l'organisation, et je ne puis pas comprendre où vous avez pris qu'ils les mettaient en *dehors même des organes*, eux qui croyaient qu'elles étaient répandues dans tout le corps. Et quelle meilleure preuve puis-je vous en donner que les éternelles querelles des humoristes et des solidistes!

Comment donc un esprit aussi éclairé que le vôtre, un médecin de votre savoir, peut-il dire qu'avant lui les maladies étaient regardées comme des *êtres*: heureusement pour votre nom vous avez d'autres titres à la reconnaissance des hommes. Eh quoi! parce qu'en parlant on personnifie des maladies, on leur accorderait une existence indépendante des organes qu'elles affectent! Mais il est impossible que vous le pensiez, et si vous ne le pensez pas, pourquoi le dites-vous? Est-ce à vous qu'il faut apprendre que ce sont là des manières de parler, des artifices de langage pour animer et abréger le discours? Et un poëte comme vous ne sait-il pas qu'il est de règle d'animer tout ce qui peut être animé, la douleur, la fièvre, la joie, la gloire, l'orgueil, l'envie, etc.? Nous sommes tous un peu païens dans le langage. Mais on sait ce que parler veut dire.

Sauvages est peut-être le seul médecin qui ait comparé les maladies à des *êtres*. « A la rigueur, dit-il, les maladies sont des êtres comme les feuilles du même arbre. » Mais il ne faut pas trop presser ces paroles, elles font entendre la pensée de l'auteur plutôt qu'elles ne la rendent. Les maladies sont comme des *êtres*, elles ne sont pas des *êtres*. Ce n'était qu'une manière de parler, et il y paraît assez, ce me semble, au tour de la phrase. Et, d'autre part, ne voyez-vous pas que Sauvages, professeur de botanique, forçait les analogies pour se donner le droit d'imiter l'histoire naturelle dont il transportait les méthodes de classification dans la pathologie?

C'était en 1763, quatre ans avant sa mort, que Sauvages publia sa nosologie : *Nosologia methodica sistens morborum classes, genera et species, juxta Sydenh'ami mentem et botanicorum ordinem.* Honoré des éloges de Boerhaave, le soin de sa réputation l'obligeait à toute sorte de ménagements dont je suis dispensé. Je sais que mon obscurité me donne du courage, et, dussé-je attirer sur ma tête toutes les foudres de mon puissant adversaire, je déclare qu'il y a des maladies qui sont des *êtres*. Je prends mon exemple dans la petite vérole ellemême. De même que la plante, la petite vérole naît de semence, couve au sein de l'organisation comme la plante dans la terre et lève à son heure. Elle a ses périodes, ses âges successifs et distincts comme la plante, et, comme la plante, elle reproduit avant de s'éteindre un germe fécond semblable à celui d'où elle sort, de manière à assurer la perpétuité de sa race, j'ai presque dit sa postérité. Ce que je dis de la variole, on peut le dire de toutes les contagions qui naissent de germe; on peut le dire, quoique bien moins rigoureusement, des maladies vénériennes et même des empoisonnements.

Je sais bien que ce ne sont là que des causes de maladie dont les effets portent toujours sur l'organisation, mais elles ne se comportent pas comme les autres; elles pénètrent, elles s'établissent dans l'économie, et, une fois là, elles la troublent, elles la subjuguent à leur gré jusqu'à ce que cette même économie, usant des forces vives qui l'animent, se les assimile ou les rejette de son sein.

Dans un moment d'erreur Bichat a pu dire : Qu'est l'observation si on ignore le siége du mal? Si Bichat eût prévu l'abus qu'on ferait un jour de ces paroles, je me plais à croire qu'elles ne seraient pas sorties de sa bouche. Je n'essayerai pas de le faire parler comme a fait M. Piorry pour Hippocrate. Il me convient pas à ma faiblesse de se faire l'interprète du génie. Je me borne à répondre respectueusement à Bichat que l'observation est encore beaucoup alors même qu'on ignore le siége du mal. Par un hasard singulier, il se trouve que les maladies que nous guérissons le mieux sont précisément celles auxquelles il est le plus difficile de marquer la place dans l'organisation. Exemples : le scorbut, la chlorose, la syphilis. Il n'y a pas encore longtemps que MM. Audouard et Piorry ont appelé notre attention sur l'enflure de la rate. Elle était inconnue de Torti. Cependant Torti guérissait-il moins

bien la fièvre intermittente, lui qui a tracé d'une main si sûre les règles à suivre dans l'administration de l'antipériodique? Et M. Andral, dont vous êtes si heureux d'invoquer l'autorité quand elle est pour vous, M. Andral n'a-t-il pas admis et rejeté les fièvres essentielles dans les différentes éditions de sa *Clinique* sans rien changer ni à l'étiologie, ni aux symptômes, ni au traitement, rien que la place qu'elles occupent dans l'économie?

Vous abuseriez de mes paroles si vous disiez que je ne mets aucun prix à savoir quelles sont les parties malades. J'en mets beaucoup, au contraire, quoique peut-être un peu moins que vous; mais je n'y ai pas le même intérêt; le siége des maladies n'est pour moi qu'une partie de leur histoire, plus intéressante pour le pronostic que pour le traitement, M. Gerdy vous l'a fait assez voir dans la dernière séance; il est quelque chose de plus pour vous, il est la base de votre agréable nomenclature.

Tout est bon à connaître d'une maladie, non-seulement le siége, mais la manière dont elle se forme et se produit. Veuillez, je vous prie, me prêter votre attention. Ceci est du Montpellier. Quand il n'y aurait que matière dans le corps humain, cette matière est organisée et vivante, nous en sommes convenus. Sans cela elle serait indifférente aux causes extérieures. Mais ces causes, comment agissent-elles? Quelle part prennent-elles à la naissance, au développement des maladies? Question immense et fondamentale en pathologie. Il est heureusement peu de causes qui, comme les virus, les venins et les poisons, soient assez puissantes par elles-mêmes pour vaincre toutes les résistances et s'imposer à l'économie. La plupart, au contraire, n'ont qu'une influence bornée, douteuse, contingente : de sorte que pour produire leurs effets il faut que l'économie s'y prête; je ne dis pas assez, il faut qu'elles soient aidées, secondées par l'économie elle-même. La maladie naît de ce double concours : elle est à la fois l'œuvre de la cause extérieure et de la cause intérieure.

Il y a au sein de l'organisation une force, une activité qu'elle tourne contre elle-même. Dans l'ordre physiologique, vous voyez des exemples frappants de cette activité dans la croissance et dans l'accouchement. Qu'est-ce qui pousse cet enfant à atteindre taille d'homme? Et comment l'utérus, arrivé au terme de la grossesse, entre-t-il en action sans provocation extérieure, de lui-même, pour se débarrasser du produit de la conception?

Ce sont là, dira-t-on, des lois primordiales. Je ne le nie pas. Mais elles ne s'accompliraient pas, ces lois, si l'organisation n'était essentiellement active. C'est tout ce que je dis. Eh bien! il se passe quelque chose de semblable dans la *conception*, dans l'*enfantement* des maladies. Pour la plus légère cause, à la moindre occasion, sous le moindre prétexte enfin, vous voyez l'économie se troubler, s'agiter et produire ici une inflammation, là un abcès, un ulcère, un tubercule, un cancer, etc. On dit alors que la maladie est spontanée, tant les causes extérieures y prennent peu de part. Je ne sais pas même si l'organisation toute seule, en vertu de la seule activité qui l'anime, ne suffit pas quelquefois à produire les maladies de la même manière qu'elle suffit à les guérir. Une chose est certaine, c'est qu'il y a une immense différence entre les maladies qui naissent doucement, sourdement dans nos tissus, et celles qui viennent du dehors; entre les maladies dites spontanées et celles qui sont le résultat évident d'une cause, d'une violence extérieure. Toutes choses égales, les premières sont de beaucoup plus graves, plus rebelles que les secondes.

Ainsi, dans cette manière de voir, la nature fait en partie les maladies, et la nature les guérit, soit seule, soit aidée des secours de l'art.

Il est facile de rendre ces idées ridicules en les exagérant. Je proteste contre toute exagération. Renfermées dans de justes limites, je ne crains pas de dire qu'elles jettent la plus vive lumière sur la pathologie. Je les livre à la réflexion de M. Piorry.

Après avoir accusé ses prédécesseurs de faire des êtres des maladies, M. Piorry se tourne contre ses contemporains, et accuse les nosologistes d'accumuler, de grouper les symptômes au hasard, sans souci de leur origine ni de leur signification. M. Piorry fait trop d'honneur à leur imagination; ils n'en ont pas assez pour inventer les symptômes dont ils composent leurs tableaux; ils les prennent servilement dans la nature à mesure qu'ils se produisent. Demandez à M. Grisolle si elles sont des enfants de son cerveau, ces belles descriptions des maladies qui ont fait de son livre un livre classique. Mais vous dites que ces maladies qu'on donne comme des *unités* réunissent vingt états pathologiques différents. Et quand cela serait, encore faudrait-il commencer par les points tels que la nature les offre à nos yeux.

Après cette première opération, je me rapproche de vous, et je conviens que si une maladie est composée, il faut, pour l'attaquer rationnellement, chercher à démêler les éléments qu'elle contient.

Cette analyse est si naturelle, que je suis persuadé que les bons praticiens de tous les temps en ont usé. Barthez a vu avec génie ce qu'ils ont fait, et il leur a dérobé la méthode qu'ils suivaient peut-être à leur insu. Mais prenez garde, il y a une hiérarchie dans les éléments des maladies; ils ne naissent pas tous à la fois; ils n'ont pas tous la même importance. Il y en a presque toujours un qui domine tous les autres et qui fait le caractère et comme le fond de la maladie à laquelle il impose son nom. C'est lui qui la fait ce qu'elle est. Dans la fièvre typhoïde, ce sera, je suppose, l'altération de l'intestin; dans l'apoplexie, c'est l'hémorrhagie cérébrale; dans la phthisie, le tubercule; dans la gravelle, l'excès d'acide urique; dans la fièvre intermittente, le génie périodique, etc. Autour de celui-là d'autres viennent se grouper. Mais ils n'y sont pas nécessaires; ils peuvent manquer, la maladie restant la même.

Je n'entre pas plus avant dans cette méthode, dont vous avez pris la première idée à l'école de Montpellier. Vous l'avez avoué ingénument quelque part dans vos écrits; vous vous en défendez aujourd'hui. Et, pour mieux nous donner le change, vous feignez d'ignorer jusqu'au nom de votre modèle, vous qui avez écrit ces paroles contre les plagiaires : « Le vol des conceptions de la pensée est le plus cruel des larcins. » Vous parlez de Bordeu, et vous dites qu'il n'y a nulle comparaison possible entre vos principes et les siens. Je le savais. Je connais assez bien mon Bordeu; c'est une de mes lectures favorites. Il s'exhale de toutes ses pages une vapeur médicale, un parfum d'esprit et d'érudition qui me charme, et que je ne trouve pas au même degré dans des ouvrages plus modernes.

Mais Bordeu n'a rien à faire ici. La méthode que vous y cherchez, vous ne la trouverez pas : elle est de Barthez; il l'a développée pour la première fois dans un cours de médecine pratique qu'il fit à la Faculté de Montpellier vers 1770, et il en a fait l'application à l'étude des maladies goutteuses. C'est donc à Barthez ou à ses disciples que vous l'avez prise. Je conviens d'ailleurs que vous avez fait tout ce qui dépendait de vous pour la rendre méconnaissable. Vous divisez et sous-divisez sans fin les maladies, vous les mutilez, vous les émiettez; entre vos mains, elles se réduisent en poussière, en un *je ne sais quoi qui n'a plus de nom dans aucune langue;* si bien que, sans vous en apercevoir, vous finissez par tomber dans la médecine du symptôme, la plus superficielle, la plus commune, la plus insignifiante de toutes et la moins digne d'un esprit réfléchi. Je ne m'étonne pas si vos états pathologiques sont *innombrables*, comme vous dites. Vous en reconnaissez presque autant qu'il y a de symptômes. Et je suis bien persuadé que vous ne les connaissez pas tous. Chaque jour vous en révèle un nouveau, chaque jour apporte sa découverte.

Et quand vous avez fait subir aux maladies cette horrible mutilation, il ne vous vient pas dans l'esprit de rassembler tous ces lambeaux épars pour les reconstituer et les présenter telles qu'elles vous apparaissent. Cependant plus vous mettez de finesse dans votre analyse et plus la synthèse est nécessaire. Sans cela, sans cette recomposition, ne voyez-vous pas que vos connaissances n'ont rien de réel? Elles ne sont pas conformes à la nature, c'est-à-dire aux choses telles qu'elles sont.

Que penseriez-vous d'un chimiste qui, voulant donner une connaissance de l'eau, se bornerait à discourir sur l'oxygène et l'hydrogène dont elle se compose?

Voilà pourtant ce que vous faites. Des maladies telles qu'elles sont vous n'en parlez pas, vous croyez avoir tout fait quand vous avez compté vos états organopathiques. Il faudrait au moins en suivre la génération et en apprécier l'importance. Si vous aviez compris que la petite vérole est presque tout entière dans le virus qui la produit et dans l'infection qui la suit, peut-être auriez-vous un peu plus de méfiance de l'art et de vous-même.

Toutefois, ne vous méprenez pas, je vous prie, sur le sens et la portée de mes remarques. Je n'ai pas l'injustice de vous rendre responsable de l'impuissance de l'art; je ne vous reproche point vos efforts; je m'étonne seulement du prix que vous y mettez. Dans l'impossibilité de saper l'édifice par la base, vous vous en prenez aux girouettes, vous poursuivez l'éruption partout où elle se montre, à la peau, par des emplâtres ou des onctions; croyez-vous cependant avoir beaucoup fait pour le salut de vos malades quand vous avez détourné quelques pustules de la face? Au pharynx, vous portez le caustique deux fois par jour : imaginez-vous un pareil supplice pour éteindre quelques pustules qui se seraient éteintes d'elles-mêmes et beaucoup plus tôt! Votre audace s'augmente avec le péril. Contre les pustules du larynx et de la trachée vous proposez, quoi? La trachéotomie. Sylva, le fougueux disciple du fougueux Chirac, disait qu'il voulait accoutumer la petite vérole à la saignée; voudriez-vous aussi l'accoutumer à la trachéotomie? Restent vos onctions, vos boissons tempérantes, vos jus d'herbes, vos bains; mais si vous croyez lutter avec ces faibles moyens contre une maladie aussi redoutable que la variole, j'ose vous dire que vous vous abusez.

Il n'est pas de plus habile flatteur que l'amour-propre. Il vous persuade aussi que vos doctrines sont irréprochables. Vous avez mis, dites-vous, trente ans de votre vie à les conduire au point de perfection où elles sont. Vous n'avez pas mis tant de temps, j'en suis sûr, à faire votre nomenclature; elle a dû sortir tout d'un coup de la tête de son père. Ne craignez pas cependant que j'y revienne; il est des choses dont on ne parle qu'une fois.

Vous cherchez à la placer sous le patronage des plus grands noms; elle était, dites-vous, dans les vœux de MM. Chomel, Andral, Bouillaud. Je ne vous dirai pas ce que je sais à cet égard. Mais s'ils la désiraient tant, pourquoi s'en servent-ils si peu? A vous entendre, elle fait assez bien son chemin dans le monde; d'où vient donc qu'on ne la trouve nulle part, ni dans M. Grisolle, ni dans M. Chomel, ni dans M. Bouillaud, ni dans M. Rostan, ni dans les journaux? Cependant vous paraissez très rassuré sur sa destinée. Un jour, c'est vous-même qui le racontez, un plaisant, un mauvais plaisant sans doute, s'égayait sur le mot *scorenctéractasie*. Or, le lendemain de ce jour, vous eûtes la satisfaction d'entendre deux praticiens s'en servir dans une consultation, et un de ses plus chauds adversaires l'employa dans la discussion sans qu'il s'en aperçût. Comment! il dit *scorenctéractasie* sans s'en apercevoir. Il faut convenir que ce confrère était bien distrait.

Et maintenant, ajoute M. Piorry, « riez ou fâchez-vous, vous servi-» rez la cause que vous attaquez, et la raison, c'est que les principes » de la nomenclature sont incontestables; c'est qu'elle est utile; c'est » qu'il suffit d'y réfléchir pour en être convaincu; c'est qu'enfin, en » dépit de la prévention et de la paresse, ce qui est bon et vrai dans » les sciences finit toujours par réussir. » Il y a du vrai dans ces réflexions, et elles prouvent assez bien que la nomenclature n'est ni bonne ni utile.

Mais d'ordinaire ce n'est pas la nécessité qui fait créer des expressions nouvelles, c'est plutôt l'envie de se distinguer. Est-il, en effet, bien nécessaire de changer un mot qui est d'usage pour faire place à un autre qui doit dire la même chose? Dans les lettres, cela ne serait pas supportable; ceux qui se plaignent de la stérilité de la langue ne montrent que la stérilité de leur esprit. Ce n'est pas la langue qui manque au talent, c'est le talent qui manque à la langue. Dans les sciences, dans les arts, la règle est différente; une nouvelle découverte exige nécessairement un nouveau mot qui la rappelle et la conserve. Mais fait-on tous les jours de nouvelles découvertes? M. Bouillaud a trouvé l'inflammation de la membrane interne du cœur, il l'a appelée du nom d'*endocardite;* c'était son droit, il en a usé, et la découverte a pris place dans la science, le mot dans le vocabulaire médical.

Mais entreprendre de réformer, de changer brusquement une langue tout entière consacrée par les chefs-d'œuvre des grands maîtres; effacer tous les mots d'un dictionnaire pour leur en substituer d'autres de sa façon, c'est n'avoir aucune idée de la manière dont les langues se forment, s'accroissent et s'établissent; c'est tenter l'impossible. Ce n'est pas seulement présomption, déraison, c'est quelque chose de plus que tout cela; c'est un fait psychologique tout nouveau, c'est un événement dans l'histoire de l'esprit humain.

— La communication d'*empoisonnement par l'opium* qui se trouve au compte rendu de la dernière séance de l'Académie a été faite par M. H. Costa de Serdâ.

CORRESPONDANCE.

A M. le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

ÉLECTRICITÉ DES CHEVEUX.

Monsieur le Rédacteur,

La lettre de M. Maugin, insérée dans votre numéro du 20 février, en réponse aux questions posées par M. Payen relativement à l'électricité dégagée par les cheveux, me procure l'occasion de vous faire part d'observations entièrement conformes à celles de M. Maugin.

L'un de mes amis et clients, consul de l'une des nations du Nord, au port du Havre, présentait ce phénomène d'une manière très prononcée, surtout lorsque les vents étaient secs et de la partie du nord. Il faisait jaillir de ses cheveux de visibles étincelles, avec la crépitation particulière à l'électricité. M. S... était blond, petit de taille, d'une constitution essentiellement nerveuse, les yeux clairs et vifs, et la nature des peignes employés n'était pour rien dans la production du phénomène électrique observé.

Plusieurs de ses amis et des miens sont encore au Havre, et pourraient attester comme moi la réalité de mes observations.

Agréez, etc. DESJARDINS, D.-M.-P.

Le Havre, 23 février 1855.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêtés du 26 février, ont été nommés :

M. Tougras, préparateur de physique à la Faculté des sciences de Marseille;

M. Monneret, préparateur de chimie à la Faculté des sciences de Lille.

— Par arrêté du 27 février, la délégation triennale de M. le docteur Millet, en qualité de professeur suppléant à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours, a été renouvelée.

— La Société de médecine de Lyon a procédé dans la séance du 26 février à l'élection de membres correspondants.

Ont été élus : MM. les docteurs Borelli, à Turin; Amable Gade, au bourg St-Andéol; Cruchet et Martin de Roquebrune, à Marseille; Vingtrinier, à Rouen; Verhaege, à Ostende; Rigaudin, à Buzançais; Lacroix, médecin major au camp du Nord.

— M. le docteur Levrat-Perroton, ancien médecin de l'hospice de l'Antiquaille, à Lyon, membre honoraire de la Société de médecine, a succombé le 24 février à l'âge de soixante-cinq ans, aux suites d'une affection catarrhale dont il était atteint depuis longtemps.

— Un médecin très distingué de Rouen, M. le docteur Pillore, professeur à l'Ecole préparatoire, vient de mourir dans cette ville.

— Le tribunal de Marseille vient de rendre le jugement suivant dans l'affaire des pharmaciens homœopathes :

« Le pharmacien homœopathe, comme tous autres pharmaciens, commerçants et manufacturiers qui touchent aux substances vénéneuses, est dans l'obligation de justifier par un registre exactement tenu des achats et des ventes de ces substances.

» En conséquence, le pharmacien homœopathe qui n'inscrit sur son registre ni le poison qu'il achète, ni la vente des préparations médicamenteuses dans lesquelles ce poison est entré contrevient à l'ordonnance de 1846 et encourt les peines édictées dans l'art. 1er de la loi du 19 juillet 1845.

» Les prévenus ont été condamnés à 25 fr. d'amende. »

— Hume (Joseph), membre du Collége des médecins d'Edimbourg, ancien médecin au service de la Compagnie des Indes, membre du Parlement, vient de mourir dans sa propriété à Burnley-Hall.

Après avoir été médecin, maître de poste et maître payeur des troupes anglaises dans l'Inde, Hume fut nommé membre du Parlement en 1812; il en sortit comme un des directeurs de la Compagnie des Indes, puis y rentra en 1818, pour y rester jusqu'au moment de sa mort. Pendant cette longue série d'années, il s'attaqua à tous les abus; son activité, son désintéressement et ses éminentes capacités en firent un des chefs les plus importants de la chambre des communes.

— Le docteur W. Henry Cane est mort récemment à Uxbridge. Il est le premier, dit le journal anglais *the Lancet*, qui ait mis en pratique le conseil donné par M. Marshall Hall, d'ouvrir la trachée dans l'épilepsie. Le malade a guéri.

— Dans une circulaire aux directeurs des principaux hôpitaux et dispensaires de Londres, lord Panmure, le nouveau ministre de la guerre d'Angleterre, fait appel, pour les besoins de la guerre, aux services des jeunes chirurgiens dont la capacité et l'expérience auront été dûment constatées.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. DECQ;
A Genève, à la librairie de JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Anesthésie obstétricale. De l'emploi du chloroforme dans l'accouchement naturel simple; par M. P.-C. HOUZELOT, docteur en médecine, chirurgien de l'hôpital général de Meaux, etc. Brochure in-8° de 64 pages. Prix : 1 fr. 25 c. — Paris, chez J.-B. Baillière, 19, rue Hautefeuille.

Influence de la vaccine sur la population, ou de la Gastro-entérite varioleuse avant et depuis la vaccine, précédée des Rapports de MM. Roche et Bricheteau, des Observations de M. Ch. Dupin et des Propositions de M. H. Carnot; par M. A. BAYARD, docteur en médecine. — Prix : 2 fr. Paris, chez Victor Masson, place de l'Ecole-de-Médecine.

LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 5 MARS 1855.

Séance de l'Académie des Sciences.

Le tournoi chirurgical qui se livre tous les lundis au palais Mazarin semble s'animer de plus en plus à mesure qu'approche le moment définitif où l'illustre aréopage doit décerner le glorieux prix de la lutte. La dernière séance a été sous ce rapport une des plus fécondes. Trois nouveaux mémoires de trois candidats déjà admis à plusieurs lectures viennent donner une nouvelle preuve de l'importance attachée au résultat. Le premier de ces mémoires a pour sujet une question de pathologie qui n'a été que depuis peu d'années l'objet d'une étude particulière, et sur laquelle nous avons eu récemment l'occasion d'appeler l'attention de nos lecteurs; il s'agit de l'origine très diversement interprétée jusqu'ici de l'hématocèle rétro-utérine. M. Laugier nous paraît avoir mieux précisé qu'on ne l'avait fait jusqu'à présent les circonstances qui militent en faveur de la théorie la plus probable de la formation de ces sortes de tumeurs, celle qui les rattache au travail de la ponte spontanée. Nous mettrons bientôt nos lecteurs à même d'apprécier l'intérêt de ces nouvelles recherches en publiant un extrait du travail de M. Laugier.

Le deuxième mémoire est de M. Baudens; il a pour sujet la description d'un nouveau procédé opératoire dont le résultat serait de généraliser la résection de la tête de l'humérus dans les cas de blessure de cet os par arme à feu, et de la substituer en principe à l'amputation scapulo-humérale.

L'opinion soutenue par M. Baudens emprunte en théorie une partie de son autorité aux résultats des belles recherches de M. Flourens sur la régénération des os par la conservation du périoste interne et externe, et elle est sanctionnée en pratique par des résultats qui parlent hautement en sa faveur. On lira avec intérêt, dans le compte rendu, les déductions que l'auteur en a tirées.

Dans le troisième mémoire, M. J. Cloquet a exposé une méthode particulière d'appliquer la cautérisation à la réunion de certaines divisions anomales, et spécialement à celles du voile du palais, qui sont plus particulièrement l'objet de son travail. L'auteur promet, dans un prochain mémoire, de faire connaître les résultats qu'il a obtenus de l'emploi de cette méthode appliquée au traitement des ruptures du périnée et de la cloison recto-vaginale, et de quelques espèces de fistules. Nous pourrons mieux apprécier alors la valeur générale de cette méthode.

En dehors des lectures de candidature, l'Académie a reçu encore un certain nombre de communications médicales, dont quelques-unes nous ont paru offrir de l'intérêt; telles sont celles de M. Castano, sur la syphilis; de M. Sémanas, sur la variole confluente, et de M. Dreyffus, sur un nouveau procédé de révulsion. Faute d'espace, nous devons nous borner à les mentionner ici, et à renvoyer le lecteur au compte rendu, où nous en donnons une courte analyse. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. PIORRY.

Des moyens physiques de diagnose et du plessimétrisme (1).

PARTIE CLINIQUE. — Au n° 11 de la salle Saint-Charles est couché un homme de vingt-cinq ans, robuste.

Loin de passer un temps inutile à des interrogations insignifiantes et nullement pratiques, le professeur demande *où le malade souffre*.

Réponse. Le ventre.

Alors il examine l'abdomen; la palpation n'indique rien de saillant. On a recours au plessimétrisme : tout le côlon donne un son mat et est rempli de fèces.

— Depuis quand le mal s'est-il déclaré ?

— Deux jours.

— Y a-t-il eu du dévoiement ?

Réponse. Un grand nombre de selles ont été rendues.

— En quelles circonstances le mal s'est-il développé ?

Réponse. Au début des aliments indigestes ont été pris en grande proportion.

— Le malade a-t-il quelque autre souffrance ?

— Aucune.

Donc il y a eu indigestion (apepsie), puis entérie, ensuite entérorrhée et accumulation de fèces ou scorentérasie. Celle-ci donne l'indication des purgatifs en lavements; le reste de l'intestin est dans un bon état. Il n'y a pas de troubles dans l'état des organes circulatoires et respiratoires. Aucun autre traitement actif n'est applicable dans ce cas; c'est évidemment la diagnose à l'aide du plessimétrisme qui a établi les indications thérapiques.

Au n° 12 de la même salle est un homme de cinquante ans, mais qui paraît en avoir soixante. Il se plaint d'éprouver depuis dix ans des douleurs vagues, surtout à droite et dans la région du foie. On l'examine d'abord anatomiquement : la palpation n'indique rien; le plessimétrisme permet de dessiner le bord inférieur à près de 3 centimètres au-dessous du rebord costal; du reste cet organe n'est pas augmenté de volume.

Le malade étant assis, on constate que tout le côté droit du thorax, en arrière et en bas, donne lieu à une matité absolue et que l'espace où elle existe est séparé des points sonores par une ligne de niveau. Cette matité et ce niveau se déplacent suivant que l'on change la position du malade. Donc, et à coup sûr, il existe une hydropleurie. S'agit-il d'une pleurite ? Adviennent les antécédents qui apprennent que depuis huit jours il y a dans le côté des douleurs vives. L'abaissement du foie est alors expliqué et l'auscultation vient à l'appui de ces faits, et fait constater l'absence de respiration sur les points mats, tandis qu'au niveau du liquide se rencontre l'*égophonie*. Ce malade a donc une hydropleurite qui cause la difficulté de respirer dont il se plaint.

Mais a-t-il d'autres lésions ? Le poumon est très sonore en haut, c'est ce qui a lieu dans l'hydropleurie, comme l'a dit M. Piorry dans ses cours, et cela bien avant M. Skoda. Quelques ronchus sibilants se font entendre. Cet homme est sujet aux rhumes et à la dyspnée. Il a donc existé depuis longtemps une dilatation des vésicules pulmonaires par de l'air (aéropneumonasie), probablement consécutive à la présence habituelle de mucosités dans les bronches; c'est là ce qu'on appelle très improprement emphysème du poumon. Ajoutez que la face est pâle, les veines vides, le pouls misérable et qu'il y a dès lors évidemment une hypémie, c'est-à-dire un certain degré d'anémie.

Les auteurs anciens auraient donné à cet ensemble de symptômes des noms divers exprimant les idées qu'ils se formaient sur la maladie qu'ils auraient admise, et, très probablement, ne sachant ni percuter, ni ausculter, ils auraient méconnu l'état organopathique de la plèvre. Des auteurs plus modernes auraient admis une pleurésie latente. Or le plessimétrisme a révélé ici l'accumulation d'un liquide abondant dans la plèvre et qui, certes, n'était pas latent. Ce moyen de diagnose permettant de constater le déplacement du liquide conduit à reconnaître qu'il n'y a pas, dans ce cas, d'adhérences en rapport avec des membranes accidentelles : dès lors à peine existe-t-il ici un état inflammatoire. De là l'indication thérapeutique d'appliquer des vésicatoires sur le point malade et de donner du tartre stibié pour activer la résorption en faisant évacuer par les selles une partie de la sérosité du sang. D'ailleurs, ce médicament est d'autant plus indiqué dans cette circonstance que l'auscultation fait entendre des ronchus en rapport avec la présence de liquides dans les bronches. Ce sont par conséquent, dans cette observation, le plessimétrisme et le stéthoscopisme qui ont fourni les principaux fondements de la thérapeutique.

Au n° 13 est un homme assez faible, âgé de cinquante ans et qui tousse depuis cinquante jours; ses crachats sont muqueux. S'agit-il d'un simple rhume ? d'une bronchite ? Sans les signes physiques, on résoudrait la question par l'affirmative. L'auscultation elle-même ne donne que des résultats assez insignifiants. Mais voici que l'on percute, et tout d'abord on trouve une obscurité de son et un défaut d'élasticité au sommet des deux poumons. On mesure même l'espace où ces caractères se prononcent. Il y a donc ici plus qu'une bronchite, il y a une induration qui peut être tuberculeuse, mais sans que les crachats l'indiquent. Donc il ne faut pas abandonner le mal à lui-même; on doit le traiter comme s'il s'agissait d'une congestion en partie sanguine, en partie séreuse. On prescrit au malade du tartrate antimonié de potasse; plus tard on aura recours à l'iode administré en vapeurs et à l'intérieur

(1) La leçon suivante, recueillie dans la clinique de M. Piorry, renferme des propositions dont nous laissons toute la responsabilité au professeur. Si nous ne partageons pas ses doctrines, nous ne regardons pas moins comme un devoir d'impartialité de les faire connaître.

HYGIÈNE.

CONSIDÉRATIONS SUR LA SALUBRITÉ RELATIVE DES DIFFÉRENTS QUARTIERS DANS LES VILLES (1).

Par M. le docteur JUNOD.

En étudiant dans les grandes cités la distribution de la population, on est frappé de cette remarque, sans exception, que la classe aisée a une tendance à se porter principalement vers l'ouest, abandonnant le côté opposé aux diverses industries. Il semble que par une sorte d'intuition, elle ait ainsi deviné les conditions de localité auxquelles il lui faut emprunter les éléments d'immunité dans les grandes calamités publiques.

Ainsi, pour parler d'abord de Paris, c'est vers le couchant que depuis la fondation de cette grande cité s'est constamment dirigée la classe opulente. Il en est de même à Londres, et généralement dans toutes les villes d'Angleterre. A Vienne, à Berlin, à Saint-Pétersbourg, dans toutes les capitales de l'Europe, en un mot, les mêmes faits se reproduisent, le même mouvement de la population s'accomplit dans la direction de l'ouest, où se groupent constamment les palais des rois et les habitations auxquelles on ne demande qu'agrément et salubrité. Cette particularité remonte à la plus haute antiquité, ainsi que j'ai pu le constater en visitant les ruines de Pompeïa et d'autres villes anciennes. Dans ces mêmes villes, comme cela s'observe à Paris de nos jours, les plus grands cimetières se trouvent à l'est, et le plus ordinairement il n'en existe aucun à l'ouest.

Si l'on rencontre quelques rares exceptions à cette règle, il est toujours facile de constater que ce développement vers l'ouest a été modifié par des collines escarpées ou par d'autres obstacles infranchissables ou stratégiques. Certaines villes de la Suisse, Neufchâtel entre autres, en offrent des exemples. De même Edimbourg, Rome, qui l'un et l'autre ont dû remonter vers le nord avant de reprendre leur direction normale vers l'ouest.

Quelle est la signification d'un fait si général? Le hasard ne saurait présider à tant de constance, et alors même que ceux qui dirigent les travaux de construction ne s'en rendent point compte, la raison n'en existe pas moins, bien qu'à leur insu. Cette raison est toute physique : elle se rattache à la pression atmosphérique. Lorsque la colonne barométrique s'élève, la fumée et les émanations nuisibles s'évanouissent rapidement dans l'espace; dans le cas contraire, nous voyons la fumée et les vapeurs nuisibles séjourner dans les appartements et à la surface du sol. Or tout le monde sait que de tous les vents celui qui fait le plus monter la colonne barométrique est le vent d'est, et que celui qui l'abaisse le plus est le vent d'ouest. Lorsque celui-ci souffle, il a l'inconvénient d'entraîner avec lui sur les quartiers situés à l'est des villes tous les gaz délétères qu'il a rencontrés dans son parcours sur les quartiers situés à l'ouest.

Il résulte de là que les habitants de la partie orientale d'une ville ont non-seulement leur propre fumée et leurs miasmes, mais encore ceux de la partie occidentale que leur amènent les vents d'ouest. Lorsque, au contraire, le vent d'est souffle, il purifie l'air en faisant remonter les émanations nuisibles qu'il ne peut rejeter sur l'ouest de la ville.

Donc les habitations qui sont à l'ouest reçoivent un air pur, de quelque part de l'horizon qu'il leur arrive : ajoutons que, les vents d'ouest étant ceux qui prévalent ou règnent le plus souvent, elles sont les premières à recevoir cet air tout pur et tel qu'il arrive de la campagne.

Des faits qui précèdent, nous croyons pouvoir déduire les propositions suivantes :

1° Les personnes qui ont la liberté du choix, surtout celles d'une santé délicate, doivent habiter à l'ouest des villes;

2° Par la même raison, on doit concentrer à l'est tous les établissements d'où se dégagent des vapeurs ou des gaz nuisibles;

3° Enfin, en élevant une habitation en ville et même à la campagne, on doit reléguer à l'est les cuisines et toutes les dépendances d'où peuvent se répandre dans les appartements des émanations nuisibles.

Après cette communication, M. Elie de Beaumont signale quelques faits qui lui paraissent tendre à prouver la constance et la généralité de la loi signalée par M. Junod. Il a remarqué dans la plupart des

(1) Ce mémoire a été lu à l'Académie des sciences, dans la séance du 26 février. Ont été nommés commissaires : MM. Pouillet, Pelouze et Boussingault.

médicament d'ailleurs très convenable pour dissiper les indurations pulmonaires chroniques et non tuberculeuses. C'est donc ici le plessimétrisme qui a conduit à établir les indications thérapiques.

Le n° 14 rend tout au contraire des crachats nummulaires parfaitement semblables, en apparence, à ceux qui suivent le ramollissement des tubercules. On examinera ces crachats au microscope à l'effet d'établir s'ils contiennent véritablement des cellules phymiques. Cet homme a vingt ans, est robuste. Depuis douze jours il est malade, il a été atteint d'une rougeole (rubiodermite). Quel est l'état du poumon? A peine trouve-t-on dans les bronches quelques ronchus médiocrement larges et muqueux, qui ont fait prescrire le tartrate antimonié de potasse; et comme le plessimétrisme ne fait trouver nulle part ni matité, ni défaut d'élasticité, on en déduit qu'il n'y a ni induration phlegmasique, ni sclérosie phymique.

Au n° 15 est un jeune homme âgé de dix-huit ans, extrêmement décoloré et amaigri; il suffit de percuter rapidement le thorax pour reconnaître une matité très étendue près des clavicules. C'est une induration tuberculeuse, une phymosclérosie dans la masse de laquelle l'auscultation permet de saisir des ronchus très larges et très humides, en rapport avec des cavernes très vastes. Les crachats sont pyoïdes. L'organographisme plessimétrique démontre que le mal est trop étendu pour que l'on puisse espérer quelque succès du traitement par l'iode. Il prouve en même temps que le cœur est extrêmement petit, le foie très réduit de volume et les artères très rétrécies. L'indication principale est encore fournie par les signes physiques; elle consiste dans un traitement réparateur. De là cette prescription : Bouillons, potages et vin de Bordeaux.

Au n° 16 est un homme de vingt ans, qui croit être guéri d'une entérorrhée dont il était atteint depuis plusieurs mois, et cela parce que depuis cinq jours il n'avait pas eu d'évacuations. Les selles s'étaient arrêtées sous l'influence de 6 grammes d'extrait aqueux de ratanhia pris chaque jour. Or, le plessimétrisme prouve tout d'abord que cet espoir n'est pas fondé, car il permet de circonscrire un espace mat qui dessine exactement tout le gros intestin rempli de fèces. Celles-ci sont liquides et en contact avec des gaz, car un tintement métallique, un bruit hydraérique se fait entendre lorsqu'on percute le point mat. En conséquence, non-seulement il ne faut pas cesser le ratanhia, mais on doit évacuer au moyen d'un lavement simple les matières accumulées dans les gros intestins.

Enfin au n° 17 est un homme de trente-six ans, qui vomit les aliments et les boissons. Il a le facies des affections chroniques de l'estomac, et à deux reprises et à quelques mois de distance il a rejeté du sang noir par la bouche. Ni la palpation, ni le plessimétrisme ne font trouver d'indices de tumeur gastrique. Rien ne démontre donc l'existence d'un cancer, car les signes physiques font défaut. Par contre, chaque vomissement donne au pharynx et à la bouche la sensation d'un liquide très acide. Or, des faits antérieurs, dans lesquels il s'agissait aussi de pyrosis, ou mieux d'oxygastrie datant d'une époque reculée, ont démontré à M. Piorry que les bicarbonates alcalins (soude ou magnésie) donnés à hautes doses répétées font dissiper les accidents qui doivent être quelquefois liés à des ulcérations simples de l'estomac, produites elles-mêmes par des acides. On prescrit donc cinq doses de 1 gramme chacune de bicarbonate de soude, prises de deux en deux heures, et 4 grammes de magnésie décarbonatée. Trois jours après tous les accidents gastriques avaient disparu.

C'est encore ici l'emploi des moyens physiques qui a permis de constater :

1° Que le foie n'était pas malade;

2° Qu'aucune tumeur n'était développée à l'épigastre;

3° Qu'enfin il y avait par cela même quelques chances heureuses à espérer.

Partie théorique. — Il résulte manifestement de ces sept cas, pris dans des numéros du service qui se suivent et qui n'ont pas été choisis pour cette démonstration, que les signes physiques, et particulièrement le plessimétrisme, ont conduit à établir les données diagnostiques sur lesquelles les indications thérapiques pouvaient seulement être fondées. Or, ce qui est vrai pour ces sept malades l'est, en général, pour les autres cas qui se trouvent dans le service, et il doit en être ainsi du plus grand nombre. La suite de cette clinique démontrera la vérité de cette proposition. La plupart de ces signes physiques ont un résultat extrêmement important, celui de permettre qu'on se fasse une idée juste de l'état anatomique des organes malades, et de pouvoir tracer pour les organes profonds le dessin, la circonscription des parties affectées; la palpation même donne les moyens d'indiquer avec le crayon les organes où existent des douleurs, et par conséquent de retracer l'image des nerfs malades, de leurs ramifications endolories, etc. La méthode générale à laquelle conduisent ces documents est l'organographisme pathologique, qui a le plus grand avenir, et qui, joint à l'inspection microscopique, à la représentation par le dessin des maladies accessibles à la vue et à l'analyse chimique, doit devenir le flambeau du positivisme médical éclairé encore par l'étude de l'influence électrique sur les organes, et par l'histoire des causes et de la marche des accidents morbides.

Comment donc se fait-il que la plupart des praticiens fassent encore de la médecine comme du temps de Pinel, et que pour eux l'organographisme soit un inconnu, et le plessimétrisme une chose accessoire et à peu près inutile? Les raisons d'une telle manière de faire seraient trop pénibles à divulguer. Le temps a fait justice de la plupart des reproches adressés à la méthode d'examen et à la pathologie qui en est issue; mais trop de gens encore se déclarent hostiles, ou au moins très indifférents à la percussion médiate; en voici la raison; il en est qui ne percutent pas parce qu'ils éprouvent une certaine honte à montrer aux yeux de tous qu'ils sont, à cet égard, peu instruits et inhabiles. En effet, plus d'un de ceux qui prétendent juger la percussion médiate, alors qu'ils veulent, par hasard, s'en servir, prennent le plessimètre par ses bords latéraux au lieu de le saisir par ses auricules; et il en est même qui vont jusqu'à placer sur les malades le rebord saillant de ces appendices auriculaires et à percuter sur la face qui aurait dû être appuyée sur la partie qu'ils veulent examiner!

Tels percutent fort mal parce qu'ils s'imaginent tout d'abord avoir acquis l'habitude de ce moyen d'exploration. Ils jugent mal la méthode parce que ses résultats, dans leurs mains, sont incomplets ou décevants. Il faut plusieurs années pour apprendre à jouer passablement du moindre instrument de musique. Or, il faut beaucoup de temps pour connaître le manuel du plessimètre.

D'autres possèdent si peu de notions anatomiques qu'ils ne comprennent pas l'importance du dessin sur la peau des organes profondément placés, ou qu'ils ignorent que tel son observé dans telle région du corps doit correspondre à telle ou telle partie. Ceux-là, s'élevant dans les hauteurs d'un spiritualisme qu'ils ne comprennent pas eux-mêmes, regardent comme sans valeur les résultats des recherches dont le but est d'apprécier l'état matériel des parties.

Il faut encore le dire, il en est de vraiment coupables, ce sont ceux qui, n'ignorant pas les services que le plessimétrisme peut rendre, obéissent à de mauvaises passions et se montrent les détracteurs acharnés des études et des méthodes qui s'y rattachent.

Il résulte de tout ce qui précède que le plessimétrisme est indispensable en pratique, mais qu'il est difficile à connaître; et on doit excuser les praticiens modestes éloignés des foyers scientifiques et qui se livrent peu à de telles recherches. Les hommes vraiment instruits doivent les engager à se mettre au courant des ouvrages qui peuvent les guider dans cette étude difficile pour se prémunir contre des erreurs de diagnose qui parfois peuvent compromettre la vie des malades.

L'auscultation présente sur la percussion médiate l'avantage très grand de ne pas exiger un manuel opératoire. C'est pour cela qu'elle est plus généralement connue; mais encore faut-il du temps, du travail, de l'expérimentation au lit du malade pour la savoir. Nous aurons souvent à vous faire voir que l'on peut simplifier son étude.

---

grandes villes qu'il a visitées cette tendance de la population aisée à se porter constamment d'un même côté, qui, sauf l'influence de certains obstacles locaux, est généralement le côté de l'ouest. Turin, Liége, Caen en offrent des exemples. M. Moquin-Tandon a remarqué la même chose à Montpellier et à Toulouse. Paris et Londres présentent à cet égard des faits analogues, quoique les fleuves qui traversent ces deux grandes agglomérations coulent en sens diamétralement contraires. Il rappelle les dictons populaires et les pièces de théâtre qui constatent la tendance des habitants enrichis de la cité de Londres à se porter vers l'extrémité occidentale de la grande ville, le *West-End*. Paris s'accroissait dans la direction du nord-est à l'époque où l'on bâtit la Bastille, le palais des Tournelles, l'hôtel Saint-Paul, etc.; mais alors on était encore sous l'influence de la terreur produite par les incursions des Normands, dont les flottilles remontaient la Seine jusqu'à Paris, et n'étaient arrêtées que par le Pont-au-Change. A cette époque, et tant que la même impression dura, on devait avoir beaucoup de répugnance à aller habiter Auteuil ou Grenelle; mais depuis la fondation du Louvre, et surtout depuis le règne de Henri IV, le phénomène a repris son cours normal.

M. Elie de Beaumont est porté à croire que parmi les causes de ce phénomène on doit tenir compte de l'état hygrométrique de l'air, généralement plus humide pendant les vents d'ouest et du sud-ouest que pendant les vents d'est et de nord-est.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS. — M. Ancelon.

Fièvre et pleuropneumonie bilieuses.

> Febris stationaria varios sæpè lusus habet, variosque morbos mentitur, ut eadem ubique sit et indoles morbi atque medendi eadem ubique ratio.
>
> (Stoll, aphor. 32.)

Le développement de l'espèce, quoiqu'il ne soit lui-même ni une maladie, ni une cause prochaine de maladies, contient le principe de la différence que l'on observe dans les maladies suivant les temps (F. Kielmayer). C'est ce qui établit la constitution stationnaire beaucoup plus assujettie à l'organisme qu'elle ne dépend du médium ambiant, celui-ci pris dans le sens le plus rigoureux du mot (Schnurrer).

Au milieu du pêle-mêle rationaliste d'opinions individuelles du dix-neuvième siècle, la médecine moderne, entraînée dans l'impasse *physiologique* par les contempteurs de toute étiologie, a perdu la trace de cette constitution stationnaire qui fit la gloire de Stoll au dix-huitième siècle, et la fortune éphémère de Broussais jusqu'en 1832.

Stoll, tout préoccupé qu'il fût de la polycholie, de la saburre crue qui pouvait venir irriter les premières voies, ne perdit jamais de vue l'état général planant, dans son esprit, fort au-dessus de toute autre considération théorique; tout au contraire, les violents fauteurs de ce que l'on appelait encore la nouvelle doctrine en 1828 ne reconnaissaient plus que des organes malades, abstraction faite de la vie et de ses immuables lois : aussi, pour ces derniers, quelle déception quand, se trouvant en face de ces fièvres essentielles que leurs adhérents ont toutes confondues sous le nom de fièvres typhoïdes, en face du choléra, des fièvres catarrhales, ils n'ont plus reconnu dans les troubles fonctionnels par lesquels ces maladies se manifestent l'*expression fidèle* des altérations organiques! Il y eut bien des apostasies, et, malgré d'opiniâtres négations, « l'on peut dire aujourd'hui que le temps, l'observation et » la logique ont donné raison à Stoll » (1). Toutefois nos matérialistes, mus par des intérêts de diverses natures, ne sont point disposés à se rendre à l'évidence; n'ayant pas compris la perturbation causée dans les profondeurs de la constitution stationnaire d'abord par l'inoculation, ensuite par la progressive propagation du virus vaccin, ils s'abritent derrière les ironiques paroles adressées par Pinel à la polycholie, afin d'embarrasser les pas de la grande médecine hippocratique, accusant le talent d'observation et niant la philosophie synthétique de Stoll. Mais de temps en temps des maladies bilieuses, échappées à l'influence de la constitution stationnaire actuelle, viennent protester contre ce déni de justice et rendre témoignage en faveur d'un glorieux passé. En voici un double exemple.

1° *Fièvre bilieuse.* — Octave M..., jeune garçon de vingt ans, de constitution assez robuste, employé depuis deux mois dans un bureau à Nancy, où régnaient le choléra et, disait-on, la fièvre typhoïde, revient à Dieuze, dans sa famille, le 20 août dernier, après avoir éprouvé pendant dix jours un sentiment de lassitude, du dégoût pour les aliments, un peu de diarrhée, de la céphalalgie et des insomnies fatigantes. Il n'avait eu recours jusqu'alors qu'à une demi-diète, aux boissons délayantes et au repos. Je le trouvai dans l'état suivant :

Le 21, faiblesse remarquable, tendance à rester couché en supination; face légèrement colorée : teinte jaune citron du pourtour de la bouche et des ailes du nez; sclérotiques jaune paille; langue dont l'enduit épais, jaunâtre, foncé au centre, fait ressortir la couleur rosée du limbe; bouche pâteuse, très légèrement amère; peu de soif; vomituritions; épigastre sensible à la pression : hypocondres tendus, embarrassés plutôt que douloureux; ni le palper, ni la percussion n'indiquent de lésion hépatique; borborygmes, gargouillement abdominal; diarrhée légère de couleur ocre; urines safranées; peau chaude et halitueuse; toux bronchique, râles à grosses bulles; pouls fréquent (110), large, mou et dépressible; épistaxis (narine droite); céphalalgie sus-orbitaire fort intense; tintement d'oreille fréquent; exaltation marquée de tous les sens; subdélire nocturne. — Sirop de framboises pour boisson; cataplasme émollient sur l'abdomen; lavement émollient; diète absolue.

Le 22, pouls un peu plus faible et plus fréquent; alternatives de frissons et de chaleur; vomissement de quelques gorgées de bile jaunâtre. Du reste, tous les autres symptômes aggravés. — Ipécacuanha, 2 grammes, à prendre en trois fois, de dix en dix minutes.

Une demi-heure après l'ingestion de la dernière dose de la poudre émétique, le malade a rendu une quantité prodigieuse de bile jaune d'abord, puis porracée, étendue dans une masse de liquide augmentée nécessairement par l'eau tiède qu'il avait prise.

Le 23, nuit très bonne, sans délire; il y a eu de la transpiration. La céphalalgie a disparu en même temps que la gêne de l'épigastre et la tension des hypocondres, quoiqu'il reste un peu de sensibilité dans tout le ventre. Plus de toux ni de râle; pouls à 95, langue blanche; plus de vomiturations; une selle presque naturelle, un peu de soif, urine encore safranée. — Sirop de framboises, lavement émollient, diète absolue.

A la suite de cet état, qui a duré jusqu'au 26, la convalescence s'est franchement établie; l'appétit est revenu, et les fonctions digestives ont promptement repris leur activité. Le malade, qui avait considérablement maigri, a repris un remarquable embonpoint, mais il avait perdu tous ses cheveux.

Combien de semblables fièvres bilieuses n'ont pas été classées par les *gastro-iâtres* (2) parmi les gastro-entérites typhoïdes, par les typhoïdiens dans le seul ordre de fièvres continues qu'ils admettent!

2° *Pleuro-pneumonie bilieuse.* — M. T..., teneur de livres, cinquante-trois ans, large poitrine, constitution vigoureuse, santé toujours florissante depuis l'âge de dix-huit ans.

Après avoir toussé pendant une dizaine de jours, il fut pris le 5 novembre dernier, à sept heures du matin, de violents frissons suivis de douleur pongitive au-dessous du sein droit, d'oppression, de toux sèche et de fièvre. Quelques heures après cette brusque invasion, une saignée tentée ne put réussir, parce que le malade eut une lipothymie au moment même où la veine fut ouverte. Le pouls se releva à peine.

Le malade, que je vis pour la première fois dans la soirée, était couché en supination, le décubitus latéral étant impossible; quoiqu'il eût les pommettes assez colorées, la partie inférieure de la face et les sclérotiques étaient teintes en jaune; peau chaude et sèche, langue couverte d'un enduit jaunâtre fort épais, mais sans rougeur à son limbe; peu de soif; oppression extrême, toux incessante, presque sèche, douloureuse; quelques crachats visqueux, jaunâtres; matité mal circonscrite entre la troisième et la septième côte en avant; râle crépitant en avant et en arrière de la partie moyenne du poumon avec souffle à l'expiration. Pouls misérable, à 100. 3 grammes d'ipécacuanha donnés en trois fois, de dix minutes en dix minutes, procurent d'abondants vomissements de bile jaune, enlèvent le point de côté et amendent tous les autres accidents.

Malgré toutes les précautions prises, malgré les soins prodigués au malade, toujours en transpiration pendant les deux jours qui suivirent, le point de côté reparut avec tout le cortége des symptômes qui nous avaient alarmé. Les sclérotiques étaient toujours jaunes, le globe de l'œil renversé, le pouls à 126. — 3 grammes d'ipécacuanha étendus

---

(1) Forget, *Traité de l'entérite folliculeuse*, page 21.

(2) Demangeon.

dans 60 grammes de sirop d'ipécacuanha, et administrés en trois fois, provoquent d'abondants vomissements bilieux et plusieurs selles copieuses de même nature.

A partir de ce moment, tous les accidents cédèrent comme par enchantement. La convalescence ne se fit pas attendre. En un mois M. T... avait repris un embonpoint remarquable.

Dans cette circonstance, la nature se refusa à la saignée, indiquée pourtant par la théorie ; mais ce qui donne pourtant raison à l'observation de Stoll, c'est que bon nombre de pneumonies traitées à la même époque par une médication antiphlogistique énergique eurent une malheureuse issue : les saignées ont été funestes, et le tartre stibié, employé selon les doses rasoriennes, toujours si utile dans notre zone, nous a presque complétement fait défaut *quand il était toléré*.

Nous avions affaire à ces pneumonies bilieuses au moment où nous soutenions une lutte suprême avec le choléra.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 26 février 1855. — Présidence de M. REGNAULT.

Origine de l'hématocèle rétro-utérine. — M. Laugier lit sur ce sujet un mémoire dans lequel il examine les diverses théories qui ont été émises sur l'origine et le mode de production de ces sortes de tumeurs, et en particulier celle qui en rattache la formation à la migration imparfaite de l'ovule et à l'hémorrhagie qui en est la suite pendant la ponte spontanée. Nous reviendrons sur ce travail, dont nous nous bornons pour le moment à reproduire les conclusions :

1° La ponte spontanée est bien, comme on l'a avancé, la cause occasionnelle de l'hématocèle rétro-utérine.

2° La congestion physiologique de l'ovaire pendant la ponte spontanée avec persistance de l'ouverture de la vésicule de Graaf ne donne pas lieu à l'hématocèle.

3° Il faut, pour que celle-ci soit produite, une congestion exagérée amenée quelquefois par des causes accidentelles, dont l'action s'exerce soit pendant, soit peu de jours après les règles. Les avortements ne sont pas des causes immédiates de l'hématocèle, ainsi qu'on l'a pensé à tort.

4° Ce sont surtout les retours de la ponte spontanée qui augmentent graduellement le volume de l'hématocèle.

5° Les vésicules ovariques successives s'ouvrent dans le kyste hématique et y restent béantes, de sorte que l'ovaire est détruit par un petit nombre de pontes spontanées opérées dans les conditions que présente cet organe après le début de l'hématocèle.

6° La rupture d'une vésicule de Graaf étant la voie ouverte au sang qui s'échappe de l'ovaire, le kyste de l'hématocèle sera le plus souvent intra-péritonéal.

7° La ponte spontanée et l'hématocèle ont pour caractère commun une douleur abdominale unilatérale dont le siége est l'ovaire où se passe l'évolution vésiculaire.

8° Le rut peut causer chez les animaux une congestion ovarienne suivie de la rupture de cet organe, c'est-à-dire des accidents semblables à l'hématocèle rétro-utérine.

Résection de la tête de l'humérus d'après un nouveau mode opératoire. — M. Baudens lit un mémoire sur ce sujet. De toutes les parties du squelette, dit M. Baudens, aucune ne se prête mieux à la résection que la tête de l'humérus et aucune ne donne de plus beaux résultats. Sur 14 cas dans lesquels il a remplacé par la résection l'amputation scapulo-humérale, il a obtenu 13 guérisons. Aussi formule-t-il cette proposition : La résection, quand une balle a brisé la tête de l'humérus, doit être la règle et l'amputation l'exception.

Quand la résection a pu être limitée à la tête de l'humérus, ajoute M. Baudens, nous avons toujours obtenu le rétablissement des mouvements du bras ; seulement la nouvelle articulation représente un ginglyme.

Pour obtenir une articulation nouvelle il faut : 1° maintenir l'humérus au contact immédiat de la cavité glénoïde de l'omoplate, 2° ménager le plus possible les fibres musculaires et les nerfs.

Aussi rejetons-nous les procédés opératoires basés sur la formation d'un lambeau, pour adopter la simple incision, mais non telle que White la faisait.

Au lieu de placer, comme lui, la simple incision au côté externe de l'épaule ou, à l'imitation de Percy, Larrey, etc., à la partie moyenne, nous la faisons au côté interne pour trois raisons : 1° la tête de l'humérus est la plus superficiellement placée que partout ailleurs ; 2° on peut découvrir celle-ci dans toute sa hauteur en prolongeant la simple incision dans l'espace compris entre l'acromion et l'apophyse coracoïde; 3° les quatre muscles insérés aux tubérosités ne sont facilement attaqués que par l'incision interne qui permet de tomber d'emblée dans la coulisse bicipitale.

Or ces quatre muscles, dont les tendons se confondent avec la capsule articulaire, il faut avant tout les couper à leurs insertions pour deux raisons encore : la première, pour vaincre la puissance qui fait remonter la tête de l'humérus sous la voûte acromiale; la seconde, parce qu'une fois ces quatre tendons divisés la capsule *ipso facto* se trouve elle-même suffisamment ouverte pour donner passage à la tête de l'humérus.

On voit tout de suite que, contrairement à l'opinion des auteurs, il faut, au lieu de s'obstiner à couper de prime abord la capsule articulaire, tout simplement inciser les quatre tendons précités sur le sommet des deux tubérosités de l'humérus.

D'autres considérations restées jusqu'ici inaperçues découlent des quatorze résections de la tête de l'humérus que nous avons faites.

En voici un aperçu :

A. Quelles limites faut-il assigner à la résection de la tête de l'humérus ?

Si cette extrémité est simplement écornée par une balle, il suffit d'en enlever un segment.

B. Quand la fracture s'étend de la tête de l'humérus vers la diaphyse de l'os dans la cavité médullaire, est-ce un cas d'amputation?

Nous répondons : Non, en nous appuyant sur de nombreux faits puisés dans notre pratique.

C. Quand une balle a brisé la tête de l'humérus, la résection est-elle indispensable ?

Lorsqu'on s'abstient, il arrive de trois choses l'une : ou le blessé meurt d'infection purulente, ou il subit une résection consécutive, ou bien il survit avec ankylose, avec des trajets fistuleux, des accidents sans cesse renouvelés.

D. La résection immédiate doit-elle être préférée à la résection consécutive ?

Les chiffres vont répondre : onze résections immédiates ont donné dix guérisons, un décès.

Quinze blessés soumis à l'expectation ont donné les résultats qui suivent :

Mort d'infection purulente, huit ;

Résections consécutives avec guérison, trois ;

Survivants avec trajets fistuleux, quatre.

E. Comment se rétablissent les mouvements articulaires ?

L'articulation qui se reproduit après la résection de la tête de l'humérus diffère essentiellement de l'ancienne. A la place d'une arthrodie, nous avons toujours constaté qu'il se forme un véritable ginglyme. Ce ginglyme est d'autant plus puissant que le muscle deltoïde, que les muscles grand pectoral, grand dorsal et grand rond ont conservé une intégrité plus grande.

Méthode particulière d'appliquer la cautérisation à la réunion de certaines divisions anomales, et spécialement à celles du voile du palais. — M. J. Cloquet lit un mémoire dans lequel il expose une méthode particulière d'appliquer la cautérisation à la réunion de certaines divisions anomales. Il ne s'occupe spécialement dans ce travail que de la guérison des divisions du voile du palais. Il s'est proposé d'utiliser dans ce but l'énergie avec laquelle se rétracte le tissu cicatriciel produit à la suite de brûlures.

Il ne s'agit pas ici, dit M. Cloquet, de cautériser toute l'étendue des bords de la division pour les transformer en une plaie bourgeonnante dont on favorisera ensuite la cicatrisation par des sutures, des bandages appropriés et par une position convenable. Acquis depuis longtemps à la science, ce procédé réussit quelquefois, mais souvent aussi échoue complétement. La méthode que je propose consiste à porter le cautère uniquement à l'angle de la division dans une étendue restreinte, à laisser la rétraction du tissu cicatriciel s'opérer, puis à pratiquer une nouvelle cautérisation semblable et à attendre encore pour recommencer ensuite, de manière à ramener peu à peu les parties divisées les unes vers les autres et à les réunir par une suite de cicatrisations qu'on peut considérer comme autant de *points de suture successifs*. On a ainsi le double avantage de pouvoir surveiller incessamment les résultats du traitement et d'obtenir les réunions les plus difficiles par une opération simple, à peine douloureuse et exempte de toute espèce de dangers.

C'est surtout pour les divisions du voile du palais que les avantages de ce moyen sont incontestables.

M. Cloquet rapporte quatre cas dans lesquels cette opération a été pratiquée avec succès. Pour les quatre malades, les choses se sont passées de même. La douleur a été presque nulle. Aucun changement n'a été apporté dans leur régime et leurs habitudes. Aucun accident n'est survenu. L'opération a été des plus simples. Tout chirurgien eût pu la pratiquer. Elle n'a exigé l'assistance d'aucun aide exercé, point capital pour être appliquée dans les campagnes.

Enfin elle aurait pu être faite sur de très jeunes enfants.

Un reproche à faire à cette méthode est la longueur du traitement ; mais c'est à la lenteur de son action qu'elle doit son innocuité, et cet inconvénient est bien faible, puisque le sujet n'éprouve aucune altération dans sa santé, aucun changement dans ses habitudes.

La cautérisation peut être obtenue par deux moyens différents : les caustiques et le cautère actuel.

La première fois que j'appliquai cette méthode, j'employai le nitrate acide de mercure, je réussis complétement. Cependant le cautère actuel est préférable ; son action est plus profonde, presque instantanée, par conséquent moins douloureuse. Il donne lieu à une cicatrice plus résistante et qui s'organise plus rapidement. Les trois autres malades ont été opérés de cette manière, et le résultat obtenu est venu confirmer mon opinion. Mais on rencontre quelquefois un obstacle presque insurmontable à son emploi dans la pusillanimité des malades. Heureusement que la physique nous fournit un moyen d'éviter cet inconvénient ; c'est le fil de platine porté au rouge blanc par un courant électrique. Introduit dans la bouche avant que le circuit soit fermé, il ne peut causer au sujet aucune frayeur, et comme il reste incandescent aussi longtemps qu'on le désire, il permet au chirurgien d'agir avec tout le calme et toute la précision désirables.

Nouvel appareil destiné à opérer une révulsion sur un point déterminé de la périphérie du corps. — M. Dreyfuss soumet à l'appréciation de l'Académie un instrument destiné à opérer une révulsion énergique dépourvue des inconvénients inhérents à la plupart des agents révulsifs en usage.

Cet instrument, auquel il donne le nom de *révulseur*, se compose ;

A. D'une douille de 6 à 7 centimètres de hauteur sur 3 de diamètre, et ouverte à son extrémité inférieure.

B. D'un double ressort à boudin terminé par un disque de 2 centimètres de diamètre, et sur lequel sont implantées vingt à trente aiguilles ou pointes longues de 2 centimètres.

C. D'une capsule qui garnit l'extrémité inférieure de la douille, et qui est destinée à graduer la sortie des aiguilles.

D. De deux boutons engagés dans deux rainures opposées sur le corps de l'instrument, et qui servent à l'armer.

E. D'un ressort à bascule qui, par la pression, lance les aiguilles dans les tissus avec lesquels on les met en contact.

Le double ressort renfermé dans la douille fait sortir et rentrer les aiguilles instantanément; ce qui permet aux tissus divisés de revenir immédiatement sur eux-mêmes et d'empêcher le sang de s'en échapper.

Si nous prenons pour type les plus puissants révulsifs jusqu'ici usités, le moxa, le caustique de Vienne, le fer rouge, et que nous cherchions à établir un parallèle entre leurs effets et ceux du révulseur, nous voyons que :

1° Le révulseur agit à une profondeur que l'on peut graduer à volonté ;

2° Qu'il ne détruit pas les tissus et ne les altère pas même, tout en y déterminant une pénétration considérable des fluides, et par conséquent un mouvement fluxionnaire étendu ;

3° Que son application est peu douloureuse et peut être renouvelée à intervalles rapprochés ;

4° Que son étendue en surface et sa pénétration en profondeur peuvent être graduées ;

5° Que son peu de volume le rend très portatif, et peut enfin être appliqué instantanément. (Commissaires : MM. Andral, Velpeau, Cl. Bernard.)

De la nature du virus syphilitique et des lois qui régissent son action dans l'organisme. — M. Castano, médecin major à l'armée d'Orient, adresse un travail dans lequel il examine la nature du virus syphilitique, les lois qui régissent son action dans l'organisme et les conséquences pratiques qui en découlent pour le traitement des maladies vénériennes. L'auteur résume son travail dans les quatre propositions suivantes :

1° La syphilis est le résultat de l'introduction dans l'économie d'un *végétal fungiforme parasite*; sa présence, sa germination et son développement dans les tissus où il pullule forment la cause première des ulcérations que des circonstances et des faits physiologico-pathologiques démontrent à une investigation continue et minutieuse.

2° Le corps étranger se développe dans nos tissus ; il fait irruption au dehors en appelant autour de lui des fluides anomaux au milieu desquels il végète.

Après s'être implanté par ses radicules sur une partie du corps, il refoule devant lui les tissus sains pour en prendre la place. Le mode de propagation explique la marche et la formation des ulcères.

3° La guérison de la maladie vénérienne consiste dans la destruction de ce corps nouveau et dans l'élimination entière des spores et sporules qui tendent à le reproduire.

4° Les caustiques et les antisyphilitiques spéciaux métalliques agissent en détruisant le végétal parasite et en rendant impropres à la germination les spores. Dans quelques circonstances, rares du reste, les moyens hygiéniques, les bains et les lotions abondantes peuvent éliminer les germes de la maladie en éliminant les matériaux organiques, sources de la maladie. (Commissaires : MM. Magendie, Andral, Velpeau.)

Varioles confluentes avec complication ataxo-adynamique. — M. Sémanas communique, sous ce titre, un travail qu'il termine par les remarques suivantes, après avoir indiqué les principales conclusions auxquelles conduisent les observations qui y sont consignées.

« Ces résultats, en supposant que l'observation ultérieure permette de les généraliser, deviennent incidemment la réfutation la plus formelle du prétendu antagonisme entre la variole et les fièvres continues graves, en tant que celles-ci tendraient de plus en plus à se substituer comme espèce pathologique à celle-là. Car, loin de se substituer, elles s'associent au contraire, et l'issue de cette association est d'autant plus redoutable que la variole est plus confluente, ou, si l'on peut s'exprimer ainsi, que le sujet est moins vacciné. » (Commissaires : MM. Serres, Andral, Rayer.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 21 février 1855. — Présidence de M. HUGUIER.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. le docteur Hippolyte Blot présente à la Société un enfant nouveau-né, à terme, qu'on vient de lui apporter. Il donnera sur lui les renseignements qu'il pourra obtenir ultérieurement. Pour aujourd'hui, il se contente de faire constater sur cet enfant vivant, né le 19 février 1855 à neuf heures du soir, une tumeur du volume d'un poing d'adulte, située à la partie supérieure de la face, au niveau de la racine du nez, dont on sent facilement les os propres écartés l'un de l'autre. Cette tumeur, de forme globuleuse, est recouverte par une peau violacée, d'une teinte ecchymotique, dans laquelle on aperçoit un grand nombre de vaisseaux notablement développés. Elle forme une espèce de poche à moitié vide qui recouvre presque complétement la face quand on l'abandonne à son propre poids. A sa partie supérieure existe un petit trou qui a été produit par des malaxations pratiquées sur la tumeur par la sage-femme qui a reçu l'enfant. Il paraît que par ce trou s'est écoulée une assez grande quantité de sérosité fortement sanguinolente. A ce moment, en examinant la tumeur avec attention, on ne peut y découvrir ni battements, ni soulèvements, mais simplement un mouvement de flot quand la personne qui tient l'enfant ne reste pas tout à fait immobile.

La pression exercée sur cette tumeur ne détermine aucun symptôme notable de douleur, d'assoupissement ou de paralysie. Dans une des prochaines séances, M. Blot rendra un compte plus complet de son examen.

DISCUSSION.

M. HOUEL. La tumeur est sans doute un cas de prorencéphalie; elle en occupe le siége, car on sait que cette affection, fort rare du reste, fait issue à travers l'interstice médian des deux pièces du frontal. La présence du liquide indique une hydropisie de la corne antérieure d'un ventricule latéral, dans des tumeurs de ce genre, l'accumulation du liquide dilate considérablement la cavité ventriculaire et amincit beaucoup la partie correspondante du lobe frontal; la substance nerveuse forme alors une couche très mince qui revêt la face interne du sac.

L'absence de phénomènes du côté de l'encéphale ne doit pas surprendre; car c'est la règle en pareil cas. La pression dans la hernie cérébrale avec hydropisie ventriculaire n'éveille pas de douleurs ; elle n'amène ni les convulsions, ni le coma.

M. CHASSAIGNAC reconnaît qu'il y a eu là une abondante collection liquide. Mais comme il a été évacué, on ne peut pas dire qu'il y a encéphalocèle. D'ailleurs, chez l'enfant présent, le front paraît bien conformé, ce qui ne s'observe pas dans cette maladie ; la dilatation ventriculaire est donc bien loin d'être prouvée. D'ailleurs, l'enfant reste tout

à fait indifférent aux diverses manœuvres d'exploration que l'on exécute sur sa tumeur, ce qui contredit encore l'hypothèse d'une hernie cérébrale.

M. VERNEUIL n'admet pas non plus la dilatation ventriculaire. Peut-être s'agit-il d'un encéphalocèle, comme le ferait supposer l'existence d'une tumeur consistante que quelques membres ont perçue dans le fond de la poche; mais il paraît plutôt qu'on a affaire à une collection presque entièrement liquide communiquant avec le crâne par un pertuis plus ou moins étroit. Les parois seraient formées par les membranes cérébrales et les tuniques tégumentaires, sans revêtement intérieur d'une couche de substance nerveuse. Cette poche serait analogue, en un mot, à un sac herniaire sans viscères et rempli de sérosité, tout en communiquant encore avec l'intérieur de la cavité crânienne.

Ce qui lui fait adopter cette opinion, c'est qu'il a eu occasion de disséquer le crâne d'un enfant qui offrait deux tumeurs superposées dans la région occipitale. L'une supérieure, à large base, siégeait au niveau de la fontanelle postérieure; elle renfermait une masse cérébrale volumineuse appartenant aux lobes postérieurs du cerveau; elle contenait du liquide dans les prolongements ventriculaires, mais elle n'était point réductible, et l'on sentait très distinctement à travers l'enveloppe la masse nerveuse herniée.

L'autre tumeur, placée également sur la ligne médiane, mais à quelques centimètres au-dessous, était moins volumineuse; elle était pédiculée, piriforme, présentant à peu près 4 centimètres de longueur, 3 de largeur au niveau de son corps, et 1 centimètre et demi à peine à l'insertion du pédicule. Sa cavité communiquait librement avec l'intérieur de la boîte crânienne par un pertuis circulaire de 1 centimètre de diamètre environ, creusé aux dépens de l'écaille occipitale. Elle ne renfermait que de la sérosité sans substance cérébrale; sa face interne était lisse; les parois, d'une épaisseur uniforme, atteignant à peu près 3 à 4 millimètres, donnaient au toucher, et après l'évacuation du liquide, la même sensation de flaccidité que dans le cas actuel. Au reste, il existe déjà dans la science des faits dans lesquels de la sérosité, formée probablement par le liquide céphalo-rachidien, constituait à elle seule la tumeur. On s'expliquerait aisément, dans ce cas, l'absence des signes de l'encéphalocèle; battements, expansion, douleurs, phénomènes cérébraux à la pression, etc.

M. HOUEL répond à M. Chassaignac que la déformation des os du crâne n'est pas constante dans l'necéphalocèle, et que cela ne suffit pas pour faire nier l'existence actuelle de cette lésion. D'ailleurs il paraît évident que la tumeur n'est pas uniquement liquide, et qu'une portion du cerveau fait issue en dehors de la boîte crânienne.

M. GOSSELIN se demande si dans un cas de ce genre la chirurgie peut tenter quelque chose, et c'est sous ce point de vue que le diagnostic précis de la nature de la lésion présente un grand degré d'importance. L'examen auquel il s'est livré l'a laissé sous la même impression que MM. Chassaignac et Verneuil, c'est-à-dire qu'il croit la tumeur formée par une grande quantité de liquide, et au contraire une petite proportion de cerveau. Dans ce cas il n'est pas rationnel d'abandonner à elle-même une maladie qui sera à peu près nécessairement suivie de mort. Il y aurait lieu d'employer dans ce cas le prodédé que M. Dubourg (de Marmande) a proposé pour le spina bifida (excision avec suture), ou celui que M. Paul Dubois a mis en usage, en modifiant légèrement des opérations faites déjà par MM. Tavignot, Beynard, Latil, etc., etc. (pincement ou accollement des parois de la poche avec ou sans corps étranger intérieur).

M. LABORIE. Si le cerveau proémine à l'extérieur, au moins est-il probable qu'il est tout près de l'ouverture et forme une hernie peu considérable; sa présence ne se révèle ni par les battements, ni par l'expansion, etc., etc. Tout ceci indique qu'ici l'intervention chirurgicale est motivée.

M. GUERSANT rapproche ce fait de celui dont il a entretenu autrefois la Société, et dans lequel une tumeur d'un petit volume se présentait au grand angle de l'œil. Les avis furent partagés sur la nature de cette affection, et on crut en général à l'existence d'une tumeur érectile. L'opération fut pratiquée à l'aide d'épingles. Le petit malade mourut, et on reconnut qu'il s'agissait d'un encéphalocèle. Au reste le succès est toujours bien douteux dans ces tumeurs liquides de la voûte du crâne. Qu'il y ait peu ou beaucoup de cerveau, il y en a toujours. Si on opère, on amène à peu près sûrement la mort. L'expérience lui a démontré également toute la gravité de ces opérations, même dans les cas de spina bifida. Tout récemment il a opéré, dans cette dernière affection, par le procédé de M. Dubourg. La mort s'en est suivie. D'après cela, et dans le cas actuel, il est prudent de s'abstenir.

M. CHASSAIGNAC croit, avec M. Gosselin, que l'état actuel motive l'intervention chirurgicale. S'il est un cas dans lequel il soit permis d'opérer, c'est à coup sûr celui-là; à moins qu'on ne préfère laisser mourir le malade: ce qui arrivera infailliblement. Il y a là en effet une vaste poche déjà ouverte, qui recouvre une partie de la face, et qui ne tardera pas sans doute à s'ulcérer et à se gangrener. A supposer que ces accidents ne surgissent point, la difformité est telle qu'on devrait encore opérer. Le cas est grave; mais comme l'issue funeste spontanée n'est pas douteuse, on ne risque pas grand'chose en agissant.

— M. RICHET lit un travail sur un nouveau mélange destiné à l'application des appareils inamovibles, et qui réalise suivant l'auteur un grand progrès dans la méthode. Cette modification consiste à délayer du plâtre dans une solution titrée de gélatine, et à en imbiber des bandes d'un tissu très fin. Celui qui convient le mieux est une mousseline très lâchement tissée, connue dans le commerce sous le nom de *tarlatane*, et qui se recommande de plus par l'extrême modicité de son prix. Les bandes ou les bandelettes imprégnées du liquide gypso-gélatineux s'appliquent comme celles qu'on enduit de dextrine ou de plâtre ordinaire dans l'appareil de M. Van de Loo. Mais l'avantage réside en cela que la consolidation, qu'on peut au reste activer ou retarder à volonté, est infiniment plus prompte que par la dextrine, plus lente et plus sûre que par le plâtre gâché à l'eau. Le mélange de gélatine et de plâtre porte dans les arts le nom de *stuc*. M. Richet appelle donc son procédé *appareil inamovible en stuc*. Les appareils s'appliquent avec facilité et sont susceptibles d'un notable degré d'élégance.

2 grammes de gélatine pour 1,000 grammes d'eau ordinaire; une cuillerée de plâtre et une de gélatine. Solidification en quinze minutes à partir du moment où l'appareil est appliqué.

Avec 4 gramme de gélatine pour 1,000 grammes d'eau, la solidification est beaucoup plus rapide; il faut se hâter de faire son appareil.

Avec 5 grammes de gélatine pour 1,000 grammes d'eau, il faut cinq heures environ pour la solification complète.

Enfin avec 10 grammes de gélatine pour 1,000 grammes d'eau, la solidification est retardée bien davantage encore, et n'a lieu que dix heures après.

L'auteur montre une femme sur la main de laquelle un appareil de ce genre a été appliqué, et un autre malade est également présenté, sur lequel M. Richet se propose de faire immédiatement l'application de l'appareil sous les yeux de la Société.

— M. HUGUIER montre une malade qui sera soumise à un examen plus approfondi, et dont l'observation sera ultérieurement communiquée, s'il y a lieu, dans une séance suivante. C'est une femme de quarante à cinquante ans, d'une assez bonne constitution, qui porte à la jambe gauche, vers le tiers moyen, une tumeur volumineuse qui adhère au bord interne et à la face postérieure du tibia et provient sans doute de cet os. Cette production mesure près de 20 centimètres dans son grand diamètre, qui est parallèle à l'axe du membre, et 8 à 10 centimètres dans son diamètre transversal; elle est ovoïde, immobile, semble coiffée en arrière et en dedans par les muscles jumeau interne et soléaire; elle est très ferme au toucher, et présentait des battements et du souffle. Les téguments ne sont point altérés à sa surface, sillonnée cependant par quelques veines dilatées. On remarque un peu d'œdème à la circonférence, surtout le long du bord interne du tibia.

La marche est à peine gênée; la malade sent quelques douleurs, qu'elle soulage en exerçant une pression sur la tumeur.

Quelques membres de la Société examinent le membre, et les avis sont partagés sur la nature, le siége et même les symptômes de la maladie; les battements, le souffle ne se retrouvent pas. Toutefois la discussion ne s'engage pas, parce que l'examen est fait d'une manière nécessairement insuffisante, et que d'ailleurs M. Huguier promet, si la malade entre dans son service, de fournir la suite de son histoire.

M. Ad. RICHARD montre une pièce qui présente peut-être de l'analogie avec le cas précédent. C'est une tumeur très volumineuse née du tibia, et qui occupe presque les deux tiers supérieurs de la face postérieure de la jambe. Cette lésion a nécessité l'amputation de la cuisse à sa partie inférieure.

Observée sur le vivant, la tumeur, très ferme à ses deux extrémités, présentait vers sa partie moyenne les signes de ce qu'on appelle anévrisme des os, c'est-à-dire qu'on y percevait les caractères d'une tumeur vasculaire artérielle, tels que le souffle, les battements isochrones à ceux du pouls, etc.

Le tissu morbide se compose de trois parties distinctes: l'une supérieure, très dure et comme osseuse; l'inférieure arrondie, lobulée, fibreuse, libre dans les espaces intermusculaires; la moyenne, beaucoup plus molle, présente une grande quantité de vaisseaux et est parsemée de foyers hémorrhagiques, ce qui semble établir la coïncidence entre un sarcome et une tumeur anévrismale. Une dissection plus attentive sera faite, et les résultats en seront fournis à la Société.

M. Richard signale néanmoins ce fait pour démontrer que le souffle et les battements, qu'on donne ordinairement comme des signes pathognomoniques des tumeurs anévrismales des os, caractérisent plutô au contraire des tumeurs cancéreuses très vasculaires.

L'examen du tissu morbide a été fait avec soin par MM. Broca et Richard. On y a trouvé du tissu fibro-plastique et beaucoup de tissu fibreux. La tumeur doit être considérée comme un sarcome.

M. MICHON croit, quant à la nature intime de la tumeur, que les faits de ce genre ne sont pas très rares; il en a déjà opéré deux ou trois de cette espèce, et une pièce doit même avoir été remise par lui au musée Dupuytren.

Il ne croit pas à l'analogie invoquée entre le cas de M. Richard et celui de M. Huguier; dans le dernier cas il est douteux que la tumeur provienne de l'os, tandis que cette provenance est évidente dans le premier. Doit-on admettre ici davantage la coïncidence entre une tumeur cancéreuse et une tumeur anévrismale? M. Michon ne le croit pas. Il a vu de ces tumeurs très dures dans un point, fibreuses dans l'autre et très vasculaires dans une partie plus ou moins étendue; c'est au niveau de cette grande vascularité qu'on observe les battements et le souffle.

Malgré ces aspects si différents, la tumeur n'en est pas moins la même; seulement le tissu morbide est arrivé à des phases différentes. Toutes les tumeurs de ce genre pourront donc, à un certain moment, devenir vasculaires et présenter les signes des anévrismes.

Le fait de M. Richard est intéressant, parce que les trois phases de l'évolution du produit morbide s'y trouvent combinées.

M. RICHARD admet dans le cas actuel qu'il s'agit d'un sarcome du périoste avec végétations osseuses en aiguille; il a été lui-même très préoccupé du bruit de souffle et a hésité sur sa véritable cause. Suivant M. Nélaton, ce phénomène est pathognomonique des sarcomes osseux; mais il ne se trouve précisément pas dans les tumeurs qu'on désigne sous le nom d'anévrismes des os. Au reste, et suivant le même auteur, l'existence de ces dernières productions est problématique.

M. BROCA n'a jamais vu d'anévrisme des os; les pièces qui sont décrites sous ce nom ou celles qu'il a vu désigner ainsi n'avaient nullement les caractères anatomiques des anévrismes, si au moins on veut conserver à ce mot une signification précise. Il a vu nommer anévrismes des os des cancers très vasculaires, ou bien des tumeurs dans lesquelles on voyait seulement des cavités pleines de sang, irrégulières, anfractueuses, creusant dans le tissu osseux des loges qu'on comparerait plutôt à des foyers apoplectiques. Aux alentours de la lésion des ruptures peuvent s'effectuer et, à la rigueur, des anévrismes faux primitifs peuvent se produire; mais, encore une fois, c'est par un abus de langage qu'on désigne de telles lésions sous le nom d'anévrismes.

M. HOUEL a vu des tumeurs vasculaires des os sans cancer. M. Richet en a déposé deux pièces dans le musée Dupuytren. L'une d'elles surtout lui paraît concluante. La maladie occupe environ le tiers de l'humérus. Le tissu osseux manque complétement dans une étendue considérable, il était remplacé par un amas de caillots. Le sang était renfermé dans un sac formé par le périoste et le deltoïde. Il n'y avait aucune trace de sarcome, ni de cancers. Il est difficile de ne point admettre ici un anévrisme osseux.

M. VERNEUIL reconnaît que les observations consignées dans la science sous le nom d'anévrismes des os sont loin de se rapporter toutes à des lésions réellement anévrismatiques; souvent, il est vrai, il s'agit de cancers ou de tumeurs fibro-plastiques très vasculaires. Ces observations ont été, du reste, bien souvent déjà soumises à la critique, et par M. Nélaton; et par M. Gerdy, et par bien d'autres. Cependant il ne faut pas aller trop loin et nier du même coup les tumeurs des os de nature purement vasculaire; ces tumeurs existent, et, si on rassemblait scrupuleusement tous les cas épars, on trouverait probablement une quinzaine d'observations assez probantes. Pour sa part, il en a rencontré deux cas, l'un de tumeur veineuse du périoste des os iliaques; l'autre, beaucoup plus concluante, du scaphoïde; cette dernière, dont la description se trouve dans les *Bulletins de la Société anatomique*, était une vraie tumeur érectile. Il est possible, à la vérité, de refuser à ces lésions le nom d'anévrismes; il ne faut pas s'attendre à y rencontrer, en effet, les lésions qu'on constate dans l'anévrisme de la carotide ou de la fémorale; et sous ce rapport M. Broca a raison de protester contre le vice du langage. Mais enfin ce sont bien des tumeurs vasculaires des os. Si la structure n'a pas toujours été étudiée d'une manière suffisante, il faut cependant admettre que dans un certain nombre de cas la ligature a triomphé du mal et a amené la guérison. M. Broca sera le premier à reconnaître que cela serait bien peu admissible pour de vrais cancers.

M. RICHARD. Il est remarquable que M. Nélaton n'ait jamais constaté les signes stéthoscopiques habituels dans des tumeurs qui pouvaient précisément être considérées comme de vrais anévrismes osseux, tandis que les sarcomes vasculaires les ont toujours présentés. Dans un bon nombre d'observations, il s'agissait tellement bien de cancers que des productions du même genre se trouvaient dans d'autres points du squelette. Dans la pièce de M. Richet, une poche remplie de sang occupait la place d'une portion de l'humérus. Mais des foyers sanguins étendus se rencontrent également dans des cancers.

La partie inférieure du fémur et supérieure du tibia passe pour le lieu d'élection des anévrismes des os, et c'est précisément aussi dans ces points qu'on rencontre fréquemment les cancers et les sarcomes vasculaires des os, c'est-à-dire les tumeurs pulsatiles. Deux tumeurs présentant ce signe et observées par M. Roux étaient de véritables cancers.

Les succès de la ligature et la guérison ne prouvent pas grand'chose, car les malades n'ont pas été toujours suivis. La récidive a été observée sur plusieurs d'entre eux, et, les autres ayant été perdus de vue, on ne peut en conclure rigoureusement qu'ils ont été guéris.

M. CHASSAIGNAC rappelle que cette question a été récemment traitée dans la thèse de M. Desnos; il ajoute que les succès obtenus par la ligature dans des tumeurs érectiles et dans des anévrismes des os plaident pour la similitude de ces lésions dans un certain nombre de cas.

M. RICHET voudrait qu'avant d'argumenter la nature de la pièce qu'il a déposée au musée Dupuytren, on prît connaissance de cette pièce. Elle ne renfermait aucune trace de cancer. M. Lebert l'a examinée au microscope et est tombé d'accord sur ce point. Au centre de la poche, le tissu osseux était complétement résorbé; le foyer sanguin recevait les orifices d'un grand nombre d'artères, qui à l'extérieur étaient très volumineuses, très flexueuses. L'injection pratiquée a permis de constater très aisément toutes ces particularités.

M. BROCA ne nie point que le tissu érectile ne puisse envahir les pièces du squelette. Il maintient cependant qu'un bon nombre de pièces qu'on donne comme telles ne sont point des tumeurs érectiles et n'ont avec elles que des ressemblances grossières, mais qu'elles ne sont pas davantage des anévrismes. MM. Richet et Verneuil citent des faits; or y a-t-il là les caractères des tumeurs érectiles des parties molles ou des anévrismes? Point du tout. Le langage employé est donc évidemment mauvais et le rapprochement inexact.

— M. RICHET montre l'appareil en stuc qu'il vient d'appliquer sur l'avant-bras d'un malade. Il désire qu'il soit constaté que la dessiccation s'est opérée en douze ou quinze minutes.

M. DEBOUT ne voudrait pas que la communication de M. Richet passât devant la Société de chirurgie pour une découverte nouvelle et qu'aucune réclamation ne fût faite. Déjà M. Seutin avait essayé, parmi plusieurs substances propres à faire les appareils inamovibles, le plâtre combiné à des matières agglutinantes diverses; la gélatine, la colle de pâte furent entre autres expérimentées. Le chirurgien belge ne fut pas satisfait de ces tentatives et les abandonna.

M. RICHET ignorait ces essais de M. Seutin, mais cela n'ôte rien au mérite de sa découverte et n'en diminue pas l'utilité. Si M. Seutin a essayé la gélatine et n'en a pas reconnu les avantages, cela prouve seulement, et il tient à ce que ses paroles soient conservées, *cela prouve*, dit-il, *que M. Seutin est passé à côté d'une excellente chose sans en voir les avantages.*

M. DEBOUT continue l'objection, et met sous les yeux de la Société un article de M. Laffargue dans lequel cet auteur décrit un appareil inamovible composé de plâtre et d'amidon dissous et auquel il donne le nom de gypso-amylacé. L'association de ces deux substances est très avantageuse; elle permet la dessiccation dans un délai très court. L'appareil de M. Laffargue offre donc à peu près tous les avantages de celui de M. Richet.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le vice-secrétaire, Dr VERNEUIL.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le concours qui va s'ouvrir le 14 mars pour deux places de médecins du Bureau central aura pour juges MM. Barth, Frémy, Legroux, Devergie et Cullerier, et pour suppléants, MM. Grisolle et Manec.

— Nous avons reçu de MM. les docteurs Lebleu (de Dunkerque) et Joux (de La Ferté-Gaucher) deux lettres relatives à la question de l'opération césarienne soulevée par le fait clinique que nous avons publié. L'étendue de ces deux lettres ne nous permettant pas de les publier *in extenso*, nous en donnerons un résumé dans un de nos prochains numéros.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 7 MARS 1855.

Séance de l'Académie de Médecine.

La mort s'est chargée en moins de temps qu'on ne l'avait pu prévoir de ramener le nombre des membres de l'Académie au chiffre fixé par le dernier règlement. L'équilibre qu'elle a établi n'a même pas été de longue durée. A peine ce nombre venait-il d'être réduit à 100 par les pertes nombreuses et regrettables qui ont eu lieu dans le cours de l'année dernière, que de nouvelles pertes l'ont fait descendre au-dessous du contingent réglementaire. Trois places sont actuellement vacantes. Mais bien qu'à l'avenir chaque décès doive donner lieu à une vacance, les successions ne peuvent encore avoir lieu dans l'ordre nominal des sections auxquelles appartenaient les membres décédés. Les remplacements à effectuer sont subordonnés aux besoins des diverses sections entre lesquelles l'équilibre n'est point encore rétabli, et il en sera ainsi jusqu'à ce que toutes les sections se trouvent ramenées à leur chiffre normal. Ainsi, pour citer un exemple, l'un des derniers membres décédés, M. Jadelot, appartenait à la section de pathologie médicale. Aux termes du règlement, et en supposant les choses dans leur état régulier, la candidature aurait dû être ouverte dans cette section; mais comme malgré cette nouvelle perte, elle se trouve au-dessus du chiffre qu'elle doit avoir à l'avenir, tandis que d'autres sont au-dessous de ce chiffre, le bureau a sagement décidé que jusqu'à équilibration complète de toutes les sections, la déclaration de vacances ne serait faite, comme par le passé, que sur la proposition d'une commission de onze membres qui en détermine l'opportunité.

Conformément à cette décision, M. Bérard, rapporteur de la commission récemment nommée à cet effet, a lu à l'ouverture de la séance un rapport qui conclut à ce que les trois vacances soient déclarées dans les sections d'hygiène publique et de médecine légale, d'anatomie pathologique, et de médecine vétérinaire. L'Académie ayant adopté ces conclusions, les vacances se trouvent ainsi arrêtées.

— Ce premier devoir de famille accompli, l'Académie a repris son ordre du jour, c'est-à-dire la suite de la discussion sur la variole, ou mieux *à propos* de la variole. Le tour d'inscription appelait à la tribune M. Piorry.

M. Piorry avait à se défendre contre l'argumentation incisive de M. Bousquet. C'était déjà une tâche assez difficile; mais elle n'a pas paru suffisante à l'intrépide orateur, qui ne recule pas pour si peu. Par une interversion des rôles, d'attaqué se faisant à son tour aggresseur, M. Piorry a pris à parti les doctrines de l'école de Montpellier. Si parmi les auditeurs il en est qui n'aient jamais ouvert un des livres de cette école, nous doutons fort qu'ils aient pu se faire une idée bien nette de la doctrine des éléments morbides d'après l'esquisse rapide qu'en a faite M. Piorry. Et quant à ceux qui sont plus ou moins familiarisés avec cette doctrine, ils auront eu quelque peine à reconnaître dans cette sorte de parodie les principes professés jadis avec tant d'éclat par les Bordeu, les Barthez, les Dumas, les Bérard, et par leur illustre et vénérable continuateur M. le professeur Lordat, en qui se personnifie aujourd'hui cette école justement célèbre.

Nous ne prétendons pas dire que cette école soit à l'abri de toute objection, qu'elle satisfasse également sur tous les points à toutes les exigences de l'art et de la science; les luttes ardentes qu'elle a eu à soutenir depuis son origine, et qu'elle soutient encore en ce moment, prouvent assez qu'elle est en plus d'un point vulnérable. Nous ne faisons même aucune difficulté de reconnaître que la plus grande partie des progrès et des acquisitions utiles dont la médecine contemporaine s'enorgueillit à juste titre, se sont effectués en dehors de son sein et d'après des méthodes et des voies différentes des siennes. Mais ses principes n'en constituent pas moins un faisceau doctrinal qui, pour être attaqué avec quelque succès, demanderait d'autres armes et d'autres arguments que ceux dont M. Piorry a fait usage. Que M. Piorry nous permette de le dire, sans que son amour-propre en puisse être blessé, de quelque intelligence et de quelque activité qu'un homme soit doué, elles ne sauraient le dispenser du temps et de l'étude qu'exige la compréhension d'une doctrine aussi difficile, il faut le dire, et aussi abstruse que celle qui est en cause; et même pour M. Piorry, il nous est permis de douter que huit jours aient pu suffire pour lire avec fruit les œuvres de Barthez et de Bordeu. C'est un des torts de cette doctrine, sans doute, et c'en est un surtout aux yeux de beaucoup de gens, d'exiger, pour être bien comprise, une certaine éducation philosophique préalable, qu'il n'est ni dans les goûts, ni dans les aptitudes, ni au pouvoir de tout le monde d'acquérir. Personne ne trouvera donc étonnant que M. Piorry, avec si peu de préparation, n'ait pu réussir au gré de ses désirs dans une œuvre critique à laquelle Broussais, avec plus de temps et de force, a lui-même échoué.

Nous bornerons là pour aujourd'hui les réflexions que nous a inspirées le discours de M. Piorry sur un sujet qui nous laisserait encore tant à dire. La question d'ailleurs n'est pas épuisée, tant s'en faut; M. Bouillaud a retenu la parole pour la séance prochaine.

— La séance a été terminée par deux communications intéressantes : l'une, de M. Gosselin, sur un anus contre nature; la seconde, de M. Jobert, sur une opération de fistule vaginale. On trouvera un résumé du travail de M. Gosselin au compte rendu. Quant à la communication de M. Jobert, nous la publierons plus tard. — Dr Brochin.

HOPITAL SAINTE-EUGÉNIE. — M. BOUCHUT.

Croup guéri par les vomitifs et les cautérisations de nitrate d'argent.

L'année qui vient de s'écouler a été féconde en maladies diphtéritiques, et le croup semble avoir particulièrement sévi dans le faubourg Saint-Antoine, puisque dans les quinze premiers jours de décembre il y a eu à l'hôpital Sainte-Eugénie sept opérations de trachéotomie sur des enfants du voisinage. Beaucoup d'autres cas de croup ont été observés dans le même hôpital, soit avant, soit après l'époque dont nous venons de parler; les uns arrivés à la période ultime et traités comme les cas désespérés par la trachéotomie; les autres, en petit nombre, entrés à une époque voisine du début des accidents, et soignés par les moyens ordinaires de la médecine. Parmi ces derniers, nous en citerons un exemple recueilli dans le service de M. Bouchut.

Une enfant de trois ans est apportée au n° 3 de la salle Sainte-Marguerite, le 2 septembre 1854. Cette petite fille a été vaccinée; elle est sujette à s'enrhumer, mais elle est d'une bonne constitution et d'une bonne santé habituelle. Depuis quinze jours, cette enfant était affectée de bronchite, sans fièvre, à laquelle les parents ne firent pas attention.

Le 27 août, parut un enrouement très marqué qui augmenta progressivement au point de produire l'aphonie et l'affaiblissement considérable du bruit de la toux.

Le 2 septembre, à la consultation de l'hôpital, lorsque l'enfant fut présentée par sa mère, la voix était rauque, faible, presque éteinte. La toux est grosse, cassée, non vibrante. Les amygdales et les ligaments arythéno-épiglottiques sont couverts de fausses membranes grisâtres. Respiration fréquente, pénible (60 par minute); poitrine sonore à la percussion et remplie de râles ronflants et muqueux. Pouls fréquent (120 pulsations). — Cautérisation du pharynx avec l'acide chlorhydrique; frictions avec l'onguent mercuriel autour du cou.

Le 3, l'enfant a dormi pendant la nuit; elle n'est point agitée, mais la respiration est toujours dyspnéique et le pouls conserve de la fréquence et de la petitesse. La peau est chaude et un peu sèche; la figure est pâle, les yeux sont un peu cavés; la toux est rauque, la voix étouffée. On ne voit plus de fausses membranes dans le gosier, qui est rouge et enflammé. Pas d'accidents nerveux. — Potion stibiée, 10 centigrammes; solution au quart de nitrate d'argent pour faire trois cautérisations dans la journée.

Le soir, l'oppression est plus grande que le matin; la respiration est

---

VOYAGE MÉDICAL EN ORIENT (1).

VI.

Le chien, dit-on, est l'ami de l'homme, ce qui n'empêche pas l'homme d'en être quelquefois mordu et souvent importuné. Nous étions établis à Rami-Tchifflik depuis quelques jours seulement, et déjà une bande de ces animaux, expulsés des tribus voisines probablement à cause de leur caractère hargneux, était venue exploiter nos parages. Des aboiements lugubres privaient chaque nuit nos malades de sommeil et jetaient dans leur esprit de sinistres pressentiments. Ce vacarme insupportable, auquel les indigènes demeurent indifférents, avait l'inconvénient d'arriver jusqu'à nous par le chemin de nos oreilles, aussi convînmes-nous de recouvrer le repos, fût-ce au prix du sang. La guerre fut donc déclarée, et les hostilités s'ouvrirent immédiatement. Je n'avais pas tiré le premier coup de fusil, qu'un feu roulant parti des fenêtres de l'hôpital abattait une trentaine de ces chiens; les autres s'enfuirent plus ou moins grièvement blessés. Il y eut bien encore dans la suite quelques retours offensifs, mais alors il suffisait de nous montrer pour mettre aussitôt l'ennemi en déroute.

Malgré l'impulsion imprimée par les officiers du génie aux travaux d'installation, la besogne marchait lentement. Une partie des malades restait toujours exposée au froid ou à la pluie. Les fosses d'aisances étant remplies jusqu'à la gueule, des marées miasmatiques poussées par le vent refluaient dans les corridors et jusque dans les salles, où elles manifestaient leur action par une fâcheuse recrudescence dans les symptômes qui marquent habituellement le déclin du choléra. Le génie fit procéder aux vidanges; elles furent pratiquées au moyen des ouvertures situées en dehors des murs de l'hôpital. Mais les ouvriers grecs employés à cette opération s'y prirent de telle façon, qu'en un instant Rami-Tchifflik fut entouré d'une vaste mare stercorale dont l'odeur se répandait à une lieue à la ronde. Nous étions sans doute parfaitement fortifiés contre toute attaque extérieure; mais aussi à quels dangers ne nous trouvions-nous pas exposés, nous qui habitions le centre de la place? Pendant plus de deux mois nous fûmes en proie à des tourmentes abdominales qui affectaient souvent une gravité inquiétante.

Les rafales qui nous venaient incessamment des Balkans ou de la mer Noire atténuaient bien un peu le maléfice de l'atmosphère dans laquelle nous étions plongés; néanmoins nous crûmes devoir recourir à un moyen de préservation plus efficace encore, parce qu'on peut en régler l'emploi à volonté. En conséquence, je fis allumer dans les corridors de grands feux alimentés avec du bois de sapin. Nous vîmes, à notre grande joie, qu'à partir de ce moment la diarrhée commença à laisser quelque répit à nos malades. Ce résultat, dont je ne veux pas exagérer la mesure, doit-il être attribué à ce que certaines émanations méphitiques sont détruites par la flamme ou par la créosote que contient la fumée? Cela est assez probable; toutefois, la théorie ici importe moins que l'utilité du procédé.

J'ai vu deux fois l'incendie dévorer un grand nombre de maisons en planches à Stamboul et à Ortakeuï. L'on m'a assuré que ces sinistres, très communs à Constantinople, sont toujours suivis d'une amélioration au moins passagère dans l'état sanitaire de la ville.

L'homme est un poison pour l'homme. Son individu physique n'est pas seulement au dedans une fabrique de matières et de vapeurs délétères, mais son enveloppe extérieure, la peau, est elle-même un atelier en continuelle activité. Par cet organe, nous filtrons, nous évaporons, nous absorbons toutes sortes d'exhalaisons *malfaisantes*. Chacun de nous est un ouvrier ambulant qui porte partout avec lui les instruments de ses insalubres *fabrications*. L'homme malade est un laboratoire beaucoup plus pernicieux encore, et qui, pour cette raison, devrait toujours être banni de l'*enceinte des villes*.

Un sujet atteint de maladie infectieuse peut être assimilé à un foyer qui projette des rayons pestilentiels, dont la direction et la limite sont modifiées par les courants d'air. C'est ainsi, comme chacun sait, que se transmettent la rougeole, la scarlatine, la coqueluche, la variole, etc. Tel est aussi pour moi le mode de progression du choléra, car j'ai vu à Rami-Tchifflik des blessés, des vénériens, des scorbutiques, des infirmiers frappés par l'épidémie qui sévissait autour d'eux. La fréquence de ces accidents prit bientôt des proportions assez alarmantes pour que M. Lévy me donnât l'ordre de faire retirer immédiatement les cholériques des salles, et de les établir sous la tente. Pour cela, je fis choix d'un terrain sec et élevé, à 80 mètres de l'hôpital. Cinquante-huit tentes y furent dressées sur trois lignes parallèles. L'orientation de ce campement avait été réglée de telle sorte que le vent à peu près continuel de nord-est balayait jour et nuit les miasmes fournis par nos cholériques, sans reflux possible vers les salles. Tant que la mansuétude de la saison nous permit de profiter de cet expédient prophylactique, les progrès de la contagion en furent sensiblement ralentis. Mais bientôt le froid et des pluies torrentielles nous forcèrent à abandonner les tentes. Une fois nos malades réintégrés dans l'hôpital, nous y vîmes éclore, et en grand nombre, de nouveaux cas de choléra.

Des sublimations méphitiques continuaient à nous envelopper de

(1) Fin. — Voir les numéros des 1er, 8, 15, 22 février et 1er mars.

très pénible sans plus de fréquence. L'enfant a vomi des mucosités et des fausses membranes. Une selle diarrhéique.

Le 4, la respiration est plus calme le matin. On entend toujours des râles dans la poitrine, qui reste sonore. Le pouls est concentré et fréquent (96). L'enfant se lève sur son lit, cherchant et ne pouvant se faire entendre que tout bas, et les mots ne sont pour ainsi dire formés que par les lèvres. Les cris sont voilés et très faibles. — Faire trois cautérisations avec la solution de nitrate d'argent au quart.

L'enfant tousse plusieurs fois dans la journée, et rejette des mucosités avec quelques débris de fausses membranes.

Le 5, on cesse les cautérisations; le gosier est simplement rouge, sans tuméfaction des amygdales. L'enfant eut le matin une courte attaque de convulsions cloniques, qui disparurent spontanément. — Gomme sucrée, julep gommeux.

Le 6, la toux est toujours rauque et brisée, la voix nulle, la respiration gênée par des mucosités bronchiques abondantes. Le julep détermine des vomissements répétés de simples mucosités; la toux est moins fréquente. La fièvre est nulle; l'enfant se lève sur son lit et veut manger. — Julep avec tartre stibié et poudre d'ipécacuanha.

Du 7 au 12, la toux est moindre; la respiration devient calme; le pouls se ralentit, est plus mou. Il n'y a aucun trouble du côté des voies digestives. L'appétit reparaît assez vif. La voix, d'abord voilée, devient plus élevée, moins brisée, moins cassée, puis souple. On entend toujours beaucoup de râles dans la poitrine, qui reste sonore. — Gomme sucrée, looch blanc; un œuf tous les jours.

Vers le 12 septembre, l'enfant est prise le soir d'un petit mouvement fébrile sans frisson, mais avec plus de fréquence du pouls; chaleur de la peau, congestion de la face. Cette réaction est due à la bronchite intense qui persiste.

On donne une potion à l'ipécacuanha le 13, laquelle détermine plusieurs vomissements mucoso-bilieux; puis on applique le 16 un large vésicatoire volant sur le thorax, en arrière.

Pendant ce temps les forces persistent parfaites; il n'y a pas d'amaigrissement, et les fonctions vitales sont à peine altérées.

Sous l'influence du vésicatoire, la bronchite avec congestion pulmonaire s'amoindrit. La toux devient plus rare, les râles disparaissent, et l'enfant, convalescente, parle à haute voix sonore et bien timbrée. Elle sort le 21 septembre.

Ce n'est pas la première fois sans doute que l'on guérit un enfant atteint de croup par les cautérisations de l'arrière-bouche et du larynx avec la solution de nitrate d'argent; mais les faits de ce genre auront toujours un vif intérêt pour le médecin, surtout quand le résultat est aussi rapidement obtenu que chez l'enfant dont nous venons de rapporter l'histoire. Le croup était on ne peut mieux caractérisé, tant par les symptômes que par les lésions apparentes au fond de la gorge : voix rauque, faible, presque éteinte; toux grosse, cassée; dyspnée pénible, 60 respirations par minute; fausses membranes à l'ouverture du larynx. Il n'en fallait pas davantage pour spécifier la maladie. Immédiatement des cautérisations furent faites trois fois par jour avec une éponge fixée au bout d'une baleine recourbée, et imbibée d'une solution de nitrate d'argent au quart (10 grammes pour 30 grammes d'eau distillée), et on donna chaque jour une potion stibiée (10 centigrammes) pour faire vomir l'enfant.

Sous l'influence de cette médication énergique des vomissements eurent lieu, des fragments de fausses membranes détachés par la cautérisation furent entraînés au dehors, et en quatre jours les plus graves accidents étaient conjurés. Le rejet des fausses membranes par le vomissement prouverait une fois de plus, s'il en était besoin, la véritable nature de la maladie et par conséquent l'efficacité incontestable de la médication employée pour la combattre. Quand on cessa les cautérisations l'enfant n'était pas guérie, mais elle était au moins hors de danger. La toux était rauque, brisée et la voix nulle; cependant il n'y avait pas de fièvre, et l'appétit était revenu. Il ne restait plus au larynx qu'un état phlegmasique peu marqué; quant à la diphtérite, elle était bien guérie : or c'est là le point qu'il fallait établir.

A partir de ce moment l'enfant conserva jusqu'à sa sortie une aphonie incomplète, avec enrouement et une bronchite d'abord légère, qui présenta au bout de quinze jours une recrudescence assez grave pour réclamer l'application d'un large vésicatoire volant sur la poitrine. Tout rentra bientôt dans l'ordre, et l'enfant put sortir de l'hôpital entièrement guérie.

MALADIES DES YEUX. — M. TAVIGNOT.

Qu'est-ce que la brachyopie?

Je donne ce nom (de βραχύς, *court*, et ὤψ, *œil*) à une espèce de myopie rétinienne, bien distincte de la myopie musculaire, ainsi qu'on le verra plus loin, et qui est si souvent consécutive à différentes inflammations chroniques des yeux. Cet état morbide, qui se rapproche assez par plusieurs de ses caractères de l'amblyopie, est peu connu.

La brachyopie est plus fréquente qu'on ne le suppose généralement. Le plus souvent elle est confondue soit avec un vice congénital de la rétine, soit avec une myopie acquise. De là deux espèces de méprises possibles :

Lorsqu'on croit avoir affaire à un défaut primitif d'organisation de l'œil, tout est fini, et le malade n'a plus à récriminer;

Quand on a, au contraire, diagnostiqué l'existence d'une myopie et prescrit les verres concaves, il n'en est plus de même, et le malade revient sans amélioration aucune.

Les brachyopes, en effet, présentent ceci de particulier, c'est de voir parfaitement à la distance de 6, 8 ou 10 pouces, et de très mal distinguer au delà.

La première idée qui se présente, par conséquent, à l'esprit, est de considérer cet état comme un degré plus ou moins prononcé de myopie. Or il n'en est rien, et les verres concaves, pas plus d'ailleurs que les verres convexes, ne l'améliorent en aucune façon.

Il m'arrive tous les jours de rencontrer des personnes atteintes de brachyopie; je ne me trompe plus à leur égard. Je vais même volontiers plus loin : je signale leur infirmité avant qu'elles en aient parlé, et sans avoir examiné leurs yeux. Je fais plus : dans quelques cas je la leur révèle, lorsque l'affection, n'existant que d'un côté, a, ce qui arrive souvent, échappé jusqu'alors à leur attention.

Rien n'est plus simple que ce diagnostic à distance, car voici le mot de l'énigme :

Toutes les fois qu'une personne a été affectée d'une maladie avec photophobie pendant six mois en moyenne, on peut affirmer que cette personne est atteinte de brachyopie, soit d'un seul œil si la maladie n'a existé que d'un côté, soit des deux yeux si la maladie a existé des deux côtés pendant le laps de temps que je viens d'indiquer.

C'est surtout à l'époque de l'enfance et de l'adolescence que surviennent les affections morbides qui ont si souvent pour résultat la brachyopie, et ce sont les kératites qui jouent le principal rôle parmi ces affections morbides.

Les praticiens sont désormais avertis; et en présence d'un état pathologique de la cornée qui tend à passer à l'état chronique, ils n'oublieront pas que le mieux que l'on puisse faire n'est pas seulement de guérir le malade sans opacité des membranes de l'œil, mais encore de le guérir le plus rapidement possible.

La thérapeutique doit donc être toujours dirigée d'après ce double but à remplir.

Une fois apparue, la brachyopie, en l'absence de maladie nouvelle, n'a pas plus de tendance à augmenter qu'elle n'en a à diminuer; elle reste indéfiniment avec ses caractères primitifs, qui sont :

D'une part,

La diminution de la portée de la vue;

De l'autre,

L'inefficacité des verres concaves pour y remédier.

Nous nous sommes naturellement demandé si avec les progrès de l'âge, et sous l'influence de la période presbytique, la brachyopie n'avait pas de tendance à disparaître, ou tout au moins à s'atténuer. *A priori*, cela n'était guère probable; et l'observation est venue jusqu'à présent confirmer cette prévision.

Quoi qu'il en soit, la brachyopie n'en reste pas moins un vice fonctionnel des yeux encore mal défini, difficile à expliquer par les lois physiques, et qui dans tous les cas diffère entièrement de ces défauts d'adaptation aux distances qu'on l'on connaît sous les noms de myopie et de presbytie, et auxquels on remédie à l'aide de verres divergents ou convergents appropriés.

Jusqu'à présent, et par analogie, nous sommes forcé de rapprocher la brachyopie de l'amblyopie, bien qu'elle en diffère d'ailleurs par beaucoup de points.

En effet, un des caractères les plus ordinaires de l'amaurose commençante, c'est le raccourcissement plus ou moins prononcé de la portée visuelle, et les objets que les malades peuvent encore distinguer ne sont perçus qu'autant qu'on les leur place en quelque sorte sous les yeux. On pourrait croire, *à priori*, que dans cet état les verres concaves seront susceptibles d'améliorer la position des malades; il n'en est rien, ainsi que j'ai pu le constater un bon nombre de fois.

Même chose a lieu pour les presbytes qui ont fait usage pendant longtemps de verres concaves très forts. La vue finit chez eux par se raccourcir très notablement sans que ces personnes deviennent myopes, ainsi que M. Sichel l'avait cru, ce qui eût été un non-sens. Il est survenu chez elles une véritable brachyopie analogue à celle que l'on rencontre à la suite des inflammations oculaires avec photophobie, ou comme symptôme de l'amblyopie amaurotique.

La brachyopie, *étant une lésion rétinienne*, peut bien modifier jusqu'à un certain point la presbytie, *qui n'est qu'un état anomal de l'appareil musculaire de l'œil*, mais elle ne la fait pas nécessairement disparaître.

Il semble que dans la brachyopie les rayons lumineux, abstraction faite de leur direction, ne soient susceptibles d'impressionner la rétine qu'autant qu'ils sont, qu'on me passe l'expression, franchement émanés des objets.

Je ne connais pas de traitement susceptible de guérir la brachyopie; les personnes qui sont brachyopes se trouvent toujours bien de choisir une profession qui n'exige pas un travail trop assidu des yeux sur des objets minutieux; une application prolongée de ces organes, outre qu'elle est fatigante, paraît avoir encore pour effet d'aggraver la brachyopie.

En résumé, la brachyopie ne doit être envisagée que comme un symptôme de divers états morbides d'ailleurs bien différents; à ce point de vue, on peut admettre quatre espèces de brachyopies :

1° La brachyopie symptomatique de différents états phlegmasiques des yeux ayant existé à une époque plus ou moins éloignée, et que j'ai décrite en 1846 (*Abeille médicale*, p. 159);

2° La brachyopie symptomatique de la cataracte commençante;

3° La brachyopie symptomatique de l'amblyopie amaurotique;

4° L'amblyopie symptomatique d'une presbytie fâcheusement modifiée par l'usage abusif des verres convexes.

Les hernies de l'iris réclament-elles un seul et même traitement?

L'issue de l'iris à travers une solution de continuité de la cornée peut survenir dans des circonstances bien différentes, tellement différentes même qu'elle doit être regardée tantôt comme un mal, tantôt comme un bien; en ce sens cependant que, si le mal est ici absolu, le bien n'est que relatif.

En effet, la hernie de l'iris survenant à la suite d'une lésion traumatique de la cornée, laquelle est exempte de perte de substance, constitue un mal absolu qu'il faut se hâter d'attaquer par des moyens convenables, tels que la réduction, par exemple, toutes les

---

toutes parts; cet empoisonnement inévitable ruinait visiblement notre santé. Au lieu de nous aliter, nous préférâmes monter à cheval. Après des courses de quelques heures nous rentrions presque toujours épurés par d'abondantes transpirations.

Nos promenades étaient dirigées tantôt vers Saint-Matthias, où nous attirait notre admiration sans cesse renaissante pour son poisson miraculeux; tantôt vers le bourg de Litros, colonie de Bohémiennes chantantes et dansantes, dont les divertissements sont fort recherchés par les Turcs, qui ont eux-mêmes un goût passionné pour la mélopée et la chorégraphie. Le son du fifre et du *tarbouka* (tambourin) les enivre et les transporte, mais jamais au point de provoquer chez eux de ces écarts, de ces soubresauts qui donnent à nos merveilleux toute la gentillesse d'un batracien en belle humeur; les mouvements se bornent à des trémoussements sur place, dont la grâce et la souplesse ont beaucoup plus de caractère que les allures insipides de notre contredanse, ainsi nommée sans doute parce qu'elle est le contraire de la danse.

En Orient, tout exercice est pour l'homme une cause de fatigue, et toute fatigue une cause d'épuisement; aussi la musique, dans sa modalité, y prend-elle, comme la danse, une expression mesurée. L'amour, les combats, les voyages forment la matière d'éternelles improvisations débitées avec les inflexions d'une mélancolie religieusement écoutée. Les sentiments de l'âme ne se révèlent jamais par aucun geste, par aucune manifestation extérieure. Pendant qu'il chante, le Turc ressemble, comme on dit, à une statue sonore.

Il n'y a pas au monde une contrée plus riche que la Turquie d'Europe; le sol, composé d'humus, de sable et d'argile, est d'une fécondité inépuisable. La nature y déploie une activité prodigieuse; il faut être aussi vigilant à récolter qu'elle est prompte à produire. Au printemps, d'immenses plaines se couvrent d'épis et d'herbes fourragères. Après les récoltes, toute végétation disparaît sous l'ardeur dévorante du soleil. Lorsque pour la première fois j'aperçus de vastes terrains sans labour, des champs dépouillés, durcis comme une place publique battue sous le pied des passants, des domaines sans délimitation, des sillons à peine tracés, je proférai toutes sortes de malédictions contre l'insouciance des propriétaires du pays.

La réflexion vint bientôt tempérer la sévérité de mes jugements.

Après que les grandes chaleurs sont tombées, c'est-à-dire vers le milieu de novembre, commencent les labours en Orient. On sème d'abord; puis, à l'aide d'une petite charrue traînée par deux buffles, on soulève à peu près 5 centimètres de terre. Dès que le grain a germé, le chevelu de ses racines s'enfonce et trouve dans les couches inférieures qui ont été laissées à leur tassement naturel un point de résistance à l'action des vents, qui bouleverseraient un sol trop meuble, comme un désert de sable. Il y a donc dans ce système de culture si contraire au nôtre un effet de la nécessité en même temps qu'une preuve de sagesse.

Partout où la nature est prodigue, partout où une population peu nombreuse est disséminée sur un sol fertile, l'homme devient paresseux. Que faut-il au Turc sous son climat si doux, avec des goûts si bornés? Une galette pour le jour et un abri pour le soir. Voilà pourquoi il ne fait mettre en culture que la part de terrain qu'il juge nécessaire à la provision de l'année.

On a dit que partout où croît un pain naît un homme. Cela n'est pas absolument vrai pour la Turquie, car dans la plupart de ses provinces la densité de la population n'est pas en rapport avec la fécondité du sol. Cependant tous les musulmans, muphti et dervich, se marient; ils ont plusieurs femmes et beaucoup d'enfants. Mais un grand nombre de ces enfants meurt faute des médicaments et des conseils que donneraient de bons médecins. D'un autre côté, il y a dans l'étendue de l'empire ottoman d'immenses contrées à peu près désertes, parce que leur insalubrité actuelle les rend inhabitables.

Que l'on guérisse la fièvre, et la Turquie rentrera dans la condition normale des multiplications humaines.

La polygamie, le divorce, la vénalité des femmes, qui s'acquièrent comme un immeuble, sont de la part de certaines moralistes l'objet de récriminations plus ou moins désintéressées contre les Turcs. Ces habitudes matrimoniales en valent peut-être bien d'autres; d'ailleurs elles ne sont ni illicites ni arbitraires. La pluralité des femmes dans une même famille musulmane n'est pas, comme on le croit, une preuve de la corruption de son chef; elle n'est que l'accomplissement d'un devoir dicté par le Coran, l'influence climatérique et réglé par la législation civile.

Montesquieu a dit que les lois doivent être tellement propres aux peuples pour lesquels elles ont été faites que c'est un grand hasard si celles d'une nation peuvent convenir à une autre nation. Que le régime de la polygamie ne soit pas nécessaire chez nous pour perpétuer l'œuvre de la création, tant mieux! Du reste ce n'est pas déjà chose si agréable que de gouverner un harem.

A coup sûr, Adam n'aurait pu rester garçon sans compromettre l'avenir du genre humain. Aussi la nature nous invite-t-elle, comme notre premier père, à l'union conjugale. Mais tel qu'il est institué en France, le mariage est souvent un marché où il n'y a que l'entrée de libre. L'homme qui s'y est établi avec une femme acariâtre ou infidèle ne trouve de terme ou d'adoucissement à cette captivité que dans le suicide, l'ivrognerie ou des liaisons collatérales. Voilà pourquoi il y a tant

fois qu'elle est possible, car le prolapsus de l'iris est dans l'espèce plutôt nuisible qu'utile à la réunion de la plaie cornéale.

Mais la hernie de l'iris consécutive à une perte de substance de la cornée, une perforation ulcéreuse, je suppose, se trouve dans des conditions tout autres, et c'est fort heureusement que l'iris vient s'engager dans la solution de continuité pour faire l'office de bouchon obturateur.

Sans lui, sans son concours, la perte de substance de la cornée ne pourrait se réparer d'une manière définitive, le suc cornéal et la lymphe plastique sécrétés étant entraînés à chaque instant par l'issue de l'humeur aqueuse, qui se reproduit, comme on sait, avec une incroyable rapidité; de là cette conséquence des plus fâcheuses que l'on puisse imaginer, la transformation de chaque perforation ulcéreuse en fistule de la cornée; dans l'espèce, la hernie de l'iris ne doit être considérée que comme un bien relatif.

Mais nous n'avons pas seulement besoin dans beaucoup de cas du concours de la cornée et de l'iris, il importe encore que ces deux membranes soient, après leur annexion l'une à l'autre, en quelque sorte renforcées par une modification de texture et par une sécrétion de lymphe plastique, desquelles résulte une cicatrice opaque, solide et capable de résister à la pression, *a tergo*, de l'humeur aqueuse.

Le but définitif auquel doit tendre le chirurgien est donc, en définitive, des mieux tracés : il faut enflammer artificiellement et graduellement la tumeur staphylomateuse en l'attaquant tour à tour par son sommet et par sa base :

Par son sommet, en touchant rapidement à différentes reprises avec le crayon de nitrate d'argent;

Par sa base, en la traversant dans trois ou quatre sens différents avec une aiguille à acupuncture ou une fine aiguille à cataracte.

C'est en procédant de cette façon qu'il m'a été donné d'obtenir de très beaux résultats, ainsi que je l'ai déjà indiqué dans ce journal.

Mais une question fort grave et du plus haut intérêt pour l'avenir de l'œil domine l'histoire de la hernie de l'iris, c'est l'état de la pupille.

La pupille, plus ou moins déformée par le prolapsus de l'iris, tend d'autant plus à disparaître que l'iris s'engage davantage dans l'hiatus de la cornée.

Or, au point de vue des fonctions ultérieures de l'œil, il est urgent de se préoccuper de l'ouverture pupillaire. Cela est si vrai que, dans le cas où la pupille est à peu près complétement effacée par les progrès de la hernie de l'iris, nous donnons volontiers le conseil de faire précéder, dans quelques cas particuliers, le traitement du prolapsus irien lui-même par l'opération de la pupille artificielle; voici pourquoi :

Le traitement du staphylome de la cornée et de l'iris à l'aide des ponctions multiples de sa base et des cautérisations successives de son sommet ayant pour résultat inévitable l'entraînement d'une plus grande quantité d'iris, et par suite l'accollement plus ou moins immédiat de cette membrane à la cornée, il en résulte qu'en remettant l'opération de la pupille artificielle à l'époque de la guérison définitive du prolapsus irien, on agit dans des conditions beaucoup moins favorables, puisqu'on est obligé alors de manœuvrer sur un œil privé de chambre antérieure. Le fait suivant vient confirmer ce que nous venons d'avancer.

M. Quizoux, âgé de trente-six ans environ, à la suite d'une lésion traumatique qui remonte à trois ans, est affecté d'une hernie de l'iris à travers une perte de substance assez étendue de la partie moyenne et un peu inférieure de la cornée; une pseudo-cornée transparente recouvre l'iris. La saillie de la tumeur est peu considérable; néanmoins la pupille est à peu près complétement disparue, et il est évident que la faible portion qui persiste encore sera, dans tous les cas, masquée par la cicatrice opaque destinée à réparer la perte de substance de la cornée.

Ce malade, qui m'avait été adressé par son médecin ordinaire, M. le docteur Noël, d'Haudivillers (Oise), se soumet très volontiers à l'opération de pupille artificielle que je lui propose.

Le 28 novembre 1854, je pratiquai, en conséquence, la corémorphose avec ma pince-crochet. La pupille nouvelle, un peu externe par rapport à l'axe antéro-postérieur de l'œil, a les dimensions ordinaires que nous désirions obtenir. Aucune réaction sérieuse n'est survenue, et le malade a pu quitter Paris huit jours après l'opération que nous avions pratiquée.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 6 mars 1855. — Présidence de M. JOBERT (de Lamballe).

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

Le ministre du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Noirot sur une épidémie de choléra qui a régné en 1854 dans l'arrondissement de Dijon. (Commission des épidémies.)

2° Une note sur un busc hygiénique. (Commissaire : M. Bouvier.)

3° Une nouvelle série d'observations sur un nouveau fébrifuge de M. Bouloumié. (Commission des remèdes.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Traitement de la fièvre typhoïde. — M. le docteur Victor Poulet, de Plancher-les-Mines (Haute-Saône), adresse un mémoire sur le traitement abortif et curatif de la fièvre typhoïde par la méthode épidermé-stibiée, ou stibio-iatraleptique. (Commissaires : MM. Louis et Roche.)

Avortement provoqué. — M. le docteur Laménant des Chênais adresse un mémoire ayant pour titre : *Études sur le principe de l'avortement provoqué.* (Commissaire : M. Cazeaux.)

Pathologie hippocratique. — M. Guillaume Delanda adresse un travail intitulé *Coup d'œil sur la pathologie hippocratique comparée à la pathologie grecque contemporaine*, ou les œuvres d'Hippocrate étudiées en Grèce. Ce premier mémoire est consacré aux généralités sur les maladies dites paludéennes, etc. (Commissaires : MM. Bousquet, Gibert.)

Révulseur. — M. Dreyffus présente un instrument révulseur. (Commissaire : M. Malgaigne.) (*Voir* le dernier compte rendu de l'Académie des sciences.)

RAPPORT.

Déclaration de candidature. — M. Bérard, au nom de la commission des onze membres, lit un rapport sur la question de savoir à quelles sections doivent être affectées les trois places actuellement vacantes au sein de l'Académie. La commission est d'avis que les vacances doivent être déclarées dans la section d'hygiène publique, médecine légale et police médicale, et dans les sections d'anatomie pathologique et de médecine vétérinaire.

L'Académie adopte.

DISCUSSION.

Variole. — L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le mémoire de M. Piorry relatif à la variole.

La parole est à M. Piorry.

M. PIORRY. En admettant que l'âme est le point de départ de l'organisation, j'ai émis une proposition discutable sans doute, mais fondée sur des faits et qui n'a en elle-même rien d'obscur dans l'expression. Me demander ce que devient cette âme après que l'organisme est formé, c'est me faire une question insoluble; mais ce que je dirai, c'est qu'il serait encore plus clair d'admettre comme établi que cette âme continue à présider à l'harmonie des organes et des fonctions, que de supposer l'existence d'un principe vital, de forces qui en seraient distinctes. Ajoutons que c'est cette influence de l'âme sur la matière organisée qui constitue la vie; c'est donner de celle-ci une définition plus exacte que la plupart de celles qui en ont été données et qui ont été parfois inintelligibles.

Qui dit *organisation* dit *organisation vivante*, car sans cela elle n'existerait pas. L'addition de vivante que l'on propose est inutile; quant à celle de sensible, elle ne serait pas justement appliquée. Une foule d'êtres organisés sont insensibles, au moins dans le sens où l'on prend généralement le mot sensibilité. Exemple : les végétaux sont constitués par une organisation vivante, mais non sensible; car on n'admet plus en général une sensibilité organique telle que la comprenait Bichat.

La sensibilité est évidemment un attribut du système nerveux, et, quand celui-ci est détruit ou cesse d'agir, la sensibilité de l'organe, très vivant d'ailleurs et sur lequel le médecin peut agir encore, est détruite.

Je ne sais si on a bien lu les *Nouveaux éléments de la science de l'homme* de Barthez. Si on l'a fait, je ne comprends pas comment on a pu approuver les raisonnements si peu solides sur lesquels il établit l'existence d'un principe vital, qui est une âme de plus mise tout à côté de l'âme morale. C'est l'existence de ce principe que Bichat, Chaussier, etc., ont niée et qu'ils ont divisée en propriétés ou en forces.

Si l'on prend les expressions qui consacrent ces hypothèses pour des figures, pour des abstractions, comme on l'a dit, je ne vois guère d'inconvénients à les accepter; mais si, comme on l'a fait généralement, on les individualise de façon que l'on s'adresse à ce principe, à ces propriétés, à ces forces et non pas aux organes, je déclare que l'on se livre aux spéculations les plus vaines, les plus inutiles et même les plus dangereuses.

M. Bousquet parle de la doctrine des éléments de Barthez.

Je n'avais lu de Barthez que les *Nouveaux éléments de la science de l'homme*, livre porté bien haut, et qui contient beaucoup d'allégations, peu de preuves, puisées le plus souvent dans des historiettes ou des opinions d'auteurs plutôt que dans des faits bien observés. Je viens de relire ce livre; je n'y ai trouvé aucune mention de la doctrine des éléments des maladies : c'est dans les *Mémoires de la Société médicale d'émulation* que se trouve, à propos des fluxions, l'exposé des idées de Barthez.

L'article ÉLÉMENT du *Dictionnaire des sciences médicales* présente cette manière de considérer les faits dans toute la latitude que lui ont donnée Dumas et Bérard (de Montpellier).

Or ce n'est que du 1er mars 1855 que j'ai lu ces ouvrages avec quelques détails.

Je suis donc bien lavé du reproche d'un honteux plagiat; M. Bousquet ne le sera pas aussi facilement de son apostrophe.

Maintenant il s'agit de savoir si j'ai cité Bordeu à faux. Je viens de relire ses œuvres éditées par Richerand. J'aurais voulu, pour le degré d'estime que d'anciennes recherches m'avaient donné de cet ouvrage, n'avoir pas été conduit à le consulter de nouveau.

Ce n'est pas dans les recherches anatomiques, dans celles sur le pouls, sur les écrouelles, sur l'histoire de la médecine, sur le tissu muqueux (tissu cellulaire), que l'on trouve rien de semblable aux éléments des maladies. Ce n'est pas non plus dans les *Recherches sur les maladies chroniques*, ouvrage rempli d'observations insignifiantes sur l'efficacité des eaux Bonnes, des eaux de Barèges, de Cauterets contre les affections à marche lente, que se rencontre rien qui ressemble aux doctrines relatives à la décomposition des maladies en éléments. On y rencontrerait plutôt une idée homœopathique; car, ne connaissant en rien les transformations du tissu des organes, Bordeu n'en tient pas compte, et veut que l'on cherche à guérir les maladies chroniques en les rendant aiguës ou en augmentant les symptômes.

En vérité, les homœopathes devraient placer Bordeu sur le trône où ils font monter Hahnemann.

J'ai relu aussi *l'Analyse médicinale du sang*. Or, qui dit analyse dit décomposition, et on ne peut décomposer qu'en éléments. Donc Bordeu avait établi des éléments, et ces éléments, voilà en quoi ils consistent. S'élevant sans cesse contre l'analyse chimique, il ne veut autre chose qu'une analyse médicinale. Chaque glande, chaque partie du corps est le centre d'une sorte d'émanation qui constitue pour Bordeu *un ballon*. De sorte que le corps de l'homme est, comme vous le voyez, le siége d'une multitude de ces ballons.

L'extension de l'un d'eux donne lieu à un tempérament, à une cachexie; et voici quelques-uns de ces ballons, quelques-unes de ces cachexies : cachexies bilieuse, séreuse (le rectum et la vessie sont des voies ouvertes pour le ballon abdominal du tissu cellulaire); couenneuse (qui se rapporte à la couenne du sang); laiteuse (rien n'est plus curieux que de lire ce que dit Bordeu à ce sujet); séminale (et là il dit encore des choses qu'on ne croirait guère y trouver); graisseuse ou huileuse, urineuse, splénique (la rate a aussi son département ou son ballon); excrémentitielle, flatueuse, gangréneuse.

Telle est l'analyse médicinale du sang par Bordeu. Je doute fort qu'il puisse se trouver un médecin de quelque instruction qui ose de nos jours soutenir de telles idées, qui sont d'ailleurs présentées dans un tel désordre et d'une manière si incohérente, qu'il est fort difficile de les comprendre. Est-ce là, je le demande, que j'ai puisé mes doctrines.

---

de célibataires improductifs là où le divorce n'est point permis. En cas d'adultère ou d'incompatibilité d'humeur, un Turc liquide immédiatement la situation; l'alliance est déclarée rompue; la femme répudiée emporte avec elle la dot qu'elle a reçue du mari le jour de la cérémonie nuptiale. Si le cadi n'autorise point cette séparation, l'époux se résigne, mais jamais il ne se tue. Le suicide, en effet, est excessivement rare chez les musulmans; pour eux la vie est comme le vêtement qu'ils brossent quand il est sale, qu'ils raccommodent quand il est déchiré, mais dont ils restent couverts tant qu'ils peuvent.

En quoi les Turcs auraient-ils à rougir des stipulations en vertu desquelles s'accomplit chez eux la conjugalité? Il n'est pas besoin de tourner longtemps autour des choses pour voir qu'ils ne procèdent guère autrement que nous.

On a tout dit sur les manœuvres qu'emploie une mère pour marier une fille sans fortune. Cette stratégie diabolique a certainement acquis son plus haut degré de perfectionnement dans le quartier des Européens à Péra. Là point de spectacles, point de cercles ni de cafés, aucun lieu de réunions intimes ou publiques; rien, en un mot, de ce qui rend le célibat supportable dans les grandes villes d'Europe. La nuit venue, tout rentre dans les ténèbres, parce que les rues ne sont point éclairées; chacun s'isole en sa demeure et y passe le temps comme il peut.

Cette situation amène ordinairement les résultats qu'en attendent ceux qui l'ont si perfidement calculée. Il est peu de jeunes gens, en effet, qui résistent à cette épreuve si elle se prolonge. Les ennuis de la vie solitaire finissent par rouir les cœurs les plus durs; c'est ce moment que choisissent les mères de famille pour tendre leurs panneaux. Il est rare qu'avec un peu d'adresse elles ne réussissent point à capturer un gendre.

Les perturbations atmosphériques opérées par le fameux ouragan du 14 novembre modifièrent la marche du choléra en Crimée et y hâtèrent sa décroissance. A partir de ce moment nous ne vîmes plus guère arriver que des malades atteints de diarrhées séreuses, dernier reflet de l'épidémie expirante, mais compliquées d'acrodynie ou de névralgies rhumatismales très douloureuses et très rebelles. Nos salles se remplissaient en même temps de sujets scorbutiques fournis par les équipages de la flotte.

Ma tâche en Orient était finie; je me préparai dès lors à rentrer en France.

J'avais vu naître Rami-Tchifflik, je l'avais aidé à grandir avec le concours unanime des hommes auxquels j'eus le bonheur d'être associé. Je ne me sentis pas la force de m'en éloigner sans une profonde émotion.

Le 5 décembre, je m'embarquai à bord du *Sinaï*. En quittant Constantinople, je laissais la Turquie aux prises avec un ennemi qui ne lui parut si grand que parce qu'elle avait pris l'habitude de le regarder à genoux. Depuis lors est survenu un événement qui va précipiter le dénoûment de cette lutte. Une fois rendus au régime de la paix, les Turcs vont-ils s'assimiler la civilisation des peuples d'Occident qu'ils voient défiler devant eux depuis un an? Il y a certaines réformes que leur interdit le Coran; mais leur intelligence étant très perméable aux infiltrations scientifiques, rien ne s'oppose à ce qu'elle en reçoive la bienfaisante action.

Après avoir perdu de vue la Thrace, la Thessalie, Paros et Tino, nous arrivons à Syra, qui ressemble assez bien à un bâton de perroquet, à cause de la disposition des maisons qui sont appliquées les unes au-dessus des autres sur toute l'étendue d'une colline à pente rapide. De Syra nous gagnons Smyrne en touchant à Lesbos.

Il n'est pas d'étranger qui descende à Smyrne sans visiter son bazar, le pont des Caravanes, le Mélès, fleuve fameux par la naissance d'Homère, le mont Pagus, couronné par les ruines d'un temple dédié à Esculape. Malgré l'empreinte des mœurs asiatiques qui s'y font remarquer, Smyrne a beaucoup des allures européennes : on voit bien qu'elle est un lieu d'échanges commerciaux entre l'Orient et l'Occident. Les marais qui s'étendent au delà du mont Pagus sont une source d'insalubrité permanente pour cette contrée.

Deux jours après nous sommes à Malte, la plus élégante, la plus propre, la plus régulière de toutes les villes qu'il y ait au monde. Nous visitons le palais du gouverneur, meublé de tapisseries, d'armures, de portraits qui nous rappellent une possession perdue; l'église de San Giovani, pavée de tombes sur lesquelles on lit tous les grands noms de France. Nous nous éloignons le cœur oppressé.

Je ne retournerai plus à Malte, j'y ai trop souffert.

Au sortir des bouches de Bonifaccio, là même où vient de sombrer la frégate *la Sémillante*, la mer, qui depuis Syra n'avait cessé d'être mauvaise, devint tellement menaçante que nous nous trouvâmes obligés de chercher un refuge dans la rade d'Ajaccio. Nous ne fûmes enfin hors de danger qu'après avoir jeté l'ancre dans le port de Marseille.

Durant mes pérégrinations en Orient, j'ai vu des nations blanches, jaunes, noires ou cuivrées; des peuples sauvages ou civilisés; des chrétiens, des musulmans et des idolâtres; j'ai vu des terres arides ou luxuriantes; j'ai vu la nature revêtue de ses formes les plus splendides sous un soleil aussi radieux que le jour où le paradis fut créé. Aujourd'hui, si j'avais à me choisir une patrie, je préférerais encore la France.

C'est probablement parce que j'y suis né. Dr CHAMPOUILLON.

En vérité, je serais honteux de descendre à une telle justification si je ne voulais pas absolument que l'on ne me regardât pas comme un plagiaire. Mais, dit-on, c'est Barthez que j'ai pillé. Voyons quels sont les éléments des maladies tels qu'ils sont admis par M. Bérard (de Montpellier), d'après Barthez et Dumas.

Il y a d'abord, d'après Barthez, des éléments de maladies qui intéressent le principe vital, lequel, certes, n'est pas pris ici dans un sens abstrait. Ce sont, pour Barthez, les maladies essentielles. On trouve comme éléments simples les douleurs, les spasmes, la pléthore, la fluxion, la phlogose, l'éréthisme, l'état bilieux, saburral, la cachexie, l'état putride, la faiblesse ou adynamie, la malignité, les lésions des facultés morales, l'état rhumatismal et catarrhal, les états goutteux, herpétique, scrofuleux, rachitique, cancéreux; puis viennent l'habitude, la périodicité, l'infection virulente, la présence de corps étrangers, les changements de composition des tissus, le resserrement, le relâchement, la tonicité vicieuse, les solutions de continuité, la privation d'organes.

Dans une seconde section se trouvent des combinaisons binaires, tertiaires, quaternaires de ces divers éléments.

Or, je vous le demande, messieurs, avez-vous vu quelque part une confusion plus grande, un défaut plus complet de méthode, d'ordre, une réunion plus fantastique de toutes sortes de phénomènes mal classés? Et l'on veut que j'aie fait un larcin de tout cela! Oh! je laisse de si belles conceptions à Barthez, et je serais bien fâché de dérober quelque chose de cet énorme galimatias.

De la même façon que je déclare n'avoir volé personne, j'affirme que j'ai emprunté aux anatomistes, aux physiologistes, aux cliniciens les faits innombrables qui me conduisent à m'éloigner de l'idée de la maladie unitaire pour étudier par l'analyse d'abord, par la synthèse physio-pathologique ensuite, les états organopathiques élémentaires.

D'abord ce n'est pas moi, mais bien Broussais qui s'est élevé contre l'idée de la maladie individualisée. C'est, encore une fois, là l'idée mère de la doctrine dite physiologique, qui elle-même était issue du magnifique *Traité des phlegmasies chroniques.*

Les travaux de Gaspard, de Magendie, d'Ollivier, démontraient, en dehors des idées relatives aux fièvres, l'existence de la septicémie. Il était impossible de ne pas voir, depuis les travaux de Petit et Serres, que la lésion des plaques de Peyer ou des follicules de Brunner était un état présentant par lui-même des indications spéciales, et qu'il en était ainsi des altérations variées si bien étudiées par Laënnec dans les organes respiratoires, par Corvisart et M. Bouillaud dans le cœur, par Gasc dans le péritoine, etc. Il ne se pouvait faire que la physiologie ne m'apprît pas que la privation d'oxygène est un état pathologique terrible qui survient dans les maladies, etc. Ainsi, partout autour de moi je trouvais des circonstances d'organisation qui, se manifestant dans des collections symptomatiques variées, présentaient par elles-mêmes des indications spéciales.

Mettons de côté tout orgueil déplacé, et j'avoue franchement que Morgagni est le chef de l'école organopathique, que nous sommes tous ses disciples, et que ce n'est pas un seul d'entre nous qui puisse usurper la gloire d'avoir fondé la médecine sur l'observation attentive des organes.

On revient encore sur l'unité morbide.

On m'accuse de larcin quand il s'agit des éléments des maladies présentés d'une manière vague, et l'on combat avec amertume l'étude des éléments alors qu'ils sont autrement, mais positivement établis.

Vous voulez qu'en chirurgie il y ait des lésions, et vous admettez des maladies unitaires en médecine! Ne voyez-vous pas qu'il n'y a pas de médecine et de chirurgie, et qu'il s'agit ici d'une seule science! Sachez lire dans les organes et non pas dans vos livres, et vous verrez partout des altérations de liquides, de tissus, de nerfs, qui sont analogues à celles que l'on voit à l'extérieur. Si vous ne trouvez pas de lésions dans les maladies internes, c'est que vous ne savez pas les découvrir. Dans la première édition de Pinel, l'apoplexie était classée parmi les névroses. C'est une hémorrhagie par rupture pour les médecins de notre temps. Les fièvres bilieuses, muqueuses, putrides, etc., étaient autrefois considérées comme essentielles; maintenant on sait bien qu'il existe chez ceux qui en sont atteints une maladie des plaques de Peyer ou des follicule de Brunner.

La fièvre intermittente, regardée comme une maladie primitive, est évidemment liée à une splénopathie.

Les maladies peu nombreuses où l'on ne trouve encore aucune altération, soit du sang, soit des solides, auront le même sort que celles qui ont été rayées de la nosographie, et l'on découvrira chez ceux qui les portent des lésions qui auront été les causes des symptômes que l'on a groupés pour les former.

Aimer à proclamer la supériorité de la médecine contemporaine sur sa devancière, mettre beaucoup de prix à savoir quelles sont les parties malades, convenir que pour attaquer rationnellement une maladie composée il faut chercher à démêler les éléments qu'elle contient, ne point me reprocher mes efforts, avouer qu'il y a du vrai dans un paragraphe de six lignes où je dis que la nomenclature est utile et que ses principes sont incontestables, c'est si bien me donner raison sur presque tous les points, que si n'était quelques objections qu'il faut bien relever, je me donnerais garde d'en demander davantage.

Ces objections sont les suivantes :

(Le manuscrit du discours de M. Piorry nous ayant été remis beaucoup trop tard pour le composer en entier, nous nous trouvons dans la nécessité d'en renvoyer la suite au prochain numéro.)

Traitement de l'anus contre nature. — M. Gosselin lit un travail sur le traitement de l'anus contre nature compliqué de renversement considérable et irréductible. Dans un cas où cette complication existait, et paraissait, après la section de l'éperon avec l'entérotome, apporter un obstacle insurmontable au retrait et à la cicatrisation définitive de l'ouverture, M. Gosselin a eu l'idée, après avoir assuré la circulation des matières fécales par l'application de l'entérotome, et avoir constaté que la maladie n'avait aucune tendance à guérir, de pratiquer l'opération occlusive de la manière suivante :

1er *temps.* — Ablation de la muqueuse sur toute la surface de l'intestin renversé.

2e *temps.* — Ablation de la peau tout autour de l'ouverture, dans une étendue de 2 à 3 centimètres.

3e *temps.* — Inflexion et adossement de la surface tégumentaire à elle-même, superficiellement, et application de cinq points de suture enchevillée. Les fils n'ont traversé que la paroi abdominale, et sont passés au devant de l'intestin sans le comprendre, de peur de rencontrer le péritoine.

4e *temps.* — Deux incisions circonvoisines, pour relâcher les téguments et assurer leur réunion.

Un succès complet a couronné cette tentative. M. Gosselin en conclut que l'avivement de l'intestin par l'ablation de la muqueuse est, dans les cas de renversement considérable et irréductible, une ressource précieuse à ajouter aux autres moyens opératoires usités en pareil cas.

Fistule vésico-vaginale. — M. Jobert (de Lamballe) présente une malade qu'il a opérée et guérie d'une fistule vésico-vaginale qui s'est formée dans les circonstances suivantes : cette jeune femme s'était introduit un crayon dans la vessie. Cinq ou six mois après cet accident, il s'était développé un calcul autour de ce crayon. Un praticien de la province en fit l'extraction par la taille vaginale. C'est de cette opération qu'est resté la fistule vésico-vaginale que M. Jobert a eu à traiter.

— La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 4 janvier 1855. — Présidence de M. P. DUBOIS.

Lecture et adoption du procès-verbal.

— La correspondance comprend :

Le numéro de décembre du *Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*

— M. le secrétaire général présente une note de M. le docteur Thiberge sur la *marche du choléra dans la commune de Bussière (Haute-Marne), sur la transmissibilité du choléra*, et demande pour l'auteur le titre de correspondant. (M. Foucart, rapporteur.)

— Le même donne connaissance à la Société d'une observation de M. Mérier, membre correspondant, médecin de l'asile des aliénés de Saint-Dizier, intitulée *Affection cancéreuse de la région hypocondriaque gauche. Diagnostic obscur et difficile. Anomalie des reins. Mort. Autopsie.*

En voici un extrait. (*Voir* le numéro de la *Gazette des Hôpitaux* du 24 février.)

Rapports de la variole et de la vaccine avec la fièvre typhoïde. — Dans la dernière séance, M. Thore fils, membre correspondant, avait fait hommage à la Société d'un travail imprimé sur ce sujet.

M. Masson, chargé d'en présenter une courte analyse, commence par rappeler en peu de mots que M. Bayard, se basant sur ses propres observations, et surtout s'appuyant sur des tableaux de mortalité fournis par M. Carnot, avait cru pouvoir avancer que la variole et la fièvre typhoïde ne sont qu'une seule et même maladie, l'une externe, l'autre interne; que dès lors la vaccine, en s'opposant au développement de l'affection au dehors, ne fait que reculer le danger sans rien lui enlever de sa force et de sa malignité. Enfin, au dire de M. Bayard, si l'enfant échappe à la variole, devenu jeune homme il n'en succombe que plus sûrement à la fièvre typhoïde.

M. Thore s'est attaché à combattre cette opinion, qui lui a paru aussi dangereuse que mal fondée. M. Bayard, dit-il, s'est appuyé sur des faits mal observés; il a invoqué des chiffres qui n'ont rien de concluant, des tables de mortalité qui ne méritent aucune confiance, parce qu'on peut aisément en contester la valeur. Il n'est pas prouvé, tant s'en faut, que depuis l'établissement de la vaccine la mortalité de vingt à trente ans ait réellement augmenté dans la proportion qu'on a avancée (près du double). Ce qui a fait croire à une telle augmentation, c'est qu'on a fait figurer comme morts de la fièvre typhoïde un grand nombre de sujets qui avaient succombé sous l'influence de maladies tout à fait différentes. Enfin, ajoute M. Thore, si la variole et la fièvre typhoïde n'étaient qu'une seule et même affection, il y aurait évidemment entre elles une sorte d'antagonisme, et dès lors on ne les verrait pas se développer simultanément sur le même sujet et y parcourir leurs phases diverses sans que la marche de l'une paraisse nullement influencer la marche de l'autre. Or, c'est ce que nous voyons assez fréquemment.

M. Masson trouve que le travail de M. Thore est conçu dans des idées heureuses et appuyées sur des observations consciencieuses, qui indiquent une saine pratique à laquelle on ne saurait trop applaudir. En conséquence, il propose que des remercîments soient adressés à l'auteur au nom de la Société. (Adopté.)

Symblépharon. Nouveau procédé opératoire. — M. COURSSERANT fait connaître à la Société un nouveau procédé pour l'opération du symblépharon.

Tout le monde, dit-il, connaît les procédés imaginés par Dieffenbach et Von Ammon pour combattre l'adhérence des paupières au globe de l'œil. Or, si on réfléchit que le but principal de ces ingénieux procédés a été d'éviter la présence simultanée de deux plaies, l'une à la paupière, l'autre au globe, but que quelques auteurs, dans des vues restées tout à fait à l'état de théorie, avaient cherché à atteindre par l'emploi de plaques en plomb en forme d'œil artificiel, ou de capsule d'ivoire ramollie, etc., etc., on ne tardera pas à reconnaître que l'interposition de la paupière supérieure entre les parties séparées par l'instrument tranchant (lorsque le symblépharon siége à la paupière inférieure) s'opposera mieux que ne pourraient le faire les corps étrangers mentionnés ci-dessus à la réunion simultanée des tissus divisés, et permettra par conséquent d'éviter une opération aussi délicate que celle de Von Ammon, et aussi vulnérante que celle de Dieffenbach.

Voici comment j'ai pu faire passer dans le domaine des faits ces aperçus théoriques appliqués à l'adhérence de la paupière inférieure au globe de l'œil.

Un jeune homme de dix-huit ans vint réclamer mes soins au mois d'octobre dernier pour un symblépharon de l'œil gauche, occasionné par la projection entre les paupières d'une certaine quantité de chaux vive. La paupière inférieure adhérait au globe dans l'étendue de 2 centimètres; l'adhérence s'étendait même un peu sur la cornée, et l'œil, légèrement porté en bas, ne pouvait exécuter aucun mouvement, ni en haut, ni sur les côtés. Trois rangées de bandelettes de taffetas d'Angleterre, laissant entre elles un intervalle de quelques millimètres, furent collées sur la paupière inférieure et les tissus situés au-dessous du bord orbitaire inférieur, dans l'étendue de 5 à 6 centimètres; et pour qu'elles fussent fixées plus solidement à la peau, elles furent recouvertes d'une couche légère de collodion; puis, à l'aide d'un bistouri mousse, je procédai à la séparation du globe et de la paupière inférieure, en me conformant aux règles prescrites en pareille occurrence.

Le premier temps de l'opération exécuté, la paupière supérieure fut traversée des côté interne et externe, à 2 millimètres environ de son bord libre, d'un fil, dont un des chefs passait derrière la face conjonctivale de la paupière, tandis que l'autre restait pendant au-devant de la peau. Les deux chefs de chaque fil réunis traversèrent, à l'aide d'une aiguille, la paupière inférieure dans l'endroit où doit se trouver dans l'état normal le cul-de-sac conjonctival, puis la paupière inférieure fut portée en haut à l'aide d'une traction douce et continue, et maintenue en cet état par des bandelettes de taffetas d'Angleterre appliquées sur la peau du front, et dont l'action adhésive fut renforcée par une couche de collodion, tandis que par l'acte de l'occlusion seule des voiles palpébraux, aidée d'une traction légère faite sur les fils, la paupière supérieure fut maintenue abaissée et fixée dans cette position par les fils, dont les chefs, séparés en dehors de la face cutanée, furent noués sur une petite tige en baleine flexible qui s'étendait d'un nœud à l'autre.

L'appareil resta en place pendant huit jours. Aucun accident fâcheux ne survint, malgré un gonflement considérable qui me fit craindre un instant l'invasion d'un érysipèle. L'appareil fut levé le huitième jour, et le malade quitta Paris brusquement. Il revint me voir dans les premiers jours de janvier, et il m'a été facile de constater que, sauf quelques inégalités et quelques végétations que présentait le bulbe dans la partie naguère adhérente, la cicatrisation est complète, et que l'œil se porte avec facilité dans toutes les directions, le cul-de-sac qui existe entre lui et le voile palpébral offrant presque la profondeur normale.

M. LE PRÉSIDENT. D'après ce qui vient d'être dit, aux moyens indiqués pour empêcher l'adhérence d'une paupière, M. Coursserant proposerait de substituer l'interposition de la paupière opposée, et pour cela il s'agirait de faire descendre, par exemple, la paupière supérieure sur l'inférieure. Dans ce but, il a pris des points d'appui à l'aide de fils qui ont traversé la paupière opposée à celle qui était le siége du symblépharon, de sorte qu'il y a eu entre elles une espèce de chevauchement. Celui-ci n'a pu s'obtenir sans une traction plus ou moins forte, et cette traction, qui a dû se prolonger pendant un temps plus ou moins considérable, ne me paraît pas sans inconvénient. Ainsi, je suis surpris que dans le cas dont il s'agit, où la traction a duré huit jours, elle n'ait pas, par exemple, rompu les points d'appui donnés aux fils qui servaient à l'exercer.

M. COURSSERANT répond que la paupière supérieure était très peu tirée, que la paupière inférieure était tirée à l'aide de bandelettes de taffetas d'Angleterre; que, du reste, cette traction était douce et peu marquée.

M. LE PRÉSIDENT, malgré ces explications, n'est pas pleinement rassuré sur l'innocuité de cette traction, et il craint que les tissus sur lesquels elle s'exerce ne puissent sans danger la supporter pendant le temps indiqué par M. Coursserant.

M. MASSON désirerait connaître les motifs qui ont porté M. Coursserant à repousser l'emploi des plaques en plomb, les capsules en ivoire ramolli, etc., dont il nous a parlé; ces moyens, au dire de M. Coursserant, sont restés à l'état d'idées purement théoriques, et dès lors le blâme formulé contre eux ne peut être, lui aussi, que purement théorique.

M. COURSSERANT reconnaît qu'en condamnant les moyens dont il s'agit il n'a pu s'appuyer sur aucune donnée pratique, et qu'il s'est guidé par des considérations simplement théoriques, il est vrai, mais qui sont partagées par des praticiens distingués, tels que Dieffenbach et M. Dammon.

M. MAGNE demande s'il n'existe pas dans la pratique des moyens plus simples que l'opération indiquée par M. Coursserant pour s'opposer à l'adhérence des paupières. Il croit se rappeler qu'il y a deux ans environ la *Gazette des Hôpitaux* contenait une observation communiquée par un chirurgien d'Afrique, qui dans un cas de symblépharon avait eu simplement recours à l'emploi de deux petites lames de corne, et la cicatrisation avait été obtenue avec une extrême facilité. Plusieurs fois, ajoute notre confrère, j'ai vu M. P. Bérard recourir, dans des cas analogues, à des lames de verre pour s'opposer à cette adhérence, comme il les employait encore dans une foule d'autres cas pour garantir le globe de l'œil du contact du pus. Pour mon propre compte, je les ai employées moi-même, et jamais je n'ai vu survenir d'accident.

M. COURSSERANT laisse aux lamelles de corne et aux lames de verre toute leur responsabilité; il ne les a pas vu employer, pas plus que les yeux artificiels; il les a vu au contraire repousser par Dieffenbach et Von Ammon, et c'est pour cela qu'il les repousse lui-même.

— M. MASSON entretient la Société d'une tumeur de forme oblongue développée dans la région sublinguale probablement sous l'influence de l'obturation du conduit de Warton.

Le malade qui en était atteint y ressentait de vives douleurs, surtout pendant la lecture à haute voix que chaque jour il était obligé de faire d'un grand nombre de lettres. De plus, la gêne qui accompagnait cette tumeur était si grande qu'il y avait impossibilité de prendre une nourriture quelconque, qu'elle fût ou non de facile mastication.

Plusieurs moyens furent mis en usage pour la combattre, mais tous furent également sans succès : ainsi le calomel, l'hydrochlorate de morphine en frictions ne produisirent aucun résultat, et l'affection allait en progressant, lorsqu'un chirurgien de régiment conseilla au malade de mâcher de la racine de pyrètre. Ce conseil fut suivi, et en très peu de temps la tumeur présenta une diminution notable avec cessation de la douleur, et enfin une amélioration remarquable. Cette amélioration se soutiendra-t-elle et amènera-t-elle une cure radicale? Je ne sais; nous verrons plus tard.

— M. MAGNE, premier vice-président pour 1855, remercie en quelques mots vivement sentis la Société de l'honneur qu'elle lui a fait et propose de voter des remercîments aux membres composant le bureau de l'année précédente. (Adopté.)

Le secrétaire annuel, Dr VERGNE.

LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 29. — SAMEDI 10 MARS 1855. (28e ANNÉE.) N° 29. — SAMEDI 10 MARS 1855.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

De l'avortement des pustules varioliques.

Un homme entré à la Charité, dans le service de M. Velpeau, pour une fracture de côte compliquée d'enfoncement des fragments et d'un emphysème considérable, fut pris d'une variole pendant sa convalescence. A ce propos M. Velpeau, s'autorisant de la discussion qui a été récemment soulevée, et qui se poursuit encore en ce moment à l'Académie et dans les journaux, sur l'opportunité et l'efficacité des divers moyens proposés pour obtenir l'avortement des pustules varioliques, a saisi cette occasion pour examiner cette question et pour rappeler les recherches qu'il a faites dans le temps sur ce sujet. Nos lecteurs nous sauront gré de mettre sous leurs yeux ce rapide exposé de l'opinion de M. Velpeau sur cette importante question.

Dès 1817, a-t-il dit, M. Bretonneau et moi nous avons fait quelques recherches sur la possibilité de faire avorter les boutons de la variole; et même ces essais furent étendus à d'autres éruptions : ainsi à la vaccine, au zona, à l'ecthyma, au furoncle. Nous étions arrivés à cette conclusion, que dans la variole il était toujours possible de faire avorter une pustule au deuxième jour en l'ébarbant légèrement, puis la cautérisant, soit avec un crayon de nitrate d'argent très pointu, soit avec une aiguille chargée de nitrate d'argent. Ce fait nous parut susceptible de quelques applications cliniques. Ainsi, faire avorter les pustules des paupières ou de la face, surtout chez les femmes, devait être regardé comme d'une utilité incontestable.

Ces résultats furent consignés par M. Velpeau dans une thèse pour l'agrégation écrite en latin (1824) et dans un mémoire inséré aux *Archives de médecine* en juillet 1825 ; puis il fit une application publique de cette méthode dans le service de M. Bougon à l'hôpital de perfectionnement. Sur une jeune fille atteinte de variole on cautérisa exactement toute une moitié de la figure, et l'efficacité du procédé apparut d'une manière évidente, car l'un des côtés de la face devint tendu, boursoufflé; les pustules suppurèrent et laissèrent des cicatrices. L'autre côté, noirci par le nitrate d'argent, resta plat, sans gonflement et guérit sans laisser de traces ; les pustules avaient tout à fait avorté.

Vers la même époque furent publiés les résultats obtenus par M. Serres à l'aide d'une méthode analogue qu'il appela ectrotique, et une polémique s'engagea relative à la priorité de l'idée. Mais outre que des travaux faciles à retrouver assurent à M. Velpeau le droit d'antériorité (car la thèse de M. Romet (Paris, 1825) invoquée par M. Serres avoue que déjà des essais de ce genre ont été faits par un médecin de Tours), il ne faut pas oublier qu'en réalité et le but et le procédé étaient bien différents. Au lieu de cautériser isolément chaque pustule, M. Serres barbouillait les parties avec une solution de nitrate d'argent, sans même ouvrir les boutons ; et disons de suite que si cette méthode est plus rapide et moins ennuyeuse que l'autre, en revanche elle ne produit que très incomplétement l'avortement des pustules, et, d'ailleurs, le résultat que M. Serres voulait surtout obtenir, c'était moins d'arrêter le développement des boutons que de prévenir certaines complications de la variole, comme l'otite, l'encéphalite.

Quoi qu'il en soit, cette idée de l'avortement des pustules a été conservée et poursuivie, et elle méritait de l'être ; c'est ainsi qu'on a employé des topiques de toute nature, l'emplâtre de Vigo, le diachylon, l'onguent mercuriel, le collodion, etc., préparations qui semblent toutes agir en empêchant le contact de l'art. Mais selon M. Velpeau, qui a suivi avec intérêt tous ces essais, sans doute, à l'aide de ces divers moyens, on obtient l'aplatissement et le développement incomplet de la pustule, mais jamais une extinction nette et prompte, comme la cautérisation telle qu'il la pratiquait jadis.

Maintenant l'on se demande : Peut-on sans danger pour le malade refouler ainsi une éruption considérable et supprimer une sécrétion aussi abondante que la suppuration de toute l'enveloppe cutanée ?

On ne saurait nier, répond M. Velpeau, qu'une des périodes qui enlève le plus de malades, c'est la période de suppuration ; lorsque vers le douzième jour toute la peau est enflammée et baignée dans une nappe de pus, arrêter cette période, c'est supprimer une cause puissante d'infection et avec elle une grande partie des dangers que court le malade. On a dit, il est vrai, qu'en faisant avorter l'éruption on s'opposait à l'élimination du virus varioleux et on s'exposait aux accidents les plus graves.

Je ne saurais adopter cette opinion, continue M. Velpeau ; dès que l'éruption a paru à la peau, je regarde le virus comme éliminé, qu'il soit neutralisé sur place ou qu'il aille se perdre au milieu du pus ou de la sanie, peu importe, je ne vois pas quelle conséquence funeste cela peut avoir au point de vue de la santé générale, et je persiste à croire que les tentatives faites dans le but d'arrêter le développement des pustules ne sauraient être rejetées, comme l'ont voulu certains médecins.

De l'usage de l'ipécacuanha dans les métrites et les hémorrhagies utérines consécutives à l'accouchement.

Depuis que l'usage de l'ipécacuanha a été introduit dans la thérapeutique, il a été presque unanimement préconisé par les grands praticiens et par les auteurs de matière médicale dans les cas d'engorgement subaigu de la matrice avec ou sans hémorrhagie, mais surtout dans les cas de métrite hémorrhagique consécutive à l'accouchement. Les préjugés créés par les doctrines régnantes d'une certaine époque ont pu momentanément faire perdre de vue les résultats salutaires de cette pratique, mais grâce au retour d'idées médicales plus saines et plus conformes au véritable esprit d'observation, l'usage de ce précieux et énergique médicament a de nouveau repris dans la pratique journalière le rang qu'il n'aurait jamais dû perdre. Nous avons eu fréquemment l'occasion de voir les bons effets de l'administration de l'ipécacuanha à dose vomitive contre les divers accidents qui se manifestent dans la période puerpérale, dans les cas de phlegmasies sourdes subaiguës de la matrice, par exemple, celles surtout qui menacent de se perpétuer à l'état chronique, et mieux encore lorsque l'utérus, frappé d'une sorte d'inertie, reste distendu, engorgé, et ne laisse qu'incomplétement échapper le liquide lochial. C'est notamment pour des cas de cette nature que nous l'avons vu mettre fréquemment en usage, et avec un succès presque constant, par M. Legroux, dans son service de femmes en couches de l'Hôtel-Dieu.

Le fait suivant, qui s'est passé récemment dans le service de M. Valleix, à la Pitié, et dans lequel la métrite datant déjà de plusieurs mois, se compliquait d'antéversion et de petites hémorrhagies presque incessamment répétées, est un exemple d'autant plus remarquable de l'efficacité de l'ipécacuanha en pareil cas, que ce résultat était moins attendu, ce médicament ayant été prescrit dans un tout autre but.

Une jeune femme de vingt-deux ans est entrée dans le service de M. Valleix, à la Pitié, pour une métrite subaiguë avec hémorrhagie survenue à la suite d'un accouchement prématuré. Ces accidents duraient depuis environ quatre mois lorsque la malade entra à l'hôpital. M. Valleix constata alors les phénomènes suivants : ventre souple ; le col utérin, volumineux, allongé, est porté en arrière ; sa consistance est normale ; il est légèrement entr'ouvert, et laisse suinter un liquide filant semblable à du blanc d'œuf. La lèvre antérieure était rouge, couverte de granulations remontant jusque dans l'orifice. Le corps de l'utérus était assez développé, mobile et porté en antéversion. L'antéversion était la conséquence de l'inflammation utérine d'après M. Valleix, et non sa cause, et il se fondait en cela sur l'existence de l'hémorrhagie, qui est un signe à peu près constant de métrite.

M. Valleix se proposait d'observer cet état, lorsque deux jours après l'entrée de la malade dans le service elle fut prise d'une amygdalite intense avec fièvre et état saburral. Il prescrivit, en conséquence, contre cette dernière affection la médication suivante :

Ipécacuanha en poudre. . . . . . . 2 grammes.

Diviser en quatre paquets. Prendre un paquet de dix en dix minutes dans une cuillerée d'eau sucrée.

Pédiluve sinapisé et une pilule de 3 centigrammes d'extrait thébaïque pour le soir.

Les vomissements furent abondants, et le surlendemain l'amygdalite avait complétement disparu. Mais l'action de l'ipécacuanha

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité d'anatomie pathologique générale et spéciale ; description et iconographie pathologique des altérations morbides observées dans le corps humain ; par M. le docteur LEBERT, professeur de clinique médicale à l'Université de Zurich (1).

Etude de l'action de la flanelle en contact avec la peau, par M. le docteur FIÉVÉE DE JEUMONT.

Il y a une quinzaine d'années, un jeune médecin, Prussien d'origine, mais qui par suite d'événements graves avait dû chercher et avait trouvé en Suisse une seconde patrie, abandonnait tout à coup une nombreuse clientèle, une position honorable et lucrative pour venir se fixer à Paris, où son nom était alors complétement inconnu. Médecin en chef de l'hôpital de Lavey, jouissant déjà dans le canton de Vaud d'une réputation méritée, M. Lebert crut, par un sentiment louable mais exagéré de modestie, que son instruction médicale n'était pas complète. Le doute et le sentiment de lacunes dans ses connaissances pathogéniques le poussaient, dit-il, vers des recherches sur la nature et le développement des maladies. Or des investigations de cette espèce ne pouvaient se faire ni sur les malades trop peu nombreux d'une clientèle particulière, ni sur ceux d'un petit hôpital comme celui de Lavey, consacré d'une manière spéciale au traitement des affections scrofuleuses et rachitiques ; il fallait un champ plus vaste, et où la facilité de l'étude fût en rapport avec l'abondance des matériaux sur lesquels M. Lebert voulait s'exercer. Il vint donc à Paris, et dès lors pendant les douze ans qu'il a passés parmi nous il ne négligea pas un seul jour de se rendre dans les hôpitaux ; là, comme il l'avait espéré, il trouva une mine féconde de richesses inépuisables. Elèves et maîtres lui prêtèrent un bienveillant concours, et bientôt les études qu'il avait entreprises pour son instruction propre furent assez complètes, les résultats qu'il avait obtenus assez nouveaux et satisfaisants pour qu'il pût tenter à son tour d'apprendre quelque chose à la jeune génération médicale, de présenter des considérations originales et inattendues sur la nature et le développement de quelques-unes de ces maladies dont l'essence et l'origine sont encore sous beaucoup de rapports entourées d'obscurités.

Quelques mémoires remarquables sur des points isolés de la science parurent d'abord dans les *Archives*, dans les *Annales de la chirurgie française et étrangère* sur les plaies d'armes à feu, sur la formation du cal, etc., et lui assignèrent du premier coup un rang honorable parmi les observateurs les plus consciencieux et les plus intelligents.

En 1845, sous le nom de *Physiologie pathologique*, il publia deux volumes du plus haut intérêt contenant des recherches cliniques, expérimentales et microscopiques sur l'inflammation, la tuberculisation, les tumeurs ; cet ouvrage, accompagné d'un précieux atlas de planches gravées, fut couronné par l'Académie des sciences, et ce suffrage du premier corps scientifique de l'Europe ne servit qu'à le faire redoubler d'efforts et à l'engager à poursuivre ses recherches dans la direction qu'il avait choisie.

Quatre ans ne s'étaient pas écoulés qu'un nouveau volume sur l'*Histoire des maladies scrofuleuses et tuberculeuses* était présenté par M. Lebert à l'Académie de médecine et remportait le prix Portal ; enfin, en 1851, l'infatigable travailleur publiait un *Traité pratique des maladies cancéreuses et des affections curables confondues avec le cancer*. Dans ce livre, il a rendu, à notre avis, un service éminent à la thérapeutique en traçant avec le plus grand soin le diagnostic différentiel du cancer (cette maladie générale encore incurable aujourd'hui malgré les études innombrables des plus savants pathologistes) et des maladies curables que l'on a eu trop longtemps le tort de confondre avec lui. « Ce traité du cancer, disions-nous alors dans ce journal, est » une des meilleures preuves pour ceux qui en douteraient encore des » services que pourra et que peut déjà rendre à la science la micrographie, cette science encore dans l'enfance. »

La discussion qui vient de se terminer, il y a quelques jours, au sein de l'Académie de médecine a servi à démontrer, selon nous, les services que serait susceptible de rendre le microscope le jour où son application serait plus généralisée, ses ressources mieux connues et mieux appréciées du plus grand nombre des observateurs.

Tous ces travaux de M. Lebert devaient produire un résultat ; il ne s'est pas fait attendre, et la Suisse, en le nommant professeur de clinique médicale à l'Université de Zurich, a voulu s'attacher à tout jamais l'intelligent et laborieux praticien dont elle avait favorisé les débuts. Mais en quittant la France, qui met si généreusement ses trésors à la disposition des travailleurs de toutes les nations, M. Lebert a voulu reconnaître son hospitalité en publiant à Paris l'œuvre immense à l'accomplissement de laquelle concouraient les recherches variées et patientes de la première moitié de sa vie.

En effet, tout ce qu'il avait publié jusqu'alors ne constituait que des fragments très étendus et complets, chacun à leur point de vue, d'un travail général dont il poursuivait avec ardeur la réalisation. Des mil-

(1) 1re, 2e et 3e livraisons. — In-folio avec planches. J.-B. Baillière.

eut un autre résultat sur lequel on n'avait pas compté ; elle suspendit entièrement la métrorrhagie et diminua sensiblement l'écoulement blanc, ainsi que les douleurs et autres symptômes propres à la métrite. L'appétit, qui était perdu depuis longtemps, se montra de nouveau ; les envies d'uriner, jusque-là fréquentes et extrêmement fatigantes pour la malade, devinrent beaucoup plus rares ; enfin, quelques semaines de repos et de régime suffirent pour que la guérison fût complète. Non-seulement, en effet, l'inflammation s'était résolue, mais l'antéversion, qui en avait été la conséquence, avait elle-même cessé ; l'utérus dégorgé avait repris spontanément et graduellement sa situation normale.

Hernie inguinale dans la tunique vaginale. — Cure radicale par l'injection iodée.

La méthode des injections iodées pour la cure radicale des hernies paraît devoir réaliser les espérances qu'elle a fait concevoir dès les premiers essais qui ont été tentés. Nous avons déjà fait connaître quelques faits qui justifient ces espérances. Le fait suivant, recueilli dans le service de M. Jobert (de Lamballe), où l'on voit en ce moment plusieurs sujets en voie de traitement, vient s'ajouter au contingent des guérisons, dont il restera au temps de fournir la confirmation.

Un jeune garçon de seize ans est entré à l'Hôtel-Dieu dans les derniers jours de novembre, portant dans le côté droit du scrotum une tumeur du volume d'un petit œuf, indolente, sans altération de la peau. Cette tumeur se prolongeait vers l'anneau inguinal, et pénétrait dans le canal. Elle était fluctuante, élastique, tantôt transparente, tantôt opaque, suivant le moment où on l'examinait. Toutefois la transparence était constante à la partie inférieure. Au premier abord elle paraissait irréductible ; mais si on l'allongeait en la tirant en bas et en la pressant doucement, elle rentrait en totalité et d'une manière brusque. En faisant lever le malade avant cette opération, on reconnaissait qu'il y avait deux parties dans la tumeur : l'une, située à la partie supérieure, tantôt opaque, tantôt transparente, donnant lieu à du gargouillement quand on la réduisait ; l'autre, inférieure, transparente, qui rentrait en masse à la suite de la première, sans le moindre bruit. Le testicule était situé en arrière et au-dessous de la tumeur.

La tumeur réduite, le doigt, introduit dans le canal inguinal, sentait dans les efforts de toux le choc élastique qui caractérise l'anse intestinale faisant effort pour sortir de la cavité abdominale.

On avait donc affaire à une hernie développée ou descendue dans la tunique vaginale incomplétement oblitérée. C'est ce que prouvait la position du testicule par rapport à la tumeur. L'espèce de collet formée par la séreuse à l'anneau inguinal externe avait été repoussée à plusieurs reprises par l'anse intestinale, qui s'en était pour ainsi dire coiffée. De là la formation de ces replis valvulaires qui rendaient la réduction impossible par le procédé de taxis ordinaire, tandis qu'elle se faisait très facilement quand par une traction dirigée en bas on faisait disparaître ces espèces de valvules et qu'on rétablissait ainsi le diamètre du canal dans lequel l'intestin s'était engagé.

L'opération a été faite le 5 janvier dernier de la manière suivante :

La hernie est d'abord réduite avec précaution de manière à laisser dans le sac une petite quantité de liquide qui permet d'y plonger un trocart de petit calibre. Une cuillerée de sérosité s'écoule par la canule du trocart. M. Jobert injecte aussitôt 16 à 20 grammes de teinture iodée pure, qu'il laisse pendant quelques secondes en contact avec le sac. Puis on fait le vide avec lenteur, et on injecte de nouveau la même quantité de liquide, qu'on laisse ensuite écouler. Une compression exacte exercée sur l'anneau inguinal externe a intercepté tout d'abord toute communication avec la cavité péritonéale.

L'opération terminée, une mouche de diachylon est appliquée sur la piqûre.

Le malade a accusé peu de douleur, bien qu'il parût très pusillanime.

On applique sur l'anneau inguinal externe un tampon soutenu par un bandage en spica, et on soutient le scrotum élevé à l'aide d'un petit coussin placé entre les cuisses.

Le soir, le scrotum est fortement gonflé, très douloureux ; on y sent une tumeur volumineuse, fluctuante, très sensible au toucher, distendant la peau placée en avant et au-dessus du testicule, et se prolongeant à 2 centimètres environ dans l'intérieur du canal inguinal. Le pouls est plein, mais sans fréquence, la langue rouge ; soif modérée.

Le lendemain, le scrotum est rouge, très tendu, très douloureux. Les douleurs ne s'irradient pas vers le ventre. La tumeur scrotale est plus volumineuse que la veille. Fièvre.

Le troisième jour, moins de fréquence du pouls ; la tumeur a plutôt diminué qu'augmenté de volume. Elle est toujours douloureuse. La peau est chaude et tendue. La fluctuation est moins facile à sentir. Il semble que le liquide, prenant plus de consistance, se déplace moins facilement. La partie de la tumeur qui se prolonge dans le canal inguinal a diminué de volume.

Le quatrième jour, la tumeur est sensiblement diminuée. Le toucher est beaucoup moins douloureux et permet de constater la consistance déjà demi-solide de la masse liquide qui remplit le sac.

Le huitième jour, la tumeur est diminuée de moitié. La rougeur a disparu. La douleur est presque nulle. On sent au-devant et au-dessus du testicule une masse dure, piriforme, du volume d'un petit œuf, se prolongeant dans le canal inguinal, où elle pénètre à plus d'un centimètre de profondeur. Toute trace d'inflammation a disparu. Le malade, qui avait été constipé jusqu'alors, a été purgé. Il mange deux portions.

A dater des derniers jours de janvier, c'est-à-dire environ une vingtaine de jours après l'opération, le malade se levait, passait toute sa journée soit dans la salle, où il aidait au service, soit dans les cours, où il se mêlait aux jeux des malades de son âge. Très souvent il lui est arrivé de porter à chaque lit les portions de pain. Il portait ainsi dans un tablier plus de vingt pains destinés aux repas de la journée. Ce poids, assez fort pour un garçon de son âge, ne semblait nullement l'incommoder. Enfin il est sorti de l'hôpital le 13 février, trente-huit jours après l'opération.

Le jour de sa sortie, on l'a examiné avec soin, et on a constaté l'état suivant :

Le scrotum du côté droit est remonté, de manière à occuper sa position normale au-dessus du gauche. Il est occupé par une tumeur parfaitement indolente placée immédiatement au-dessus du testicule, avec lequel elle paraît étroitement unie. Le volume de la glande n'est nullement diminué. La tumeur est réduite à une sorte de cordon dur, insensible, du volume du doigt indicateur à sa partie inférieure, diminuant de grosseur à mesure qu'il monte vers l'anneau inguinal, qu'il traverse, pour pénétrer à un centimètre et demi de profondeur dans le canal. La dureté de ce cordon est remarquable, et analogue à celle d'un fibro-cartilage. Il bouche complétement l'anneau inguinal externe. Le canal déférent et les autres parties constituantes du cordon sont placés à sa partie postérieure. Le canal déférent lui est comme accolé.

Ce qui ressort tout d'abord de cette observation, c'est l'innocuité complète de l'injection iodée, et la facilité avec laquelle on évite tout danger de pénétration du liquide dans la grande cavité séreuse. Plusieurs malades actuellement en traitement ont été opérés depuis un mois de la même manière ; chez aucun d'eux il n'y a eu d'accident de ce genre. Lorsque le sac herniaire ne contient pas de liquide, ce qui arrive le plus fréquemment, l'opération est beaucoup plus délicate. Il faut alors, ainsi que l'a pratiqué M. Jobert, après avoir réduit la hernie, inciser couche par couche, comme pour l'opération de la hernie étranglée. Le sac étant mis à découvert, on le saisit de chaque côté avec deux ténaculums, puis on établit une exacte compression de l'anneau inguinal, et on traverse avec le trocart la membrane du sac tendue entre les deux ténaculums.

De quelque manière que l'opération ait été faite, l'on pratique l'injection, et l'on obtient au bout d'un temps ordinairement assez court, dix à douze jours environ, une masse plastique qui devient de plus en plus dure et remplit l'office d'un bouchon solide qui obstrue l'orifice de communication avec la cavité abdominale.

Un malade opéré par ce procédé il y a dix mois s'est présenté à la consultation. Il s'agissait d'une hernie inguinale accidentelle du côté droit. Chez ce malade, le scrotum était remonté et comme froncé autour de l'anneau. Le testicule était parfaitement sain. Cet homme faisait le métier de commissionnaire, et jamais les efforts continuels auxquels il se livre journellement n'ont amené d'accidents.

Epididymite guérie par l'injection iodée.

Puisque nous parlons du service de M. Jobert et d'injections iodées, nous nous trouvons naturellement conduit à raconter l'histoire d'un malade qu'il vient de traiter récemment par cette méthode pour une épididymite blennorrhagique.

Il s'agit d'un jeune homme de vingt-cinq ans, d'une forte constitution, d'un tempérament sanguin et d'une santé habituellement excellente.

En 1849, ce jeune homme contracta une première blennorrhagie, qui persista longtemps faute de soins et détermina vers le septième mois des phénomènes de cystite du col caractérisée par des envies fréquentes d'uriner, une douleur vive se manifestant à la fin de la miction, et la présence de quelques gouttes de sang et d'un peu de pus dans les urines. Tous ces symptômes cédèrent à des bains, à des cataplasmes et à un repos prolongé. La blennorrhagie fut arrêtée par des capsules de copahu, et le malade resta deux ans en bonne santé sans conserver aucun suintement.

A la fin d'avril 1854, il contracta une nouvelle blennorrhagie, qui persiste encore actuellement. Cette blennorrhagie ne fut jamais douloureuse ; mais elle détermina, il y a quatre ou cinq mois, quelques nouveaux phénomènes de cystite semblables aux premiers et qui disparurent en quinze jours sous l'influence des bains et des émollients.

A dater de cette époque, le malade s'aperçut que le jet d'urine diminuait graduellement. Peu à peu ce jet devint filiforme, contourné, et bientôt le malade n'urina plus que goutte à goutte.

Le 20 janvier 1855, il entra à l'hôpital pour une rétention d'urine déterminée par son rétrécissement. On pratiqua plusieurs fois le cathétérisme, qui s'accompagna toujours d'une hématurie peu considérable. On introduisit au bout de deux jours une bougie. Il sortit le troisième jour, mais commençant déjà à éprouver des douleurs dans le testicule droit.

Le 26 janvier, il entra dans le service de M. Jobert présentant l'état suivant :

Le scrotum du côté droit est rouge, engorgé, douloureux. On y sent une tumeur du volume d'un gros œuf ; cette tumeur est dure, sans fluctuation manifeste. Elle est composée de deux parties : en avant, le testicule, qui a légèrement augmenté de volume, mais conserve son élasticité normale ; en arrière, l'épididyme énormément gonflée et se continuant avec le canal déférent, qui est lui-même dur, engorgé, douloureux. La tumeur est très douloureuse à la pression ; la douleur se prolonge dans le ventre suivant le trajet du cordon. Le testicule, bien qu'il paraisse sain, est lui-même très sensible. On ne constate pas de liquide dans la tunique vaginale.

L'écoulement urétral a considérablement diminué ; à peine si le malade tache sa chemise pendant vingt-quatre heures. La miction s'accompagne d'un peu de chaleur.

---

liers d'observations recueillies dans leurs plus minutieux détails, des milliers de pièces pathologiques disséquées avec un soin inconnu avant lui et représentées par les arts du dessin avec une perfection telle qu'en regardant ses planches on croirait avoir l'œil sur le plus parfait des microscopes, tel est l'échafaudage dont il s'est servi pour élever le merveilleux monument qu'il nous offre aujourd'hui sous le titre de *Traité d'anatomie pathologique générale et spéciale*, et dont nous avons sous les yeux les trois premières livraisons.

C'est un livre entièrement neuf que nous présente M. Lebert, neuf sous le rapport de la forme, neuf au point de vue de l'analyse des faits et des doctrines auxquelles on se trouve conduit par leur sévère discussion et leur rigoureuse interprétation. Exposons tout d'abord en deux mots la tendance générale de l'ouvrage et cherchons à donner une idée de la manière philosophique de l'auteur.

Les principes qui ont dominé ses études, c'est-à-dire, pour nous servir de ses expresions, la plus large application de la méthode d'histoire naturelle, se retrouvent dans toute son œuvre et la dominent dans son entier. D'une part, il invoque tous les caractères capables d'éclairer l'observateur dans l'étude des altérations tant fonctionnelles que matérielles. D'autre part, il étudie non-seulement les qualités essentielles de ces caractères, mais aussi leurs rapports de succession et de coordination ; en un mot, leur valeur respective.

Indépendant de toute école, vierge de toute idée préconçue, ce qu'il cherche à exposer principalement dans son *Traité d'anatomie pathologique*, c'est simplement ce que l'observation lui a appris, et il ne veut déduire de conclusions générales que de l'analyse et de la méditation des faits. Ce qui ne veut pas dire qu'il fasse table rase et qu'il ne tienne aucun compte des travaux antérieurs aux siens, soit du siècle précédent, soit des années qui viennent de s'écouler. Il en est beaucoup qui méritent qu'on les prenne en très sérieuse considération. Mais, pénétré de la conviction que l'époque à laquelle il écrit est une époque de transition, de transformation même des principes des sciences médicales, il exprime le plus ardent désir que ceux qui viendront après lui puissent au moins profiter de ses investigations, lors même que les doctrines actuelles seront remplacées par des vues à la fois plus vraies et plus élevées.

Est-il encore besoin de dire, ajoute l'auteur, qu'étudiée ainsi, l'anatomie pathologique sera de plus en plus utile à la thérapeutique chirurgicale ? Personne ne saurait en douter. Arriver à des notions positives sur l'échange des matériaux de nutrition et d'absorption, sur les actes moléculaires tout à la fois chimiques, physiques et morphologiques qui dominent la physiologie pathologique aussi bien que la physiologie normale, c'est pour lui, sans contredit, une des premières assises de la thérapeutique d'expérience et d'indications rationnelles. Cependant il ne faut pas se faire illusion sur l'étendue de l'influence doctrinale et pratique de l'anatomie morbide. Les changements moléculaires intrinsèques du corps vivant sont trop en rapport avec le monde extérieur, qui, dans l'air et les aliments, fournit les sources de l'échange de la matière, pour que les qualités de ces agents ne doivent pas être étudiées de plus en plus dans leur partie pathogénique. Que l'on jette un coup d'œil sur les affections miasmatiques et sur les empoisonnements de toute espèce, et l'on sera convaincu de cette vérité.

L'anatomie pathologique doit donc servir la pathogénie, et non la dominer. Bien d'autres branches de nos études, parmi lesquelles nous plaçons en première ligne celles qui ont trait à l'étiologie, pourvu qu'elles soient faites avec toute la rigueur du naturaliste, doivent concourir à fonder la philosophie expérimentale et la science des ressources thérapeutiques du médecin.

Le moment présent est donc fort obscur, dit enfin M. Lebert, en terminant son introduction. Espérons que l'avenir sera mieux éclairé, et ne nous lassons pas de pousser nos galeries dans ces mines difficiles mais inépuisables. Le terme de leur communication avec la lumière du jour n'est peut-être subordonné qu'aux efforts du moment actuel.

Ce principe une fois établi, et pour prouver combien il est loin de faire peu de cas des travaux de ses devanciers, M. Lebert jette un coup d'œil rapide sur les principaux ouvrages d'anatomie pathologique qui se sont succédé depuis le commencement de ce siècle, en France et à l'étranger, et cherche à dresser l'inventaire, pour ainsi dire, de l'état actuel des doctrines scientifiques. Tout en signalant les notions positives que possède la science au moment présent, il s'attache à faire ressortir les nombreuses et profondes lacunes qui doivent être comblées pour que l'anatomie pathologique présente à la fois et un caractère d'unité philosophique et toute l'unité pratique que l'on est en droit d'exiger d'elle. Cette revue rétrospective lui sert à démontrer qu'aucun travail un peu complet n'existe sur le sujet qu'il se propose de traiter, et que pourtant bien peu de parties du savoir humain méritaient autant de trouver un historien instruit et capable.

C'est par l'histoire de l'hyperémie et de l'inflammation, de ses principaux phénomènes anatomiques, de ses divers modes d'être et de ses modifications successives que commence l'ouvrage. Mais tout en laissant de côté ce qui est plus particulièrement du domaine de la pathologie générale, l'auteur a jugé nécessaire de faire précéder la description des faits de détail par quelques considérations d'ensemble utiles

Le lendemain, le malade dit avoir ressenti pendant la nuit des douleurs très vives qui l'ont privé de sommeil. Symptômes de réaction marqués du reste. Un peu de fièvre et d'inappétence.

Le quatrième jour, les douleurs étant toujours très vives, malgré le repos absolu et les cataplasmes, M. Jobert pratique une injection iodée dans la tunique vaginale. L'absence de liquide rendait l'opération délicate. Un trocart de petit calibre est introduit obliquement au niveau de la tête de l'épididyme; il laboure pour ainsi dire les tissus, jusqu'à ce qu'il ait pénétré dans la tunique vaginale. On s'en assure en promenant la canule du trocart à droite et à gauche, de manière à reconnaître qu'on est arrivé dans l'intérieur de la poche séreuse. Une ou deux gouttes de liquide séreux s'écoulent par la canule. M. Jobert injecte aussitôt la valeur d'une cuillerée à café de teinture d'iode pure. L'injection faite, il la laisse dans la tunique vaginale pendant quelques secondes; puis l'aide fait le vide en retirant le piston, et on injecte de nouveau la même quantité de teinture iodée. Après quoi on retire la seringue, et on laisse écouler le liquide injecté. Une mouche de diachylon est appliquée sur les piqûres. Pendant cette opération, les douleurs ont été très tolérables; c'est au moment de la première injection qu'elles ont été le plus vives. On soutient le scrotum à l'aide d'un petit coussin placé entre les cuisses.

Le soir, le scrotum est rouge et très sensible; la tumeur a augmenté de volume. Cette fois on constate la présence d'une couche de liquide assez abondante, à laquelle est dû le gonflement. Un peu de fièvre.

Dès le lendemain de l'opération le malade avait dormi; ce qui ne lui était pas arrivé depuis trois jours. La tumeur est encore plus volumineuse que la veille; elle est sensible à la pression, mais beaucoup moins douloureuse qu'elle ne l'était avant l'injection iodée.

A partir du quatrième jour de l'opération, le volume de la tumeur diminue de plus en plus. Les souffrances ont tout à fait disparu. On ne constate plus de fluctuation. Le testicule est parfaitement indolent. L'épididyme et le cordon sont encore engorgés, mais cet engorgement diminue tous les jours, et le 9 février, c'est-à-dire dix jours après l'opération, le malade demande sa sortie, et présente l'état suivant :

L'écoulement urétral a tout à fait disparu, ainsi que la rougeur et la sensibilité du scrotum. Le testicule paraît encore un peu plus volumineux que celui du côté opposé. L'épididyme, dont le volume est presque normal, est parfaitement indolente. Elle est encore un peu gonflée; mais ce gonflement est régulier, et on ne sent pas ce noyau dur et douloureux qui persiste si longtemps après la guérison des épididymites par les antiphlogistiques et les émollients. Le cordon est indolent, et son volume est sensiblement égal à celui du côté opposé. Le malade marche depuis trois jours et reste levé toute la journée sans être aucunement fatigué. Il avait un peu de constipation qui a cédé à un léger laxatif.

On remarque dans cette observation :

1° L'innocuité parfaite de l'injection iodée pure dans un cas d'épididymite suraiguë;

2° La cessation presque immédiate des douleurs et la résolution prompte de tous les accidents inflammatoires ;

3° La rapidité de la guérison, et surtout l'état définitif de l'épididyme, qui ne présentait pas ce noyau d'induration circonscrit qui persiste presque invariablement après le traitement ordinaire.

Ajoutons que depuis plusieurs années M. Jobert traite de cette manière toutes les épididymites qui se présentent dans son service à l'Hôtel-Dieu, sans que jamais aucun accident sérieux ait pu confirmer les craintes qu'on serait tenté de concevoir *à priori* sur les résultats d'une injection de teinture iodée pure dans la tunique vaginale.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. N. GUENEAU DE MUSSY.

Note sur la préparation et l'emploi d'un diachylon à base de zinc.

Pendant mon séjour au milieu des établissements hydrothermaux des Pyrénées, j'ai été frappé des inconvénients qu'offrait l'usage du diachylon ordinaire chez les malades qui font usage de ces bains. Toutes les parties de la peau qui ont été pendant quelques instants en contact avec cette préparation se couvrent d'une couche épaisse de sulfure plombique, dont les lavages répétés ne parviennent que difficilement à les débarrasser. Les doigts qui ont manié l'emplâtre en retiennent une couche imperceptible à la vue, qui résiste cependant aux lotions ordinaires, et dont le réactif sulfureux vient immédiatement révéler la présence. Témoin de ces faits, et voyant la quantité considérable de composé plombique qui restait adhérent à la peau, je me suis demandé jusqu'à quel point il était prudent de maintenir ces composés saturnins en contact quelquefois très prolongé avec de larges surfaces ulcérées ouvertes à l'absorption.

Peut-être objectera-t-on à ce scrupule que l'expérience n'a fait connaître jusqu'ici qu'un très petit nombre d'accidents résultant de cette pratique; néanmoins il y en a des exemples; M. Tauffileb (de Barr), cité par M. Tanquerel, rapporte une observation de coliques saturnines produites à deux reprises différentes par l'application de bandelettes de diachylon sur un vaste ulcère (1). Ainsi des faits incontestables établissent la possibilité de cet accident, et, d'autre part, on sait combien facilement les affections saturnines peuvent être méconnues, si elles prennent naissance en dehors des conditions qui les déterminent ordinairement et si elles ne se présentent pas avec leurs symptômes les plus habituels. J'ai, pour ma part, rencontré plusieurs fois des maladies produites par l'intoxication saturnine et dont la véritable cause n'avait pas été soupçonnée. J'irai plus loin que M. Tanquerel, qui, en admettant la possibilité de l'empoisonnement à la suite d'applications faites sur la peau, y met comme condition la destruction préalable de la couche épidermique. Je ne crois pas cette circonstance indispensable; j'ai recueilli à l'appui de l'opinion que je soutiens ici une observation qui me paraît digne d'intérêt.

OBS. — Une femme entre dans mon service, en proie à des accidents saturnins, offrant le liséré caractéristique. Un interrogatoire scrupuleux ne m'avait pas fait connaître la voie par laquelle le poison avait pénétré, quand, en la pressant de questions, j'appris que, laveuse de vaisselle dans une gargote des barrières, elle passait toute sa journée à *récurer* des vases étamés.

Je soupçonnai qu'il fallait chercher dans cette circonstance l'origine de cette maladie, et, pour éclairer ce doute, je prescrivis un bain sulfureux, et je trouvai le lendemain les mains et les avant-bras couverts d'une couche épaisse de sulfure de plomb.

Quelque minime que puisse paraître cette chance de danger, la prudence conseille de chercher à la prévenir, et, dans le cas où l'emplâtre adhésif doit être appliqué pendant longtemps sur une très large surface, surtout si cette surface est ulcérée, je pense qu'il serait avantageux de pouvoir substituer au diachylon un sparadrap qui, possédant les mêmes propriétés, ne renfermerait pas de sel plombique.

En outre, chez les personnes qui font usage des eaux sulfureuses, quoique les inconvénients que j'ai signalés ne soient pas bien graves, ils sont assez désagréables pour qu'on doive chercher à les prévenir.

La substitution si heureusement accomplie, depuis quelques années, de l'oxyde de zinc à l'oxyde de plomb dans la préparation des couleurs me suggéra l'idée d'un diachylon à base de zinc. Je priai M. Boileau, pharmacien à Luchon, savant aussi distingué que modeste, de vouloir bien en préparer d'après cette donnée. M. Boileau fils, chimiste habile, se chargea de cette opération. Il chercha d'abord à combiner directement l'oxyde de zinc avec les acides gras; mais n'ayant obtenu aucun résultat satisfaisant par ce moyen, il procéda par voie de double décomposition : une solution de savon blanc fut mise en contact avec une solution de sulfate de zinc; on obtint immédiatement un précipité abondant d'oléo-margarate de zinc qui, lavé et séché, fut combiné avec les gommes-résines et les autres substances qui entrent dans la composition du diachylon. Seulement, connaissant les propriétés très siccatives des sels de zinc, M. Boileau fils augmenta la proportion de l'huile et de la cire pour conserver à l'emplâtre une consistance convenable.

Ce diachylon a été d'un excellent usage et s'est très bien conservé; et outre l'utilité toute locale qu'il offre dans les établissements d'eaux sulfureuses, j'ai cru lui reconnaître des propriétés qui me paraissent devoir en généraliser l'emploi. Des plaies ont été pansées comparativement avec ce diachylon et le diachylon ordinaire ; dans les premières, la suppuration a été moins abondante, et la cicatrisation s'est accomplie plus rapidement. Mes observations sont encore trop peu nombreuses sur ce point pour que je donne ce résultat comme définitivement acquis à la science; il appelle la sanction de faits plus nombreux et de nouvelles expériences. Je sais combien de causes d'erreur peuvent fausser les conclusions que l'on déduit d'une expérience trop restreinte; cependant je ferai remarquer que ces résultats sont d'accord avec les inductions qu'on aurait pu tirer des propriétés très siccatives des sels de zinc et de leur puissance astringente, et qui souvent même, à ce titre, on les préfère aux sels de plomb quand il s'agit de modifier énergiquement la circulation dans des tissus enflammés.

(*Journal de Pharmacie.*)

(1) M. le professeur Gerdy, préoccupé des accidents qui peuvent être déterminés par l'absorption du plomb dans le pansement des vastes ulcères, conseille dans son *Traité des bandages* un mode de pansement sur lequel nous ne saurions trop appeler l'attention. Il recouvre de charpie tout le centre de l'abcès, et laisse seulement les bords en contact avec les bandelettes.

ULCÉRATIONS DU FREIN DE LA LANGUE dans la coqueluche.

Un symptôme qui s'observe assez fréquemment dans la coqueluche lorsqu'elle a une certaine intensité, c'est la formation sous la langue, près du frein, d'une petite vésicule dont le diamètre peut égaler celui d'une lentille et s'accroît à mesure que la maladie se développe. Pendant la période d'état, la vésicule disparaît, laissant à découvert un fond lardacé qui se déterge lorsque la maladie est en voie de décroissance. La connaissance de ce phénomène est due à Zitterland; il a été constaté depuis par plusieurs médecins allemands, entre autres par le docteur Lersch, et, chose curieuse, il avait jusqu'à ces derniers temps échappé aux observateurs.

Le docteur Gambuini (de Milan) a fait de ces ulcérations l'objet de recherches particulières; depuis 1844 il a examiné attentivement tous les sujets affectés de coqueluche qu'il a été appelé à soigner, et il a constaté la présence des ulcérations dans la généralité des cas, sans être cependant un phénomène constant, et il a vu que la maladie peut être grave sans être accompagnée de ce symptôme, même à la période la plus avancée. Rarement, suivant lui, l'ulcération est arrondie, presque toujours elle affecte une direction qui coupe celle du frein de la langue. Elle débute avec le caractère qu'elle conserve de simple solution de continuité; jamais il ne l'a vue, même au commencement, se présenter sous une autre forme. Enfin il a remarqué qu'elle peut avoir son siége non-seulement sur le frein, mais sur la face inférieure du corps de la langue, au voisinage du frein; jamais il n'a observé cette vésicule primitive mentionnée par Zitterland.

Le docteur Lersch suppose que ces ulcérations ont quelque analogie avec les pustules sublinguales des hydrophobes. La genèse en semble plus simple à M. Gambuini. Voici l'explication qu'il en donne:

---

pour faire ressortir la valeur clinique des changements anatomiques qu'il a l'intention de décrire.

L'étude de la localisation inflammatoire, des changements vasculaires dans l'inflammation, de sa marche et de ses divers modes d'être (résolution, exsudation, suppuration), l'induration et le ramollissement inflammatoires, l'atrophie et l'hypertrophie, font le sujet des premiers chapitres; puis viennent l'ulcération et la gangrène, l'hémorrhagie, l'atrophie et l'hypertrophie, articles parmi lesquels nous en citerons deux surtout, le pus et l'hémorrhagie, qui sont traités de main de maître, et suffiraient à donner la plus haute idée du mérite de l'auteur, si tous ceux qui ont lu ses livres n'étaient pas d'accord sur ce point.

Par les vues originales et tout à fait nouvelles qu'il renferme, l'ouvrage de M. Lebert fera faire un grand pas à la science; et nous ne craignons pas d'être taxé d'exagération en disant que ce sera le plus splendide monument élevé à l'anatomie pathologique qu'aura produit le dix-neuvième siècle.

Nous ne terminerons pas sans féliciter l'homme habile et intelligent qui a eu la hardiesse d'entreprendre une pareille publication. M. J.-B. Baillière est un des rares éditeurs qui ne reculent ni devant la peine, ni devant la dépense, quand il s'agit d'attacher son nom à une œuvre aussi splendide pour la forme qu'elle promet d'être utile par sa haute portée et ses incalculables conséquences scientifiques. Dr A. FOUCART.

Étude de l'action de la flanelle en contact avec la peau, par le Dr FIÉVÉE DE JEUMONT (1).

Voici un petit écrit qui en dit plus qu'il n'est gros. D'abord on y parle d'hygiène, ce qu'il y a de plus solide et de plus précieux dans toute la médecine ; et ce sujet est d'un usage si général, que tout le monde est intéressé à savoir ce qu'en pense un des praticiens les plus répandus et les plus habiles à manier les ressources de la thérapeutique.

Ce mémoire est le septième ou huitième qui soit sorti de la même main; il a été composé pour la Société royale de médecine de Bruxelles, où il a obtenu les honneurs d'une discussion publique.

M. Fiévée, en effet, ne parle pas de la flanelle et de l'action qu'elle exerce sur l'économie comme en parlent la plupart de ses confrères ; il a là-dessus des idées qui lui sont propres. Dans l'opinion commune, la flanelle a pour principal effet de composer autour de celui qui la porte une sorte d'atmosphère particulière, de manière à l'isoler du monde ambiant; c'est comme une seconde enveloppe que l'art ajoute à l'enveloppe naturelle pour la protéger et la tenir toujours dans cette douce chaleur qui favorise l'insensible transpiration, si utile, si nécessaire à la conservation de la santé. Ajoutez à cela les agréables titillations, les douces caresses de la laine sur la peau, et vous aurez à peu près toutes les propriétés que la médecine lui reconnaît.

Ces propriétés, M. Fiévée ne les nie pas, mais il les tourne contre ceux qui abusent de la flanelle au point de la prescrire indistinctement à tout le monde. Et en effet, dit-il, s'il est vrai qu'elle conserve au corps la chaleur qui lui est naturelle, il ne l'est pas moins qu'elle l'énerve en prévenant les réactions salutaires au milieu desquelles la santé s'entretient et se fortifie; elle fait pis encore, elle le soustrait à l'heureuse influence du soleil et le réduit à ses propres ressources.

C'est en vue de ces considérations et d'autres que je passe que M. Fiévée déconseille la flanelle au vieillard, toujours menacé de tomber en langueur par la prépondérance du sang veineux sur le sang artériel et le dépérissement graduel des forces digestives ; il la défend à l'enfant, dont les fonctions, brûlantes au centre, vont se refroidissant à mesure qu'on approche de la périphérie ; il la défend enfin aux personnes naturellement faibles ou épuisées par les excès. Tous ces sujets, dit-il, ne peuvent se passer de la bienfaisance de la chaleur extérieure, et rien n'est plus malentendu que de les enfermer dans un vêtement isolant.

M. Fiévée ne s'est donc persuadé qu'on abuse de la flanelle, et le but manifeste de sa brochure est d'en régler l'usage; il le fait avec cette précision que donne l'expérience et que le raisonnement ne saurait imiter.

Après ces principes, il passe aux applications; mais nous ne nous hasarderons pas à le suivre dans ces détails. Il doit nous suffire de dire qu'il parcourt minutieusement les différents cas où l'on a coutume de conseiller la flanelle ou la soie, et il dit nettement ceux où elles sont bonnes, ceux où elles ne le sont pas.

Du reste, en composant ce nouvel écrit, M. Fiévée n'entend pas faire la leçon à ses confrères ; il se contente de leur faire part de ses doutes et d'appeler leur attention sur un sujet trop négligé, selon lui, et d'autant plus intéressant qu'il est d'un usage général. Mu par le seul désir d'être utile, il n'écrit pas pour le plaisir d'écrire ou pour la gloire de son nom, il ne cède qu'à l'entraînement de ses convictions ; il ne choisit même pas ses sujets, il attend que les hasards de la pratique les lui fournissent. C'est ainsi qu'il a traité de la fièvre typhoïde, de la saignée chez les vieillards, des maladies de l'utérus, de la goutte, des inconvénients des fards de plomb en usage dans la toilette, etc. Et c'est ainsi qu'il se propose de traiter de la chute de la luette, des hernies inguinales et des moyens de les prévenir, et de bien d'autres sujets qu'il ne prévoit pas lui-même ; mais ceux que nous annonçons sont sous presse, et nous aurons bientôt le plaisir de les lire.

Dr BOUSQUET,
Membre de l'Académie de médecine.

(1) In-8°. Prix : 1 fr. — Hamel, rue Racine, 10.

La coqueluche, dit-il, se présente avec des symptômes convulsifs, qui consistent pour la plus grande partie en contraction des muscles inspirateurs et expirateurs, des constricteurs du larynx et des dernières divisions bronchiques, s'effectuant avec une telle violence qu'on n'en retrouve l'analogue dans aucune des variétés de toux produites par d'autres états pathologiques. Ces muscles ne sont pas les seuls qui soient énergiquement sollicités : sous l'influence de l'accès, les muscles qui ont pour action physiologique de porter la langue hors de la bouche et de la fléchir vers la base participent ainsi à la contraction. Par suite, le frein de la langue, au lieu d'être éloigné de l'arcade dentaire, est fortement porté en avant et vient se heurter contre les dents incisives inférieures. Il en résulte une sorte de contusion d'autant plus profonde que la pression est plus forte, les accès convulsifs plus intenses, et que le bord libre des dents incisives est plus net et plus tranchant, comme on l'observe dans la première enfance.

On peut ainsi rendre raison des ulcérations; leur direction transversale, la manière dont elles débutent sont d'accord avec cette explication; elles dépendent donc d'une cause toute mécanique, ne sont dans l'origine qu'une simple solution de continuité, et ne dépendent pas, suivant M. Gambuini, d'une pustule ou d'une phlyctène primitive accomplissant son évolution. L'impulsion qui lance le frein contre les dents pendant l'accès convulsif remplit les conditions les plus propres à déterminer une blessure.

Il suffit de se rappeler les symptômes d'un accès de coqueluche pour estimer le degré de compression exercée par les muscles lors de leurs contractions spasmodiques, la tension des jugulaires, le gonflement du cou, la céphalée, l'état soporeux, la perte temporaire de connaissance, les épistaxis, etc., etc. On sait que certains enfants sont pris de crises épileptiques ou apoplectiques, que d'autres sont sous le coup d'une suffocation imminente, qui s'est quelquefois réalisée. Une puissance musculaire qui se révèle par ces signes peut bien porter assez violemment le frein contre les incisives inférieures pour qu'il en résulte une plaie.

M. Gambuini a vu certaines coqueluches dans les accès desquelles la langue, au lieu d'être portée en dehors par les mouvements convulsifs, était au contraire rétractée par la même influence et attirée vers le pharynx. Chez les sujets qui présentaient cette particularité, jamais il n'a constaté d'ulcérations sous la langue. Chez un enfant dont l'arcade dentaire était oblique et plus saillante d'un côté de la langue que de l'autre, ce n'est que du côté saillant qu'il observa une ulcération.

Une autre raison donnée par M. Gambuini à l'appui de sa manière de voir, c'est que, à mesure que les accès diminuent de violence, l'ulcération se guérit. *Sublata causa, tollitur effectus.* Un de nos confrères, appelé près d'un enfant de sept mois atteint de coqueluche et n'ayant pas encore de dents, n'a pu trouver d'ulcérations.

Pour notre part, nous sommes pleinement disposé à adopter l'explication de M. Gambuini, et à considérer ces ulcérations comme un effet purement traumatique, plutôt que comme un élément de la maladie elle-même. (*Arch. gén. de méd.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

ADDITION A LA SÉANCE DU 6 MARS 1855.

Fin de la réplique de M. Piorry à M. Bousquet.

1° Je m'attache, dites-vous, aux girouettes, qui sont pour vous les états pathologiques, et non pas à l'édifice, qui est la variole.

Mais c'est ne m'avoir pas lu. J'ai commencé par parler du virus variolique; il est pour moi la cause très matérielle de tout le mal, et j'ai recherché ce que l'on pouvait y opposer. J'ai ajouté que malheureusement on ne possédait pas de moyens pour en détruire la fâcheuse influence. Son effet direct est l'altération du sang, ou variosémie, et j'ai établi que, puisque l'on ne pouvait remédier au virus, il n'y aurait autre chose à faire que d'avoir recours aux moyens hygiéniques, et surtout aux boissons aqueuses. Dans l'impossibilité où se trouvent les vitalistes, les organiciens, M. Bousquet et moi, de remédier au principe du mal, j'attaque ce que je puis espérer combattre avec succès.

Vous voyez un supplice dans la cautérisation du pharynx! Vous ne l'avez donc jamais pratiquée?

Je n'ai jamais proposé la trachéotomie contre les pustules du larynx en elles-mêmes; mais j'ai dit et je répète que dans les cas où un varioIé expire parce qu'une variolaryngite annoncée par l'enrouement, la dyspnée, empêche le malade d'avaler la salive écumeuse, d'expectorer, et par suite de respirer, la trachéotomie est utile et non pas dangereuse. La malheureuse femme sur laquelle je l'ai employée n'est pas morte de la variole; elle n'a pas succombé à la trachéotomie, mais elle a péri trente-six heures après l'opération, et cela par suite du changement ou de l'oblitération de la canule.

2° J'ai accusé, dites-vous, mes contemporains d'avoir fait des êtres maladies. J'ai dit aux nosologistes qu'ils ont groupé des symptômes pour en faire des entités arbitraires. Mais Broussais le leur avait dit et prouvé avant moi. Tous ses élèves, formant d'ailleurs la majorité des médecins qui ont étudié de son temps, l'on répété avec lui. Il me semble même qu'un peu néologue, il a créé aussi le mot *ontologie*. Seulement il a été lui-même ontologiste en admettant l'inflammation d'une manière trop positive et trop individuelle. Mais que ce soit lui, que ce soient d'autres qui aient articulé ce reproche, la question est de savoir s'il est juste. Or, vous en convenez, Sauvages considérait les maladies comme des êtres. Lorsque Pinel a groupé ses six ordres de fièvres qu'il combinait entre eux, il les considérait réellement comme des entités; il les plaçait bien dans les organes, mais il les individualisait. Lisez Barthez, Dumas, Bérard (de Montpellier), et vous verrez leurs éléments si bien définis, si nettement décrits, se compliquant d'une façon si nette et si caractérisée, étant si peu considérés au point de vue anatomique ou physiopathologique, qu'il est impossible de croire qu'ils aient vu en eux des lésions d'organes. Vous citez le *Traité de la pneumonie* de M. Grisolle; mais voyez donc avec quel soin l'auteur étudie la phlegmasie pulmonaire dans une foule d'affections, établit ses variétés, se fonde sur l'anatomie pathologique pour la pathogénie et le traitement; et voyez combien il se rapproche ainsi de la manière de considérer les faits que je crois la meilleure.

Ce n'est pas cet exemple qu'il fallait choisir, c'était l'histoire de la dyspepsie, de la diarrhée, de la gastralgie considérées comme des unités morbides, tandis qu'elles sont le résultat des états organopathiques les plus divers, et qui exigent des traitements tout à fait dissemblables. C'étaient les scrofules, le rhumatisme, prétendues maladies où l'on a réuni les choses les plus disparates, et que l'on doit combattre comme s'il s'agissait d'une unité morbide causée par un virus.

3° Mais voici que je suis accusé par vous de diviser sans fin les maladies; je les émiette, et je commets le crime de les mutiler.

Un chimiste, ajoutez-vous, isole l'oxygène et l'hydrogène; et il en forme de l'eau en les réunissant. Cela est exact; mais l'eau est un corps, et vos maladies telles que vous les particularisez ne sont pas des réalités matérielles, ce sont des groupes arbitraires de symptômes. Un peu plus d'oxygène dans le composé, il se forme des corps nouveaux, l'eau oxygénée, par exemple; mais c'est encore là un corps défini. Voyez donc si quelque chose de semblable se voit en pathologie. La fièvre typhoïde a été habillée de je ne sais combien de formes ou de costumes divers, ce qui prouve qu'elle n'est pas une chose fixée; le rhumatisme offre autant d'aspects, suivant M. Requin, qu'il affecte d'organes dont il prend les noms, et il offre pour caractère principal d'être causé par le froid. Or voici que ce caractère se retrouve dans la pneumonie, la pleurésie, l'ophthalmie, les névralgies, que l'on ne classe pas parmi les rhumatismes. Où voyez-vous là quelque chose de comparable à l'oxygène et à de l'hydrogène formant de l'eau?

Vos composés symptomatiques maladies sont si peu de choses fixes et définies qu'encore une fois les auteurs ne sont en rien d'accord sur leurs nombres, leurs caractères, leurs limites et sur la place qu'il convient de leur assigner dans un cadre nosologique.

Bordeu, Bérard (de Montpellier) voient même des maladies dans plusieurs de leurs éléments, tandis que d'autres n'y aperçoivent que des symptômes.

Mais ne trouvez-vous pas difficile de bien spécifier ce que l'on doit entendre par symptômes et par maladies?

L'hydropisie était regardée naguère comme une maladie; aujourd'hui elle n'est plus considérée que comme un symptôme. Le *melæna*, l'*hématémèse*, l'*hémoptysie* sont-ils des symptômes ou des maladies? La diarrhée, la dyspepsie, pour les uns, sont des symptômes; pour d'autres, ce sont des maladies, etc. Ne m'accusez donc pas tant de traiter, à l'imitation de Sauvages, des symptômes comme des maladies, et veuillez bien me permettre de vous dire comment je considère un état organo-pathologique.

Non, ce n'est pas aux expressions fonctionnelles; ce n'est pas au frisson initial, au point de côté, à l'oppression des forces, à la dyspnée, aux souffles, aux ronchus, à la dyspepsie que je donne ce nom; si j'agissais ainsi, j'aurais copié non pas Barthez, mais Sauvages. J'appelle ainsi des états matériels, anatomiques ou chimiques, le plus souvent appréciables par les sens, quelquefois démontrés, ou du moins rendus très probables par l'induction, et qui sont rigoureusement définis; ils donnent lieu à des troubles fonctionnels, ils sont susceptibles de fournir des signes physiques qui les font reconnaître, et je ne m'en occupe qu'autant qu'ils donnent lieu à des indications.

Les changements survenus dans la position, la forme, l'étendue, le volume; dans la largeur des organes, les modifications de circulation, de structure, les altérations de composition dont le sang est susceptible, etc., constituent pour moi des états anatomiques, et quelques faits me conduisent à admettre comme très probables certains autres phénomènes, tels que des oscillations morbides existantes dans les nerfs et constituant aussi des états pathologiques. Il ne s'agit donc pas ici de symptômes ni de maladies tels qu'on les considère généralement; ce sont des faits le plus souvent irrécusables et dont on peut démontrer l'existence.

Quand on veut critiquer justement un auteur, il faut l'avoir lu, et ceux qui se sont élevés contre mes états l'ont si peu fait qu'ils m'ont reproché de considérer isolément les états organopathiques, de les avoir analysés et de ne pas avoir étudié dans leur hiérarchie leur concordance. C'est cependant là ce que je n'ai cessé de faire; que dis-je! c'est là une des principales études de ma vie.

Il n'est pas un seul des nombreux tableaux des états pathologiques tracés dans mon *Traité de médecine pratique* où je n'étudie, à l'article *Pathogénie*, les circonstances dans lesquelles chacun de ces états se produit et les influences qu'il peut exercer sur les autres états organopathiques. Partout c'est la filiation de ces lésions organiques les unes avec les autres que j'étudie.

Ce n'est pas là, il est vrai, la synthèse de la maladie que l'on pouvait placer dans un cadre nosologique, mais c'est la synthèse physiologique et pathologique s'appuyant de tous les moyens d'observation connus.

Vraiment, c'est chose curieuse que de voir avec quelle assurance on proclame dans des discours, dans des articles, que la variole est toujours la même; qu'elle a une marche fixe, invariable, à jours bien déterminés, à terminaison prévue. Cela est sans doute vrai pour certains cas simples et d'intensité médiocre; mais cela est si faux au lit du malade, que huit fois sur dix il y a des exceptions à cette fixité, à cette régularité, à cette marche dite invariable, à cette terminaison si bien prévue *à priori*. Cela est si juste, qu'il a fallu admettre une varicelle, une varioloïde, une variole discrète, une confluente, etc., et qu'il n'est pas une de ces divisions qui ne pourrait comporter des sous-divisions. La seule chose commune c'est la cause, c'est l'empoisonnement primitif du sang; et cela est si positif que l'on a admis une variole sans pustules, *variola sine variolis*.

La maladie ne serait donc en définitive, pour les médecins qui ne sont pas de mon avis, que le virus et son premier effet. Le reste ne serait que des collections de symptômes extrêmement fréquents, comme la variodermite; assez communs, comme la variopharyngite; rares, comme la variolaryngite. Ces derniers accidents ne constitueraient pas la maladie, et ne seraient en quelque sorte que des épiphénomènes.

M. Bousquet veut qu'il soit d'une importance secondaire de connaître le siége du mal, et il cite Torti, qui guérissait les fièvres d'accès sans savoir que la rate fût malade. Mais Torti ne pouvait reconnaître un nombre considérable d'accidents intermittents, fébriles ou rémittents, dont la périodicité était très mal dessinée, et qui se rencontraient sans nombre dans la pratique. Depuis que l'on sait que la rate est malade et est augmentée de volume dans les fièvres d'accès, il suffit d'apprécier par le plessimétrisme cette lésion, selon moi primitive, selon d'autres secondaire, pour reconnaître la nature des accidents, pour administrer du sulfate de quinine, et pour guérir. C'est parce que l'on précise anatomiquement le siége des états organopathiques observables dans ce que l'on a appelé fièvre typhoïde, que l'on peut indiquer contre cet ensemble de symptômes un traitement rationnel et souvent utile. Ceux qui ne connaissent pas ce siége en sont encore réduits à faire un traitement général contre la maladie *fièvre*, traitement qui, suivant les relevés statistiques, a une influence à peu près nulle sur le résultat.

Qui donc a dit à M. Bousquet que dans les doctrines organopathiques on ne s'occupe que du siége du mal? Que signifieraient donc les désinences admises dans la nomenclature? Ne sont-elles pas appliquées, non pas au siége, mais bien aux caractères des diverses espèces de souffrances?

M. Bousquet et quelques autres ont dit qu'il y a dans les maladies un élément principal, et qu'il en est d'autres de secondaires. Personne n'a nié, et nul ne niera un fait de cette évidence.

Un grand nombre de ces considérations sont communes aux organiciens en général, ou aux nosographes intelligents qui placent les maladies dans les organes. La différence entre beaucoup d'entre eux et moi, c'est qu'ils partent, dans leur pathologie et dans leur clinique, d'ensembles de symptômes, pour former ensuite des classes, tandis que les espèces qu'ils admettent sont en partie fondées sur les lésions de solides ou de liquides. Procédant en sens inverse, mon point de départ est la lésion, et j'étudie ensuite les symptômes qui lui sont propres.

Ce que je viens de dire de la variole et des maladies à virus, à germes, est, comme on le comprend facilement, bien autrement applicable aux affections provenues d'une autre source, et dont les symptômes les plus variables et les noms réguliers constituent les caractères.

Passant ensuite à la question de la nomenclature, M. Piorry cherche à démontrer que M. Bousquet n'a rien dit sur ce sujet qui ait quelque valeur scientifique, et que loin d'avoir été repoussée, elle a été adoptée par un grand nombre d'auteurs français et étrangers.

Après avoir de nouveau cherché à justifier sa nomenclature contre les objections qui lui ont été faites, et à la soutenir par de nouveaux arguments, M. Piorry termine en ces termes:

Au moment où la langue française, à la suite de nos victoires, et plus encore à la suite de nos sciences et de nos arts, se propageait dans le monde, j'ai cherché à donner plus d'homogénéité au langage des médecins de tous les pays, et cela par l'emploi de mots tirés des ouvrages anciens et modernes. J'ai tenté de faire que d'abord nous nous accordassions sur la valeur des mots, en attendant que nous nous entendissions sur les choses. Voilà, messieurs, quelles ont été les principales idées qui m'ont guidé lorsque j'ai proposé une nomenclature médicale. Ces idées ne constituent pas un fait psychologique tout nouveau; elles ne sont pas le fruit de la présomption. J'espère que vous ne les croirez pas déraisonnables. Elles sont nées en effet d'un grand événement dans l'histoire de l'esprit humain : l'apparition de la langue scientifique générale, que les méditations de Linné, de Guyton de Morveaux et de l'Assemblée constituante ont heureusement créée pour le progrès des connaissances humaines et pour le bonheur des hommes.

— La parole est à M. Bouillaud pour la séance prochaine.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La *Revue des médecins des armées* publie les renseignements qui suivent :

Les nominations dans le corps de santé de l'armée ont atteint en 1854 le chiffre de 362, savoir : 328 pour les médecins et 34 pour les pharmaciens.

Le nombre des mutations a été en rapport avec ces chiffres. Les envois en Orient ont été considérables, et l'on y compte en ce moment près de 350 médecins.

— Le concours prescrit par la décision ministérielle du 23 septembre a eu lieu à Strasbourg, à Montpellier et à Paris. 111 candidats se sont présentés : 92 médecins et 19 pharmaciens; mais 73 seulement (59 médecins et 14 pharmaciens) ont atteint ou dépassé dans leurs épreuves le chiffre scientifique d'admissibilité (253 points). Voici leurs noms :

Médecins aides-majors stagiaires. — MM. Martin, Bouquerot, Bonnaud, Fargues, Le Ker, Hamel, Balley, Lacome, Autheribe-Mallet, Dauvé, Sala, Drouet, Baudouin, Théron, Mercadier, Andant, Millet, Bock, Harand, Fossard, Leuduger-Fortmorel, Poupelar, Roy, Masson, Thémoin, Camus, Buffé, Manoha, Serin, Villalon, Tarneau, Roussel, Martin, Dessaint, Waeterloot, Chartier, Leconte, Sifflet, Guérin, Durand, Avice, Desterne, Chevassu, Combes, Roche, Guirard, Pitou, Fauré, Gauvin, Hatry, Ladoire, Gingibre, Jean, Villain, Bouland, Lafforgue, Delarue, Vizerie, Vizy.

Pharmaciens aides-majors stagiaires. — MM. Tessier, Debeaux, Martin, Fetsch, Puig, Feron, Billoir, Vyerès, Paradis, Royer, Mullet, Aveline, Remond, Anger.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Le Gérant.
Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr.
Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 12 MARS 1855.

OPÉRATION CÉSARIENNE.

Voici la lettre que M. le docteur Lebleu (de Dunkerque) nous écrit au sujet de l'opération césarienne pratiquée récemment à l'hôpital de la Clinique, et que le défaut d'espace nous a obligé d'ajourner jusqu'aujourd'hui.

« Monsieur le Rédacteur,

» En lisant dans votre excellent journal (24 février 1855) la lettre de M. le docteur Liégard (de Caen), à la suite de laquelle, dans un commentaire sur la doctrine de M. le professeur Dubois relative à la céphalotripsie, vous me citez honorablement touchant un travail *sur l'opportunité et la simplification de l'opération césarienne*, présenté par moi à l'Académie de médecine, je me trouve amené à vous adresser les réflexions suivantes, dont la franchise et peut-être la hardiesse vous paraîtront à coup sûr avoir leur raison d'être et leur excuse dans la nécessité de ne pas laisser se propager une doctrine qui tend à compromettre la médecine et les intérêts sociaux ; doctrine d'autant plus dangereuse qu'elle part de plus haut, qu'elle est publiée dans un des plus répandus, des plus anciens et des mieux rédigés de nos journaux, et qu'elle se reproduit très souvent.

» Sans vouloir rien ajouter aux saines raisons par lesquelles M. Liégard combat ce qu'il appelle à bon droit *les bien faibles arguments* de M. Dubois, je me bornerai à opposer au fait et à la doctrine exposés dans la *Gazette des Hôpitaux* du 6 février deux simples réflexions : l'une philosophique, l'autre chirurgicale.

» 1° *Donnée philosophique.* — Certainement, dans la réalité des choses, c'est-à-dire dans la vue qu'il y a toujours une chance, si minime que M. Dubois veuille bien le dire, de sauver la mère et l'enfant, il est tout naturel qu'*on veuille en quelque sorte lui imposer une opinion contraire à la sienne*, ou du moins s'élever chaleureusement contre *sa doctrine* et contre *sa conscience*, qui est ici mauvaise conseillère, quelque tolérance qu'il veuille bien, lui, de son côté, mettre « à n'imposer » son opinion à personne, et à ne pas blâmer ceux qui agiraient autre» ment. » Et cela parce que cette doctrine, toute loyale et partant d'une excellente intention assurément, est, pour peu qu'on y réfléchisse, clairement et à tous égards erronée et dangereuse, en ce qu'elle renverse les principes essentiels et les plus élémentaires de la médecine, de la philosophie, de la religion et du droit.

» Au-dessus, en effet, de l'*expérience*, de l'*opinion* et de la *conscience* de M. P. Dubois, comme de quelque praticien que ce puisse être, il y a l'expérience et l'opinion de quatre siècles, toujours confirmées par l'enseignement et la pratique de nos trois Facultés, et notamment maintenues avec sévérité, quand nous étions sur les bancs, par tous nos maîtres de la science, par les Baudelocque, les Capuron, les Gardien, les Maygrier, les Désormeaux, les *Antoine Dubois*...

» Et au-dessus de cette expérience et de cette opinion de quatre siècles, il y a — ce qu'on n'ébranle pas — il y a un principe fondamental, une vérité immuable et éternelle qui, en admettant même que nous rejetions la sanction légale et chrétienne, nous dit, au nom de la simple philosophie rationaliste, au nom de la loi des lois, de la loi qui réclame sans cesse, de *la loi naturelle*, que notre premier devoir absolu, obligatoire et inflexible est de n'attenter jamais à la vie d'un de nos semblables, quels que soient le temps, le lieu, la personne, la circonstance.

» Tant que le fœtus humain ne sera pas *une masse inerte..... un être qui diffère à peine de la plante* (expressions que nous lisons avec tristesse dans des ouvrages de médecine excellents, à part cette tache, mais jusques auxquelles il faut descendre pour légitimement tuer un enfant ou un fœtus), la doctrine anglaise, dont l'enseignement de M. P. Dubois n'est que l'écho, ne pourra être admise ; aucun progrès, quel qu'il soit, ne viendra à coup sûr changer notre vieille doctrine.

» 2° *Donnée chirurgicale.* — Sans aucun doute, je suis de votre avis lorsque vous dites : « Il ne viendra assurément à l'idée de per» sonne de mettre ici en cause l'habileté de l'opérateur. » Rien n'est certes plus vrai en général, et personne plus que moi ne sent l'utilité de s'incliner et de puiser presque chaque jour à cette féconde source des hôpitaux de Paris et aux sagaces observations de M. P. Dubois et autres maîtres ; cependant, dans ce cas tout particulier, qu'il me soit permis de signaler que l'opération dont il s'agit, quoique très habilement pratiquée, je n'en ai jamais douté, aurait pu être mieux dirigée ou conçue. L'opinion que j'ai émise il y a dix ans dans les journaux de Paris et de Strasbourg, après la guérison de ma première opérée, se trouve pleinement d'accord avec celle plusieurs fois formulée par le professeur Stoltz, qui m'écrivait dernièrement que sur 6 opérations par lui pratiquées 6 enfants et 4 mères avaient été sauvés ; avec celle du professeur Hubert (de Louvain), qui, m'écrivant à l'occasion d'une opération césarienne par lui faite en août dernier avec succès pour la mère et l'enfant, ajoutait qu'il adoptait complétement les idées pratiques qu'il venait de lire dans les conclusions de mon dernier mémoire ; avec celle de M. Lestiboudois (de Lille), qui me disait aussi, après son unique opération césarienne, suivie aussi de succès pour la mère et l'enfant, qu'il avait suivi et suivrait encore, au besoin, le même procédé opératoire. (Ces quelques faits, disons-le en passant, joints encore, si l'on veut, à l'opération heureuse pratiquée tout récemment à Amiens, prouvent assez, ce me semble, que Baudelocque et Capuron n'étaient pas dans le faux quand ils disaient que, d'après leurs recherches, on sauvait environ le tiers des mères ; et remarquons bien que tous ces faits se sont passés dans des conditions bien analogues à celles dont se plaint tant M. Dubois, et qu'il prend comme pivot de sa nouvelle doctrine, c'est-à-dire dans des *hôpitaux de grandes villes*, et non, *pour la plupart, dans de petites localités, à la campagne, par des praticiens éloignés des grandes villes*, comme il l'insinue dans son discours à l'Académie le 2 mars 1852.)

» Je dis donc :

» 1° Que personne de nous, et tous les auteurs sont même d'accord là-dessus, n'aurait attendu que la femme s'épuisât en douleurs inutiles jusque *dans l'après-midi du 26, le 26 au matin, à l'heure de la visite, l'orifice étant* NOTABLEMENT *dilaté, et les membranes* BOMBANT *dans le vagin ;*

» 2° Que personne de nous n'aurait *rompu les membranes*, la matrice devant alors revenir sur elle-même, une incision plus grande devant être faite, et les manipulations pour extraire l'enfant et le placenta devant être plus rudes et plus fatigantes pour cet organe ;

» 3° Que personne de nous n'aurait pratiqué *une incision depuis le point où l'on pouvait courir le risque de rencontrer la vessie jusqu'à l'ombilic, et même, un peu plus tard, jusqu'au-dessus de l'ombilic.* J'ai, dans mes deux opérations, commencé par mesurer et marquer très exactement 13 centimètres, et cette seule incision, qui était loin d'aller jusqu'à l'ombilic, m'a parfaitement suffi pour l'extraction des deux enfants, de grosseur cependant au-dessus de la moyenne. M. Stoltz ne conseille même, et ne pratique que 12 centimètres. Il est inutile d'insister sur l'évidente utilité *à priori* de l'incision plus petite qu'elle n'est généralement pratiquée, au point de vue de la réunion de la plaie et des chances de métro-péritonite ou d'hémorrhagie, causes les plus ordinaires de mort ;

» 4° Que nous n'aurions en aucune manière *réuni les lèvres de l'utérus avec des serres-fines* (1), ni avec quoi que ce soit ; M. Stoltz, comme il est généralement recommandé et pratiqué, aurait placé à la peau seulement de rares points de suture ; et moi, guidé par ce qu'avaient déjà écrit Pibrac et Sabatier et par ce qu'indique une saine théorie sur le travail purement vital d'agglutination des plaies, je me serais contenté d'un simple appareil agglutinatif avec bandages unissants minutieusement décrit dans mon travail et qui m'a deux fois réussi, bien loin de réunir de nouveau les lèvres de la plaie à l'aide de la très douloureuse, très compromettante et très inefficace suture entortillée.

» A l'aide de ces modifications et simplifications qu'on peut espérer voir se vulgariser et se perfectionner encore, n'est-il pas naturel de penser qu'au lieu de sauver un tiers des femmes on en sauvera, ce qui paraît déjà avoir lieu, la grande moitié ; que dans toutes les localités les mêmes succès se répéteront indistinctement, comme cela avait lieu autrefois dans le moins salubre et moins savant Paris, surtout si l'on a grand soin (chose qu'à ce qu'il paraît on a trop négligé dans les relations d'opérations césariennes faites dans cette capitale) d'opérer sans attendre que le cas devienne désespéré par suite des violences prolongées et inutiles exercées sur la femme ; et qu'ainsi les principes du noble art de guérir, comme les grands principes sociaux auxquels ils se lient, seront universellement maintenus et sauvegardés, bien loin de devoir varier suivant *telle* ou *telle conscience*, et surtout suivant les localités petites, moyennes ou grandes, comme dans une théorie nouvelle on voudrait nous le faire croire. »

Dans une question aussi grave que celle dont il s'agit, on ne saurait s'entourer de trop de lumières et apporter trop de circonspection dans l'appréciation et le jugement des faits invoqués de

(1) C'est par suite d'une erreur de rédaction qui ne saurait être imputée à M. P. Dubois qu'il a été question de la réunion des parois utérines avec les serres-fines. C'est aux parois abdominales que les serres-fines ont été appliquées. (Note du Rédacteur.)

DE L'ORGANICISME

COMME DOCTRINE PRÉSENTE ET PERMANENTE (1).

« Et quand la fantaisie en tout lieu s'intronise ;
» Qnand l'art n'a plus de lois, rien n'est plus importun
» Que le vieux radoteur qu'on nomme sens commun. »
(VIENNET, *Clio.*)

Demandez au premier praticien venu quelle est la doctrine médicale qui règne actuellement en France, il vous répondra qu'il n'en existe aucune : que la science est mise en question ; que l'art est livré à l'individualisme le plus éhonté, à l'anarchie la plus effrénée.

C'est en effet l'impression qui surgit de cette absence de principes généralement consentis, de cet isolement où chaque observateur affecte de se maintenir. D'où il résulte pour le médecin candide, cherchant de bonne foi la vérité, un inextricable embarras, lorsqu'au moment d'agir il demande aux documents contemporains quel est le meilleur des procédés à mettre en usage.

Ce chaos de l'art moderne est particulièrement mis en relief par ce qui se passe actuellement à l'endroit de l'épidémie qui depuis vingt ans a trois fois ravagé la France. La nosologie et surtout la thérapeutique du choléra sont tout à la fois l'exemple le plus éclatant de la confusion des idées et la plus sanglante satire de l'esprit médical de notre époque.

Les inconvénients, je dirais presque les calamités résultant de cette situation se font sentir dès l'entrée du sanctuaire. Le néophyte, privé de principes régulateurs, de ce *fil médicinal*, comme dit Bacon, qui seul pourrait le guider à travers les mille détours du labyrinthe scientifique, arrive au terme de son noviciat complétement dépourvu de ces idées générales, lumineuses et fécondes, qui règlent la conduite et raffermissent la conscience dans l'application des moyens si variés de l'art de guérir. A l'occasion du moindre fait pratique, il se sent défaillir au milieu de tant d'opinions contradictoires ; dépourvu de conviction scientifique, il agit sans fermeté, sans confiance, et, mécontent de lui-même et de l'art, il finit par s'abandonner aux chances aléatoires d'un empirisme dégradant.

Je ne dirai rien de la position si pénible créée par cet ordre de choses à celui qui, comme nous, a pour mandat d'exposer le tableau général de nos connaissances, de systématiser cette foule de détails dépourvus actuellement de liens réciproques, de faire pénétrer l'ordre et la lumière où n'existent aujourd'hui que confusion et ténèbres profondes. Ce qui me préoccupe surtout, jeunes élèves, c'est votre présent, dont je voudrais écarter les vains et fastidieux labeurs ; c'est votre avenir, où je voudrais vous ménager les triomphes du talent et les satisfactions de la conscience. En méditant ce double problème, qui absorbe ma sollicitude depuis vingt ans, je suis arrivé à certaines solutions partielles et progressives, dont quelques-unes vous sont connues, et dont les autres feront l'objet de ce discours.

Dans une dissertation *sur la statistique*, je vous disais, il y a deux ans, qu'une erreur universellement répandue aujourd'hui c'est de croire que nous avons fait table rase de toutes les doctrines, de tous les systèmes. Cette illusion résulte de la multiplicité même des doctrines ou systèmes divers professés par chacun et par tous. En effet, croire à tout c'est en réalité ne croire à rien, et telle est aujourd'hui l'indifférence en matière de doctrines que toutes sont accueillies avec la même mollesse, car on ne saurait dire la même faveur.

Donc, au lieu d'une seule doctrine, comme sous le règne du galénisme hippocratique de la renaissance, au lieu de deux doctrines militantes, comme sous le double empire de Brown et de Broussais, nous en avons une douzaine qui toutes occupent assez paisiblement une place au soleil. Ainsi : système qui consiste à se croire affranchi de tout système, c'est le plus faux et le pire de tous ; — système déclarant guerre à mort à l'organicisme, au rationalisme, au numérisme, à tout ce qui brillait naguère : c'est le système des envieux, des médiocrités révoltées ; c'est celui qui dicte la plupart des travaux modernes ; — système intronisant l'humorisme régénéré, par opposition au solidisme déchu ; — système basé sur une admiration superstitieuse pour les révélations du microscope, qui prétend, ni plus ni moins, à détrôner l'observation clinique ; — système basé sur la chimie qui se dit *organique*, et qui pourtant se pose en rivale de l'organicisme ; — système du vitalisme qui fait bravement dériver l'organe de la fonction, et non pas la fonction de l'organe ; — système de l'empirisme, qui met à néant les doctrines et divinise le fait brutal ; — système de l'éclectisme, brodant sur le tout et choisissant telle ou telle doctrine, suivant les besoins de la cause. — Il est d'autres systèmes secondaires, tels que le contro-stimulisme, le dynamisme, l'homœopathie, etc. Vous voyez donc qu'au lieu de la négation absolue des systèmes, nous avons une ample collection de systèmes qui sont en lutte flagrante et incessante les uns contre les autres. C'est là une solution première servant de base à une autre que nous allons rechercher, et qui consiste à savoir quelle est la valeur positive de tous ces systèmes, si leur désharmonie n'est pas plus apparente que réelle, et s'il ne serait pas possible de les concilier en les réduisant à l'unité. Si cette proposition semble paradoxale de prime abord, nous espérons faire voir que sa démonstration n'est pas absolument impossible. Déjà nous sommes heureux de pouvoir dire que cette solution ne nous appartient pas exclusivement, qu'elle existe en germe, sous forme de lueurs, en quelque sorte, dans les aperçus d'un bon nombre d'écrivains modernes qui l'ont sentie, entrevue, si bien que l'un d'eux l'a positivement formulée, mais pour la critiquer (1) ; mais personne ne l'a franchement exposée, développée et démontrée, comme nous allons essayer de le faire, en l'érigeant en dogme général

(1) Ce discours a été prononcé à la rentrée de la Faculté de Strasbourg.

(1) « Le caractère de la médecine contemporaine a été, depuis une vingtaine » d'années, de circonscrire le siége et la raison des maladies à une portion de » l'organisme. Cette méthode localisante *organique* achève en ce moment sa » carrière sous le microscope. » (J. GUÉRIN, *Gaz. médic. de Paris*, n° 11, 1853.)

part et d'autre à l'appui des doctrines et des pratiques en cause. Lorsque nous avons, en août 1854, rendu compte du mémoire de M. Lebleu, nous n'avons pas dissimulé les préférences que nous nous sentions porté à accorder à une pratique qui, en faisant subir à la mère les chances d'une opération grave et souvent mortelle, a du moins sa justification dans la possibilité de sauver les deux êtres, et, pourquoi ne pas le dire ? sa rigoureuse prescription dans les lois de la morale et de la religion. Mais quelque respectables que soient ces derniers motifs, du moment où l'opération ne présente plus ces chances qui raffermissent la confiance du chirurgien en conciliant dans son esprit les inspirations de sa conscience avec les intérêts d'humanité qui lui sont confiés, pousserez-vous leur rigoureuse et impitoyable application jusqu'au sacrifice certain de la mère, lorsque ce sacrifice ne devra être racheté que par une existence douteuse et soumise elle-même à tant de chances aléatoires? Car, nous ne saurions trop le répéter, M. Lebleu et M. Liégard n'ont tenu assez compte, l'un et l'autre, ni des influences délétères qui, dans les établissements de Paris, font de l'opération césarienne une opération constamment mortelle, ni des conditions spéciales au milieu desquelles vont se trouver le plus habituellement les produits de ce triste sacrifice; conditions qui réduisent, pour ces malheureux petits êtres, les chances de vitalité à des proportions de beaucoup inférieures aux chances moyennes.

Sans doute nous nous sentons peu de sympathie pour le sans-façon avec lequel la doctrine anglaise fait bon marché de la vie du fœtus, mais nous croyons qu'entre l'application générale de cette doctrine, qui se préoccupe si peu des considérations de l'ordre moral et religieux, et les rigoureuses prescriptions que celles-ci consacrent, il y a pour les circonstances exceptionnelles semblables à celles que nous venons de rappeler une sorte de latitude où doit librement se mouvoir la conscience du chirurgien. C'est ce droit seul que nous avons entendu maintenir en faveur de M. Dubois contre les prétentions de MM. Liégard et Lebleu.

Mais la question ne doit plus, à notre avis, rester renfermée à l'avenir dans ces termes. L'expérience n'a que trop parlé, et, bien que nous n'ignorions pas qu'en d'autres temps l'opération césarienne a été faite avec succès à Paris, les deux faits qui viennent de se passer récemment à la Clinique et tous ceux qui les ont précédés depuis le commencement de ce siècle, prouvent assez qu'il n'y a désormais aucun espoir à fonder sur le résultat de cette opération dans de semblables conditions. Il faut absolument sortir du terrible dilemme dans lequel les accoucheurs de Paris se trouvent étreints. Il ne faut plus qu'ils n'aient qu'à choisir entre une opération qui tue sûrement l'enfant et une opération qui tue sûrement la mère et quelquefois les deux. En un mot, il ne *faut plus* que l'opération césarienne soit pratiquée ni à la Clinique, ni à la Maternité, ni dans aucun des grands centres hospitaliers de Paris. Puisqu'elle réussit en province, elle doit pouvoir réussir aussi à Paris, mais à la condition d'être pratiquée dans des circonstances hygiéniques toutes différentes de celles au milieu desquelles elle l'a été jusqu'à présent.

D'autres voix se sont déjà élevées pour exprimer le vœu qu'à l'avenir un local spécial, situé aux portes de Paris, dans les meilleures conditions de salubrité possible, fût affecté aux femmes qui seraient dans le cas de subir l'opération césarienne, et pour réclamer à cet égard une intervention efficace de l'administration de l'assistance publique. Nous trouvons la même pensée exprimée dans la lettre de notre honorable collaborateur M. le docteur A. Joux, à laquelle nous regrettons de ne pouvoir donner place ici, restreint que nous sommes par l'espace. Nous ne pouvons qu'adhérer à cette pensée et en appuyer la réalisation de tous nos vœux.

HOPITAL MILITAIRE DU ROULE. — M. Bonnafont.

Efficacité du collodion contre les orchites aiguës basée sur plus de cinquante observations récentes.

Les lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux* n'auront pas encore sans doute oublié la discussion qui a eu lieu à l'Académie de médecine à l'occasion d'un mémoire que j'avais lu sur l'emploi du collodion contre les orchites. Bien que ce traitement ait rencontré une opposition sérieuse basée surtout sur la douleur qu'on l'accusait de provoquer, il atteint un demi-résultat, c'est-à-dire que son adversaire le plus redoutable, le savant praticien de l'hôpital du Midi, a été obligé de convenir que le collodion, préparé d'après ma formule, ne provoquait plus qu'une douleur légère et pas assez vive pour devenir un argument d'exclusion de ce mode de traitement. La question est donc restée sur son efficacité thérapeutique comparée à celle des divers autres traitements. A ce sujet, on doit se rappeler que M. le professeur Velpeau, dans les expériences qu'il a faites depuis à l'hôpital de la Charité, est arrivé à ce résultat que le collodion guérit aussi bien que les autres moyens. Quant à la douleur, elle n'a jamais été prise en sérieuse considération par ce praticien célèbre quand il s'est agi de faire usage du collodion, puisqu'il l'a appliqué après l'opération de l'hydrocèle comme moyen préventif de l'inflammation consécutive. Si donc les résultats que nous proclamons encore aujourd'hui, et qui témoignent en faveur de ce mode de traitement, sont supérieurs à ceux relevés à l'hôpital de la Charité, cela doit tenir évidemment à l'invasion de la maladie, à l'état des tissus malades et surtout au degré d'inflammation qu'ils présentent. Ainsi, nous devons le répéter, plus la maladie est récente, plus les symptômes inflammatoires sont aigus, plus l'efficacité du médicament est manifeste; tandis que son action sera très lente sur une orchite qui aura franchi la période d'acuité et qui aura déjà déterminé un peu d'induration dans les tissus malades. Quelques praticiens d'un mérite scientifique reconnu l'ont employé et l'emploient encore avec succès. Tels sont MM. Ségalas et Blache. Ce dernier m'a même assuré qu'on l'employait dans un des services de l'hôpital du Midi.

Nous avons, sur les nombreuses observations présentées à l'Académie, cherché à démontrer que le collodion, appliqué en temps opportun contre les orchites aiguës, guérissait plus vite, et surtout plus économiquement que les autres moyens. Or, comme les faits recueillis depuis sont venus corroborer l'opinion que nous avons exprimée alors, nous en publierons un certain nombre, afin qu'ils servent à la propagation d'une méthode de traitement que nous croyons supérieure aux autres.

Les observations qui suivent ont été relevées, et devaient être publiées par un élève en médecine d'un mérite incontestable, M. Caze, que la mort vient d'enlever trop tôt à la science, à ses parents et à ses amis, au nombre desquels il m'avait déjà compté.

Des vingt-huit orchites dont les observations suivent, et qui ont été observées du 21 septembre au 10 janvier, vingt-deux ont été traitées par le collodion, six ont été livrées à elles-mêmes. Le premier fait qui ressort de la lecture de ces observations, c'est que lorsque le collodion a été appliqué, toujours la douleur a disparu presque immédiatement. Le collodion n'a jamais été appliqué que dans la période aiguë, c'est-à-dire au moment où la douleur est la plus vive. On a pu ainsi très bien apprécier son effet. Chez un seul malade (obs. 6) la douleur a persisté après une application de collodion, mais elle n'a pas résisté à une seconde.

La douleur occasionnée par l'application même du collodion est de courte durée, et excepté chez un seul malade (obs. 3), elle a toujours été facilement supportée, et elle a cessé peu d'instants après l'application du médicament.

L'engorgement s'est montré plus rebelle; mais il est des cas où il a disparu avec une rapidité extraordinaire. Telles sont les observations 1, 4, 5, 12, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 24, 26, 27 et 28, qui donnent une moyenne de huit jours pour la guérison. Je crois devoir ajouter que les orchites qui se sont montrées le plus rebelles sont celles qui avaient déjà subi d'autres traitements pendant longtemps sans résultat, et qui présentaient un engorgement chronique très considérable. Les observations 8, 9, 16, 20, 21, 22, 24, 26 et 28, traitées pour ainsi dire au moment de l'invasion de la maladie, dans sa période aiguë, viendront confirmer, par leur rapide guérison, la proposition précédemment énoncée. Les observations 1, 4, 5, 12 en sont des preuves certaines.

Dans les vingt-deux observations où le collodion a été mis en usage, je trouve un seul exemple de récidive, le seul aussi qui se soit présenté depuis que j'emploie cet agent dans le traitement des orchites : c'est l'observation 4. Mais l'inflammation ne résista pas à une deuxième application de collodion, et l'on voit en effet que six jours après tous les accidents avaient disparu, que tout était rentré dans l'état normal.

De l'examen de ces observations on peut donc conclure que le collodion a toujours pour résultat immédiat de faire disparaître la douleur si insupportable dans ces affections; de hâter, dans la grande majorité des cas, le dégorgement des parties, surtout lorsqu'il est appliqué en temps opportun. Quelques-unes de ces observations prouvent même sa supériorité sur quelques-autres traitements, puisqu'il a obtenu une amélioration rapide là où ils avaient échoué.

Obs. I. — Orchite datant de 4 jours. Tuméfaction considérable; testicule et cordon très engorgés et très douloureux. Cessation de la douleur quelques heures après l'application du collodion. Diminution notable de l'engorgement le lendemain. Guérison le 6e jour.

Obs. II. — Orchite survenue après 8 jours d'urétrite. Application du collodion le jour même de l'invasion. Le lendemain la douleur est dissipée, mais l'engorgement persiste, et ne se dissipe complétement qu'après 20 jours.

Obs. III. — Orchite traitée pendant 20 jours par deux applications de sangsues, des cataplasmes et des frictions mercurielles, sans changement appréciable. Application du collodion suivie de douleurs très vives pendant le 1er jour. Douleur moins vive le 2e jour, l'engorgement restant le même. Cessation de la douleur le 3e jour. L'engorgement ne cesse et la guérison n'est complète que le 23e jour.

Obs. IV. — Orchite datant de 3 jours. Engorgement peu considérable et douleur presque nulle. Expectation. La tuméfaction et la douleur s'étant accrues, on applique le collodion au bout de 4 jours (le 7e de la maladie). Le lendemain la douleur est calmée; le 3e jour elle est nulle, et l'engorgement commence à diminuer. Le 4e jour le malade enlève le collodion. Le 6e, retour de l'engorgement et de la douleur. Nouvelle application de collodion. Le lendemain la douleur cesse de nouveau. Guérison complète le 12e jour.

Obs. V. — Orchite datant de 5 jours. Inflammation très aiguë, engorgement considérable et douleur très vive. Application de sangsues sans résultat. Application de collodion le 9e jour. Disparition de la douleur le lendemain. Guérison en 4 jours.

Obs. VI. — 8 jours de date. Inflammation peu intense; expectation. Au bout de 8 jours l'engorgement ayant augmenté, collodion. Persistance de l'engorgement et de la douleur. Invasion de l'autre testicule. Deuxième application. Guérison au bout de 30 jours de traitement.

Obs. VII. — Point de collodion; sangsues, frictions mercurielles et cataplasmes. Le 29e jour du traitement, la tumeur, bien que diminuée de volume, est encore loin d'être guérie.

Obs. VIII. — Orchite très aiguë; tuméfaction considérable et douleur très vive. Collodion le 2e jour. Dans la journée, cessation de la douleur, sauf un peu au cordon. Le 3e jour, plus de douleur du tout. Guérison complète le 11e jour.

Obs. IX. — 6 jours de date. Collodion le 3e jour. Le lendemain, plus

---

et absolu. Sans vous tenir plus longtemps en suspens, sachez que cette solution est celle-ci; à savoir, que l'ensemble des doctrines modernes vient se résumer et se fondre dans l'organicisme bien compris. Oui, nous le répétons, nonobstant clameur de haro, notre époque professe l'organicisme. Voilà le grand mot lâché.

Ce mot, je le sais, va causer une stupéfaction profonde et soulever une indignation universelle. Quoi! dira-t-on, nous professons l'organicisme, cet objet de haine et de dédains; l'organicisme, contre lequel nous nous insurgeons depuis trente ans; l'organicisme, que nous avons la conviction d'avoir bien et dûment réduit à néant!.... Oui, messieurs, vous le professez, et qui plus est, cet organicisme abhorré a régné de tout temps, proclamé, pratiqué par nos ancêtres les plus révérés, car jamais il ne fut mis à néant, quoi que vous en disiez; il fut, il est, et je crois fort qu'il sera toujours; c'est ce qu'il s'agit de démontrer.

Peut-être cette grande dissidence ne repose-t-elle que sur un malentendu, sur des termes mal définis, comme il arrive si souvent dans le monde. Il me semble, en effet, que les modernes confondent trop légèrement l'organicisme avec le solidisme, erreur qui, du reste, provient des solidistes eux-mêmes, qui s'intitulent généralement organicistes ou organiciens. Or, il est évident qu'organicisme et solidisme ne sont pas synonymes; entre eux existe la différence du contenant au contenu, du tout à la partie. En effet, le solidisme est contenu dans l'organicisme dont il fait partie; car il est clair que celui-ci contient encore d'autres éléments. L'organicisme, évidemment, doit comprendre tout ce qui entre dans la composition des organes, tout ce qui s'y trouve réellement ou virtuellement : des solides, des liquides, des impondérables, puis des forces et des propriétés physiologiques, en tant que celles-ci dépendent plus ou moins directement de la constitution de organes (1).

(1) C'est l'idée qu'il y a déjà vingt ans se formait de l'organicisme un écrivain éminent, qui pourtant arborait le drapeau du vitalisme. « Les conditions organiques, dit M. Dubois (d'Amiens), comprennent et des éléments impondérables, et des éléments qui échappent complétement à nos moyens d'investigation. » C'est que l'auteur du *Traité des études médicales* sentait, bon gré, mal gré, que la vie est inhérente aux organes.

Si cette définition de l'organicisme était acceptée, et elle doit l'être par tout esprit droit et positif, il y a lieu de croire que nous verrions cesser bien des zizanies.

Une autre source de logomachies, c'est de considérer l'emploi de nouveaux procédés, de nouveaux instruments d'observation, comme des modificateurs radicaux des doctrines régnantes, comme constituant eux-mêmes des doctrines, ou, comme on dit, des écoles nouvelles. Ainsi, habitué qu'on était à faire de l'anatomie pathologique, du solidisme, de l'organicisme enfin, avec l'application immédiate des sens et à la pointe du scalpel, on s'est imaginé faire quelque chose de tout différent lorsqu'on est venu à scruter les organes à l'aide du microscope et des réactifs, et l'on a érigé le *microscopisme* et le chimisme en véritable système.

Habitué qu'on était à confondre l'organicisme avec le solidisme de Brown, de Pinel, de Broussais et de leur école, on a cru faire autre chose que de l'organicisme quand on en est venu à régénérer l'humorisme et le physico-dynamisme, dont on a fait également des systèmes distincts de l'organicisme.

Or, on ne saurait trop le redire, n'est-il pas évident que le microscope et les réactifs ne sont que des adjuvants des sens et du scalpel, c'est-à-dire des instruments d'observation plus délicats, plus minutieux, plus profonds des éléments de l'organisation; de sorte que l'organicisme de dissection d'amphithéâtre s'est trouvé tout simplement revu, corrigé et augmenté de l'organicisme moléculaire ou de laboratoire. C'est une amplification, un progrès de l'organicisme, et voilà tout.

N'est-il pas évident aussi, nous le répétons, que la réhabilitation des liquides et des impondérables n'est que le complément de l'organicisme, dont le solidisme n'était qu'un élément partiel et usurpateur, et que,

sous ce rapport, nous sommes, de nos jours, plus complétement, plus véritablement organiciens que nous ne l'étions il y a trente ans? Car, au lieu de comprendre uniquement la grossière anatomie des solides, le moderne solidicisme embrasse l'examen et l'analyse des liquides et des impondérables, à l'aide des sens d'abord, puis avec les puissants secours de la physique et de la chimie.

Ainsi, les instruments ont changé; non, se sont multipliés; le champ de l'observation s'est déplacé, non, s'est élargi; mais, philosophiquement, le substratum de nos investigations est resté le même. Ce sont toujours les organes que nous étudions; bref, nous sommes toujours organiciens, et plus et mieux organiciens que jamais.

Une troisième cause de l'aberration de nos idées, c'est que, dans notre ignorance de l'histoire, nous nous posons en inventeurs, croyant faire quelque chose d'inouï lorsque nous faisons autrement que nos devanciers immédiats. Ainsi, de ce que nous pratiquons aujourd'hui la chimie et le microscope, nous croyons avoir refait la science *ab imis fondamentis*, et rebâti l'édifice médical sur des bases essentiellement différentes de celles sur lesquelles reposait l'édifice ancien. Cette illusion est très commune de nos jours, et de ce que Broussais, dont la mémoire est vouée à l'abomination, était réputé organicien, nous croyons le stigmatiser et l'anéantir, lui et ses adhérents, et nous croyons fermement glorifier l'antiquité à leurs dépens en répudiant l'organicisme, en conspuant à tout propos au nom d'Hippocrate, de Sydenham, de Stoll, etc., gens qu'on ne lit guère et que l'on comprend encore moins. A la manière dont nous accueillons la chimie et le microscope, il semble qu'ils soient nés d'hier, et que Sylvius et Fourcroy, Leuwenhoëk et Boerhaave n'aient jamais existé. Erreurs déplorables, que suffisent à renverser les notions les plus superficielles d'histoire et de philosophie.

Mais d'abord comment croire, *à priori*, qu'en aucun temps et de propos délibéré on ait imaginé de ne tenir aucun compte de l'état matériel des organes malades dans la curation des maladies? Ne serait-ce pas

de douleur. Guérison le 10e jour, moins une légère induration de l'épididyme.

Obs. X. — Orchite traumatique datant de 5 jours. Nul traitement. Guérison en 16 jours.

Obs. XI. — 6 jours de date. Application du collodion le 3e jour. Diminution de la douleur seulement le surlendemain, l'engorgement persistant. Epanchement de liquide dans la tunique vaginale. Ponctions. Guérison en peu de jours.

Obs. XII. — Orchite traumatique datant de 8 jours. Collodion le 1er jour. Le lendemain cessation complète de la douleur. Guérison en 6 jours.

Obs. XIII. — Orchite traumatique datant de 4 jours. Pas de collodion. Expectation. 27 jours de durée.

Obs. XIV. — 3 jours de date. Expectation pendant dix jours, la tumeur étant peu douloureuse. Le 10e jour, douleurs devenues plus vives, collodion. Cessation momentanée de la douleur, qui revient plus vive encore. Cataplasmes laudanisés sur le trajet du cordon. Persistance de douleurs intolérables pendant 3 jours. Le 4e, cessation. Enlèvement du collodion. Guérison le 10e jour.

Obs. XV. — 2 jours de date. Collodion le 2e jour (4e de la maladie). Persistance de la douleur les 1er, 2e et 3e jour. L'engorgement et la douleur augmentent le 4e jour; on enlève le collodion. Applications émollientes. Guérison au bout de 18 jours. (Echec.)

Obs. XVI. — 4 jours de date. Traitement pendant 3 jours par les applications émollientes et les frictions mercurielles; augmentation de l'engorgement. Collodion; un quart d'heure après, disparition complète de la douleur, qui ne reparaît plus. Le lendemain, engorgement diminué de plus de moitié. Guérison en 8 jours.

Obs. XVII. — 3 jours de date. Douleur survenue le lendemain, devenue intolérable le 3e jour. Collodion. Cessation complète de la douleur. Guérison complète en 9 jours.

Obs. XVIII. — 5 jours de date. Douleur très vive. Collodion le 3e jour. Suspension pendant quelques heures de la douleur, qui revient pour disparaître presque entièrement le lendemain. Diminution sensible de la tumeur. Guérison en 7 jours.

Obs. XIX. — Engorgement considérable sans douleur. Pas de collodion. Le 24e jour, engorgement diminué; persistance de l'induration de l'épididyme et du cordon.

Obs. XX. — 5 jours de date. Engorgement considérable; douleurs très vives; symptômes généraux de réaction intenses. Collodion le 2e jour. Un quart d'heure après, plus de douleur. Diminution de l'engorgement dès le surlendemain. Guérison en 8 jours.

Obs. XXI. — 6 jours de date, durant lesquels on a fait des applications émollientes. Insomnie depuis deux nuits. Collodion. La douleur disparaît aussitôt pour ne plus reparaître. Guérison complète en 6 jours.

Obs. XXII. — 3 jours de date. Douleur et engorgement peu intenses d'abord, devenus considérables au bout de 3 jours. Collodion. Cessation de la douleur peu d'instants après. Guérison en 8 jours.

Obs. XXIII. — Orchite peu intense. Pas de collodion. Simples applications émollientes. Guérison en 15 jours.

Obs. XXIV. — 6 jours de date. Engorgement considérable avec œdème; douleurs supportables. Au bout de 5 jours, l'engorgement augmentant et la douleur devenant très vive, collodion. Douleur calmée immédiatement. Guérison complète en 4 jours.

Obs. XXV. — 4 jours de date. Même état que le précédent, sauf la douleur qui est nulle. Pas de collodion. Frictions mercurielles, cataplasmes, bains. L'engorgement disparaît très lentement. Guérison au bout de 31 jours seulement.

Obs. XXVI. — Engorgement peu considérable, mais douleurs très vives. Collodion le 2e jour (ce collodion mal préparé, n'ayant ni la consistance, ni l'élasticité de celui dont on se sert habituellement dans le service, ne produit aucun résultat). Une deuxième application est faite d'après la formule en usage à l'hôpital du Roule. Celle-ci est suivie d'un très bon résultat. Cessation immédiate de la douleur. Guérison le 8e jour après la deuxième application.

Obs. XXVII. — 6 jours de date. Douleurs peu intenses. Expectation. Mais au bout de 8 jours, le malade ayant fatigué, l'épidipyme devient très volumineux et très douloureux. Collodion. Diminution immédiate de tous les accidents. Guérison en 12 jours.

Obs. XXVIII. — 4 jours de date. Engorgement peu prononcé, douleur presque nulle; applications émollientes. Après 4 jours, douleur devenue intolérable; engorgement augmenté. Collodion. Cessation immédiate de la douleur. Guérison complète en 10 jours.

Obs. XXIX. — Au mois de juin de l'année dernière, mon excellent confrère M. Contour me pria d'aller voir avec lui un de ses amis atteint d'une orchite aiguë qui retenait le malade au lit depuis plusieurs jours et contre laquelle il avait inutilement appliqué 30 sangsues en deux fois. Malgré ce traitement antiphlogistique très énergique, le gonflement et la douleur restaient les mêmes; le malade, médecin lui-même, se décida à *subir* l'application du collodion, et certes il fallait que les souffrances fussent bien vives pour lui faire surmonter les craintes que M. Ricord avait manifestées sur l'emploi de cet agent. Bref, quand je vis le malade pour la première fois je le trouvai dans son lit souffrant beaucoup; le testicule droit, gonflé, rouge, ne supportait pas la plus légère pression. Toute la tumeur fut recouverte à cinq heures du soir d'une couche de collodion. La douleur qu'il produisit fut vive et ne dura pas plus de vingt minutes; puis calme complet, et le sommeil, absent depuis plusieurs nuits, fut la nuit suivante de six heures.

Le lendemain, le malade était complétement rassuré et n'accusait qu'une faible douleur même en pressant le testicule, dont le volume avait diminué d'un tiers.

Depuis ce moment le mieux fut en progressant, et huit à dix jours après notre confrère put reprendre ses occupations. M. Ricord connaît bien ce fait, car le malade est allé le lui raconter aussitôt après sa guérison.

Afin de nous conformer aux idées émises par MM. Velpeau et Ricord sur la valeur du traitement des orchites par le repos et l'expectation, nous avons cherché à y soumettre tous les malades qui se sont présentés dans notre service depuis cette discussion. Nous devons déclarer que sur les 28 observations relevées par M. Caze, il n'a été possible de continuer cette médication que sur six malades, chez lesquels l'orchite a suivi une marche assez bénigne pour ne pas exiger une médication plus active; tandis que chez les 22 autres il a fallu, au bout de quatre, cinq, six, quelquefois dix jours, avoir recours, sur l'insistance des malades et à cause des douleurs qu'ils éprouvaient, à l'emploi du collodion. Il en a été de même sur les 26 observations qui avaient été relevées par nous du mois de mai au mois de septembre et sur lesquelles trois malades seulement ont pu être livrés à la méthode expectante pour les mêmes raisons données plus loin. Nous exceptons, bien entendu, de cette catégorie toutes les orchites métastatiques consécutives à des oreillons, lesquelles ont été très nombreuses l'année dernière à l'hôpital militaire du Roule. Sur 19 orchites de ce genre admises ou survenues dans notre service, nous avons observé que toutes ont guéri en peu de temps par le repos et un suspensoir doublé de ouate. Dans un cas seulement, nous avons été obligé d'employer le collodion à cause de l'acuité de l'inflammation et de la douleur qu'elle occasionnait.

Ainsi, en ajoutant au 27 cas d'orchite relevés par M. Caze les 26 qui avaient été traitées du 1er juin au 1er septembre, cela fait un total de 54, duquel il faut distraire les 6 orchites non traitées par le collodion et abandonnées à elles-mêmes. Reste donc 48 soumises au collodion, et dont les journées de traitement, additionnées du jour de l'application du médicament à celui de la guérison, produisent un total de 248 qui, divisées par 48, donnent une moyenne de 9 journées 4/10es. Maintenant, si nous ajoutons toute la durée de la maladie depuis le point de l'invasion jusqu'à la guérison, nous trouvons une moyenne de 16 jours. Mais il est essentiel de faire remarquer que, désirant nous rendre compte des effets que pouvait produire le traitement purement expectant, nous avons laissé passer souvent plusieurs jours avant d'appliquer le collodion, circonstance qui augmente d'autant la durée moyenne du traitement; tandis que les six orchites qui ont pu être abandonnées à elles-mêmes ont présenté une moyenne de 24 jours 3/10es. La différence, comme on le voit, n'est pas en faveur de cette dernière méthode, qui n'a été et ne peut être employée que dans les cas très légers. Que serait-ce donc si le chirurgien s'obstinait à y soumettre les cas un peu graves?... Aucun chirurgien, et M. Ricord lui-même. ne voudra, j'en suis certain, accepter la responsabilité d'un pareil traitement, dont les malades s'accommoderaient fort peu, du reste.

En résumé, le collodion reste pour nous le remède par excellence contre les orchites aiguës, puisque jamais, sur plus de 100 observations, il n'a fallu recourir après lui à d'autres médicaments; tandis que plusieurs fois, soit en ville, soit à l'hôpital, il a triomphé d'accidents contre lesquels une et même deux applications de sangsues avaient échoué.

Mais une chose importante est de s'assurer de la bonne préparation du collodion, lequel ne doit pas être trop clair; il faut même que le fulmi-coton y soit un peu en excès. La térébenthine doit en être complétement exclue et remplacée par l'huile de ricin, depuis 2 grammes par 30 de collodion jusqu'à 4. Chez les enfants, on peut même ajouter 6 grammes d'huile par 30 de collodion.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 28 février 1855. — Présidence de M. Huguier.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Adolphe Richard montre un malade de vingt-cinq ans environ, affecté d'une singulière forme de tumeurs de la peau. La partie antérieure de la région axillaire est couverte d'un grand nombre de saillies papilliformes, libres et pédiculées en certains points, réunies en d'autres en masses verruqueuses et mûriformes. Çà et là on voit des points noirs du volume d'une grosse tête d'épingle, et qui probablement sont dus à la distension des follicules sébacés par le produit de leur sécrétion. Les végétations cutanées sont molles, flasques, recouvertes d'épiderme; quelques-unes atteignent un centimètre et demi de longueur. Cette affection date de longues années; elle ne s'accompagne d'aucune douleur, mais elle tend à s'accroître, et quelques excoriations se montrent, soit à la surface, soit dans les interstices des tumeurs. Il en résulte de la gêne dans les mouvements.

La superficie de cette altération est assez considérable. D'une manière approximative, elle a 15 centimètres en longueur sur 4 à 5 centimètres en largeur. Les papilles de la peau, les glandes sébacées, et peut-être aussi les glandes sudoripares, si abondantes dans cette région, contribuent sans doute, par leur hypertrophie simultanée, à la formation de cette maladie singulière.

M. Chassaignac a observé tout récemment une tumeur végétante de la peau, analogue à celle-ci, siégeant à la cuisse, et qui a pris naissance autour d'un cautère ancien. Un bourgeon, excisé de la surface, a été examiné par M. Verneuil, qui y a reconnu la structure de l'épithélioma. On a employé pour détruire le mal le caustique noir, composé d'acide sulfurique et de poudre de garance. Une première application a détruit toute la portion qui végétait à l'extérieur; puis une seconde couche de caustique a été faite pour atteindre les limites profondes du mal.

M. Chassaignac rappelle, à ce propos, combien l'inflammation chronique a peu d'influence sur le développement du cancer. En effet, les cautères réalisent au plus haut degré toutes les conditions d'une irritation incessante et longtemps prolongée; et cependant il est d'abord extrêmement rare de voir des tumeurs de mauvaise nature se développer sous cette influence, et quand elles apparaissent, elles n'ont pas la structure du vrai cancer.

M. Verneuil ne pense pas que ces deux cas puissent être rapprochés. Dans le fait de M. Chassaignac il s'agissait d'un véritable épithé-

---

le comble de l'absurdité? Qu'une certaine école, dont les sectateurs se sont succédé de siècle en siècle, ait fait dériver les lésions matérielles des lésions vitales ou fonctionnelles, toujours a-t-il fallu qu'elle fît des réserves pour les lésions physiques, mécaniques, traumatiques, et, s'il est vrai que dans les affections internes dites spontanées cette école ait d'abord pris en considération l'élément, le principe vital, jamais il n'a pu venir dans l'esprit d'un homme sensé de faire complétement abstraction de l'élément matériel, positif et palpable. Tout au plus a-t-on fait de l'organicisme secondaire, mais on en a fait. Puis, lorsque les vitalistes se sont mis en devoir d'obvier aux altérations de la vie, force leur a bien été de s'adresser aux instruments de la vie, aux organes, au moins comme intermédiaires. Essayez de traiter la vie sans traiter les organes!

Vous voyez bien qu'au point de vue du sens commun l'organicisme est obligatoire et qu'il est impossible de le décliner complétement. Ce principe me paraît tellement élémentaire que j'éprouve une espèce de honte à le formuler.

Maintenant nous allons aborder la preuve historique, et, pour faire aussi beau jeu que possible à nos adversaires, nous envisagerons principalement l'organicisme à leur propre point de vue, quelque erroné qu'il soit, c'est-à-dire comme à peu près synonyme de solidisme; et nous ferons voir que les législateurs de la science, loin de faire abstraction des organes, des parenchymes, des solides enfin, les ont tous au contraire pris en grande considération.

Commençons par Hippocrate, *medicorum Romulus*, comme l'appelle Baglivi. Certes, s'il est excusable d'avoir été vitaliste pur, c'est alors que l'anatomie était environnée de tant de ténèbres qu'Hippocrate ne connut pas même le système musculaire, encore moins le système nerveux, et qu'il confondait les artères avec les veines. S'il proclame les quatre humeurs comme cause des maladies, Hippocrate fait déjà de l'organicisme; mais en outre, prenant en considération la fermeté et la laxité des chairs, il admet, implicitement au moins, deux états pathologiques dans les solides, le ton et la mollesse; il devance ainsi le *strictum* et le *laxum* du solidiste Thémison, et prouve qu'il n'est pas exclusivement humoriste.

Quant à la localisation, ce crime irrémissible de l'organicisme, on a peine à croire qu'Hippocrate ait articulé cette singulière sentence: « *Morborum omnium unus et idem modus est; locus vero ipse eorum differentiam facit.* » C'est trop dire sans doute, mais c'est faire vivement ressortir l'importance de la localisation.

L'immortel Galien est très certainement le père de l'organicisme comme doctrine, eu égard à l'importance qu'il lui attribue et à la systématisation qu'il lui a imprimée. En effet, il divise les maladies en celles qui affectent les systèmes ou tissus généraux de l'économie (*partes similares*), ou en celles qui siégent dans les organes (*instrumenta*). Bichat n'eût pas fait autrement (*de differentiis morbor*). Galien commence son livre *De locis affectis* par faire sentir toute l'importance des études anatomiques dans l'ordre pathologique aussi bien que dans l'ordre normal, et cela, dit-il, dans l'intérêt même de la thérapeutique: « *Propterea quod pro locorum differentia, curationem quoque variari contingit.* » Et cette opinion, il la donne comme remontant aux temps les plus reculés. Donc les théories galiéniques, ainsi qu'on les appelle, n'ont pas uniquement trait à l'humorisme. Vous voyez donc qu'Hippocrate et Galien furent solidistes et, qui plus est, localisateurs, c'est-à-dire organiciens au premier chef.

Franchissons le chaos du moyen âge et arrivons à Fernel, ce glorieux fondateur de l'anatomie pathologique, qu'il édifia dans un traité particulier sous le nom d'*Instrumentarii morbi*. S'il fut humoriste avec Hippocrate et Galien, dont il réfléchit les doctrines, il fut solidiste autant qu'eux et mieux qu'eux, car il a formulé, sinon découvert, le lieu naturel, physiologique et pathologique qui relie expressément entre eux l'humorisme et le solidisme, en proclamant cet admirable axiome que je ne me lasse pas de reproduire: « Bien que les altérations des humeurs soient des états contre nature, elles ne constituent réellement la maladie que lorsqu'elles pénètrent et impressionnent les organes. C'est alors qu'ils s'altèrent les fonctions, qu'apparaît la maladie. » Grave leçon pour ceux-là qui voudraient parquer la maladie dans l'altération simple et isolée des humeurs. Fernel répète d'ailleurs, après Hippocrate et Galien: « Pour établir le traitement d'une maladie, il ne s'agit pas seulement de constater la nature, il faut encore préciser le siége de cette maladie. » Vous voyez que la localisation ne manque pas de titres de noblesse.

Le célèbre Baillou, cet autre coryphée de l'hippocratisme si cher aux modernes, a notablement illustré le diagnostic matériel; il suffit de rappeler la distinction qu'il a établie entre le rhumatisme, la goutte et les autres affections articulaires, et que c'est dans son livre que se trouvent mentionnés pour la première fois les caractères anatomiques de l'angine croupale ou pseudo-membraneuse.

L'humoriste Chirac, lequel a fait ressortir l'importance des lésions intestinales dans les fièvres graves, a posé en principe général que « l'unique moyen de découvrir les causes internes des maladies consiste dans l'observation de l'état des principaux viscères.... L'entretien de l'état naturel des organes et la guérison de leurs maladies sont le principal objet du médecin. » (*Fiév. malign.*)

Une des plus éclatantes autorités de l'Allemagne, Fr. Hoffmann, fait ressortir l'importance du solidisme en termes que ne désavouerait pas l'école de Laënnec et de Broussais; les voici: « Les fréquentes ouvertures des corps morts de maladie sont très utiles pourvu qu'elles soient faites de main de maître. Il ne faut pas les regarder comme une peine perdue, ainsi que le font certains demi-savants qui puisent leurs lumières dans la fange des spéculations d'une imagination déréglée; n'en résultât-il d'autres avantages que de faire connaître qu'une telle maladie est incurable ou quels remèdes seraient propres à la détourner, on peut être sûr qu'une seule observation anatomique est plus utile en pratique que tous les raisonnements. » (*Méd. raisonn.*)

Professeur Forget.

(La suite à un prochain numéro.)

lioma, constitué par une accumulation et une infiltration étendue d cellules épidermiques ; c'est, si l'on veut, un de ces cancroïdes qui naissent assez souvent sur les cicatrices, et qui ont été bien étudiés par M. Follin, entre autres. Chez le malade de M. Richard, il n'en est pas ainsi. Les glandes sébacées et sudoripares sont sans doute hypertrophiées, mais le développement des papilles cutanées et peut-être aussi celui du derme sous-jacent paraissent surtout constituer l'altération. Or, cette affection ne doit pas être confondue avec l'épithélioma. Ce qui caractérise cette dernière maladie, c'est non-seulement l'accumulation de l'épiderme, mais encore l'envahissement, l'infiltration des tissus voisins, derme et papilles, par cet élément anatomique. L'hypertrophie papillaire peut devenir le siége de l'épithélioma, mais elle peut aussi exister sans cette complication, qui augmente singulièrement la gravité du pronostic. Pour montrer la différence entre ces deux lésions, il suffit de rappeler que les verrues ordinaires, les végétations du gland et du prépuce, les condylomes de l'anus, et surtout ceux qu'on rencontre si souvent aux organes génitaux externes de la femme, sont des hypertrophies papillaires, et non des épithélioma. Dans les altérations qui viennent d'être énumérées, les papilles hypertrophiées, souvent très vasculaires, très proéminentes, et offrant une foule de prolongements digitiformes, ont néanmoins conservé leur composition anatomique élémentaire ; on y retrouve la substance fibroïde centrale, avec les vaisseaux flexueux qui la sillonnent, puis un revêtement épidermique, ou étui corné plus ou moins épais. Tous ces éléments anatomiques sont en proportion exagérée, mais le type normal de la texture se reconnaît encore.

M. Huguier. M. Richard se propose de traiter son malade par les applications caustiques. N'y aurait-il pas à craindre que la destruction de la peau par ces agents ne donnât naissance à une cicatrice étendue qui, par sa situation, gênerait plus tard les mouvements du bras ? Il préférerait faire l'abrasion de toutes les parties saillantes, suivie d'une cautérisation légère. Si le mal récidivait, il serait temps alors de mettre en usage une cautérisation plus énergique.

— M. Richet montre un malade auquel il a pratiqué la ligature de la carotide primitive et de la carotide interne pour une plaie du cou ; il entre à ce propos dans quelques détails sur le manuel opératoire et sur les suites de l'opération. Ce fait sera reproduit en entier dans l'observation complète que M. Richet communiquera ultérieurement.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Foucault (de Nanterre) adresse à la Société une lettre dans laquelle il annonce qu'il a apporté de nouvelles modifications à son appareil destiné à réduire les fractures et les luxations. (Commissaires : MM. Denonvilliers, Maisonneuve et Morel-Lavallée.)

— M. le docteur Boileau de Castelnau adresse une note sur l'emploi de l'appareil de Scott dans le traitement des tumeurs blanches. M. Deguise fils est chargé du rapport.

— M. le docteur Roux (de Marseille) adresse une note sur les granulations de l'utérus. Cettre lettre sera communiquée lors de la reprise de la discussion.

— M. Alfred Fournier, interne des hôpitaux, adresse une lettre renfermant quelques détails sur le malade présenté dernièrement par M. Chassaignac pour montrer un très beau résultat de l'amputation du pied par la méthode de Chopart.

— M. Giraldès dépose sur le bureau le *Catalogue complet de la bibliothèque du Collége royal des chirurgiens de Londres.* Cet ouvrage est adressé à la Société, au nom des membres du conseil, par le secrétaire Ed. Balfour.

M. le secrétaire général est chargé d'adresser une lettre de remercîments au conseil.

Appareil inamovible en stuc. — L'ordre du jour appelle la discussion sur ce sujet.

M. Giraldès. M. Richet a trouvé à son innovation divers avantages. Les appareils en stuc sont élégants, d'une application commode et facile ; leur prix de revient est modique ; ils l'emportent donc sur les appareils en plâtre et en gutta-percha ; ils conviennent en particulier dans la chirurgie des camps. Or M. Giraldès, qui a beaucoup étudié les appareils en plâtre et en gutta-percha, les trouve au moins aussi bons que l'appareil en stuc.

L'appareil en plâtre simple a cet avantage qu'on peut en préparer d'avance les pièces, ce qui le rend très propre à la chirurgie militaire. Il n'est pas besoin d'un tissu spécial pour le préparer, et tous les morceaux de linge, depuis les vieux habits jusqu'à la toile à voile, peuvent être utilisés ; ils sont aussi bon marché, et les matières premières s'en trouvent partout : il ne faut que du plâtre et de l'eau, qu'on se procure plus facilement que la gélatine.

Il ne faut pas d'ailleurs s'exagérer les bénéfices des appareils de ce genre dans la chirurgie militaire ; les bandages inamovibles, eu égard à la nature des blessures faites sur le champ de bataille, peuvent avoir de grands inconvénients, quand ils ne seraient cause que d'une surveillance insuffisante et d'une sécurité trompeuse.

L'appareil en gutta-percha a des avantages que le plâtre ne saurait jamais réaliser. Cette substance n'est ni rare, ni chère ; on peut s'en procurer aisément. Il suffit de la ramollir dans l'eau chaude pour avoir instantanément des gouttières très solides ou des attelles qu'on maintient avec quelques lacs ; il est très facile d'écarter ces dernières, ou de faire des fenêtres dans les appareils plus complets pour panser les plaies qui compliquent les fractures par armes à feu. On peut d'ailleurs avoir dans les ambulances des appareils tout préparés pour le bras, la jambe, la cuisse ; il suffit de mettre le membre dans ces appareils, qu'on serre plus ou moins suivant le volume de ce membre : on a là un moyen de contention provisoire, solide, léger, instantanément appliqué.

En résumé, il ne reste à l'appareil de M. Richet qu'une supériorité d'élégance qui pourra satisfaire les gens du monde ; mais ses applications seront toujours restreintes.

M. Larrey prend la parole comme chirurgien militaire. Il ne faudrait pas réprouver d'une manière générale les appareils inamovibles, qui rendent de grands services à la pratique des camps ; mais pour savoir auquel d'entre eux il faut donner la préférence, il faudrait que l'expérience eût prononcé. La solidification rapide, la légèreté des appareils de plâtre, la facilité avec laquelle cette substance est maniée sont certainement avantageuses ; tandis que la bonne application de l'appareil en stuc n'est pas facile, et nécessite une sorte d'apprentissage et de nombreux tâtonnements. La gutta-percha est très commode ; mais il faut de l'eau chaude, qu'on ne peut pas toujours se procurer sur le champ de bataille.

M. Richet pense qu'il s'agit tout simplement ici d'expérimentation ; il a fait des essais, que chacun en fasse autant, et on jugera alors en connaissance de cause. La possibilité de préparer d'avance l'appareil plâtré, invoquée comme chose utile par M. Giraldès, a peu d'importance, puisque la préparation de l'appareil en stuc est prompte et facile, et qu'on peut toujours trouver ou avoir avec soi le plâtre et la gélatine. Il est possible que l'appareil en stuc ait des inconvénients, mais tous autres en sont là, et la gutta-percha a entre autres celui de se ramollir dans l'eau chaude et de tomber en culot au fond du vase. Quant à la réclamation de M. Debout en faveur du mémoire de M. Laffargue, M. Richet avoue qu'il ne connaissait pas ce travail ; mais après l'avoir lu, il pense que les deux appareils diffèrent beaucoup. En effet, la gélatine et l'empois n'ont aucun rapport. M. Seutin avait déjà fait des essais dans ce genre et les avait abandonnés. M. Estor, chargé d'expérimenter de son côté, a gardé le silence, ce qui ne fait pas l'éloge de la méthode.

M. Richet s'applique à faire ressortir les différences qui existent entre son travail et celui de M. Laffargue. Ce dernier donne des détails très compliqués sur les qualités du plâtre et sur son mode de préparation. Avec la gélatine, le plâtre est toujours bon, qu'il soit éventé ou non.

M. Debout soutient que les préceptes donnés par M. Laffargue sont bons et simples. Il était utile d'indiquer les qualités requises des matières premières.

M. Giraldès répond quelques mots à M. Richet. Il emploie souvent l'appareil plâtré simple ; il en est fort satisfait. La gutta-percha ne tombe en culot que si on la laisse trop longtemps dans l'eau par inadvertance. Pour remédier au manque d'eau chaude, on taille les appareils ou les attelles d'avance, et on n'a plus besoin de s'occuper de rien.

M. Fleury demande si l'appareil en stuc résiste à l'action de l'urine, ce qui serait précieux chez les très jeunes enfants, toujours inondés par ce liquide, qui détériore très vite tous les appareils possibles.

M. Richet n'a pas expérimenté ce point ; il croit volontiers à la résistance du stuc à l'urine. Cette substance n'est pas altérée par l'eau froide ou tiède ; il faut le contact prolongé de l'eau chaude pour la dissoudre.

M. Cloquet a employé le plâtre dans les fractures, mais en entourant le membre d'une couche épaisse de cette substance, à la manière de Dieffenbach. On peut faire dans cette espèce de cuirasse des trous pour panser les plaies. Ces appareils, étant fort lourds, assurent l'immobilité du membre. L'orateur, qui a acquis beaucoup d'habitude de cette partie de la statuaire, décrit successivement les qualités du plâtre et la manière de mouler les membres.

Le plâtre ainsi employé lui a rendu de grands services dans les cas de consolidation tardive des fractures. Il a guéri ainsi en deux mois une fracture de la cuisse encore tout à fait mobile au bout de cinq mois. Comme le moule est formé de trois pièces, on peut remédier au vide qui se fait naturellement par suite de l'amaigrissement du membre ; il suffit de remplir de ouate l'espace compris entre le membre et la face interne de l'appareil.

M. Hervez de Chégoin a vu également guérir par ce moyen, et en deux mois, une fracture dont le cal n'était pas encore formé au bout de huit à dix mois.

M. Marjolin, tout en reconnaissant avec M. Richet les avantages incontestables des appareils inamovibles dans le traitement d'un bon nombre de fractures, assure qu'il y a cependant des cas où malheureusement on est obligé d'y renoncer. Je dis malheureusement, car ce genre de traitement vient nous faire défaut alors qu'il serait excessivement précieux.

Depuis un an que je suis chargé d'un service d'enfants, j'ai dû rechercher avec grand soin quels étaient les appareils les plus avantageux dans le traitement des fractures. Après bien des essais, j'ai dû renoncer entièrement à tout appareil inamovible pour les fractures des membres inférieurs ; chez les tout jeunes enfants, quelque précaution que l'on prenne, au bout de quelques heures les appareils sont entièrement imprégnés d'urine, et, si on laisse les enfants plus de vingt-quatre ou trente heures dans ces appareils, on voit des érythèmes se manifester ou une éruption furonculeuse envahir tout le tronc. Pour éviter des accidents fort graves, j'ai dû, au lieu de l'inamovibilité, recourir dans ces cas de fracture des membres inférieurs à un principe tout à fait opposé. J'emploie de petites attelles de cuir entourées de taffetas gommé, et, au lieu d'appliquer un bandage de Scultet, je maintiens l'appareil avec des bandelettes de diachylon en nombre à peu près égal aux lacs dont on se sert dans les appareils ordinaires ; de la sorte on peut à volonté renouveler séparément chacune des bandelettes dès qu'elle est salie, et tenir le membre fracturé dans une excessive propreté.

M. J. Cloquet a aussi employé les appareils en cuir chez les jeunes enfants, mais il fait remarquer qu'à cet âge les fractures de cuisse guérissent avec la plus grande facilité.

M. Deguise fils a constaté combien il était difficile de conserver les appareils chez les très jeunes enfants, à cause des matières fécales et de l'urine qui s'écoulent incessamment. Dans un cas de pied-bot, qui nécessita l'application d'un appareil orthopédique pendant quatorze mois, il eut l'idée d'envelopper le membre jusqu'à sa racine dans un sac de caoutchouc. Il était nécessaire de renouveler ce sac de temps en temps et lorsqu'il était détérioré : on usa ainsi quinze à vingt sacs pendant le cours du traitement.

M. Gerdy. Il existe déjà dans la science une grande quantité d'appareils ; on peut en former au moins dix genres distincts, sans compter les espèces et les variétés innombrables. Tous ces appareils ont réussi, tous ont été et peuvent encore être utiles ; il s'agit de les appliquer en temps opportun et dans des cas déterminés. Lors donc qu'on imagine un appareil nouveau ou une modification de ceux qui sont connus, il ne convient pas d'être exclusif et de généraliser l'innovation à tous les cas ; on n'y parviendrait jamais ; il faut, au contraire, déterminer avec soin les circonstances où le nouvel appareil est préférable aux autres. C'est la seule manière de faire quelque chose d'utile.

— M. Chassaignac montre un appareil à acupuncture imaginé par M. le docteur Dreyfus et construit par M. Mathieu d'après les principes des scarificateurs. Un faisceau d'aiguilles caché dans l'instrument en sort subitement lorsqu'on fait agir un ressort. Ce procédé pourrait être utile dans certaines faiblesses musculaires ; ainsi on pourrait piquer le deltoïde lorsque l'action de ce muscle est amoindrie après certaines luxations de l'épaule.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le vice-secrétaire, Arist. Verneuil.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Les vacances dans le cadre du corps des médecins et pharmaciens militaires sont aujourd'hui de 268, ainsi réparties par grades :

Médecin principal de 1re classe.	2
Médecin principal de 2e classe.	1
Médecin major de 1re classe.	26
Médecin major de 2e classe.	11
Médecin aide-major de 1re classe.	98
Médecin aide-major de 2e classe.	119
Pharmacien principal de 2e classe.	1
Pharmacien major de 1re classe.	5
Pharmacien aide-major de 1re classe.	3
Pharmacien aide-major de 2e classe.	2
	268

— La Société anatomique vient de procéder au renouvellement de son bureau.

Ont été élus : vice-président, M. Bauchet ; secrétaire, M. Axenfeld ; vice-secrétaire, M. Louis Blin ; trésorier, M. Blain des Cormiers ; archiviste, M. Poumet. Membres du comité de rédaction : MM. Broca, Denucé, Dafour, Foucher, Robin et Vidal.

— Plusieurs bureaux de bienfaisance ont mis en pratique, à Paris, une idée qui déjà, nous assure-t-on, donne de très heureux résultats. Ils donnent des récompenses de 50 à 150 fr. à la femme qui tient son ménage avec le plus de soin et de propreté ; à l'ouvrier qui n'a point fêté le lundi ; aux époux qui dans l'année n'ont pas eu de querelles ensemble ; à l'ouvrier qui ne s'est point enivré de l'année, au ménage enfin qui envoie ses enfants régulièrement aux écoles, ou bien à la mère laborieuse qui enseigne elle-même à lire à ses enfants. Ces récompenses sont un objet d'émulation pour les femmes qui, dans les classes malaisées, il faut le dire, se montrent bien supérieures aux hommes sous le rapport du travail, de la conduite, des sentiments pieux, de la résignation dans le malheur et du courage à le supporter.

Ces moyens d'encouragement ne pourraient-ils pas être employés utilement dans d'autres localités ?

— Le célèbre physiologiste M. Bischoff, si connu par ses travaux d'embryologie, vient d'être appelé de l'Université de Giessen à celle de Munich. Cette dernière école aura successivement ravi à celle de Giessen ses deux plus grandes célébrités, le baron Liébig et M. Bischoff. Nous apprenons également la nomination de M. Lange (d'Eidelberg) à la chaire d'accouchements de la Faculté de médecine de Prague.

— Un jeune médecin de grande espérance, M. Frédéric Deidier, chirurgien chef-interne à l'Hôtel-Dieu Saint-Eloi de Montpellier, vient d'être enlevé par une mort rapide à l'âge de 29 ans.

— M. le docteur Charles Forner, de Carignan (Piémont), vient de léguer à cette ville une somme de 70,000 fr. pour la fondation d'un asile destiné à l'enfance. Le roi Victor Emmanuel, touché de cet acte de munificence, vient de récompenser dignement cet honorable confrère en lui accordant la croix de l'ordre des Saint-Maurice et Lazare.

Erratum. — Une erreur typographique s'est glissée dans l'article du numéro de samedi relatif aux *Ulcérations de la langue dans la coqueluche.* *Au lieu de* : M. Gambuini ; *lisez* : M. Gamberini.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues à la Faculté de médecine par MM. :

Decourssière, né le 2 juin 1830 à Dôle (Jura) ; *Quelques considérations cliniques sur l'entéro-mésentérite (fièvre typhoïde).*

De Rommilly, né le 12 juin 1824 à Hamelin (Manche) ; *De l'eczéma.*

Boutet, né le 9 avril 1826 à Couture d'Argenton (Deux-Sèvres) ; *Du pronostic de la variole.*

Guéraud, né le 14 août 1826 au Pin (Isère) ; *Du sous-acétate de plomb en injections intestinales dans la diarrhée et la dyssenterie.*

Chotard, né le 22 janvier 1825 au Mans (Sarthe) ; *Des accidents de congélation.*

Magnan, né le 11 mai 1821 à Saillans (Drôme) ; *De l'acné varioliforme.*

Allamargot, né le 5 août 1829 à Limoges (Haute-Vienne) ; *De la bronchite capillaire suffocante.*

Devay, né le 18 octobre 1827 à Brignais (Rhône) ; *Considérations sur l'étiologie de l'œdème des poumons.*

Nous rappelons à MM. les docteurs que leurs thèses seront annoncées dans l'un des numéros qui suivra la remise qu'ils en auront faite à notre bureau.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. Decq ;
A Genève, à la librairie de Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Anesthésie obstétricale. De l'emploi du chloroforme dans l'accouchement naturel simple, par P.-C.-T. Houzelot, docteur en médecine, chirurgien de l'hôpital général de Meaux, membre correspondant de la Société de chirurgie de Paris, ancien interne des hôpitaux civils de Paris. Un vol. in-8° de 64 pages. Prix : 1 fr. 25 c. — Paris, 1854, chez J.-B. Baillière, libraire, 19, rue Hautefeuille.

La Soued.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 31. — JEUDI 15 MARS 1855. (28e ANNÉE.) N° 31. — JEUDI 15 MARS 1855.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr.
Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 14 mars 1855.

Séance de l'Académie de Médecine.

Si M. Piorry avait compté trouver un auxiliaire en M. Bouillaud, il a dû éprouver une cruelle déception. Dans une brillante et spirituelle improvisation qui a commandé pendant plus d'une heure l'attention soutenue de l'assemblée, M. Bouillaud a enlevé à M. Piorry les dernières illusions qu'il pouvait conserver encore sur son isolement.

Une certaine communauté de vues qui rappelle une même origine, et qui les a fait considérer longtemps l'un et l'autre comme représentant plus particulièrement au sein de la Faculté de médecine ce que l'on est convenu d'appeler l'école de Paris, a pu faire espérer un instant à M. Piorry que ses doctrines allaient enfin trouver un appui. M. Bouillaud a décliné en termes fort académiques, mais très nets et très catégoriques, toute solidarité à cet égard avec son collègue.

M. Piorry ne veut point d'unités morbides, et traite la maladie d'entité, d'être de raison. M. Bouillaud, au contraire, voit partout cette unité morbide que répudie son ami, et, loin de rejeter les entités, il les admet, sous la condition de ne point les abstraire de l'organisme, et il prouve à M. Piorry qu'il en fait autant lui-même, mais sans le savoir. M. Piorry ne voit partout que des états organo-pathologiques, c'est-à-dire des organes malades, et pourvu que la palpation, la mensuration ou les réactifs chimiques lui traduisent assez exactement l'état physique de ces organes, il fait assez bon marché des autres éléments du diagnostic, de la considération de l'état général des forces et des données étiologiques qui s'y rattachent. M. Bouillaud, tout en tenant grandement compte, et à bon droit, de l'état physique des organes et des éléments matériels de la maladie, s'élève, à l'aide d'un travail d'abstraction dédaigné par M. Piorry, à la considération d'un ordre de faits que ne sauraient traduire les procédés physiques d'exploration ; et, conséquent avec ce principe, il tient également compte et des lésions physiques ou matérielles des organes et de leurs troubles fonctionnels dynamiques et des lésions vitales de l'organisme.

M. Piorry ne veut point de classification ; la nosologie est pour lui non avenue : l'ordre anatomique lui suffit pour catégoriser toutes les maladies... que disons-nous? tous les états organopathiques. M. Bouillaud est au contraire essentiellement classificateur et nosologue ; l'important ouvrage qu'il a publié le témoignerait assez, s'il ne l'avait explicitement déclaré lui-même aujourd'hui.

Est-il nécessaire de poursuivre plus loin un parallèle où chaque mot implique un contraste, une contradiction?

M. Piorry pouvait du moins espérer sauver sa nomenclature.

Une phrase bienveillante introduite par M. Bouillaud dans les prolégomènes de sa *Nosographie médicale,* et dans laquelle il loue le zèle et les efforts dont M. Piorry a fait preuve dans ses tentatives de réforme de la nomenclature médicale, avait pu entretenir, à cet égard, dans son esprit un espoir dont la perte ne lui a pas dû être moins sensible. Non-seulement M. Bouillaud n'est pas partisan de la nomenclature, comme M. Piorry avait paru le croire, mais elle n'a pas d'adversaire plus impitoyable. Au nom de la logique, qui veut qu'on repousse les conséquences d'un principe lorsque ce principe est reconnu faux; au nom de l'usage, qui a consacré des noms convenus et sur lesquels tout le monde s'entend; au nom des admirateurs de cette belle, de cette divine langue grecque ainsi transformée en un langage barbare dont les plus grands efforts de mémoire parviendraient à peine à rendre l'usage possible ; au nom de l'amitié enfin, M. Bouillaud a adjuré M. Piorry de renoncer à une nomenclature qui, dans sa conviction, n'a pas dû peu contribuer à éclaircir les rangs de ses lecteurs et à amoindrir le succès de ses livres. M. Bousquet lui-même n'avait pas été aussi loin ; et si, non sans quelque malice, il avait provoqué les rires de l'assemblée en prononçant avec une certaine affectation l'un des mots de la nomenclature de M. Piorry qui lui ont causé le plus de tribulations, M. Bouillaud, sans aucune malice, apparente du moins, a obtenu un succès de fou rire en énonçant sans affectation quelques-unes des dénominations de la nomenclature qui ne comptent pas moins de douze pieds, et dans la composition desquelles entrent l'Europe, l'Asie, l'Egypte et le Nil.

Tant que la discussion sur les idées de M. Piorry est restée circonscrite entre lui et M. Bousquet, il a pu ne voir dans l'opposition qui lui était faite que l'expression d'un dissentiment entre des doctrines et des écoles considérées jusqu'ici comme foncièrement antagonistes, et il a dû compter qu'il ne serait pas abandonné alors qu'il croyait défendre en sa propre personne l'école de Paris contre une école rivale. Mais aujourd'hui qu'il s'est vu attaqué dans son propre camp et par celui-là même sur l'appui duquel il semblait devoir compter le plus, l'illusion ne lui est plus possible. M. Bousquet lui avait dit : Vous êtes isolé au milieu de nous ; il ne l'avait pas cru. M. Bouillaud vient de le lui prouver, un peu cruellement peut-être.

Que M. Piorry ne s'étonne donc pas que la presse médicale se soit faite à son tour l'écho d'une opposition qui est dans l'opinion de la généralité des médecins, et qu'il soit bien convaincu surtout, du moins en ce qui nous concerne, que cette opposition ne part ni d'un sentiment d'hostilité personnelle, ni du vain désir de soutenir une lutte contre un homme tel que lui. Nous avons toujours eu pour la personne de M. Piorry la plus grande estime ; autant que qui que ce soit nous apprécions tout ce qu'il y a de respectable dans son zèle et dans son dévouement pour la science ; nous rendons pleine justice à ce qu'elle doit à ses premiers travaux ; mais ce sentiment ne saurait faire taire en nous le besoin de nous élever contre une doctrine que nous croyons erronée, et qu'il serait d'autant plus fâcheux de voir se répandre, qu'elle s'abrite sous l'autorité d'un enseignement officiel donné au nom de l'une des premières Facultés du monde.

M. Bouillaud n'a pas achevé aujourd'hui son discours, mais le débat avec M. Piorry nous paraît terminé. La discussion maintenant va s'élever à la hauteur des questions doctrinales incidemment soulevées. C'est sur ce terrain que nous continuerons désormais à résumer ce débat. — Dr Brochin.

L'Académie de médecine est réduite aujourd'hui à quatre-vingt-dix-sept membres. La commission désignée pour déterminer celles des sections où les remplacements devraient être faits a proposé, comme nous l'avons déjà dit, de déclarer les vacances dans les sections d'anatomie pathologique, de médecine vétérinaire, d'hygiène et de médecine légale.

Les deux premières ayant perdu chacune deux membres, il n'est point surprenant que la vacance ait été déclarée dans ces deux sections. Mais la détermination prise par la commission à l'égard de la troisième a besoin d'être expliquée. Pourquoi la commission a-t-elle plutôt choisi la section d'hygiène et de médecine légale, alors qu'il paraissait si naturel de déclarer la vacance dans la section de pharmacie? Les motifs qui l'ont fait agir ainsi nous paraissent de la plus haute importance, et l'Académie en a parfaitement apprécié la valeur, puisqu'elle a sanctionné les propositions de la commission.

Depuis quelques années, en effet, l'Académie a fait des pertes bien regrettables dans la section de médecine légale. Marc, Ollivier (d'Angers), Orfila n'ont point été remplacés, de sorte que cette section ne compte plus qu'un médecin légiste, M. le professeur Adelon. Personne n'ignore que dans certaines circonstances la plupart des praticiens, médecins, chirurgiens, chimistes, etc., peuvent éclairer la justice ; mais il y en a d'autres où des études tout à fait spéciales sont complétement indispensables pour arriver à la découverte de la vérité ; aussi croyons-nous que l'Académie a pris une bonne décision et satisfait à un besoin réel en déclarant la vacance dans cette

---

DE L'ORGANICISME

COMME DOCTRINE PRÉSENTE ET PERMANENTE (1).

Peut-être n'apprendrez-vous pas sans étonnement qu'une des plus grandes lumières actuelles d'outre-Rhin, le célèbre Schœnlein, a réduit en un aphorisme vif et concis la grande pensée de Fernel : « Toute maladie réalisée est organique, » dit Shœnlein (*Pathologie*) ; axiome qui d'un souffle dissipe les nébulosités reprochées à la science germanique. Au demeurant, la cause de l'organicisme tel qu'il doit être compris n'a pas aujourd'hui de plus ardents sectateurs que les savants d'Allemagne, à la tête desquels marche le laborieux et profond Rokilanski.

Bien que rapportant la cause formelle des maladies à l'élément nerveux, l'illustre pathologiste anglais Cullen n'en a pas moins consacré le solidisme en professant la nécessité de l'intervention des nerfs dans la production des maladies. Aussi Cullen passe-t-il pour un des chefs de l'école solidiste.

Le plus beau génie de l'Italie médicale, Baglivi, ce précurseur de la doctrine anatomique des fièvres graves, qu'il désignait sous le nom de *fièvres mésentériques*, Baglivi dit en termes très énergiques : « *Cadavera hominum morbis denatorum secanda sunt ei, manusque inquinandæ, ut inveniat quæ morbi sit sedes, quæ causa, qui exitus.* » (*Prax. medic.*)

Vous voyez que les hautes intelligences de toutes les nations s'inclinent d'un consentement universel devant l'indéclinable intervention du solidisme, au moins comme élément obligé, sinon toujours primitif, dans la constitution des maladies.

Bordeu, qui devança Broussais dans l'intuition de la nature organique des maladies chroniques, le précéda également dans l'énonciation de la doctrine dichotomique, jadis entrevue par Hippocrate et formulée par Thémison. « Il n'y a pas de médecin, dit Bordeu, à qui la doctrine du » *strictum* et du *laxum* ne serve souvent de flambeau dans le traite» ment des maladies. » (*Mal. chron.*)

Voilà le solidisme réduit à sa réalité la plus saisissante, le voilà proclamé par un des plus illustres praticiens comme un élément essentiel et forcé de la pratique journalière.

On a beaucoup parlé du vitalisme de Bichat, et pourtant on reconnaît que Bichat inspira Pinel et Broussais, ces deux types du solidisme moderne. C'est que Bichat comprit largement l'organicisme et tint compte de ses trois éléments capitaux : solides, liquides et fonctions. Toujours est-il que Bichat a émis, entre autres, cette sentence solennelle : « La médecine fut longtemps repoussée du sein des sciences exactes. Elle aura droit de leur être associée, au moins pour le diagnostic des maladies, quand on aura partout uni à la rigoureuse observation l'examen des altérations qu'éprouvent les organes. » N'est-ce pas encore Bichat qui a dit que « toute doctrine exclusive de solidisme et d'humorisme est un contre-sens physiologique ? » C'est toujours la belle pensée de Fernel.

Pas n'est besoin de démontrer le solidisme de Pinel, de Broussais et de leur école, puisque c'est lui précisément qui est en cause.

On a lieu de s'étonner de la lutte ardente instituée aujourd'hui contre l'organicisme, lorsqu'on songe que ceux-là mêmes qui représentent le plus glorieusement cette doctrine sont encore debout, au faîte des honneurs et de la puissance. MM. Andral, Chomel, Cruveilhier, Bouillaud, Louis, Rostan, Piorry et consorts, qui personnifient ce qu'on appelle l'école de Paris, c'est-à-dire l'école de l'organicisme par excellence, que doivent-ils penser dans leur for intérieur de cette révolution qui tend à mettre à néant leurs plus beaux titres de gloire ? Beaucoup d'entre eux, il est vrai, ont fait défection et allumé l'incendie de la révolte, oubliant que la réaction dépasse toujours les bornes et finit par déborder ceux-là mêmes qui l'ont provoquée. Voilà pourquoi sans doute ils gardent le silence, impuissants qu'ils se trouvent à poser des digues au torrent qu'ils ont déchaîné et par lequel ils se sentent submergés, sinon entraînés.

Donc il reste démontré de par l'histoire que l'organicisme, et plus expressément le solidisme lui-même, fut reconnu, articulé et professé dans tous les temps et dans tous les pays, j'ajouterai même par toutes les écoles ; car, encore une fois, il est raisonnablement impossible de faire abstraction des organes, des *instruments* de la vie, selon l'expression de Galien et de Fernel, dans la conception intégrale de la maladie.

(1) Suite. — Voir le numéro précédent.

section. Elle avait, au reste, déjà agi ainsi en appelant M. Chatin, un de nos botanistes les plus distingués, dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale, qui avait successivement perdu Loiseleur-Deslongchamps et Richard, alors qu'elle aurait pu choisir un thérapeutiste. — Dr A. Jamain.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. CHASSAIGNAC.

Effets généraux du traitement de l'ophthalmie purulente pseudo-membraneuse des nouveau-nés par les douches oculaires (1).

L'amélioration qui s'est manifestée chez nos petits malades sous l'influence du traitement a eu lieu, pour plus de la moitié des cas, dans les deux ou trois premiers jours qui ont suivi son emploi. Un tiers environ des sujets n'a offert d'amélioration notable qu'au bout de six, huit, dix jours seulement. Ce n'est que par exception et en raison de la gravité externe de l'affection qu'on a vu, au bout de quinze à vingt jours seulement, survenir chez quelques enfants une modification avantageuse dans leur état.

Le plus habituellement c'est au bout de deux ou trois jours qu'on voit s'opérer des changements favorables. Dès cette époque, la sécrétion muco-purulente ou purulente a diminué considérablement, quand elle n'a pas tout à fait disparu. La modification ne porte pas seulement sur la quantité, elle porte encore sur les qualités de la sécrétion anomale. Si le produit morbide était du pus, par exemple, il fait place à un suintement muco-purulent ou muqueux. S'agit-il de l'écoulement d'une sérosité citrine, celle-ci perd sa coloration jaunâtre, sa limpidité, et se transforme en un liquide trouble, plus épais, avant de se tarir entièrement.

Les modifications qui surviennent par l'effet du traitement employé dans la sécrétion pseudo-membraneuse ne sont pas moins dignes d'intérêt. Le plus habituellement celle-ci a cessé complétement après un, deux ou trois jours. Après cette époque, l'investigation la plus minutieuse ne fait plus découvrir sur la muqueuse conjonctivale que des détritus de pseudo-membrane, qui n'ont point été entraînés par la douche ou qui se sont produits dans des points dont les conditions pathologiques n'ont pas encore été suffisamment modifiées.

L'injection des paupières, qu'elle consiste en de simples arborisations ou bien en une rougeur uniforme et diffuse, disparaît avec les diverses sécrétions anomales. L'état granuleux de la conjonctive, pour offrir plus de résistance, n'en est pas moins susceptible de subir des changements avantageux dans le même espace de temps, et l'on est surpris de voir quelquefois les épaississements considérables qui accompagnent cet état céder avec une rapidité qu'il est bien rare d'observer quand on se borne à l'emploi des moyens ordinaires.

La tuméfaction et l'œdème des paupières ne présentent pas une amélioration moins remarquable. L'aspect effrayant et difforme que donne aux petits malades le boursouflement palpébral disparaît plus ou moins complétement en même temps que les autres symptômes déjà mentionnés. Nous en dirons autant des chémosis les plus volumineux, que nous avons vus plus d'une fois aussi s'amender notablement du jour au lendemain.

Les cornées, qui perdent si rapidement leur éclat et leur transparence sous l'influence de la maladie, reprennent non moins vite leurs propriétés normales, quand toutefois l'épanchement interlamellaire n'a pas été trop considérable. Nous avons vu cependant des opacités très prononcées diminuer assez promptement pour que, dans un intervalle de quinze, vingt ou trente jours, elles fussent réduites à des taches d'une étendue très médiocre, et parfaitement compatibles avec l'exercice de la vision.

Il résulte de nos relevés que sur 106 enfants atteints d'ophthalmie pseudo-membraneuse, il en est 70 pour lesquels nous pûmes obtenir la guérison complète dans les limites de temps dont voici l'énoncé, savoir :

Pour 3 sujets,	au bout de	2 jours
4	—	3
9	—	4
10	—	5
7	—	6
6	—	7
5	—	8
1	—	9
2	—	10
3	—	11
2	—	12
2	—	13
Pour 1 sujet,	au bout de	15 jours
2	—	18
2	—	20
1	—	21
2	—	24
1	—	30
1	—	33
2	—	37
1	—	40
1	—	60
70		

Il ressort de ce tableau que pour plus de la moitié des malades soumis à notre traitement, la guérison complète a pu être obtenue en moins de huit jours, pour les trois quarts en moins de quinze jours, et pour les plus rebelles en moins de soixante jours.

Nous avons dû exclure de ces calculs les malades, au nombre de 25, qui ont été emportés par des maladies complétement étrangères à l'ophthalmie pseudo-membraneuse, telles que des affections congénitales du cœur, l'entérite, la diarrhée cholériforme, les convulsions, etc. ; et ceux, au nombre de 13, qui, apportés à l'infirmerie avec des cornées ramollies ou déjà perforées, en un mot avec des yeux complétement ou presque complétement perdus, n'ont pu retirer du traitement qu'un avantage relatif, la guérison complète étant devenue impossible dans ces cas désespérés.

Pour mieux faire apprécier la différence entre les résultats fournis par le traitement que nous avons institué et ceux que donne le traitement ordinaire, nous comparerons six mois de notre exercice à l'hospice des Enfants-Trouvés avec une période quelconque de six mois prise dans les années précédentes.

Résultats généraux fournis par le traitement ordinaire pendant les six mois écoulés du 1er octobre 1836 au 1er avril 1837 :

Octobre 1836	24	enfants reçus,	16	morts,	8	sortis
Novembre	33	—	26	—	7	—
Décembre	21	—	18	—	3	—
Janvier 1837	40	—	33	—	7	—
Février	16	—	16	—	0	—
Mars	24	—	21	—	3	—
	158	enfants reçus,	130	morts,	28	guéris.

Résultats fournis par la méthode des douches pendant six mois de mon exercice, du 1er octobre 1847 au 1er avril 1848 :

Octobre 1847	31	enfants reçus,	7	morts,	24	sortis
Novembre	25	—	9	—	16	—
Décembre	53	—	18	—	35	—
Janvier 1848	39	—	17	—	26	—
Février	44	—	9	—	35	—
Mars	48	—	16	—	32	—
	240	enfants reçus,	76	morts,	168	guéris

L'explication de l'énorme différence qui existe dans la mortalité comparative des deux époques que nous avons mises en regard ne se trouve pas, cela est bien entendu, dans l'influence directe de l'ophthalmie purulente sur la vitalité des enfants nouveau-nés. Mais voici comment les résultats doivent être interprétés :

Tout enfant nouveau-né dont le séjour à l'infirmerie ophthalmique se prolonge au delà de quinze jours à trois semaines, et qui dès lors n'est point emporté en nourrice, se trouve exposé à des causes de mort presque certaines.

Abréger le séjour à l'infirmerie et mettre un enfant à même d'être confié à une nourrice qui l'emmène à la campagne, c'est en quelque sorte assurer son existence.

Apporter, au contraire, par l'inefficacité du traitement un obstacle à ce que l'enfant soit emmené par les nourrices, qui refusent formellement tous ceux qui sont atteints de ce qu'on appelle *les gros yeux*, c'est prolonger le séjour à l'infirmerie et dès lors exposer les jours de l'enfant.

Ce n'est donc pas par le seul fait d'une guérison plus prompte de l'ophthalmie purulente que nous obtenions une mortalité beaucoup moindre, mais parce que les traces de la maladie étant presque toujours effacées avant le deuxième septenaire, nous mettions ces enfants à même d'être acceptés par les nourrices et emportés hors de l'hôpital.

(1) Voir les nos des 26 octobre et 23 décembre 1854, 13 et 23 janvier 1855.

Nos lecteurs n'ont pas oublié un article (voir notre numéro du 9 janvier) dans lequel M. le docteur Bayard prétend réfuter les assertions émises par notre honorable confrère M. Mordret (du Mans) dans une brochure intulée *Principes élémentaires de statistique incompris.*

Voici la réponse de celui-ci :

J'ai quelque peu hésité à répondre à un confrère qui commence par établir *qu'il est impossible de s'expliquer avec moi dans les limites d'une parfaite convenance;* mais, plus heureux que lui, j'espère le faire sans sortir de ces limites : la science et la vérité n'y perdront rien.

1° M. Bayard, pour me convaincre que la diminution relative des naissances, qui date des premières années du dix-huitième siècle, doit être exclusivement attribuée à la vaccine depuis 1817, me dit : « La guerre, en détruisant les jeunes hommes, est coupable du méfait *avant* 1816 ; la vaccine *après*. Est-ce clair ? »

Pas précisément ; car depuis 1801 la population de la France a augmenté de plus de six millions d'habitants, et cette augmentation est de près de cinq millions de 1821 à 1851, *période de paix*. Si donc, durant cette période, les naissances ont continué de diminuer en même temps que la population augmentait, il a fallu de toute nécessité que la longévité fût plus grande.

D'ailleurs, M. Bayard convient lui-même que, grâce à la vaccine, il arrive un plus grand nombre d'enfants à l'âge adulte, d'où il suit que, toutes choses égales d'ailleurs, il se fait un plus grand nombre de mariages. Or, comme de l'aveu de tout le monde, c'est surtout au commencement d'un ménage qu'il vient des enfants, il en résulte que la vaccine ne saurait avoir d'effet sensible sur la diminution du chiffre des naissances, à moins que cette pratique n'ait aussi pour résultat de diminuer la fécondité de nos femmes, ce qui n'a pas encore été dit, que je sache.

Bien plus, si la vaccine est une cause de mort pour les jeunes gens des deux sexes, elle augmente d'autant le nombre des veuvages, et par conséquent celui des seconds mariages. Or, comme il est généralement admis que deux unions sont plus productives qu'une seule, nonobstant l'opinion contraire exprimée par quelques personnes, il ne serait pas très difficile de démontrer avec ces prémisses que toujours, toutes choses égales d'ailleurs, la vaccine doit indirectement faire augmenter le chiffre relatif des naissances. Or il est établi que ce chiffre a diminué ; donc la cause en est ailleurs que dans la vaccine.

2° M. Bayard convient que de 1817 à 1848 le nombre des mariages a augmenté de 3/7, c'est reconnaître implicitement qu'il existe un plus grand nombre de personnes en âge de se marier. Dès lors rien d'*inadmissible* à ce que les unions, bien que plus nombreuses, se contractent en général à un âge plus avancé, ce qui peut, chacun le conçoit, les rendre moins fécondes.

3° Si la *réticence* des maris va en *augmentant*, il en résultera un *abaissement* du chiffre des naissances ; mais je ne vois pas que pour cela le chiffre des mariages doive *forcément diminuer*, surtout s'il existe un plus grand nombre de personnes en âge de se marier.

4° M. Bayard eût dû comprendre qu'en citant les tables de Buffon je n'avais eu d'autre but que de faire voir l'un des points par où péchaient les calculs de M. Carnot, qui en tronquant ces tables les a accommodées aux besoins de sa cause. Je suis assurément moins dans le faux en me servant de la table de Buffon entière et corrigée, que l'auteur cité lorsqu'il se sert d'une table incomplète et incorrecte. Je pourrais aussi observer à M. Bayard que, puisque les nourrissons de Paris sont des enfants nés dans cette ville et qui n'en sont pour la plupart que très temporairement absents, il y a lieu d'en tenir compte dans le dénombrement de sa population. J'aime mieux lui faire simplement remarquer qu'il commet un anachronisme. En 1765 il était d'usage que les mères élevassent elles-mêmes leurs enfants, et Paris n'envoyait pas ou que peu de nourrissons dans les villages voisins. Ainsi l'objection que me fait ici M. Bayard n'en est pas une, de quelque côté qu'on la prenne.

5°, 6° et 7° Dans ces trois paragraphes, que je réunis pour abréger, M. Bayard s'efforce de démontrer que la répartition de la population du département de la Sarthe telle que je l'ai donnée est erronée, et partant que les conclusions que j'en ai déduites sont fausses.

Voyons en quoi pèche la critique.

M. Bayard estime la population de 20 à 21 ans en doublant le chiffre

---

Le principe de l'organicisme ainsi posé comme indéclinable aux yeux de la raison comme au tribunal de l'histoire, voyons donc comment notre génération prétendrait s'y soustraire, et pour cela prenons en sous-œuvre chacun des systèmes que nous avons vus aspirer à la domination ; disons ce qu'ils prétendent contenir et tâchons d'en déduire ce qu'ils contiennent en effet.

Le système qui consiste à se dire et peut-être à se croire affranchi de tout système, celui qui nie la science et prétend s'introniser sur l'*inspiration*, comme autrefois les sibylles, ce système, avons-nous dit, est le plus faux et le pire de tous : le plus faux, car d'abord c'est bien un système, et ensuite il est impossible de faire acte de praticien sans avoir une intention, une idée préconçue, un système, en un mot, fût-ce l'empirisme le plus pur, qui a bien la prétention d'être un système, ce qu'il faudra voir.

Ce premier système ne contenant rien qu'une négation absolue, nous n'avons rien à en déduire.

Un autre système consiste à batailler contre l'organicisme, le rationalisme, etc. ; par cela seul que la génération précédente était organicienne et rationnelle ; c'est le système des aboyeurs, du *servum pecus* qui se range toujours du parti du plus fort. Mais ce n'est pas là un système scientifique, c'est un système de dénigrement. Demandez à ces paladins quelle mouche les pique, ils vous répondront qu'ils prennent en main la cause des anciens contre les novateurs modernes ; or nous venons de voir quelle est leur erreur ou plutôt leur ignorance à cet égard. Ils vous diront ensuite qu'ils sont vitalistes, humoristes, chimistes, etc., oubliant que rien n'est plus rationnel que ces trois systèmes et que rien n'est plus organique que les humeurs, la chimie vivante et même le vitalisme, en tant qu'il a pour *substratum* obligé les tissus et les organes. Donc ces pourfendeurs de l'organicisme sont bien et dûment organiciens..... sans le savoir et sans le vouloir.

L'humorisme régénéré se dresse en opposition au solidisme déchu, et prétend avoir ruiné l'organicisme. Mais d'abord, l'humorisme abstrait, absolu, indépendant des solides, se conçoit à peine, et la physiologie la plus élémentaire nous enseigne que si les solides dérivent des humeurs, les humeurs émanent des solides : il y a là étroite réciprocité : si bien qu'il est douteux que jamais il se soit rencontré parmi les hommes supérieurs un solidiste pur. Broussais lui-même était humoriste à l'endroit de certaines cachexies, et du scorbut en particulier. Ce sont les humoristes surtout qui se posent en chevaliers de l'antiquité. Or nous avons vu que si l'antiquité fut principalement humoriste, elle ne fit jamais complétement abstraction des solides. Nous l'avons vu pour Hippocrate et Galien eux-mêmes ; nous avons insisté sur l'incarnation pathologique des humeurs et des solides, explicitement formulée par Fernel et Schœnlein. Qu'importe en effet la crase du sang en circulation, tant que les organes fonctionnent avec régularité? Finalement, quoi de plus organique que l'altération des liquides, cette branche essentielle du trépied de l'organicisme? Donc, voilà le plus puissant des systèmes modernes atteint et convaincu, lui aussi, d'organicisme... sans le savoir et sans le vouloir.

Par concession momentanée, nous accordons le titre de système aux prétentions exagérées, aux ambitieuses aspirations du microscope. Mais d'abord le microscope médical, nous l'avons dit, n'est pas d'invention moderne ; il a déjà brillé pour s'éteindre, non sans laisser des traces lumineuses, telles que les globules du sang et les spermatozoaires. Son étoile peut se rallumer plus féconde et plus vivace, à condition qu'il saura modérer ses élans dominateurs, et qu'il ne tentera pas d'anéantir l'observation clinique, c'est-à-dire de confisquer l'inspection de l'ensemble au profit de la molécule intégrante ; si, mieux inspiré, il consent à reconnaître ses illusions, ses erreurs, ses défaillances, ses contradictions, ses querelles domestiques, bref ses difficultés, qui en font le partage litigieux de quelques privilégiés, en très petit nombre et très jaloux de leur spécialité ; s'il se borne à ses droits réels, qui consistent à prendre rang parmi les éléments, les procédés du diagnostic, au même titre que la vision simple, la palpation, l'auscultation, la dissection, l'analyse chimique, etc. La microscopie, encore une fois, c'est le solidisme et l'humorisme raffinés ; une émanation, une dépendance directe et légitime de l'organicisme. Donc les micrographes aussi sont les serviteurs de l'organicisme..... sans le savoir et sans le vouloir (1).

Professeur FORGET.

(La fin au prochain numéro.)

(1) Voir la discussion sur le cancer à l'Académie de médecine en octobre et novembre 1854 ; on y trouvera, brillamment exprimés par M. Velpeau, les principes que nous professons depuis dix ans.

qui représente le nombre des mâles inscrits aux tableaux de recrutement. — Assez bien, s'il s'agissait de la France ; mais première erreur, quand il s'agit d'un département, car sont portés annuellement sur les tableaux de recrutement d'une commune tous les jeunes gens nés dans cette commune au cours d'une même année, qu'ils y résident ou non. D'où il suit que ces tableaux ne sont presque d'aucune valeur pour exprimer le chiffre de la population résidente dans une localité. Autrement le nombre des conscrits de la Sarthe n'aurait pu être de 4,662 en 1852, puisque la population masculine de 20 à 21 ans n'était que de 3,016 dans ce département (recensement de 1851.)

M. Bayard a une manière à lui et très commode d'évaluer les populations partielles comprises entre deux âges. Il prend le nombre des électeurs inscrits, fait un peu plus que de le doubler, et dit : Voilà la population majeure. Puis retranchant celle-ci de la population totale, il dit : Voilà la population mineure. C'est à peu près de cette manière qu'il est arrivé à fixer la première à 272,203 âmes et la seconde à 200,868 âmes dans la Sarthe ; après quoi les populations intermédiaires sont évaluées à l'avenant.

Ces chiffres ne correspondent nullement à ceux du recensement, qui sont les suivants :

Population majeure.	289,870
— mineure.	183,201

Il y a pour cela une foule de raisons faciles à pressentir ; aussi n'en indiquerai-je que deux : d'une part, tous les hommes majeurs ne sont pas électeurs ; d'autre part, il existe plus de femmes que d'hommes :

Population masculine de la Sarthe. . .	229,384
— féminine. . . .	243,690
Total. . . .	473,074

Son procédé n'est pas moins simple quand il s'agit d'apprécier la mortalité annuelle entre deux âges donnés. Il prend la différence des populations annuelles qui correspondent à chacun de ces deux âges et dit : Telle est la population demandée. M. Bayard suppose par conséquent que tous ceux qui manquent annuellement entre ces deux âges sont morts et ne tient nullement compte de ceux qui ne sont que temporairement absents. Cependant entre 20 et 40 ans, il s'en trouve dans chaque département un assez grand nombre dans cette dernière catégorie. Ainsi, dans le département de la Sarthe, la différence des populations de 20 à 21 ans et de 40 à 41 ans a été de 2,036 et non pas de 2,962, comme l'écrit M. Bayard, et pourtant le nombre des décès de cette même année 1851, compris entre 20 et 40 ans, ne s'est élevé qu'à 1,058.

Maintenant, pour mettre à même de juger entre l'opinion de M. Bayard et la mienne, je suis obligé de citer les quelques lignes de ma brochure qui servent de texte à ses sarcasmes.

« Pour convaincre les plus récalcitrants (que la mort ne prélève pas aujourd'hui sur la jeunesse le tribut que la petite vérole imposait jadis à l'enfance), il me reste à démontrer directement et par des chiffres officiels que les décès de l'âge adulte, loin de doubler, ainsi qu'on nous le dit, ont en réalité diminué.... On sait que dans le dernier recensement on a fait le relevé de la population par âge. Il est donc très facile de connaître très exactement, tant en France que dans un département ou dans une ville, le nombre d'individus compris entre deux âges ; il n'y a là aucune erreur possible, aucun calcul à faire, il suffit de copier. »

Oui, n'en déplaise à M. Bayard et à sa haute intelligence mathématique, il suffit de copier. Ou le recensement a été mal fait dans le département de la Sarthe, et alors il faut que M. Bayard le prouve en le comparant avec les recensements des départements voisins placés dans des conditions analogues, ou il lui faut accepter comme exacts les chiffres de ce recensement : cela est évident. Il n'y a donc là d'autre erreur possible que celle de mal copier.

La critique amère de M. Bayard m'imposait une révision de mes chiffres, car il pouvait s'être glissé une erreur dans le relevé qui m'avait été fourni des dénombrements partiels de la population. C'est en effet ce que j'ai reconnu en faisant cette révision, et, quoique l'aveu de cette erreur puisse de nouveau égayer la critique à mes dépens, je le ferai cependant, fidèle à la devise que j'ai prise : *La vérité avant tout.* Voici donc comment se distribuait la population dans le département de la Sarthe en 1851. Désireux de satisfaire autant que possible à toutes les exigences, j'ai dans la colonne des décès exprimé non pas la mortalité réelle de 1851, mais la *moyenne de la mortalité prise sur les dix années consécutives antérieures.*

ANNÉE 1851.

Ages.	Population.	Décès.	Rapport des décès à la population.
De 6 à 15 ans.	135,429	3,052	1 décès sur 44 habitants.
De 15 à 40 »	180,602	1,448	1 » 125 »
De 40 à 100 »	157,040	5,104	1 » 35 »
Total.	473,071	9,604	

Je ne puis, comme dans ma brochure, mettre en regard la même division pour l'année 1821, parce que, ne connaissant pas le nombre des décès par âge antérieurs à cette année, je craindrais de n'en pouvoir établir la moyenne d'une manière assez approximative. Mais en fin de compte, au lieu du rapport 2 0/0 au moins que veut faire admettre M. Bayard comme indiquant la moyenne actuelle de la mortalité annuelle dans le département de la Sarthe entre 20 et 40 ans, nous trouvons le rapport 1/125 de 15 à 40 ans.

La *morale de ceci* est bien claire, mais je me dispenserai de la déduire, pour ne pas m'exposer à blesser un confrère. J'ajouterai seulement que, s'il m'eût lu jusqu'au bout, il eût vu combien je faisais peu de cas de la statistique appliquée à la solution des questions médicales, et que par conséquent je ne pouvais avoir de prétentions à cette science. Ce que j'ai voulu démontrer, et je crois l'avoir fait jusqu'à plus ample informé, c'est que l'on a bien à tort accusé la vaccine d'avoir augmenté la mortalité entre 15 et 40 ans, puisque de fait cette augmentation n'existe pas, au moins dans la Sarthe. Que M. Bayard prenne aussi cette devise : *Amicus Plato, sed magis amica veritas*, et bientôt sur cette question il sera de mon avis, qui est l'avis de tout le monde ou peu s'en faut.

A. Mordret, d.-m.-p.

CAS D'HYDROCÈLE CHEZ UNE FEMME.

Injection iodée. — Guérison.

Par M. Fleming.

Les exemples d'hydrocèle chez la femme sont fort rares, et nous croyons devoir publier ce cas, qui présente un grand intérêt sous le rapport du diagnostic et du traitement, car ce dernier a été exactement le même que pour l'hydrocèle de la tunique vaginale.

Nous ferons remarquer qu'après la guérison de la malade, on lui fit porter un bandage. Nous ne comprenons pas l'utilité de cet appareil, puisqu'il n'existait pas de hernie. Cette application a peut-être été nécessitée par quelque autre lésion. Il est fâcheux que l'auteur ne nous ait pas indiqué le motif qui l'a engagé à conseiller un bandage herniaire.

Catherine Rybaud, âgée de trente à trente-deux ans, femme de la campagne, ayant toute l'apparence de la santé, mère de quatre enfants, s'adressa à M. Fleming, pour un bandage herniaire, le 19 juin 1852.

A l'examen, M. Fleming reconnut toutes les apparences d'une hernie inguinale oblique et complète située du côté droit. La tumeur avait apparu pour la première fois six mois environ auparavant. Elle ne pouvait l'attribuer à aucune cause spéciale. Elle disparaissait dans la position horizontale ; elle n'était accompagnée d'aucun malaise abdominal ; les fonctions de l'intestin étaient assez régulières.

Cette tumeur occupait la place ordinaire de la hernie inguinale ; elle remplissait et distendait le canal inguinal ; elle était de forme cylindrique, un peu plus large en bas qu'en haut, ne variant pas de position ni de volume, ce dernier approchant de la grosseur d'un œuf d'oie. Elle était tendue, libre de toute résonnance tympanique à la percussion. A sa partie inférieure, elle donnait une sensation distincte de fluctuation ; sa transparence ne pouvait être complétement reconnue ; la toux la poussait en avant, mais plutôt en imprimant une secousse *en masse* qu'en l'affectant autrement. A sa partie inférieure, elle était circonscrite très distinctement, tandis que l'abdomen, mou et compressible, permettait le plus complet isolement, et rendait distinctement perceptible au toucher le ligament rond.

M. Fleming en conclut que la tumeur n'était pas une hernie, que c'était une hydrocèle enkystée du ligament rond. Quelques jours après l'avoir fait entrer à l'hôpital, il fit la ponction et donna issue à environ 6 ou 8 onces d'un liquide ayant tous les caractères qu'on trouve dans celui de l'hydrocèle ordinaire de la tunique vaginale. La tumeur disparut complétement, et on put sentir les deux anneaux abdominaux interne et externe agrandis ; le canal était presque effacé tellement ils étaient rapprochés.

Quelques jours après le liquide se reproduisit de nouveau ; lorsqu'il y en eut environ 4 onces, M. Fleming fit de nouveau la ponction et poussa une injection iodée dans le sac. Les suites n'offrirent rien de particulier. Tout se passa comme chez l'homme. La tumeur se solidifia et diminua graduellement jusqu'à ce que la malade quitta l'hôpital. On lui donna alors un bandage. (*The Dublin hospital Gazette* et *Gaz. méd.*)

PROLAPSUS DU RECTUM

traité avec succès par l'application locale de l'acide nitrique.

Par M. Dowel.

Le prolapsus du rectum est une affection assez commune et qui résiste souvent aux traitements les plus méthodiques ; des opérations sérieuses sont souvent conseillées pour remédier à cette infirmité. Voici un moyen bien simple, exempt de danger, qui paraît avoir donné les meilleurs résultats :

Bridget Brennan, âgée de cinquante ans, folle, détenue dans l'hospice d'Hardwike, avait toujours joui d'une bonne santé depuis son admission dans l'hospice, qui datait de dix mois, lorsqu'elle devint sujette au prolapsus du rectum. D'abord le prolapsus n'avait lieu que lorsque la patiente allait à la chaise ; l'intestin restait prolapsé jusqu'à ce qu'on l'eût forcé de rentrer avec le doigt. Après peu de temps, le prolapsus se reproduisait toutes les fois qu'elle se tenait debout ou qu'elle faisait quelque exercice ; la muqueuse renversée finit par être sujette à de fréquentes inflammations, ce qui rendait les rentrées de l'intestin difficile et augmentait grandement les souffrances de la malade ; un écoulement purulent et muco-sanieux s'était formé et l'incommodait beaucoup ; en fait la malade était obligée de garder le lit qu'elle avait à peine quitté depuis les six derniers mois. Le prolapsus était devenu permanent et s'étendait à environ quatre pouces ; on avait employé différents moyens pour y remédier, mais sans succès, lorsqu'on résolut d'appliquer l'acide nitrique.

On y procéda le 16 février. On fit quatre raies dans la direction verticale à partir du sphincter jusque vers la portion inférieure de l'organe renversé. L'intestin fut ensuite replacé. Il n'y eut plus de prolapsus pendant deux jours. On appliqua encore l'acide deux fois à des intervalles de sept jours avec un succès complet.

Huit semaines après plus de retour de prolapsus ; la malade se trouvait dans un état de santé parfait. (*Idem.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 13 mars 1855. — Présidence de M. Jobert (de Lamballe).

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Nouvelle substance alimentaire. — M. le ministre du commerce transmet :

1° Un mémoire sur la salicorne herbacée, comme propre à l'alimentation. (Commissaires : MM. Mélier et Chevallier.)

Epidémies. — 2° Un rapport de M. Vannaque, médecin des épidémies à Compiègne (Oise), sur des épidémies qui ont régné dans cet arrondissement pendant l'année 1854.

3° Un rapport de M. le docteur Vanton, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Montbéliard (Doubs), sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné d'octobre 1853 en juin 1854 dans la commune de Chamesol.

4° Diverses communications relatives à des remèdes secrets.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Anasarque consécutive à certaines rétentions d'urine. — M. Bourgeois, d'Etampes (Seine-et-Oise), adresse une notice manuscrite sur une affection encore peu observée et assez rare, l'anasarque consécutive à certaines rétentions d'urine. (Commissaires : MM. Robert et Ségalas.)

Choléra. — M. le docteur Sirus Pirondy, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Marseille, adresse la relation historique et médicale de l'épidémie cholérique qui a régné à Marseille pendant l'année 1854.

Tumeur abdominale. — M. Ledieu, directeur de l'Ecole de médecine d'Arras, adresse une pièce d'anatomie pathologique relative à une tumeur abdominale, et y joint quelques observations. (Commissaires : MM. Gaultier de Claubry et Barth.)

Bandage herniaire. — M. Charazac, de Beaulieu (Corrèze), soumet à l'appréciation de l'Académie un bandage herniaire de son invention. (Commissaire : M. Malgaigne.)

Candidatures. — L'Académie reçoit les lettres de candidature suivantes :

Pour la section d'hygiène et médecine légale : de MM. Boudin, Devergie, Guérard, Lachaise et Tardieu.

Pour la section d'anatomie pathologique : de MM. Beau, Barthez, Bayle, Blache et Parchappe.

Pour la section de médecine vétérinaire : de M. Bouley.

RAPPORTS.

M. Robinet lit au nom de la commission des remèdes secrets relatifs au choléra une série de rapports sur des demandes d'application des décrets relatifs aux remèdes.

Les conclusions négatives sont adoptées.

DISCUSSION.

Variole. — L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le mémoire de M. Piorry.

La parole est à M. Bouillaud.

M. Bouillaud. La question qui est soulevée est une question complexe. Au sujet du traitement de la variole, M. Piorry a fait intervenir une question de doctrine générale et de nomenclature. Un quatrième sujet est encore en scène, et ce n'est pas le moins important, le vitalisme. Et comme ce ne sont pas les orateurs seulement qui sont ici en cause, mais l'Académie tout entière qui a été prise à parti, nous devrons nous étendre quelque peu sur ces différents points.

1° *La variole.* — M. Piorry n'a rien dit de nouveau sur le fond de la question relative à la variole et à son traitement ; ce n'est en quelque sorte que la manière dont il en a parlé, que la forme sous laquelle il a présenté ses idées qui est nouvelle.

Le traitement que M. Piorry oppose à la variole ne diffère en rien, en effet, du traitement que tout le monde met usage. Toute la nouveauté des idées de M. Piorry à cet égard consiste à appliquer à la variole son système sur la non-unité des maladies. Il commence naturellement par traiter ce point de l'unité de la maladie, et puis il formule les indications du traitement.

Qu'y a-t-il à considérer pour lui dans la variole ? D'abord l'*iose*, comme il l'appelle ; mais il ne propose rien contre le principe même de la maladie, le variose. Il s'attaque alors aux organes organopathiques, qui ne sont en quelque sorte par rapport à la variole que les membres. C'est d'abord la variosémie qu'il cherche à combattre. Mais, sauf le nom de changé, je ne vois rien là de nouveau, rien que tout le monde ne fasse. Est-ce que nous ne combattons pas tous les congestions secondaires qui se forment vers les organes pendant le cours de la variole ?

Y a-t-il quelque chose de nouveau dans ce que nous a dit M. Piorry relativement aux phénomènes locaux qui se passent sur la peau ? Il est entré à ce sujet dans de très grands détails sur les différents procédés de la méthode ectotrique. Mais il n'y a encore rien là de nouveau. Il y a longtemps que tous ces procédés sont connus, et M. Piorry n'a fait que renouveler des essais qui avaient été faits depuis longtemps par M. Velpeau, par M. Bretonneau, M. Serres et d'autres.

La seule chose qui lui appartienne, c'est ce qu'il nous a dit de la variolaryngite et de la variotrachéite, non pas qu'on ne se fût déjà préoccupé des accidents qui ont lieu du côté de ces organes dans le cours de la variole, car je ne puis croire qu'ils aient échappé à l'attention des praticiens, mais personne à coup sûr n'y a attaché une aussi grande importance que M. Piorry. Il est arrivé ici ce qui arrive souvent à notre collègue : il est tombé dans l'exagération. Cela peut arriver à tout le monde, car nous y sommes tous plus ou moins enclins, mais M. Piorry y est plus exposé que qui que ce soit et il s'y laisse aller plus souvent qu'il ne faudrait.

Voici comment il s'exprime à ce sujet : « Toutes les fois que dans la variolaryngite et même dans la variopharyngite l'abord de l'air dans la trachée et les bronches devient difficile, et cela par suite de la présence des liquides qui s'y accumulent, il y a urgence de pratiquer l'ouverture du tube aérien ; si on attend au lendemain, presque toujours, lors de la visite, on ne trouve plus qu'un cadavre. » La trachéotomie n'est pas une opération nouvelle assurément, et il n'est pas de praticien qui dans certains cas bien connus, où la vie est menacée par un obstacle au libre passage de l'air à travers le larynx, ne pratique la trachéotomie. Mais ce qui est nouveau, c'est l'application de cette opération dans la variole. A quel moment, dans quel cas conviendra-t-il de la pratiquer ? Dans une variole confluente qui tue cinq fois sur six. M. Piorry a-t-il bien réfléchi aux conséquences que pourrait avoir une pareille opération pour celui qui la pratiquerait ? Ne s'exposerait-il pas à voir mettre la mort sur le compte de son opération ? Combien y a-t-il de praticiens qui voudraient prendre sur eux une semblable responsabilité ?

M. Piorry, pour faire comprendre l'utilité de sa nomenclature, termine son travail en ces termes : « Si vous arriviez un jour à penser comme moi, que toutes les collections phénoménales dites maladies devraient être ainsi considérées, alors vous seriez conduits à admettre que les dénominations usitées jusqu'à ces derniers temps sont fausses

et insuffisantes ; vous partageriez même cette opinion qu'il faut créer des mots nouveaux pour désigner des états pathologiques qui n'ont pas encore été dénommés ; vous croiriez encore que pour devenir intelligibles et pour marcher avec notre temps il faut adopter un langage précis, dérivé de la langue scientifique, c'est-à-dire du grec. » Vous savez comment cette prétention a été accueillie par M. Bousquet. Si l'Académie ne s'y montrait pas plus favorable, l'espoir de M. Piorry serait bien déçu. Mais avant de juger de l'utilité de cette nomenclature, il faut examiner d'abord les bases sur lesquelles son auteur la fait reposer, c'est-à-dire le principe d'où est parti M. Piorry pour établir ses états organopathiques. Toute la question roule sur ces deux points : l'unité, l'individualité morbide et la classification.

Examinons ce premier point.

M. Piorry, dans les prolégomènes placés en tête du premier volume de son *Traité de médecine pratique*, où il traite des généralités de la médecine sous le nom de *polygraphies* (mot qui n'a jamais été synonyme de généralités), commence par déclarer « que pour lui la maladie est dans la lésion elle-même et dans le trouble fonctionnel qui en est la conséquence, et que le mot maladie, considéré de cette sorte, cesse de constituer une individualité, un être de raison. » On n'a jamais vu, sans en excepter Broussais, de médecin aussi acharné contre les entités morbides que M. Piorry. Il poursuit cette idée avec un véritable acharnement dans toutes les pages de son livre. Quel est le médecin, je le demande, qui n'est obligé à chaque pas d'admettre des entités morbides? Mais M. Piorry lui-même en fait à chaque instant, mais il en fait sans le savoir ; voilà la seule différence qui le sépare des autres médecins. Voyez les deux systèmes qui ont fait le plus de bruit de notre temps, celui de Brown et celui de Broussais! Mais qu'est-ce que la sthénie et l'asthénie, qu'est-ce que l'irritation, sinon des entités? Sans doute, tout en créant lui-même une entité, Broussais s'est élevé avec énergie contre les entités admises de son temps ; mais c'est parce que ces entités étaient tout à fait distinctes, tout à fait séparées des organes, et qu'il entendait les ramener à l'organisme. Je veux des entités, disait-il, mais des entités *incarnées*, c'est-à-dire des entités qu'on puisse ramener aux organes, ou plutôt à l'organisme ; car c'est à tort qu'on a accusé Broussais et son école de méconnaître les maladies générales. Mais ce n'est pas ainsi que procède M. Piorry ; il veut supprimer les maladies, les unités et les individualités morbides. J'ai eu beau chercher dans ses œuvres ce qui peut justifier une semblable opinion, à chaque pas, au contraire, je le vois obligé d'admettre des unités morbides ; et il a beau formuler, en tête de son livre comme à la fin, cette règle générale qui semble résumer toute sa doctrine : « que la maladie n'est point une unité, qu'elle est un composé de nombreux éléments organo-pathologiques, etc., » il ne fait, en réalité, que décomposer les unités morbides complexes admises par la généralité des médecins en un plus grand nombre d'unités plus simples ; car les éléments organopathiques sont-ils eux-mêmes autre chose que des unités? M. Piorry ne fait donc pas, en réalité, autrement que tout le monde.

D'où vient donc la différence apparente qui existe entre lui et ses adversaires? De ce qu'il ne comprend pas l'unité comme tout le monde. Il y a des unités de plusieurs sortes : il y a des unités complexes, il y a des unités simples, depuis la grande unité, qui est le monde, jusqu'à M. Piorry lui-même, qui est une unité dans cette assemblée. Mais l'erreur de M. Piorry à cet égard vient de ce qu'il prête à ses adversaires une opinion qui n'est plus aujourd'hui dans l'esprit de personne ; il se figure que nous considérons encore les maladies comme des groupes de symptômes. C'était bon autrefois, quand on ne connaissait pas les lésions. Mais aujourd'hui, grâce aux progrès de l'anatomie pathologique, il n'en est plus ainsi. Dans l'idée que nous nous faisons aujourd'hui de l'unité morbide, nous ne saurions faire abstraction des lésions de l'organisme ou de tel ou tel organe en particulier. La grande question aujourd'hui est de rechercher quelles sont ces unités, ces états organopathologiques, comme le dit M. Piorry, car, ne vous y méprenez pas, je vous le répète, vos états organo-pathologiques sont des malades. Mais cette question touche à la classification même des maladies.

Ici on voit où a été conduit M. Piorry. Il a été logiquement entraîné à ne vouloir plus de classification, ou plutôt à classer les maladies dans un ordre purement anatomique. A une autre époque, faute de connaissances suffisantes sur la nature des maladies, on était obligé de les classer d'après les symptômes. Aujourd'hui que nous connaissons mieux les maladies, non pas dans leur nature intime, mais dans les caractères différentiels qui la traduisent, nous pouvons et nous devons les classer d'après ce principe.

Ce n'est donc pas, je le répète, sur la seule considération des symptômes que doit reposer la classification des maladies, encore moins sur la considération exclusive des organes, mais sur leur nature.

Je regrette d'avoir ici à parler de moi-même. On sait que depuis longtemps j'ai renoncé à occuper le public de ma personne ; mais j'y suis obligé en ce moment par les besoins mêmes de la discussion. Il y a longtemps que j'ai été frappé de l'utilité d'une bonne classification des maladies ; aucune de celles qui ont été successivement proposées ne me satisfaisait. J'ai essayé d'en faire une : M. Piorry ne doit pas l'ignorer. J'ai admis douze classes de maladies correspondant à douze modes morbides spéciaux, et qu'il me paraît impossible de ne pas admettre et de ne pas considérer comme parfaitement distincts les uns des autres. Ces douze modes, ou éléments morbides, peuvent être ramenés à trois grandes familles basées sur la distinction naturelle des lésions physiques, des lésions organo-chimiques et des lésions vitales ou dynamiques. Assurément vous ne nierez pas qu'il n'y ait une distinction à faire entre les lésions purement physiques, les déplacements d'organes, les solutions de continuité, etc., et les phlegmasies ; entre celles-ci et les altérations de nutrition. Est-ce que les empoisonnements peuvent être confondus avec les fièvres, avec les phlegmasies, etc., etc.? Par cela même qu'on peut ainsi décomposer toutes les maladies en un certain nombre d'éléments, on peut en quelque sorte, en les combinant abstractivement deux à deux, reconstituer toutes les combinaisons que peuvent présenter les maladies composées, qu'il ne faut pas confondre avec les maladies compliquées. Cette classification, sans doute, n'est pas le dernier mot. D'autres la perfectionneront et la modifieront suivant les progrès de la science ; mais elle semble répondre aux besoins du moment et à l'état de nos connaissances sur la nature des maladies.

M. Piorry ne veut pas qu'on fasse des abstractions. Mais on ne constitue point une science sans abstractions. Sans doute au lit des malades il n'y a que des unités, des individualités morbides infiniment diversifiées, à tel point qu'il n'y a pas dans la nature deux maladies absolument semblables ; mais dans les livres nous sommes obligés, pour faire l'histoire des maladies, de créer certains types, c'est-à-dire d'abstraire. Il n'y a point de science sans cela. Si M. Piorry veut bien y réfléchir, il arrivera certainement à cette conclusion, qu'une classification nosologique est une nécessité pour la science.

Le temps ne me permettant pas aujourd'hui d'aborder les autres questions que je me proposais de traiter, je demande la permission de les reprendre dans la prochaine séance. Je terminerai aujourd'hui par quelques réflexions sur la nomenclature.

(Nous reprendrons cette dernière partie du discours de M. Bouillaud avec le compte rendu de la séance prochaine.)

Commission des prix. — L'Académie a procédé dans cette séance à la nomination au scrutin des commissions de prix. Voici le résultat du scrutin :

Prix de l'Académie (tubercules pulmonaires) : MM. Louis, Andral, Chomel, Gérardin et Barth.

Prix Portal (goître endémique) : MM. Ferrus, Bouchardat, Chatin, Baillarger et J. Guérin.

Prix Civrieux (catalepsie) : MM. Bouillaud, Rostan, Roche, Collineau et Falret.

Prix Capuron (accouchements) : MM. P. Dubois, Depaul, Moreau, Danyau et Cazeaux.

Prix Capuron (eaux minérales) : MM. Patissier, Bourdon, Bussy, Gueneau de Mussy et Mélier.

Prix Itard : MM. Grisolle, Velpeau, Jolly, Bricheteau et Hervez de Chégoin.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 5 mars 1855. — Présidence de M. Regnault.

Inhalation du chloroforme chez les blessés de l'armée d'Orient. — M. Mounier, professeur au Val-de-Grâce, communique la note suivante :

« Pendant un séjour de six mois comme médecin en chef de l'hôpital de Dolma-Bagtché, à Constantinople, j'ai recouru plusieurs milliers de fois à l'usage du chloroforme, dans les cas légers comme dans les cas les plus graves, et j'ai la satisfaction d'annoncer à l'Académie que les inhalations ont été constamment couronnées du succès le plus complet.

» L'appareil dont je me suis toujours servi était extrêmement simple : il consistait en un cornet de papier assez évasé à sa base pour embrasser le nez et la bouche du patient, et tronqué à son sommet, de manière à laisser facilement pénétrer l'air pendant l'inspiration. Une pincée de charpie introduite au fond du cornet tenait lieu d'éponge. 20 à 30 gouttes de chloroforme étaient versées dans le cornet et imbibaient la surface de la charpie. Le blessé était couché horizontalement, en supination. L'expérience nous ayant appris que l'éclat de la lumière et le bruit étaient des conditions qui retardaient sensiblement, si elles n'empêchaient pas l'action du chloroforme, on étendait une compresse sur les yeux du malade et tous les assistants observaient un profond silence. Un aide intelligent explorait les battements du pouls, les mouvements respiratoires, et mesurait le temps à l'aide d'une montre à secondes. Le cornet était alternativement rapproché ou éloigné de la bouche du malade, pendant quelques secondes ; et à mesure que l'anesthésie se manifestait on tenait l'appareil plus près de la face et plus longtemps. On interrogeait la sensibilité du malade par des pincements à la peau, et son intelligence par des questions réitérées. Le silence du blessé était pour nous l'indice de l'opportunité d'agir, et ce moment a toujours été celui du commencement de l'opération.

» Si la manœuvre chirurgicale durait longtemps, on versait dans le cornet une seconde, une troisième dose de chloroforme, qui toujours était inspiré d'une manière intermittente.

» Tel a été le procédé de chloroformisation mis en usage chez tous les blessés de l'Alma et d'Inkermann apportés à mon hôpital, et jamais nous n'avons eu non-seulement de mort à déplorer, mais même d'accidents à combattre. L'innocuité du chloroforme et sa constante efficacité, je les attribue au procédé suivi dans l'administration de l'incomparable agent anesthésique, procédé qui découle de la théorie si savamment et si judicieusement développée par M. Flourens, à savoir, que le chloroforme produit une anesthésie progressive, successive, qu'il agit d'abord sur l'intelligence, ensuite sur la sensibilité, et finalement sur la locomotion ; ou, pour parler anatomiquement, sur les lobes cérébraux, sur le cervelet, sur la moelle épinière, sur la moelle allongée, sur le nœud vital. Il résulte des expériences si nombreuses qui se sont accomplies sous mes yeux et sous ma direction, qu'il n'est nullement besoin de pousser l'absorption du chloroforme jusqu'à l'abolition des mouvements ; qu'il est encore moins nécessaire de frapper de sidération le système nerveux ; qu'il y a, comme l'a dit M. Baudens, imprudence et danger d'homicide à franchir volontairement le degré qui sépare l'abolition du sentiment de l'abolition du mouvement.

» La surexcitation de l'appareil musculaire s'est offerte rarement à mon observation. Quand elle s'est manifestée, au lieu de la combattre et de chercher à la maîtriser par l'addition de nouvelles doses de chloroformes, je faisais, au contraire, éloigner l'appareil de la face du malade, et en quelques secondes celui-ci revenait au point pour ainsi dire normal pour le commencement de l'opération, c'est-à-dire à la perte de la sensibilité.

» Ce procédé opératoire, dont M. Baudens a si clairement formulé les règles, et qui est basé sur l'ordre d'évolution des phénomènes pathologiques provoqués par l'inhalation du chloroforme, m'a permis plusieurs fois de faire mettre sur un brancard, de transporter à la salle d'opération, d'opérer, de panser et de ramener un malade dans son lit sans qu'il ait eu conscience ni sentiment de ce qui s'était passé. Or, quand on a vu le chloroforme réussir ainsi constamment dans les opérations les plus variées, dans les plus légères comme dans les plus graves, la question est jugée, et tout esprit impartial doit convenir que ce n'est pas l'agent anesthésique, mais bien la manière de l'employer qui a été cause des accidents funestes qu'on a eu trop souvent à déplorer. Les nombreux médecins étrangers qui m'ont fait l'honneur d'assister aux opérations pratiquées à l'hôpital de Dolma-Bagtché, et les élèves de Galata-Séraï, que le gouvernement ottoman avait mis à ma disposition, ont constaté, d'après l'exposé que je leur avais fait de la théorie de M. Flourens, que la marche des phénomènes anesthésiques était bien telle que l'avait décrite cet illustre physiologiste, et tous ont été émerveillés de l'efficacité non moins que de l'innocuité du chloroforme, administré suivant la méthode de M. Baudens.

» La vulgarisation de l'emploi du chloroforme et la pratique des opérations sur le cadavre, que j'ai enseignée aux élèves de l'Ecole de médecine de Constantinople, sont deux bienfaits qui, je l'espère, laisseront des traces ineffaçables de la médecine militaire française en Orient. » (Commissaires : MM. Flourens, Andral, Velpeau.)

Monsieur le Rédacteur,

Je viens de lire dans un journal le compte rendu d'un mémoire présenté par M. Dumas à l'Académie des sciences et qui a pour auteurs MM. André Poey (de la Havane) et Maurice Vergnès.

Dans ce mémoire, les auteurs rendent compte d'expériences qui ont pour objet, au moyen d'un bain électro-chimique, de soutirer de l'économie les parcelles métalliques qui peuvent y avoir été introduites par une cause quelconque. Dans les faits rapportés par MM. Poey et Vergnès, il n'y a rien de nouveau. Des expériences se font déjà depuis longtemps dans le même but avec des moyens beaucoup plus simples et moins dispendieux et avec des résultats tout aussi positifs, pour ne pas dire plus.

Vous me permettrez, monsieur, de vous rendre compte de faits qui me sont personnels. J'en prendrai un entre autres.

Il y a un an, je fus appelé près d'une femme qui présentait les symptômes suivants :

Immobilité, décubitus dorsal, yeux fixes, quelquefois hagards ; douleurs de tête s'irradiant dans les membres ; inappétence, anorexie, selles nombreuses accompagnées de coliques, quelquefois douloureuses ; pouls petit, dépressible ; débilité générale.

Ne sachant à quoi rapporter ces symptômes, je pensai à une intoxication arsenicale ou mercurielle dans un but thérapeutique, et alors j'appris de cette femme qu'il y avait sept ou huit ans elle avait employé, d'après l'avis d'un empirique, des quantités énormes d'onguent napolitain pour se guérir, elle et ses enfants, d'une gale chronique qui datait de six mois.

Les symptômes morbides que je viens de décrire ayant résisté à toutes les médications faites antérieurement à mon entrée dans la maison, je proposai l'emploi des moyens suivants, et qui consistaient dans l'application sur un point quelconque de l'économie d'une plaque de cuivre rouge et sur celle-ci d'une plaque de zinc mouillée d'eau salée par le côté qui touche le cuivre.

Après quelques jours d'expériences, il fut recueilli par la famille elle-même plus d'un gramme de métal, dont l'analyse, faite par M. Braine, professeur de chimie à l'École de médecine de Tours, ne laisse aucun doute sur la nature du métal obtenu.

Vous le voyez, monsieur, les moyens déjà connus employés par moi sont plus simples, moins dispendieux et bien antérieurs à ceux indiqués par les auteurs du mémoire en question.

Agréez, etc.

Victor Besnard,
Médecin à Joué-lès-Tours, près Tours.

P. S. — Avant de clore ma lettre, je dois vous dire, monsieur, que depuis trois mois que la dame Barbé emploie l'appareil ci-dessus décrit, je n'ai pas été une seule fois à même de constater les symptômes morbides dont il est question plus haut.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 10 mars, sont autorisés à accepter et à porter l'ordre du Medjidié, qui leur a été conféré par Sa Hautesse le sultan, suivant les désignations ci-après, les Français dont les noms suivent :

Deuxième classe. — M. le docteur Michel Lévy, inspecteur général du service de santé de l'armée d'Orient.

Quatrième classe. — M. Périer, médecin, chef de l'ambulance.

Cinquième classe. — M. Buschaërt, médecin aide-major.

(La décoration de 2e classe est portée en sautoir avec plaque sur le côté droit de la poitrine ; celles de quatrième et cinquième classes sont portées à la boutonnière.)

— Le *Journal de l'Académie royale de médecine et de chirurgie de Turin* vient de publier des aperçus de statistique générale qu'on ne lira sans doute pas sans intérêt. Les voici :

Le nombre des langues parlées dans les diverses contrées de la terre est de 3,064 environ. — Les habitants du globe professent 1,000 religions différentes. — Le nombre des femmes est presque égal à celui des hommes. — La durée moyenne de la vie est de 33 ans. — Un quart meurt avant d'avoir atteint la septième année ; une moitié avant la dix-septième année, et ceux qui dépassent cet âge jouissent d'un privilége refusé à la moitié du genre humain. — Sur mille personnes on ne compte qu'un centenaire ; six sur cent atteignent 65 ans, et sur cinq cents il n'y a qu'un octogénaire.

Il y a sur la terre 1,000,000,000 d'habitants : il en meurt annuellement 333,333,333 ; par jour, 91,854 ; par heure, 3,730 ; 60 par minute, 1 par seconde. Ces pertes sont comblées par un nombre égal de naissances.

Les gens mariés vivent plus longtemps que les célibataires, ceux principalement dont la vie est régulière. Les hommes à stature élevée vivent plus longtemps que ceux de petite taille. Les femmes ont une plus grande probabilité de vivre jusqu'à l'âge de 50 ans ; mais, passé cet âge, cessent pour elles les autres probabilités.

Le nombre des mariages est de 65 pour 1,000.

Les mariages sont plus fréquents dans les mois de juin et de décembre.

Les enfants nés au printemps sont plus robustes que les autres.

Les naissances et les morts ont lieu plus particulièrement pendant la nuit.

Le nombre des hommes capables de porter les armes est d'un huitième de la population.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Encore un mot sur l'opération césarienne. — De l'innocuité relative de cette opération dans la pratique rurale.

La question soulevée par nos correspondants est trop grave pour qu'on ne nous pardonne pas de revenir encore sur ce sujet ; non que nous ayons l'intention de reprendre une à une les objections faites à l'opinion émise par M. P. Dubois sur le choix à faire dans un cas donné entre la céphalotripsie et l'opération césarienne, ainsi qu'au procédé opératoire suivi par ce professeur dans l'observation que nous avons publiée. Nous n'aurions rien à ajouter à ce que nous avons dit sur le premier point ; et quant au second, nous laissons à M. Dubois lui-même le soin et le droit de répondre. Mais nous ne croyons pas devoir laisser échapper l'occasion d'entrer ici dans quelques développements sur ce point, que nous n'avons fait qu'indiquer dans notre dernier article, que l'opération césarienne, qui échoue presque constamment à Paris, réussit souvent dans les provinces. On ne saurait trop chercher à approfondir les causes de cette différence dans les conditions qui, à Paris et dans les provinces, pèsent sur l'état puerpéral.

« Si nous consultons le livre publié par Rousset en 1581 et le beau mémoire de Simon, inséré dans le premier volume des *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, dit M. A. Joux, dans la lettre que nous avons mentionnée dans le numéro du 13 mars, nous y trouvons un grand nombre de faits et beaucoup de guérisons. Depuis la publication de ces travaux, les auteurs en citent des cas particuliers et nouveaux. Il y a dans tout cela une circonstance bien digne de remarque, c'est qu'à partir d'Ambroise Paré et de Guillemeau, qui la firent sans succès, il semble que cette grave opération n'ait presque jamais réussi qu'entre des mains inexpérimentées.

» C'est d'abord, continue notre correspondant, un châtreur d'animaux qui la pratique sur sa femme, et puis des sages-femmes, des chirurgiens de campagne, dont quelques-uns la font d'*inspiration*, sans en avoir jamais entendu parler ; par eux les divers procédés ont à peu près de semblables succès. Bref, les capacités échouent et les incapacités réussissent. »

Nous n'avons pas besoin de faire remarquer que cette dernière proposition ne s'applique qu'à des temps éloignés de nous et que pour cette époque même il y aurait probablement plus d'une exception à faire dans cette dernière catégorie.

Mais cette opposition fait assez ressortir le fait qu'il importe de mettre en relief, c'est que le succès ou l'insuccès de l'opération césarienne ne dépend absolument ni du plus ou moins d'habileté de l'opérateur, ni du procédé mis en usage, mais bien d'autres conditions étrangères à l'opération elle-même.

« Dans nos campagnes, dit M. Maslieurat-Lagémard (*voir* le dernier n° du *Bulletin de Thérapeutique*) dans nos campagnes, on opère à la dernière extrémité, lorsque déjà de graves et infructueuses tentatives ont été faites ; on opère des femmes épuisées par la souffrance et la durée du travail ; on opère sans le secours d'aucun aide, dans les conditions les plus malheureuses, avec un manque absolu des objets de première nécessité et des soins ultérieurs qui devront être donnés aux malades, placées souvent à de grandes distances de l'habitation du chirurgien. Ces opérations sont souvent faites avec lenteur, avec timidité et par des mains qui n'en ont pas une très grande habitude. Eh bien ! malgré toutes ces causes réunies d'insuccès, malgré tous les accidents que des conditions aussi défavorables paraissent inévitablement devoir produire, toutes les opérées guérissent.

» A Paris, où tout se trouve réuni, grande habileté des opérateurs, moment le plus favorable choisi pour l'opération, soins assidus, attentifs, intelligents, moyens hygiéniques sagement combinés, où rien ne manque, toutes les malheureuses opérées succombent ; on n'en connaît pas une qui ait résisté. » (Les rares exceptions que nous avons rappelées n'infirment point la vérité de cette proposition.)

Si l'opération pratiquée dans des conditions aussi défavorables en apparence et par des mains peu habiles a des résultats si heureux, et qui contrastent d'une manière si frappante avec les tristes effets constatés dans nos grands hôpitaux, on comprend tout l'avantage qu'on en peut obtenir lorsque cette innocuité relative est secondée par l'habileté des opérateurs et la stricte exécution des procédés que l'art prescrit ; on comprend surtout les motifs qui groupent presque unanimement les accoucheurs de province dans leur opposition à une pratique qui n'a eu sa raison d'être et sa justification que dans des motifs contraires.

Maintenant quelles sont les causes de l'insuccès de l'opération césarienne à Paris ? quels seraient les moyens de lui restituer les chances de succès propres à la réhabiliter ? La question est là tout entière.

Les causes d'insuccès, cela ne saurait plus être douteux pour personne, sont dans l'insalubrité inhérente aux hôpitaux de la capitale et spécialement de ceux qui sont destinés à recevoir les femmes en couches, insalubrité qui se traduit assez par cette constitution épidémique puerpérale qui y règne d'une manière presque permanente.

« Voulez-vous savoir, dit M. Joux dans sa lettre, s'il existe une constitution particulière, une cause mortelle agissant depuis plusieurs années, ou si ces malheurs sont causés par le séjour de l'hôpital ? en voici le moyen : si une femme que l'on soupçonne devoir être soumise à l'opération césarienne se présente, qu'elle ne franchisse pas le seuil de l'hôpital, qu'elle soit conduite dans une maison particulière ; couchez-la dans un lit convenable, faites-la soigner par des gens de la ville ; que le linge ni la charpie de la Clinique ou de la Maternité n'y paraissent pas, ils sont empoisonnés par une influence d'une nature inconnue, mais certaine. Que les élèves ne l'approchent pas, ils sont imprégnés ; en un mot, qu'elle soit isolée de tout ce qui touche aux hôpitaux et placée en bon air, sur l'un des boulevards extérieurs de Paris, par exemple.

» Si cette femme meurt, traitez la seconde dans un village des environs en prenant les mêmes précautions, et vous verrez si l'opération césarienne est une vérité ou un mensonge. »

Les avis, à cet égard, sont unanimes. Que les chirurgiens placés à la tête des grands établissements obstétricaux de Paris se concertent donc avec l'administration pour aviser aux moyens de faire à la première occasion cet essai ; et s'il réussit, que des mesures définitives soient prises pour qu'à l'avenir aucune opération césarienne ne soit plus pratiquée dans les maisons d'accouchements de Paris, mais dans un local des environs affecté à cette destination ; que le choix de ce local soit soumis à une étude sérieuse de toutes les conditions hygiéniques les plus propres à assurer le succès de l'entreprise ; car l'on ne saurait s'entourer de trop de lumières et de trop de précautions en pareil cas. Les notions acquises d'hygiène, la connaissance des meilleures conditions de salubrité fourniront à cet égard d'utiles données. Dans un petit travail que nous avons récemment reproduit, M. le docteur Junod signalait ce fait intéressant à ce point de vue, que la partie ouest des villes présente, en général, les meilleures conditions possibles de salubrité. N'est-ce pas une circonstance à faire entrer en ligne de compte dans le choix de la localité qui serait affectée à cette destination ?

Que si l'on objectait les frais ou toute autre difficulté d'exécution que pourrait entraîner un pareil projet, l'importance du but à atteindre y répondrait suffisamment. L'administration des hôpitaux possède d'ailleurs aux environs de Paris plusieurs propriétés entre lesquelles il ne serait ni très difficile ni très onéreux pour son budget de choisir un local convenable. On sait, par exemple, qu'elle a affecté une partie de la ferme Sainte-Anne aux aliénés capables de se rendre utiles à des travaux agricoles ; ne pourrait-elle pas affecter à cette nouvelle destination un autre de ses domaines, dont la situation paraîtrait favorable ?

Nous ne pouvons faire ici que des indications générales ; l'administration saura bien, dans sa sollicitude, subvenir aux moyens d'exécution.

Doigts à ressort. — Nodosités dans les gaînes des tendons fléchisseurs des doigts.

Dans le service de M. le professeur Nélaton se trouve en ce moment une malade qui présente une affection assez rare qui n'a point encore été décrite. Nous devons la communication de ce fait à l'obligeance de M. le docteur Fenerly.

Mme X..., piqueuse, âgée de quarante-cinq ans, d'un tempérament lymphatique, jouissant d'une assez bonne santé et mère de cinq enfants, entre le 6 mars à la Clinique pour se faire traiter d'une gêne dans les mouvements des doigts de la main droite. Elle raconte qu'il y a huit ans elle s'est aperçue pour la première fois que par moments les mouvements du doigt annulaire de la main droite n'étaient pas complétement libres, mais elle n'y a pas fait attention. Il y a six semaines environ cette gêne a augmenté, elle s'est étendue au pouce du même côté ; les mouvements de ce doigt étaient un peu douloureux. La malade consulta un médecin, qui,

---

DE L'ORGANICISME

COMME DOCTRINE PRÉSENTE ET PERMANENTE (1).

Le système chimique offre beaucoup d'analogie avec le précédent, comme le microscope, et plus légitimement, il faut en convenir, la chimie affecte des tendances usurpatrices et destructives, soi-disant de l'organicisme. Le chimisme médical brilla jadis et longtemps au moyen âge et à la renaissance pour s'éteindre et renaître il y a cinquante ans, puis mourir encore après une existence éphémère. Sa nouvelle résurrection sera-t-elle définitive ? On a lieu de l'espérer, à condition que, comme son acolyte et collaborateur le microscope, il saura se tenir à sa place, respecter la physiologie et la pathologie, dont il est une des lumières, mais non pas la seule lumière ; s'il ne substitue pas ses vues imaginaires à la preuve matérielle ; s'il se borne à prêter à l'art des secours précieux sans doute, mais qui ne sauraient réduire à néant les autres moyens de diagnostic et de thérapeutique. Au demeurant la chimie n'est, elle aussi, retenez-le bien, qu'un procédé d'investigation plus pénétrant que le scalpel et le microscope lui-même ; c'est un adjuvant plein de puissance et d'avenir pour l'organicisme, dont par conséquent elle est la glorification..., sans le savoir et sans le vouloir.

Plus antique, plus brillant et peut-être encore plus despote que les systèmes précédents, le vitalisme pur voit à regret se rétrécir son domaine en proportion des progrès des sciences physiques et naturelles ; aussi compte-t-il aujourd'hui assez peu de partisans. Dans l'école de Paris, il éprouve quelque honte à se produire. Il s'est déguisé dans ces derniers temps sous le nom de dynamisme. C'est surtout dans la moderne Cos qu'il trône au fond du sanctuaire, d'où partent ses oracles souvent incompris. Les vitalistes s'intitulent hippocratistes purs ; mais nous avons vu qu'Hippocrate, humoriste beaucoup et quelque peu solidiste, doit raisonnablement passer pour organicien, du moins en partie. Au demeurant, les néo-vitalistes sont assez embarrassés de leur rôle ; car si vous les accusez de supprimer totalement les organes, ils se fâchent sérieusement, vous taxent de crétinisme et soutiennent que sous le nom d'*aggrégat matériel* ils font cas des organes autant et mieux que vous. Le fait est qu'à le voir à l'œuvre, le vitalisme s'accommode assez bien du diagnostic sensitif et de la thérapeutique matérielle, comme ces ascétiques pleins de mépris pour la chair, et qui pourtant y sacrifient comme à de vils besoins de l'humanité. Vitalistes en théorie, tous sont obligés, en application, de se résigner à l'organicisme...., sans le savoir et sans le vouloir.

Nous arrivons à l'empirisme, prétendu système qui fait gloire d'être acéphale, renie la science, mais reconnaît l'art ; comme si l'art ne supposait pas la science, c'est-à-dire certains principes qui règlent l'application. Cette spécieuse antithèse de la science et de l'art est une des grandes mystifications de notre époque. Quoi qu'il en soit, on peut se demander si l'empirisme pur est possible, si, philosophiquement, il n'y a pas toujours un mobile mental plus ou moins rationnel à toutes nos déterminations. « Une théorie est indispensable à la médecine clinique, » a dit Fodéré, et les empiriques les plus grossiers en ont une. » (*Epidémies*.) Toujours est-il que l'empirisme prétendu oublie souvent son rôle et s'efforce, lui aussi, pour se justifier, de rationaliser ses actes, avant comme après coup, même ceux qui seraient l'œuvre du hasard ; car il comprend mentalement que l'empirisme n'existe pas dans la nature, qui n'obéit qu'à des lois. L'empirisme, lui aussi, paraît assez honteux de son rôle, et pour en dissimuler l'infimité il a inventé l'*empirisme rationnel*, deux mots qui hurlent de se trouver ensemble. Au demeurant, l'empirique est essentiellement organicien ; car son procédé consiste le plus souvent à mettre un modificateur quelconque en contact avec un organe, pour voir ce qui en adviendra. Encore un partisan de l'organicisme..., sans le savoir et sans le vouloir.

Voici venir ce fameux système de l'éclectisme, arène sans limites où peuvent librement évoluer tous les caprices, toutes les excentricités de l'esprit humain. L'éclectisme, ne vous en déplaise, n'est pas une doctrine, c'est une licence, c'est la liberté de choisir entre toutes les doctrines celle qui répond aux besoins du moment, et, comme chacun dans un cas donné se croit libre de préférer telle doctrine par opposition à tel autre observateur du même cas, il s'ensuit une véritable confusion des langues et une source intarissable de dissensions. Aussi l'éclec-

(1) Fin. — Voir les numéros des 13 et 15 mars 1855.

croyant à une affection rhumatismale, conseilla des moyens appropriés; mais ceux-ci restèrent sans résultat, et le mal ayant fait des progrès, elle entra à l'hôpital des Cliniques, et on constata l'état suivant :

La main ne présente aucune altération appréciable à la vue, mais lorsque tous les doigts de la main droite sont fléchis, si la malade veut les étendre, le mouvement d'extension se fait bien et facilement pour tous les doigts, excepté pour l'annulaire et le pouce. Pour ces derniers, le mouvement d'extension commence d'abord à se faire jusqu'à un certain degré, puis s'arrête tout à coup; si la malade persiste à contracter les extenseurs, ou si avec l'autre main ou avec le doigt voisin elle vient en aide au doigt malade, il se fait un mouvement brusque comme s'il y avait un ressort et comme si un obstacle venait d'être franchi : l'extension devient alors complète. On observe le même phénomène pendant la flexion. Après un exercice un peu prolongé d'extension et de flexion, les mouvements brusques diminuent d'intensité et même disparaissent, pour reparaître après un instant de repos.

L'exploration attentive de la main fait constater la présence d'un corps du volume d'un petit pois situé à la base de chacun de ces deux doigts, au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne, et sur le trajet des tendons fléchisseurs. Ces corps sont lisses et présentent la consistance d'un cartilage; ils sont roulants sous le doigt qui les presse. Pendant les mouvements d'extension et de flexion, on sent ces corps s'arrêter brusquement; puis, si l'effort continu, exécuter un mouvement brusque et rapide comme s'ils venaient de franchir un obstacle.

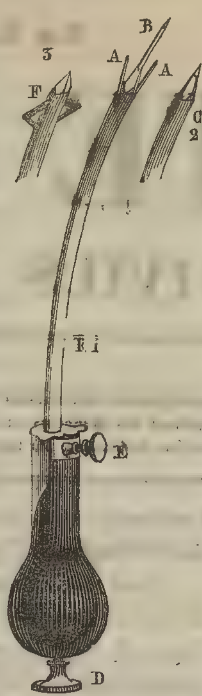
Ces corps paraissent siéger dans la gaîne des fléchisseurs. M. Nélaton pense qu'ils sont analogues aux corps flottants des articulations et le résultat d'une inflammation et d'un épaississement du tissu cellulaire sous-synovial, qui se rétrécit sur un point et s'isole. L'obstacle que ces corps rencontrent pendant les mouvements des doigts est constitué par les arcades fibreuses qui siégent sur la face palmaire des doigts. Lorsque le doigt commence à se fléchir, le corps roulant éprouve une difficulté à passer sous l'arcade fibreuse; cependant, l'effort continuant, le corps s'engage sous cette arcade et la franchit rapidement. Pendant les mouvements d'extension, la difficulté étant plus grande (les muscles extenseurs étant moins puissants que les fléchisseurs), l'autre main et le doigt voisin interviennent pour rendre l'extension complète.

M. Nélaton a employé dans des cas analogues des résolutifs locaux (vésicatoires volants répétés, eau-de-vie camphrée, alcool, etc.). Cette médication n'a pas donné jusqu'à présent de résultats très satisfaisants; aussi se propose-t-il, si ces moyens ne réussissent pas, de recourir à l'incision sous-cutanée de l'arcade fibreuse palmaire.

Peut-être pourra-t-on appliquer ici le procédé que M. Goyrand (d'Aix) a proposé pour extraire les corps mobiles des articulations. De cette manière, on débarrassera la malade de son affection, en même temps qu'on enlèvera la nodosité qui pourrait la reproduire. Il est en effet certain que, si l'art n'intervient pas dans cette circonstance, la malade conservera une infirmité qui pour elle est des plus graves, puisqu'elle l'empêche de travailler pour subvenir à ses besoins.

Modifications apportées au trocart pour son emploi à la cure radicale des hernies par les injections iodées.

Dans une de ses dernières leçons cliniques, M. le professeur Nélaton est entré dans des développements sur la question de la cure radicale des hernies qui se font jour à travers le canal inguinal réduit à un simple anneau. Examinant les différents moyens proposés pour obtenir la guérison, le savant professeur a surtout insisté sur la méthode des injections iodées, qui fixe aujourd'hui à si juste titre l'attention de tous les chirurgiens. En entendant faire la description de différents trocarts employés jusqu'à ces derniers temps par divers chirurgiens pour faire la ponction et les injections, M. Lecoq, élève en médecine, a été frappé de certaines imperfections présentées par ces instruments. Préoccupé du désir d'obvier à ces inconvénients, M. Lecoq a fait construire un trocart modifié de manière à être approprié spécialement à cette opération. Cet instrument, représenté par la figure ci-contre, ne diffère des trocarts ordinaires que par une légère courbure ménagée sur la canule et par l'addition de trois appendices, dont deux latéraux sont mousses AA, et le troisième B, en forme d'aiguille acérée. Ces trois tiges sont disposées de façon à faire saillie en dehors lorsqu'on exerce une pression sur le bouton D; les premières, par deux orifices situés à la partie supérieure de la canule et dans le plan de courbure; la troisième, par l'extrémité de la petite pyramide quadrangulaire. Une vis de pression placée en E permet ou empêche le mouvement de ces trois appendices.



Voici la manière dont fonctionne cet instrument :

Après avoir pris entre les doigts une partie du sac herniaire, on fait la ponction. L'extrémité de l'instrument présente alors la même disposition que celle d'un trocart ordinaire (fig. 2, C). La pointe de la pyramide quadrangulaire est formée par l'extrémité supérieure de l'aiguille B (fig. 1). Dans le premier temps de l'opération, on a soin d'introduire le trocart de façon que l'orifice de la canule soit dirigé en haut. Ceci fait, on rend mobile la tige intérieure, à laquelle sont soudées les trois parties A, A', B, en relâchant la vis de pression E; puis, appuyant sur le bouton D, on fait mouvoir cette tige de bas en haut. La portion B fait saillie sous forme d'aiguille et va sortir de l'autre côté du scrotum; mais en même temps les appendices mousses sortent en dehors, et non-seulement empêchent le percement de la paroi du sac opposée à celle par laquelle on a d'abord pénétré, mais ils écartent même cette paroi de la correspondante, et élargissent ainsi la poche herniaire.

Ce second temps de l'opération terminé, il reste à faire l'injection. Pour cela, on fait rentrer les appendices à l'intérieur, et l'on ramène au dehors la portion intérieure de l'instrument. La canule reste donc seule dans la poche herniaire et dans la position qu'elle avait lorsqu'on l'a introduite. Arrivé là, on retourne la canule, afin que son orifice regarde en bas, position qui peut être rendue plus sensible en élevant légèrement l'extrémité que l'on tient en main. L'injection est alors plus facile à faire et plus sûre, le liquide iodé étant projeté dans la direction où le sac présente le plus de volume.

On a donc ainsi l'avantage de ne faire qu'une large ouverture dans les parois du sac et du scrotum, au lieu de deux ouvertures opposées, comme cela avait lieu avec les instruments employés jusqu'ici.

On pourrait cependant objecter que la pyramide quadrangulaire peut, dans certains cas, pénétrer de part en part les parties avec lesquelles elle se trouve en contact avant la sortie des lames mousses. Or cet inconvénient, qui est commun à tous les trocarts en usage, ne se présente que quelquefois avec celui-ci; il peut même être complétement évité par le simple palper, et en faisant occuper au sac un certain volume en le pressant entre les doigts dans différents sens, d'autant plus que la saillie plus ou moins grande de l'aiguille B au dehors indique très exactement la position intérieure de la pyramide quadrangulaire.

Le second avantage que M. Lecoq attribue à ce trocart est qu'en même temps que les appendices mousses empêchent la seconde large ouverture de se produire, ils poussent fortement la paroi sur laquelle ils appuient, et tendent à distendre la poche, point important. Enfin, grâce à la courbure de la canule, on peut diriger l'injection de haut en bas.

L'exécution de cet instrument a été confiée à M. Mathieu. Ce fabricant avait d'abord pensé qu'il serait bon de disposer les appendices mousses comme en E (fig. 3). Certainement qu'avec cette modification on a l'avantage d'embrasser une plus grande partie de la poche et de la mieux distendre, mais ici rien n'empêche le passage du trocart de l'autre côté du scrotum, et les rainures latérales que l'on est obligé de ménager sur la canule empêcheraient l'injection de se bien faire.

FRACTURES DE LA JAMBE

traitées par l'appareil de M. Baudens (1).

OBS. VI. — *Fracture des deux os de la jambe au tiers inférieur, avec issue du tibia et déperdition de la substance osseuse.*

D..., soldat d'un régiment cantonné au fort de Nogent, près Paris, vingt-deux ans, de constitution lymphatique, sauta, dans la nuit du 11 août 1847, du rempart dans le fossé des fortifications. La jambe droite porta à faux, les deux os furent brisés au tiers inférieur; le fragment supérieur perça la peau et alla s'enfoncer dans le sol à une profondeur de quatre travers de doigt. En examinant le trou creusé par le tibia, on y trouva un éclat de cet os complétement détaché du fragment supérieur. Ce fragment osseux, taillé obliquement, long de 4 centimètres, provenait du choc de la pointe du tibia contre une pierre. Il resta plusieurs heures sans être secouru. A cinq heures du matin il fut relevé et transporté au Val-de-Grâce.

Le malade ne sait dire s'il a perdu connaissance au moment de l'accident; il éprouve un léger mal de tête, le pouls est fréquent et développé; la réaction est manifeste. On trouve le morceau d'os trouvé sur le lieu de l'accident. La fracture n'a pas été réduite. Le fragment supérieur du tibia, auquel s'adapte parfaitement l'éclat osseux précité, fait issue de trois travers de doigt. Déformation du membre, raccourcissement d'au moins 7 centimètres, tuméfaction, chaleur, phlyctènes nombreuses, impossibilité par les moyens ordinaires de réduire la fracture, tels sont les principaux phénomènes offerts à notre observation.

La plaie des téguments fut agrandie, et après des efforts assez puissants la réduction fut opérée. L'hémorrhagie avait été peu considérable, mais les muscles étaient profondément lacérés.

Après la réduction de la fracture, on constate une absence de raccourcissement, un vide entre les deux fragments du tibia, provenant de la perte de substance osseuse dont il a été parlé. — Saignée du bras de 500 grammes; eau de Sedlitz, limonade; application immédiate de notre appareil.

Le membre est laissé à nu, recouvert seulement d'une légère couche de charpie et d'abondants morceaux de glace, dont l'application procure au blessé un grand soulagement; aussi lorsqu'elle fond en redemande-t-il avec une vive insistance : « Elle me rafraîchit; ma jambe brûle, » dit-il. Quand le cataplasme à la glace eut soutiré, par des *saignées de calorique* continues, un excès de chaleur qui certes eût entraîné les plus graves accidents, la gangrène peut-être, une suppuration de bonne nature se montra dans la plaie, d'où bientôt surgirent de nombreux bourgeons rosés. La tuméfaction tomba graduellement; le pouls descendit de 100 pulsations à 50. Malgré la glace, la jambe fracturée a constamment conservé une température notablement plus élevée que celle du côté sain, ce qui est indispensable au travail de restauration. Mais à partir du douzième jour le blessé, dont nous avons étudié attentivement les sensations, déclara que la glace ne lui était plus aussi agréable, qu'elle commençait à lui faire froid. On sait que c'est là notre *criterium*. Aussi la glace fut-elle supprimée, et remplacée par des fomentations émollientes, froides d'abord, puis tièdes.

Le vingtième jour nous avons agrandi la plaie, pour donner au pus un écoulement facile et l'empêcher de séjourner.

A partir de ce moment, rien de bien particulier à noter. Au bout d'un mois, le membre, jusque-là laissé à découvert, a été masqué par des bandelettes de Scultet, afin de réduire son engorgement par une légère compression circulaire. Les pansements ont été renouvelés chaque jour.

Après trois mois, tout étant parfaitement cicatrisé, l'appareil est enlevé. La jambe est droite. Il existe entre les fragments du tibia une légère dépression, mais les fragments se continuent par un tissu intermédiaire très solide. Le raccourcissement du membre est de 3 millimètres, et après un séjour de quatre mois, ce militaire quitte l'hôpital.

(1) Suite. — Voir les numéros des 20, 27 janvier, 10 et 24 février.

---

tisme, c'est l'anarchie, c'est précisément le mal qui nous ronge. En fait, que l'éclectiste dans le moment actuel soit solidiste, humoriste, micrographe ou chimiste, son titre ne doit pas faire illusion : il est organicien.... sans le savoir et sans le vouloir.

Les autres systèmes, tels que le contro stimulisme, le dynamisme, l'homœopathie, etc., ne sont que des dérivés des systèmes précédents. La plupart sont des contrefaçons du vitalisme qui cherche à s'introduire sous des noms empruntés; mais comme, en définitive, ces systèmes fonctionnent nécessairement par l'intermédiaire des organes, ils aboutissent, eux aussi, à l'organicisme.... sans le savoir et sans le vouloir.

Vous voyez que, sans forcer les interprétations, nous arrivons tout naturellement à conclure que la confusion et l'anarchie que nous déplorons légitimement se résument en fin de cause dans l'organicisme bien compris, c'est-à-dire dans la consécration de l'indissoluble trilogie des solides, des liquides et des propriétés, ou dans l'acceptation, à titre d'éléments congénères, des qualités physiques, chimiques, fonctionnelles, organiques, en un mot, dont l'ensemble concourt à la constitution intégrale de l'organe vivant, sain ou malade.

Voilà donc où je voulais en venir, c'est-à-dire à vous démontrer que, quelle que soit la diversité des voies et moyens offerts à votre inexpérience, tous aboutissent à cette grande synthèse, à l'organicisme. Et ce sera, j'ose l'espérer, un poids de moins à vos consciences, un allégement à vos perplexités, un phare pour vous diriger dans les ténèbres dont au premier moment vos yeux sont offusqués.

Le but, l'aboutissant commun étant bien déterminé, il semble que la difficulté persiste tout entière, car il reste toujours à préciser la valeur absolue et relative des divers procédés et des nombreux instruments de l'observation sans doute; mais n'aurons-nous pas réalisé un grand progrès et fait un grand pas vers l'entente cordiale si nous réussissons à supprimer ces éternelles collisions des doctrines prétendues rivales, ces récriminations haineuses et violentes de l'humorisme contre le solidisme, du vitalisme contre l'anatomisme, du microscope et de la chimie contre le scalpel, en prouvant que tous ces systèmes guerroyants réalisent le drame odieux des frères ennemis? Ces tristes malentendus non-seulement encombrent la science d'un fatras de stériles déclamations, mais encore entretiennent des rancunes vivaces entre tous les membres de la famille médicale. Si l'on parvenait à s'entendre sur l'unité du but, alors, au lieu de chercher à se déprécier, à s'anéantir réciproquement, les systèmes rivaux sentiraient le besoin de se rapprocher, de se prêter secours, de mettre en commun leurs lumières réciproques. Alors on ne viendrait plus nous dire, par exemple, que la purgation est un simple phénomène d'endosmose, que l'inflammation est tout entière dans l'hyperfibrinée du sang, comme les fièvres graves sont un pur effet de l'hypofibrinée. Nous ne verrions pas de jeunes écervelés prétendre dans des dissertations inaugurales que la variole n'est autre chose qu'une hypertrophie de l'épiderme, et que tant de précieux travaux sur les maladies du tube digestif sont frappés de nullité radicale, parce qu'on n'a pas tenu compte des altérations de l'épithélium, et tant d'autres billevesées qui ridiculisent et déshonorent la science contemporaine.

La paix une fois rétablie et les esprits rendus au calme de la raison, on pourrait leur soumettre une charte scientifique, un symbole médical conçu à peu près dans ces termes :

« Il y a dans l'homme des solides, des liquides et des impondérables, tels que le calorique et l'électricité.

» Il y a en outre des propriétés, des forces, des fonctions.

» Tous ces éléments tiennent leur place et manifestent leur activité; tous peuvent augmenter, diminuer, s'altérer de diverses manières.

» Pour constater l'état normal et les altérations de ces divers éléments, la nature nous a donné des sens : la palpation, la vision, l'audition, l'olfaction, la gustation même, et par-dessus tout la raison pour colliger et combiner tant de phénomènes divers pour en observer les évolutions et en déduire des conséquences.

» Puis l'art nous a fourni des instruments mécaniques, physiques et chimiques : le compas, la balance, la sonde, le scalpel, le thermomètre, l'électromètre, le stéthoscope, le microscope et enfin les réactifs pour pénétrer jusqu'à la molécule intégrante, invisible et intangible.

» Donc le solidisme, l'humorisme, le dynamisme, etc., ont chacun leur raison d'être et leur part d'autorité.

» Donc l'investigation clinique, l'examen anatomique, l'inspection microscopique et l'analyse chimique, au lieu de se proscrire mutuellement, feront mieux de se cotiser pour concourir à l'édification de la science. »

Quelle doctrine obstinée dans son isolement pourra vous offrir un

Obs. VII. — *Fracture du tibia et du péroné par un coup de pied de cheval, près de l'articulation tibio-tarsienne, avec plaie et esquilles. — Graves accidents. — Guérison.*

M. de T..., capitaine d'artillerie, trente ans, constitution sèche, nerveuse, reçut le 17 décembre 1847, étant sur un cheval lancé au grand trot, une violente ruade d'un cheval voisin, qui lui brisa le tibia et le péroné de la jambe droite près de l'articulation tibio-tarsienne.

Transporté immédiatement au Val-de-Grâce, le blessé, auquel on a déjà parlé d'amputation, est dans un état d'anxiété extrême, qui réclame les plus grands ménagements. Aussi nous efforçons-nous de lui donner une confiance que nous sommes loin d'avoir nous-même.

A deux centimètres au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne, on découvre une plaie contuse profonde, transversale, longue de 6 centimètres. Elle correspond au tibia, dont trois petites esquilles mobiles, situées au centre de caillots sanguins, sont extraites à l'instant. Le péroné est également fracturé près de la malléole. Après avoir purgé la plaie du sang épanché, on distingue nettement deux fentes obliquement dirigées du fragment inférieur dans l'articulation du pied. Des parties musculaires et tendineuses, agitées de mouvements spasmodiques, sont profondément altérées. L'enlèvement des caillots renouvelle une légère hémorrhagie artérielle. Ce n'est pas tout. Sur la région dorsale du pied on voit une saillie très prononcée, arrondie, formée, à n'en pas douter, par la tête de l'astragale, qui a abandonné la cavité du scaphoïde. On suppose que les liens articulaires auront été rompus par la violence du contre-coup sur le pied placé dans l'étrier.

Facile à réduire, cette luxation se reproduit dès qu'on cesse la compression. Elle est maintenue réduite par une compresse graduée et par le bandage de l'étrier, d'ailleurs nécessaire pour fixer les lacs extenseurs. Notre appareil à fracture est immédiatement appliqué, contrairement à l'opinion des médecins présents, qui pensent que l'amputation est inévitable.

Le membre repose mollement dans notre appareil. La jambe reste à découvert, uniquement masquée par une légère couche de charpie, sur laquelle on place quelques glaçons, dont on augmente le nombre au fur et à mesure que se développe l'inflammation traumatique. Le froid, par son effet sédatif, calme presque immédiatement la douleur, sans empêcher la réaction de se faire, mais graduellement et sans explosion.

La glace est conservée pendant quinze jours sans interruption en quantité variable, selon l'élévation plus ou moins grande de la température du membre. Le malade se guide d'après ses sensations. Quand la jambe devient brûlante, il fait augmenter la quantité de glace; quelquefois même il a recours à un mélange de glace pilée et de sel marin quand la chaleur devient excessive. Vers le quinzième jour, le foyer du calorique étant à peu près épuisé, ce qu'il reconnaît à ce que la glace cesse d'être agréable et occasionne un peu de froid, il la supprime graduellement et la remplace par des fomentations émollientes.

Le pouls n'a pas dépassé 75 pulsations, et il est descendu à 50. C'est un des effets de l'application prolongée de glace de ralentir notablement la circulation. Le moral du malade s'est graduellement raffermi; pas de souffrance; sommeil assez bon; un peu d'appétit; pas de soif.

Au seizième jour, les malléoles sont le siége d'un engorgement si considérable qu'il faut fendre à une certaine hauteur le bandage de l'étrier. Cet engorgement est plus œdémateux qu'inflammatoire.

La plaie, dans son pourtour tégumentaire, désorganisée par la violence de la contusion, est convertie en une eschare noire qui commence à se détacher; la suppuration, mélangée à du sang décomposé, est peu abondante. Toutefois, dans le fond de la plaie on voit poindre quelques bourgeons rouges. — *Pansement* : compresse fenêtrée cératée; charpie; compresse mouillée; et quand la réaction devient trop forte, un petit glaçon est déposé entre les plis de la compresse.

Le dix-huitième jour, l'eschare est presque complétement détachée; les bourgeons deviennent plus gros et plus nombreux; suppuration plus louable.

Le vingt-sixième jour, toute la plaie est vermeille; au fond se voit la face externe des fragments supérieurs du tibia, blanche, dépouillée de périoste dans une étendue de 4 centimètres. On retire deux petites esquilles mobiles.

Le trente-cinquième jour, une lame osseuse se détache du fragment supérieur; les bourgeons surgissent et comblent la brèche. A partir de ce moment plus rien de notable.

Au bout de trois mois on lève l'appareil; la guérison est solide, sans raccourcissement, sans difformité. La luxation astragalo-scaphoïdienne n'a pas laissé de trace, seulement l'articulation tibio-tarsienne est presque complétement ankylosée; mais comme on a eu soin, pendant le traitement, de placer la plante du pied bien carrément, elle pose sur le sol parfaitement d'aplomb. Cet officier a marché six mois à l'aide de béquilles, puis il a pris les eaux thermales de Bourbonne. L'articulation tibio-tarsienne a repris de la souplesse, et aujourd'hui M. de T..., continue à servir dans l'artillerie, dont il est un des officiers supérieurs les plus distingués.

Obs. VIII. — *Fracture comminutive des deux os de la jambe avec plaie au tiers supérieur. — Hémorrhagie rebelle de l'artère tibiale postérieure. — Ligature de l'artère fémorale. — Amputation de la jambe. Guérison.*

Nous avons dit que notre pratique des fractures de la jambe ne compte pas moins de cent-cinquante observations, et se résume par ces deux faits, pas de mortalité et un seul cas d'amputation. Le cas d'amputation fait le sujet de cette huitième observation. On verra que la mutilation aurait pu être très probablement évitée.

H..., soldat d'artillerie, vingt-six ans, grand et de forte constitution, reçoit, le 22 août 1850, un violent coup de pied de cheval au tiers supérieur de la jambe gauche, qui lui fracture les deux os, et le force d'entrer au Val-de-Grâce.

Examen de la blessure huit heures après l'accident. — Plaie transversale située au tiers supérieur de la jambe, large de trois travers de doigt, assez profonde pour loger le pouce; esquilles tibiales nombreuses; fracture consécutive et transversale du péroné, ayant entraîné la chute du blessé, qui était resté debout pendant quelques secondes après l'accident.

Le membre est déposé sur notre appareil provisoire, composé, nous l'avons dit, d'un épais coussin de crin, dont les bouts se croisent sous la plante du pied, pour bien soutenir cet appendice, et de plusieurs grosses éponges aux trois quarts déchirées par le milieu et formant gouttière pour la jambe fracturée.

La plaie est contuse au suprême degré. Toutes les parties molles atteintes, violemment lacérées, privées de vie, disparaîtront par un travail d'élimination ultérieure. Il y a là les éléments d'accidents fort redoutables. Notre premier soin fut d'enlever deux esquilles mobiles d'un à quatre centimètres de longueur, pour faire autant que possible d'une plaie compliquée une plaie simple, puis le membre fut recouvert d'une couche légère de charpie et de quelques morceaux de glace, pour enlever à la réaction une partie de ses éléments et pouvoir la maîtriser dans ses excès. Le pouls est plein, développé. — On pratique une saignée de 500 grammes. Le malade est à jeun; on lui fait prendre immédiatement une bouteille d'eau de Sedlitz, pour prévenir le séjour dans les intestins d'aliments grossiers, et à la fois comme médication hyposthénisante. Le deuxième jour notre appareil est appliqué, et le blessé s'en trouve très bien.

Tout alla parfaitement bien jusqu'au vingtième jour; les eschares étaient détachées, presque complétement éliminées; le pus, peu abondant, était de bonne nature; de nombreux bourgeons surgissaient de toutes parts. La glace était supprimée.

Depuis quatre jours le sommeil était bon; le malade mangeait la demi-portion, quand, sans cause connue, une hémorrhagie artérielle en nappe vint sourdre du fond de la plaie. L'enlèvement d'abondants caillots et des recherches pour trouver le vaisseau ouvert nous firent découvrir dans l'angle le plus reculé de la plaie une longue esquille implantée dans les parties molles du côté de l'artère tibiale postérieure; son extraction fut facile, et l'hémorrhagie s'arrêta presque complétement. Compression modérée et continuée sur l'artère crurale par le tourniquet laissé en place; charpie et glace sur la plaie. Après vingt-quatre heures, nouvelle hémorrhagie en nappe, arrêtée par l'action du tourniquet et par la présence d'abondants caillots. Recherches du vaisseau lésé, mais infructueuses. Après deux autres hémorrhagies peu abondantes, mais qui ne laissent pas que d'épuiser le blessé, pour y mettre un terme, nous pratiquons au tiers supérieur de la cuisse la ligature immédiate de l'artère crurale. Plus d'hémorrhagie; chute de la ligature le vingtième jour. A cette époque la plaie se déterge, pus moins abondant, plus de clapiers; soudure du péroné, mais absence de réunion entre les fragments du tibia. Le malade est faible; mais le sommeil est bon, l'estomac digère bien. Nous lui procurons du vin de Malaga pour soutenir ses forces; nous pansons la plaie deux fois par jour pour prévenir le séjour du pus; il n'y a pas de signes de résorption, et le fond de la plaie présente un pointillé rouge formé de bourgeons charnus, qui, après être devenus blafards et mous à l'époque des hémorrhagies, redeviennent fermes et de bon aspect.

Chaque jour marquait un progrès réel, une espérance de plus, quand, à notre très grand regret, nous dûmes, appelé à des fonctions plus éminentes, quitter la direction chirurgicale du Val-de-Grâce. Une semaine plus tard on fit avec succès l'amputation de la jambe. Elle pouvait paraître indiquée; mais pour nous, qui avions suivi toutes les phases de la maladie, nous demeurons convaincu que nous aurions obtenu la guérison sans mutilation si nous avions pu continuer quelques jours de plus nos soins à ce malade, qui nous intéressait fort vivement.

Nous avons dit plus haut que dans le chiffre des 150 blessés par nous traités pour des solutions de continuité des os de la jambe ne sont pas comprises les fractures provenant de projectiles de guerre.

Nous avons fait pour celles-ci des réserves, parce que les dégâts sont souvent si considérables que l'amputation immédiate est impérieusement indiquée. Mais depuis qu'une expérience plus grande (24 années) nous a mieux fait connaître toutes les ressources de notre appareil à fracture et de la glace pour combattre les lésions de cause traumatique, nous avons considérablement élargi le cercle de la chirurgie conservatrice, même des champs de bataille. Notre *Clinique des plaies d'armes à feu* contient plusieurs exemples de fractures de jambe guéries sans amputation. Nous possédons de nombreux et nouveaux faits empruntés aux événements de juin 1848; nous citerons le suivant comme spécimen : on sera étonné des ressources tenues en réserve par la nature quand l'art sait la seconder dans ses admirables moyens de restauration.

Obs. IX. — *Fracture des deux os de la jambe par une balle à la partie moyenne. — Extraction immédiate de dix-neuf esquilles du tibia, formant le quart de sa substance, et de quatre pièces d'os appartenant au péroné. — Glace en permanence pendant 46 jours; interrompue ensuite, et reprise plusieurs fois; complétement supprimée après 106 jours. — Guérison avec raccourcissement de sept centimètres; au bout de quatre ans, marche solide, sans béquilles et sans aucun support étranger.*

M. Farcy, officier de la garde mobile, vingt-huit ans, grand, belle et forte constitution, tempérament sanguin-lymphatique, ayant toujours joui d'une excellente santé, venait d'avoir la jambe gauche brisée par une balle à l'attaque du Panthéon, quand, le 23 juin 1848, à huit heures du soir, il fut apporté au Val-de-Grâce.

L'examen immédiat de la plaie, facile parce qu'il n'est pas encore survenu de tuméfaction, permet de constater, à l'aide du doigt introduit dans le trajet du projectile, une double fracture comminutive du tibia et du péroné à la partie moyenne de la jambe.

Fidèle à notre précepte *d'extraire toutes les esquilles mobiles pour faire d'une plaie compliquée une plaie simple*, nous dilatons largement à l'aide du bistouri l'ouverture d'entrée, qui correspond au tibia, et celle de sortie, qui est en rapport avec la lésion du péroné; puis, armé de fortes pinces spéciales, nous faisons l'extraction immédiate de dix-neuf esquilles appartenant au tibia, et de quatre autres pièces d'os détachées du péroné, en conservant le périoste le plus possible. De ces esquilles, les unes étaient libres, les autres plus ou moins adhérentes; leur longueur variait d'un à sept centimètres. Endormi par le chloroforme, le blessé n'avait éprouvé aucune souffrance. La brèche provenant de l'opération représentait une perte de substance osseuse de onze centimètres, le quart au moins de la longueur du tibia. Dans la crainte que les fragments, à une distance si considérable, ne pussent se réunir, parce qu'une grande partie de la membrane périostale avait été détruite par le corps vulnérant, on les rapprocha un peu chaque jour, bien loin de les soumettre à l'extension, et en peu de temps l'écartement fut réduit à cinq centimètres.

A la vue de désordres si graves, les professeurs du Val-de-Grâce présents nous conseillèrent de pratiquer l'amputation immédiate. La conservation du membre semblait devoir être écartée à un double point de vue : d'une part, parce que le blessé ne survivrait vraisemblablement pas à l'abondance de la suppuration qu'une telle plaie devait produire pendant un temps fort long, ni aux accidents dont le traitement devait être traversé; d'une autre part, parce que la guérison, dût-elle avoir lieu, ne saurait être obtenue qu'avec une fausse articulation, et dès lors avec une infirmité plus redoutable qu'une jambe de bois.

Nous n'avions à opposer à ces conseils judicieux que notre expérience de la toute-puissance de notre appareil à fracture et de la glace pour combattre avec efficacité l'inflammation traumatique, quelle qu'en soit la violence; nous persistâmes dans notre confiance de conserver le membre.

---

langage plus clair, des arguments plus frappants de vérité, un calcul plus lucratif pour la science, pour l'art et pour le praticien lui-même?

Certes, il y aura toujours des tiraillements, des froissements occasionnés par les prétentions, les ambitions plus ou moins légitimes des procédés émules, mais non plus rivaux, mais non plus despotiques. Cette émulation est bonne en soi, car elle constitue le mouvement : en elle gît le progrès; car l'émulation n'est pas la haine, elle n'aboutit pas à cette guerre acharnée, à ce suicide moral dont la science moderne afflige nos regards.

En bien! cette synthèse conciliatrice et consolante, ce contrat d'union que nous venons de soumettre à votre ratification, à vous, esprits vierges et candides, qui n'êtes pas liés par des professions de foi, des engagements antérieurs, qu'est-ce autre chose que l'application la plus élevée, la plus féconde de cette doctrine des éléments positifs que depuis longtemps nous professons devant vous et devant le public médical dans nos leçons et dans nos écrits, *ore et calamo?* car les divers systèmes qui s'agitent ne sont en réalité que les *éléments* partiels du grand système de l'organisme.

De même que jusqu'à ce jour vous nous avez vu rechercher dans les faits médicaux tout ce qu'ils contiennent d'éléments réels, tout ce qu'ils impliquent de conséquences multiples et variées, de même aujourd'hui nous avons essayé d'élever cette doctrine ou plutôt cette méthode jusqu'aux plus hautes régions de la science, jusqu'à la pondération des systèmes belligérants pour y faire pénétrer la conciliation et la paix. Dans ce poétique domaine de la science, comme dans les détails prosaïques de l'art, nous sommes arrivés à reconnaître avec Bacon, avec Leibnitz, avec les intelligences les plus élevées, qu'au lieu d'abstraire la nature il vaut mieux la disséquer, et que toute doctrine basée sur les manifestations du monde réel contient nécessairement une part de vérité.

Ce coup d'œil transcendant jeté sur le monde médical moderne, cette déduction quintessentielle de notre propre philosophie scientifique vous donnent tout à la fois la raison de nos procédés dogmatiques, la mesure de nos résistances aux prétentions outrées de certaines doctrines envahissantes et le motif de nos fréquentes incursions dans le domaine de la critique. Procédés, résistances et incursions que quelques-uns et que vous-mêmes ont pu et pouvez prendre pour un long sarcasme, voire même pour une négation de la science et de l'art. S'il en était ainsi, si je désespérais définitivement de l'avenir médical, si j'avais le malheur de ne plus croire à la réalité, à la puissance virtuelle de la science que je professe et de l'art que j'exerce, vous me verriez abdiquer mes fonctions professorales, récuser le titre de praticien, briser ma plume et dire, comme le vieux Entelle :

« Je dépose mon ceste et renonce à mon art. »

Car le plus odieux et le plus criminel des mensonges est certainement celui qui, à la face de Dieu et des hommes, s'exerce aux dépens de l'humanité.

Mais, Dieu merci! vous savez, vous mes auditeurs indulgents et fidèles, vous savez les haines vigoureuses que je nourris contre le charlatanisme et l'imposture; vous savez que mes prédications ont uniquement pour but la proscription des erreurs, l'épuration des principes, et finalement la conciliation des opinions exaltées et perverties par l'opposition orageuse qu'a soulevée le grand schisme broussaisien. Je voudrais, et c'est là mon dernier mot, que dans tous les esprits s'ouvrît une place pour toutes les vérités, que dans tous les cœurs surgît un sentiment de respect pour toutes les gloires. Ce résultat, je l'achèterais de ma faible part de renommée, comme par anticipation je l'ai payé déjà de mes intérêts matériels. Mais dussent ces sacrifices rester vains et stériles, je m'en consolerais encore avec l'ineffable sentiment d'un grand devoir accompli.

Professeur Forget.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

De la Guérison immédiate des Rétrécissements de l'urètre, des Blennorrhagies invétérées coexistantes, et sur les effets dangereux des *Bougies*, avec de nombreux exemples; par le docteur baron Heurteloup, trois fois lauréat de l'Institut pour l'invention des instruments propres à broyer les pierres dans la vessie, et auteur d'autres plus parfaits, encore *inédits*. — Prix : 3 fr. 25 c. *franco*. — Chez Labé, place de l'Ecole-de-Médecine, à Paris. — Se trouve aussi chez les principaux libraires de la France et de l'étranger.

La jambe lésée est immédiatement déposée dans notre boîte à fracture, mais sans aucun lien d'extension ni de contre-extension; les trous servent au passage de lacs uniquement destinés à maintenir le membre dans une parfaite rectitude et dans l'immobilité la plus grande. Ces liens sont disposés de façon à faire converger doucement pendant les premiers jours les fragments l'un vers l'autre au lieu de les éloigner. Des éponges sont placées entre les parois de la boîte et la jambe, afin de bien soutenir celle-ci sur les côtés et de faire une large et profonde gouttière, qu'on remplit de glace après avoir mis sur la jambe, une couche de charpie. Cette charpie, destinée à répartir uniformément sur tous les points de la surface du membre le liquide provenant de la fonte de la glace, constitue la trame de notre *cataplasme à la glace*.

Le blessé a perdu une notable quantité de sang; le pouls n'indique pas la nécessité d'une saignée; il est à 75 pulsations.

La glace est appliquée par morceaux d'autant plus gros et plus nombreux que l'inflammation traumatique se développe davantage. On recommande au blessé, qui en éprouve un très grand bien-être, d'en diriger lui-même l'emploi, en ne prenant d'autre guide que ses propres sensations et en ayant soin que le membre frappé de glace conserve constamment une température plus élevée que celle du membre opposé et non vulnéré.

En agissant ainsi, on évite tout danger de répercussion, de congélation, etc., etc., et l'on conserve à la plaie le degré d'inflammation dont elle a besoin pour le travail réparateur, tout en la préservant des écarts et des excès si fréquemment mortels de la phlegmasie traumatique.

Le blessé ne tarde pas à éprouver et à apprécier les bienfaits de la réfrigération; quand pendant son sommeil l'infirmier néglige d'entretenir la glace, la douleur et la chaleur brûlante du foyer morbide le réveillent bientôt; il ne retrouve le calme qu'après des *saignées* continues de calorique en excès obtenues par de nouvelles applications de glace.

Les pansements sont renouvelés deux fois dans les vingt-quatre heures à partir du douzième jour, époque à laquelle la suppuration est abondante, de bonne nature et mélangée à quelques lambeaux musculaires, ligamenteux et tégumentaires, sphacélés par la violence de la contusion. Il suffit pour panser les plaies d'enlever la charpie et d'en remettre d'autre sans onguent, sans cérat même.

A cette époque, on aperçoit au fond des plaies d'abondants bourgeons rouges de bon augure; l'écartement des fragments du tibia n'est plus que de 4 centimètres; les fragments du péroné se touchent; la jambe, quoique raccourcie de 8 centimètres, est dans une rectitude normale.

La glace simple ou combinée quelquefois à du sel marin pour abaisser la température, qui est parfois descendue à 14° au-dessous de zéro, est employée sans interruption pendant quarante-six jours; sous ce topique s'accomplit le travail de réparation, parce que le froid est si bien gradué qu'au milieu des oscillations de l'inflammation il n'enlève jamais qu'un excès de calorique qui dépasserait les limites utiles pour ce travail.

Après quarante-six jours, le blessé éprouve des effets de la glace un peu de refroidissement; on la supprime par intervalles, pour la reprendre encore de temps en temps quand la réaction redevient trop vive; mais ce n'est qu'après cent six jours qu'elle est tout à fait abandonnée.

Le 1er octobre 1848, une nouvelle et dernière esquille, longue de 7 centimètres, conservée d'abord parce qu'elle tenait par de très fortes adhérences, se montre presque complétement mobile; elle entretient une suppuration abondante; elle est saisie par des pinces et extraite sans beaucoup d'efforts, en conservant une portion de périoste qui la recouvrait partiellement.

A partir du 4 janvier 1849, le membre est assez solide pour que le blessé puisse marcher avec des béquilles. La jambe est contenue par une bande et un léger carton en forme d'attelle, mais elle ne pose pas sur le sol. Ce bandage est retiré la nuit pour éviter l'atrophie du membre. Un tissu fibro-cartilagineux, long d'environ 4 centimètres, unit les fragments du tibia. Il acquiert chaque jour plus de solidité, et le 1er décembre 1849 le membre est assez résistant pour être mis dans un appareil complet fait par M. Charrière, et analogue à celui qu'on emploie après l'amputation de la jambe au-dessus des malléoles.

M. Farcy peut dès lors vaquer à ses affaires, supporter même d'assez longues marches sans se fatiguer. Cet appareil est conservé jusqu'au 15 janvier 1853. A cette époque, le fibro-cartilage intermédiaire est complétement transformé en tissu osseux; il n'est plus du tout flexible, et supporte très bien le poids du corps. L'espèce de jambe artificielle dont le blessé a fait usage pendant quatre ans n'est plus utile; elle est abandonnée.

Au moment où nous écrivons ces lignes, 12 septembre 1854, un nouvel examen du membre nous le montre dans l'état suivant :

La continuité du tibia est parfaitement rétablie; on ne sent dans le point qui a été fracturé ni égalité, ni tumeur; le tissu qui relie les anciens fragments, long de 3 centimètres, large de 2, présente extérieurement la configuration plane et lisse de la face externe de l'os qu'il continue. Il est dur comme le tissu osseux, et privé de l'élasticité qu'il a conservée pendant plusieurs années. Quant au péroné, il présente une cambrure externe assez prononcée, qui diminue d'autant sa longueur, et l'accommode, par un travail naturel, au rapprochement des fragments du tibia. Un cal un peu inégal et très reconnaissable indique encore l'endroit où il a été rompu.

Malgré cette inflexion du péroné vers le tibia, la jambe a conservé une bonne configuration; le pied pose carrément et d'aplomb sur le sol. La nutrition du membre est parfaite; le mollet a repris son volume normal. Une cicatrice, large et longue de 12 centimètres, occupe la partie moyenne et antérieure du tibia. Le raccourcissement est de 8 centimètres. Pour en éviter les inconvénients, M. Farcy a mis dans sa botte un talon de liége très bien fait, haut de 7 centimètres; l'autre centimètre est dissimulé par l'habitude de la marche. M. Velpeau a depuis longtemps fixé l'attention des praticiens sur ce fait, qu'à la longue les blessés finissent par marcher sans claudication, malgré un raccourcissement d'un centimètre au moins.

En résumé, M. Farcy, qui demeure à Paris, rue Vieille-du-Temple, 59, marche aujourd'hui sans canne et presque aussi bien que s'il n'avait jamais été blessé. La guérison définitive s'est fait attendre pendant plus de quatre années; mais les soins médicaux n'ont été nécessaires que pendant six mois. Il n'est d'ailleurs survenu aucun accident de nature à mettre en danger l'existence de cet intéressant officier, ni à lui occasionner de plus grandes souffrances.

Ce fait, peut-être unique dans la science, dépose en faveur :

1° De l'extraction immédiate de toutes les esquilles mobiles;

2° De l'efficacité de notre appareil, qui a permis d'immobiliser le membre fracturé, tout en laissant la plaie complétement à découvert;

3° De la toute-puissance de la glace, au point de vue de la chirurgie conservatrice, dans les accidents traumatiques;

4° Des ressources infinies de la nature, et du temps qui lui est nécessaire pour remédier à une perte de substance du quart de l'os principal de la jambe et rétablir complétement les fonctions de ce membre-colonne destiné à la sustentation.

SUR QUELQUES COMPLICATIONS EXTRAORDINAIRES

survenues dans une double opération de pupille artificielle et de la cataracte;

Par M. MAUNOIR (de Genève).

Mme B..., âgée de quarante ans, avait été longtemps sujette aux inflammations soit aiguës, soit chroniques des yeux. Bien des années après la première invasion du mal, les inflammations, à la vérité, cessèrent, mais la condition de Mme B... devint plus grave par la perte totale de la vision. En vain elle eut recours aux hommes de l'art; beaucoup, et les plus distingués professeurs, successivement consultés, lui ôtèrent toute espérance de guérison.

A l'automne de 1845, Mme B... vint à Genève. L'état de ses yeux, examinés par moi à cette époque, était tel que je vais le décrire. Le bulbe de l'œil se présentait très mou au toucher; la sclérotique paraissait normale, ainsi que la cornée transparente. L'iris était légèrement tremblant, la pupille entièrement oblitérée, de manière que l'iris même se présentait comme un disque parfaitement continu; son centre, en effet, était occupé par un petit corps égal à une grosse tête d'épingle, qui semblait placé sur le plan même de l'iris et continu avec lui. La faculté visuelle se bornait à distinguer les ténèbres de la lumière.

Ne pouvant établir *à priori* si pendant l'opération je rencontrerais un cristallin opaque ou transparent (la malade étant convenablement placée), j'incisai la cornée comme si j'eusse eu la certitude de devoir extraire le cristallin même; ensuite je pénétrai avec la lame aiguë de mes ciseaux pour la pupille artificielle, dans l'iris, à la distance d'environ une ligne et demie de son union au ligament ciliaire, et pendant que la lame boutonnée des susdits ciseaux pénétrait entre la face postérieure de la cornée et l'antérieure de l'iris, l'autre lame aiguë s'avançait entre la face postérieure de l'iris et l'antérieure du cristallin. Rapprochant alors d'un seul coup les lames des ciseaux, je coupai l'iris dans la direction de son diamètre vertical et de manière que l'incision occupât environ la moitié du diamètre vertical de cette membrane.

Pupille de couleur noire très belle.

L'humeur vitrée, fluide comme de l'eau pure, dit l'auteur, s'écoula au dehors en telle abondance que la cornée se flétrit, s'excava, et que les bords de la plaie ne correspondirent plus l'un avec l'autre. Ayant prevu le cas, il avait préparé le remède.

Je fis donc prendre, dit l'auteur, immédiatement à la malade la position horizontale, dans laquelle sa tête se trouvant convenablement appuyée et renversée (après avoir écarté les paupières supérieures et soulevé avec une petite sonde la lèvre antérieure de l'incision de la cornée), je pus injecter dans le bulbe oculaire quasi vide une quantité d'eau distillée suffisante pour le remplir. »

Compresse trempée dans l'eau tiède sur les yeux.

Au neuvième jour de l'opération, quand il examina l'œil, il ne fut pas peu surpris de trouver la nouvelle pupille circulaire et aussi grande qu'une pupille naturelle à un jour modéré. Mais, hélas! la nouvelle pupille se montrait toute couverte d'un voile de couleur blanc de crème. Sans doute le cristallin avait été lésé par la lame aiguë des ciseaux et était devenu opaque.

Un mois après, opération de cataracte par abaissement; pupille circulaire d'un très beau noir. La malade reconnaît les objets environnants avec une suffisante exactitude.

Mme B..., en quittant Genève, lisait sans difficulté les caractères imprimés et même l'écriture. (*Gaz. méd.*)

CAS D'EMPOISONNEMENT

par l'application externe du sublimé corrosif.

Par M. RICCI.

Deux enfants, l'un âgé de onze ans, l'autre de sept, ayant la teigne faveuse, furent conduits par leur père chez un cordonnier qui s'engagea à les guérir dans une semaine. Pour cela faire, il mit sur leur tête un onguent composé, d'après le dire du cordonnier, de deux drachmes de sublimé corrosif et d'une once de graisse. L'opération achevée, les deux enfants s'en retournèrent chez eux; mais en chemin ils éprouvèrent des douleurs si intenses, qu'on les entendait crier dans tout le village. Quarante minutes après l'application de l'onguent ils étaient complétement dans le délire. Ils vomissaient des matières vertes en grande quantité, éprouvaient des douleurs violentes dans les intestins, accompagnées de diarrhée et de selles sanguinolentes, le tout en moins de trois quarts d'heure après l'application du remède. Ils allèrent ainsi de mal en pire jusqu'à ce que la mort mit fin à leurs souffrances.

Le plus jeune mourut le septième jour, et le plus âgé le neuvième.

Depuis le moment où ils quittèrent la maison du cordonnier-médecin jusqu'à l'heure de leur mort, les cris, les vomissements et les superpurgations ne discontinuèrent pas. (*Gaz. méd.*)

CAS DE GANGRÈNE SPONTANÉE

chez un enfant âgé de huit mois.

Par M. SIDEY.

Chez cet enfant, la gangrène avait apparu sur la tête, la face et les mains; l'oreille droite et tout le cuir chevelu avaient une couleur noire intense; sur les deux joues, il existait des taches de la grandeur d'une demi-couronne; le pouce droit et le dos des deux mains étaient également affectés. L'enfant avait été privé de sommeil et fébricitant le 22 mai.

Le 23, un cercle légèrement obscur s'était formé autour du pouce à peu près jusqu'à la moitié de la première phalange. En peu d'heures le pouce entier fut affecté de gangrène et le dos de la main fut envahi. Vers l'oreille la gangrène ressembla d'abord à une piqûre de puce et s'étendit ensuite rapidement au crâne, prenant une forme régulière remarquable; le pouls était très faible, la bouche n'était pas atteinte.

La mort eut lieu douze heures après l'apparition de la gangrène au pouce. L'enfant conserva sa sensibilité et continua de teter quelques minutes encore avant de mourir. Sa santé avait été assez bonne jusqu'alors. Le seul médicament qu'il eût pris avant la manifestation de la gangrène était un peu d'ipéca et de carbonate de soude contre un accès de coqueluche dont il était convalescent.

CORRESPONDANCE.

Monsieur le rédacteur,

J'ai lu avec intérêt le compte rendu du mémoire de MM. André Poey et Maurice Vergnès sur le bain électro-chimique, ainsi que la lettre de M. Victor Besnard, publiée dans votre dernier numéro.

L'appareil si simple dont parle M. Besnard existe depuis longtemps, et comme à tout inventeur tout honneur, permettez-moi de donner ici les renseignements suivants :

M. Raspail, dès 1849, publiait dans son *Manuel-Annuaire*, à la page 133 bas, un chapitre additionnel ayant pour titre : *Plaques, sondes et pessaires galvaniques*. Ces appareils galvaniques, il les ordonnait spécialement contre les empoisonnements par l'arsenic ou le mercure.

Dans les années qui suivirent, il augmenta ces aperçus de diverses indications pratiques, et en 1854 il publia dans sa *Revue complémentaire* (livraison de septembre) un article historique et pratique, toujours sur les appareils galvaniques. Dans son *Manuel-Annuaire* de 1855 il a ajouté les tigelles et colliers galvaniques.

Pardonnez-moi ces détails bibliographiques; mais j'ai cru que les hommes sérieux et pratiques, qui sont la grande majorité de vos lecteurs, seront heureux d'étudier ces différents articles.

Je pourrais citer à l'appui de cette médication un nombre considérable de praticiens qui s'en servent avec succès.

Agréez, etc. RIBEAUCOURT fils.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décrets impériaux ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Officier. — M. Morgue, médecin principal de 1re classe.

Chevaliers. — MM. Vautier, ancien chirurgien-major; Duparge, médecin-major au 55e de ligne; Rohault, médecin-major au 76e de ligne; Cooche, médecin aide-major de 1re classe; Legouest, médecin-major de 2e classe; Burnot-Laboulay, médecin-major de 2e classe; Lantenois, pharmacien aide-major de 1re classe; Cornillon, pharmacien aide-major de 2e classe.

— Un arrêté de M. le ministre de l'instruction publique vient d'instituer dans les Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie qui ne se trouvent pas au chef-lieu académique, et dans les Ecoles préparatoires à l'enseignement supérieur des sciences et des lettres, un secrétaire agent comptable, placé, sous l'autorité du directeur, de la perception des droits pour le compte du service spécial des établissements d'enseignement supérieur et des écritures qui s'y rapportent.

Ces secrétaires agents comptables recevront, à titre de rétribution, un droit de 5 pour 100 sur les recettes brutes faites pour le compte de l'enseignement supérieur.

Par suite de cet arrêté, sont chargés des fonctions d'agents comptables les secrétaires des Ecoles préparatoires dont les noms suivent :

M. Boucher, professeur adjoint, à Amiens.

M. Jouvet, professeur d'anatomie, à Angers.

M. Bregeant, professeur d'histoire naturelle et de matière médicale, à Arras.

M. Bardinet, professeur d'anatomie et de physiologie, à Limoges.

M. Hélie, professeur adjoint, à Nantes.

M. Philippe, professeur de clinique chirurgicale, à Reims.

M. Godefroy, professeur de pathologie externe, à Rouen.

M. Benoît, bibliothécaire archiviste, à Tours.

— Par arrêtés du 14 mars, sont nommés :

M. le docteur Patin, professeur d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de Rouen, en remplacement de M. Pillore, décédé.

M. le docteur de Lonjon, professeur suppléant pour la pathologie interne et la clinique interne, à l'Ecole préparatoire de Tours.

M. Giraudet, chef des travaux anatomique de ladite Ecole, professeur suppléant pour l'anatomie et la clinique externe.

M. Giraudet conserve, avec les fonctions de suppléant, celles de chef des travaux anatomiques.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. — Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — Paris. Sur la séance de l'Académie des sciences. — Du traitement de l'épistaxis par l'élévation du bras. — Clinique de la ville (M. Jobert). Observation d'un corps étranger contenu dans le vagin et la vessie. — Académie des sciences, séance du 12 mars. — Société de chirurgie, séance du 7 mars. — Chronique et nouvelles. — Feuilleton. L'ozone et le choléra.

Paris, le 19 mars 1855.

Séance de l'Académie des Sciences.

Les doutes jetés sur l'exactitude de la théorie glucogénique de M. Claude Bernard par les communications récentes de MM. Figuier et Longet ont naturellement remis cette question à l'ordre du jour. Partisans et adversaires de la nouvelle théorie se mettent de part et d'autre à l'œuvre pour vérifier ou contrôler les expériences qui ont servi de fondement à cette théorie. Tel a été le sujet d'un important mémoire communiqué dans la dernière séance par M. Lehmann. Ce mémoire a fourni à M. Bernard l'occasion de résumer et de condenser dans une courte note sa réponse aux divers faits et arguments qui lui ont été opposés. La reproduction à peu près textuelle dans le compte rendu de la séance d'un extrait étendu du travail de M. Lehmann, ainsi que de la note de M. Bernard, nous dispense d'en donner ici un résumé ; nous aurons certainement d'ailleurs l'occasion d'y revenir.

M. Mandl a présenté un travail original sur une question de physiologie pathologique d'un incontestable intérêt, savoir : quelle est la cause d'une certaine faiblesse de la voix à laquelle sont exposés les artistes, que l'examen le plus minutieux ne permet de rattacher à aucun désordre anatomique appréciable, ni à aucune des causes organiques signalées par les auteurs. M. Mandl en trouve la cause dans un certain mode de respiration dont les dangers avaient été déjà signalés, la respiration claviculaire, qu'il propose de bannir dans l'enseignement et dans la pratique du chanteur, comme le Créateur l'a bannie dans la classe des oiseaux, qui passent pour les modèles du chant. C'est une ingénieuse application de l'étude analytique du phénomène si complexe de la respiration. — Dr Brochin.

DU TRAITEMENT DE L'ÉPISTAXIS

par l'élévation du bras.

En 1842, M. Négrier, dans une note insérée dans les *Archives générales de médecine*, a conseillé un moyen fort simple d'arrêter es épistaxis, même les plus rebelles. Il recommande de faire élever brusquement le bras du côté de la narine d'où coule le sang. Ce mode de traitement a été généralement accueilli avec une sorte d'incrédulité ; on ne demandait pas même pour ce procédé, comme il arrive si souvent, la sanction de l'expérience.

Dans notre *Traité de petite chirurgie* en 1844 et en 1853 nous avons seulement indiqué le procédé de M. Négrier, mais sans y attacher une grande importance. Nous disions : « Toutefois ce procédé est tellement simple qu'il faut toujours l'appliquer, sauf à recourir promptement à un autre moyen. » M. Valleix, dans son *Guide du médecin praticien*, dit quelques mots du procédé de M. Négrier, et il ajoute : « Le talent d'observation de ce médecin est trop connu pour qu'après une aussi longue expérimentation de sa part on puisse refuser une grande valeur à ce mode de traitement. » Mais M. Valleix ne dit pas s'il y a eu recours ; la valeur scientifique des observations recueillies par M. Négrier paraît être le seul titre à la recommandation qu'il en fait.

Frappé de la simplicité de ce procédé et de son innocuité dans toutes les circonstances, nous n'avons pas hésité à le mettre en pratique toutes les fois que l'occasion s'en est présentée. Contre notre attente, nous devons l'avouer, l'élévation du bras a arrêté quelquefois l'hémorrhagie avec une rapidité surprenante ; d'autres fois, par contre, nous l'avons vue échouer complétement.

Depuis la publication du mémoire de M. Négrier, des tentatives ont été faites sans doute, mais isolément. Rien, que je sache, n'avait été jusqu'à présent publié sur ce sujet, lorsque nous avons trouvé dans les *Archives belges de médecine militaire* une note de M. le docteur Journez, où il rapporte que l'élévation brusque du bras lui a rendu des services signalés dans 28 cas d'épistaxis observés chez des recrues.

« En juillet dernier, dit M. Journez, j'accompagnais les recrues du 9e régiment de ligne qui se rendaient au camp de Beverloo.

» Sur les 498 hommes dont se composait le détachement, j'ai eu à traiter en trois jours 28 épistaxis, dont plusieurs ont été tellement abondantes que le sang s'écoulait à la fois et par les narines antérieures et par les postérieures.

» A l'exception d'une seule, toutes se sont déclarées subitement pendant la marche, alors que la moitié de la distance à parcourir était effectuée et que déjà on était soumis à l'influence d'une insolation prolongée et assez intense.

» Dès qu'une hémorrhagie nasale était signalée chez un soldat, sans relâcher l'agrafe de son habit ni de son col, sans le débarrasser d'aucune pièce de son équipement ni même de son armement, à l'exception de son fusil, je lui élevais brusquement les bras, si l'épistaxis avait lieu des deux côtés ; je lui faisais tenir ensuite la tête levée, le corps droit, les mains jointes par-dessus son schako, et lui ordonnais de continuer la marche au pas ordinaire, lui recommandant d'ouvrir la bouche et de ne point expulser l'air par le nez, en un mot, de ne respirer que par la bouche.

» Le sang s'écoulait-il par une seule narine, j'élevais le bras correspondant, laissant toute liberté de mouvement à son congénère, qui, au besoin, servait à porter le fusil.

» Toujours l'hémorrhagie cessait avec une rapidité étonnante, souvent en moins d'une ou deux minutes.

» Cette manœuvre est si facile à faire exécuter que dès le deuxième jour de marche les officiers du détachement, confiants dans les succès dont ils avaient été les témoins oculaires, l'utilisèrent plusieurs fois à mon insu.

» L'un d'eux m'a assuré qu'occupé un matin à se laver il fut pris d'une épistaxis très abondante qu'il chercha inutilement pendant plus de trente minutes à combattre par des applications froides sur le front et à la nuque, et qu'il arrêta presque aussitôt par l'élévation des bras.

» Je dois à la vérité de dire que chez deux soldats l'épistaxis récidiva à plusieurs reprises ; chez l'un d'eux, quatre fois à une demi-heure d'intervalle ; mais il faut savoir que ce dernier sujet, d'un tempérament sanguin, était habitué à des hémorrhagies nasales fréquentes. Malgré cette prédisposition, l'écoulement sanguin a été chaque fois complétement suspendu en quelques minutes.

» C'est de cette façon que les 28 cas d'épistaxis que j'ai pu observer par moi-même ont été traités avec le plus prompt et le plus entier succès.

» Quelque étrange que paraisse ce moyen, il me semble appelé à rendre d'utiles services, surtout aux médecins militaires.

» On sait, en effet, avec quelle précipitation, par quel mauvais instinct l'homme qui s'aperçoit d'un saignement de nez est porté à s'arrêter, à se courber en avant et à tenir la tête baissée ; presque incontinent, il lui vient la pensée d'étancher le sang à l'aide d'un linge imbibé d'eau froide et d'en aspirer quelque peu par des efforts qui suffiraient souvent seuls pour prolonger l'hémorrhagie en détruisant sans cesse le caillot qui tendrait à se former. Si la source ne tarit point par ces ablutions, on a parfois recours à un corps froid (une clef, par exemple) que l'on place vers la nuque, entre les épaules pour produire par son contact un ébranlement de tout l'organisme considéré comme pouvant aussi suspendre l'hémorrhagie. Il faut convenir que tous ces moyens sont d'un usage difficile durant la marche des troupes et ne sont pas toujours exempts de danger. Ainsi on se hâte ordinairement en pareil cas d'enlever tout ce qui peut gêner la libre circulation autour du cou. Pour cela, on débarrasse le soldat de son sac, on lui ôte son schako, son col, on ouvre même son habit ; puis seulement on cherche à arrêter l'hémorrhagie par des applications froides qui l'exposent pendant qu'il est couvert de sueur à des refroidissements dont les conséquences peuvent être plus à craindre que l'épistaxis elle-même ; enfin, ajoutons que les soins préliminaires et le traitement absorbent par fois plus d'une demi-heure et qu'il devient difficile pour le malade et le médecin de rejoindre la colonne.

» Les inconvénients inhérents aux autres procédés suffisent pour recommander un moyen qui ne nécessite aucune précaution préliminaire, qui n'exige l'emploi d'aucun agent et qui, tout en permettant au soldat de poursuivre sa marche, produit promptement à l'aide d'une manœuvre excessivement simple un résultat des plus satisfaisants. »

Voici donc un assez grand nombre de faits bien observés, qui viennent donner une valeur incontestable à un procédé fort simple et peut-être trop négligé.

Quel est le motif de cette espèce de défaveur? Nous croyons le trouver dans l'insuffisance de la théorie invoquée par M. Négrier. Selon ce chirurgien, le cœur possède une certaine force, toujours la même, pour lancer le sang dans la tête et dans le membre. Lorsque le bras est élevé, il en emploie une portion plus grande pour chasser le sang que quand le membre est abaissé ; il n'en conserve donc plus qu'une portion plus faible pour chasser le sang

---

L'OZONE ET LE CHOLÉRA.

Nos lecteurs n'ont pas oublié sans doute les observations présentées par M. Wolf, directeur de l'Observatoire de Berne, à l'Académie des sciences (voir notre numéro du 27 février dernier) sur les variations de l'ozone considérées relativement aux variations dans l'état hygiénique du lieu d'observation. Ils verront donc avec un véritable intérêt la notice suivante, que nous empruntons à un nouveau journal, l'*Ami des Sciences*, qui au mérite d'être un journal très savant joint le mérite bien plus rare d'être écrit d'une façon très claire, très intelligible et en très bon français :

« Qu'est-ce que l'ozone ?

» Nous répondrons avec empressement, car il s'agit d'un sujet neuf, digne d'attention à plusieurs titres et qui se recommande également au chimiste, au météorologiste, au médecin. Désormais l'étude des variations du nouveau principe entre dans les observations météorologiques quotidiennes au même titre que celle de la température, de la pression atmosphérique, de l'humidité, des vents, etc.

» L'ozone n'est rien autre chose que l'oxygène même, ce gaz qui entre pour 21 centièmes dans la composition de l'air que nous respirons. Mais c'est de l'oxygène si différent du corps auquel les chimistes sont habitués de donner ce nom que sous son déguisement on a eu beaucoup de peine à le reconnaître.

» Ainsi l'oxygène est sans odeur, tout le monde le sait ; l'ozone, au contraire, est très odorant. C'est même par son odeur qu'il a révélé sa présence aux observateurs, et son nom tiré du grec rappelle cette propriété.

» Son odeur tient à la fois de celle du chlore mêlé à l'air, du phosphore et du soufre en combustion. C'est celle qui se manifeste par suite des décharges quand on tourne le plateau d'une machine électrique ou quand la foudre éclate.

» Mais les propriétés nouvelles et permanentes que l'oxygène acquiert en devenant ozone ne se bornent pas à cela ; on sait, par exemple, que l'oxygène ordinaire ne se combine que très lentement au mercure à la température ordinaire ; l'ozone, au contraire, se combine très rapidement avec ce métal. En un mot, les *propriétés oxydantes de l'ozone sont beaucoup plus énergiques que celles de l'oxygène ordinaire.*

» Van-Marum s'est trouvé le premier en présence de ce corps remarquable. C'était en 1785 ; ayant à sa disposition la grande machine du musée de Teyler, il excitait des étincelles dans un tube plein d'oxygène. Au bout d'un quart d'heure, après 5,000 étincelles, l'oxygène avait pris une odeur très forte, « qui lui parut être très clairement l'odeur de la matière électrique. »

» De 1785 à 1840, ces expériences remarquables furent complétement perdues de vue. En cette dernière année, M. Schœnbein, professeur de chimie à Bâle, et inventeur du coton-poudre, décomposant l'eau par la pile, remarqua que la production du gaz hydrogène était accompagnée d'une odeur toute particulière. Il publia un mémoire à ce sujet. Quel était ce nouveau corps? Etait-ce un corps simple? était-ce un composé oxygéné de l'azote ou de l'hydrogène? L'ingénieux chimiste laissa la question indécise, mais il donna le nom d'*ozone* à la substance odorante.

» En 1851, deux savants de Genève, MM. Marignac et de La Rive, conclurent d'une suite d'expériences que l'ozone n'est que de l'oxygène dans un état particulier d'activité chimique qui lui est imprimé par l'électricité. Berzélius et M. Faraday croyaient également à un état isomérique ou allotropique, c'est-à-dire à une simple modification de l'oxygène. Enfin, dans cette même année 1851, M. Schœnbein, qui venait d'aborder pour la troisième fois cette intéressante question, se rangeait à l'avis de MM. Marignac et de La Rive.

» Cependant la plupart des chimistes ne l'admettaient encore qu'avec hésitation ; de nouvelles expériences étaient nécessaires. Celles que MM. E. Frémy et Edmond Becquerel firent en 1852 paraissent avoir levé tous les doutes ; elles ont démontré, en confirmation des travaux rappelés plus haut, que l'électricité agissant sur l'oxygène, développe en lui des propriétés nouvelles ; aussi ces messieurs ont-ils proposé de remplacer le nom d'ozone par celui d'oxygène électrisé.

» L'ozone n'est donc qu'une forme particulière de l'oxygène. Ainsi nous sommes là en présence d'un de ces changements que, sous l'empire des circonstances extérieures, les corps simples et les corps composés subissent dans leurs propriétés les plus essentielles. Les changements que l'électricité apporte ici à l'oxygène sont en effet comparables à ceux que les rayons solaires produisent dans le chlore, dont ils ren-

vers la tête. Nous devons dire que c'est avec une certaine réserve que M. Négrier propose cette explication, et peut-être serait-il possible d'en donner une autre plus satisfaisante.

Quand un individu est affecté d'épistaxis, son premier mouvement est de pencher la tête en avant; le cou se trouve fléchi sur la poitrine, les veines du cou sont légèrement comprimées, il y a un obstacle à la circulation veineuse du crâne et de la face. D'un autre côté, la face regardant le sol, il en résulte que l'ouverture antérieure des fosses nasales se trouve sur un plan moins élevé que le reste de cette cavité, de sorte que le caillot qui tendrait à se former glisse à chaque instant sur cette espèce de plan incliné, repoussé par l'arrivée d'une nouvelle quantité de sang. Ces deux circonstances sont donc éminemment favorables à l'hémorrhagie. Mais si on fait élever le bras, si le tronc se relève, si la tête se trouve dans la rectitude normale, l'ouverture antérieure des narines est plus élevée que le plancher de cette cavité; il n'existe plus d'obstacle à la circulation veineuse, le caillot peut se former plus facilement, et l'hémorrhagie s'arrête.

Nous pensons donc que dans ces circonstances c'est moins l'élévation du bras que la position toute particulière que l'on donne au malade qui favorise l'arrêt du sang.

Il est un autre point sur lequel nous croyons devoir appeler l'attention. Les sujets qui ont été observés par M. Journez étaient sains, vigoureux; l'hémorrhagie a été arrêtée généralement avec facilité. En serait-il de même dans des circonstances opposées, c'est-à-dire dans celles où l'épistaxis se montre chez des individus affaiblis; chez ceux qui sont affectés de fièvre typhoïde, par exemple? Nous croyons pouvoir dire que l'on n'obtiendra pas un succès aussi complet, car le sang ayant une plasticité moins grande, la coagulation sera plus difficile, et l'on ne pourra arrêter l'hémorrhagie qu'à l'aide d'un des divers moyens de tamponnement conseillés contre les épistaxis rebelles. — Dr A. Jamain.

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. Jobert (de Lamballe).

Observation d'un corps étranger contenu dans le vagin et la vessie.

Ce fait offre un double intérêt en ce qui concerne la pathologie et la médecine opératoire; il s'agit ici, en effet, d'un exemple unique de corps étranger introduit brusquement dans la vessie par le vagin.

Cette observation est d'autant plus curieuse que le crayon qui a séjourné dans la vessie pendant environ huit mois s'est couvert de plusieurs couches de matière lithique qui se sont groupées autour de lui sans offrir dans leur disposition une régularité parfaite, et c'est, comme on le verra, la forme chagrinée du calcul et ses aspérités, qui n'ont permis son extraction qu'avec difficulté, même après avoir pratiqué la division de la presque totalité de la cloison vésico-vaginale.

Obs. — *Perforation de la cloison vésico-vaginale par un crayon. — Séjour prolongé du corps étranger dans la vessie. — Extraction du calcul au moyen d'une incision faite à la cloison vésico-vaginale. — Fistule vésico-vaginale occupant toute la cloison. — Autoplastie par glissement. — Guérison prompte.*

La nommée Louise L..., âgée de quinze ans et demi, d'une forte constitution, a toujours joui d'une excellente santé. A quatorze ans elle était réglée, et bien que la menstruation ne s'établit pas de suite avec une parfaite régularité, l'état général ne subit aucune modification appréciable. A la fin du mois de mai 1854 elle fit une chute, qui fut la cause primitive de la lésion pour laquelle elle vint réclamer mes soins.

Cette jeune fille habitait un village où elle était en pension. Montée sur une table à pupitres, au moment où elle se disposait à déposer des livres sur une planche située au-dessus, ses deux pieds glissèrent sur le plan incliné où elle se trouvait; elle tomba à cheval sur le banc qui était devant la table. Pendant la chute, un crayon en mine de plomb, placé dans une gaîne en bois, s'introduisit dans le vagin, perça la cloison vésico-vaginale, et pénétra en grande partie dans la vessie. Elle ne peut donner aucun renseignement précis sur les circonstances qui ont accompagné la chute. Quoi qu'il en soit, elle se releva, ne parla de son accident à personne, et continua de se livrer à ses occupations journalières, malgré le changement survenu dans l'émission de l'urine, qui était devenue plus fréquente, même douloureuse, et la sortie d'une certaine quantité de sang par la vessie et le vagin. Cet état se prolongea jusqu'au moment où sa grand'mère s'aperçut que les urines déposaient en assez grande abondance. Le médecin de la famille fut consulté, mais pour l'irrégularité de la menstruation qui existait depuis plusieurs mois. Il soigna la malade sans obtenir le résultat qu'il attendait du traitement prescrit. Quelque temps après un second médecin fut consulté. Après avoir interrogé la jeune personne et avoir pris connaissance des antécédents, il examina les parties génitales. Par le toucher, on découvrit un corps dur qui faisait saillie dans le vagin, en se dirigeant vers la vessie, dans laquelle il était contenu.

Notre confrère, ayant alors obtenu de la malade l'aveu de ce qui lui était arrivé, et ayant, par un examen attentif des organes génitaux, reconnu le siége du corps étranger, proposa d'en faire l'extraction. L'habile confrère se décida à le retirer par la voie qu'il avait parcourue; mais bientôt il s'aperçut qu'on ne pouvait l'extraire par de simples efforts, les tractions exercées sur lui ne parvenant à lui imprimer aucune mobilité, à cause de l'excès de volume que la portion intra-vésicale du corps étranger avait acquis par son séjour prolongé au milieu de l'urine. Le 15 décembre 1854, il se décida à pratiquer la taille vaginale. Cette incision permit de le retirer, non sans quelques difficultés, ce qu'explique la forme de ce calcul, dont voici la description :

1° Il a 9 centimètres de longueur, mesuré dans ses points les moins saillants; 10 centimètres et demi dans ceux où il a le plus de volume.

2° Mesuré circonférentiellement, il fournit successivement, de la petite vers la grosse extrémité, 4 centimètres et demi, 3 centimètres et demi, 9 centimètres et 7 centimètres et demi.

3° En s'éclairant sur les dimensions transverses de ce corps étranger, on obtient 2 centimètres, 1 centimètre et demi, 5 centimètres et 3 centimètres et demi.

Lorsqu'on examine ce corps étranger dans son ensemble, il représente un ovoïde prolongé, irrégulièrement bosselé à l'extérieur, et ce sont précisément ces bosselures qui donnent les mesures différentes dont il a été question plus haut. Il a pour centre un crayon qui s'est fendu en deux parties égales, en laissant voir sur une gouttière la mine de plomb. Les deux parties qui composent le crayon sont adossées l'une à l'autre. Ce crayon est entouré de toutes parts par plusieurs couches concentriques de matière lithique, blanche, poreuse, et ressemblant assez bien pour l'aspect à l'écume de mer. La portion de ce corps étranger contenue dans la vessie est entourée d'une masse considérable de substance calculeuse. La partie du crayon qui était contenue dans le vagin contient bien aussi de la même substance, mais ce n'est que par endroits qu'on la rencontre, et elle forme d'ailleurs dans différents points une couche excessivement mince.

Scié dans toute sa longueur, le corps étranger a le même aspect pour la couleur, mais il semble plus dense, plus compacte qu'à l'extérieur, où il est très poreux. Il faisait l'office d'un bouchon qui, dans le commencement, ne permettait pas à l'urine de s'écouler par le vagin; mais quelque temps avant son extraction il s'en échappa une certaine quantité par ce conduit, sans doute par suite d'un travail ulcératif.

Depuis son extraction, les urines sont sorties involontairement par le vagin, et il ne s'est plus fait sentir d'envies d'uriner. Ces changements sont faciles à comprendre, le réservoir de l'urine n'existant plus.

Lorsque cette malade vint à Paris pour réclamer les soins de M. Jobert (de Lamballe), elle se trouvait dans l'état suivant :

1° Les grandes et les petites lèvres, la face interne des cuisses sont rouges et baignées par l'urine.

2° Çà et là on rencontre de petites ulcérations à l'entrée de la vulve.

3° Le vagin contient de l'urine et une certaine quantité de muco-pus.

4° On trouve sur la ligne médiane, et d'avant en arrière, une grande fente qui fait communiquer la vessie avec le vagin; elle s'étend du bulbe urétral à 1 centimètre du col de l'utérus.

5° Sur l'une et l'autre lèvre de la fistule on aperçoit des irrégularités, des dentelures qui sont dues à l'ulcération et à des déchirures déterminées par le corps étranger.

6° L'urètre est libre, et permet facilement l'introduction d'une sonde d'argent.

Après avoir laissé la malade se reposer et l'avoir préparée par des bains, des injections et quelques laxatifs, M. Jobert pratiqua l'opération, le 7 février 1855, en présence de MM. Bousquet, Vernois, Roger et de plusieurs de ses élèves, MM. Rosé, Blachès, Lallement, etc.

La malade étant couchée comme pour l'opération de la taille, la paroi recto-vaginale déprimée avec le spéculum univalve, les grandes et les petites lèvres écartées à l'aide de leviers, M. Jobert procéda à l'opération, composée du ravivement des lèvres de la fistule, de la suture entrecoupée, du décollement et de l'incision des parois vaginales.

A l'aide d'une pince à dents et du bistouri ou des ciseaux, les lèvres de la fistule sont ravivées, de telle sorte que la solution de continuité est entourée par une surface saignante.

Après s'être assuré que le ravivement est complet, l'opérateur réunit les lèvres de la fistule au moyen de quatre points de suture entrecoupée. Les parties sont rapprochées latéralement, de telle sorte que la suture est longitudinale, placée sur la ligne médiane, et s'étend en avant jusqu'à une petite distance du méat urinaire. Il résulte de cette disposition que le point de suture placé le plus en avant comprend la partie postérieure du bulbe de l'urètre.

Une incision détache le vagin du col de l'utérus, et deux incisions sont pratiquées sur les parois latérales du vagin, depuis le col de l'utérus jusqu'au méat urinaire. Les lèvres de la fistule sont alors dans un relâchement complet.

Plusieurs injections sont faites successivement dans le vagin, et un tampon d'agaric y est introduit. La malade est reportée dans son lit et une petite sonde est mise à demeure dans la vessie.

La journée qui suivit l'opération ne présenta rien de particulier. L'urine, claire et limpide, s'écoula en totalité par la sonde.

Le 8, le tampon d'agaric est retiré. La nuit a été assez bonne; la sonde marche très bien. Il en est de même le 9.

Le 10, même état. Dans la nuit les règles surviennent; le sang coule par le vagin; cependant l'urine, qui passe toujours en totalité par la sonde, a été légèrement colorée.

Le 11, les règles continuent, mais l'urine est claire.

Le 12, l'écoulement menstruel a cessé.

Le 13, M. Jobert examine l'état des parties et retire les quatre points de suture. Les lèvres sont parfaitement réunies et forment une ligne rouge, longitudinale, coupée par des sillons transversaux dus à la section déterminée par les fils.

Le 14 et le 15, la sonde marche très bien. L'urine est claire et limpide. La malade se plaint seulement d'une douleur dans la région sacrée. Cette douleur est occasionnée par le décubitus dorsal.

Le 18, la malade est de nouveau examinée. La réunion est complète. La sonde à demeure est retirée, ce qui permet à l'opérée de se coucher sur le côté. Le jour même elle urine seule, sans aucune douleur. La vessie est déjà assez grande pour que le besoin d'uriner ne se fasse sentir que deux fois par nuit et trois fois par jour.

Les jours suivants, Mlle L... commence à se lever.

Le 22, elle est examinée une dernière fois, en présence des personnes qui ont assisté à l'opération. On constate alors :

1° L'état sain des parties génitales, qui ne sont plus baignées par l'urine.

2° L'entrée du vagin parfaitement sèche. Au fond de ce conduit on aperçoit une petite quantité de pus.

3° L'urètre est libre et laisse pénétrer facilement une sonde d'argent.

4° En déprimant la paroi recto-vaginale, et écartant à droite et à gauche les grandes et les petites lèvres, on aperçoit sur la ligne médiane une longue cicatrice rosée, résultant de la réunion des lèvres de la fistule.

5° Sur les côtés, il existe deux autres cicatrices résultant des incisions de débridement. Ces dernières ne sont pas complétement cicatrisées; ce sont elles qui fournissent le pus que nous avons vu tout à l'heure au fond du vagin.

6° Au-devant du col on aperçoit une cicatrice transversale qui indique l'endroit où le vagin a été détaché sur ce point.

Depuis, cette malade a été visitée de nouveau, et on a pu constater sa complète guérison. La vessie faisait admirablement l'office de réservoir, puisqu'elle pouvait, comme autrefois, conserver les urines.

La pudeur de cette jeune fille l'a constamment portée à cacher la cause de son mal. Ni la douleur, ni les écoulements de sang, ni les spasmes, ni les changements apportés dans la miction n'ont pu la décider à indiquer la source de ses souffrances. Il eût été d'autant plus à désirer qu'elle eût fait dès le principe l'aveu de ce qui lui était arrivé qu'on aurait pu alors probablement retirer le corps étranger par le vagin sans qu'il en résultât d'accident ou d'infirmité, l'ouverture faite par le crayon n'étant accompagnée d'aucune perte de substance et pouvant permettre par conséquent le rapprochement des différents points de la circonférence de la plaie.

Cette observation fournit une nouvelle preuve de l'efficacité de la méthode par glissement. Chez cette jeune personne le vagin a été

---

dent les affinités beaucoup plus énergiques; à ceux que la chaleur détermine dans le soufre, le phosphore, le carbone, dont ils modifient la couleur, la consistance, la solubilité, les affinités; et dans tant de composés, dans les oxydes métalliques, par exemple, qui éprouvent sous son influence des transformations isomériques. Ainsi, cette collection de faits mystérieux et d'un si puissant intérêt, dont l'étude approfondie modifiera sans doute les idées classiques déjà fort ébranlées sur la nature et le nombre des prétendus corps simples, cette collection se trouve accrue d'une unité.

» Une fois admis que, sous l'action répétée d'étincelles électriques, l'oxygène peut entrer dans un état particulier d'activité chimique, on devait se demander si le changement que nous provoquons dans nos laboratoires ne se produit pas spontanément dans l'atmosphère, ou plutôt on ne pouvait douter que l'atmosphère incessamment sillonnée par les orages ne vît s'accomplir dans son sein les variations chimiques dont il s'agit. C'est ce dont, au reste, on ne tarda pas à avoir la certitude.

» Dès 1850, M. Schœnbein avait constaté que l'ozone décompose l'iodure de potassium, et il avait reconnu qu'une bande de papier amidonné renfermant une faible quantité de ce sel constitue le réactif le plus sensible pour reconnaître la présence du nouveau corps. Une bande de papier ainsi préparée exposée à l'air y révéla bientôt, en passant du blanc, qui était sa couleur avant l'expérience, à un bleu plus ou moins foncé, la présence de l'ozone. L'ozone existe donc naturellement dans l'air, c'était un point démontré; mais s'y trouve-t-il toujours dans les mêmes proportions? Le contraire était évident. De quelle importance alors n'était-il pas d'étudier ses variations! Pour cela, il fallait pouvoir rapporter les observations à un commun terme de comparaison; rien n'était plus facile.

» On dressa une échelle ozonométrique en divisant en un certain nombre de parties ou degrés l'espace chromatique compris entre le blanc répondant à l'absence d'ozone et la coloration bleue, la plus intense que l'ozone, à son maximum, puisse produire sur le papier ozonoscopique en mettant l'iode à nu. 10 fut le nombre de divisions adoptées, et ceci fait on posséda un *ozonoscope* au moyen duquel on put mesurer les variations quotidiennes de l'ozone atmosphérique, comme au moyen du thermomètre et du baromètre on mesure les variations quotidiennes de la température et de la pression atmosphériques.

Plusieurs physiciens, comprenant l'importance de cette nouvelle branche d'observations météorologiques, s'y sont adonnés. MM. Bœckel à Strasbourg, Simonin père à Nancy, Wolf à Berne, Billiard à Corbigny, Schapter et Besluber en Allemagne, Gaillard en Amérique, etc., sont au nombre de ces observateurs.

» Ainsi voilà un corps dont il y a peu d'années on ne soupçonnait pas l'existence et qui ne cesse d'agir sur nous et sur toute la nature animée. Quant à l'intensité de son action, comment la mettre en doute? Comment douter que des variations considérables dans le pouvoir oxydant du gaz respirable n'aient une influence puissante sur la respiration et par conséquent sur toutes les fonctions vitales?

» Un médecin américain, M. E.-S. Gaillard, voit une relation entre la présence de l'ozone dans l'air atmosphérique et l'apparition des fièvres intermittentes.

» D'après le docteur Bœckel, la malaria se montre toujours avec le zéro de l'ozonoscope, et la même chose a lieu quand les fièvres paludéennes règnent fortement.

» D'après M. Schœnbein, on a observé une quantité considérable d'ozone dans l'atmosphère de Berlin pendant une épidémie de grippe et sous une constitution médicale prédisposant aux affections de poitrine, et l'inverse a eu lieu sous le règne d'une constitution gastrique.

» D'après cet observateur, l'ozone a fait complètement défaut dans l'atmosphère de la même ville pendant une épidémie de choléra.

» D'après M. Bœckel, le même fait s'est produit à Strasbourg. La présence du choléra y a coïncidé avec l'absence d'ozone, et l'ozone a reparu dès que le choléra a été en décroissance.

» M. Billiard regarde la diminution de l'ozone comme la cause première de cette terrible maladie.

» Enfin, sans aller aussi loin, M. Wolf, dans la lettre qui a été l'occasion de cet article, confirme pour la ville de Berne, qu'il habite, les observations faites à Strasbourg par M. le docteur Bœckel.

» Il nous paraît vraisemblable que l'ozone n'a pas seulement un grand rôle physiologique, et qu'il faudra le faire intervenir dans l'explication de plusieurs phénomènes physiques et chimiques, tels, par exemple, que la production de l'acide nitrique au sein de l'atmosphère et le dégagement d'odeur qui si souvent accompagne la foudre.

» Victor Meunier. »

facilement déplacé de son insertion au col de l'utérus, et la réunion des lèvres ravivées de cette grande fistule a pu avoir lieu en dix jours.

C'est à peu près à la même époque qu'une fistule vésico-vaginale, avec perte de substance de la cloison, opérée devant MM. Civiale et Costello par l'autoplastie par glissement, a été guérie dans le même espace de temps.

Quand on songe aux nombreuses et volumineuses aspérités qui recouvrent le corps étranger, on ne s'étonne pas des difficultés qui se sont rencontrées lorsque M. Montang, médecin à Meulan (Seine-et-Oise), a procédé à son extraction, qui n'a pu être faite qu'après avoir débridé la cloison vésico-vaginale du corps étranger vers le col de la vessie. Malgré ces débridements sagement exécutés, on n'a pu encore le retirer sans employer un certain degré de force.

Si les corps étrangers contenus dans la vessie prennent rarement le chemin du vagin, il n'en est pas de même de l'urètre, qui le plus ordinairement leur sert d'introduction. Que de fois n'a-t-on pas trouvé des calculs ayant pour base des corps étrangers introduits par ce conduit! On a rencontré dans la vessie, par exemple, une pomme d'api incrustée de matières calculeuses. Moreau, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Paris, en fit l'extraction. Au bout de trois mois on retira de la vessie d'une jeune fille un étui de bois entouré de substances pierreuses. Il avait été introduit par le canal excréteur de l'urine.

Des aiguilles d'os ont été retirées de la vessie, où elles avaient été introduites par l'urètre. Au rapport de Morgagni, les Italiennes s'introduiraient fréquemment des aiguilles d'os dans la vessie.

Des cure-oreilles sont tombés par la même voie dans la poche urinaire.

On a vu une tige d'ivoire pénétrer par l'urètre et traverser la vessie pour paraître dans la région hypogastrique. Toute la partie de l'aiguille contenue dans la vessie était couverte de matière lithique, et la portion qui se trouvait en dehors était lisse.

On a vu une aiguille à tête d'ivoire pénétrer dans la vessie, traverser le vagin, d'où elle a été extraite.

Toutefois, l'observation que nous venons de rapporter ressemble complétement aux nombreux faits rapportés par les auteurs sous le rapport de la symptomatologie.

Notre jeune malade a en effet maigri, et cette maigreur est survenue sous l'influence des excessives douleurs qu'elle ressentait.

Elle a été affectée de ténesme vésical, comme les malades dont on a rapporté l'histoire. Elle ressentait, en effet, de vives douleurs en urinant et des envies fréquentes d'uriner.

Le corps étranger a été entouré de matière lithique dans toute sa portion vésicale, et ce n'est que beaucoup plus tard, lorsque l'urine s'est échappée par le vagin, que la portion correspondante du corps étranger s'est incrustée de la même matière. Il est certain que, s'il n'était pas survenu une ulcération, le rayon n'eût présenté de matière calculeuse que dans sa portion vésicale. On a pu constamment noter cette différence sur les corps étrangers dont une portion était contenue dans l'intérieur de la vessie et l'autre à l'extérieur.

On a une fois, dans un cas rapporté par Choppart, extrait le corps étranger par le vagin; mais il était petit et peu volumineux. Il n'était certainement pas possible de l'extraire de cette manière sans incision dans le cas dont nous venons de tracer l'histoire.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 12 mars 1855. — Présidence de M. Regnault.

Phthisie pulmonaire. — M. Boniface lit un mémoire ayant pour titre: *Recherches sur la phthisie pulmonaire, la formation des tubercules et la cause première de leur développement.*

Ce mémoire est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Serres, Andral et Rayer.

De la fatigue de la voix dans ses rapports avec le mode de respiration. — M. le docteur Mandl présente un mémoire sur ce sujet.

Le médecin est consulté quelquefois par les artistes pour une certaine faiblesse de la voix à laquelle l'examen le plus minutieux ne permet d'assigner aucune des causes organiques décrites dans les ouvrages de pathologie. Cependant, lorsque les artistes ont chanté ou déclamé pendant quelque temps, on entend leur voix s'affaiblir, se couvrir, devenir rauque, criarde. Cette altération, d'abord peu prononcée et passagère, se manifeste plus tard avec une grande facilité au moindre exercice; finalement la voix se perd complétement; elle est, comme l'on dit, brisée ou cassée.

Incertain d'abord sur les causes de cette affection, j'ai cru plus tard devoir fixer mon attention sur l'activité du larynx même, et je me suis demandé jusqu'à quel point une dépense de forces trop considérable, fatigante, dans l'émission de la voix, pourrait contribuer à l'origine de cet affaiblissement. L'examen de la question m'a bientôt amené à considérer les divers modes de respiration auxquels les professeurs de chant attachent tant d'importance. Plusieurs parmi eux affirment que la respiration exécutée avec la portion supérieure du thorax brise la voix, et l'expérience paraît venir à l'appui de ces idées. Il s'agit donc de démontrer par des recherches anatomiques et physiologiques les rapports qui peuvent exister entre le mode de respiration et la dépense des forces nécessaires pour mettre en jeu les agents de la voix. Cette dépense mesure la fatigue.

L'émission de la voix se fait pendant l'expiration, qui doit se prolonger pendant toute la durée de la phrase musicale ou parlée. Les agents expirateurs qui chassent l'air, afin qu'il serve à la production du son, entrent donc en lutte avec les agents inspirateurs, qui veulent le retenir pour prolonger l'expiration.

La lutte qui s'établit ainsi entre les agents inspirateurs et les expirateurs, et que nous appelons *lutte vocale*, est variable suivant le type de la respiration: plus elle est considérable, plus grande est la fatigue qui s'ensuit. Afin de pouvoir apprécier et déterminer exactement le degré de fatigue lié à cette lutte, il est nécessaire d'examiner préalablement le jeu des muscles dans tous les points intéressés pendant la respiration, quel que soit le mode suivant lequel s'accomplit cette fonction.

La respiration peut s'effectuer d'après trois types divers, le type diaphragmatique ou abdominal, le latéral (costo-inférieur) et le claviculaire (costo-supérieur de MM. Beau et Maissiat). Dans le premier type, on voit les parois abdominales se soulever et s'affaisser alternativement par la principale action du diaphragme; dans le second type, ce sont les côtes inférieures; dans le dernier enfin, les côtes supérieures, surtout la première, et avec elle le sternum et la clavicule qui sont déplacés.

La lutte entre l'inspiration et l'expiration, c'est-à-dire la lutte vocale, et par conséquent aussi la fatigue qui en résulte, est à son moindre degré dans la respiration abdominale, parce qu'alors un petit nombre de muscles seulement (principalement le diaphragme) est mis en jeu, parce qu'il ne s'agit que du déplacement des viscères mous et mobiles de la cavité abdominale; parce que pendant l'inspiration le larynx reste dans sa position normale, que la glotte ne subit ni élargissement, ni rétrécissement notables, que les cordes vocales ne sont ni relâchées, ni tendues d'une manière appréciable. L'expiration nécessaire à la modulation du son trouve donc les organes principaux dans leur position et tension naturelles. Le déplacement du larynx, le rétrécissement de la glotte, la tension des cordes vocales, la dilatation des poumons, toutes choses nécessaires à la production du son, peuvent, par conséquent, s'effectuer sans résistance, sans luttes notables et ainsi sans fatigue.

Dans la respiration claviculaire, au contraire, la lutte vocale et avec elle la fatigue sont très considérables, parce que beaucoup de muscles agissent dans l'inspiration et l'expiration; parce que les parties fixes et peu flexibles qui composent la portion supérieure du thorax doivent être déplacées; parce que le larynx est fortement abaissé, la glotte élargie et les cordes vocales relâchées pendant l'inspiration, et que pendant l'expiration nécessaire à la modulation du son, le larynx, la glotte et les cordes vocales doivent se trouver dans des conditions diamétralement opposées. Tous ces mouvements sont tellement enchaînés les uns aux autres, que l'inspection seule de la clavicule et des épaules permet de deviner la position du larynx.

Ces tractions opposées exercées sur le larynx pendant le chant, lorsqu'on a adopté la respiration claviculaire, rendent l'émission de la voix plus difficile, plus fatigante, moins harmonieuse. L'effort considérable, l'enflement du cou, le gonflement des veines jugulaires, le reversement de la tête, l'inspiration bruyante, forment le cortége habituel de cette respiration fautive; elle peut même occasionner, à la longue, dans les muscles intéressés, une excessive sensibilité et des contractions spasmodiques; les tiraillements dans la région mammaire, les enrouements instantanés se trouvent ainsi fréquemment expliqués. Cet état pathologique peut, dans les muscles intrinsèques du larynx, amener leur atrophie plus ou moins complète avec perte de la contractilité et perte de la voix consécutives.

La respiration latérale se combine toujours, dans les profondes inspirations, avec le type claviculaire ou l'abdominal, dont elle partagera par conséquent les inconvénients et les avantages.

Le médecin doit, par conséquent, s'appuyant sur des raisons anatomiques et physiologiques, insister sur ce que le type de la respiration claviculaire soit banni dans l'enseignement et dans la pratique du chanteur. L'expérience des artistes et l'enseignement de quelques-uns de nos premiers maîtres de chant se sont déjà depuis longtemps prononcés dans ce sens. (Commissaires: MM. Magendie, Serres, Flourens.)

Physiologie des sensations de l'oreille. — M. Cabot soumet au jugement de l'Académie un mémoire ayant ce titre.

Ce mémoire est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Babinet, Duhamel et Despretz, commission à laquelle l'Académie des beaux-arts sera invitée à adjoindre un ou plusieurs de ses membres.

Action thérapeutique de l'électricité. — M. Rouillon fait connaître les résultats de quelques expériences qu'il a faites sur l'action thérapeutique de l'*électricité* qui se produit quand deux substances capables de se combiner chimiquement sont mises en présence, soit dans l'intérieur du tube digestif, soit sur la peau d'un être vivant. M. Rouillon, qui a fait ses expériences sur lui-même, ne se dissimule pas qu'une personne étrangère à la médecine n'a pas l'autorité nécessaire pour appeler l'attention sur un nouveau système de médication; cependant, les bons effets qu'il en a obtenus lui font vivement désirer que ce sujet d'expérimentation soit repris par des hommes compétents. (Commissaires: MM. Flourens, Milne Edwards, de Quatrefages.)

Production du sucre dans le foie. — M. C.-G. Lehmann communique l'extrait suivant d'un mémoire contenant des analyses comparées du sang de la veine porte et du sang des veines hépatiques, pour servir à l'histoire de la production du sucre dans le foie.

Les résultats des analyses qui vont suivre ont été obtenus sur des chiens et des chevaux soumis à des alimentations diverses. L'auteur, négligeant les détails des procédés d'analyse qu'il a mis en usage, ainsi que certains détails sur la composition du sang de la veine porte et des veines hépatiques, n'insiste que sur les points qui peuvent servir à éclairer la formation du sucre dans le foie.

1° *Sucre.* — Le sang de la veine porte ne renferme jamais les moindres traces de sucre chez les chiens à jeun et chez les chiens nourris avec de la viande. Les mêmes animaux nourris avec des substances végétales (pommes de terre cuites) présentent évidemment du sucre dans le sang de leur veine porte, mais en quantité si faible, que le dosage n'est pas possible.

Chez des chevaux nourris avec du son de seigle, de la paille hachée et du foin, le sang de la veine porte contient des proportions très faibles de matière sucrée. (0gr,055 de sucre pour 100 du résidu sec alcoolique du sang dans un cas; 0gr,0052 pour 100 de sucre dans un autre).

Le sang des veines hépatiques contient toujours du sucre en forte proportion. Sur trois chiens nourris avec de la viande, M. Lehmann a trouvé, 0gr,814 pour 100, 0gr,799 pour 100, 0gr,946 pour 100. Sur trois autres chiens à l'abstinence complète depuis deux jours, il a trouvé dans le sang des veines hépatiques 0gr,764 pour 100, 0gr,638 pour 100 et 0gr,814 pour 100; et chez deux autres chiens nourris avec des pommes de terre cuites, 0gr,981 pour 100 chez l'un, et 0gr,854 pour 100 chez l'autre.

Chez deux chevaux soumis à une alimentation végétale (son, paille, foin), le sang des veines hépatiques contenait dans un cas 0gr,635 pour 100 de sucre, et dans l'autre cas 0gr,893 pour 100 de sucre.

2° *Fibrine, albumine.* — Le sang de la veine porte chez les chevaux et chez les chiens renferme de la fibrine qui ne diffère pas sensiblement, par ses caractères et sa quantité, de la fibrine des autres veines. Quelle que soit la nature de l'alimentation, le sang de la veine porte des chiens renferme en moyenne plus de fibrine que celui des chevaux.

Le sang des veines hépatiques, soigneusement recueilli et sans aucun mélange, ne contient pas de fibrine. Les quelques flocons qu'on obtient quelquefois par le battage chez les chevaux sont presque entièrement constitués par des globules blancs qui se montrent en très grande abondance dans le sang des veines hépatiques comparé au sang de la veine porte. Le sang des veines hépatiques chez les chiens se comporte de la même manière par rapport à la fibrine, c'est-à-dire que cette matière disparaît presque en totalité dans le foie.

Des analyses très soignées et comparatives entre le sang de la veine porte et celui des veines hépatiques ont prouvé qu'une quantité remarquable d'albumine disparaît aussi dans le foie, et la quantité disparue est relativement plus grande chez les chiens que chez les chevaux.

Sur ce fait incontestable que la fibrine disparaît dans le foie M. Lehmann a établi son opinion, déjà émise dans un premier mémoire, que le sucre qui se forme dans le foie prend naissance de la fibrine.

3° *Graisse et globules sanguins.* — Le sang de la veine porte renferme toujours beaucoup plus de graisse que le sang des veines hépatiques. Le sérum du sang de la veine porte chez les chiens nourris avec de la viande est généralement plus riche en graisse que celui des chevaux. Néanmoins, on ne trouve pas davantage de graisse dans le sérum des veines hépatiques chez les chiens que chez les chevaux.

Chez les chevaux, les globules du sang de la veine porte sont plus riches en eau et particulièrement en fer; au contraire, ils sont plus pauvres en globuline, en matières extractives et en sels que ceux des veines hépatiques. Chez les chiens, comme chez les chevaux, le sang des veines hépatiques est beaucoup plus riche en globules du sang et en matières extractives que celui de la veine porte.

Analyses comparatives du sang de diverses veines avec le sang artériel. — Le sang qui sort du foie par les veines hépatiques est toujours le sang incomparablement le plus sucré de tout le corps. Ensuite ce sang se mélange au sang de la veine cave pour remonter vers le cœur. M. Lehmann confirme ici ce que M. Cl. Bernard a déjà dit depuis bien longtemps, à savoir, que le sang de la veine cave inférieure est celui qui contient toujours la plus grande quantité de sucre après les veines hépathiques. Il a trouvé dans le résidu solide du sang de la veine cave chez les chevaux 0gr,346 pour 100, 0gr,211 pour 100 et 0gr,492 pour 100 de sucre.

Lorsque le sang a traversé le poumon et est devenu artériel, on ne trouve généralement pas de sucre. Il n'en a pas été trouvé dans le sang artériel de chevaux qui avaient cependant mangé de l'amidon et de l'avoine. Chez les chiens et chez les lapins, on peut seulement trouver du sucre dans le sang artériel, si le sang veineux renferme plus de 0gr,3 pour 100 de sucre. C'est ce qui arrive dans toutes les conditions qui font passer du sucre dans l'urine: par exemple, après la piqûre telle que la fait M. Bernard, après l'injection de sucre en grande quantité dans les veines ou dans l'estomac, ou enfin chez les lapins qui ont mangé des quantités considérables de betteraves ou de carottes. Mais, dans toutes ces circonstances, ce sont encore les veines hépatiques qui contiennent la plus grande quantité de sucre, puis la veine cave, etc.

Le sang des petites veines, telles que la veine céphalique, la veine digitale, la veine temporale et la veine abdominale externe des chevaux, contient toujours moins de globules du sang, plus de sérum, et par conséquent plus d'eau que le sang artériel; mais les veines plus grosses, et principalement la veine cave inférieure, contiennent un sang qui possède la même concentration que le sang artériel, ou qui est peut-être même encore plus concentré. Toutes les expériences de M. Lehmann semblent montrer qu'une quantité remarquable de globules du sang disparaît dans les vaisseaux capillaires généraux. L'observation que la densité du sang de la veine cave inférieure se rapproche de celle du sang artériel, ou même la surpasse, ne dépend pas seulement de l'expulsion de l'eau par la sécrétion urinaire, mais principalement de l'affluence du sang des veines hépatiques; c'est ce qu'ont prouvé d'une manière frappante les analyses du sang d'un cheval qui n'avait pas bu depuis vingt-quatre heures quand il fut sacrifié. La comparaison de toutes ces analyses semble prouver en même temps que dans le foie deux fonctions marchent séparément, savoir, la formation du sucre et des globules du sang et celle de la bile, ainsi que M. Bernard l'a pressenti et établi depuis longtemps.

M. Claude Bernard fait au sujet de cette communication les réflexions suivantes:

Lorsque, il y a six ans, j'annonçai aux physiologistes que le sucre est un produit normal de sécrétion chez l'homme et les animaux, j'établis par des preuves expérimentales diverses que cette fonction animale, restée jusqu'alors inconnue, devait être localisée dans le foie. Pour prouver que la matière sucrée est bien réellement formée dans l'organisme, qu'elle ne vient pas du dehors et qu'elle prend naissance sur place dans le foie où on la trouve, j'instituai une expérience physiologique qui est nette et décisive. Sur des animaux carnivores nourris exclusivement pendant des temps très considérables (trois, six ou huit mois) avec de la viande cuite à l'eau et dans laquelle l'expérience directe ne décèle pas la moindre trace de matière sucrée, je recueillis le sang de la veine porte avant son entrée dans le foie, et je n'y constatai jamais, dans des conditions physiologiques convenables, la présence du sucre; tandis qu'en recueillant le fluide sanguin dans les veines hépatiques à sa sortie du foie, j'y rencontrai constamment du sucre en grande quantité.

Depuis lors ces résultats ont été partout vérifiés par les physiologistes exercés qui les ont reproduits en Angleterre, en Allemagne, en Hollande, en Amérique, etc. Les belles analyses de M. Lehmann sur la composition comparée des sangs de la veine porte et des veines hépa-

tiques confirment pleinement au point de vue chimique, et avec une autorité des plus considérables en pareille matière, mes propres recherches physiologiques.

Tous les arguments relatifs à la question de savoir si le foie fabrique ou non du sucre doivent être ramenés à cette expérience fondamentale qui a pour objet l'examen comparatif des sangs de la veine porte et et des veines hépatiques; et, tant qu'il restera établi que le sang qui entre dans le foie ne renferme pas de sucre et que le sang qui en sort en contient des proportions considérables, il faudra bien admettre que la matière sucrée se produit dans le foie, car on ne saurait échapper à cette conséquence de la logique la plus simple : que, puisque le sucre n'existe pas avant le foie et qu'il existe après, il faut bien qu'il se soit formé dans cet organe.

Mais le sucre sécrété dans le foie se répand ensuite dans tout l'organisme au moyen de la circulation, qui le porte par la veine cave dans le cœur droit, puis dans les poumons, etc. Suivant les quantités de sucre qui s'échappent du foie, cette matière peut se trouver détruite en traversant le poumon, ou bien dans certains cas, et particulièrement pendant et aussitôt après la période digestive, un excès peut se répandre plus loin dans le système artériel et même dans le système veineux superficiel. Néanmoins dans tous ces cas on constate invariablement que la proportion de sucre diminue d'autant plus qu'on s'éloigne davantage du foie, qui est son lieu d'origine. Ce sont ces résultats physiologiques que viennent encore prouver de la manière la plus évidente les analyses de M. Lehmann.

Cette diffusion du sucre dans tout l'organisme explique donc comment cette matière peut se rencontrer dans le sang de toutes les parties du corps. En 1846, M. Magendie a lu à cette Académie, sur la présence normale du sucre dans le sang, un mémoire dans leque il indique déjà que c'est surtout au moment de la digestion que l'on trouve la matière sucrée en plus grande quantité dans le sang. Ce fait était donc connu et admis par les physiologistes depuis longtemps, bien qu'on ne connût pas la formation physiologique de cette matière dans le foie ainsi que je l'ai établi.

Mais il est arrivé que certains auteurs, ne répétant pas mes expériences méthodiquement et dans les conditions physiologiques requises, n'ont nécessairement pas pu comprendre le rapport qui existe entre cette diffusion du sucre dans l'organisme et son point réel d'origine.

Leurs expériences peuvent avoir en elles-mêmes et au point de vue chimique la valeur qu'on leur accordera, mais on ne saurait leur en reconnaître aucune au point de vue physiologique, parce que, les auteurs n'ayant pas tenu compte de l'examen comparatif du sang de la veine porte et du sang des veines hépatiques, leurs analyses restent insuffisantes et ne peuvent s'appliquer à la question qui nous occupe.

Lorsqu'on a soin, comme l'a fait M. Lehmann, d'instituer des analyses comparatives du sang dans tous les points du système circulatoire en se plaçant dans les conditions que la physiologie indique, toutes les expériences s'enchaînent naturellement pour établir que le sucre, véritable produit d'une *sécrétion intérieure* à laquelle j'ai donné le nom de *glycogénie*, prend naissance dans le foie aux dépens des éléments du sang et indépendamment de l'alimentation féculente et sucrée, pour se répandre ensuite dans tout l'organisme, où il se détruit successivement en s'éloignant de son lieu d'origine.

Si l'on ne fait au contraire que des expériences incomplètes en se plaçant dans des conditions non méthodiquement et physiologiquement déterminées, on peut par l'interprétation des résultats arriver aux confusions les plus étranges. C'est ainsi, par exemple, que la comparaison que l'on a faite du sucre avec l'urée, qui au point de vue chimique paraît peut-être spécieuse, ne saurait un seul instant soutenir l'examen physiologique.

Comment pourrait-on imaginer, en effet, que le foie joue par rapport au sucre le rôle d'un organe *dépurateur, condensateur, filtrateur*, ou qu'il est à la matière sucrée ce que le rein est à l'urée, quand nous savons que le sang qui entre dans le foie ne contient pas de sucre, mais que le sang qui en sort en contient beaucoup; tandis que pour le rein, au contraire, l'urée existe dans le sang qui entre et ne se trouve plus dans le sang qui sort; quand nous savons enfin que, si l'on supprime les reins, on fait accumuler l'urée dans le sang; tandis que, si l'on arrête la fonction du foie en détruisant certains nerfs qui s'y rendent, le sucre disparaît complétement et rapidement de l'organisme? Il y a donc là, d'une part, un phénomène de production ou de *sécrétion*, et, d'autre part, un phénomène d'expulsion ou d'*excrétion*, que l'on doit distinguer de la manière la plus radicale, au lieu de chercher à établir entre eux un rapprochement impossible.

En finissant, je ferai remarquer, ainsi que l'on a pu s'en convaincre, que la formation du sucre dans le foie n'est pas en litige. C'est une vérité physiologique parfaitement établie et complétement acquise à la science. La question qui se trouve actuellement en jeu, c'est de savoir quels sont les éléments du sang que le foie utilise pour fabriquer la matière sucrée. L'hypothèse de cette formation du sucre aux dépens des matières grasses se trouve renversée par mes expériences, dans lesquelles j'ai fait voir que l'alimentation purement graisseuse diminue la production du sucre dans le foie et la quantité de cette matière dans tout l'organisme. Il reste à examiner la théorie de la formation du sucre aux dépens des matières azotées, que les analyses chimiques de M. Lehmann et mes expériences physiologiques indiquent. C'est le sujet dont j'entretiendrai incessamment l'Académie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 7 mars 1855. — Présidence de M. Huguier.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Huguier présente un malade atteint de lipomes multiples et symétriques, et communique sur cet homme les détails suivants :

Le 25 octobre 1854 est entré à l'hôpital Beaujon le nommé Calauge (Jacques-Hippolyte), âgé de cinquante-six ans, paveur, né à Paris. Cet homme a toujours eu une santé parfaite. Son père est mort à quatre-vingt-sept ans, sa mère à soixante-sept (hémorrhagies utérines répétées). Il a deux sœurs qui se portent fort bien. Il n'y a jamais eu dans sa famille aucune affection analogue à celle qu'il présente.

Il y a six ans, au milieu d'une santé excellente, il fit une chute, et six semaines après il s'aperçut d'une tumeur qui débutait au côté gauche et au haut de la nuque, vers les insertions supérieures des muscles postérieurs du cou. Cette tumeur a toujours grossi et n'a pas tardé à être accompagnée de beaucoup d'autres qui sont venues insensiblement, et dont plusieurs ont un volume considérable. Elles ont la consistance, l'aspect, la forme, tous les caractères du lipome. Leur nombre est considérable. Il y en a sur presque tout le corps, au tronc et aux membres. Une remarquable symétrie s'observe dans leur distribution. Sur le tronc, des deux côtés de la ligne médiane, se rangent par paires des tumeurs de forme et de volume parfaitement semblables, en avant comme en arrière. Aux membres, celles du côté gauche ont leurs analogues au côté droit. Enfin, quelques-unes sont impaires et occupent la ligne médiane, comme sous la mâchoire et au pubis.

Du reste, cet homme n'éprouve dans sa santé habituelle aucun dérangement; toutes ses fonctions se font à merveille : bon appétit, sommeil, etc. Le mouvement seulement est gêné dans plusieurs sens. Celui de flexion en avant est contrarié par le volume des tumeurs antérieures. Celles qui occupent la partie interne du bras et le creux axillaire gênent les mouvements du membre supérieur, etc.

Distribution et nombre de lipomes. — *Partie antérieure.* — 1° *Face.* 2 situés de chaque côté du maxillaire inférieur. Volume d'une petite orange.

2° *Tronc.* Epaules. 2 de chaque côté, au niveau de l'extrémité externe de la clavicule. Même volume.

3° *Cou.* 2 de chaque côté à la partie antérieure; 1 impair sur la partie médiane. Même volume.

4° *Région thoracique.* 2 paires situées de chaque côté, au-dessus du sein.

2 au niveau du mamelon, très volumineux, séparés par une ligne médiane.

Au-dessous de ceux-ci se trouvent deux masses graisseuses formées de chaque côté, à gauche, par une seule tumeur, à droite, par deux.

5° *Région abdominale.* 2 volumineux comme la tête d'un fœtus, à l'hypogastre.

1 impaire au pubis.

6° *Membres thoraciques.* A droite et à gauche à la partie externe du deltoïde et sous chaque aisselle. En tout, 6.

7° *Membre abdominal.* De chaque côté de la cuisse, à la partie externe et au tiers supérieur, 2 lipomes volumineux comme la moitié de la tête d'un fœtus.

Partie postérieure. — 2 à la région mastoïdienne de chaque côté et au haut du raphé médian.

2 au bas de ce raphé et disposés sur ses côtés.

2 à l'angle inférieur de l'omoplate.

A la région dorsale, on trouve en outre, disposées par paires de chaque côté de l'épine vertébrale, 10 tumeurs plus petites.

1 impaire et médiane se trouve en haut du sacrum.

Total. . . . { Lipomes pairs. . . 40
{ Lipomes impairs. . . 3

43

CORRESPONDANCE.

La Société reçoit le dernier tome des *Mémoires de la Société des Curieux de la Nature;*

La collection des thèses soutenues à la Faculté de Strasbourg pendant l'année 1854, adressée par M. le professeur Sédillot.

M. le professeur Heyfelder fait hommage à la Société de son dernier mémoire sur les résections. (M. Broca est chargé d'en rendre compte.)

M. le secrétaire général est chargé d'accuser réception de ces divers ouvrages, et en même de faire part des remercîments de la Société.

LECTURE.

M. Cazeaux lit un travail intitulé *De l'état du col de la matrice dans la seconde moitié de la grossesse.*

Ce mémoire est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Danyau, Lenoir, Laborie.

RAPPORT.

M. Desormeaux lit un rapport sur quelques travaux adressés à la Société par M. le docteur Saurel et en particulier sur un *Mémoire relatif aux luxations des cartilages costaux.*

Les conclusions du rapport sont :

1° De renvoyer le mémoire de M. Saurel au comité de publication;

2° D'adresser des remercîments à l'auteur;

3° De l'admettre au nombre des membres correspondants de la Société.

Le vote sur ces conclusions est renvoyé à une séance prochaine.

— La Société procède à la nomination d'une commission chargée de présenter une liste de candidats pour une place de membre titulaire vacante.

MM. Lenoir, Danyau, Boinet, ayant réuni la majorité des suffrages, sont nommés membres de la commission.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. J. Cloquet communique, comme un fait de plus à joindre à ceux qu'il a publiés, une observation sur un entérolithe ou calcul de carbonate de magnésie.

Une femme de quarante-cinq ans, d'une bonne constitution, d'un tempérament nerveux, éprouva une vive émotion en voyant les tortures qu'on faisait subir à un chien. Elle fut prise d'accidents graves, auxquels succéda un embarras gastrique compliqué d'une constipation opiniâtre.

Par erreur, la malade prit 45 grammes de carbonate de magnésie au lieu d'une solution de la même dose de sulfate de magnésie. Elle fut d'abord purgée avec coliques; celles-ci devinrent de plus en plus vives; la malade rendit des grumeaux de magnésie, et enfin une concrétion du volume et de la forme d'un gros œuf de pigeon tomba dans le rectum et fut expulsée qu'avec peine.

Ce calcul, ovoïde, d'une couleur blanc jaune, lisse à sa surface, est d'une couleur jaune citrin. Par la dessiccation, il est devenu très léger et friable.

Analysé par M. Boudant, il s'est trouvé composé uniquement de carbonate de magnésie, de mucus et de bile.

— M. Fano soumet à l'examen de la Société une pièce d'ankylose par fusion des os du genou droit avec luxation incomplète en arrière et en dehors du tibia sur le fémur.

Cette pièce a été recueillie sur une femme d'environ soixante-cinq ans. Avant toute dissection, on constatait les particularités suivantes :

Plusieurs cicatrices existent sur la face antérieure du genou. La jambe est légèrement fléchie sur la cuisse, et tout le membre inférieur est porté dans la rotation en dehors; il est plus court que le membre inférieur gauche d'environ 8 centimètres.

Au-dessous de la rotule existe une forte dépression; le condyle interne du fémur constitue une saillie très prononcée; le condyle externe du tibia proémine fortement en dehors : d'où résulte un agrandissement manifeste dans le diamètre transversal de l'articulation. Il est impossible d'imprimer le moindre mouvement de flexion ou d'extension à la jambe.

La dissection des parties molles qui entourent l'articulation montre que le muscle triceps crural est notablement atrophié; les fibres en sont pâles, décolorées, mélangées d'une grande quantité de graisse. Autour de l'extrémité inférieure du fémur, le tissu cellulaire est très épaissi et intimement adhérent à la couche osseuse subjacente.

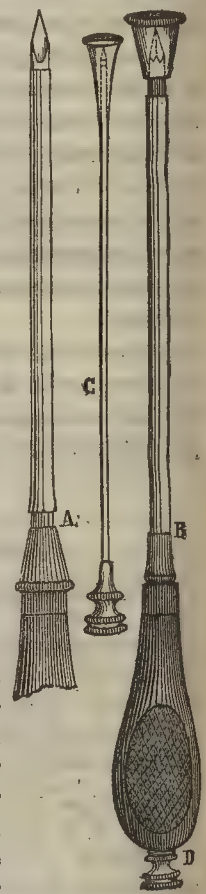
La rotule est soudée par sa face postérieure avec la moitié externe de la trochlée fémorale. En raison du déplacement que le tibia a subi en arrière, le ligament rotulien, fortement tendu, est dirigé obliquement en bas, en dehors et en arrière. Dans tout l'espace qui sépare la face postérieure de ce ligament des os, il existe une grande quantité de graisse.

Le condyle externe du tibia est porté en arrière et en dehors du condyle externe du fémur. Dans le premier sens, c'est-à-dire en arrière, la saillie est d'environ trois centimètres et demi; en dehors, elle est de deux centimètres. Le condyle interne du tibia est porté en dehors du condyle interne du fémur.

En résumé, il semble que l'extrémité supérieure du tibia ait décrit un mouvement de rotation d'avant en arrière et de dedans en dehors, de telle façon qu'il existe une luxation incomplète du tibia sur le fémur, en arrière et en dehors à la fois.

A l'extérieur, c'est-à-dire avant que toute espèce de coupe ait été pratiquée sur les os, on peut facilement limiter les anciennes surfaces articulaires du fémur et du tibia, bien qu'il n'existe entre elles aucune séparation. Le cartilage d'incrustation de ces surfaces a complétement disparu.

Une coupe verticale antéro-postérieure et médiane du genou montre une continuité parfaite entre les surfaces articulaires du fémur et du tibia. Une autre coupe verticale antéro-postérieure, pratiquée en dedans de la précédente, permet de reconnaître qu'il n'existe aucune ligne de démarcation tranchée entre le condyle fémoral et le condyle tibial; la double lame compacte qui séparait les deux os a complétement disparu, et à la place existe un tissu spongieux plus ou moins serré. Ajoutons, comme dernier trait à cette description, que le tissu spongieux de l'extrémité supérieure du tibia est notablement raréfié.



— M. Chassaignac présente une tumeur fibreuse qu'il a enlevée de la région cervicale et de l'épaule. Cette tumeur provenait d'une femme de vingt-deux ans; elle avait un prolongement vers le cou et un autre qui prenait naissance dans le périoste de l'acromion. L'artère sous-clavière lui était adossée. M. Chassaignac tailla un lambeau sur les téguments de la partie postérieure de la tumeur, qu'il essaya de décoller des parties voisines. Restait le pédicule acromial, qu'il a fallu arracher du périoste de l'acromion. Cette tumeur est de nature fibreuse.

— M. Charrière fils présente à la Société un trocart dont il a réduit le volume en remplaçant la grande gouttière bien connue, et qui nécessitait un gros manche, par un entonnoir semblable à celui des sondes vésicales. Pour protéger la pointe en acier du trocart, on la place dans l'entonnoir, où elle se trouve libre et sans aucun contact; elle ne peut dépasser l'entonnoir de la canule, et l'on place ainsi l'instrument dans les trousses. Les figures A, B, C représentent le trocart sous ces nouvelles formes.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société, E. Follin.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Un douloureux événement vient de frapper M. le professeur Velpeau. Sa fille aînée a succombé samedi dernier, à l'âge de 22 ans, à une longue et douloureuse maladie.

—La *Gazette médicale de Lyon* annonce que le corps médical de cette ville vient de perdre encore deux de ses membres, MM. Guyenot et Alexandre, à peine âgés de cinquante-deux ans. M. Guyenot était un praticien très répandu, que les exigences de sa profession avaient éloigné du mouvement scientifique. M. Alexandre, d'abord interne très distingué des hôpitaux, avait concouru non sans éclat pour le majorat de l'Antiquaille et pour la place de médecin de l'Hôtel-Dieu. C'est en franchissant le mont Saint-Gothard, dans une excursion scientifique (M. Alexandre s'était presque exclusivement voué à l'étude des sciences naturelles), qu'il avait contracté les germes d'une affection pulmonaire à laquelle il a succombé.

— On annonce que quelques cas de choléra se sont déclarés dans la province de Malaga (Espagne).

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie de médecine. — HÔPITAL MILITAIRE DU ROULE (M. Abeille). Observations de kératite granuleuse traitée par les instillations de teinture d'iode. — Des différents procédés opératoires imaginés ou perfectionnés dans le but de guérir les fistules vésico-vaginales et recto-vaginales, etc. — ACADÉMIE DE MÉDECINE, séance du 20 mars. Suite de la discussion sur la variole. — Honoraires médicaux. Privilége du médecin sur le domaine public. — Chronique et nouvelles. — FEUILLETON. L'exercice de l'art n'est pas toujours couleur de rose.

PARIS, LE 21 MARS 1855.

Séance de l'Académie de Médecine.

M. Bouillaud, ainsi qu'il s'y était engagé, a terminé dans cette séance la deuxième partie de son discours. Le point principal de la discussion a disparu sous l'ampleur que le disert professeur a donnée à son oraison. Ce n'était plus de la doctrine des éléments morbides ou organopathiques, ni de nomenclature, ni de nosologie qu'il s'agissait ; questions assez vastes cependant et assez fécondes pour que l'on pût s'y ébattre à l'aise. M. Bouillaud a trouvé sans doute ce champ trop étroit ; et pour la seconde fois il a saisi l'occasion d'élever le débat à la hauteur des questions les plus générales et les plus ardues de la philosophie médicale. C'est de la grande et antique doctrine du vitalisme qu'il a entretenu l'Académie une heure et demie durant.

Nous nous rendons difficilement compte du motif qui a pu ainsi, à quelques mois d'intervalle, la première fois à l'occasion de la discussion sur le cancer et le microscope, aujourd'hui à propos de la variole et de la doctrine des états organopathologiques, porter M. Bouillaud à soulever la question du vitalisme.

Quoi qu'il en soit de ce motif qu'il ne nous appartient pas de chercher à pénétrer et qui d'ailleurs ne saurait se trouver en dehors de raisons purement scientifiques, le but évident qu'a paru se proposer M. Bouillaud a été de faire une sorte de manifeste de paix, d'appeler une fusion entre tous les systèmes. Pour arriver à ce but, il n'a trouvé rien de mieux que de s'attacher à démontrer que les dissidences que l'on a crues exister jusqu'ici entre les écoles rivales ne sont point réelles, et qu'au fond toutes ces doctrines, procédant d'un même principe, conduisent aux mêmes conséquences. A coup sûr le motif est louable, et il n'y aurait rien de plus désirable dans l'intérêt de la science qu'il en fût réellement ainsi. Mais le tableau que M. Bouillaud a esquissé des principales doctrines est-il bien conforme à l'exacte vérité ? Est-il vrai que toutes les écoles, de quelque nom qu'elles s'appellent et quelque bannière qu'elles arborent, ne fassent plus aujourd'hui qu'une seule et même école, reconnaissant les mêmes principes, en déduisant les mêmes conséquences et les mêmes applications à la médecine pratique ? Est-il vrai qu'il n'y ait entre Barthez et Bichat aucune différence fondamentale et que les propriétés vitales du grand anatomiste ne soient autre chose que les attributs de la force vitale unitaire de l'école de Barthez ?

M. Bouillaud a évidemment pris son vœu pour la réalité, et dans son désir de conciliation il a confondu les choses les plus distinctes et même les plus disparates. Oui sans doute, Barthez et Bichat ont eu une même pensée et un but commun, celui de réagir contre les hypothèses physiques et mécaniques qui tendaient à prévaloir de leur temps, et de restituer à la médecine son véritable esprit et son véritable rang dans l'ordre des sciences, en cherchant à remonter de l'observation des phénomènes par lesquels se manifeste la vie aux lois fondamentales qui la régissent. Ils se sont inspirés l'un et l'autre dans cette recherche de la philosophie newtonienne à laquelle ils ont emprunté et ses exemples et ses principes.

Mais là se borne l'analogie entre ces deux grands physiologistes. Partis du même point, ils vont ensuite en divergeant, si bien qu'ils deviennent l'un et l'autre les chefs de deux écoles qui, quoi qu'on fasse pour les rapprocher, n'en resteront pas moins historiquement deux écoles foncièrement différentes et même antagonistes. Il nous serait impossible en ce moment de développer cette proposition et de reprendre le parallèle tracé à grands traits par M. Bouillaud. Le sujet est assez important pour y revenir. Nous ne voulons, pour l'instant, que constater le peu de justesse de l'assimilation faite par l'orateur.

Mais ce n'était pas la seule surprise que nous ménageait M. Bouillaud. Lorsque dans la discussion sur le cancer nous l'avons entendu classer successivement au nombre des vitalistes tous les hommes que l'école de Paris compte avec un juste orgueil parmi ses chefs et ses maîtres les plus estimés, depuis Morgagni jusqu'à Broussais, nous n'avions pu nous empêcher d'être frappé du sens *latitudinaire* (comme auraient dit les anciens casuistes) que l'orateur donnait au mot de *vitalisme*. Plus d'un d'entre eux, à coup sûr, n'eussent pas été peu surpris de se trouver ainsi vitalistes sans le savoir.

Nous n'avons pas été moins frappé aujourd'hui, quelque prévenu que nous fussions par la première partie de son argumentation, de l'esprit de tolérance et de large concession dont M. Bouillaud a fait preuve dans cette deuxième partie de son discours. Depuis le début où, par de longues citations empruntées au traité *De priscâ medicinâ*, il a cherché à prouver que les vérités fondamentales de la philosophie médicale universellement admises aujourd'hui ont leur source non-seulement dans Hippocrate, mais dans les prédécesseurs mêmes du père de la médecine, jusqu'à la fin, où il a déclaré n'être en désaccord formel qu'avec l'école des ultravitalistes qui, reniant l'anatomie et la physiologie, assoient les bases de la médecine sur le mysticisme, et dont le chef ne s'appelle ni Hippocrate, ni Galien, ni Stahl, ni Barthez, ni saint Thomas d'Aquin, et n'est ni un physiologiste, ni un anatomiste, ni un métaphysicien, ni un médecin, ni un penseur, mais un songe-creux, un fou, en un mot... Hannemann ; — depuis le commencement de son discours jusqu'à la fin, disons-nous, nous avons cherché vainement quelque chose qui pût nous rappeler en M. Bouillaud l'ardent séide du grand réformateur de la médecine et le zélé promoteur des progrès de la médecine positive. Il nous semblait entendre comme un écho lointain du cours de physiologie de Montpellier, ou lire quelques pages échappées du livre sur la *Perpétuité de la médecine*.

A coup sûr personne ne serait plus désireux que nous de voir s'opérer ce rapprochement, cette fusion des écoles et des systèmes, qui sont manifestement aujourd'hui dans le vœu de tout le monde et qui constituent peut-être le caractère le plus remarquable des tendances philosophiques de notre époque, ainsi que le témoigne cette discussion elle-même. Mais cette fusion tant désirée et à laquelle, soit sciemment, soit insciemment, presque tous les médecins coopèrent, ne peut être réelle et efficace qu'à la condition de comprendre tous les faits anthropiques, les faits anatomiques ou physiques, comme les faits dynamiques, dans une large systématisation également éloignée de tout esprit d'exclusivisme contre lequel M. Bouillaud s'est élevé avec raison. Qui réalisera cette grande synthèse ?..... C'est là le fait de l'avenir ; mais il ne faudrait pas que le désir de hâter cette fusion fît ainsi confondre ce que l'histoire a toujours distingué.

Il ne nous est pas possible, malgré le désir que nous en avions, de reproduire le discours de M. Bouillaud. Tant d'idées y ont été soulevées, tant de citations y ont été faites, depuis Hippocrate jusqu'aux rédacteurs de la *Revue médicale*, depuis saint Thomas d'Aquin jusqu'au vicaire savoyard, depuis Virgile jusqu'à Lefranc de Pompignan, qu'il nous eût été impossible de les coordonner d'après un ordre et un lien que l'improvisation ne permet pas toujours de bien saisir. Nous espérons pouvoir réparer cette lacune, ne fût-ce que pour mettre les lecteurs à même de juger si nos observations critiques sont fondées. — Dr Brochin.

HOPITAL MILITAIRE DU ROULE. — M. ABEILLE.

Observations de kératite granuleuse traitée par des instillations de teinture d'iode.

Un militaire âgé de vingt-sept ans, Martin, entre à l'hôpital du Roule le 13 mai 1853.

Ce militaire, qui appartient au 13e léger, présente une constitution détériorée et les attributs du tempérament lymphatique. Il a déjà fait deux entrées à l'hôpital. Il a déjà été admis dans notre service, il y a trois mois, pour un hydrothorax. Pendant un mois de traitement, cet hydrothorax s'est amélioré ; les signes directs et les phénomènes généraux indiquent une décroissance considérable lors de la sortie du malade.

L'EXERCICE DE L'ART N'EST PAS TOUJOURS COULEUR DE ROSE.

Tempora si fuerint nubila, solus eris.

Voyez ces poussins sous l'aile de leur mère, ils y trouvent la chaleur, l'abri, la protection, et peut-être encore une substance analogue au lait des mammifères ; ils ne sortent de cette retraite que pour becqueter et *s'ébaudir* en folâtrant ; pour eux, point de souci.

Ainsi sont les élèves qui suivent ces professeurs toujours prêts à les instruire et à les protéger ; nul embarras ne les occupe ; ils n'ont que la peine d'écouter et de faire collection des observations bienveillantes de leurs maîtres.

Mais, hélas ! il n'en sera pas toujours de même, et bientôt les aridités de la pratique remplaceront ces soins paternels.

Il arrivera souvent à ces chers disciples devenus médecins de se trouver au loin, à l'écart, sans autre secours que leurs seuls moyens personnels en face des accidents les plus imprévus et les plus formidables.

Ils n'auront plus leurs guides, et les artistes connus sous le simple nom de couteliers, ces hommes si ingénieux à fabriquer des moyens habiles en suivant nos inspirations et en les modifiant souvent d'une manière heureuse, leur feront aussi défaut.

L'isolement, la nuit, l'absence d'instruments, de médicaments, souvent le peu d'aisance ou la misère du client, le défaut d'intelligence des assistants, leurs préjugés ou leurs jugements, tel est le triste entourage qui les attend.

Si le malade succombe, ils l'auront tué ; s'il guérit, c'est que son heure n'était pas venue.

Il n'y a dans ces moments où l'homme de l'art se trouve ainsi aux prises avec la nécessité que la *conscience de bien faire qui puisse le soutenir ;* le reste n'est qu'amertume.

Quelquefois réduit au dénûment, j'ai été forcé de passer en revue, d'un œil désespéré, la batterie de cuisine de mon client, pour voir si j'allais y trouver quelque instrument utile à ma délivrance et à la sienne.

Pour prouver que ce n'est pas à moi seul que cela arrive, je vais en citer trois exemples, dont le premier est pris hors de ma propre pratique.

OBS. I. — Un de mes confrères, le docteur Ferrand, homme de savoir et d'expérience, avait passé cinquante heures auprès d'une femme rachitique en travail, et après bien des angoisses il était parvenu à faire la version ; les pieds, le tronc étaient venus, mais les tractions opérées sur ces parties avaient déterminé la décollation ; la tête était restée dans l'utérus.

Dans cette fâcheuse extrémité, notre confrère avait excité les contractions de la matrice ; il avait essayé d'extraire la tête avec le forceps, rien ! La femme épuisée, poussé à bout, désolé lui-même, il jette un dernier regard autour de lui pour chercher du secours ; ses yeux se posent machinalement sur un morceau de fer recourbé que les paysans appellent *décroche-pot*. Il le prend, le regarde ; c'est son affaire ; voilà un instrument obstétrical. Il introduit l'index de la main gauche, fixe la tête, qui cesse un instant de rouler ; de la droite, il dirige le décroche-pot plus haut que la tête du fœtus ; il la tient, il s'assure que cet instrument nouveau a pénétré dans l'un des conduits auditifs ; il tire avec prudence ; elle s'engage ; au bout d'une demi-heure de manœuvres utiles il amène cette tête au dehors.

La femme fut ainsi sauvée ; car, il faut le dire, quelle que soit la gravité des opérations chirurgicales à la campagne, ces malades isolés guérissent presque toujours.

OBS. II. — Il y a dix ans, un cultivateur âgé de quarante-sept ans, père de sept enfants, portait à la lèvre inférieure une tumeur en récidive de la grosseur d'une noix muscade, surmontée d'une ulcération grande comme une fève de marais. Je ne puis dire au juste si vue au microscope elle présentait la vraie cellule cancéreuse ; ce qu'il y a de certain, c'est que je ne m'amusai pas à y regarder, attendu qu'elle faisait de rapides progrès.

Je résolus de l'enlever, et le lendemain je me rendis chez le malade avec un officier de santé qui devait me servir d'aide.

La première opération avait rétréci l'ouverture de la bouche, et comme je devais à tout prix enlever le mal sans ménager les parties voisines, je fis une incision en V partant du milieu de la lèvre inférieure, descendant jusqu'aux apophyses génies, puis je fendis la bouche dans l'étendue d'environ 3 centimètres, et j'abattis une seconde incision verticale sur le bout inférieur de la première. J'eus alors une grande plaie, dont je rapprochai les lèvres avec des points de suture entortillée ; je plaçai une fronde et des compresses graduées sur les joues pour les aplatir au profit des bords de cette solution de continuité.

Tout étant bien, je ne levai mon appareil que le troisième jour. Mais j'eus la douleur de voir que tous les points de suture étaient lâchés, que les aiguilles avaient traversé les tissus.

Je recommençai ma suture jusqu'à cinq fois. J'avais affaire à un homme rempli de raison et de courage. Je vis à la fin que les bords de cette plaie, ramollis par l'inflammation, criblés de piqûres, ne pourraient jamais fermer l'hiatus jusqu'à la parfaite cicatrisation.

C'était une chose horrible à voir que cet énorme orifice se confondant avec la bouche déformée, laissant couler la salive, dont la perte, jointe aux douleurs, commençaient à épuiser mon malade.

J'étais désolé ; nuit et jour mon esprit inquiet se torturait pour trouver un moyen de guérir ce pauvre homme qui avait mis toute sa confiance en moi, et, chose extraordinaire, me la conservait malgré nos malheurs. A force de chercher, j'imaginai un ressort passant derrière le cou, qui porterait deux pelotes appuyant sur les joues, en les

Aujourd'hui 13 mai, Martin rentre à l'hôpital pour la gêne qu'il éprouve dans la respiration, et une toux fatigante sans expectoration. Cet homme est amaigri ; il éprouve de temps en temps de la diarrhée et des sueurs nocturnes qui alternent. Le malade étant assis, le côté droit du thorax présente une matité des deux tiers inférieurs en arrière, et d'environ la moitié inférieure en avant. Il y a égophonie distincte au niveau de l'angle interne de l'omoplate, absence de bruit respiratoire dans toute la partie mate ; dans le creux axillaire correspondant et au-dessous, on entend un souffle tubaire type.

Dans le côté gauche, la percussion donne une résonnance normale, excepté dans la fosse sus-épineuse, où il y a une matité bien douteuse. Sur ce point mat, l'oreille entend une respiration soufflée, masquée un peu à l'inspiration par de gros râles bronchiques demi-humides, qui représentent le bruit de craquement. Au sommet postérieur droit, dans la même situation, la respiration est rude, mais sans souffle précis. Bref, le malade nous paraît atteint de tubercules pulmonaires (premier et second degré) et d'hydrothorax symptomatique à droite.

Au bout de huit jours de nouveau traitement, le malade est pris subitement de conjonctivite double que nous cherchons à combattre par les pédiluves sinapisés, les collyres résolutifs d'abord. L'inflammation gagne bientôt la cornée, et il survient de la photophobie. Ce n'est qu'avec réserve que nous employons les saignées, la constitution détériorée du malade nous empêchant de dépasser ces limites. Deux applications de huit sangsues sont faites ; la kératite ne s'arrête point.

Nous employons alors l'occlusion des deux yeux, comme repos complet des deux organes et préservatif des agents irritants, tels que l'air et la lumière (c'était alors le 7 juin). Un vésicatoire est appliqué derrière chaque oreille, puis sur chaque tempe.

Le 14 juin, les yeux sont découverts, la conjonctive palpébrale est moins hypérémiée ; il n'en est pas de même de la conjonctive oculaire, qui est hypertrophiée et très rouge sur chaque œil. Le malade ne peut supporter le contact de la lumière, et nous constatons pour la première fois des granulations multiples, dont quelques-unes d'un jaune blanchâtre sur la cornée. Ces dernières ressemblent à de petits dépôts de lymphe plastique.

Le malade est soumis aux irrigations froides continues sur les yeux pendant huit jours. Le nouveau traitement a soulagé. La conjonctivite a diminué d'intensité ; la kératite granuleuse n'a pas été modifiée ; la vue est très affaiblie ; la lumière est toujours insupportable, et la photophobie qui continue nous fait craindre une participation morbide de la part de l'iris.

Le 23 juin, nous mettions à contribution un collyre au nitrate d'argent au 30e degré, dont on instille tous les deux jours quelques gouttes entre les paupières ; les yeux ensuite sont recouverts de compresses imbibées de cette même solution.

Aucun résultat satisfaisant n'étant obtenu, nous nous servons d'une solution plus concentrée, au 20e. Le traitement est continué jusqu'au 3 juillet. Des pédiluves sinapisés quotidiens servent d'adjuvants, et trois doses de calomel à 0,40 centigrammes, à trois ou quatre jours d'intervalle, complètent la médication.

Ces nouveaux moyens semblent aggraver la kératite. La cornée de l'œil droit est plus malade que celle de l'œil gauche. Au niveau de l'ouverture pupillaire est une plaque blanchâtre, lenticulaire, un peu proéminente ; beaucoup de petites granulations rouges et jaunâtres sont éparpillées à la circonférence, ce qui donne à la cornée un aspect grenu. La vue est presque abolie sur cet œil ; l'œil gauche est beaucoup moins endommagé, il ne présente aucune plaque, et les granulations y sont bien moins nombreuses.

Nous nous décidons à toucher la cornée et la conjonctive avec un pinceau trempé dans de la teinture d'iode pure. A cet effet, nous faisons écarter les paupières par des aides, et nous exerçons un badigeonnage avec le pinceau imbibé de teinture d'iode sur chaque œil alternativement.

Le malade éprouve instantanément d'atroces douleurs qui le font gémir. Au bout de dix minutes, ces douleurs n'étant pas calmées, nous prescrivons des irrigations froides. Ce n'est guère qu'après deux heures de leur usage que les douleurs disparaissent. Les yeux sont alors hermétiquement fermés au moyen de bandelettes de diachylon.

Trois jours après, le 9 juillet, le malade se trouve bien ; la photophobie a disparu, et les yeux, mis à découvert, offrent un changement inattendu. On ne remarque presque plus de rougeur sur la conjonctive ; la lumière peut être fixée impunément ; on ne distingue plus aucune granulation jaunâtre ; il ne reste plus que quelques rares granulations rouges sur la cornée, et à la place de la tache lenticulaire sur la cornée du côté droit nous voyons une ulcération superficielle qui n'a guère que l'aspect d'une érosion de la lame externe.

Nous touchons pour la deuxième fois avec la teinture d'iode étendue d'eau à parties égales.

Cette fois les douleurs sont un peu moins vives, mais elles arrachent encore des cris au malade. Au bout de dix minutes, irrigations froides qui calment complétement en une heure. Occlusion des yeux pendant trois jours.

Le 13 juillet, à la levée de l'appareil, nous constatons la parfaite intégrité de l'œil gauche, qui affronte la lumière sans aucune souffrance. Il n'y a plus ni rougeur, ni granulations sur aucun point.

L'œil droit s'ouvre aussi librement à la lumière ; la cornée de ce côté a toute sa transparence, ne présente plus de traces de granulations ; mais le malade dit qu'il voit comme un petit nuage devant lui quand on ne le fait regarder qu'avec cet œil. L'érosion de la cornée qui existe encore est probablement la cause de ce phénomène.

Pour tout traitement, le malade porte une compresse appendue à son bonnet, et destinée à garantir l'œil de l'impression directe de la lumière. Nous le gardons encore un mois dans notre service. Il n'a porté la compresse que deux jours, et la guérison s'est maintenue. A sa sortie, le 16 août, nous ne pouvons que constater une cicatrice légère et miroitante, occupant la place de l'ulcération de la cornée, mais sans opacité ; et, du reste, la vue de cet œil n'en est que très faiblement troublée.

— Un voltigeur du 38e de ligne, le nommé Guillard, âgé de vingt-sept ans, d'une bonne constitution, est entré à l'hôpital pour une dyssenterie contractée il y a huit jours au camp de Satory.

Ce militaire est guéri de sa dyssenterie en onze jours par les purgatifs salins (sulfate de soude) et l'opium. Le 16 août 1853, Guillard était sur le point de sortir de l'hôpital, quand, dans la nuit du 16 au 17, il se trouve atteint d'ophthalmie droite qu'il rapporte à un refroidissement, à un coup d'air.

Les pédiluves sinapisés, les collyres résolutifs employés pendant quatre jours, loin de modifier l'ophthalmie, la laissent empirer. Une rougeur très vive de la conjonctive oculaire avec épaississement de cette membrane, l'impossibilité de supporter la lumière, du larmoiement, un retentissement douloureux dans tout le globe de l'œil, tels sont les phénomènes morbides qu'il présente le 21 août.

Deux saignées du bras, trois applications de six à huit sangsues, des applications froides et continues modifient avantageusement la douleur ; mais l'œil reste rouge, la conjonctive est boursouflée, la cornée est le siége de petits points grenus, rougeâtres ; la vision est affaiblie, et il y a impossibilité de fixer la lumière.

Pendant huit jours, irrigations froides continues, qui soulagent sans dissiper l'inflammation.

Le 30 août, scarifications multiples de la conjonctive, puis occlusion de l'œil avec des bandelettes de diachylon, vésicatoire derrière l'oreille, calomel à doses fractionnées.

Le 9 septembre, granulations plus nombreuses et plus prononcées sur la cornée : quelques-unes ont un aspect grisâtre ; la conjonctive elle-même en présente un bon nombre, surtout sur le rebord interne des paupières. — Collyre au nitrate d'argent d'abord au 30e, puis au 20e jusqu'au 20 septembre.

A cette dernière époque, il n'y a pas de changements avantageux et le malade est impatient.

Ce militaire, de nouveau interrogé par nous, déclare n'avoir jamais eu de maladie vénérienne ; il ne porte du reste aucune cicatrice de chancre ni de bubon.

Nous rappelant le beau succès que nous avions obtenu par la teinture d'iode, nous nous décidons à toucher l'œil malade avec la même teinture.

Un pinceau de charpie imbibée de teinture d'iode est promené sur toute la surface de l'œil : il survient aussitôt des douleurs atroces. Au bout de dix minutes, nous prescrivons des lotions d'eau fraîche, et avec ce moyen les douleurs se calment en une heure et demie.

L'œil est alors fermé avec des bandelettes de diachylon et tenu en repos complet pendant huit jours.

Le 29, nous le découvrons pour la première fois, et tous les assistants peuvent constater une cure complète. La conjonctive a repris sa couleur normale, excepté vers l'angle interne, où existe encore un peu de rougeur ; on ne distingue plus aucun point granuleux tant sur cette membrane que sur la cornée ; le malade peut hardiment fixer la lumière sans éprouver de sensations douloureuses ; la vision est complétement rétablie.

Nous gardons Guillard à l'hôpital jusqu'au 15 octobre pour nous assurer qu'il n'y a pas récidive. Cette guérison s'est solidement maintenue. (*Archiv. d'ophthalm.*)

DES DIFFÉRENTS PROCÉDÉS OPÉRATOIRES

imaginés ou perfectionnés dans le but de guérir les fistules vésico-vaginales et recto-vaginales, et de rendre plus faciles toutes les opérations qu'on pratique dans le vagin (1).

Par M. le docteur Reybard (de Lyon).

Les difficultés des opérations de fistules vésico-vaginales ont été reconnues par tous les praticiens ; elles m'ont aussi préoccupé.

M. Jobert a eu l'idée, pour aplanir ces difficultés, d'entraîner la matrice, et avec elle le vagin, en dehors de la vulve. Evidemment ce praticien n'a eu recours à cette manœuvre que parce que les moyens de dilatation qu'il possédait pour élargir la vulve et le vagin, tels que les leviers coudés, les spéculums univalves, les sondes de femme, les pinces à dents de rat, etc., lui avaient paru insuffisants pour porter la lumière dans les endroits sur lesquels les instruments devaient être dirigés. Nous ne doutons pas que, s'il eût eu en sa possession un de nos dilatateurs vulvaires, il n'en eût fait usage et renoncé à son procédé de déplacement de l'utérus. Nous pensons être fondé dans cette croyance sur ce que nous avons lu, dans un passage de son *Traité des fistules vésico-utéro-vaginales*, qu'il recommande d'opérer de préférence sur place, parce que l'utérus et le vagin ne sont pas susceptibles de s'*abaisser* et de se *déplacer*.

Convaincu que ces opérations doivent être pratiquées sur place,

(1) Extrait d'un mémoire lu à l'Académie de médecine.

---

poussant fortement en avant. Je fis exécuter mon idée sous mes yeux par le maréchal de l'endroit. Alors je rapprochai aisément les lèvres de ma plaie, que je maintins en contact avec des bandelettes agglutinatives. Je recommandai l'immobilité la plus complète, et à partir du lendemain j'eus la satisfaction de constater le bon effet de mon appareil. Le malade guérit parfaitement. Je dois ajouter que jusqu'à ce jour rien n'a reparu.

Obs. III. — Un paysan de soixante ans avait tué dans son jardin un gros pigeon de volière, qui sans doute ne lui appartenait pas. Le mets était délicat, et notre homme se hâta de le mettre au pot. L'événement que je vais raconter prouve qu'il fut au moins aussi pressé de le manger.

Ce glouton, en avalant ensemble la chair et les os, se trouva empêché de continuer son régal par la sensation d'un corps étranger arrêté dans l'œsophage. Il fit des efforts de déglutition inutiles ; il essaya d'avaler quelque autre chose pour précipiter ce qui était resté dans son gosier..... Impossible.

Au bout de cinq jours l'inflammation de l'œsophage était telle, et comprimait si bien la trachée-artère, qu'elle menaçait d'asphyxier. Son médecin me manda, et je fis fabriquer par un horloger un instrument semblable à celui que j'avais vu employer par M. le professeur J. Cloquet en pareil cas ; c'est une forte baleine de 0,35 de longueur, qui porte à son extrémité une armature en fer de la forme d'un V, mobile sur la tige et inclinée du côté où se trouve le corps étranger.

Je dirai en passant qu'il est du devoir du médecin honnête appelé en consultation de ménager l'amour-propre et la réputation de celui qui le fait venir, par ce fait seul qu'il demande du secours. Il avoue à son client : 1° qu'il est dans l'embarras ; 2° qu'il a plus de confiance dans les lumières du médecin consultant que dans les siennes propres.

En pareil cas donc, autant que possible, je fais les honneurs de l'opération à mon confrère. Il fit mettre le malade à genoux entre ses jambes, regardant le jour, et il introduisit l'instrument de baleine dans le pharynx, puis dans l'œsophage ; il ne trouva aucun obstacle pour entrer. Mais quand il fallut sortir, il n'en fut pas de même ; le fer rencontra l'os, et notre confrère se mit à tirer sur la baleine sans pouvoir l'arracher.

Cependant le patient était tout bleu ; il se défendait, il s'agitait, il se mordait. A ce moment suprême je me substituai à l'opérateur, qui commençait à se troubler ; je saisis l'homme comme il le tenait lui-même, je pris la baleine à deux mains et tirai de toutes mes forces comme on débouche une bouteille difficile.

Quelque chose céda, se déchira même, et j'eus l'instrument. Le paysan saigna un peu, se remit de *son émotion*, et ce fut alors que je lui déclarai que l'os dérangé était encore dans son gosier.

Essayer de l'extraire avec le même instrument, il n'y fallait pas songer ; j'imaginai de prendre un autre chemin.

J'avisai un fusil de chasse, celui-là même avec lequel ce drôle avait commis son larcin ; il était accroché à la cheminée. Je pris sa baguette de baleine, je fis à sa petite extrémité un tampon de la grosseur d'une noix avec du chanvre ; puis, après l'avoir bien graissé, je l'introduisis méthodiquement jusque dans l'estomac et le retirai aussitôt.

A partir de ce moment le malade n'éprouva plus aucune sensation pénible, et le lendemain on trouva dans ses matières fécales un fémur de pigeon qui avait été fracturé en sifflet à l'un de ses bouts, et que ce gourmand avait avalé tout entier.

— La première observation, celle de l'accouchement d'une femme contrefaite, je l'ai prise à dessein, parce que, malgré la rareté relative des accouchements contre nature dans la pratique des campagnes, l'obstétrique y fournit des circonstances très pressantes.

Les règles précises et les préceptes judicieux des livres depuis Smellie, Levret et Baudelocque jusqu'à ce jour prouvent que dans le cours de l'accouchement le plus naturel il peut surgir à tout moment des accidents capables de causer la mort de la mère ou de l'enfant, ou même celle de tous les deux, soit pendant la naissance, soit lors de la délivrance ou après elle. Par conséquent il faut être continuellement sur ses gardes dans l'exercice de l'art des accouchements, et savoir laisser agir la nature avec sécurité lorsqu'elle peut se suffire, ou la ramener à cette marche par tous les moyens lorsqu'elle tend à s'en éloigner.

La seconde observation est celle d'un père de famille portant une tumeur en récidive, cas fort grave et peu encourageant. Si j'ai fait allusion à la nature de la tumeur vue au microscope, ce n'est pas pour critiquer les hommes qui s'occupent des recherches de ce genre ; toute science a son utilité pour éclairer notre art. Il faut tout accueillir, car, j'en demande bien pardon aux savants, on ferait un beau livre de ce qu'ils ignorent.

Quant à la troisième, elle fait voir combien il faut déployer d'énergie dans certains cas.

Quelle que soit l'imminence ou la soudaineté du péril, l'homme de l'art doit rester impassible et son oreille être sourde aux lamentations du vulgaire qui l'entoure.

Au milieu des clameurs et du désespoir, qu'il songe *froidement* aux moyens les plus convenables d'être utile, que la sérénité de son âme ne fléchisse jamais ; semblable au commandant d'un navire en péril, son devoir est de rester le dernier à son poste.

Il faut marcher droit et ferme, et se souvenir, comme a dit le divin vieillard, « que la médecine est de tous les arts le plus relevé, et que » seules l'inexpérience et l'ignorance, mères de la timidité et de la » témérité, ne connaissent ni la tranquillité de l'âme, ni la gaieté du » cœur. »

Dr Amédée Joux.

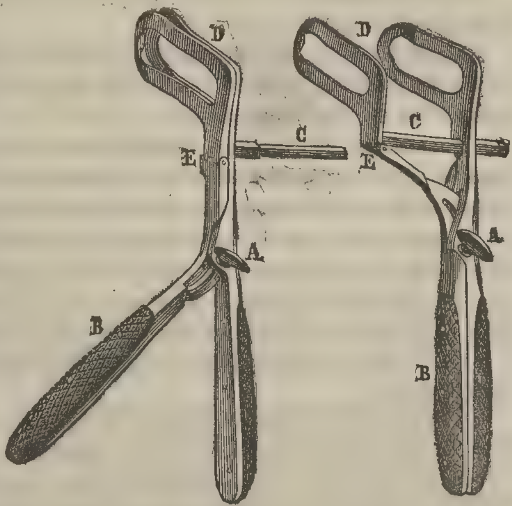
---

nous avons cru à la nécessité de recourir à divers procédés opératoires pour en faciliter l'exécution.

Nouveau moyen de dilatation de la vulve et du vagin. — Ce n'est pas avec nos spéculums que nous opérons la dilatation de la vulve et du vagin, c'est par un procédé plus simple; c'est avec les doigts et la main recouverts d'une vessie fraîche de veau ou de porc, ou avec l'une de ces vessies sèches, mais ramollie dans de l'eau tiède. La main ainsi gantée, on commence à introduire dans la vulve d'abord deux, puis trois, puis quatre, puis les cinq doigts, en les rapprochant successivement et en les disposant en cône; enfin, on y introduit la main jusqu'au poignet lorsque le vagin offre assez de capacité pour la recevoir. On réitère cette dilatation pendant plusieurs jours avant l'opération. A ce moment, nos instruments de dilatation n'ont qu'à soulever les parois de ces organes pour les présenter à l'état de cavité, et donner à celle-ci une capacité presque égale à celle qu'ils présentent au moment de l'accouchement. Et qu'on nous permette cette courte digression. Cette manière de dilater à la fois et la vulve et le vagin, qui n'est pas douloureuse, devrait, ce nous semble, être employée pour faciliter et hâter les accouchements. En usant de cette précaution, ne préviendrait-on pas les déchirures du périnée, qui sont si communes chez les primipares.

Nouveaux dilatateurs de la vulve, ou speculum vagini. — Nous avons imaginé deux instruments avec lesquels on peut dilater la vulve et le vagin; ils peuvent être indifféremment appelés *speculum vagini*, ou *dilatateur de la vulve*, quoiqu'ils n'aient d'autre usage que celui de soulever les parois de ces organes pour les amener à l'état de cavité.

Au premier de nos instruments nous donnons le nom de spéculum-forceps ou fenêtré pour le distinguer du second, que nous appellerons spéculum bivalve élitroïde.



Notre spéculum-forceps se compose de 2 valves à peu près planes, appliquées l'une contre l'autre quand il est fermé et pouvant s'écarter l'une de l'autre en restant toujours parallèles, de telle sorte qu'elles interceptent alors un espace quadrangulaire formé par les deux valves de l'instrument et la partie des parois vaginales qui s'étend entre le bord antéro-supérieur de chaque valve d'une part et leur bord postéro-inférieur d'autre part.

En outre, chaque valve forme un cadre métallique comprenant entre ses quatre côtés une autre partie des parois vaginales. Cette disposition générale de l'instrument permet de voir à la fois d'un seul coup d'œil la plus grande partie du conduit que l'on se propose d'explorer.

Le manche de l'instrument se compose de deux parties, de deux tiges, dont l'une, celle de la valve gauche, se trouve dans le même plan que cette valve, tandis que la seconde forme avec la première un angle d'environ 25 degrés ouvert en bas : en rapprochant ces deux parties de manière à faire disparaître l'angle, on fait écarter les valves.

Cette disposition du manche permet aux deux valves de s'écarter en restant toujours parallèles, tandis que dans les spéculums bivalves ordinaires les deux valves se réunissent simplement en dehors et interceptent un espace triangulaire ouvert en avant : aussi avec cet instrument ne peut-on voir que le fond et la paroi antérieure du vagin.

Telle est la forme de ce nouvel instrument qu'une fois introduit dans le vagin il y est retenu par les branches du pubis et qu'il permet de voir en même temps le fond du vagin et le col de l'utérus, la paroi antérieure, la paroi postérieure et la plus grande partie des parois latérales.

Le parallélisme des deux valves est maintenu par une tige quadrangulaire glissant dans une coulisse de même forme. Une vis de pression permet de fixer les deux valves dans un écartement plus ou moins grand.

Spéculum bivalve de forme élitroïde. — Ce spéculum se compose de deux valves A A en forme de cuiller réunies ensemble par un de leurs côtés. Ces deux valves sont supportées chacune par un manche avec lequel elles forment un coude à angle droit. Une crémaillère disposée sur le manche permet, comme dans les spéculums bivalves ordinaires, de fixer le manche dans un écartement plus ou moins grand.

Une des figures représente l'instrument fermé, l'autre le montre ouvert; la disposition des valves de cet instrument permet de rendre visible une grande étendue de l'une ou de l'autre des parois vaginales.

Nos spéculums sont des instruments simples, faciles à appliquer; il suffit de les voir pour en comprendre le mécanisme et concevoir les avantages qu'on peut retirer de leur application. On peut indifféremment se servir de notre spéculum bivalve ou de notre spéculum-forceps : on peut, en effet, avec l'un ou l'autre de ces instruments dilater la vulve, soulever et tendre les parois du vagin, et donner à ces organes la forme d'une cavité unique dans l'intérieur de laquelle la lumière pénètre et va éclairer les parties que nos instruments doivent atteindre; mais il est des cas où l'un de ces instruments doit être employé de préférence à l'autre. Nous en parlerons en traitant des fistules vaginales qui réclament des procédés opératoires particuliers.

Nouveau procédé pour rapprocher la fistule vésico-vaginale au niveau de la vulve dans le but de faciliter le ravivement de ses bords et les autres temps de l'opération. — Nos expériences cadavériques nous ayant démontré que, quoique la paroi antérieure du vagin fût plus épaisse que sa paroi postérieure, elle était cependant très extensible et susceptible d'un grand déplacement, nous avons eu la pensée d'agir directement sur elle pour ramener l'orifice fistuleux au niveau de la vulve. Pour obtenir ce résultat, nous avons imaginé d'introduire dans la vessie par le canal de l'urètre une sonde en gomme élastique munie d'un mandrin, auquel nous donnons une courbure très prononcée.

Lorsque la sonde est arrivée dans la vessie, nous en dirigeons la pointe du côté de la fistule, nous l'y introduisons, puis nous la faisons passer dans le vagin. Une fois qu'elle a pénétré dans cet organe, nous l'y enfonçons en la faisant glisser sur son mandrin, que nous retenons et retirons de la vessie par le canal de l'urètre. Lorsque la moitié de la bougie a pénétré dans le vagin, nous l'entraînons en dehors en la saisissant avec les doigts ou avec une pince; après cela, nous en rapprochons les deux bouts et nous les lions ensemble pour en faire une anse, avec laquelle nous tirons sur la paroi vaginale pour ramener l'ouverture fistuleuse au niveau de la vulve. Le rapprochement de celle-ci se fait même lorsqu'elle occupe la partie la plus élevée de cette cloison. Evidemment l'utérus est entraîné avec le vagin. Lorsque la fistule est amenée à la vulve, on peut très aisément en faire le ravivement, et placer les points de suture qui doivent en réunir les bords.

Avant nos expériences sur le cadavre et les opérations de fistules vaginales que nous avons pratiquées, nous n'aurions pas cru que l'extensibilité du vagin fût aussi grande, et qu'il fût possible de ramener la fistule au niveau de la vulve.

Aujourd'hui il nous est prouvé qu'on peut obtenir ce résultat, même pendant la dilatation de la vulve et du vagin, avec un de nos spéculums. Cette remarque est de la plus haute importance, parce qu'elle démontre que ce procédé très simple peut remplacer celui de M. Jobert, qui est non-seulement plus compliqué, mais encore qui n'est ni toujours possible, ni peut-être même sans danger.

Considérations sur le ravivement des fistules vaginales; nécessité de les transformer en plaies longitudinales. — En général, les fistules vésico-vaginales, recto-vaginales, etc., ne présentent qu'un pertuis qu'il n'est pas toujours facile d'apercevoir. Sont-elles plus étendues, leur ouverture présente le plus souvent une forme circulaire, ce qui tient sans doute à ce qu'elles sont ordinairement le résultat d'une perte de substance.

La forme circulaire de ces solutions de continuité m'a beaucoup préoccupé, et j'ai remarqué dans mes expériences sur le cadavre qu'elle apportait un obstacle réel au rapprochement de ses bords et à la réunion de ceux-ci.

Tous les chirurgiens savent bien que la forme ronde des plaies rend le rapprochement de leurs bords très difficile; mais ils semblent avoir oublié que telle est l'élasticité de la paroi vésico-vaginale et la facilité avec laquelle on peut mettre en rapport les bords des solutions de continuité de cette partie, qu'elle pouvait s'opposer à leur réunion dans les fistules qui nous occupent. Nulle part en effet il n'est recommandé, en parlant de l'avivement de ces lésions, de leur donner une forme allongée en excisant la muqueuse vaginale à leurs extrémités, il est simplement recommandé de faire l'avivement d'une manière exacte dans toute la circonférence de l'ouverture fistuleuse.

Ce n'est pas seulement parce que les plaies rondes ont leurs bords plus écartés que ceux-ci ont une tendance naturelle à s'éloigner; la difficulté de les mettre en rapport et de les soutenir me paraît aussi tenir à la résistance que les parties saines apportent à leur rapprochement, ainsi qu'on peut s'en assurer en faisant sur le cadavre l'application des diverses sutures aux plaies de la cloison vésico-vaginale. En effet, fait-on une ouverture ronde dans le milieu de cette cloison, et en rapproche-t-on les bords par deux ou trois points de suture, on voit que c'est aux deux extrémités de la plaie que leur rapprochement est plus difficile, que pour les mettre en contact on fait plisser, froncer la paroi vaginale dans ces endroits, et que les bourrelets plus ou moins saillants formés par cette membrane tendent évidemment à éloigner les bords de la division.

D'après cette remarque toute pratique, j'ai eu l'idée de faire l'excision de la membrane muqueuse du vagin aux deux extrémités de la plaie, et il m'a été facile de voir que cette petite opération, en donnant à la plaie une forme allongée, favorisait considérablement le rapprochement de ses bords. Cette excision me paraît d'une utilité incontestable et très propre à remplacer les incisions latérales conseillées et pratiquées par M. Jobert.

Toutefois on ne devra pratiquer cette excision qu'après avoir fait l'application des moyens unissants avec lesquels on a rapproché les bords de la plaie, et alors seulement que les bourrelets formés par la muqueuse vaginale sont très saillants.

Après avoir exposé les moyens qui nous ont paru utiles pour rendre plus faciles les premiers temps de l'opération des fistules vaginales, nous allons nous entretenir des moyens unissants qu'on peut leur opposer.

Jusqu'ici on n'a guère combattu ces lésions que par la suture entrecoupée; mais quoique cette suture soit d'une heureuse application dans les plaies des différentes parties du corps, nous avons remarqué qu'elle était d'une insuffisance absolue ou presque absolue dans le traitement des fistules vaginales. C'est qu'il ne suffit pas sans doute dans ces lésions, ainsi qu'on l'a cru jusqu'à présent, d'en aviver les bords, de les mettre en rapport et de les contenir par des points de suture pour que leur agglutination se fasse; telle est du moins notre opinion. Si le simple rapprochement et la contention des bords de ces ouvertures anomales devaient suffire pour en amener l'occlusion, celle-ci serait beaucoup plus fréquente qu'elle ne l'est réellement, car aujourd'hui on avive, on rapproche les bords de ces ouvertures anomales avec beaucoup plus de précision qu'autrefois; telle est même la précision et la facilité avec lesquelles on les met en rapport, qu'il ne serait peut-être jamais venu dans la pensée des chirurgiens de rapporter l'insuccès de leur réunion à l'insuffisance de la suture elle-même. Pour moi, j'ai partagé cette opinion aussi longtemps que j'ai cru qu'on devait attribuer l'insuccès de cette suture aux difficultés de l'opération; mais lorsque j'ai vaincu ces difficultés et que j'ai vu que, malgré la précision avec laquelle on rapprochait les bords de ces lésions, leur réunion n'était pas encore obtenue, j'ai dû changer d'opinion. Toutefois, j'ajouterai que ce n'est réellement qu'après avoir pratiqué cette suture sans succès et l'avoir vue sept fois ne pas réussir entre les mains de praticiens aussi distingués que ceux qui dirigent le service des hôpitaux de Lyon que j'en ai étudié le mode d'action et que je me suis décidé à la rejeter du traitement de ces lésions.

Mais, me dira-t-on, comment oser avancer que la suture à points isolés ne réussit pas à amener la guérison des fistules vaginales, lorsque M. Jobert, qui a enregistré un grand nombre de guérisons, n'a obtenu celles-ci que par le mode de suture que vous rejetez?

J'avoue qu'il a fallu de ma part de la hardiesse, peut-être même de la témérité, pour soutenir cette opinion. Je ne veux pas me permettre, en effet, d'élever le moindre doute sur l'authenticité des cures rapportées par le chirurgien éminent qui les a enregistrées; je ne veux pas même admettre qu'ils soient fondés, les bruits que tant de fois on a fait courir sur les insuccès qui auraient suivi ce mode de réunion; je veux simplement faire constater un fait, à savoir: que la suture entrecoupée n'a encore réussi qu'entre les mains de M. Jobert, et qu'elle a réussi là où des praticiens non moins habiles et non moins distingués que lui ont tous échoué en opérant par le même procédé. Est-ce plus d'habileté, est-ce plus de bonheur d'un côté que de l'autre? Je l'ignore, et je persiste à croire que la suture entrecoupée est d'une insuffisance absolue ou presque absolue dans le traitement des fistules vaginales, malgré les perfectionnements dont l'a entourée M. Jobert.

Au surplus, je ne suis ni le seul, ni le premier qui aie cru à l'insuffisance de cette suture. M. Gerdy, qui lui a substitué la suture enchevillée par un procédé des plus ingénieux, ne croyait évidemment pas à son efficacité.

C'est aussi l'opinion de plusieurs praticiens distingués, et, entre autres, de M. Vidal (de Cassis) : « Lorsque, dit cet habile chirurgien en parlant de P.-L. Sanson, j'ai vu une pareille opération » faite par un si bon procédé échouer entre des mains aussi habiles, j'ai complétement désespéré de la suture et de toutes les » méthodes directes. » (Vidal, *Traité de pathologie*, t. V, p. 350.)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 20 mars 1855. — Présidence de M. Jobert (de Lamballe).

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Epidémies. — M. le ministre du commerce adresse six rapports en forme de comptes rendus des médecins des épidémies du département du Gard sur les épidémies qui ont régné l'an dernier dans ce département;

Sept rapports des médecins du département du Jura sur les épidémies qui ont régné l'an dernier dans ce département;

Des rapports : de M. Yvonneau, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Blois (Loir-et-Cher), sur une épidémie d'angine couenneuse qui a régné depuis le mois d'avril 1854 jusqu'au mois de février 1855 dans la commune d'Autrainville;

De M. Honeix, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Ploërmel (Morbihan), sur une épidémie de dyssenterie qui a régné dans cet arrondissement pendant l'année 1854;

De M. le docteur Damet, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Brest (Finistère), sur l'épidémie de choléra qui a régné l'an dernier dans cette ville;

De M. Ourgand, médecin des épidémies de l'arrondissement de Pamiers (Ariége), sur une épidémie de choléra et de suette qui a régné à Pamiers en 1854.

Eaux minérales. — Le même ministre transmet un rapport de M. Regnault, médecin inspecteur des eaux minérales de Bourbon-l'Archambault (Allier), sur le service médical de cet établissement pendans l'année 1854.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Choléra. — M. Anthouard, médecin des épidémies de l'arrondissement du Vigan (Gard), adresse un rapport sur l'épidémie cholérique de Quissac.

— M. Vial, médecin des épidémies à Saint-Etienne (Loire), adresse une notice sur le choléra qui a régné dans l'arrondissement de Saint-Etienne pendant les mois d'août, septembre, octobre et novembre 1854.

Epilepsie. — M. Hubert Rodrigues, agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, adresse une note sur le traitement de l'épilepsie par l'indigo. (Commissaire : M. Baillarger.)

Vessies à glace en caoutchouc. — M. Galante soumet à l'appréciation de l'Académie plusieurs échantillons de vessies à glace en caoutchouc vulcanisé fabriquées sur les indications de M. Gariel. (Commissaire : M. Poiseuille.)

Candidature. — L'Académie reçoit des lettres de candidature de MM. Bouchut et Duchesne, pour la section d'hygiène et de médecine légale ;

De MM. Martinet, Moreau et Sestier, pour la section d'anatomie pathologique ;

Et de M. Reynal, pour la section de médecine vétérinaire.

Démission du trésorier. — M. Pâtissier prie l'Académie d'accepter sa démission des fonctions de trésorier.

La démission de M. Pâtissier étant acceptée, l'Académie aura à procéder dans une des prochaines séances à la nomination d'un trésorier.

Ablation d'une tumeur pédiculée du col de l'utérus. Question de récidive. — M. Depaul présente à l'Académie une tumeur pédiculée insérée au col de l'utérus, dont il a fait récemment l'ablation. Cette tumeur, examinée par plusieurs cliniciens, a été jugée de mauvaise nature et susceptible de récidiver. Soumise à l'examen microscopique après son ablation, elle n'a point présenté la cellule cancéreuse, et a été considérée, en conséquence, par les micrographes, comme appartenant à la classe des tumeurs bénignes. L'avenir éclaircira ce point.

DISCUSSION.

Variole. — L'ordre du jour appelle la suite de la discussion au sujet du mémoire de M. Piorry sur la variole.

La parole est à M. Bouillaud.

(Nous reproduisons, en la résumant, la fin du discours que M. Bouillaud a prononcé dans la dernière séance et qui est relative à la nomenclature.)

M. Bouillaud. En réponse à l'une des critiques de M. Bousquet, M. Piorry a cité un passage de ma *Nosographie médicale* relatif à son système de nomenclature. C'est ici qu'il importe beaucoup de nous entendre sous le double rapport des principes qui doivent régir une bonne nomenclature médicale et de leur application.

Après avoir rappelé les réflexions qu'il a écrites à différentes époques sur ce sujet, en 1825 dans la préface de son *Traité de l'encéphalite*, en 1830 dans un article du *Journal hebdomadaire de médecine* et en 1846 dans sa *Nosographie médicale*, M. Bouillaud résume en ces termes les principes qu'il a émis dans les divers passages extraits de ces ouvrages et qui suivant lui doivent servir de base à un système philosophique de nomenclature médicale :

« Il faut dénommer les maladies d'après leur nature, telle qu'elle nous est révélée par les causes et les lésions fonctionnelles, et créer par conséquent autant de noms *essentiellement* différents qu'il y a de différences (également essentielles) dans la nature des maladies. »

Voici quelques autres principes subordonnés au précédent :

« 1° Il convient de donner aux diverses maladies des noms d'autant plus analogues que ces maladies ont entre elles plus de ressemblance.

» 2° Une maladie de même nature pouvant affecter des organes différents, il faut que son nom, variable en raison de la diversité des organes, ait aussi quelque chose d'invariable comme sa nature, afin que ce nom représente bien à la fois et le siége (l'organe, le tissu malades) et la nature du mal. C'est conformément à ce principe qu'ont été créés les mots gastrite, entérite, encéphalite, phlébite, etc. Grâce à leur désinence commune, ces mots indiquent tous une inflammation, tandis que la différence du siége de cette inflammation est exprimée par le radical même de chaque mot.

» 3° Le solidisme ayant régné presque seul en médecine pendant la période de cette science, il serait bon, aujourd'hui que l'humorisme a reconquis ses légitimes droits, d'introduire dans la nomenclature pathologique des mots spécialement consacrés à la désignation des maladies des liquides, et mieux choisis que ceux proposés par les anciens humoristes.

» 4° Quant aux maladies compliquées, leur dénomination devrait indiquer les divers éléments morbides qui les constituent. Pour éviter la longueur des mots qui résulteraient dans certains cas de l'application de ce principe, les nomenclateurs pourront sans doute imaginer différents artifices. Toutefois la nomenclature des diverses combinaisons morbides constitue, à notre avis, l'un des sujets les plus difficiles sur lesquels puisse s'exercer l'intelligence humaine. Elle prépare de véritables tortures à quiconque voudra s'en occuper sérieusement.

» 5° Il ne faut pas introduire ou conserver dans la langue de la médecine plusieurs mots qui aient une seule et même signification, et c'est avec le même soin qu'il faut en retrancher ces mots à double sens ou à sens mal déterminé, qui ne s'y rencontrent encore qu'en trop grand nombre et qui sont si propres à perpétuer les disputes.

» 6° Pour apporter dans la nomenclature médicale toutes les améliorations dont les révolutions que la médecine a subies récemment la rendent susceptible, il serait, selon nous, indispensable que ce sujet fût confié à une réunion de médecins les plus distingués sous le rapport de leur capacité et dégagés de tout esprit de secte ou de système ; c'est assez dire qu'un tel œuvre n'est pas sur le point de s'accomplir. Si jamais une semblable réunion d'hommes avait lieu, il ne resterait plus qu'à leur souhaiter plus d'activité dans la réforme du vocabulaire médical que n'en a montré l'Académie française dans la composition du dictionnaire dont elle était chargée. »

Vous connaissez maintenant, ajoute M. Bouillaud, ma profession de foi tout entière sur la nomenclature des maladies, et vous voyez que les principes fondamentaux d'après lesquels M. Piorry, bien plus tard, a dénommé ce qu'il appelle les états organopathiques sont précisément celui que j'avais proposé pour la dénomination des maladies, lesquelles ne sont, en dernière analyse, je ne saurais trop le répéter, que des lésions de l'organisme ou des organes vivants.

Je me suis strictement conformé à ces principes de nomenclature des maladies dans tout le cours de ma *Nosographie médicale*. Mais, ainsi que je le faisais remarquer en signalant l'œuvre de M. Piorry, son vaste système d'*onomisme pathologique* ne s'applique pas seulement aux noms des maladies, mais à la plupart des noms usités en étiologie, en symptomatologie, en anatomie pathologique, en thérapeutique, en philosophie médicale, et ne respecte pas même le nom de la médecine ou de la pathologie médicale, qu'il appelle pathologie *iatrique*.

Quoiqu'il m'en coûte de me séparer de M. Piorry dans une matière où il s'est conformé aux principes essentiels que j'avais posés dans les travaux indiqués tout à l'heure, en ce qui concerne les noms des maladies, j'avoue, avec MM. Gerdy et Bousquet, que l'immense réforme de nomenclature opérée par notre collègue ne saurait être adoptée tout entière, et que sous bénéfice d'inventaire. D'abord, elle contient un très grand nombre de mots nouveaux qui n'expriment aucune chose nouvelle, ce qui déjà est un très sérieux inconvénient, mais qui, de plus, sont d'une telle longueur, d'une si laborieuse prononciation, et si peu marqués au coin de l'euphonie, qu'ils n'obtiendront jamais droit de cité dans un vocabulaire médical généralement adopté. Ces mots, ai-je dit, ne contiennent autre chose, aucune idée nouvelle ; ils ne diffèrent des mots connus et universellement acceptés qu'en ce qu'ils ont été traduits du français ou du latin en grec par M. Piorry.

Mais la médecine éprouvait-elle un pressant besoin d'ajouter à ceux qu'elle contient déjà les mots grecs inventés par M. Piorry pour des choses et des idées déjà convenablement représentées par des mots d'une autre origine ? Non sans doute. Et d'un autre côté, combien de ces mots superflus, tirés du grec par notre collègue, pèchent contre les règles et les lois du langage en général, telles qu'elles ont été établies par les hommes les plus compétents, entre autres par Horace et par Boileau, ces deux grands législateurs du beau langage, ces deux arbitres du bon goût ! Comme eux, qui n'aime la langue grecque, cette langue douce, harmonieuse, musicale, divine ? Mais par cela même que le grec est une si belle langue, gardons-nous bien de la rendre en quelque sorte barbare en nous en servant pour créer des mots tels que plusieurs de ceux que l'on trouve malheureusement dans l'*onomisme pathologique* de M. Piorry. Que notre collègue nous permette d'en signaler ici quelques-uns.

Dans le seul chapitre des *névraxites*, ou inflammations des centres nerveux, nous lisons les mots suivants : L'enroloiémonévraxite, la néloiémonévraxite, la dysiloiémonévraxite, hémitorachysomyélite, névraxomalaxite ou névraxomavite, névraxosilérosie, névraxocarciniès, névraxonécrosie, traumamyosclérie, algomyosclérie, eynosialosie, dyspschismie, apsychismie, hypopsychismie, anomopsychismie.

Nous pourrions objecter que ces derniers mots n'expriment pas des états organopathiques, mais bien des lésions fonctionnelles, et que les premiers dans lesquels on fait entrer comme élément soit le nom d'une des cinq parties du monde, soit le nom d'un grand fleuve d'Egypte, ne sont pas fondés non plus sur un principe de nomenclature médicale tellement respectable, qu'il fût indispensable d'en enrichir notre vocabulaire médical. Laissons de côté cette objection momentanée. Je le demande en grâce et en conscience à M. Piorry lui-même : quelles oreilles ne seraient pas offensées par de telles dénominations ? Quelle bouche pourrait les prononcer impunément ! Que diraient les Grecs du temps de Périclès, de Démosthène, de Platon, d'Aristote, si on leur faisait honneur de pareils mots ?

Mais c'en est assez et beaucoup trop sur ce point. Que M. Piorry veuille bien y réfléchir, et s'il consent à supprimer tous les mots nouveaux de sa création dont la stricte nécessité n'est rien moins que démontrée, ce n'est pas moi qui blâmerai une réforme qui avait été l'objet de mes vœux à une époque où il ne s'en était pas encore occupé (cela soit dit sans la moindre prétention de lui en discuter la priorité), et aux principes de laquelle je me suis conformé dans ma *Nosographie médicale*.

Ce n'est pas, au reste, la première fois que l'on a échoué dans des tentatives faites pour réformer de fond en comble le langage médical. C'est une mer orageuse et féconde en naufrages. Pour réussir dans une affaire aussi difficile, comme d'ailleurs dans toutes les autres en général, il faut savoir ne pas dépasser certaines bornes, et s'arrêter à cette juste mesure dont les excellents esprits possèdent seuls le secret : *Inter utrumque tene*.

M. Bouillaud cite à cette occasion l'essai avorté de nosologie et de nomenclature d'Alibert, avec laquelle celle de M. Piorry offre tant d'analogie ; et après avoir rappelé la critique qu'en fit à cette époque l'illustre Pinel, il termine en ces termes :

Certes, si la nomenclature de M. Piorry eût été publiée à cette époque (1818) et connue de ce patriarche de la médecine, il ne l'eût pas traitée autrement que celle de son brillant collègue à la Faculté de médecine. Alibert ne se fâcha point de cette critique, et il n'en continua pas moins à vivre en bonne intelligence avec ce Pinel, dont on ne peut prononcer le nom qu'avec une vénération profonde. Pourquoi notre collègue M. Piorry ne suivrait-il pas l'exemple d'Alibert et cesserait-il de rester l'ami de ceux qui, tout en étant forcés de signaler ce qu'il peut y avoir d'exagéré et de défectueux dans sa nomenclature et dans quelques-unes de ses doctrines, n'en sont pas moins heureux de rendre justice à tout ce qu'il a fait pour les progrès de la saine médecine ?

C'est bien à tort que M. Piorry attribuerait à des sentiments hostiles contre sa personne, que chacun de nous au contraire aime et estime, l'opposition que rencontre son système de réforme *universelle* de la nomenclature médicale. Il ne faut pas non plus qu'il s'en prenne uniquement à la *nouveauté*, qui, je ne le sais que trop, a bien de la peine à triompher, lorsqu'elle est légitime. Que de mots nouveaux en médecine, mais nécessaires, indispensables, n'ont pas été adoptés presque sans opposition depuis vingt-cinq à trente ans !

Sans parler des dénominations d'un certain nombre de maladies découvertes depuis cette époque, la percussion médiate et l'auscultation, ces deux belles méthodes d'exploration dont la découverte a constitué une ère séméiologique nouvelle, nous ont fait connaître d'innombrables phénomènes pour lesquels il a bien fallu créer des mots nouveaux, et tous ces mots ont eu presque aussitôt cours dans la science. Il en serait de même de ceux de M. Piorry s'ils exprimaient des choses nouvelles.

— Dans la séance d'aujourd'hui, M. Bouillaud a abordé la question du vitalisme qu'il avait annoncé devoir traiter. Il a successivement examiné depuis Hippocrate jusqu'à nos jours les principales doctrines vitalistes, et il a fait plus particulièrement un parallèle entre celles de Barthez et de Bichat. Cette improvisation étant hérissée de citations, il nous est impossible de la reproduire. (Voir le premier-Paris.)

La suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

La séance a été levée à cinq heures.

HONORAIRES MÉDICAUX.

Privilége des médecins sur le domaine public.

Dans une contribution ouverte pour la répartition des deniers provenant d'une succession vacante, le médecin qui a donné ses soins au malade a un privilége antérieur aux droits de succession dus à l'Etat.

Un sieur H... est décédé laissant une succession embarrassée, qui n'a pas été acceptée par les héritiers. Les meubles ont été vendus ; le prix a été versé à la caisse des consignations, pour être réparti par voie de contributiou entre les créanciers.

Un de nos confrères, M. le docteur Caffe et d'autres créanciers privilégiés ont produit à cette contribution pour soins de dernière maladie.

De son côté, l'Etat réclamait un privilége avant tout autre créancier, pour les droits de succession.

Le jugement suivant a été rendu par la deuxième chambre du Tribunal civil de la Seine :

« En ce qui touche la collocation par privilége réclamée par l'administration de l'enregistrement :

» Attendu que, d'après l'art. 2098 du Code Napoléon, le privilége à raison des droits du Trésor et l'ordre dans lequel il s'exerce, sont réglés par les lois qui les concernent ;

» Attendu que, plusieurs lois spéciales ont réglé ce privilége notamment la loi du 5 septembre 1807 en ce qui touche les biens des comptables et les recouvrements des frais de justice criminelle ; la loi du 12 novembre 1808 pour le recouvrement des contributions directes, et la loi du 22 août 1791 pour l'administration des douanes ;

» Que par ces dispositions le législateur a pris le soin d'indiquer le rang de ce privilége parmi tous ceux établis par le Code Napoléon ;

» Qu'il n'en a pas été de même à l'égard de l'administration de l'enregistrement ;

» Qu'en effet la loi du 22 frimaire an VII, spéciale aux droits de cette nature, s'occupe seulement de leur fixation, des valeurs sur lesquelles ils sont assis, des déclarations à faire, des peines à encourir, mais ne parle pas de privilége, encore moins du rang qu'il devrait occuper ;

» Que le législateur n'ayant pris aucune décision, les tribunaux ne peuvent suppléer au silence de la loi ;

» Qu'ainsi il n'y a pas lieu d'admettre cette collocation à titre de privilége ;

» Par ces motifs, rejette du chapitre des priviléges la collocation de l'administration de l'enregistrement pour les droits de mutation ; ordonne qu'elle sera colloquée seulement au marc le franc, et la condamne aux dépens de la contestation. »

Le domaine ayant laissé périmer les délais utiles de l'appel, le jugement est ressorti avec plein effet.

M. Caffe a donc reçu de la caisse des dépôts et consignations la somme de cinq cent soixante francs, qui a été immédiatement consacrée à des actes de bienfaisance. (*Journ. des conn. méd.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le concours d'agrégation en chirurgie ouvert devant la Faculté de médecine de Montpellier vient de se terminer par la nomination de MM. Moutet et Garimond.

— La Société de médecine de Bordeaux avait proposé un prix de la valeur de 300 fr. sur la question suivante :

« Etablir par des faits les différentes conditions morbides qui donnent lieu à la présence de l'albumine dans l'urine. »

Elle vient de le décerner à M. le docteur A. Imbert-Gourbeyre, de Clermont-Ferrand.

La même Société croit devoir rappeler la question qu'elle a mise au concours pour l'année 1855 :

« Rechercher quelles sont les différences qui existent entre l'infection purulente et la diathèse purulente ; faire l'histoire de cette dernière. »

Elle décernera en 1856 un prix de 300 fr. sur la question suivante :

« Déterminer par des expériences faites sur les animaux et par l'observation clinique la valeur respective de l'électricité et des agents chimiques considérés comme hémoplastiques dans les maladies dites chirurgicales. »

— Une lettre de Crimée, en date du 11 février, nous annonce la mort de M. Foucault, médecin aide-major à l'ambulance de la 1re division de l'armée d'Orient.

Les abonnés qui désirent avoir de suite leur collection reliée peuvent envoyer tous leurs numéros de l'année 1854, et moyennant 2 fr. (prix de la reliure) ils auront en échange un volume relié.

Ceux qui auraient perdu des numéros sont priés d'en faire la demande le plus tôt possible. Le prix est de 10 centimes, payables en timbres-poste. Les années antérieures à l'année courante se vendent 12 francs.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 35. — SAMEDI 24 MARS 1855. (28e ANNÉE.) N° 35. — SAMEDI 24 MARS 1855.

Ce journal paraît trois fois pa[r semaine] :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. — Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Fièvres typhoïdes régnantes. — De quelques cas d'affection typhoïde ayant présenté des caractères plus ou moins insolites.

Lorsque la dernière épidémie de choléra fit invasion à Paris, vers la fin de 1853, les affections typhoïdes régnaient, du moins dans les hôpitaux, avec une intensité et une prédominance marquées sur toutes les autres maladies. Une seule rivalisait en quelque sorte avec elle de fréquence, et c'est, par parenthèse, une circonstance qui mérite d'être signalée, à cause de sa signification relativement à certaines idées chaudement défendues depuis quelque temps; cette affection, c'était la variole. On se rappelle que le choléra ne modifia pas alors sensiblement l'aspect et la physionomie générale de la constitution médicale régnante, et que, nonobstant ce nouvel élément pathologique, les affections typhoïdes et les varioles continuèrent leur cours, tantôt sans être influencées d'une manière sensible ni dans leurs caractères symptomatologiques, ni dans leur marche par la nouvelle épidémie, d'autres fois, au contraire, se combinant avec elle et empruntant à cette complication un surcroît de gravité qui en précipitait l'issue fatale. Puis à mesure que le choléra acquit plus d'intensité et se généralisa davantage, on vit décroître graduellement la fréquence des maladies typhoïdes jusqu'à la cessation complète de l'épidémie cholérique. Vint alors avec les froids rigoureux de l'hiver le tour des phlegmasies thoraciques, et en particulier de ces bronchopneumonies catarrhales naguère si fréquentes et dont nous avons esquissé l'histoire.

Aujourd'hui la scène pathologique a de nouveau changé de face. Les affections pulmonaires ont presque complétement cessé en même temps que la rigueur de la saison, et les fièvres typhoïdes ont de nouveau pris le dessus; elles forment en ce moment le fond de la constitution médicale régnante, constitution, il faut le dire, qui est en quelque sorte normale et qui règne habituellement pendant les trois quarts au moins de l'année. Il n'y aurait donc pas lieu de s'en occuper si parmi les malades qui encombrent les hôpitaux, et dont le plus fort contingent est fourni par le nombre toujours croissant d'ouvriers nouveau-venus à Paris, nous n'en avions remarqué quelques-uns qui ont présenté des symptômes insolites.

Nous signalerons, entre autres, trois malades entrés pendant les premiers jours de mars dans le service de M. Gendrin à la Pitié.

L'un de ces malades était couché au n° 30 de la salle Saint-Athanase. Durant les premiers jours les symptômes furent ceux de la forme la plus commune de l'affection typhoïde, sauf une éruption pétéchiale abondante qui ne se rencontre pas communément, du moins à ce degré. Arrivé vers le terme de sa maladie, il lui est survenu une tuméfaction considérable derrière et au-dessous de l'oreille gauche. Cette tuméfaction paraissait comme formée de deux tumeurs distinctes, l'une constituée par la glande parotide engorgée, et la seconde par un gonflement œdémateux autour de cette glande et s'étendant en haut jusque vers la région malaire, et en bas jusque vers la partie moyenne du cou. Dès le lendemain, une tuméfaction semblable, mais beaucoup plus petite, s'était manifestée du côté droit. Cette dernière s'est promptement dissipée. La première a persisté plus longtemps, elle a fini par disparaître sans suppurer, ainsi qu'on l'avait cru un instant.

L'apparition de ces deux parotides a coïncidé avec un amendement notable de tous les symptômes de la maladie, qui, à dater de ce moment, a parcouru rapidement sa période décroissante et s'est terminée heureusement.

Bien que la manifestation des parotides vers la période ultime des fièvres graves soit signalée dans presque tous les auteurs anciens comme un phénomène critique fréquent de ces sortes d'affections, nous n'avons, en réalité, que rarement l'occasion de l'observer dans nos fièvres typhoïdes communes.

Quant à la valeur critique de cet épiphénomène, on sait combien, en général, les auteurs modernes y attachent peu d'importance relativement à celle qu'on lui accordait autrefois. Sans vouloir donner à ce fait isolé plus de valeur qu'il n'en a en réalité, on ne peut du moins méconnaître qu'ici il y a eu un rapport évident entre l'apparition des parotides et l'issue favorable de la maladie.

Le deuxième malade, couché dans la même salle, à deux ou trois lits de distance du premier, est entré avec tous les symptômes d'un affection typhoïde de moyenne intensité, et avec un commencement d'éruption pétéchiale; par conséquent, au début de la deuxième période environ. L'épiphénomène que l'on a constaté chez lui est une série de taches ecchymotiques pourprées sur toute la région antérieure de la poitrine. Si ces taches étaient un peu plus foncées, elles rappelleraient assez bien les taches de Werloff, généralement considérées comme un symptôme grave; et néanmoins ce malade n'était pas plus sérieusement affecté en réalité que la plupart de ses voisins. Sa maladie s'est, en effet, terminée heureusement.

Le troisième malade, couché au n° 51 de la même salle, entré avec les symptômes d'une fièvre typhoïde de peu d'intensité en apparence, parvenu à la période adynamique de la maladie, a été pris d'hémorrhagies intestinales presque incessantes. Malgré la répétition quotidienne de ces hémorrhagies, que le malade paraissait supporter assez bien, son état ne semblait pas notablement aggravé. Des applications continues de compresses imbibées d'eau froide sur l'abdomen, l'usage intérieur de la limonade sulfurique (de 2 à 3 grammes d'eau de Rabel par litre) avaient fini par modérer ces hémorrhagies; on avait pu espérer un moment qu'elles allaient cesser, et dès lors rien ne semblait devoir s'opposer à la convalescence, lorsqu'après deux ou trois jours de suspension l'hémorrhagie s'est reproduite avec la même abondance; il s'y est joint bientôt du météorisme, une abolition complète des forces, une décomposition des traits, une petitesse et une fréquence excessives du pouls; en un mot, tous les symptômes annonçant une mort imminente par perforation intestinale. (Le malade a dû succomber depuis notre dernière visite, mais nous n'avons pu connaître encore le résultat de l'autopsie.)

Nous pourrions joindre à ces quelques faits, comme exemples de complications ou d'épiphénomènes insolites, deux cas de variole survenue pendant la première période de la maladie typhoïde, qui nous ont été signalés dans le service de M. Bouillaud à la Charité; mais il y aurait trop à dire sur ces deux faits pour nous y arrêter en ce moment.

L'affection typhoïde, malgré sa banalité (qu'on nous passe le mot), est encore une des sources les plus inépuisables de considérations théoriques et pratiques intéressantes; nous n'avons pas la prétention de les aborder toutes, mais nous chercherons du moins à en soulever quelques-unes dans nos prochaines *Revues*.

Hémiplégie survenue brusquement chez une femme récemment accouchée. — Mort. — Absence de lésion appréciable du cerveau.

Une jeune femme de vingt-sept ans, accouchée depuis quinze jours, entre à l'Hôtel-Dieu, dans le service de la clinique, avec une hémiplégie complète du côté gauche qu'elle dit être survenue brusquement. Après quelques jours de séjour à l'hôpital, cette jeune femme succombe. M. Rostan examine le cerveau à l'amphithéâtre en présence des élèves et des médecins qui assistent à sa clinique, et ne trouve pas la moindre trace d'épanchement sanguin.

Bien qu'une foule de détails nous manquent pour donner à ce fait toute sa signification, il suffit cependant dans sa brièveté même pour nous permettre d'en tirer quelques enseignements. On s'attendait évidemment à trouver un foyer hémorrhagique dont les plus minutieuses recherches n'ont pas révélé de traces. Le diagnostic, *hémorrhagie cérébrale*, porté pendant la vie était

---

BIBLIOGRAPHIE

Œuvres choisies d'Hippocrate, avec arguments, notes et introduction, par le docteur Daremberg (1).

Nous ne sommes pas de ceux qui croient, ou peut-être qui feignent de croire, avec une école célèbre, que les livres d'Hippocrate contiennent tout ce qu'il est nécessaire au médecin de savoir, que rien n'est indispensable de ce que la science a conquis depuis l'époque fabuleuse où l'on croit qu'il a vécu, qui feraient volontiers bon marché de toutes les découvertes modernes parce qu'elles ne sont pas dans Hippocrate; qui, sans l'avoir étudiée, plaisantent agréablement la cellule cancéreuse (ce n'est pas à dire que nous voulions prendre sa défense), et cela simplement parce qu'Hippocrate ne connaissait pas le microscope; pour lesquels enfin Hippocrate est le commencement et la fin de la médecine. Pour ceux-là, pas n'est besoin de grandes bibliothèques, un Hippocrate leur suffit; et encore n'est-il pas nécessaire, à notre avis, qu'il soit bien complet. Quelques lignes résumeront tout leur savoir, et nous en citerions sans peine qui sous leur dédain des connaissances nouvelles abritent une ignorance profonde.

A nos yeux, les livres d'Hippocrate, qu'ils soient l'œuvre d'un seul ou de plusieurs, constituent un des plus magnifiques monuments de l'intelligence humaine, surtout si l'on se reporte à l'époque toute primitive où elles furent écrites, et à l'absence des méthodes d'investigation les plus élémentaires. Ce qui leur a fait traverser les siècles pour arriver jusqu'à nous, ce sont d'abord les principes de haute morale qui s'y trouvent répandus avec tant de profusion dans tout ce qui touche à la philosophie de l'art, puis les remarques souvent si justes déduites de l'observation et de l'expérience que renferment plusieurs de ces traités. Au lieu du fanatisme de l'école hippocratique, c'est une admiration raisonnée et raisonnable que professent les médecins instruits, et à ce titre nous croyons que les œuvres du vieillard de Cos doivent trouver place dans les bibliothèques de tous les médecins.

Mais en dehors de ceux, et le nombre en est restreint, qu'une passion invincible entraîne vers les études les plus sérieuses de la littérature ancienne, et qui trouvent des loisirs assez nombreux pour s'y livrer, il est un beaucoup plus grand nombre de praticiens auxquels une clientèle étendue laisse bien peu de temps pour lire; et puis, il faut bien le dire aussi, tous ne se sentiraient pas le courage de feuilleter l'immense collection hippocratique pour en extraire les quelques pages qui restent véritablement utiles.

Pendant que, pour les premiers, l'infatigable M. Littré achève la grande édition commencée il y a bientôt quinze ans, et dont un volume reste encore à publier, un jeune savant qui a déjà su se créer un beau nom dans la littérature médicale, M. Daremberg, vient de faire, de son côté, un travail qui, sous une apparence plus modeste, ne cache pas une érudition moins profonde, n'a pas exigé de recherches moins pénibles, moins sérieuses, ne dénote pas une intelligence moins complète de l'original, et est certainement appelé à devenir plus populaire.

A la manière dont nous nous exprimons, on pourrait croire que le livre que nous avons sous les yeux est publié pour la première fois, et cependant nous venons de dire en tête de ce compte rendu que c'est une seconde édition. C'est qu'en effet, par les additions nombreuses qu'il y a faites, par les changements importants qu'il y a introduits, M. Daremberg a fait de ses *Œuvres choisies d'Hippocrate* un livre tout à fait nouveau. Disons d'abord quelques mots de ce qu'il renferme, nous examinerons ensuite les modifications apportées à la première édition.

Tout n'est pas d'une égale importance dans Hippocrate, avons-nou dit plus haut. Il fallait donc en extraire avec discernement les morceaux culminants sous le double rapport de la philosophie, de la morale professionnelles, et de la pratique de l'art.

A la première de ces deux divisions se rapportent les quatre premiers articles : le *serment*, la *loi*, l'*art*, le *médecin*; à la seconde appartiennent les *prorrhétiques*, le *pronostic*, les *évaques*, le *Traité des airs, des eaux et des lieux*, les *épidémies* et les *aphorismes*. Avec ceci, on le voit du premier coup d'œil, on possède sous un petit volume toute la doctrine du père de la médecine, tous ses chefs-d'œuvre. Mais s'il s'était borné à offrir à ses lecteurs la traduction de ces quelques parties de la collection hippocratique, M. Daremberg aurait été loin d'atteindre le but qu'il se proposait.

C'est en vain qu'il se serait efforcé de reproduire son auteur dans toute son intégrité, dans ses formes originales, dans son style concis et elliptique; de faire sentir, comme il le dit lui-même, le grec sous le français, certain que le moindre écart pouvait le faire tomber dans des inexactitudes; il avait, et il l'a bien senti, un grand écueil à éviter : c'était de comprendre Hippocrate non avec ses idées, mais avec celles de la science moderne. Il a donc tâché d'interpréter les écrits d'Hippocrate par eux-mêmes et aussi à l'aide des commentateurs anciens; ces derniers se sont bien quelquefois écartés de la doctrine du médecin de Cos, mais ils ont néanmoins conservé les principes et jusqu'à un certain point les faits de détail de la science hippocratique. « Ce n'est, ajoute-t-il, qu'après avoir, autant que cela était possible, substitué la pensée d'Hippocrate à la mienne et m'être mis à son point de vue que je me suis cru autorisé à faire quelques rapprochements entre l'école ancienne et l'école moderne. »

Chacun des traités est précédé d'une introduction où M. Daremberg essaye de donner par une analyse succincte une idée de leur ensemble; il cherche à faire comprendre leur valeur intrinsèque et leur importance relative eu égard à l'état actuel de la science; chacune de ces intro-

(1) 2e édition. Un volume in-8°. Chez Labé.

fondé en effet, suivant toutes les apparences du moins, sur le fait même de l'hémiplégie survenue brusquement et ayant persisté jusqu'à la mort; il l'était, en outre, sur cette circonstance que cette femme était récemment accouchée et que l'état de pléthore inhérent à la période puerpérale est une des prédispositions reconnues à l'apoplexie. Il y a donc à considérer dans ce fait d'abord son anomalie, si anomalie il y a; en second lieu, sa relation avec les faits connus dans la science d'apoplexie survenue pendant l'une des phases de la période puerpérale.

Nous commençons par déclarer que nous n'avons pas vu la malade, son séjour à l'hôpital ayant été fort court. Mais nous avons assisté à l'autopsie du cerveau, qui a été faite publiquement; et quant aux phénomènes qu'elle a présentés pendant la vie, il suffit de rappeler le diagnostic formulé pour qu'il ne reste aucun doute sur leur parfaite analogie avec ceux que produit l'hémorrhagie cérébrale. Cependant, on vient de le voir, il n'y avait point de trace d'hémorrhagie.

Ce n'est pas le premier fait de ce genre que nous avons eu l'occasion de constater. Sans remonter plus haut dans les archives de la science, où l'on pourrait en trouver plusieurs exemples, nos lecteurs peuvent se rappeler la relation que nous avons publiée l'année dernière d'un cas d'hémiplégie survenue brusquement pendant la période de desquammation d'une variole confluente, et suivie de mort en quelques jours, dans lequel l'autopsie n'a révélé ni trace d'hémorrhagie, ni trace d'aucune lésion appréciable des centres nerveux. Nous ne prétendons pas à coup sûr que ces faits soient de nature à infirmer en quoi que ce soit les belles recherches sur lesquelles a été fondée l'histoire si bien faite de l'apoplexie par hémorrhagie cérébrale. Appuyée sur des faits nombreux, précis et universellement confirmés par l'observation journalière, la théorie de l'hémorrhagie cérébrale est à l'abri de toute objection. Mais en présence de faits semblables à ceux que nous venons de rappeler, et qui, pour être négatifs au point de vue anatomo-pathologique, n'en doivent pas avoir moins de valeur à nos yeux, il se présente une nouvelle question à examiner; ou plutôt c'est un nouveau problème qui se dresse en face du clinicien, et qu'on chercherait en vain à éluder. On ne saurait répudier ces faits sous le vain prétexte qu'ils n'ont point de valeur, en tant qu'ils sont purement négatifs; ce serait une grave erreur. Ils en ont autant que les autres, mais leur signification est différente. Non, ce ne sont point de simples anomalies, des exceptions. Un fait aussi matériel qu'une hémorrhagie par rupture des vaisseaux cérébraux, et dont on saisit si bien la relation avec la paralysie des parties du corps desservies par les nerfs qui émanent de la portion affectée de cet organe, un pareil fait ne saurait admettre d'exceptions. Il faut donc reconnaître que les faits dont il s'agit, malgré leur ressemblance symptomatique avec l'apoplexie hémorrhagique, sont en réalité des faits d'un ordre différent et dépendant d'une cause inconnue, mais autre que la cause de celle-ci. Il faut, en un mot, admettre l'existence d'une apoplexie de nature particulière (en tant que cette dénomination est applicable à l'ensemble des symptômes dont il s'agit), qui sera, si l'on veut, une espèce dans le genre dont l'hémorrhagie cérébrale est le type le plus commun, apoplexie sans lésion des centres nerveux appréciable à nos sens; une apoplexie nerveuse, si l'on veut la désigner ainsi, ou sans matière, comme auraient dit les anciens.

Quelque rares que puissent être ces faits, et ils sont effectivement très rares, relativement surtout à l'extrême fréquence de l'apoplexie-type hémorrhagique, il n'en doit pas moins être tenu compte au double point de vue nosologique et pratique. Mais quels seront les signes diagnostiques propres à faire différencier pendant la vie l'apoplexie sans lésion sensible du cerveau d'avec l'apoplexie hémorrhagique? C'est là justement que gît la difficulté, c'est là le problème que nous soumettons à l'étude et à l'investigation de tous les cliniciens. Et que l'on ne pense pas que ce ne soit là qu'une pure question d'intérêt nosologique ou anatomo-pathologique. Nous disons qu'il faut en tenir compte aussi au point de vue pratique et thérapeutique; car si jamais la découverte de quelque signe diagnostique différentiel venait à rendre possible durant la vie la distinction de cette espèce d'apoplexie, qui ne voit que le traitement devrait reposer sur de toutes autres bases que celui de l'hémorrhagie cérébrale!

Nous n'insisterons pas davantage sur ce point; il nous suffira pour le moment de l'avoir signalé à nos lecteurs comme un sujet sérieux d'étude et d'observation.

Nous avons dit que ce fait demandait également à être considéré dans ses relations avec les exemples connus dans la science d'apoplexie survenue pendant l'une des phases de la période puerpérale; c'est sur ce second point que nous allons nous arrêter un instant.

Sans doute, du moment où le fait en question n'est point un cas d'hémorrhagie cérébrale, il perd une grande partie de son intérêt et de sa signification au point de vue sous lequel a été étudiée l'apoplexie des femmes en couches. Mais nous n'en croyons pas moins utile de saisir cette occasion pour rappeler quelques-unes des particularités les plus dignes d'intérêt qui se rattachent à ce sujet.

Dans un mémoire très bien fait et déjà ancien sur l'hémorrhagie cérébrale considérée pendant la grossesse, pendant et après l'accouchement, M. le docteur Ménière a réuni un certain nombre d'observations d'où il a pu déduire la connaissance probable des causes de l'apoplexie qui survient dans l'une de ces circonstances, celle de ses symptômes, de ses terminaisons, de son traitement et des modifications spécialement imprimées à la maladie par l'état puerpéral.

M. Ménière a constaté que les femmes qui ont été atteintes d'apoplexie pendant leur grossesse ou après leur accouchement avaient de trente à quarante ans; qu'en général elles étaient enceintes pour la deuxième ou troisième fois; que la grossesse avait été laborieuse, accompagnée d'œdème partiel ou général, de céphalalgie, de dyspnée et d'autres accidents plus ou moins graves; que plusieurs d'entre elles, arrivées à la fin du septième ou du huitième mois, s'étaient livrées à quelque violent exercice, lequel avait donné lieu à un accouchement prématuré; que le travail a été en général facile, régulier et la délivrance très prompte; qu'enfin les symptômes apoplectiques se sont manifestés, soit pendant le travail, soit quelques heures ou quelques jours après, sous l'influence d'une impression morale, ou bien sans aucune cause appréciable. Il n'est évidemment aucune des circonstances qui viennent d'être énumérées qui puisse être considérée comme une cause efficiente de l'apoplexie. Tout au plus quelques-unes d'entre elles pourraient-elles être considérées comme susceptibles de concourir à la production de l'apoplexie, en admettant une prédisposition plus générale à cet accident morbide. Or cette prédisposition générale se trouve dans l'état puerpéral lui-même, pris dans son acception la plus étendue.

Voici comment M. Ménière explique le mécanisme de la production de l'hémorrhagie cérébrale dans chacune des trois phases de la période puerpérale:

« L'hémorrhagie cérébrale des femmes grosses dépendrait spécialement de l'obstacle apporté au cours du sang vers les membres pelviens par l'ampliation du corps de la matrice; celle des femmes qui accouchent arriverait sous l'influence de la même cause, plus les efforts violents que nécessite l'expulsion du fœtus; enfin, celle des femmes accouchées depuis peu serait causée par l'action de quelque agent extérieur, soit physique, soit moral, et qui aurait pour résultat d'imprimer une vive secousse à toute l'économie. »

Quant au traitement, il se déduit naturellement de ces mêmes données et ne diffère pas des moyens usités dans l'apoplexie ordinaire; la saignée en fait naturellement la base, et c'est à l'emploi de ce moyen et à la persévérance avec laquelle il a été mis en usage que sont dus les rares exemples de guérison cités dans le travail de M. Ménière.

Pour en revenir au fait qui est le point de départ de cette digression, nous ne saurions dire ni ce qu'il eût convenu de faire, ni quelle serait la conduite à tenir en pareil cas, s'il était possible de le reconnaître. La plus grande obscurité règne encore là-dessus. Tout est à faire et à étudier à cet égard.

Heureuse et subite influence de la vaccine en masse contre une épidémie de variole grave.

Quand une épidémie de petite vérole, ou même quelques cas isolés de variole seulement viennent à se manifester dans une localité, convient-il de soumettre immédiatement à la pratique de la vaccine ceux des habitants de cette localité qui n'ont point encore été vaccinés, ou qui ne l'ont été qu'une fois et depuis longtemps? Nous aurions presque honte de formuler cette question, tant l'expérience y a déjà souvent et clairement répondu, si l'occasion d'y répondre encore une fois par un nouveau résultat de l'expérience ne nous était naturellement offerte par la communication d'un de nos correspondants, qui nous soumet à cet égard les doutes et l'hésitation qu'il a rencontrés chez plusieurs de ses confrères dans une circonstance de ce genre.

« Il m'est arrivé plusieurs fois, nous écrit M. le docteur Jobert (de Guyonvelle), d'interroger mes confrères afin de connaître leur sentiment sur l'opportunité de pratiquer la vaccine dans une localité, quand une épidémie, soit même quand quelques cas isolés de variole viennent à s'y manifester. J'ai rencontré plus d'hésitation que d'opposition; mais en même temps, plus d'opposition que d'adhésion. » Ajoutons que notre confrère est loin de partager cette hésitation, et moins encore cette opposition, et que dans la circonstance suivante qu'il nous rapporte il n'a pas hésité un instant à recourir à la vaccine, pratique à laquelle il n'est pas seulement utile de recourir en pareil cas, mais qu'il serait imprudent, illogique et déraisonnable de ne point adopter, ainsi qu'il le dit lui-même avec raison. Voici d'ailleurs le résultat qu'il nous signale, et qui en dit plus, à cet égard, que toutes les opinions et tous les raisonnements:

« Dans la commune de Coiffy-le-Bas, arrondissement de Langres (Haute-Marne), la variole se manifesta vers les derniers jours du mois de novembre 1854. En peu de jours, 46 individus des deux sexes, jeunes et vieux, ont été atteints; de ce nombre, 6 seulement avaient été vaccinés.

» Appelé par les habitants et par l'autorité elle-même, j'ai en deux fois et dans le court espace de huit jours vacciné plus de 100 individus de tous âges et qui n'avaient point encore été soumis à cette opération. Le développement de la vaccine se fit comme à l'ordinaire; presque partout et chez tous elle se développa riche, fière, féconde ou luxuriante, et dès ce moment j'eus la satisfaction d'apprendre et de constater par moi-même cette heureuse influence de la vaccine contre la variole, qui perdit subitement de sa force et s'enfuit en quelque sorte timide et honteuse devant la vaccine, sa robuste rivale et son implacable ennemie.

» En effet, à partir de cet instant, c'est-à-dire à la date du jour où les boutons de la vaccine eurent acquis leur développement intégral, les influences atmosphériques locales se modifièrent sans

---

ductions est elle-même terminée par la réunion et la discussion approfondie des témoignages divers qui peuvent jeter quelque lumière sur la question d'authenticité. Pour ceux qui ont quelque habitude de ce genre d'études, il ne sera pas difficile de s'apercevoir que sur plusieurs points l'auteur est arrivé à des résultats nouveaux.

Outre son introduction, chaque traité comporte, suivant son importance, plusieurs pages de notes, souvent plus étendues que le chapitre lui-même. Ces notes sont de deux espèces; dans les unes, M. Daremberg justifie le texte qu'il a suivi, les leçons qu'il a adoptées et sa traduction par des remarques philosophiques; dans les autres, les plus détaillées, il entre dans de longues et curieuses explications médicales et historiques, ayant pour but l'interprétation de sa version. C'est ainsi que dans bien des endroits il a complété ou éclairci certains passages des traités qu'il publiait en entier, soit par des fragments d'autres traités de la collection, soit par des extraits des commentaires anciens, et surtout de ceux de Galien. Le travail de M. Daremberg est donc devenu ce que l'auteur désirait qu'il fût, une sorte de compendium de la médecine hippocratique.

Passons aux changements introduits par l'auteur dans cette seconde édition. Ils portent sur trois points: la traduction, les notes et les introductions. La traduction a été revue avec soin, et corrigée pour le fond comme pour la forme; les notes ont plus que doublé d'étendue, et les anciennes ont été refaites presque en entier. C'est surtout dans ces notes que l'auteur a multiplié les citations de passages parallèles tirées de la collection hippocratique elle-même, citations qui ne seraient guère supportables dans un texte courant, mais qui, dans des notes dont la lecture est moins suivie, deviennent souvent très attachantes. Presque tous les écrits qui composent cette collection ayant été rédigés à peu près à la même époque, et pouvant être classés par groupes assez tranchés, et partant la plupart présentant des traces fréquentes d'emprunts faits des uns aux autres, accumuler les passages parallèles, ou du moins les indiquer avec exactitude, a paru à M. Daremberg le meilleur moyen d'expliquer et de commenter les ouvrages qui sont arrivés jusqu'à nous sous le nom d'Hippocrate. Quant aux introductions de chaque traité en particulier, elles ont été presque entièrement refaites, et ont acquis une importance à laquelle l'auteur n'avait certainement pas songé dans sa première édition.

Dans cette nouvelle publication, M. Daremberg, sans s'écarter de son plan primitif, a cru devoir étendre sur plus d'un point le champ des discussions historiques; puis, cédant à de nombreuses sollicitations, il a élargi son cadre, et dans un *appendice*, qui n'est pas la partie la moins intéressante du volume, il a réuni des extraits plus ou moins étendus ou une analyse de vingt et un traités. Ces extraits, rangés suivant un ordre méthodique, sont relatifs aux généralités sur la médecine, à la médecine proprement dite, à la chirurgie, aux maladies des femmes et à l'hygiène.

Les documents contenus dans cet appendice, comme ceux renfermés dans les notes, complètent l'exposé de l'ensemble des doctrines hippocratiques, et pour le plus grand nombre des médecins, pour les élèves surtout, auxquels des études plus immédiatement utiles et nécessaires ne laissent que peu de loisir, nous affirmons que les *Œuvres choisies* suffiront amplement.

Ce n'est pas tout encore. Parmi les écrits de la collection hippocratique, il en est un certain nombre sur l'authenticité desquels il n'existe aucun doute; d'autres sont d'origine incertaine; quelques-uns enfin sont tout à fait apocryphes. Dans une remarquable introduction générale entièrement nouvelle, M. Daremberg discute les principales questions que soulève l'examen critique des écrits qui portent le nom d'Hippocrate. Des fragments de ce travail avaient été, à l'occasion de l'édition de M. Littré, insérés il y a deux ou trois ans dans le *Journal des savants*.

Fort de son instruction personnelle, de ses recherches multipliées et consciencieuses, M. Daremberg a osé quelquefois ne pas partager les idées du savant membre de l'Institut. Dans les rares circonstances où cette divergence s'est manifestée, ç'a toujours été avec la plus parfaite convenance qu'il a exposé les raisons qui l'empêchaient d'être d'accord avec le maître, avec celui qui, pour nous servir des propres expressions de l'ancien bibliothécaire de l'Académie de médecine, a rappelé à la lumière Hippocrate, enseveli dans un texte corrompu ou dans des traductions défectueuses.

Entre ces deux savants, il faudrait être bien profondément versé dans la connaissance de la langue grecque, et avoir eu la patience de faire les mêmes recherches préparatoires, pour oser se prononcer. Nous croyons que, sans prendre parti pour l'un ou pour l'autre, on pourra profiter de leur double travail et assister avec le plus vif intérêt aux rares et courtoises discussions dont ces quelques divergences sont devenues l'occasion.

En deux mots, et pour nous résumer, nous affirmons qu'en dehors de l'Hippocrate de M. Littré, qui, au dire de M. Daremberg lui-même, sera désormais considéré comme l'*édition princeps*, mais qui est malheureusement trop étendue et trop coûteuse pour être très répandue, les *Œuvres choisies* que nous avons sous les yeux seront désormais le véritable *Hippocrate classique*; nous prédisons hardiment à cette seconde édition un succès plus grand encore et aussi mérité qu'à la première.

Dr A. Foucart.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent:
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. Decq;
A Genève, à la librairie de Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Étude de l'action de la flanelle en contact direct avec la peau, et de son influence physiologique, pathologique et thérapeutique; par le docteur Fiévée de Jeumont, chevalier de la Légion d'honneur, membre de l'Académie de médecine. In-8°. Prix: 1 fr. — A Paris, chez J. Hamel, libraire, 10, rue Racine.

doute, la constitution régnante changea elle-même, car l'épidémie succomba. A peine quelques cas de variole isolés et rares se sont-ils reproduits depuis cette vaccination en masse, et encore n'est-ce que dans les maisons et dans les familles où quelques sujets primitivement atteints n'étaient point encore entièrement guéris. »

Non-seulement la conduite tenue par notre confrère dans cette circonstance est celle que tout praticien doit imiter en pareil cas, mais nous n'hésiterions pas même, dans le cas où en présence d'une épidémie de variole le vaccin viendrait à manquer, à conseiller l'inoculation, ainsi que le fit avec succès, il y a quelques années, un médecin du département de la Lozère dont le nom nous échappe en ce moment. Doit-on rester inactif en face d'une épidémie de cette nature quand on a sous la main deux moyens pour un d'en conjurer les progrès?

Adhérences des paupières consécutives aux blépharites chroniques.

M. Marcé, à l'obligeance de qui nous devons cette note, a observé à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Velpeau, plusieurs cas d'adhérences incomplètes des paupières consécutives à des blépharites chroniques. Cette affection, quoique assez fréquente, est à peine indiquée dans les auteurs, et cependant sa description offre quelques particularités intéressantes. Les deux faits sur lesquels son attention a été d'abord appelée, et que nous rappelons brièvement, suffiront pour donner une idée de la maladie, tous les cas qui se présentent offrant une analogie extrême.

— Une Alsacienne âgée de vingt-quatre ans, grasse, très lymphatique, entre à la Charité dans le courant de novembre 1854 pour une blépharite des deux yeux qui remonte, dit-elle, à sa première enfance. Les bords libres des paupières sont de chaque côté rouges, gonflés, dépourvus de cils; mais ce qui frappe le plus, c'est l'étroitesse extraordinaire de l'ouverture palpébrale; cette étroitesse n'est pas congéniale, car au niveau de la commissure externe il existe une ligne blanchâtre de tissu cicatriciel qui indique une adhérence anomale de 5 à 6 millimètres de longueur. Rien à la commissure interne, la cornée n'est nullement cachée par les paupières, mais c'est à peine si l'on aperçoit une très petite portion de la sclérotique. On garde la malade pendant quelques jours, puis on la renvoie, après avoir amené, à l'aide d'une pommade au nitrate d'argent, un peu d'amélioration dans l'état des paupières.

— Un charrretier âgé de quarante-deux ans entre à la Charité pour une fracture des deux os de l'avant-bras; mais il offre en même temps de chaque côté une blépharite dont il fait remonter l'origine à six ou sept ans. Le bord libre des paupières est rouge, épaissi, privé de cils. A la commissure externe, de chaque côté, adhérence de 4 millimètres de longueur qui se révèle par une ligne cicatricielle blanchâtre du côté de la peau. Du côté de la muqueuse, à ce niveau, se voit un sillon dont il est facile de constater l'existence en écartant les paupières du globe oculaire. A la commissure interne, il n'existe de chaque côté qu'une bride fort ténue qui laisse encore la caroncule à découvert. La sclérotique ne se voit que très peu, et quand le malade essaye d'ouvrir l'œil, il se forme à peine un léger pli entre la paupière supérieure et l'arcade orbitaire.

On se contente de traiter la blépharite par les moyens ordinaires.

On ne rencontre que des indications fort incomplètes sur ce genre de difformité. Mackensie, MM. Desmarres, Gosselin et Denonvilliers, ainsi que la plupart des ophthalmologistes, indiquent bien certaines inflammations ulcéreuses des paupières, ou bien encore des plaies, des brûlures, comme pouvant donner lieu à l'anchyloblépharon ou au symblépharon, mais aucun d'eux ne signale d'une manière spéciale, comme cause d'adhérences, les ulcérations des commissures qui succèdent à la blépharite. Seul M. Velpeau y a consacré quelques lignes dans le *Dictionnaire en 30 volumes*, et il en parle sous le nom de phimosis des paupières.

Des notes que nous avons recueillies sur divers malades nous permettront, avec les deux faits qui précèdent, d'insister ici sur quelques détails de description.

C'est presque toujours à la commissure externe que cette difformité existe; tantôt l'adhérence n'a lieu que dans l'étendue de 1 à 2 millimètres, et c'est une simple bride qui enlève à la commissure la netteté de sa coupe, tantôt elle a 5, 6 ou 7 millimètres de longueur. La commissure nouvelle se trouve alors rapprochée de la ligne médiane, et comme trace de la soudure des paupières on rencontre une ligne cicatricielle blanchâtre qui s'arrête au point où existait la commissure normale. Plus de traces de cils, que la blépharite a fait tomber bien avant la production des adhérences; presque toujours le bord libre de chaque paupière, rouge, ulcéré, épaissi, offre l'aspect caractéristique désigné sous le nom d'yeux d'anchois. Il est bon de noter que la soudure est plus complète du côté de la peau que du côté de la muqueuse. Ainsi, tandis qu'au dehors on voit au niveau de la commissure une surface cutanée parfaitement lisse du côté de la muqueuse, en soulevant légèrement la paupière on aperçoit un sillon qui se prolonge dans une certaine étendue. Sans doute cela est dû à la présence des larmes et du mucus qui, venant s'interposer aux surfaces ulcérées et pendant la veille et pendant le sommeil, empêchent la cicatrisation de devenir aussi complète qu'en dehors.

Très rarement nous avons vu des adhérences à la commissure interne; lorsqu'elles existent, elles ont à peine 1 ou 2 millimètres d'étendue, et ne sont jamais assez considérables pour voiler la caroncule lacrymale. Sans doute la moindre fréquence des ulcérations de la commissure interne, le mucus de la caroncule lacrymale, la présence des points lacrymaux et la circulation continuelle des larmes en cet endroit sont les causes de cette rareté relative des adhérences de la commissure interne.

Quoi qu'il en soit, lorsque la soudure des paupières est considérable, il en résulte une difformité véritable. L'ouverture palpébrale est notablement rétrécie, au point qu'on n'aperçoit qu'une très petite portion de la sclérotique. Cette surface blanche qui limite de chaque côté la cornée et la fait vivement ressortir, venant à disparaître, il en résulte un aspect tout particulier de physionomie. La cornée elle-même peut être plus ou moins couverte, comme nous l'avons vu une fois, et la vision est alors gênée, sinon dans sa netteté, au moins dans son étendue.

De plus, ce sillon très profond qui se voit d'ordinaire entre l'arcade orbitaire et le bord libre de la paupière supérieure lorsque celle-ci est relevée, ce sillon tend à disparaître, et c'est à peine si pendant les mouvements de la paupière il se forme un pli incomplètement dessiné. Fixée en bas par ces adhérences, la paupière reste donc presque toujours tendue, et cette disposition contribue encore à l'aspect caractéristique de l'œil malade.

Quant au mode de production de cet anchyloblépharon, il est facile à comprendre: les cils sont tombés; au bord libre de la paupière et à la commissure externe existe une de ces ulcérations comme il s'en rencontre fréquemment dans le cours des blépharites; pendant le sommeil, les surfaces ulcérées contractent des adhérences que les mouvements de la paupière pendant l'état de veille, restreints par la photophobie et les contractions spasmodiques de l'orbiculaire, ne suffisent pas pour détruire. Il existe là d'ailleurs cette tendance à la soudure si difficile à vaincre lorsqu'il existe une ulcération au niveau d'une commissure (nous n'en voulons pour preuve que ces procédés si nombreux imaginés par les chirurgiens pour remédier aux coarctations des divers orifices naturels et obtenir la cicatrisation isolée des lèvres de la plaie dans des circonstances analogues). Au bout de quelque temps la commissure nouvelle se cicatrise; mais bientôt nouvelle ulcération, nouvelle adhérence, et c'est par la répétition du même travail que la difformité finit par devenir considérable. Aussi tous les sujets chez lesquels nous l'avons rencontrée avaient-ils des blépharites datant de six ans, de sept ans, et quelquefois même de leur enfance. Il faut noter cependant que chez les vieillards nous avons parfois rencontré une légère adhérence de la commissure externe sans que nous ayons pu retrouver de blépharite antécédente.

Tant que la soudure des paupières n'a que 2 à 3 millimètres d'étendue, c'est une simple difformité contre laquelle il n'y a pas de traitement sérieux à diriger. Mais si elle est assez considérable pour gêner notablement la vision, il faut songer à une opération, ainsi que l'indique M. Velpeau. Une incision à l'aide du bistouri ou des ciseaux mousses devra suffire; seulement on aura soin de maintenir les lèvres de la plaie écartées, soit à l'aide de bandelettes de taffetas d'Angleterre, soit à l'aide de collodion, afin d'obtenir leur cicatrisation isolée. Si l'adhérence tend à reparaître vers les angles, on pourra tous les jours déchirer la cicatrice avec l'ongle ou avec une épingle. Mais jusqu'à présent nous n'avons pas vu d'opération pratiquée pour une affection de ce genre.

FRACTURES DE LA JAMBE traitées par l'appareil de M. Baudens (1).

FRACTURES DES MALLÉOLES.

Dans notre mémoire sur l'entorse et ses complications, nous avons exposé notre traitement des fractures des malléoles par notre appareil; nous n'avons rien à y ajouter. D'ailleurs, en parlant des fractures indirectes du péroné, il en sera encore question.

FRACTURES DU PÉRONÉ.

L'articulation tibio-tarsienne, comme ginglyme, ne permet que la flexion et l'extension du pied; tout autre mouvement (abduction, adduction, rotation), s'il est un peu forcé, amènera nécessairement la rupture du péroné avec fracture de la malléole interne, ou déchirure du ligament latéral interne.

Le siége de la solution de continuité du péroné par cause indirecte offre trois variétés:

1° A la base de la malléole externe;

2° A cinq ou six centimètres au-dessus de cette malléole, au collet;

3° Au tiers supérieur de cet os.

Un aperçu rapide sur le mécanisme de ces fractures fera mieux saisir les indications curatives.

A. *Mouvements d'adduction.* — Renversé en dedans, le pied repose sur son bord externe, l'astragale sort de la mortaise péronéo-tibiale, et la malléole externe, qui n'est plus soutenue en dedans, se brise transversalement à sa base par une sorte d'arrachement opéré par les ligaments latéraux externes tendus outre mesure.

Ce n'est pas tout; quand la face dorsale du pied regarde ainsi en dehors, la face interne du calcanéum vient heurter le sommet de la malléole interne, et peut produire une fracture qui remonte plus ou moins haut et dont la pointe perfore quelquefois les téguments.

Voilà pour la fracture de la malléole interne à sa base.

B. *Mouvement d'abduction.* — Ici le pied, renversé en dehors, repose sur son bord interne; la face externe du calcanéum, rapprochée du sommet de la malléole externe, la comprime brusquement de bas en haut et de dedans en dehors. On comprend que la malléole peut encore se fracturer ainsi dans un point de son étendue; mais dans la très grande majorité des cas, les liens qui en bas unissent le péroné cèdent, ceux de son articulation supérieure résistent, et le corps du péroné, soumis dès lors à une pression dans la direction de son axe, se brise dans le point le plus faible, à cinq ou six centimètres au-dessus de la malléole, ou même à son tiers supérieur, ce qui n'est pas rare.

Les auteurs n'admettent pas comme nous la rupture préalable des liens articulaires inférieurs: « Le péroné retenu en haut, dit » M. Nélaton (*Pathologie chirurgicale*, p. 811), par la disposition » de son articulation supérieure, et en bas *par les liens qui l'unissent au tibia*, cède dans sa portion la plus faible. »

Comment comprendre cependant que le péroné puisse se rompre au-dessus de sa malléole sans la rupture préalable des liens précités? Il faut bien l'admettre de toute nécessité. Ainsi s'explique d'ailleurs, dans ce genre de fracture, l'écartement anomal des malléoles constaté à l'aide d'un compas d'épaisseur mesurant la distance qui existe entre l'une et l'autre de ces saillies osseuses.

Ce n'est pas encore tout. Les fractures du péroné dérivant de cette cause s'accompagnent toujours ou de l'arrachement de la malléole interne, ou de la déchirure du ligament latéral interne. On comprend que sans l'une ou l'autre de ces lésions préalables la surface externe du calcanéum ne saurait arriver au contact du sommet de la malléole externe. Une complication plus grave encore, c'est la rupture simultanée des téguments avec pénétration de l'air dans l'articulation astragalienne.

En résumé, nous avons vu se produire par l'adduction forcée une fracture en quelque sorte par arrachement de la malléole externe. L'abduction nous a offert les deux autres variétés de fractures du corps du péroné dans les points les plus faibles, l'une un peu au-dessus de la malléole, l'autre au tiers supérieur de cet os.

Ces deux causes ne sont pas les seules qui occasionnent les solutions de continuité du péroné; la plus fréquente peut-être est due à la rotation exagérée du pied dans son articulation tibio-astragalienne, si bien exposée par M. Maisonneuve.

C. *Cause excentrique ou par rotation.* — Si on imprime au pied dans son articulation avec la jambe des mouvements forcés de rotation, comme pour convertir le ginglyme en arthrodie, l'astragale, plus large dans son diamètre oblique que la mortaise péronéotibiale, va heurter contre la face interne des malléoles et les brise en les refoulant en dehors par une force excentrique. Ici encore, et par un mécanisme facile à saisir, on comprend que, la malléole externe résistant à l'effort opéré sur elle, les ligaments qui unissent au tibia l'extrémité inférieure du péroné puissent céder et être rompus, et une fois la diastase produite, si la puissance n'a pas épuisé son action, le péroné se fracturera dans son point le plus faible, à 5 ou 6 centimètres de la malléole et quelquefois à son tiers supérieur.

Ces variétés de fracture du péroné empruntent surtout leur gravité aux complications qui les accompagnent et que nous avons indiquées.

Quand le siége de la fracture ne dépasse pas les malléoles, il est souvent fort difficile de constater la mobilité des fragments et de produire la crépitation; le meilleur moyen consiste à saisir le bas de la jambe d'une main et de l'autre à imprimer au pied des mouvements d'adduction et d'abduction; il s'opère souvent ainsi sur le fragment mobile une traction suivie de crépitation.

Mais, en l'absence de ces signes pathognomoniques, la déformation du membre ne permet pas de douter de l'existence d'une fracture de la malléole externe.

L'axe du pied est alors dévié en dehors avec rotation du talon en dedans, parce que l'astragale, que ne soutient plus la mortaise péronéo-tibiale, a tourné dans un sens analogue, et sort en partie de l'articulation. La sortie partielle de l'astragale rend très saillant le bord antérieur de la malléole interne; mais si la rotation forcée du pied, agissant en sens inverse, a rompu la malléole interne au lieu de la malléole externe, on a des résultats à peu près analogues, mais avec des effets opposés. Ainsi l'axe du pied est dévié en dedans avec rotation du talon en dehors, avec issue partielle de l'astragale en dedans et saillie exagérée, mais plus apparente que réelle, de la malléole externe. Lorsqu'il arrive que la peau est percée par la pointe du fragment malléolaire, on peut arriver directement avec le doigt sur la surface articulaire de l'astragale, complication toujours extrêmement grave.

Dans le cas où la fracture du péroné remonte à 6 centimètres au-dessus des malléoles, on trouve une dépression, coup de hache de Dupuytren, sinon toujours visible, tout au moins reconnaissable au toucher. Cette dépression ne saurait être due, comme le pensait Dupuytren, à un mouvement de bascule du fragment malléolaire, dont l'extrémité supérieure se rapprocherait du tibia, puisque ce fragment appuie par toute sa face interne sur cet os. M. Maisonneuve en a donné l'explication en démontrant que la malléole est repoussée en dehors et en arrière, et qu'ainsi elle abandonne le fragment supérieur, qui dès ce moment devient saillant sous la peau. La malléole ainsi repoussée en dehors laisse un élargissement

(1) Fin. — Voir les numéros des 20, 27 janvier; 10, 24 février et 17 mars.

de la mortaise péronéo-tibiale déjà signalé plus haut et ordinairement de 5 à 6 centimètres, mais capable d'aller au delà.

On sait que Dupuytren a donné comme signe pathognomonique de cette fracture du péroné la torsion du pied sur son axe avec élévation de son bord externe et abaissement du bord interne. Il est bien démontré aujourd'hui que ce signe manque dans la majorité des cas, et, comme il était la base de l'appareil de Dupuytren, on comprend que cet appareil ne saurait convenir dans tous les cas. Notre boîte, avec ses trous multipliés et disposés autour des malléoles comme autant de doigts d'attente pour tirer sur les lacs de coaptation, satisfait à toutes les indications prévues ou imprévues, et ne saurait jamais être en défaut.

Des nombreux faits que nous pourrions rapporter à l'appui de notre opinion, nous n'exposerons que celui qui suit afin d'éviter des répétitions dénuées d'un véritable intérêt.

Obs. — *Fracture du péroné à six centimètres au-dessus de la malléole externe compliquée d'une fracture oblique de la malléole interne. — Déviation en dedans de l'axe du pied avec issue partielle de la surface articulaire de l'astragale. — Guérison sans difformité.*

M. M..., âgé de trente-deux ans, grand, fort, de belle et bonne constitution, d'un tempérament nerveux, extrêmement irritable, se promenait tranquillement le 15 juin 1853, quand un cheval emporté arrivant derrière lui le heurta violemment à l'épaule gauche et le jeta à quatre pas après l'avoir fait pirouetter sur lui-même.

Quand on le releva la face dorsale du pied droit regardait en dehors et sa face plantaire en dedans; les orteils, par suite d'une rotation forcée du pied sur son axe, étaient déviés en dedans, tandis que le talon était dirigé en dehors; la malléole interne, brisée vers le milieu de la voûte de la mortaise péronéo-tibiale, présentait en dedans, à trois travers de doigt au-dessus de son extrémité inférieure, un large fragment oblique dont la pointe menaçait de perforer la peau; le péroné était fracturé à 6 centimètres de la malléole externe; un écartement anomal de 10 centimètres, mesuré au compas d'épaisseur, refoulait la malléole en dehors. Nous fîmes aisément la réduction du pied, mais le déplacement articulaire se reproduisait avec une extrême facilité. L'astragale, que rien ne retenait plus, avait une grande tendance à abandonner ses rapports naturels. Le pied se déviait tantôt en dedans, tantôt en dehors et quelquefois d'avant en arrière. Dans ce dernier cas sa face dorsale diminuait ou s'allongeait, selon que la mortaise empiétait sur elle ou s'en éloignait.

Traitement. — Le membre est placé dans notre appareil à fracture. Le bandage de l'étrier, en même temps qu'il sert à fixer à la plante du pied les liens extenseurs, refoule l'une vers l'autre les malléoles; on a soin qu'il ne dépasse pas ces saillies osseuses. Dès que les lacs extenteurs et contre-extenseurs ont assujettis le pied et la jambe, il ne reste plus qu'à appliquer les lacs de coaptation pour remédier aux divers déplacements du pied et l'immobiliser dans une bonne direction.

La jambe, reposant sur sa face postérieure, a une tendance à se porter en avant; tandis que le pied, obéissant à son propre poids, glisse en arrière. Comme on remédiait très bien à cette double tendance d'une part en refoulant la jambe avec un doigt appliqué à son quart inférieur, d'une autre part en soulevant le pied avec l'autre main, la puissance du doigt fut remplacée et rendue permanente par un lac en caoutchouc, dont les chefs furent fixés dans les trous des parois de notre boîte, et l'action de la main fut suppléée par les liens extenseurs fixés à la plante du pied; il suffit, en effet, de les engager dans une rangée plus élevée de trous dont la planchette digitale est percée pour les doter d'une puissance oblique d'arrière en avant capable de tenir le pied soulevé.

Ce n'est pas tout : il fallait remédier à la déviation latérale du pied, à l'écartement de la mortaise péronéo-tibiale déjà rapprochée, il est vrai, mais incomplètement, par quelques tours de bande empruntés au bandage de l'étrier.

Les malléoles furent embrassées de l'un et de l'autre côté par les bouts d'une bande élastique disposés en anse, de façon à les rapprocher chaque jour de plus en plus en tirant sur les liens parfaitement équilibrés et opposés d'action, dont les chefs venaient se nouer dans les trous de notre boîte.

Le pied, quand nous vîmes le blessé, huit heures après l'accident, était en outre fortement ecchymosé en dedans comme en dehors, douloureux et déjà très chaud; l'inflammation traumatique marchait rapidement. Pouls nerveux, précipité, à 95 pulsations; inquiétude et anxiété extrêmes. — Glace en abondance et en permanence sur les régions malléolaires préalablement recouvertes d'une légère couche de charpie.

La saignée du bras est ajournée à cause de la prédominance des phénomènes nerveux. Du reste, le blessé est beaucoup plus calme depuis l'application de l'appareil, et surtout depuis que la glace, en soutirant la chaleur développée en excès dans la blessure, a apaisé notablement la douleur.

Le 16 juin, nuit agitée; peu de sommeil, uniquement à cause des inquiétudes du blessé, car il déclare n'éprouver de souffrance ni dans le pied et ni dans la jambe. Les seules douleurs qu'il ressent sont dans l'épaule gauche, qui a reçu le choc du cheval. Un examen attentif n'y fait découvrir aucune lésion sérieuse. Malgré la présence de la glace, la tuméfaction a un peu augment. On relâche légèrement les lacs de la coaptation. La température locale est notablement plus élevée dans la région vulnérée que dans celle du côté opposé. On ajoute à de la glace pilée du sel marin, pour obtenir un froid plus intense; le thermomètre centigrade marque 11 degrés au-dessous de zéro. On cesse l'emploi du sel pour continuer la glace seule au bout d'une heure; mais de temps en temps, dans le courant du traitement, il faut reprendre le sel, quand le malade déclare que le membre brûle sous la glace et que celle-ci semble se réchauffer.

Les jours suivants se passent assez bien. On maintient le pied et la jambe dans des rapports parfaits; on rapproche les malléoles en resserrant un peu les lacs coaptateurs; on a soin que la plante du pied se présente bien carrément, sans incliner vers son bord interne ni externe. On diminue ou augmente l'intensité du froid, selon la sensation du blessé, dont le moral se raffermit, et qui n'a pas eu besoin d'être saigné.

Le vingt-cinquième jour la glace fait éprouver un froid désagréable (la température locale est tombée); on la supprime par intervalles, et à partir du 30 elle est tout à fait supprimée. La tuméfaction des malléoles est complétement tombée; on apprécie parfaitement les désordres locaux et la direction des fragments. On les remet en place avec une précision rigoureuse, que maintiennent parfaitement bien les lacs, dont l'action s'harmonie tout à fait au gré du chirurgien. Le pouls est tombé à 52 pulsations par minute.

Au quarante-huitième jour, à la levée de l'appareil, on constate que les rapports du pied avec la jambe sont normaux; à peine reconnaît-on la cassure du tibia. Quant à celle du péroné, c'est différent; on sent très distinctement l'angle formé par le fragment supérieur, mais cela n'a pas d'importance. L'écartement des malléoles a complétement disparu. De ce grave accident il ne reste qu'une demi-ankylose tibio-astragalienne, que les eaux thermales de Baréges, des douches, l'exercice et le temps ont beaucoup améliorée.

Au bout de deux mois, bien que la douleur de l'épaule eût disparu depuis longtemps, le blessé éprouva de la pesanteur dans le bras gauche, puis une paralysie complète, consécutive, à n'en pas douter, à la commotion du plexus brachial. Mais cet accident disparut promptement sous l'influence de décharges électriques faites chaque jour pendant une demi-heure sur le bras et sur l'épaule.

Nous pensons que dans les cas analogues à celui-ci le bandage de Dupuytren est complétement insuffisant, car la première indication est de remédier à la difformité du pied; et précisément Dupuytren, en tirant fortement le pied en dedans pour faire basculer en dehors le fragment inférieur du péroné, et ainsi le redresser, le déforme par un mouvement d'adduction exagéré. Sa plante, au lieu de présenter une surface carrée, est inclinée, et en voulant éviter que le malade ne marche sur le bord interne, on le fait quelquefois marcher sur le bord externe de cet appendice pelvien.

Du reste, pour les cas où la fracture du péroné étant simple, sans complications sérieuses du côté de la malléole interne, le pied aurait réellement une tendance très prononcée à tourner en dehors, notre boîte satisferait très bien à l'indication de le diriger en dedans. Il suffit pour cela de soutenir en dedans la malléole interne par un petit coussin de crin ne la dépassant pas en bas, et de fixer les lacs extenseurs attachés à la plante du pied, non plus directement à la planchette qui ferme la boîte, mais sur le côté, à la paroi interne.

BALLE ENKYSTÉE DANS LE TISSU PULMONAIRE.

Par M. le docteur Leviez (d'Arras), chef des travaux anatomiques.

Un des faits les plus intéressants de l'histoire des plaies pénétrantes de poitrine est sans contredit l'innocuité dont certains corps étrangers, et principalement les projectiles de guerre, jouissent quelquefois dans l'intérieur de la cavité thoracique et dans le parenchyme pulmonaire. Quoi de plus remarquable en effet que de voir le poumon perforé par une balle qui lacère son parenchyme, détruit ses vésicules aériennes, déchire ses vaisseaux sanguins, reste fixée au centre d'un organe aussi indispensable à la vie, et la nature, triomphant cependant de tant de causes de destruction, conserver non-seulement la vie, mais encore l'intégrité fonctionnelle, là où la mort paraissait inévitable? Ces faits, pour ne pas être extrêmement rares dans la science, n'en présentent pas moins un vif intérêt chaque fois qu'ils s'offrent à l'observation; aussi crois-je utile d'en citer un nouvel exemple, qui me semble pouvoir servir à l'histoire des plaies pénétrantes de poitrine.

Pendant le cours de mes dissections de l'année dernière, ayant introduit la main dans la cavité thoracique pour en retirer le poumon chez un jeune homme de vingt-neuf ans asphyxié par le charbon, je fus surpris de sentir à la partie postérieure du poumon gauche un corps arrondi, roulant sous le doigt, situé dans l'intérieur de l'organe, où il était retenu par des adhérences solides, qui lui permettaient cependant d'exécuter certains mouvements. Ayant procédé à un examen attentif, je trouvai que la sensation perçue était produite par une balle dite de pistolet occupant la portion de poumon située dans l'angle costo-diaphragmatique, qu'elle était logée au fond d'une cavité en forme de doigt de gant creusée dans l'épaisseur de l'organe, où elle était maintenue par des adhérences pleurétiques. Les portions du parenchyme pulmonaire les plus voisines du corps étranger étaient refoulées, durcies et semblables à de l'éponge préparée. En arrière, la paroi thoracique présentait au niveau de l'espace compris entre la dixième et la onzième côte une cicatrice d'une forme irrégulièrement arrondie par où le projectile avait pénétré dans la poitrine. Le bord inférieur de la dixième côte avait subi une perte de substance de forme semi-lunaire, encroûtée d'une sorte de cartilage et dont le diamètre se rapportait parfaitement à celui de la balle. Le tissu pulmonaire, sain d'ailleurs, n'offrait aucune trace de suppuration ou de tubercules; quelques adhérences existaient seulement au voisinage de la lésion du poumon; le sujet, du reste, était robuste et vigoureux, paraissant avoir joui d'une santé brillante, que n'avait altérée en rien le séjour de ce corps étranger.

Il est fâcheux et, pour mon compte, j'ai regretté vivement de n'avoir pu recueillir quelques renseignements sur les circonstances au milieu desquelles l'accident s'est produit et sur ses suites. D'après l'inspection des organes, il est permis, en l'absence de toute autre donnée, de tirer les conclusions suivantes :

1° Que les balles tombées dans la poitrine ne sont point toujours libres et roulantes, comme on l'a dit, mais sont quelquefois retenues par des adhérences, et dans ces circonstances toute manœuvre tendant à les ramener par l'action de la pesanteur à l'orifice de la plaie est au moins inutile ;

2° Que les projectiles perdus dans la cavité du thorax ou même fixés dans le parenchyme pulmonaire peuvent être abandonnés à eux-mêmes lorsque leur extraction menacerait d'être trop laborieuse, le poumon pouvant dans certains cas les tolérer sans trouble fonctionnel notable ;

3° Que les épanchements de sérosité purulente signalés comme la suite à peu près inévitable du séjour des corps étrangers dans la cavité thoracique ne sont pas constants, et qu'au contraire les efforts de la nature peuvent souvent conjurer toute espèce d'accidents.

NOUVEAU MODE DE PRÉPARATION des pilules de proto-iodure de fer.

M. Perrens, pharmacien à Bordeaux, vient de lire à la Société de médecine de cette ville une note dans laquelle il fait connaître un procédé sûr et expéditif pour suppléer à l'insuffisance des formulaires en ce qui concerne la préparation des pilules d'iodure de fer. L'échantillon qu'il a mis sous les yeux de la Société était depuis six mois entre les mains d'une commission, et les pilules ont été trouvées dans un état parfait de conservation, ne laissant exhaler aucune odeur d'iode.

Voici le procédé suivi par M. Perrens ;

Iode.	1	gramme.
Fer en poudre non oxydé.	1	—
Miel blanc.	1	—
Poudre de réglisse.	2	—

Broyez rapidement dans un mortier de fer l'iode et la limaille, de façon à opérer un mélange exact. Ajoutez le miel; broyez vivement; et quand la masse, de brune qu'elle était, sera devenue noire et n'exhalera plus une odeur d'iode, incorporez-y de vive force la poudre de réglisse, et divisez rapidement en 25 pilules. Argentez.

La formule ci-dessus fournit les pilules dont la Société tient l'échantillon. Elles se préparent en moins de dix minutes et se conservent indéfiniment dans la poudre de lycopode. Elles contiennent chacune 0,05 de proto-iodure de fer; elles sont légèrement déliquescentes, et doivent être gardées dans un flacon bouché.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. Audouard, bachelier ès lettres, est nommé secrétaire agent comptable de la Faculté des sciences et de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Marseille, en remplacement de M. Castan.

— Deux chimistes allemands, MM. Schrœder et Dusch, viennent de découvrir un fait des plus curieux, à savoir : que l'air filtré à travers du coton perd la propriété de déterminer la fermentation putride au sein des matières organiques abandonnées par la vie. Des expériences déjà nombreuses attestent la réalité du fait.

Voici, d'après M. Verdeil, la manière dont les chimistes allemands ont opéré.

L'appareil dont ils se servent se compose tout simplement, dit-il, d'un ballon de verre hermétiquement fermé par un bouchon de liége enduit de cire et muni de deux tubes, dont l'un est en communication avec l'une des extrémités du filtre, terminé lui-même par un petit tube à angle droit. Le second tube sert d'aspirateur; il plonge presque au fond du ballon, et communique hermétiquement avec un gazomètre.

Le ballon contient la substance fermentescible. Lorsqu'on s'est assuré que les jointures sont parfaites, on met le ballon au bain-marie, et on l'y maintient jusqu'à ce que les différents tubes de communication soient devenus chauds; après quoi l'on s'assure de nouveau de la parfaite herméticité de l'appareil, et l'on place le robinet de l'aspirateur de manière que l'écoulement d'eau s'opère goutte à goutte.

Il paraît que, par ce procédé, de la viande bouillie et du bouillon frais ont conservé toutes leurs propriétés pendant plusieurs semaines dans une atmosphère filtrée préalablement à travers du coton.

— M. le docteur Boisserie-Lasserve vient de mourir à Paris, à l'âge de 76 ans.

M. Boisserie-Lasserve avait été pendant trente ans médecin du bureau de charité du 1er arrondissement, pendant douze ans médecin-major de la garde nationale et vérificateur des décès. Depuis six mois cet honorable praticien avait été admis à l'hospice Sainte-Perrine, où des amis acquittaient la rétribution exigée, et que son indigence le mettait dans l'impossibilité de payer de ses deniers.

Lorsqu'au mois d'octobre dernier ce digne médecin reçut la décoration de la Légion d'honneur, il me disait : Annoncez à mes jeunes confrères que c'est une croix sur un tombeau! et que j'obtiens en même temps, ce qui m'est plus précieux, mon entrée à l'hôpital.

On n'accusera pas Boisserie-Lasserve, médecin du bureau de bienfaisance pendant trente ans, d'avoir manqué de zèle et de constance. Il a habité pendant quarante-six ans la même maison. Dr Caffe.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues à la Faculté de médecine par MM. :

Buhon, né le 10 juin 1827 à Cessey (Doubs); *Des inflammations aiguës simples du tissu cellulaire et des séreuses du genou.*

Martin de Gimard, né le 17 novembre 1824 à Paris (Seine); *Des troubles des fonctions du tube digestif produits par une mauvaise alimentation chez les enfants du premier âge.*

Nous rappelons à MM. les docteurs que leurs thèses seront annoncées dans l'un des numéros qui suivra la remise qu'ils en auront faite à notre bureau.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. . 30 » | POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Question du vitalisme (Barthez et Bichat). — HÔPITAL SAINT-ANTOINE (M. Aran). Observations de coliques de plomb traitées et guéries par l'emploi du chloroforme. Du mode d'administration de ce médicament dans les coliques saturnines. — ACADÉMIE DE MÉDECINE (addition à la séance du 20 mars). Suite du discours de M. Bouillaud. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, séance du 14 mars. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 26 MARS 1855.

QUESTION DU VITALISME.

(BARTHEZ ET BICHAT.)

Nous reproduisons aujourd'hui, d'après la rédaction même de l'auteur, la partie principale du discours de M. Bouillaud. Nous saisissons cette occasion pour compléter une observation critique que nous n'avons exprimée dans notre dernière appréciation que sous forme de proposition, faute de pouvoir lui donner alors les développements nécessaires ; nous voulons parler du parallèle établi par M. Bouillaud entre la doctrine vitaliste de Bichat et celle de Barthez.

Le discours de M. Bouillaud pourrait prêter à beaucoup d'autres réflexions sans doute, et un article de journal, quelque étendu qu'il fût, serait encore insuffisant pour examiner tous les points qui ont été touchés, toutes les questions qui ont été soulevées. Nous nous restreindrons pour aujourd'hui à ce seul point, que nous nous sommes bien promis de ne pas outrepasser. Ce point est celui-ci : le vitalisme de Barthez et celui de Bichat constituent-ils, au fond, une seule et même doctrine, comme le prétend M. Bouillaud, ou sont-ils, au contraire, la formule de deux écoles différentes et même opposées ?

« Sous les rapports les plus fondamentaux de la science de l'homme, dit M. Bouillaud, Barthez et Bichat, loin d'avoir fondé deux écoles essentiellement différentes ou diamétralement opposées, appartiennent à une seule et même école. Ils sont tous deux foncièrement *vitalistes*. Il est vrai, a ajouté l'orateur, qu'en attaquant le *principe vital* de Barthez, Bichat se constitue en opposition avec son rival. Mais cette opposition elle-même est bien plus *apparente* que *réelle*. Car, tout en admettant un *principe vital unique* chez l'homme, il n'en reconnaît pas moins que des forces *diverses* président aux phénomènes du corps vivant ; et, chose bien digne de remarque, c'est qu'il désigne ces forces sous les noms de forces *motrices* et de forces *sensitives*, noms qui rappellent ceux de *contractilité* et de *sensibilité*, c'est-à-dire des deux grandes *propriétés vitales* auxquelles se rapportent, selon Bichat, tous les phénomènes vitaux. »

Oui sans doute, Barthez et Bichat sont tous deux vitalistes, mais là s'arrête leur ressemblance. Combien ne diffèrent-ils pas dans la manière dont ils envisagent chacun leur principe fondamental, et surtout dans les déductions qu'ils en tirent et les applications qu'ils en font à l'explication soit des phénomènes physiologiques, soit de la pathologie ! Quelques mots suffiront pour faire ressortir ces différences que M. Bouillaud s'est efforcé de dissimuler.

Disons d'abord que Bichat (M. Bouillaud lui-même le reconnaît) n'avait pas compris ou n'avait pas voulu comprendre l'idée mère, le principe fondamental de Barthez. C'était certainement ne pas le comprendre que de confondre la doctrine de Barthez avec celles de Van-Helmont et de Stahl. Il était si loin de la partager qu'il proteste tout le long de son livre contre une semblable assimilation, et que les arguments qu'il leur oppose ne sont ni moins nombreux ni moins puissants que ceux à l'aide desquels il combat la doctrine de Boerrhaave, de Bellini, Borelli, etc., qui, avec l'animisme de Stahl, partageait à cette époque le monde médical. Que ce soit simple inadvertance ou un autre motif, cela prouverait tout au plus que Bichat tenait à ce que sa doctrine ne fût pas confondue avec celle de Barthez, mais il ne s'ensuivrait pas qu'en réalité ces deux doctrines fussent foncièrement différentes. Reprenons donc, en nous tenant le plus près possible des textes, le parallèle de M. Bouillaud.

Le point de départ de ces deux physiologistes, l'idée mère qui a présidé à la conception de leurs doctrines, nous l'avons déjà dit, sont les mêmes.

La fameuse dichotomie de Descartes, coupant violemment l'homme en deux, avait donné naissance à deux grandes écoles qui divisaient profondément alors l'opinion médicale : l'une, celle de Boerrhaave et de la secte des mécaniciens, qui chercha à réaliser l'utopie de l'homme-machine ; la seconde, celle de Stahl, pour qui l'âme était toute dans les phénomènes de la vie. Frappés l'un et l'autre de l'insuffisance de ces deux doctrines également absolues et exclusives, Barthez et Bichat conçoivent chacun de leur côté la pensée de soustraire la physiologie et la médecine à l'influence de ces deux systèmes aussi nuisibles l'un que l'autre à leurs progrès. Ils veulent surtout réagir contre les tendances iatro-physiques auxquelles le génie de Boerrhaave et l'empire qu'il exerçait sur les esprits de son temps avaient donné une si grande impulsion. Jusque-là, on le voit, c'est une même pensée, un même but qu'ils poursuivent. Nous retrouvons encore le même accord si nous considérons la manière dont ils procèdent à la recherche des principes qui doivent diriger l'étude de l'homme. S'inspirant l'un et l'autre des règles de la méthode philosophique de Bacon et de l'exemple des procédés suivis par Newton et Képler dans la recherche des lois de la physique céleste, ils cherchent à reconstituer sur une base nouvelle la physiologie de l'homme en l'étudiant en lui-même, c'est-à-dire en remontant de l'étude des effets ou des phénomènes les plus simples aux phénomènes plus généraux, de ceux-ci à leurs causes expérimentales, qu'ils formulent en *lois* ou *principes*, d'où tous ces phénomènes découlent comme de leur cause ou de leur source commune. Mais dans cette double voie, où la synthèse et l'analyse, en se contrôlant réciproquement, sembleraient devoir les conduire l'un et l'autre aux mêmes résultats, ils commencent à suivre des traces différentes qui, de divergence en divergence, les conduisent bientôt à un but presque diamétralement opposé.

En effet, tandis que Bichat, s'arrêtant en quelque sorte à demi-chemin, arrive par l'analyse des phénomènes propres aux êtres vivants à formuler un certain nombre de propriétés communes qu'il considère comme les causes générales, expérimentales de tous les actes qui se passent dans l'organisme ; Barthez, pour qui ces propriétés ne sont elles-mêmes que des facultés, des attributs d'une cause supérieure et plus générale, remontant plus haut dans l'enchaînement des effets et des causes, arrive à une cause plus générale, unique, à laquelle il donne un nom qui n'en est que l'expression abstraite.

Qui ne voit de suite la différence importante qui existe ici dès la première proposition entre la doctrine de Bichat et celle de Barthez ? Bichat reculant devant une abstraction et prenant pour exemple le monde physique, où, malgré l'admirable découverte de Newton, qui semble avoir trouvé le secret du Créateur (simplicité des causes réunie à la multiplicité des effets), on n'a pu encore arriver à une cause ou principe unique présidant à tous les phénomènes physiques ; Bichat, disons-nous, ne comprend point la nécessité d'une cause unique pour expliquer les phénomènes de la vie. Il s'en tient aux propriétés vitales que l'analyse lui a fait découvrir, la sensibilité et la contractilité, comme à l'expression la plus élevée à ses yeux et la plus générale des phénomènes inhérents à la vie ; et ces propriétés vitales, loin de rappeler l'idée de cause abstraite, de principe, de force, ne sont bientôt plus qu'un attribut, qu'un mode d'être des organes eux-mêmes, dans lesquels elles sont substantialisées ou *incarnées*, comme dirait M. Bouillaud.

Quant à l'analogie ou à la ressemblance que M. Bouillaud trouve entre ces propriétés vitales de Bichat et les forces motrices et sensitives de Barthez, qui sont pour le physiologiste de Montpellier comme autant de forces vives dépendant du principe unique de la vie, il ne faut que lire avec quelque attention les deux auteurs et réfléchir à la portée de leurs expressions pour voir combien elles diffèrent dans leur esprit.

Si ces différences ne suffisaient pas pour établir une ligne de démarcation profonde entre la doctrine de Bichat et celle de Barthez, il ne faudrait, enfin, pour montrer toute la distance qui les sépare, que suivre ces deux auteurs dans les conséquences ultimes où les conduit leur point de départ. En remontant jusqu'à l'unité de cause, Barthez consacre ces grands principes de l'unité, de l'individualité et de la spontanéité du système vivant qui rappelle sous d'autres formes et sous d'autres expressions la doctrine hippocratique dont l'Ecole de Montpellier a toujours eu la prétention de procéder, et qui donne la clef d'une foule de problèmes, de faits généraux de pathologie qu'on ne saurait comprendre sans leur secours. Suivez, au contraire, les conséquences du principe de Bichat, et vous arrivez nécessairement, fatalement, oserions-nous dire, à ce système des localisations dont on connaît si bien aujourd'hui le dernier mot.

Nous ne prétendons juger en ce moment ni l'une ni l'autre des deux écoles qui ont surgi de l'impulsion imprimée par ces deux grands physiologistes aux idées de leur temps ; nous n'avons voulu, en rappelant quelques-unes des différences notables qui les distinguent, que mieux faire ressortir, contradictoirement à la thèse de M. Bouillaud, la différence fondamentale des principes physiologiques dont elles procèdent. — Dr Brochin.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. ARAN.

Observations de coliques de plomb traitées et guéries par l'emploi du chloroforme. — Du mode d'administration de ce médicament dans les coliques saturnines.

(Observations recueillies par M. A. FOURNIER, interne des hôpitaux.)

Il y a quelques années, de divers points de la France, plusieurs médecins distingués signalaient presque simultanément l'utile emploi des agents anesthésiques dans le traitement de la colique de plomb. Depuis cette époque, les observations se sont multipliées, et avec elles les heureux résultats de cette médication bienfaisante. Des médecins auxquels revient l'honneur d'en avoir constaté les avantages, les uns se bornaient à administrer le chloroforme à l'extérieur ; les autres, à la fois plus hardis et mieux inspirés, le donnaient en potions ; enfin, l'un d'eux, combinant ces deux modes d'administration, et donnant à l'emploi du chloroforme toute l'extension d'un traitement largement institué, eut le double mérite de montrer toute la valeur réelle de cet agent, et d'en faire, non plus l'auxiliaire d'une médication quelconque, mais le remède unique, presque le spécifique des coliques saturnines.

C'est à l'école de ce médecin, M. le docteur Aran, qu'ont été puisées les considérations qui vont suivre ; et c'est dans une année passée sous sa direction que nous avons pu observer les résultats si remarquables de la médication anesthésique.

Laissons parler les faits avant d'en tirer les déductions que leur analyse peut offrir.

Dans le cours de l'anné 1854, et à l'hopital Saint-Antoine (salles Saint-Antoine et Saint-Joseph), six malades (hommes) atteints de coliques saturnines se sont présentés à notre observation. Tous ont été soumis à l'emploi du chloroforme, mais à doses différentes et dans une durée variable suivant l'intensité de l'affection.

De ces six coliques, l'une était assez légère ; deux présentaient une intensité moyenne ; deux autres s'offrirent avec des caractères très violents ; la dernière, extrêmement intense, se compliqua d'accidents d'encéphalopathie saturnine à forme convulsive. Sacrifiant les considérations symptomatologiques, nous analyserons ces six observations au point de vue purement thérapeutique.

Dans la première observation, c'est un jeune homme de vingt et un ans, ferblantier, qui se présente à l'hôpital avec les symptômes suivants : colique légère ayant succédé à des douleurs sourdes intermittentes que le malade éprouvait dans le ventre depuis huit jours. Constipation depuis la même époque ; perte d'appétit, vomissement des boissons, traces de liséré bleuâtre aux gencives. — Une application de chloroforme est faite sur le ventre ; potion avec 50 gouttes de chloroforme ; deux lavements simples, suivis chacun d'un quart de lavement avec 30 gouttes de chloroforme. Dès le premier jour la colique disparaît.

Pendant deux jours la même médication est continuée, mais avec suppression d'un lavement le troisième jour. Les douleurs ne reparaissent pas.

Le troisième jour le jeune homme se trouve très bien portant, avec bon appétit et selles régulières. On supprime dès lors tout traitement, et dans le courant de la semaine suivante aucun accident ne se reproduit.

Dans ce cas, il est vrai, le peu de gravité des symptômes ne permettrait pas de conclure à une valeur bien réelle du traitement par le chloroforme, si les observations suivantes de coliques plus graves ne venaient s'y joindre.

Les observations II et III montrent des coliques d'intensité moyenne soumises à la même médication.

OBS. II. — C... (Aimé), vingt-huit ans, d'une assez forte constitution, a travaillé pendant dix jours (du 9 au 19 novembre) à la fabrique de céruse de Clichy à écraser le blanc de plomb. Après deux ou trois jours de ce travail, il sentit son appétit diminuer, puis il éprouva un violent malaise accompagné de lassitude générale, faiblesse, pâleur du visage, difficulté pour aller à la selle.

Quelques jours plus tard il fut pris d'une façon assez brusque de vives coliques autour de l'ombilic et il éprouva même une défaillance.

Entré à la Pitié, où il fut traité par les purgatifs et les narcotiques, il éprouva un grand soulagement, et sortit, après une dizaine de jours, ne ressentant plus de coliques, mais toujours faible et n'allant à la selle qu'avec de grandes difficultés. Mais, les coliques ayant éclaté de nouveau au bout de quelques jours avec la même intensité et accompagnées de vives douleurs dans les membres, de déchirements dans les mollets, le malade entra à l'hôpital Saint-Antoine le 17 décembre.

Le 18, à la visite, on le trouve en proie à de vives souffrances : il

dit éprouver des coliques très douloureuses, dont il précise le siége au niveau de l'ombilic et à l'hypogastre. Il ne parvient à dominer la douleur qu'en s'appliquant fortement les mains sur l'abdomen ou en se couchant sur le ventre.

Chaleur à la peau, léger mouvement fébrile, 84 pulsations; constipation datant de quatre jours; nausées, vomissements; liséré bleuâtre des gencives, face pâle. — Application de chloroforme sur le ventre; 30 gouttes de chloroforme dans une cuillerée d'eau, *illico*. Deux juleps chacun avec 50 gouttes de chloroforme l'un pour le matin, l'autre pour le soir. Deux lavements simples suivis chacun d'un quart de lavement avec 30 gouttes de chloroforme; limonade tartrique, bouillons.

Le 19, le malade a ressenti un soulagement presque immédiat après l'application du chloroforme et la première potion. Les douleurs ont persisté, mais elles sont beaucoup moindres. Encore un peu de chaleur à la face; 76 pulsations. Le malade a rendu ses lavements, mais sans matières. — Même prescription, bain sulfureux.

Le 20, grand soulagement, plus de douleurs, appétit; quelques matières ont été rendues à partir du premier lavement. — Même prescription, sauf la potion du matin, qui est supprimée; une portion, bain alcalin.

Le 21, même état; cependant quelques crampes dans les membres; appétit conservé, bien qu'un peu moindre que le 20. Quatre garde-robes depuis hier. — Même prescription, bain sulfureux.

A dater du 22 l'état du malade reste très satisfaisant. Les douleurs n'ont pas reparu. L'appétit augmente de jour en jour, et le nombre des portions s'élève progressivement d'une à quatre. Les selles sont régulières.

Le 23, on supprime la dernière potion; le 24, l'un des lavements; le 26, on cesse tout traitement.

Sortie de l'hôpital le 29 dans le meilleur état.

Ainsi dans ce fait le soulagement est presque immédiat; le troisième jour les douleurs ont disparu et le malade demande à manger; les garde-robes se rétablissant, le quatrième et le cinquième l'état du malade est des plus satisfaisants.

La troisième observation est presque la répétition de la précédente pour les symptômes et le traitement. Nous nous bornerons à en signaler les résultats :

Soulagement presque immédiat; le deuxième et le troisième jour, persistance de quelques douleurs dans le ventre; retour de l'appétit le quatrième; le cinquième, cessation complète des douleurs; garde-robes rétablies dans la même journée, guérison. (Nous ferons remarquer que ce malade avait éprouvé, il y a trois ans, une première colique, qui avait été traitée par les purgatifs et n'avait cédé qu'après six semaines de traitement.)

Dans les quatrième et cinquième observations, les symptômes sont portés à une intensité plus grande. Nous exposerons la première avec quelques détails, parce qu'elle offre, outre l'intérêt thérapeutique, quelques particularités symptomatologiques assez curieuses, notamment l'exagération de la sensibilité de la peau à la région abdominale, symptôme bizarre, en opposition avec les résultats de l'observation journalière, qui montre sur la peau des malades atteints d'affection saturnine, sinon une abolition complète, du moins un affaiblissement de la sensibilité tactile.

OBS. IV. — B... (Jules), âgé de trente-six ans, vernisseur, assez robuste, d'une bonne santé antérieure; affecté en 1846 d'une colique de plomb qui fut traitée par les vomitifs et les drastiques, et ne céda qu'après vingt et un jours de traitement. Sujet depuis un an à des vomissements bilieux répétés.

Depuis un mois il ressentait un léger malaise, avec diminution des forces et certain degré de langueur; sa face était devenue pâle et jaunâtre; son appétit était moindre, ses garde-robes assez rares.

Le 27 juin au matin, il fut pris de vomissements bilieux; en même temps éclata d'une façon brusque une vive douleur ayant son siége dans le flanc gauche.

Le malade entre à l'hôpital dans la matinée du même jour.

Etat actuel. — Le malade est en proie à une violente agitation. Il dit ressentir une vive douleur dans le ventre, au niveau de l'ombilic et du flanc gauche, douleur continue, mais augmentant par accès et devenant alors insupportable. Il vomit encore abondamment des matières verdâtres, d'aspect bilieux. La peau est froide; la face est jaune, les traits altérés; liséré des gencives très marqué; pouls faible, lent (56 pulsations). Le ventre est peu tendu; la peau de l'abdomen offre une sensibilité exagérée, même à une faible pression. Constipation depuis plusieurs jours; néanmoins, à l'aide de plusieurs lavements, le malade a pu rendre hier soir quelques matières très dures. Depuis ce matin, vive cuisson dans l'urètre au passage des urines. A la suite des accès de douleurs, un accablement profond succède à l'agitation momentanée qu'ils ont produite. — Application de chloroforme sur le ventre; 40 gouttes de chloroforme dans une cuillerée d'eau au moment de la visite; deux potions, chacune avec 50 gouttes de chloroforme, l'une pour la journée, l'autre pour le soir; deux lavements simples, suivis chacun d'un quart de lavement avec 30 gouttes de chloroforme; limonade tartrique; deux bouillons froids.

Le 28, la journée du 27 a été calme à partir d'une heure; de même pour la nuit. Néanmoins les vomissements n'ont cessé complétement que dans la soirée; ce matin même ils sont apparus de nouveau. La douleur persiste, mais avec une intensité moindre; les accès sont moins pénibles. Pas de selles; 52 pulsations. La peau de l'abdomen conserve la même exagération de sensibilité. Inappétence. — Même prescription. Bain sulfureux.

Le 29, la douleur a beaucoup diminué, elle ne se manifeste plus que de temps en temps dans le flanc gauche; elle est alors beaucoup moins vive que précédemment. Le malade a pu dormir paisiblement cette nuit. Pas de selles. Un seul vomissement. Peu d'appétit; 48 pulsations. — Même prescription. Bain alcalin; une portion.

Le 30, huit garde-robes dans la journée, les premières avec des matières dures, noires, ovillées, les dernières très liquides. Le malade se sent très soulagé; son appétit renaît. 60 pulsations. Encore un peu de sensibilité abdominale. — Même prescription. Bain sulfureux; une portion.

Le 1er juillet, le malade se trouve assez bien, à part quelques coliques sourdes. Trois garde-robes depuis hier. Appétit, quoique la bouche soit encore amère. — Même prescription. Bain alcalin; deux portions.

A partir du 2 juillet, l'amélioration continue; les douleurs ne reparaissent plus, si ce n'est dans la matinée du 4, c'est-à-dire (et cela est utile à observer) *le lendemain du jour où l'on a supprimé la potion du soir*; les garde-robes sont naturelles, fréquentes; l'appétit excellent. Le 7, la guérison est acquise; santé parfaite.

Le même traitement a été continué dans cet intervalle. Le 4, on a supprimé la potion du soir; bains sulfureux et alcalins chaque jour, alternativement. Le 8, on supprime un des lavements; le 9, la potion. On continue pendant quelques jours le dernier lavement de chloroforme.

Le malade reste en observation à l'hôpital, parfaitement guéri, se portant à merveille, jusqu'au 18 juillet.

L'observation n° 5 montre un malade atteint des mêmes symptômes, à part l'exagération de la sensibilité cutanée, avec une intensité égale, et traité avec un succès presque aussi rapide, si l'on tient compte de la mauvaise volonté que montra le malade à prendre ses lavements et surtout à les conserver. En voici le sommaire:

(Nous donnerons la suite de ces observations dans notre prochain numéro.)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

ADDITION A LA SÉANCE DU 20 MARS 1855.

Suite du discours de M. le professeur Bouillaud.

..... M. Bousquet a dit que « spiritualiste en physiologie, M. Piorry » est matérialiste à l'excès en pathologie. » M. Piorry a répondu en ces termes : « Plus que personne, je suis le défenseur de cette grande » pensée, que l'âme, sous l'influence divine, est le promoteur de la » formation organique. » Cette réponse ne satisfait guère M. Bousquet, car il réplique ainsi : M. Piorry se comprend sans aucun doute; pour moi, je m'incline et n'insiste pas sur ce point. Il faut dire cependant ce que devient l'âme de M. Piorry. Après avoir créé l'organisation elle prend son vol, et le médecin reste en présence de l'organisation; il n'a d'action que sur l'organisation... Cela dit, j'écarte respectueusement l'âme de ces débats.

J'approuve notre confrère, et j'aurais dû l'imiter. Mais alors il fallait renoncer à traiter le sujet du vitalisme, comme on le verra.

Dans son second discours, consacré à la réfutation de celui de M. Bousquet, M. Piorry s'exprime ainsi :

« En admettant que l'âme est le point de départ de l'organisation, » j'ai émis une proposition discutable sans doute, mais fondée sur des » faits, et qui n'a elle-même rien d'obscur dans l'expression. Me demander ce que devient cette âme après que l'organisme est formé, c'est » me poser une question insoluble; mais ce que je dirai, c'est qu'il » serait encore plus clair d'admettre comme établi que cette âme continue à présider à l'harmonie des organes et des fonctions, que de » supposer l'existence d'un *principe vital*, de forces qui en seraient » distinctes; ajouter que c'est cette influence de l'âme sur la matière » organisé qui constitue la vie, c'est donner de celle-ci une définition » plus exacte que la plupart de celles qui en ont été données, et qui » été parfois inintelligibles. »

Je conviendrai volontiers que la définition de notre honorable collègue peut être préférée à celle de Virey, qu'il nous a citée, et que l'on peut placer au premier rang de celles qui *ont été parfois inintelligibles*.

Mais si la définition de M. Piorry l'emporte sur celle de Virey, je suis obligé de reconnaître, avec M. Bousquet, qu'elle laisse néanmoins beaucoup à désirer sous le rapport de la précision et de la clarté, ces deux qualités essentielles de toute bonne définition. M. Piorry convient lui-même que considérer, avec lui, l'âme comme le point de départ de l'organisation, c'est là une proposition discutable. Il ajoute que lui demander ce que devient cette âme après que l'organisme est formé, c'est lui poser une question insoluble, et je pense que l'Académie tout entière sera de son avis. Mais je ne sais pas trop si cette *docte assemblée* sera de son avis encore lorsque M. Piorry affirme « qu'il serait encore plus » clair d'admettre comme établi que cette âme continue à présider à » l'harmonie des organes et des fonctions, que de supposer l'existence » d'un principe vital, de forces qui en seraient distinctes, et que » c'est cette influence de l'âme sur la matière organisée qui constitue » la vie. » Nous verrons en effet bientôt que l'âme telle que la conçoit ici M. Piorry est, d'après Barthez, essentiellement distincte du principe vital proprement dit, et du ressort spécial de la métaphysique et de la théologie.

Nous verrons ensuite que M. Lordat, l'auteur de la théorie du double *dynamisme*, adoptant, peut-être à son insu, les systèmes de Bichat et de Barthez, qu'il exprime d'une manière brillante et poétique, admet dans l'homme l'existence de deux âmes, dont l'une, de *seconde majesté*, fait la vie du corps humain et ne participe pas à l'immortalité de l'autre, *qui dessert la raison et la volonté*.

Sans m'expliquer plus longuement ici sur cette grave question, que nous retrouverons un peu plus loin, je dirai seulement que l'opinion des Barthez et des Lordat me paraît plus satisfaisante que celle de M. Piorry et de tous ceux qui avant lui, Stahl en particulier, enseignent qu'une seule et même âme préside à tous les phénomènes du corps humain vivant. En effet, il est une grande classe de phénomènes que les végétaux ont en commun avec les animaux et l'homme, et de là le nom de vie végétative (vie organique de Bichat), que l'on a donné à l'ensemble de ces phénomènes et des forces qui les régissent. Or, en conscience, peut-on dire que les végétaux ont une âme semblable à celle des animaux, et surtout à celle de l'homme?

Mais passons à un autre sujet, savoir : le parallèle des *doctrines vitalistes* de Barthez et de Bichat, ces deux grands représentants des écoles de Montpellier et de Paris à la fin du dernier siècle et au commencement de celui-ci. Nous allons mettre en regard les principes fondamentaux de l'un et de l'autre, et ce ne sera pas sans quelque surprise que l'Académie les trouvera essentiellement les mêmes.

Théorie ou profession de foi de Barthez. — 1° La science de l'homme a fait peu de progrès jusqu'à présent, et même beaucoup moins à proportion que n'en ont fait d'autres sciences utiles.

La cause de cette différence me paraît être qu'on a négligé dans l'étude de l'homme les règles fondamentales de la vraie méthode de philosopher.

2° On ne peut attendre de grands progrès dans une science où la méthode philosophique a été négligée que lorsqu'on y renouvelle le corps entier de la doctrine, conformément aux vrais principes de cette méthode.

Je me propose de donner dans cet ouvrage un essai de la forme nouvelle que doit prendre la physiologie ou la *science de la nature humaine*.

3° La philosophie naturelle a pour objet la recherche des causes des phénomènes de la nature, *mais seulement en tant qu'elles peuvent être connues d'après l'expérience*. Les phénomènes de la nature ne peuvent nous faire connaître la *causalité* ou l'action nécessaire des causes dont ils sont les effets, mais seulement nous manifester l'ordre dans lequel ils se succèdent; nous dire quelles sont les règles que suit la production de ces effets, et non ce qui constitue la nécessité de cette action. De là, il suit que dans la philosophie naturelle, on ne peut connaître les causes générales que par les lois que l'expérience réduite en calcul a découvertes dans la succession des phénomènes. On peut donner à ces causes générales, que j'appelle *expérimentales*, ou qui ne sont connues que par leurs lois que donne l'expérience, les noms synonymes et pareillement indéterminés de principe, de puissance, de force, de faculté, etc.

4° Toute explication des phénomènes naturels ne peut en indiquer que *la cause expérimentale*. Expliquer un *phénomène* se réduit toujours à faire voir que les faits qu'il présente se suivent dans un ordre analogue à l'ordre de succession d'autres faits qui sont plus familiers, et qui dès lors semblent être plus connus.

5° C'est ainsi qu'après avoir trouvé que la pesanteur et la force centripète de la lune suivent une même loi dans leurs effets, Newton a dit que leur cause commune est la gravitation.

Les progrès de l'astronomie ont ramené à un petit nombre de causes expérimentales l'immense variété des effets observés dans la physique céleste, et la simplicité de ces ressorts nous présente maintenant dans tout son jour la beauté du plus grand spectacle de la nature.

6° Dans les premiers pas de toute science naturelle, les causes expérimentales que font connaître les lois observées dans la succession des phénomènes ne peuvent être qu'en grand nombre.

7° Il est également nuisible à la marche des sciences naturelles d'y trop étendre le nombre de ces causes, ou de le trop resserrer. Les anciens ont eu trop de facilité à multiplier, dans l'étude de la nature, le nombre des causes expérimentales. La plupart des modernes sont tombés dans un défaut opposé... Quelques-uns ont ainsi voulu réduire à une seule force les *facultés occultes* des anciens, qu'ils croyaient d'ailleurs pouvoir détruire entièrement.

8° Dans toute science naturelle, les hypothèses qui ne sont point déduites des faits propres à cette science... doivent être regardées comme contraires à la bonne méthode de philosopher. On ne doit pas employer des principes étrangers aux faits qui sont l'objet de cette science.

9° Le plus grand nombre des physiologistes du dernier siècle a cru pouvoir expliquer tous les phénomènes de la physique des animaux par des principes de mécanique ou de physique générale... Cette secte des mécaniciens a été très bien réfutée par Stahl et les autres anatomistes... Pour rendre compte des principaux phénomènes de la santé et des maladies, ils ont cru qu'il suffisait de recourir à l'influence de l'âme pensante, qui était la seule cause d'action spontanée dans toutes les parties du corps.

Mais les faits ne démontrent d'aucune manière que tous les mouvements qui s'exécutent dans le corps vivant (sans être sensiblement dépendants de la volonté) soient causés par le même être pensant dont l'influence détermine les mouvements volontaires.

La bonne méthode de philosopher dans la science de l'homme exige qu'on rapporte à un seul principe de vie dans le corps humain les forces vivantes qui résident dans chaque organe et qui en produisent les fonctions, tant générales, de sensibilité, de nutrition, etc., que particulières, de digestion, de menstruation, etc.

Ma doctrine sur les points les plus importants de la physiologie est très souvent diamétralement opposée aux dogmes qui sont propres aux mécaniciens (Bellini et Boerrhaave), à Van-Helmont, à Stahl, à Lacase, et elle est toujours essentiellement différente de toutes les doctrines connues jusqu'à ce jour (1806).

Théorie ou profession de foi de Bichat. — 1° L'époque de Newton, si remarquable pour les sciences physiques, fut nulle pour les sciences physiologiques; que dis-je! elle recula leurs progrès. On ne vit bientôt qu'attraction et qu'impulsion dans les phénomènes vitaux.

L'impulsion donnée à la science (par là Bichat entend l'ensemble des principes qui dirigent les auteurs) doit être désormais absolument différente dans les livres physiologiques et dans les livres physiques. Il faudrait, pour ainsi dire, un langage différent.

2° L'ouvrage que j'offre au public lui paraîtra, je crois, nouveau... sous le rapport des principes qui en constituent la doctrine, laquelle ne porte précisément l'empreinte d'aucune de celles qui règnent en médecine et en physiologie.

3° Les sciences physiques et physiologiques ont pour objet la recherche des phénomènes et des propriétés des êtres inorganiques et des êtres organiques. Telle est l'immense influence de ces propriétés, qu'elles sont le *principe* de tous les phénomènes. Il ne faut pas remonter au delà d'elles dans nos explications, elles offrent les *principes*, et ces explications doivent en être déduites comme autant de conséquences. Les sciences physiques, ainsi que les physiologiques, se composent donc de deux choses : 1° de l'étude des phénomènes, qui sont les effets; 2° de la recherche des connexions qui existent entre eux et les propriétés physiques ou vitales qui en sont les causes.

4° Partout dans les sciences physiologiques, dans la pathologie, dans la thérapeutique, etc., ce sont les *lois* vitales qui président aux innombrables phénomènes dont ces sciences sont l'objet; il n'est pas un seul de ces phénomènes qui ne découle de ces lois essentielles et fondamentales comme de sa source. Si je parcourais toutes les divisions des sciences physiques, vous verriez de même les lois physiques être, en

dernier résultat, le principe unique de tous leurs phénomènes. Mais cela est si connu qu'il serait superflu de s'y arrêter.

5° Newton remarqua l'un des premiers que, quelque variables que fussent les phénomènes physiques, tous se rapportent cependant à un certain nombre de principes. Il prouva surtout que la faculté d'attirer joue parmi eux le principal rôle. Attirées l'une par l'autre et par leur soleil, les planètes décrivent leurs courbes éternelles; attirés au centre de la nôtre, les eaux, les airs, les pierres, etc., se meuvent ou tendent à se mouvoir pour s'en approcher; idée sublime sans doute, que celle qui servit tout à coup de base à toutes les sciences physiques. Rendons grâce à Newton; il a trouvé le premier le secret du Créateur, savoir : la simplicité des causes réunie à la multiplicité des effets.

6° Pendant longtemps, dans les sciences physiques et physiologiques, chaque fait observé était pour ainsi dire l'objet d'une hypothèse particulière.....

7° C'est le propre de tous ceux qui ont une idée générale de vouloir ployer tous les phénomènes à cette idée. Le défaut de trop généraliser a peut-être plus nui à la science que celui de ne voir chaque phénomène qu'isolément.

8° C'est un contre-sens dans les sciences physiques et physiologiques que de les entremêler. Comme les sciences physiques ont été perfectionnées avant les physiologiques, on a cru éclaircir celles-ci en y associant les autres : on les a embrouillées. C'était inévitable; car appliquer les sciences physiques à la physiologie, c'est expliquer par les lois des corps inertes les phénomènes des corps vivants. Or voilà un principe faux. J'en excepte cependant les cas où le même organe devient le siége des phénomènes vitaux et physiques.

9° Brillant de génie, Boerrhaave (le chef de l'école mécanicienne) se laissa éblouir par un système qui éblouit aussi tous les esprits de son siècle..... Moins brillant que profond, Stahl forma pour les sciences physiologiques une époque plus digne de remarque que celle de Boerrhaave. Il sentit la discordance des lois physiques avec les fonctions des animaux : c'était le premier pas pour la découverte des lois vitales; il ne fit pas cette découverte.

L'âme fut tout pour lui dans les phénomènes de la vie : c'était beaucoup de négliger l'attraction, l'impulsion, etc. Stahl sentit ce qui n'était pas le vrai; le vrai lui-même lui échappa. Plusieurs auteurs ont marché sur ses traces, en rapportant à un principe unique, diversement dénommé suivant chaque auteur, tous les phénomènes vitaux.

Ce principe, appelé *principe vital* par Barthez, *archée* par Van-Helmont, etc., est une abstraction qui n'a pas plus de réalité que n'en aurait un principe également unique qu'on supposerait présider aux phénomènes physiques. Parmi ceux-ci, les uns dérivent de la gravité, les autres de l'élasticité, d'autres des affinités, etc. De même, dans l'économie vivante, il en est qui dérivent de la sensibilité, d'autres de la contractilité..... L'art doit beaucoup à plusieurs médecins de Montpellier pour avoir laissé les théories boerrhaaviennes, et avoir plutôt suivi l'impulsion donnée par Stahl; mais en s'écartant du mauvais chemin, ils en ont pris de si tortueux que je doute qu'ils y trouvent un aboutissant.

Il résulte de ces passages de Bichat et de Barthez que, sous les rapports les plus fondamentaux de la science de l'homme, ces deux illustres physiologistes, loin d'avoir fondé deux écoles essentiellement différentes ou diamétralement opposées, appartiennent à une seule et même école. Ce qu'il y a d'évident comme la lumière, c'est que ces deux grands maîtres sont foncièrement *vitalistes*. Il est vrai qu'en attaquant le *principe vital* de Barthez, Bichat se constitue en opposition avec son rival.

Mais cette opposition elle-même est bien plus apparente que réelle. Car, tout en admettant un principe vital unique chez l'homme, il n'en reconnaît pas moins que des forces diverses président aux phénomènes du corps vivant; et, chose bien digne de remarque, c'est qu'il désigne ces forces sous les noms de forces motrices et de forces sensitives, noms qui rappellent ceux de contractilité et de sensibilité, c'est-à-dire des deux grandes propriétés vitales auxquelles se rapportent, selon Bichat, tous les phénomènes vitaux. Barthez, comme Bichat, étudie ces forces dans les solides et dans les liquides, et tous deux reconnaissent une vitalité dans le sang, sans pouvoir toutefois rigoureusement définir cette vitalité. Sans doute, en descendant dans ces détails et dans ces applications, Bichat et Barthez ne restent pas toujours semblables l'un à l'autre. Mais dans le fond, encore une fois, leurs doctrines ne sont point contraires. Aussi Barthez, comme Bichat, proclame-t-il que sa doctrine diffère à la fois et de celle de Boerrhaave et de celle de Stahl. Que dis-je ! il va jusqu'à se séparer, comme Bichat lui-même, de l'école de Montpellier, telle que l'entendent quelques-uns. Après avoir répété dans la note 8 du premier volume de ses *Éléments* que sa doctrine sur tous les points les plus importants de la science de l'homme diffère essentiellement de toutes les doctrines connues avant lui et même qu'elle est diamétralement opposée aux opinions de Van-Helmont, de Stahl et des solidistes, entre lesquels il met au premier rang son illustre ami M. Bordeu, il ajoute : « Il y a quelques médecins qui ont affecté d'avancer et de redire que des opinions de ces auteurs s'est formée dans l'école de Montpellier une nouvelle doctrine qu'ils prétendent sans aucun fondement être la mienne. Je me borne à répondre ici à ces détracteurs indirects qu'on ne peut indiquer un seul article fondamental en physiologie sur lequel je n'aie combattu par des assertions qui me sont propres les idées qui appartiennent spécialement à Van-Helmont, à Stahl et aux solidistes, idées qui ont pu d'ailleurs être ou n'être pas adoptées par tels ou tels membres de l'école de Montpellier. »

Quoi qu'il en soit, ce passage prouve que, même du temps de Barthez, l'unité n'existait pas dans l'école de Montpellier. Il prouve aussi, comme d'autres rapportés plus haut, que Bichat était dans l'erreur en confondant la philosophie physiologique de Barthez avec celle de Van-Helmont et Stahl. Bichat se trompait encore s'il croyait, avec beaucoup d'autres, que Barthez considérait comme un être réel, existant par lui-même, ce qu'il désignait sous le nom de principe vital, et que le célèbre physiologiste de Montpellier avait eu la prétention d'expliquer les phénomènes vitaux en les rapportant à son principe vital. En effet, voici comment Barthez s'exprime formellement sur ces deux articles fondamentaux : « Dans la première édition de mes *Nouveaux éléments de la science de l'homme* (1778), j'ai rapporté les phénomènes de l'économie animale à l'action d'un principe vital. Cependant je n'ai jamais affirmé (comme on me le fait dire) que ce principe soit un être existant par lui-même et distinct de l'âme et du corps de l'homme. Je n'ai jamais pu penser (quoique plusieurs personnes me l'aient faussement attribué) que le nom de principe vital introduit dans la science de l'homme donnait l'explication ou la clef d'aucun phénomène. Mais je crois toujours qu'il est utile aux progrès de cette science d'y employer ce nom de principe vital, ou tout autre qui serait pareillement abstrait et vague, et j'ai suffisamment développé les raisons de cette assertion..... J'ai constamment dit qu'on ne voit que d'une manière infiniment superficielle et comme nulle ma nouvelle science de l'homme lorsqu'on lui oppose des discussions sur l'opinion que je puis ou dois avoir concernant l'entité du principe vital. Je suis on ne peut pas plus indifférent pour l'ontologie, en tant qu'elle est la science des entités. »

Enfin, dans le chapitre III (t. I), intitulé *Considérations scientifiques sur la nature du principe vital de l'homme*, Barthez déclare qu'on ne peut pas décider si le principe vital de l'homme existe par lui-même, ou s'il n'est qu'un mode du corps humain vivant.

De même que Bichat, Barthez fait une application de sa théorie des propriétés vitales à la connaissance des maladies et à leur traitement. Examinez tous les phénomènes des maladies, dit le premier, vous verrez qu'il n'en est aucun qui ne puisse, en dernier résultat, se rapporter à une des propriétés vitales (les diverses sensibilités et contractilités établies par lui). La vérité incontestable de cette assertion, ajoute-t-il, nous mène à cette conséquence non moins certaine pour le traitement des maladies, savoir, que tout moyen curatif n'a pour but que de ramener au type qui leur est naturel les propriétés vitales. Leur augmentation, leur diminution ou leur altération sont, en dernière analyse, les buts invariables de nos méthodes curatives. Voici maintenant comment parle Barthez : « Le renouvellement, qui est nécessaire dans la physiologie, doit avoir de grandes influences sur le perfectionnement de la médecine pratique. Ma théorie, étant déduite le plus simplement et le plus rigoureusement qu'il est possible des faits qui appartiennent à la science de l'homme, a une utilité qui s'étend sur toute la science de la médecine pratique. D'après cette théorie, les maladies sont essentiellement des suites d'affections du principe de la vie dans l'homme (accroissement et diminution des forces de ce principe). Il est un grand nombre d'hommes bornés ou jaloux qui refusent de reconnaître la liaison intime qu'ont dans leurs progrès la science de l'homme et celle de la médecine pratique. Mais de même qu'il suffit de marcher pour répondre aux sophistes qui combattent l'existence du mouvement, on ne doit opposer à ceux qui nient le rapport nécessaire et réciproque que ces deux sciences ont entre elles que des nouveaux pas qui le démontrent. »

Voilà certainement des liens de parenté bien incontestables entre la théorie vitaliste de Bichat et celle de Barthez. On ne trouve chez ce dernier, à la vérité, rien qui approche des belles considérations que Bichat a présentées sur les progrès de l'anatomie pathologique et sur la valeur réelle de cette partie des connaissances médicales. Cependant, lorsqu'il dit que la mécanique est une branche fort importante de la science de l'homme; que plusieurs des avantages mécaniques de la structure des organes du corps humain ont été négligés ou mal vus, et qu'il croit avoir démontré un grand nombre de ces usages des parties qui n'avaient point été indiqués avant lui; que l'anatomie comparée est très importante pour appuyer les observations déjà faites sur les usages des organes du corps humain et pour en faire naître de nouvelles; que si l'on considère dans diverses espèces d'animaux la structure des organes semblables, leur mécanique manifeste une extrême simplicité de fins et une immense variété de moyens; qu'on reconnaît dans cette mécanique des beautés sensibles et infiniment supérieures aux perfections imaginaires qu'y ont voulu montrer Galien et beaucoup d'autres. En présence de toutes ces réflexions, il est impossible de ne pas voir que, tout en étudiant plus spécialement les forces vitales, Barthez n'en a pas moins tenu compte des conditions physiques et anatomiques, et qu'il ne lui a manqué, pour parler comme Bichat de l'anatomie pathologique, que d'avoir un peu plus fréquenté les salles d'hôpitaux et les amphithéâtres.

En résumé, le jeune et glorieux auteur des *Recherches sur la vie et la mort* et de l'*Anatomie générale* laisse bien loin derrière lui l'illustre et savant auteur des *Nouveaux éléments de la science de l'homme* sous le rapport des faits, des expériences et des observations, lequel, par compensation, l'emporte évidemment sur Bichat sous le point de vue des recherches d'érudition relatives aux questions transcendantes de la philosophie des sciences physiologiques.

Telles étaient les deux célèbres écoles de Paris et de Montpellier sous le règne de Bichat et de Barthez. Il me faut maintenant vous entretenir, messieurs, d'une prétendue nouvelle école vitaliste, que nous désignerons, pour la distinguer des précédentes, sous le nom de néovitaliste, ou mieux d'ultravitaliste. Le journal qui la représente ne se distingue pas d'ailleurs par un excès de tolérance et de charité, mais bien par son zèle à faire une guerre sans trêve à ce qu'il appelle l'école de Paris, l'école organique. Il répète sur toutes les variations depuis trente ans, sans plus se lasser que s'il remplissait une mission, que cette école, pour la désignation de laquelle il fit le mot anatomisme, est une école matérialiste, cadavériste. Voici d'ailleurs comment ce journal (la *Revue médicale*) formule en quelque sorte son école et celle qu'il poursuit :

« Il ne peut exister en médecine que deux écoles : l'une, qui considère les organes sains ou malades comme des instruments de la vie; les maladies comme des réactions ou fonctions anomales de l'organisme, et les altérations organiques comme des effets, des produits et des résultats éventuels de ces réactions ou fonctions anomales; c'est la nôtre, c'est l'école vitaliste ou spiritualiste.

» L'autre, qui cherche et prétend découvrir dans les organes, dans leur texture, dans les molécules dont ils se composent, la raison, le pourquoi de la vie et tous les phénomènes physiologiques par lesquels elle se manifeste; c'est l'école matérialiste, anatomique, anatomo-pathologique, organique, éclectique, comme il vous plaira de l'appeler, car c'est tout un. »

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 14 mars 1855. — Présidence de M. Huguier.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Denonvilliers présente une malade qu'il a opérée le 16 février 1854 d'un cancroïde qui avait envahi la moitié postérieure de la sous-cloison et presque toute la lèvre supérieure. La restauration autoplastique a été faite à l'aide d'un procédé particulier qu'une représentation par le dessin peut seule faire comprendre.

— Le même membre montre ensuite un malade atteint d'un cancroïde du nez. Cet homme a été opéré une première fois. Il sortait alors par la narine un champignon de tissu morbide qui avait sa tige dans le nez. Un autre prolongement de la tumeur faisait saillie à travers une perforation des téguments. M. Denonvilliers fit une incision profonde dans le sillon latéral du nez, dont il put facilement ouvrir la cavité. Il enleva la totalité du produit morbide, réunit par la suture et guérit le malade. Depuis cette époque, cet homme est revenu avec une récidive de son mal et la sous-cloison détruite. En montrant ce malade, M. Denonvilliers annonce qu'il enlèvera la tumeur en laissant la partie postérieure de la sous-cloison des fosses nasales. Cela fait, il attendra pendant quelque temps, et quand il ne verra plus de récidive il fera de l'autoplastie.

— M. Guersant montre un enfant qu'il traite depuis quatre mois et sans résultat d'une division congéniale du voile du palais en cautérisant le sommet de la fissure à l'aide d'un stylet rougi à blanc.

— M. Chassaignac présente un malade atteint d'un polype naso-pharyngien qui fait saillie sur les côtés du nez et dans la gorge. Il se propose de tailler un lambeau par une incision transversale au-dessus de la narine, et une autre longitudinale sur les côtés du nez. Le lambeau relevé, on extirpera la totalité du mal.

— M. Jules Cloquet présente son mémoire sur la cautérisation appliquée aux divisions du voile du palais, et rappelle quelques cas particuliers de guérisons, et entre autres celui d'un jeune enfant aujourd'hui guéri qui fut cautérisé tous les quinze jours, puis tous les mois.

M. Richet rapporte avoir essayé sans succès ce procédé sur un enfant de quatorze ans. Il cautérisa pendant deux mois, à l'aide d'un cautère à boule, l'angle supérieur de la division. Les parties cautérisées se cicatrisèrent sans se rapprocher. A la vérité, les bords de la division étaient très amincis. Il y avait peut-être une cause d'échec dans cette disposition.

M. Cloquet pense qu'il faut pratiquer ces cautérisations à une distance de temps assez grande les unes des autres.

M. Denonvilliers a fait ces cautérisations avec des résultats négatifs. Pendant près de dix-huit mois il a cautérisé l'angle supérieur d'une division du voile du palais, et n'en a rien obtenu de satisfaisant.

M. Cloquet cite une observation du docteur Henry (de Lisieux), indiquée déjà dans son travail. Ce praticien guérit, à l'aide de quatre ou cinq cautérisations avec le nitrate d'argent, une division du voile du palais.

M. Broca rappelle que Roux parle dans plusieurs endroits de son livre de cautérisations après des opérations de staphyloraphie qui avaient laissé des points non réunis. Le professeur de l'Hôtel-Dieu assure avoir obtenu des guérisons. M. Broca, après une staphyloraphie dans laquelle les points de suture avaient manqué en haut, cautérisa sans succès.

M. Larrey, d'après l'observation des cas cités par M. Cloquet, et d'après les effets contradictoires sur la cautérisation du voile du palais divisé, est porté à admettre que la différence de résultats obtenus dépend de la rareté ou de la fréquence des cautérisations. En effet, dit-il, les cautérisations trop fortes et trop multipliées n'agissent que comme moyen de destruction, par des eschares successives, sans laisser le temps à la plaie de se cicatriser; tandis que les cautérisations plus légères et plus espacées (à intervalles d'un ou deux mois, par exemple) permettent au tissu inodulaire de se former, de se consolider et de résister ainsi de proche en proche à l'écartement des bords de la solution de continuité. Il y a donc là un mode d'action fort différent et qui mériterait d'être examiné avec soin.

M. Deguise croit devoir rappeler qu'un chirurgien russe avait autrefois déjà employé ces petites cautérisations.

— M. Michon fait présenter à la Société, par un de ses internes, un malade dont il a déjà été question dans une des dernières séances, qui est atteint d'un cancroïde des os du crâne, et qui a offert l'exemple rare d'un abcès du cerveau ouvert par le chirurgien.

CORRESPONDANCE.

M. Arlaud, 2e chirurgien en chef de la marine à Rochefort, adresse le travail suivant :

Examen de quelques particularités anatomiques qui peuvent compliquer l'opération du débridement dans les hernies étranglées inguinale et crurale;

Exemple de hernie inguinale suspubienne;

Conduite à tenir dans le cas d'hydrocèle irréductible.

RAPPORTS.

M. Danyau fait le rapport suivant sur un cas difficile d'obstétrique communiqué à la Société par MM. Commaille et Blondel.

Cas difficile d'obstétrique. — Tel est le titre d'une observation que MM. Commaille et Blondel, médecins chirurgiens internes à l'hôpital de Douéra (Algérie), ont adressée à la Société de chirurgie, et dont j'ai été chargé, avec mes collègues MM. Huguier et Lenoir, de vous rendre compte.

Comme explication de ce premier titre, d'une bien vague généralité, les auteurs en ont donné un second, d'où l'on pourrait conclure qu'ils ont eu affaire à une présentation du siége compliquée de la triple procidence d'une main, d'un pied et du cordon ombilical.

Mais aux premières lignes de l'observation même on voit que tel n'était pas ce *cas difficile*. Nous retrouvons ici la triste et trop fréquente histoire d'une présentation de l'un des côtés du tronc longtemps méconnue, et dont les difficultés ont été accrues par la rupture inopportune des membranes et l'administration intempestive du seigle ergoté.

C'est après que toutes ces fautes eurent été commises que MM. Commaille et Blondel avaient été appelés auprès d'une jeune femme de vingt-cinq ans, dont le premier accouchement avait eu pour résultat la naissance d'un enfant mort, et qui, à peine convalescente d'une pleurésie, se trouvait déjà dans d'assez mauvaises conditions.

Comme toujours, ce ne fut qu'après des efforts inouïs et longtemps infructueux que l'accouchement put être terminé. A la dernière tentative, le chloroforme fut administré avec quelque apparence de succès, et malgré des manœuvres longues et de plus en plus douloureuses, malgré un énorme gonflement des parties génitales externes et la fatigue des organes profonds, les suites de couches furent exemptes de complications, et l'accouchée marchait rapidement vers la guérison à la date où l'observation fut rédigée.

En portant ce fait à la connaissance de la Société de chirurgie, et en le soumettant à son appréciation, quel a été le but des auteurs? Ont-ils été tellement frappés des difficultés contre lesquelles ils ont eu à lutter que ce cas leur ait paru sous ce rapport tout à fait exceptionnel et digne de la publicité? Mais les faits de ce genre abondent dans les annales de l'art, et la pratique malheureusement en est pleine. Auraient-ils été mus par le désir de faire connaître un procédé nouveau, dont les praticiens auraient à espérer à l'avenir des facilités jusqu'ici vainement cherchées, et pourtant si désirables en pareil cas? Nous n'avons rien trouvé de semblable dans leur observation. Auraient-ils cédé à la satisfaction bien naturelle de mettre en regard leurs longues et douloureuses manœuvres et le prompt rétablissement de l'accouchée? Nous comprenons qu'ils aient ce légitime dédommagement de tant de peines et de fatigues. Mais ce résultat heureux pour la mère est-il donc si rare, et combien de fois n'a-t-on pas vu la femme rétablie et presque déjà sur pied, tandis que l'accoucheur était encore brisé de ses longs et persévérants efforts? Si MM. Commaille et Blondel ont voulu nous faire connaître un exemple des bons effets du chloroforme dans les versions difficiles, leur relation sur ce point est trop concise, et leur observation trop incomplète pour que ce fait puisse utilement prendre rang dans la science.

Resterait donc, comme motif de la publicité donnée au *cas difficile* adressé à la Société par nos deux confrères d'Algérie, le fait d'une attitude très bizarre du fœtus dans la position vicieuse qu'il avait prise. Si l'intérêt devait être sous ce rapport en raison directe de la singularité extrême de cette attitude, le cas qui nous est communiqué serait sans contredit intéressant au plus haut point. L'attitude si tourmentée de l'écorché de Michel-Ange n'approche pas de celle qu'ils ont voulu nous peindre. Mais aussi, à force d'être bizarre, elle est inintelligible, et le mannequin lui-même est impuissant à la reproduire.

Vous figurez-vous un fœtus dont l'épaule gauche est engagée, et qui a en même temps l'occiput derrière le pubis, le sacrum au-devant de l'angle sacro-vertébral, et l'épaule droite dans la fosse iliaque gauche? Pouvez-vous vous le représenter, après une première manœuvre, avec le menton appuyé sur l'éminence iléo-pectinée droite, la poitrine dans la fosse iliaque du même côté, et le sacrum à la fois situé au fond de l'utérus, sur la ligne médiane, et tourné vers la fosse iliaque gauche? Jugez sur ce spécimen, et veuillez nous savoir gré de ne pas mettre plus longtemps vos esprits à la torture.

Ou, faute d'habitude, le langage obstétrical des auteurs manque de la précision qui seule pouvait les rendre intelligibles, ou ils ne se sont pas exactement rendu compte de ce qu'ils voulaient décrire; ou bien enfin, telle était la singularité des diverses attitudes successivement offertes par le fœtus, qu'elles échappaient en quelque sorte à toute description. Qu'on ne croie pas en effet que nos figures classiques répondent à toutes les attitudes possibles du fœtus; il s'en faut que celles-ci aient toutes été représentées. Les démonstrations à l'aide de moyens artificiels ne reproduisent que les plus ordinaires. Toutes celles qui résultent de tentatives répétées de version ou de l'action secondaire de l'utérus sur des fœtus morts et putréfiés, ou morts seulement pendant le travail, et déjà ramollis, et qui ne peuvent être rapportées à des types réguliers, comment les indiquer, comment les représenter, comment les décrire? Et d'ailleurs, pût-on en tracer une image bien nette, trouverait-on, au trait le plus exact, à la description la plus claire une utilité pratique réelle? Quand l'esprit se sera fatigué à se figurer et à retenir quelques bizarreries de ce genre, la main en aura-t-elle un guide plus sûr dans chaque cas particulier? Trouvera-t-on dans ces tableaux, qu'on pourrait croire fantastiques tant ils sont étranges, l'indication de quelque règle nouvelle, de quelque procédé plus parfait, de quelque tour de main infaillible? Malheureusement non; les difficultés seront toujours les mêmes, et, pour en triompher au milieu de beaucoup d'inconnu et d'imprévu, on ne pourra toujours compter que sur les ressources ordinaires : l'action douce, ménagée, persévérante d'une main adroite et infatigable, secondée dans ses efforts par l'emploi préalable et simultané de moyens capables d'opérer la détente de l'utérus.

Parmi ces moyens, il en est un, le chloroforme, sur lequel tout d'abord de grandes espérances avaient été fondées. Les résultats n'ont malheureusement pas tout à fait répondu à l'idée qu'on s'était faite de ses avantages dans ce cas particulier. Tantôt la version a été merveilleusement facilitée par l'anesthésie; tantôt, au contraire, l'utérus est resté aussi fermement et quelquefois aussi invinciblement rétracté après qu'avant l'inhalation du chloroforme. Les observations de Stolz, celles de Villeneuve, de Murphy, de Denham, de Hueter, de Braun et de beaucoup d'autres, y compris celles fournies chez nous par la Clinique et la Maternité, ont mis cette inconstance hors de doute.

La cause qui fait ainsi varier les résultats nous échappe encore et ne pourra très probablement nous être révélée que par l'étude très attentive de chaque cas particulier. L'idiosyncrasie de certaines femmes se refuse-t-elle à l'action sédative du médicament, et en serait-il du chloroforme comme du seigle ergoté, si énergiquement actif en général, si complétement inerte quelquefois? S'il en était ainsi, nous n'aurions qu'à enregistrer un nouvel exemple d'un fait assez commun, vulgaire même en thérapeutique. La différence des effets obtenus tiendrait-elle aux conditions de l'état général, excitation dans un cas, dépression, épuisement dans l'autre, aux conditions particulières de l'utérus, au degré de dilatation et de dilatabilité que son orifice présentait au début des manœuvres, au nombre et à l'énergie des tentatives infructueuses de version, à la fatigue ou à l'irritation utérine qui en aura été la conséquence, si bien que le spasme sera ou tout près ou plus loin que jamais de céder, etc., etc.?

La solution de ces diverses questions qui importerait à la pratique est un des *desiderata* de la science. On ne saurait, nous l'avons déjà dit, la trouver dans l'observation de nos deux confrères d'Algérie. D'ailleurs le résultat obtenu par eux a été plutôt négatif ou tout au moins douteux. Nous ne voyons pas en effet que, malgré le sommeil anesthésique, l'introduction de la main du dernier opérateur ait été plus facile, et si plus tard l'enfant a tourné sur lui-même, c'est plus par l'action simultanée sur les deux membres inférieurs, dont un seul avait pu être saisi dans toutes les tentatives précédentes, que par un relâchement subit de l'utérus. Est-ce à dire que le chloroforme ait été absolument inutile? Non sans doute; en tout cas, il était parfaitement indiqué, et nous pensons même qu'on aurait pu y recourir plus tôt. Au milieu de ces difficultés, qu'on ne se représente pas au vrai quand on n'a pas été aux prises avec elles, obtenir une parfaite immobilité de la femme est un avantage incontestable, et, fût-il le seul, l'anesthésie en pareil cas serait encore un bienfait.

Si l'observation dont nous étions chargés de vous rendre compte n'offre rien de nouveau, elle a cependant un côté instructif. Il est utile, en effet, de montrer de temps en temps les effets fâcheux d'une erreur de diagnostic malheureusement trop fréquente, et comment d'un accouchement qui entre des mains expérimentées eût été à la fois heureux et facile, on fait un accouchement dont les difficultés deviennent immenses et quelquefois insurmontables sans mutilation du fœtus.

Nous croyons donc, malgré nos critiques, pouvoir vous proposer, messieurs, le dépôt dans nos archives de l'observation de MM. Commaille et Blondel.

Les conclusions de ce rapport sont mises aux voix et adoptées.

— M. Guersant fait le rapport suivant sur deux travaux adressés à la Société par M. le docteur Marchant (de Charenton) :

Messieurs, chargé de vous rendre compte de deux mémoires de notre confrère M. le docteur Marchant (de Charenton), mémoires déjà publiés dans les journaux et ayant pour titre : le premier, *Examen des doctrines du croup*; le second, *Deuxième examen de la doctrine du croup*, je dois d'abord vous dire en quelques mots le but de ces deux mémoires, que vous avez tous pu lire dans la *Gazette des Hôpitaux* de 1854.

M. le docteur Marchant prétend et cherche à prouver que depuis trente ans qu'on a émis de nouvelles idées sur le croup, au lieu de rendre la question plus claire, on a tout confondu; tandis qu'avant cette époque on avait très bien décrit et distingué le croup, l'angine gangréneuse et la diphthérite. L'auteur pour se prononcer ne donne pas d'observation; il s'appuie sur ce qui a été écrit anciennement avant 1812 par Jurine (de Genève), Double, Royer-Collard, Boyer, Bricheteau, et d'après ce que ces auteurs ont écrit il conclut ainsi :

« 1° Que le croup est une maladie spéciale qui a ses caractères » propres;

» 2° Que l'angine gangréneuse ne devient jamais croup, alors même » qu'elle envahit les voies aériennes;

» 3° Que la diphthérite, ayant tous les caractères des gangrènes et » que la production diphthéritique subissant les mêmes changements et » dans le même ordre que les eschares gangréneuses, doit être regar- » dée non pas comme une production nouvelle s'appliquant sur des » tissus vivants, mais comme ces tissus eux-mêmes privés de vie et » constituant une eschare. »

Personne cependant aujourd'hui n'ignore qu'avant l'ouvrage de M. Bretonneau sur la diphthérite et les articles de mon père dans le *Dictionnaire de médecine* sur l'angine pseudo-membraneuse, sur l'angine gangréneuse et sur le croup, on avait confondu ces diverses maladies; tandis qu'aujourd'hui, après avoir été mis sur la voie par ces auteurs modernes, qui ont bien fixé l'attention sur les lésions anatomiques, MM. Trousseau, Blache, tous les médecins de l'hôpital des Enfants et tous ceux qui sont à même de suivre avec attention les affections de ce genre si nombreuses à l'hôpital ne peuvent partager l'opinion de M. Marchant, qui confond évidemment entre elles des maladies qui ont des signes particuliers et qui réclament un traitement différent. En effet, tous les cas qu'on observe à l'hôpital des Enfants et en ville nous font dire, contrairement à l'opinion de notre confrère M. Marchant, qu'il existe bien positivement cinq espèces d'angines qu'on a confondues entre elles :

1° Un faux croup;

2° Une angine diphthéritique pharyngée;

3° Un vrai croup, angine diphthéritique laryngée;

4° Une diphthérite générale;

5° Angine gangréneuse.

1° *Un faux croup* (laryngite striduleuse), sans fausses membranes, presque toujours curable, venant subitement et se terminant par un simple rhume.

2° *Une angine diphthéritique pharyngée*, caractérisée par des fausses membranes sur les amygdales et le pharynx, et se bornant souvent à cette région, le plus ordinairement curable par les cautérisations.

3° *Un vrai croup* (laryngite pseudomembraneuse), caractérisé par un développement de fausses membranes dans le larynx, existant seulement et quelquefois d'emblée dans cet organe, ou succédant à l'affection pseudomembraneuse du pharynx, ou bien à celles des bronches ou de la trachée; dans ce cas, le croup se développe de bas en haut. Cette lésion diphthéritique, qui se développe ordinairement d'une manière assez lente et qu'on rencontre quelquefois deux fois chez le même individu, est pour ainsi dire localisée; elle détermine de l'aphonie, de l'oppression et des étouffements qui finissent par être continus; *elle tue par asphyxie*. Cette maladie est quelquefois curable par les vomitifs, les cautérisations, les médicaments modificateurs, tels que les mercuriaux; enfin, dans la période d'asphyxie, par l'opération de la trachéotomie, qui a l'avantage, en faisant respirer le malade, de donner le temps à la maladie de se modifier.

4° Il existe une *diphthérite générale, angine maligne, véritable poison diphthéritique*, qui tue les malades comme la morve tue les chevaux. Cette diphthérite, qui est contagieuse, se développe d'une manière lente et insidieuse; elle est caractérisée par la prostration et l'affaissement du sujet, la débilité du pouls, le gonflement des ganglions cervicaux; l'existence de fausses membranes dans les fosses nasales, dans le pharynx, sur la vulve, sur les exutoires, et quelquefois dans le larynx, la trachée et les bronches. Cette diphthérite, pas plus que le croup, ne donne une odeur gangréneuse; elle n'a pas pour caractère dominant les étouffements, la gêne respiratoire; elle ne tue pas par asphyxie : aussi *la trachéotomie est-elle contre-indiquée*. Les cautérisations des points couverts de fausses membranes et les toniques généraux sont les seuls moyens qui paraissent utiles; mais cette maladie est le plus ordinairement fatale, les malades s'éteignent et, je le répète, ne meurent point asphyxiés.

A l'autopsie elle présente, comme dans les autres diphthérites, non pas de la gangrène, comme le pense M. Marchant, mais une véritable fausse membrane développée sur les muqueuses et sans sphacèle. La preuve, c'est qu'à l'examen anatomique, au-dessous des fausses membranes, qui se détachent facilement, soit pendant la vie, soit après la mort, fausses membranes qui pendant la vie peuvent tomber en détritus, on ne trouve pas le tissu muqueux ulcéré ou détruit; à peine y a-t-il quelquefois de légères érosions.

5° Il existe enfin une véritable *angine gangréneuse* qui détruit les tissus qu'elle attaque, les amygdales, la luette, quelquefois le voile du palais, le pharynx; elle peut venir compliquer les autres angines, comme toutes les gangrènes peuvent venir compliquer ou terminer toutes les inflammations. Mais cette angine, qui est bien plus rare que les autres, se développe le plus ordinairement d'emblée, n'a pas de fausses membranes à son début, et se termine toujours par la mort.

C'est l'examen répété d'une foule d'observations qui nous porte tous les jours à reconnaître plus que jamais ces cinq espèces d'angines; il faut avoir vu bien peu de cas pour ne pas partager cette opinion généralement admise aujourd'hui par tous ceux qui voient souvent des enfants.

Qu'il nous soit permis cependant, messieurs, quoique nous ne soyons pas de l'avis de M. Marchant, puisque nous ne regardons pas la diphthérite comme une gangrène et que pour nous les angines et laryngites couenneuses sont des variétés de diphthérite qui ne diffèrent que par le siége, qu'il nous soit permis, dis-je, de vous proposer de le remercier de nous avoir envoyé son travail, qui, en rappelant des idées anciennes depuis longtemps abandonnées, nous donne l'avantage de répéter des opinions fondées sur l'expérience et les observations, opinions admises depuis trente ans et qui sont cependant ignorées de beaucoup de praticiens.

Les conclusions de ce rapport sont le dépôt aux archives. (Adopté.)

M. Chassaignac, tout en reconnaissant quelques exagérations dans le travail de M. Marchant, a surtout été frappé d'un point particulier. M. Marchant soutient, selon lui avec raison, que M. Bretonneau a eu tort de tout confondre sous le nom d'angine couenneuse.

M. Guersant rappelle que l'angine gangréneuse est très rare, on en voit un cas par an à l'hôpital des Enfants; M. Bretonneau ne l'admet point, parce que sans doute il n'en a pas vu. Dans l'angine gangréneuse, on peut quelquefois enrayer les accidents par des lotions étendues.

— M. Charrière envoie à la Société deux bistouris d'un nouveau modèle, à lame démontante, et il accompagne cet envoi d'une lettre où il établit son droit de priorité dans cette modification instrumentale.

M. Chassaignac rappelle que M. Mathieu lui a déjà montré il y a quelques jours un système analogue de bistouri.

M. Larrey reconnaît à cet instrument ainsi modifié l'inconvénient grave de pouvoir inciser les doigts lorsqu'on veut essayer de le fermer.

— M. Chassaignac montre un bras détaché du tronc chez un homme sur lequel ont passé les roues d'une locomotive.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société : E. Follin.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le concours pour une place de médecin du Bureau central des hôpitaux vient de s'ouvrir. (Nous avons donné la composition du jury dans notre numéro du 6 mars.)

Les candidats sont au nombre de vingt-cinq. Ce sont : MM. Axenfeld, de Beauvais, Blondeau, Boivin, Caben, Caillault, Chammartin, Charcot, Clairin, Destouches, Dumoulin, Empis (Simonet), Grange, Hervieux, Laboulbène, Labric, Lamaestre, Matice, Mesnet, Montanier, Piogey, Racle, Rotureau, Triboulet, Woillez.

La composition écrite a eu lieu mercredi dernier. La question était celle-ci : « Du délire envisagé au point de vue du diagnostic et du pro- » nostic des maladies (les affections mentales exceptées). »

— Par arrêté du ministre de la guerre, tous les aides-majors stagiaires, à leur entrée à l'Ecole du Val-de-Grâce, devront s'engager dorénavant, sur l'honneur, à se vouer au service de santé pendant cinq années au moins. Cette disposition a pour but d'empêcher les vacances trop fréquentes par suite de démissions.

— Les journaux de médecine anglais sont remplis des plus tristes détails sur le défaut de soins et de ressources des hôpitaux de l'armée anglaise en Orient. Le *Dublin medical Press* donne à ce sujet la statistique suivante :

« Le principal hôpital français, le *Mejidieh*, à Péra, est maintenant » une école complète de chirurgie militaire. L'hôpital anglais de Scutari, au contraire, est un lieu de peste (*a pest house*), rempli de cinq » ou six cents soldats affamés, se mourant de dyssenterie, de scorbut, » de rhumatismes... La mortalité des troupes anglaises est de 1 sur 88, » et celle des troupes françaises de 1 sur 360. »

Dans plusieurs comtés on tient des *meetings* où l'on discute l'organisation d'un corps de santé spécial à l'armée; médecins et élèves se réunissent et pétitionnent pour préconiser les systèmes les plus divers, et à ce propos l'*Association medical journal* publie une résolution arrêtée à l'unanimité par les étudiants de Liverpool qui prouve jusqu'où peut aller la liberté chez nos voisins. Elle est ainsi conçue :

« Les soussignés, élèves de l'Ecole royale de médecine de Liverpool, refusent d'entrer au service de l'armée navale tant qu'on n'aura pas changé les règlements actuels de l'amirauté. »

Le Soussignés.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 28 MARS 1855.

Séance de l'Académie de Médecine.

La tribune a été occupée aujourd'hui par M. Gerdy. Les tendances philosophiques de l'orateur, ses études physiologiques et son opposition bien connue aux doctrines localisatrices de Broussais et de ses sectateurs l'appelaient naturellement à prendre part à cette discussion. M. Gerdy a dit de bonnes choses, et des choses vraies, en général, sur la plupart des questions qu'il a touchées, lesquelles rentrent plutôt dans le domaine de la pathologie générale que dans celui de la philosophie médicale proprement dite, qui est plus particulièrement en cause. Ainsi de la définition des maladies; ainsi de la question de savoir s'il existe des *maladies* ou s'il n'y a que des états morbides, des individualités organopathologiques; ainsi de la distinction des maladies en essentielles et symptomatiques; ainsi des diathèses et du rôle important qu'elles jouent en pathologie; ainsi, en un mot, d'une foule de vérités de la pathologie qui, pour être abstraites, n'en sont pas moins réelles et pas moins bien établies que les faits les plus concrets, les plus matériels et les plus sensibles, et qui, ainsi que nous le disions dans notre dernier article, seraient tout à fait incompréhensibles si on les séparait de l'idée d'unité du système vivant qu'elles impliquent.

Et à cette occasion, M. Gerdy a insisté avec raison sur l'utilité de se familiariser en médecine avec les idées abstraites qui y fourmillent, si l'on peut dire ainsi, et sans lesquelles le langage médical lui-même n'est en quelque sorte qu'une lettre morte.

Il n'a manqué à M. Gerdy, pour faire convenablement ressortir la vérité de ces propositions, que de les présenter avec plus d'ordre et de méthode, de les détacher de ces nombreuses digressions où son esprit se plaît à vagabonder, et de les exprimer dans un langage plus précis et plus rigoureux. Mais l'honorable académicien n'écrit point ses discours, ou plutôt il ne fait pas même de discours, il cause avec son auditoire; et l'on ne saurait se montrer à l'égard d'une causerie familière aussi exigeant qu'on aurait le droit de l'être vis-à-vis d'un discours préparé et disposé d'après toutes les règles de la scolastique.

Nous ne nous étendrons pas plus longtemps sur la séance d'aujourd'hui, afin de faire place à la lettre que M. le professeur Bouillaud nous a fait l'honneur de nous adresser, et à la courte réponse que nous avons cru devoir lui faire.

Voici la lettre de M. Bouillaud :

A M. le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Mon cher confrère,

Vous cherchez à diviser, tandis que j'ai cherché, *jusqu'à un certain point*, à concilier les deux grandes écoles de Bichat et de Barthez. Je l'ai fait en mettant en regard les principes fondamentaux de leur *philosophie physiologique* (permettez-moi cette formule abréviative). Je m'en tiens à ces *textes* comme données de la solution du problème. Mais je me suis bien gardé de dire que dans les détails et les applications les deux célèbres physiologistes ne se distinguaient pas l'un de l'autre. Je pense et j'ai dit tout le contraire, loin de *m'être efforcé de dissimuler ces différences*. Personne, cher confrère, n'est moins *dissimulateur* que moi. Ne forcez en aucune façon mes assertions, mes principes, et vous verrez que vous-même, au fond, vous ne vous en éloignez pas autant que vous paraissez le croire. C'est ce que vous auriez mieux reconnu si les circonstances, le lieu, le temps m'eussent permis d'entrer dans les détails et les applications. Daignez m'en croire, cher confrère : quand j'affirme une chose, il faut que j'en sois bien sûr, et je ne suis pas de ceux qui se laissent facilement convaincre, en matière de science, soit sous le rapport des faits, soit sous le rapport des théories.

Mais puisque vous ne voulez pas être de mon avis, permettez-moi du moins d'être du vôtre, en déclarant formellement ici que, tout en trouvant *des liens de parenté entre la théorie vitaliste de Bichat et celle de Barthez*, ce que personne ne peut contester en présence des passages de ces deux auteurs rapportés textuellement dans mon discours, je reconnais avec vous, aujourd'hui comme toujours, que *des différences notables les distinguent*. Soutenir le contraire serait un paradoxe qui ne va guère à mon genre d'esprit. Mais c'en est assez sur ce point, et il ne me reste plus qu'à vous dire que j'ai lu vos réflexions avec un grand intérêt, et que je suis désolé de ce que vous ayez trouvé tant d'opposition entre mes idées et les vôtres.

Votre dévoué confrère, BOUILLAUD.

Il y aurait de notre part plus que de l'ingratitude à refuser la main que M. Bouillaud nous offre avec tant de bienveillance et de générosité. M. Bouillaud a du reste trop d'élévation dans l'esprit et de loyauté dans le caractère, et il le prouve assez dans ces quelques mots, pour n'avoir pas reconnu qu'il n'y avait rien dans nos observations critiques qui ne fût uniquement inspiré et dicté par le sujet en discussion, et nullement par un esprit d'opposition personnelle. Si, dans la rapidité de la rédaction, il nous est échappé quelque mot qui ait pu donner lieu à une interprétation différente, nous n'hésitons pas un instant à le retirer, tant nous tenons à ce qu'il soit bien établi qu'en faisant une opposition doctrinale à M. Bouillaud nous n'avons pas un instant entendu nous départir du sentiment de haute estime que nous avons pour sa personne. Cela dit, un mot seulement sur le fond de la question.

M. Bouillaud nous dit que nous avons cherché à diviser, tandis qu'il a cherché à concilier les deux grandes écoles de Bichat et de Barthez. Il n'est ni dans notre esprit, ni dans nos intentions de chercher à diviser. Loin de là, nous sommes tout à fait dans cette voie de la conciliation qui semble être aujourd'hui dans les vœux et le désir du plus grand nombre des médecins. Mais ce désir de conciliation, si sincère et si vif qu'il soit, ne peut aller jusqu'à nous faire méconnaître les différences fondamentales qui existent entre les doctrines de Bichat et de Barthez, et qui se traduisent plus encore peut-être par les dissentiments que l'on constate aujourd'hui entre les écoles qui en procèdent, que par les principes mêmes sur lesquels elles reposent. C'était là un fait historique que nous tenions à constater. Nous ne le pouvions faire qu'en insistant plus particulièrement sur les dissemblances, comme M. Bouillaud, dans un but différent, a cherché surtout à saisir les ressemblances.

Mais quant à ce qui est du présent et de l'avenir, personne plus que nous n'est disposé à croire à la possibilité de rapprocher les deux écoles en question, malgré les nombreuses dissidences qui les séparent encore; personne surtout n'est plus disposé à encourager tous les efforts qui seront dirigés vers ce but. Sur ce terrain, nous ne doutons pas que l'opposition plus apparente que réelle entre les idées de M. Bouillaud et les nôtres ne disparaisse en grande partie, et nous serions aussi heureux que flatté que cette discussion pût avoir pour résultat de nous rapprocher complétement.

Dr Brochin.

L'article que nous avons publié le 20 mars dernier sur le traitement de l'épistaxis par l'élévation du bras aura sans doute l'avantage de populariser ce procédé, qui, comme nous l'avons dit, a été trop négligé; nous sommes heureux qu'il ait fait rompre à M. Négrier un trop long silence. Puisse cette note provoquer la publication de quelques faits observés par ce praticien distingué !

Nous nous empressons de faire part à nos lecteurs des quelques lignes qu'il vient de nous adresser.

« Je n'ai rien, nous dit notre honorable confrère, à modifier aujourd'hui sur la vérité du phénomène, mais l'exposé du procédé n'est pas exact; il y a amphibologie et par là défaut de clarté.

» Les lecteurs ont pu comprendre qu'en faisant redresser la tête, le médecin devait fermer la narine avec son doigt *à lui médecin*. Ce n'est pas là la manœuvre; c'est le patient, *lui*, qui doit comprimer la narine d'où coule le sang et sans trop renverser la tête, car le sang passerait par les arrière-narines; je tiens beaucoup à cette rectification. »

M. Négrier nous communique ensuite deux faits fort intéressants; les voici :

Une jeune fille de dix-sept ans, grêle de formes; menstruée régulièrement depuis un an, fut prise de saignement du nez plusieurs fois dans une même journée. Le procédé de l'élévation fut employé avec succès, mais avec cette particularité qu'il fit naître un *engouement lombaire* presque douloureux.

Au soir, nouvel épistaxis, nouvelle élévation du bras. Cette fois, *peu de temps après*, les urines, limpides jusque-là, furent teintes de *beaucoup de sang*. Ce phénomène se manifesta jusqu'au lendemain; l'hémorrhagie nasale ne reparut pas.

Le second fait n'a pas pour sujet un épistaxis guéri par l'élévation du bras, mais on y voit cette manœuvre provoquer chez une femme enceinte une hémorrhagie utérine et l'avortement.

Mme S..., à Montrejau, était enceinte de cinq mois. C'est une femme forte, sanguine, multipare. Elle s'occupa pendant une grande partie de la journée à étendre sur des *cordes élevées* du linge pour le faire sécher. Au soir, congestion lombaire, fatigue générale profonde, embarras hypogastrique vague. — Repos au lit, saignée du bras.

Vingt jours après, expulsion d'un fœtus mort depuis plus d'une semaine; placenta portant à son *centre un caillot orbiculaire* de 8 centimètres de diamètre et 4 millimètres d'épaisseur.

Que l'on invoque les lois de la pesanteur pour expliquer l'afflux sanguin vers les parties inférieures ou bien une prédisposition spéciale, toujours est-il que ces observations offrent, et surtout la dernière, un grand intérêt pratique, et justifient parfaitement la recommandation que les accoucheurs font aux femmes enceintes d'éviter l'élévation prolongée des bras, surtout à celles qui déjà n'avaient pu amener à terme le produit de la conception.

Dr A. Jamain.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. ARAN.

Observations de coliques de plomb traitées et guéries par l'emploi du chloroforme. — Du mode d'administration de ce médicament dans les coliques saturnines (1).

(Observations recueillies par M. A. FOURNIER, interne des hôpitaux.)

OBS. V. — D..., peintre, vingt-quatre ans, entré le 12 juillet.

Depuis vingt-cinq jours, douleurs légères autour de l'ombilic. Perte des forces, crampes dans les membres. Le 10, coliques extrêmement vives et vomissements bilieux.

Le 13 juillet, état de souffrance très prononcé, plaintes continuelles, coliques très vives avec sentiment de torsion très pénible. Douleurs dans une jambe; nausées et vomissements; inappétence complète, constipation depuis le 10; ventre rétracté, peau froide. Ictère saturnin; liséré bleuâtre des gencives, qui sont fongueuses; sensibilité un peu émoussée sur la poitrine et l'abdomen. Premier bruit du cœur prolongé, un peu soufflant; pouls lent. — Application de chloroforme sur le ventre; deux juleps avec 30 gouttes de chloroforme; deux lavements simples suivis chacun d'un lavement avec 30 gouttes de chloroforme; bain alcalin.

Le 14, calme parfait pendant quelques heures, mais ce matin retour des souffrances presque au même degré qu'à la visite précédente. (Il est utile de remarquer qu'il n'a pu garder que le dernier lavement.) Néanmoins face moins altérée, peu d'agitation. — Même traitement, mais on porte à 50 gouttes la dose de chloroforme pour chaque julep; bain sulfureux.

Le 15, bonne journée, calme parfait, mais quelques coliques dans la nuit et plusieurs vomissements.

Ce matin, face calme, quelques rares coliques, très peu intenses. Le pouls se relève, 68 pulsations.

Les lavements ont été suivis de selles liquides avec quelques matières. — Même prescription; bain alcalin.

Le 16, les douleurs ont presque complétement disparu; il ne reste plus qu'un peu de sensibilité autour de l'ombilic. Deux petits vomissements bilieux ce matin. Néanmoins, à la visite, le malade se trouve bien; un peu d'appétit, bien que la langue soit encore blanche. Deux garde-robes naturelles dans la nuit. — Même prescription; bain sulfureux.

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

Du 17 au 20, amélioration graduelle ; on supprime l'une des potions.

Le 20, on retranche un des lavements.

Le 21, le deuxième lavement.

Le 24, cessation de tout traitement. Les coliques ne reparaissent pas, l'appétit augmente de jour en jour, les selles se rétablissent, très bon état.

Le 26, sortie de l'hôpital.

La dernière observation est la plus curieuse de toutes celles que nous avons rapportées, tant à cause de la gravité des symptômes et des complications qu'elle présente qu'en raison du très prompt soulagement qu'éprouva le malade par un traitement des plus énergiques.

Obs. VI. — B... (Lucien), peintre, âgé de quarante-deux ans, bonne constitution. Pas d'autre maladie antérieure qu'une colique de plomb, qui dura trois mois et fut traitée par les purgatifs, qui, au dire du malade, ne purent rétablir les selles que le dixième jour; à la suite de la colique, rétraction des membres, ayant empêché tout travail pendant huit mois.

Depuis la dernière semaine de juin, perte d'appétit progressive ; coliques sourdes, garde-robes difficiles.

Le 17 juillet, vers trois heures de l'après-midi, le malade fut pris tout à coup de douleurs atroces dans le ventre. Telle fut la violence de ces douleurs qu'il tomba à la renverse et resta sans connaissance pendant quatre heures. Vomissements à la suite ; mouvements convulsifs. Dans la même journée, il fut transporté à l'hôpital (salle Saint-Antoine, n° 9). Le malade se roulait sur son lit, en proie aux plus vives souffrances, dans la plus grande agitation. De temps en temps sa tête se renversait en arrière, ses membres se roidissaient et tout le corps était soulevé, abandonnant le lit, ou plutôt n'y reposant plus que par la nuque et les talons. Gonflement extraordinaire des veines du cou ; bouffissure ; turgescence violacée de la face, qui dans les accès prend un aspect horrible. Sensation d'un poids énorme reposant sur le sternum ; peau froide ; lenteur du pouls ; liséré bleuâtre des gencives très prononcé. L'interne du service administre aussitôt au malade 60 gouttes de chloroforme et prescrit des applications de chloroforme sur le ventre ; une potion avec 50 gouttes du même agent et deux quarts de lavement avec 20 gouttes pour chacun. Soulagement immédiat ; les crises deviennent bien plus rares et sont moins douloureuses. La nuit même est assez calme.

Le 18, accablement extrême. Le malade accuse encore une sensibilité très vive de l'abdomen, augmentant très notablement par la pression ; mais les coliques proprement dites, spontanées, sont bien moins intenses. Inappétence complète. Constipation depuis neuf jours. Ventre développé. Urines libres, naturelles ; miction non douloureuse. Pouls lent. Peau froide. — 40 gouttes de chloroforme, *illico* ; deux juleps avec 80 gouttes de chloroforme pour chacun ; deux lavements simples et deux quarts de lavement avec 50 gouttes de chloroforme ; bain sulfureux.

Le 19, le malade a ressenti encore quelques coliques dans la journée du 18, et il a vomi plusieurs fois ; mais ces accidents ont cessé depuis minuit et fait place à un sommeil tranquille. Ce matin, calme parfait ; les coliques ont cessé complétement ; l'appétit renaît et le malade demande à manger avec instance ; le pouls se relève (72 pulsations). Les lavements ont amené trois garde-robes dans la journée d'hier, composées de matières dures et noires. — Deux juleps avec 50 gouttes de chloroforme ; deux lavements avec 30 gouttes ; bain alcalin. Une portion.

Le 20, très bon état ; calme parfait ; nulle douleur ; appétit ; 72 pulsations ; cinq garde-robes dans la journée. — Même prescription. Deux portions.

Le 21, même état. Grand appétit ; quatre garde-robes. — On supprime un des juleps et un des lavements. Trois portions.

Le 22, même état. Deux garde-robes (le malade n'a pas pris de lavement).

Le 24, la guérison étant confirmée, on cesse tout traitement.

Le malade reste en observation jusqu'au 1er août et sort en très bonne santé.

Ainsi, un malade qui présente au plus haut degré et dans leur expression symptomatologique la plus vive les phénomènes douloureux de la colique saturnine, phénomènes auxquels se joignent des symptômes d'encéphalopathie, passe presque subitement d'un état d'agitation et de souffrance extraordinaire à l'état d'un sujet affecté de légère colique. Les phénomènes convulsifs cessent dès le premier jour ; les douleurs disparaissent après trente-deux heures ; un sommeil bienfaisant leur succède, et elles ne se renouvellent plus. L'appétit renaît et les selles se rétablissent dès le second jour du traitement ; le troisième, le malade se dit lui-même guéri, avec l'expression de reconnaissance d'un homme qu'on vient d'arracher aux plus atroces douleurs.

Ce dernier fait, serait-il unique, suffirait presque à établir la fortune d'un traitement ; mais il est loin d'être isolé : les cinq observations qui le précèdent semblaient le préparer en même temps qu'il le confirme. D'autres faits d'ailleurs publiés depuis longtemps par M. Aran dans les *Archives de médecine*, d'autres encore plus récents que le même observateur a recueillis dans ces dernières années, et dont quelques-uns sont déjà livrés à la publicité, forment un ensemble d'observations où l'identité des résultats obtenus consacre l'incontestable supériorité du traitement.

Ce traitement, comment faut-il le comprendre et le diriger ?

L'indication première ressort de l'affection même : c'est, avant tout, de combattre et de dominer la *douleur*. Or cette indication fondamentale est merveilleusement remplie par le chloroforme. Il ne viendra à l'esprit de personne qu'il puisse exister d'agent thérapeutique plus propre à fournir ce résultat que le roi des agents anesthésiques.

Dans une affection dont l'élément principal est constitué par des phénomènes douloureux, la disparition des souffrances est déjà presque la guérison ; mais ce n'est pas la guérison tout entière. Il existe au delà d'autres éléments morbides à poursuivre : la perte d'appétit et la suspension des selles, double symptôme à combattre.

Les auteurs de tous les temps ont compris cette double indication et essayé d'y satisfaire par des moyens thérapeutiques appropriés. Ainsi, pour remplir la première, est-il d'usage vulgaire, lorsqu'on voit la langue du malade chargée d'un enduit blanchâtre, de prescrire un ou plusieurs vomitifs ou éméto-cathartiques, dans le but de combattre les symptômes saburraux, de nettoyer la langue et de rappeler l'appétit. Puis, en même temps ou plus tard, on attaque la constipation. C'est ainsi que le célèbre traitement de la Charité abonde en purgatifs ; c'est ainsi que M. Tanquerel Desplanches a été conduit à choisir un drastique des plus énergiques, l'huile de croton tiglium, pour base de son traitement.

M. Aran comprend tout autrement la liaison des divers symptômes dans la colique saturnine, et dirige, en conséquence, son traitement d'une façon toute différente. D'après lui, il n'est nul besoin de combattre les symptômes saburraux ; la perte d'appétit est produite par la douleur ; elle commence avec elle, et doit aussi finir avec elle. Dans l'opinion de ce médecin, *le malade ne mange pas parce qu'il souffre* ; de la même façon que dans les crises névralgiques l'inappétence est produite par l'acuité extrême d'un symptôme identique, la douleur. Les phénomènes douloureux cessant, l'appétit reparaît, et il reparaît sans qu'il y ait besoin d'intervenir par les éméto-cathartiques pour débarrasser l'estomac ou combattre une disposition saburrale imaginaire.

L'observation confirme cette manière de voir : tous les malades soumis au chloroforme sentent leur appétit revenir du moment où ils n'éprouvent plus de coliques, et ce retour de l'appétit est d'autant plus rapide que dans la médication anesthésique la cessation des phénomènes douloureux est plus promptement obtenue.

Pour la constipation, il n'est pas besoin de l'attaquer non plus par les évacuants. La constipation est, de même que l'anorexie, sous la dépendance des phénomènes douloureux. Les mouvements péristaltiques des viscères abdominaux suspendus ou diminués par l'intoxication saturnine, dont les premiers effets semblent se traduire par une *inertie douloureuse de l'intestin*, reparaissent dès que cette disposition est dominée par l'agent anesthésique. Ainsi, le malade va à la selle parce que le spasme nerveux est vaincu, c'est-à-dire dès qu'il ne souffre plus. Ajoutez encore que les garde-robes se rétablissent d'autant mieux que l'appétit étant reparu, les matières ingérées viennent exciter l'intestin par leur présence et le provoquer en quelque sorte à reprendre ses fonctions. Aussi voit-on, règle presque générale, les selles ne reparaître qu'après le retour de l'appétit. En résumé donc, la cessation des douleurs et le retour de l'appétit sont le signal du rétablissement des garde-robes.

Stoll, le plus chaud partisan de la médication par les opiacés à haute dose, envisageait déjà d'une façon toute semblable l'enchaînement des symptômes dans la colique de plomb, lorsqu'il affirmait « qu'avec cette médication souvent il n'est pas nécessaire de » donner un laxatif, l'*opium seul suffisant pour résoudre le spasme » et rétablir les garde-robes.* »

Pour resserrer en quelques mots toute cette exposition, nous dirons que la marche de la maladie vers la guérison se compose de trois faits successifs, reliés entre eux par les rapports de causes à effets : disparition de la douleur, du spasme nerveux, tel est le premier résultat à acquérir ; le second, qui le suit de très près, c'est le retour de l'appétit ; le troisième, conséquence des deux précédents, plus spécialement du premier, c'est le rétablissement des selles.

Le traitement ainsi compris, reste à le diriger dans ce sens.

Une conviction facile à acquérir pour tout esprit qui se place au point de vue que nous venons d'exposer est que la condition fondamentale du succès dans un traitement dont la base repose sur de semblables données est de *dominer à tout prix la douleur*. Soulager n'est pas suffisant ; il faut dompter, maîtriser la douleur si l'on veut triompher. Dans ce but, l'on ne doit pas craindre de proportionner la dose de l'agent employé à la gravité de l'affection qu'on combat. Ainsi, n'est-ce qu'à l'aide de quantités considérables, quelquefois très considérables de chloroforme, qu'on obtient le but désiré : 100, 150, 200, 250, 300 gouttes de chloroforme et au delà doivent être administrées sans crainte, suivant l'intensité de la maladie.

Ce n'est pas seulement la dose prescrite qui contribue au succès, c'est encore le mode de distribution des différentes potions dans les vingt-quatre heures. Il importe (et cela ressort de l'expérience) que dans tout le courant de la journée le malade soit maintenu sous l'influence du chloroforme. Aussi M. Aran divise-t-il les juleps et les lavements de telle sorte que le premier julep soit donné le matin, et le second vers quatre heures de l'après-midi ; le premier lavement vers midi, et le second vers dix heures du soir. De cette façon, le malade est placé d'une façon continue sous l'influence de l'agent anesthésique. Vient-on à modifier cet ordre, à éloigner les heures d'administration du chloroforme, aussitôt, quelles que soient les doses, la douleur reparaît dès qu'elle n'est plus dominée par la présence dans l'économie du médicament qui doit la contenir.

En troisième lieu, il importe essentiellement de prolonger le traitement au delà de la disparition des douleurs. L'expérience clinique a démontré que sans cette précaution le malade est sujet à des rechutes. Il est donc de toute nécessité de continuer l'administration du chloroforme quelques jours après la *guérison apparente*, puis d'en diminuer progressivement les doses avant de supprimer la médication d'une façon complète. Ce n'est qu'à ce prix qu'on peut obtenir une guérison définitive.

Ainsi : 1° proportion de la dose à l'intensité de la maladie, c'est-à-dire dans la grande majorité des cas administration du chloroforme à haute et très haute dose ; 2° continuité d'action du médicament ; 3° prolongation du traitement au delà de la disparition des douleurs et de la guérison apparente. Voilà les trois conditions sur lesquelles repose la garantie du succès.

A l'administration du chloroforme, M. Aran a coutume de joindre comme auxiliaires les bains alcalins et sulfureux donnés tous les jours alternativement, et destinés à débarrasser la peau du plomb qui peut se trouver à sa surface.

Dirigée de la sorte, la médication anesthésique ne connaît pas encore d'insuccès.

La question de la durée achèvera de mettre en lumière toute sa véritable valeur, surtout par comparaison avec les autres traitements. Le vieux traitement de la Charité durait sept jours ; mais cette durée de sept jours ne trompe plus aucun médecin, et l'on sait qu'il est plus qu'ordinaire de voir la maladie résister aux purgatifs et aux narcotiques pendant deux, trois et quatre semaines, quelquefois même bien au delà. M. Tanquerel-Desplanches eut l'inestimable mérite de diminuer beaucoup la durée de la maladie par l'emploi de l'huile de croton. « Avec ce médicament, dit-il, » très rarement la colique persiste après le quatrième jour. » La médication anesthésique abrége encore la résistance de la maladie. Avec le chloroforme, le soulagement ne se fait pas attendre : il est *immédiat* ; et cela, parce que le premier symptôme combattu dans ce traitement, c'est précisément *la douleur*. Si la douleur persiste souvent le second jour, elle est beaucoup moins intense. Le troisième jour les coliques deviennent très rares, supportables ; très souvent même elles ont complétement cessé. Le quatrième, la guérison est acquise.

Un dernier mot. Si tout le secret des heureux résultats que nous venons de publier réside dans ce fait que la douleur et le spasme nerveux sont dominés par le chloroforme, ne pourrait-on pas obtenir de semblables guérisons avec d'autres médicaments doués également de la faculté d'assoupir les souffrances en pervertissant l'activité du système nerveux ? Sans doute ; les opiacés, la belladone, la jusquiame, le tabac agissent dans le même sens, et ont aussi compté de nombreux succès ; l'opium et la jusquiame entre les mains de Stoll, la belladone sous l'habile direction de M. Malherbe (de Nantes). Mais ces agents n'offrent ni la même puissance, ni la même certitude de succès que le chloroforme ; ils peuvent triompher dans quelques cas légers ou de moyenne intensité, quelquefois peut-être dans des cas plus graves, mais à coup sûr ils ne peuvent faire face à tous les accidents. Entre la vertu de ces médicaments et l'intensité de l'affection à combattre, il y a souvent disproportion ; attaquer avec eux une maladie aussi tenace, aussi rebelle que l'intoxication saturnine, dont le germe producteur réside caché dans tous les organes de l'économie, c'est risquer une défaite, parce que c'est combattre souvent à armes inégales ou insuffisantes. Quand il s'agit de dominer la douleur, les narcotiques, les stupéfiants ne peuvent entrer en lice avec les anesthésiques ; les uns ne font qu'assoupir la sensibilité, ils soulagent ; les autres enlèvent à l'homme jusqu'à la possibilité de souffrir. Est-ce à l'opium, le plus puissant des narcotiques, que s'adresse la chirurgie pour soustraire ses opérés aux douleurs des sanglantes mutilations des amphithéâtres, douleurs dont l'acuité ne dépasse pas toujours les horribles souffrances des malheureuses victimes de l'infection saturnine ?

HOPITAL D'ÉDIMBOURG. — M. J.-H. BENNETT.

Hémiplégie du côté droit. — Convulsions épileptiformes. — Perte de l'odorat, de la vue du côté gauche. — Corps amylacés dans le cerveau.

Un plâtrier robuste, âgé de quarante-huit ans, est admis à l'hôpital d'Edimbourg le 7 janvier dernier, atteint d'une hémiplégie du côté droit, perte de la vue du côté gauche, de l'odorat. Le début de la maladie remonte à deux ans, époque où cet homme éprouva pour la première fois des attaques épileptiformes, qui devinrent de plus en plus longues et fréquentes.

Le 8, pouls à 96, plein ; céphalalgie intense. La tête, aussi rigide que dans le tétanos, est inclinée fortement sur le côté droit. Les autres fonctions sont à l'état normal.

Le 9, les attaques épileptiformes reparaissent.

Le 14, les attaques reviennent toutes les dix minutes jusqu'au lendemain, où le calme se rétablit à neuf heures. La respiration s'embarrasse, devient de plus en plus laborieuse et difficile.

Le malade meurt le 16, à neuf heures.

Autopsie. — Ouverture du crâne : tissu cellulaire sous-arachnoïdien infiltré de sérosité ; l'arachnoïde est soulevée par places au-dessus des circonvolutions. Les deux ventricules latéraux ont une capacité plus grande, et contiennent de la sérosité ; leurs parois sont à l'état normal, ainsi que la substance blanche de la voûte à trois piliers et de la portion centrale du cerveau. Les hémisphères paraissent également sains. Le corps strié gauche est atrophié ; à l'extérieur, il présente une coloration d'acajou. Une section pratiquée sur ce corps donne issue à une substance de couleur fauve qui était contenue dans une cavité irrégulière de la capacité d'une grosse noisette. La couche optique gauche, coupée, offre des ramifications nombreuses de vaisseaux, qui se rétractent après la section.

Il existe une adhérence intime et très résistante entre la dure-mère et la surface antérieure et inférieure du lobe gauche. Cette adhérence

comprend les nerfs optique et olfactif de ce côté, et s'étend du côté droit jusqu'à l'autre branche olfactive.

La portion du cerveau en connexion immédiate avec ces adhérences est le siége d'indurations remarquables, de la grosseur d'une noisette. Du côté droit, l'induration est périphérique et n'a que peu d'épaisseur. Sous le scalpel, ces indurations sont d'une consistance de cire ramollie et d'une couleur jaune paille, sans limites bien arrêtées.

Examinée au microscope, cette substance paraît amorphe; on y retrouve les éléments normaux de la substance cérébrale, entremêlée de cellules brunâtres excessivement petites. Quant à l'altération du corps strié et de la couche optique gauches, on remarque de nombreux corpuscules ronds, incolores, transparents, qui réfractent puissamment la lumière et ont tout l'aspect de corps solides. Parmi ces corpuscules, il en est qui contiennent des noyaux globulaires, et tout autour de légers cercles concentriques. Les acides nitrique, sulfurique, acétique, l'eau, la solution d'iode, n'agissent pas sur eux; il en est cependant qui se rompent de la même manière que les grains de fécule. Le sérum qui baignait les ventricules est parsemé de cellules épithéliales distendues par de l'eau, sous l'influence de l'endosmose.

M. Bennett fait suivre cette observation, que nous avons analysée brièvement, de quelques considérations sur les corps amylacés remarqués dans les dégénérescences du cerveau. Suivant lui, ces ramollissements de couleur fauve ne sont pas dus à une dégénérescence graisseuse de la substance cérébrale ou des vaisseaux, comme l'ont avancé quelques pathologistes, mais bien à la transformation d'une exsudation finement coagulée et assez résistante, qui s'est opérée à travers les éléments de la texture cérébrale.

Depuis deux ans on s'est beaucoup occupé de ces corps amylacés signalés pour la première fois par Purkinje et Valentin; depuis, Virchow, Busk et M. Bennett ont travaillé assidûment cette question; d'après eux, la plupart de ces corpuscules consistent essentiellement en une base organique avec imprégnation minérale; dans le nombre, il en est qui possèdent toutes les réactions de l'amidon ou de la cellulose, et deviennent d'un bleu magnifique sous l'influence de l'iode et de l'acide sulfurique dilué; toutefois, dans le cas qui nous occupe, les corpuscules amylacés signalés par M. Bennett n'ont pas offert cette coloration d'une manière caractéristique, mais ils ont offert d'autres caractères propres aux granules amylacés.

Quant aux conséquences physiologiques, pathologiques et cliniques à déduire de ces singuliers corps, elles sont encore nulles pour le moment. Dr E. G.

(*Monthly journal of Edinburgh.*)

QUELQUES OBSERVATIONS

sur les propriétés thérapeutiques de l'ergot de blé et son emploi, à l'occasion des recherches de M. Grandclément:

Par M. le docteur Jobert, de Guyonvelle (Haute-Marne).

Dans la portion du département que j'habite, on ne sème du seigle que très rarement; en revanche, nos contrées sont riches et fécondes en blé de toutes sortes; et c'est sur ce blé que depuis vingt-deux années je récolte, à l'approche de chaque moisson, l'ergot dont je me suis plusieurs fois servi avec les avantages les mieux marqués.

1° La propriété médicale et obstétricale de l'ergot de blé est aussi incontestable que celle de l'ergot de seigle; et les effets par l'un sont aussi prompts, aussi directs et aussi grands que par l'autre.

2° Son action hémostatique paraît assurée. Je l'ai administré un certain nombre de fois contre des pertes abondantes, et immédiatement après l'accouchement; il m'a presque constamment et pleinement réussi.

3° A la dose de 1 à 2 grammes, selon l'urgence, dans des cas de pertes utérines pendant la grossesse, à quelque époque que ce soit de la gestation, il a fréquemment réussi à calmer, sinon à arrêter complétement l'hémorrhagie, et sans avoir paru déterminer aucune action stimulante de l'utérus.

Mais, je ne saurais dire s'il produit l'ergotisme quand il est donné avec les aliments. Tout ce que j'ai pu savoir, c'est que, par un motif insaisissable, par une connaissance que je n'ai pu apprécier, nos habitants ont grand soin de faire disparaître les grains d'ergot qu'ils rencontrent sur les quelques épis de seigle qu'ils récoltent chaque année (ils disent, mais sans savoir pourquoi, que cela fait mal); tandis qu'ils ne se préoccupent point de la présence de l'ergot dans leurs blés, quelle que soit la quantité qu'ils y trouvent.

Ajoutons que cette quantité n'est d'ailleurs jamais fort grande. Depuis quelques années les étés pluvieux ont développé et produit une quantité d'ergot plus grande que jamais. J'en ai vu et récolté jusqu'à douze et quinze grains sur un épi; j'en ai vu encore et récolté sur plusieurs plantes de maïs. Je me propose d'essayer ce dernier, d'étudier et de faire connaître ses effets médicamenteux aussitôt que je les aurai constatés.

EMPLOI AVANTAGEUX DES FRICTIONS DE POMMADE DE BELLADONE AUTOUR DE L'ORBITE

contre le delirium tremens.

Par M. Grieve.

On sait que les hallucinations forment un des caractères saillants du *delirium tremens*. Suivant M. Grieve, la pupille serait en même temps resserrée, et notre confrère, présumant que cette circonstance ne serait pas sans influence sur le désordre psycho-sensorial, s'est imaginé, dans un cas de ce genre, d'onctionner les paupières avec la pommade de belladone dans l'espoir d'amener, avec la dilatation de la pupille, la cessation des pseudo-sensations. Le résultat répondit à son attente. Dès que se manifesta l'action physiologique du médicament, le sommeil survint, et le délire s'apaisa insensiblement.

Sans nier l'heureuse influence des onctions belladonées en cette circonstance, d'autant plus que le mal se caractérisait par des symptômes assez graves, nous ne saurions admettre l'explication donnée par le médecin anglais. La réaction hallucinatoire est purement cérébrale; les fausses sensations d'ailleurs augmentent d'intensité dans la nuit. (*Gaz. hebd.*)

PILULES DE STORAX CONTRE LES CATARRHES.

Par M. Clossœus.

Storax, oliban, myrrhe, opium brut, suc épaissi de réglise, de chaque	4 grammes.
Safran	2 —

Faites une masse avec quantité suffisante de sirop de nerprun et divisez en pilules de 15 centigrammes. Chacune de ces pilules contient 2 centigrammes et demi d'opium brut, et, ce dernier étant estimé renfermer moitié seulement de son poids d'extrait, il résulte de là que quatre des pilules précédentes équivalent en fait à la dose de 5 centigrammes d'extrait thébaïque.

Closscœus donnait ces pilules avec succès aux femmes enceintes qu'une toux fréquente met en danger de faire une fausse couche. Il est étonnant, dit Schroder, qu'on les ait retranchées de la Pharmacopée royale, d'autant plus qu'elles sont un remède excellent contre les catarrhes. Elles possèdent les mêmes vertus que les pilules de cynoglosse; mais elles contiennent le double d'opium. On ne devra donc pas donner plus de trois à six pilules de storax par jour.

PILULES ANTISQUAMMEUSES.

Par M. le Dr Duchesne Duparc.

Arséniate de fer	50 centigr.
Poudre de gomme arabique	q. s.

pour 100 ou 150 pilules, selon qu'on veut débuter par un demi ou un tiers de centigramme. Une à vingt pilules progressivement dans les vingt-quatre heures, selon l'âge, la constitution et l'état des voies digestives. Chez les sujets affaiblis ou impressionnables, on ajoutera par pilule 5 centigrammes de sous-nitrate de bismuth. (*Répert. de pharm.*)

LINIMENT CONTRE LA GOUTTE SCIATIQUE,

le lumbago et autres douleurs rhumatismales;

Par M. le docteur Richard (de Soissons).

Huile d'amandes douces	30 grammes
Essence de térébenthine	30 —
Ammoniaque liquide	20 —

Mêlez. — Au matin, à midi et le soir, on frictionne pendant quatre à cinq minutes les parties externes du membre malade avec un linge imbibé de ce liniment, puis elles sont recouvertes de taffetas gommé et d'une flanelle en dessous. Les parties frictionnées sont bientôt le siége d'une éruption de boutons qui deviennent un puissant dérivatif, puis l'absorption de l'essence de térébenthine produit une action hyposthénisante locale.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 27 mars 1855. — Présidence de M. Jobert (de Lamballe).

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet:

Epidémies. — 1° Une série de comptes rendus des diverses maladies qui ont régné dans les départements en 1854. (Commission des épidémies.)

2° Un rapport de M. Duteil, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Saint-Lô (Manche), sur une épidémie de petite vérole qui a régné dans cette ville. (Même commission.)

Eaux minérales. — 3° Une demande à l'effet d'obtenir l'autorisation d'exploiter une source d'eaux minérales sise à Aurel (Drôme).

Opium indigène. — 4° Un exemplaire d'un mémoire sur l'opium indigène, publié par M. Decharmes, chancelier de l'Académie d'Amiens. (Commissaire: M. Bouchardat.)

Préservatif du choléra. — 5° Une recette d'une nouvelle préparation à laquelle l'auteur, M. Hoffmann, attribue la propriété de préserver du choléra. (Commission des remèdes secrets.)

Morve chronique. — 6° Un mémoire de M. le docteur Bigot, chirurgien adjoint de l'hospice d'Evreux (Eure), sur la morve chronique des chevaux, considérée principalement au point de vue de la transmission du cheval à l'homme. (Commissaires: MM. Rayer et Renault.)

Guérison des hémorrhagies. — 7° Une recette pour la guérison des hémorrhagies.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Institut médical de Valence. — M. Casimir Domingo, secrétaire de l'Institut médical de Valence (Espagne), écrit pour établir des relations avec l'Académie de médecine de Paris.

Sel de Sedlitz sans amertume. — M. le docteur Cousin (du Thil écrit pour informer l'Académie qu'il a trouvé le moyen de faire disparaître l'amertume du sel de Sedlitz, ainsi que les éructations et sécrétions nauséeuses que cette substance provoque, tout en ne diminuant en rien son activité purgative. (Commission des remèdes secrets.)

Vaccinations. — M. Renault, d'Alençon (Orne), fait connaître les résultats des vaccinations qu'il a opérées en 1854, et il rappelle à cette occasion les nombreuses vaccinations qu'il a pratiquées depuis trente ans. (Commission de vaccine.)

Moyen de prévenir les pollutions. — M. Kausmann (de Berlin) informe l'Académie qu'il a constaté que les draps de lit en toile dont on fait usage généralement favorisent les pollutions, tandis que l'emploi de couvertures de laine (sans drap intermédiaire) les fait cesser presque instantanément.

Lithotritie. — M. Delore adresse une note au sujet de trois opérations de lithotritie pratiquées par M. Barrier (de Lyon) au moyen du brise-pierre pulvérisateur de M. Guillon. (Commissaire, M. Ségalas.)

— M. le président informe l'Académie que, par suite de la démission de M. Patissier, il y aura lieu à procéder mardi prochain à l'élection d'un trésorier.

M. Chevallier exprime le regret du parti qu'a pris M. Patissier de donner sa démission, et il voudrait que l'Académie, avant d'accepter cette démission, fît une démarche auprès de cet honorable collègue pour l'engager à revenir sur sa détermination. (Appuyé.)

Plusieurs membres demandent la nomination d'une commission.

M. Moreau. Nommez des membres conciliants.

M. le président désigne MM. Moreau, Adelon et Bégin.

RAPPORT.

Remèdes contre la rage. — M. Bouchardat, au nom de la commission des remèdes secrets, lit un rapport officiel sur plusieurs communications relatives à des remèdes contre la rage.

Les conclusions négatives de la commission sont mises aux voix et adoptées.

M. Renault félicite M. Bouchardat d'avoir eu le courage de lire toutes ces communications. Cependant il ne faudrait pas croire que les auteurs de ces communications soient tous de mauvaise foi. Il y a une chance d'erreur dans ces sortes d'expériences dont il faut tenir compte, et qui a dû bien souvent faire illusion. Cette cause d'erreur, la voici: c'est que le plus grand nombre des individus qui sont mordus par des chiens enragés ne contracte pas la rage. Or il est tout naturel de croire que les expérimentateurs de remèdes aient eu affaire à un certain nombre de faits de ce genre, et on conçoit que ces faits aient pu leur faire croire à l'efficacité des moyens mis en usage.

Ceci me rappelle un fait dont j'ai été témoin. Un vieillard vint me trouver, il y a quelques années, exhibant des certificats constatant qu'il avait guéri un grand nombre de cas de rage. J'avais à cette époque, à Alfort, un chien enragé au plus haut degré. Le vieillard se précipite sur ce chien pour se faire mordre; je le saisis et le renverse en arrière pour le soustraire aux attaques de l'animal. Que fait-il alors? Il ordonne à son fils, qu'il avait avec lui, d'aller se faire mordre; je parvins heureusement aussi à l'en empêcher. Vous voyez à quel point cet homme était convaincu de l'infaillibilité de son remède!

Je fis à cette occasion les expériences suivantes: Je fis mordre plusieurs chevaux, des moutons et des chiens, soumettant les uns au traitement proposé par cet homme, abandonnant les autres sans traitement. Eh bien! Aucun des animaux mordus et abandonnés à eux-mêmes sans traitement ne contracta la rage. Je laisse à penser ce qu'on en aurait conclu s'ils avaient pris le remède.

DISCUSSION.

Des doctrines vitalistes à propos de la variole. — L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le mémoire de M. Piorry. La parole est à M. Gerdy. Mais avant de reproduire l'argumentation de M. Gerdy, nous allons résumer la fin de la deuxième partie du discours de M. Bouillaud, où se trouve formulée son opinion ou sa profession de foi sur le vitalisme.

M. Bouillaud, après avoir examiné et apprécié d'après des citations empruntées à la *Revue médicale* la doctrine vitaliste moderne, qu'il appelle l'école *néo*, ou plutôt *ultravitaliste*, et les doctrines vitalistes actuelles de Montpellier, représentées par M. Lordat, arrivant à sa profession de foi personnelle en matière de philosophie physiologique, s'exprime en ces termes:

1° J'admets avec M. Lordat que l'homme est un être dont l'unité se décompose en éléments qu'il importe de déterminer le plus exactement possible.

2° Or, l'analyse nous montre d'abord ces deux grands éléments, savoir: 1° un corps organisé ou composé d'organes, c'est-à-dire d'instruments infiniment variés, destinés chacun à remplir une fonction spéciale, ce qui fait de ce corps lui-même la plus merveilleuse machine de la création; 2° des forces, des puissances, des principes qui meuvent, vivifient, animent cette merveilleuse et divine machine, s'il m'est permis de me servir de cette comparaison, déjà employée par Corvisart avec des réserves que j'adopte pleinement, cette machine humaine, pour tout dire en un mot déjà consacré.

3° Ces forces, ces puissances, ces causes, ces principes, ces facultés ou propriétés peuvent être ramenés à deux principales catégories, et c'est là précisément ce qu'ont fait Barthez, Bichat, M. Lordat, chacun sous une forme et dans un langage différents, il est vrai, et peut-être aussi dans un esprit différent, ce que je n'ai pas à décider.

J'admets, pour ma part cette distinction, cette catégorisation, en laissant à chacun, jusqu'à nouvel ordre, la liberté de l'exprimer à sa manière.

4° Etant admis que les deux ordres de forces, de puissances, de principes, de facultés, de conditions vitales ou dynamico-vitales, appartiennent exclusivement au corps humain vivant, il ne reste plus,

pour avoir une idée complète de toutes les forces qui agissent sur ce corps ou agrégat matériel, que d'ajouter aux deux ordres précédents celui des forces auxquelles obéissent tous les corps de la nature en général, telles que la pesanteur ou force de gravitation, l'affinité, etc., forces que Bichat et Barthez eux-mêmes n'ont point oubliées dans leur énumération des forces ou des propriétés, mais dont ils n'ont pas toujours tenu un compte suffisant dans l'application ou dans la pratique.

Toutes ces causes générales, toutes ces forces, etc., qu'elles s'exercent sur des corps inorganisés ou sur des corps organisés, peuvent être et sont réellement conçues par notre esprit comme distinctes de ces corps; mais il est certain, évident que sans la connaissance de ces derniers, des phénomènes qu'ils nous présentent et des lois auxquelles ils sont assujettis, elles seraient pour ainsi dire comme non avenues, c'est-à-dire que nous n'aurions aucun moyen d'en constater la présence et les effets. C'est pour cela que Barthez leur a donné le nom de causes expérimentales, ainsi que nous l'avons vu précédemment.

Supposez que les mouvements des corps célestes et les mouvements analogues qui se passent dans d'autres corps n'existent pas, et par suite les grandes lois que les Newton et les Képler ont découvertes et calculées, que deviendrait l'idée de la pesanteur ou de la force de gravitation? Sans la connaissance de la distance ou de la masse des corps, comment pourrions-nous apprécier cette force, laquelle, ainsi que tout le monde le sait depuis Newton, agit en raison directe des masses et inverse du carré des distances? On peut en dire autant des phénomènes physiques de toute autre espèce et des phénomènes chimiques dans lesquels interviennent les forces électriques ou électro-magnétiques, les affinités, etc.

Il en est de même des phénomènes dont le corps vivant est le siége. Sans doute, nous avons nécessairement en nous l'idée d'un principe de vie, de forces vitales, ainsi que l'idée du rapport qui existe entre ce principe de vie, ces forces vitales et les phénomènes que nous observons dans le corps en question, phénomènes que nous considérons comme des effets (ce rapport est connu sous le nom de causalité ou de rapport de cause à effet). Mais, encore une fois, sans la connaissance du corps lui-même et des phénomènes dont il est le siége, comment apprécier et calculer pour ainsi dire les diverses forces vitales?

Les corps, leurs phénomènes et les forces, voilà donc les deux grands facteurs dont il faut tenir compte: déterminer exactement la valeur de chacun d'eux, voilà l'éternel problème que nous avons à résoudre dans nos recherches. Malheur à ceux qui négligent une de ces données ou qui ne l'apprécient pas d'une manière exacte! C'est de là que naissent ces innombrables erreurs que nous trouvons dans l'histoire de toutes les sciences naturelles en général et de la médecine en particulier. Il est réservé à un si petit nombre d'hommes de posséder à un haut degré toutes les facultés intellectuelles et morales nécessaires pour l'étude des questions générales et particulières dont ces sciences se composent qu'il ne faut pas s'étonner des erreurs dont elles fourmillent.

D'un autre côté, comme tous ceux qui s'en occupent, quelque différentes que soient d'ailleurs leurs facultés et les recherches auxquelles ils se sont livrés, ont les mêmes prétentions et croient également, quelque diverses que soient leurs opinions ou leurs doctrines, avoir trouvé la vérité, on conçoit que les querelles et les disputes scientifiques sont en quelque sorte fatales et inévitables. Comment et quand cesseront ces variations, ces dissidences d'écoles et de doctrines en médecine? Jusques à quand, au lieu de cette unité de doctrines médicales tant souhaitée, aurons-nous les doctrines des Facultés de Paris, de Montpellier, de Strasbourg, de toutes les écoles secondaires, etc.? Quand nous sera-t-il donné de ne plus dire *oui* avec Hippocrate, *non* avec Galien; ou bien encore: ***vérité en deçà des Pyrénées, erreur au delà?*** Quand? Je l'ignore. Mais ce que je sais très bien, c'est que pour arriver à cette unité de doctrines, d'écoles, de systèmes, en médecine, comme dans toutes les sciences naturelles, en général, il faut absolument procéder dans nos recherches, sous le double rapport de l'observation et de la philosophie scientifique, avec une exactitude rigoureuse, méthode qui ne permet de rien considérer comme vrai qui ne soit clairement démontré.

Voilà mon école, messieurs, et je n'en reconnais pas d'autre; c'est la seule qui soit de tous les lieux et de tous les temps, mais à la condition d'être toujours fidèle à son principe, condition dont toute la difficulté n'est bien sentie que de ceux qui se la sont imposée; c'est l'école de cette médecine *exacte*, pour le triomphe de laquelle je n'ai cessé de combattre depuis vingt ans passés.

M. Gerdy. Je suis heureux de voir s'élever devant l'Académie une discussion générale portant sur les points les plus élevés et les plus philosophiques de la médecine. Ce sont des sujets sur lesquels on a le tort généralement de ne pas assez réfléchir. Aussi est-il arrivé que cette discussion a trouvé les esprits peu préparés et en complet désaccord sur les points fondamentaux. Pour ma part, il y a vingt-cinq ou trente ans que je m'en suis occupé: j'en ai fait le sujet de ma thèse inaugurale; ce ne sera donc pas pour moi une improvisation. Cela dit, j'aborde immédiatement la question.

Qu'est-ce que la maladie? Sur cette simple question il y a une variété extraordinaire de définitions, depuis celles qui ne tiennent que deux lignes jusqu'à celles qui tiennent plusieurs pages, et sans parler de la disparité qui existe dans le sens de ces diverses définitions. Cependant on peut dire que pour le plus grand nombre des auteurs la définition de la maladie peut être résumée ainsi: un ou plusieurs organes malades. Il n'y a pas pour eux de maladies à proprement parler, il n'y a que des organes malades ou des états organopathiques. Or, ces états organopathiques naturellement ne sont point conçus indépendamment des organes, ce ne sont point des êtres particuliers existant par eux-mêmes, ce sont des états, des manières d'être des organes eux-mêmes. En un mot il n'y a pas de maladies. On ne sait pas bien en réalité où on en est. Il y a donc quelque chose à faire à cet égard.

En réalité, il y a des maladies, bien qu'on ne puisse les séparer du corps. Les couleurs existent bien, et cependant on ne peut les séparer des corps. Il en est de même de la fragilité de ce verre (montrant le verre qui est sur la tribune). Il n'est donc pas nécessaire que les maladies soient séparées du corps, qu'elles en soient distinctes pour avoir une existence réelle. Ce sont des abstractions, des entités, des manières d'être si l'on veut, qui sont bien réelles. Il y a bien d'autres abstractions qu'on ne saurait non plus séparer des corps, et qui n'en sont pas moins réelles, telles que l'élasticité, par exemple. Est-ce que toutes ces entités, parce qu'elles ne sauraient être conçues séparées, isolées, distinctes des corps dont elles constituent des propriétés, ne méritent pas chacune un nom particulier?

On a l'habitude de traiter d'obscur tout ce qui est métaphysique. Est-ce que les choses physiques sont beaucoup plus faciles à comprendre? Soit Paris, par exemple. Voilà une entité bien matérielle. Quel est celui d'entre vous qui se fait de suite une idée bien nette, bien précise de ce que c'est que Paris? J'y vois d'abord une grande ville. Mais quelle est son étendue? Quand vous l'aurez calculée, il faudra que vous cherchiez de combien de maisons, de combien de monuments elle se compose, puis quelle est sa population, et, quand vous aurez le chiffre de sa population, il faudra que vous cherchiez à la décomposer à son tour en ses divers éléments, etc., etc.; et, si de là vous passez à l'étude morale de cette population, aux passions qui l'agitent, que de choses ne trouvez-vous pas dans ce Paris! Vous voyez donc bien que cette entité physique, matérielle, qui vous semble si simple au premier abord, est en réalité extrêmement complexe et qu'elle se compose d'un nombre infini d'éléments divers. Lors donc que l'on dit que les faits physiques sont plus clairs que les faits abstraits, on voit bien que cela n'est pas vrai. Non. Les abstractions sont, au contraire, beaucoup plus claires que les faits matériels. Ainsi, lorsque je dis ce corps est rouge, cette idée abstraite est beaucoup plus claire, plus limpide que cette eau (montrant la carafe), qui cependant n'est pas trouble (sourires). On voit donc l'utilité de se familiariser avec les idées abstraites. A chaque instant nous ne faisons pas autre chose que des abstractions en médecine.

J'en reviens à l'idée de maladie. Qu'est-ce donc qu'une maladie? Je la définirai dans son sens le plus général, un état pénible, j'ajouterai dangereux. J'éloigne avec intention de cette définition le mot de lésion matérielle; d'une part, parce qu'il y a des maladies sans lésions matérielles, et, d'autre part, parce que des lésions matérielles peuvent exister sans qu'il y ait maladie, c'est-à-dire sans gêne, sans trouble fonctionnel et sans danger. Il ne suffit pas, en effet, de certaines modifications matérielles dans les organes pour qu'il y ait maladie. Une anomalie artérielle, un déplacement de viscère, la transposition des organes ne sont point des maladies.

Toutes ces modifications peuvent avoir lieu sans amener de troubles dans les fonctions, et surtout sans danger pour l'économie. Or, je le répète, c'est le danger seul qui implique l'idée de maladie. Une hernie ne serait pas une maladie, n'était le danger de l'étranglement.

Il s'agit maintenant de voir si avec les caractères que je viens d'énoncer on peut définir la maladie..... Mais avant complétons les caractères de la maladie.

Les maladies sont essentielles ou symptomatiques. Qu'est-ce que des maladies essentielles? L'idée d'essentiel implique quelque chose qui existe par soi-même et qui n'est pas l'effet, la conséquence, le symptôme d'une autre maladie. Dans un système qui est mort depuis longtemps et dont il ne reste presque plus de traces aujourd'hui, le système de Broussais, on admettait qu'il n'existait point de fièvres essentielles. Broussais, qui passait pour un métaphysicien, considérait les entités morbides comme des produits de l'imagination, comme quelque chose d'idéal qui se cachait derrière un rideau et que l'on poursuivait par des remèdes; et il se battait contre ces entités comme contre des moulins à vent. Il ne voulait pas admettre de maladies générales; il ne voyait partout que des organes malades, que des lésions locales..... Mais les maladies générales, universelles de l'économie; les maladies diathésales qu'on ne comprenait pas alors, sont aussi réelles que les maladies locales. Est-ce qu'on peut nier l'existence de la syphilis, des scrofules, de la tuberculie (expression qu'on me passera, car elle est française, elle n'est pas tirée du grec)? Est-ce que ces maladies sont locales? Et il y en a bien d'autres; les lipomes, les cancers, les tumeurs fibroplastiques ne dépendent-ils pas d'autant d'états diathésiques généraux? Il y en a une quantité d'autres, sans compter ceux que nous ne connaissons pas; car il s'en faut que l'histoire des diathèses soit faite. C'est un des plus beaux sujets d'étude à entreprendre.

On a cherché à remonter à l'origine de ces diathèses, on s'est demandé à quoi elles tenaient. Les *hemiciens* disent: c'est le sang. Ils ont été chercher dans le sang la source de tous les phénomènes morbides généraux, comme si le sang était vivant. Mais est-il possible d'admettre qu'il y ait de la vie dans un fluide composé de particules qui se meuvent sous le moindre choc, qui s'évaporent dès qu'on rompt l'enveloppe qui les contient? Non, cela ne vit pas. Ne venez pas me parler de la vie de semblables choses. Que l'on dise que le sang peut être altéré, c'est différent; cela peut s'admettre. Mais n'appelez pas maladie une modification en plus ou en moins dans tels ou tels éléments du sang, dont vous ne connaissez même pas la composition d'une manière exacte. Autant vaudrait dire qu'un individu est malade parce qu'il a un grand nez, ou parce qu'il l'a trop petit.

Je reconnais des modifications possibles du sang. J'admets même que quelques-unes de ces modifications soient morbides; celles-là, je les appellerai volontiers des altérations. Mais je ne sais pas encore, et vous ne savez pas vous-même les distinguer les unes des autres, dire: Telles modifications sont des altérations réelles, telles autres n'entraînent point l'idée d'altération. On nous parle de pléthore, de polyhémie, d'anémie. Mais savez-vous combien il faut de globules sanguins dans le sang à l'état normal, et à quel point un peu plus ou un peu moins de globules constituera ou non une altération morbide? J'en reviens toujours à mon exemple du grand nez.

Je ne nie pas vos altérations du sang comme possibles, je le répète, mais je les nie comme prouvées. Quand vous ne savez pas distinguer dans une éprouvette un sang normal d'avec un sang altéré, et altéré pathologiquement, comment voulez-vous le reconnaître sur le vivant, là où vous ne pouvez ni compter, ni calculer approximativement la quantité de globules?

Ainsi les humoriens modernes, qui se croient plus savants que les humoristes anciens, ne sont que... des humoriens (on rit); ils ne savent rien. Le sang n'a pas toute la puissance ni toute la susceptibilité qu'on lui prête généralement, que moi-même peut-être je lui ai souvent prêtées à mon insu.

Comment, lorsqu'un individu peut introduire en quelques heures une bouteille d'alcool ou dix bouteilles de vin dans l'économie, et avec cela une quantité de mets savoureux, épicés; lorsque tel autre prendra une certaine quantité de vos drogues, qui, par parenthèse, le plus souvent ne guérissent rien du tout, et tout cela impunément, sans que l'économie, sans que l'intelligence en soient quelquefois notablement troublée, vous persisteriez à parler de la vie du sang, des altérations morbides du sang? Mais tout cela c'est comme une pelletée de sable que vous jetteriez dans une rivière. Non, vous ne savez rien. Je rougis de votre ignorance, en même temps que je suis saisi d'admiration pour celui qui a construit notre machine. Celui-là, du moins, entendait son affaire. (Rire général.)

Les maladies ont encore d'autres caractères. Elles peuvent être simples ou complexes. Simples: il est sans doute difficile de concevoir une maladie absolument simple, réduite à un seul élément de l'économie ou à un seul ordre de phénomènes. Quant aux maladies complexes, c'est une grande affaire que de déterminer tous les éléments qui y entrent et leur donner un nom. On est parti précisément de ce fait de la complexité des maladies pour dire qu'il n'y avait pas deux cas semblables, par conséquent qu'il n'y avait pas de maladies prises dans le sens générique abstrait, mais qu'il n'y avait que des individualités morbides, des états organopathiques. Quoi! il n'y a pas de maladies génériques! Quand dans toutes les contrées du globe on admet les mêmes groupes d'affections, lorsque plusieurs médecins réunis en consultation se trouvent d'accord pour donner le même nom à une maladie, vous niez qu'il y ait des maladies génériques! Mais vous procédez comme ce métaphysicien qui niait l'existence des arbres parce qu'il n'en avait jamais, disait-il, vu deux semblables.

M. Gerdy entre ici à ce sujet dans de longs développements sur la formation des mots génériques et sur le langage en général, et il termine en ces termes:

Il résulte de tout cela que c'est une grande erreur de considérer les entités abstraites comme obscures et les entités physiques comme claires et seules vraies. Langage et idées, tout sous ce rapport est à revoir, tout est à refaire.

— L'ordre d'inscription appelle M. Parchappe à la tribune, mais vu l'heure avancée la suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

A propos d'une communication faite à l'Académie des sciences par un jeune chimiste, M. H. Martinet, qui proposait de supprimer les miasmes paludéens et par conséquent les fièvres dont ils sont la cause, en *empoisonnant les marais avec des tonnes d'arsenic*, M. le docteur Yvan, qui a fait partie de l'ambassade de M. de Lagrenée en Chine, a adressé au rédacteur de l'*Ami des Sciences* une lettre dans laquelle nous trouvons le passage suivant:

« J'étais encore sous le poids de la communication de M. H. Martinet lorsque j'allai voir mon ami M. de Montigny, consul à Chang-Hay et Ning-Po, qui habite actuellement Paris. Naturellement je demandai à mon ancien compagnon de voyage si les Chinois du Nord étaient dans l'usage, comme le pratiquent ceux du Sud, d'empoisonner leurs rizières avec de l'arsenic pour détruire les vers nuisibles à leurs jeunes plantations? Voici quelle fut la réponse de M. de Montigny: « Les Chinois du Nord n'emploient pas l'acide arsénieux en agriculture, mais ils le mêlent au tabac et ils le fument dans leurs petites pipes. Cette coutume est particulière aux habitants des provinces du Ho-Nou, du Het-Chouen et du Chan-Tou. MM. les vicaires apostoliques de la Mantourie et de la Corée, qui ont longtemps habité le Seao-Tou, m'ont raconté que les populations de cette vaste contrée fumaient avec délices les vapeurs alliacées de la drogue pernicieuse. L'usage du tabac arsénié est même tellement répandu dans cette région qu'il leur était impossible de s'en procurer d'exempt de tout mélange toxique; ils étaient obligés de faire venir des provinces centrales celui qu'ils fumaient. Les évêques que j'ai cités m'ont également affirmé que les fumeurs d'arsenic étaient ornés du plus bel embonpoint, que leurs poumons fonctionnaient comme le soufflet d'un forgeron et qu'ils étaient en outre rouges comme des chérubins; car les Chinois du Sud seuls ont la teinte safranée dont on gratifie la race entière. »

» Ainsi voilà les Chinois, déjà coupables de fumer l'opium, atteints et convaincus de fumer l'arsenic! ... »

— En Angleterre, les hôpitaux ne forment pas, comme en France, une administration publique. Ils ne sont pas soutenus par l'État, mais bien par des souscriptions particulières, et il arrive quelquefois que, pour un motif ou pour un autre, ces souscriptions ne suffisent pas à l'entretien de l'établissement. C'est ce qui vient d'arriver pour l'un des plus importants hôpitaux de Londres, *the University College hospital*. Aussitôt un grand dîner a été organisé; la présidence en a été offerte à un orateur distingué, lord Granville, et à la fin du repas, sous l'influence d'un chaleureux discours, une liste de souscription a été ouverte, qui en quelques instants a réuni une somme de 1,287 livres st. (32,175 f.). Que nous sommes loin des mœurs anglaises!

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent:
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. Decq;
A Genève, à la librairie de Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Iconographie ophthalmologique, ou Description avec figures coloriées des maladies de l'organe de la vue, comprenant l'anatomie pathologique, la pathologie et la thérapeutique médico-chirurgicales, par M. J. Sichel, docteur en médecine et en chirurgie des Facultés de Berlin et de Paris. — Livraisons XI et XII, in-4°. Prix de chaque livraison: 7 fr. 50 c. Chez J.-B. Baillière, rue Hautefeuille, 19.

Du diagnostic et de la curabilité du cancer, discours prononcé à l'Académie impériale de médecine le 16 janvier 1855 par M. Velpeau. In-8° de 44 pages. Prix: 1 fr. 50 c. Chez J.-B. Baillière, rue Hautefeuille, 19.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 38. — SAMEDI 31 MARS 1855. (28e ANNÉE.) N° 38. — SAMEDI 31 MARS 1855.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Éclampsie survenue au septième mois de la grossesse. Guérison.

Le samedi 17 mars 1855, à quatre heures du soir, on amena à la Clinique d'accouchements une femme enceinte qui était en proie à des accès d'éclampsie depuis un certain temps déjà. On put recueillir au moment de son entrée à l'hôpital quelques renseignements, qui ont été complétés ensuite.

Voici, d'après la relation que nous en devons à l'obligeance de M. Jules Rouyer, élève du service, les principales particularités de cette intéressante observation.

Cette femme, âgée de vingt-deux ans, est primipare; elle a vu ses dernières règles le 27 juillet 1854. Elle pense être devenue enceinte au commencement d'août; la grossesse paraît être arrivée à la fin du septième mois. Pendant cette grossesse, elle eut assez fréquemment des défaillances incomplètes. Son père et sa mère n'ont rien présenté de particulier, mais une de ses sœurs, sujette à des attaques nerveuses, a succombé, après un accouchement, à des accidents de même nature; un de ses frères était également d'un tempérament très nerveux.

Dans la soirée du 16 mars, cette femme alla, en compagnie de son mari, dîner à une barrière de Paris. Quelques libations un peu copieuses la surexcitèrent, et au moment où elle rentra à son domicile elle souffrait d'une céphalalgie très forte; elle se coucha tout habillée sur son lit, à minuit et demi. Son mari se trouvait à côté d'elle. Vers deux heures il se sentit poussé vigoureusement par sa femme. Il l'invita à garder le repos; mais voyant qu'elle ne répondait pas, il s'inquiéta de son état, et s'apercevant qu'elle avait des convulsions, il fit appeler un médecin. Depuis ce moment jusqu'à son entrée à l'hôpital, la malade eut vingt-deux accès. Le médecin pratiqua une saignée, lui administra des antispasmodiques et fit appliquer des sinapismes sur les extrémités inférieures.

Le travail de l'accouchement avait commencé à se manifester peu de temps après le premier accès d'éclampsie. Au moment où la malade entra à la Clinique, le col de l'utérus était complétement effacé, et l'orifice était assez dilaté pour permettre l'introduction de deux doigts. Le travail continua, et à dix heures du soir la dilatation étant complète, M. Blot (chef de clinique), d'après l'avis de M. le professeur P. Dubois, termina l'accouchement par une application de forceps, qui fut faite rapidement et sans difficulté.

Au moment de l'entrée de la malade (quatre heures du soir), elle était dans le coma; il y avait insensibilité presque complète aux excitations douloureuses; les pupilles étaient dilatées; la malade remuait lentement les membres supérieurs, comme pour saisir les objets environnants. Les urines étaient assez abondantes, de couleur rouge; on y constata la présence d'une notable quantité d'albumine. Depuis ce moment jusqu'à la terminaison de l'accouchement il y eut cinq accès, d'une durée de deux à trois minutes chacun. On pratiqua une nouvelle saignée, et on fit prendre à la malade un purgatif (calomel, 0,40, en quatre doses, d'heure en heure).

Le lendemain, 18, à la visite du matin, on trouva cette femme dans un état comateux moins profond; les pupilles étaient toujours dilatées; les urines étaient encore rouges et albumineuses. Le même jour, dans la soirée, les urines ne contenaient plus d'albumine; elles étaient claires et de couleur normale.

Le 19, la malade a repris connaissance; elle répond lentement aux questions qu'on lui adresse. Dans la soirée, les réponses sont plus promptes; la malade accuse de la courbature.

Le 20, elle a complétement repris connaissance; elle répond avec vivacité aux questions qui lui sont faites; mais la perte de la mémoire persiste; elle ne se rappelle rien de ce qu'elle a vu la semaine dernière.

Les 21 et 22, amélioration croissante.

Le 23 mars, guérison complète.

On trouve dans cette observation un exemple de guérison d'éclampsie. Ce mode de terminaison est assez rare, comme on le sait, car le plus souvent les attaques répétées entraînent la mort. Nous aurons occasion de revenir sur cet intéressant sujet. Nous nous bornerons pour le moment à rappeler quelles sont les indications à remplir en présence de cette terrible maladie et les médications qui y sont le mieux appropriées.

Voici le traitement formulé par M. le professeur P. Dubois dans sa leçon clinique de samedi dernier :

On emploiera d'abord les saignées générales répétées et proportionnées à la force de la malade et à la violence des attaques. Quand il y aura inconvénient ou danger à continuer ce moyen, on aura recours à des applications de sangsues derrière les oreilles. On fera prendre à la malade comme purgatif du calomel seul ou uni au jalap : le médicament mêlé à du miel est appliqué sur la langue, et il pénètre dans le tube digestif. On pourra en même temps prescrire des applications de glace sur la tête.

Si le travail de l'accouchement n'est pas commencé au moment des attaques, il sera prudent de ne pas intervenir, car on ne peut le déterminer qu'en ayant recours à des moyens qui produisent sur l'utérus une irritation plutôt nuisible qu'utile et qui pourra aggraver le mal. Si le travail est commencé, il faut le laisser marcher et s'abstenir de toute intervention; on pourra cependant le terminer par l'emploi du forceps quand les choses seront très avancées et que l'application de l'instrument pourra être faite rapidement et sans violence.

Beaucoup de personnes croient qu'il est nécessaire de terminer à tout prix l'accouchement, et elles pratiquent alors des manœuvres qui peuvent, comme nous venons de le dire, avoir une fâcheuse influence. L'expérience a appris à M. P. Dubois qu'il valait mieux s'abstenir et laisser agir la nature.

Le fait que nous venons de rapporter, où ces moyens ont été mis en usage et où l'on n'est intervenu d'une manière active pour faciliter l'extraction de l'enfant qu'après la complète évolution du travail naturel de l'accouchement, vient donner un nouveau témoignage en faveur de ces préceptes.

Paralysie atrophique congénitale.

Nous avons vu récemment dans le service de M. Trousseau, à l'Hôtel-Dieu, un exemple d'une affection rare, surtout peu connue, et sur laquelle M. Duchenne (de Boulogne) a appelé l'attention des médecins dans ces derniers temps; nous voulons parler de la paralysie atrophique des enfants. Disons d'abord ce que M. Duchenne désigne sous ce nom, car la désignation de paralysie atrophique graisseuse des enfants est nouvelle dans la science, si la maladie elle-même ne l'est pas.

Parmi les diverses affections musculaires de l'enfance qui, depuis Underwood jusqu'au livre de MM. Rilliet et Barthez, figurent sous des noms différents, et plus particulièrement sous le nom de paralysie essentielle de l'enfance, M. Duchenne a cru pouvoir distinguer par des caractères spéciaux, et en particulier à l'aide de l'exploration électro-musculaire, une affection d'une nature particulière propre à la première enfance, et qu'il désigne par le nom de paralysie atrophique graisseuse de l'enfance; expression qui rappelle l'atrophie musculaire graisseuse progressive, avec laquelle elle a quelques analogies éloignées.

Les principaux phénomènes qui caractérisent la paralysie atrophique graisseuse de l'enfance sont : la paralysie, l'atrophie, et dans quelques muscles une lésion plus profonde de la nutrition musculaire, la transformation graisseuse.

La paralysie générale ou partielle se montre dès le début; elle est accompagnée ou non de quelques jours de fièvre; elle peut être compliquée d'accidents cérébraux (convulsions, éclampsie, contractures), etc. Les muscles paralysés perdent, à des degrés variables, leur contractilité et leur sensibilité électriques. Cette paralysie des mouvements volontaires persiste d'autant plus dans les muscles, que ces propriétés musculaires sont plus profondément lésées. Les muscles sont atteints d'autant plus profondément dans leur nutrition, que leur contractilité et leur sensibilité électro-musculaires sont plus diminuées. Ces deux dernières propriétés (la contractilité et la sensibilité électro-musculaires) reviennent progressivement dans les muscles atrophiés parallèlement avec la contractilité volontaire. Chez la plupart de ces petits malades, on voit, au bout d'un temps variable, des muscles ou des portions de muscles qui étaient arrivés aux dernières limites de l'atrophie se contracter normalement par l'excitation électrique, et souvent aussi par la volonté. Mais en même temps d'autres deviennent graisseux, et les membres dans lesquels on a constaté, au début, l'altération de la contractilité et de la sensibilité électriques subissent plus ou moins, à la longue et en masse, un arrêt de développement dans toutes leurs parties. Enfin, les muscles s'atrophiant d'une manière inégale, il en résulte une rupture d'équilibre entre les puissances motrices, et consécutivement des difformités articulaires plus ou moins prononcées.

Tels sont, en résumé, les principaux phénomènes décrits sous le nom de paralysie atrophique graisseuse de l'enfance. Ces faits n'ont pas été observés en assez grand nombre encore, ni dans des circonstances assez favorables pour permettre d'en étudier d'une manière complète toutes les phases.

C'est un cas de ce genre que nous avons eu l'occasion d'observer récemment à l'Hôtel-Dieu avec M. Duchenne. Il s'agissait d'un enfant nouveau-né chez qui l'on a constaté dès les premiers jours de son existence une immobilité absolue des membres. L'enfant faisait sans difficulté les mouvements de succion; il tetait, criait, remuait la tête et avait la mobilité et l'expression de physionomie propres à son âge. Mais ses bras et ses jambes restaient constamment immobiles. Il n'y avait, du reste, avec cela aucun vice de conformation; point de convulsions. En un mot, il n'y avait pour tout phénomène apparent qu'une paralysie bornée aux membres. Toutes les fonctions, celle-là excepté, s'exécutaient librement et régulièrement.

Le choses ne changeant point, la paralysie restant toujours au même degré, au bout de quelque temps la mère se décida à conduire son enfant à l'Hôtel-Dieu. Il avait alors deux mois. C'est à cette époque que nous l'avons vu dans l'état que nous venons de décrire.

Sur l'invitation de M. Trousseau, M. Duchenne soumit cet enfant à l'exploration électrique. Il constata que la contractilité et la sensibilité électriques étaient abolies comme la contractilité volontaire. Les muscles ne paraissaient pas, du reste, encore notablement atrophiés. L'enfant avait un embonpoint modéré. Le premier résultat de l'exploration présente sous ce rapport déjà un intérêt particulier. Il confirme, ainsi qu'on vient de le voir, un fait que M. Duchenne n'avait eu encore l'occasion de constater qu'un très petit nombre de fois, savoir, la diminution ou l'abolition de la contractilité électrique, comme cela a lieu dans les cas de paralysie consécutive à la lésion traumatique de la moelle, avec lesquels cette affection présente déjà un certain nombre de points d'analogie.

Les excitations électriques ayant été continuées à titre de moyen thérapeutique, après quelques séances on commença à s'apercevoir que l'enfant commençait à exécuter dans l'intervalle des excitations quelques mouvements irréguliers, peu énergiques et peu étendus du reste, mais sans que l'état de la contractilité électrique parût en rien modifié. Ainsi, les excitations les plus énergiques promenées successivement sur presque tous les muscles des membres ne produisaient pas la plus légère contraction, tandis que, soit instinctivement, soit sous l'influence de la volonté, en un mot spontanément, l'enfant pouvait exécuter quelques mouvements.

Les choses en étaient là au bout d'un mois de traitement, les mouvements spontanés paraissant gagner un peu de jour en jour en force et en étendue, bien que la contractilité électrique restât toujours abolie, ou du moins extrêmement faible, lorsqu'une pneumonie intercurrente fit périr cet enfant.

L'autopsie, faite avec soin, n'a révélé aucune lésion appréciable dans la moelle ni dans le cerveau. Les muscles des membres étaient peu développés, sans être atrophiés cependant; ils étaient mous, pâles, ou d'une teinte légèrement jaunâtre.

Le résultat négatif de cette autopsie, en ce qui concerne les centres nerveux, rapproché d'un résultat semblable constaté par MM. Rilliet et Barthez dans un cas analogue, semblerait infirmer l'hypothèse émise par M. Duchenne sur la cause organique probable de ces paralysies atrophiques, qu'il rapporte, à cause de l'analogie de ses symptômes avec ceux de la paralysie consécutive à un traumatisme de la moelle, à une lésion primitive de ce centre nerveux. C'est là un sujet qui demande encore de nouvelles recherches.

Réunion d'un abcès par première intention.

La réunion par première intention dans les abcès, quand elle est obtenue directement et intentionnellement par les manœuvres du chirurgien, est un fait clinique d'une certaine importance. Non-seulement il intéresse comme résultat thérapeutique, mais il tend encore à éclairer d'un jour tout nouveau certaines parties de l'histoire de la suppuration; il infirme sur bien des points la doctrine généralement existante sur le mode de formation et la maturité des abcès, sur la signification de la membrane pyogénique, etc. Mais plus les faits de ce genre sont curieux et instructifs, plus il

importe de ne point les admettre sans un examen sévère et sans des vérifications nombreuses.

Le fait suivant, qui a eu pour témoins toutes les personnes qui suivent le service de M. Chassaignac à l'hôpital Lariboisière, a été constaté de la manière la plus complète. Nous devons à M. Charnal, interne du service, les renseignements qui suivent sur cette curieuse observation.

Abcès assez volumineux de l'aisselle. Evacuation du pus. Lavage du foyer. Réunion par première intention.

Brémont, dix-neuf ans, charbonnier, entre, le 17 février 1855, à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Augustin, n° 26, service de M. Chassaignac.

Ce malade se plaint d'une douleur vive dans l'aisselle du côté droit, douleur qui s'exaspère par le moindre mouvement du bras et dont le début remonte à sept ou huit jours environ.

Un premier examen, pratiqué avec précaution, réveille chez le malade des douleurs intolérables. On constate cependant dans l'aisselle l'existence d'une tumeur molle, fluctuante, assez volumineuse, présentant tous les caractères d'un abcès franchement aigu et paraissant avoir son siége dans les ganglions de cette région.

La cause de cet abcès est inconnue. Le malade, dont la constitution est très robuste, dit ne s'être blessé ni à la main ni au bras. Aucune douleur dans le membre supérieur droit.

Le 19 février, le malade est endormi au chloroforme. Une ponction est faite avec le bistouri et donne issue à un demi-verre environ de pus phlegmoneux et de bonne nature. Des pressions sont exercées dans tous les sens sur l'abcès afin de le vider complétement, puis on procède au lavage du foyer. Ce lavage se fait en introduisant dans la cavité de l'abcès la canule d'un irrigateur et en y lançant une quantité d'eau plus ou moins considérable, afin d'entraîner au dehors le pus qui paraît séjourner encore dans l'abcès. Le lavage n'est complet que lorsque l'eau introduite dans le foyer purulent en ressort parfaitement limpide. On presse de nouveau sur l'abcès afin d'en faire sortir jusqu'aux dernières gouttes du liquide introduit (une ventouse à pompe peut remplacer avantageusement ces pressions). Quelques bandelettes de diachylon sont placées sur la plaie d'ouverture. L'aisselle est garnie d'un fort coussin de charpie destiné à faciliter la compression de la région. Le bras est maintenu dans une écharpe de Mayor, comme pour la fracture de la clavicule. De plus, une bande circulaire, allant de l'aisselle gauche sur la partie inférieure du deltoïde droit, maintient encore le bras dans l'immobilité en exerçant une compression assez forte.

Le 20, on ôte le bandage. L'exploration, qui avant l'opération était très douloureuse, ne cause actuellement aucune douleur. On rétablit le bandage.

Le 21, même exploration, même insensibilité. La plaie de la ponction est cicatrisée. Pas une goutte de pus sur les pièces du pansement.

Le bandage est maintenu par précaution pendant deux ou trois jours, puis le bras est laissé complétement libre sans que pour cela les douleurs se reproduisent. Il ne reste à la place de l'abcès qu'un petit point induré résultant probablement de la cicatrisation des parois de la cavité.

Le 27 février, le malade sort parfaitement guéri.

Vaccine et inoculation.

En répondant dans notre dernière *Revue* à une question posée par un de nos confrères au sujet de la vaccine, nous avons dit qu'en présence d'une épidémie de variole nous n'hésiterions pas, si le vaccin venait à manquer, à recourir à l'inoculation et par conséquent à conseiller cette pratique. Cette phrase nous a valu une lettre d'adhésion de M. le docteur Duché (d'Ouanne). Mais enchérissant aussitôt sur ce qu'il appelle nos idées avancées, notre confrère se propose de prouver que dans le cas d'épidémie variolique *l'inoculation en masse* doit obtenir la préférence sur la vaccination.

Tout en acceptant les félicitations de M. Duché, il nous permettra de ne pas le suivre jusque-là et d'en rester aux termes stricts de notre proposition, à laquelle nous ne voudrions pas laisser donner plus d'extension qu'elle n'en a eu dans notre pensée.

M. Duché motive sa proposition sur deux ordres de considérations. M. Bousquet, dit-il, dont le livre est le plus riche et le plus précieux enseignement sur la matière, nous apprend que chez les sujets infectés la vaccine n'a plus aucune réaction possible sur la marche de la petite vérole, et en supposant que les deux éruptions éclatent simultanément, elles ont une marche totalement indépendante l'une de l'autre. Si la variole doit être discrète, elle le sera; si elle doit être confluente, elle le sera; mortelle, elle le sera. Supposé qu'elles aient paru l'une après l'autre, qu'arrivera-t-il? Tout dépend de la distance qui les sépare. Si cette différence n'est que de quelques heures, et même de deux, trois jours peut-être, tout se passe comme dans la première hypothèse. Plus loin M. Bousquet avoue que l'aptitude des vaccinés à reprendre la variole peut s'étendre jusqu'au sixième jour; et il cite des cas de variole naturelle qui se sont manifestés le septième, le neuvième, le dixième, le quatorzième et même le dix-septième jour d'une bonne vaccination.

Ainsi, ajoute M. Duché, dans un foyer épidémique, si la vaccine n'a pas trois, six, huit, douze et même dix-sept jours d'avance sur l'infection variolique, vous n'avez pas la certitude d'avoir sauvé votre client. La période d'incubation de la variole naturelle peut n'être que de six jours, comme l'ont affirmé Stoll et Boerrhaave; il faudrait par conséquent que vous eussiez vacciné au moins dix jours avant l'infection pour n'avoir plus rien à redouter, car la période d'incubation de la vaccine est d'au moins quatre jours, et il en faut encore douze pour arriver à la période la plus probable de préservation.

Examinant ensuite quelles seront les chances de l'inoculation dans cette occurrence, M. Duché rappelle un passage d'un *Rapport sur la clinique d'inoculation* de MM. Pinel et Leroux, duquel il résulte que sur un certain nombre d'enfants soumis à l'inoculation pendant le règne d'une épidémie de variole, l'invasion de la petite vérole inoculée avait devancé constamment et par conséquent prévenu l'effet de la variole naturelle.

Si, au lieu de l'inoculation, Pinel et Leroux, ajoute M. Duché, eussent employé la vaccine dans ce milieu chargé de miasmes varioliques où les enfants avaient déjà séjourné vingt-quatre heures avant la pratique de l'opération, que serait-il arrivé? Il est certain qu'une partie de ces enfants eussent contracté la variole naturelle, qui pouvait être discrète, confluente ou mortelle, en dépit de la vaccine, qui se serait développée simultanément si vous voulez, mais qui n'aurait pu, dans sa trop tardive application, triompher de l'infection variolique.

Je sais, dit enfin notre correspondant, combien d'objections on pourrait opposer à cette opinion. Ces objections, je les appelle de toutes mes forces, car il est temps de revenir sur un point qui est encore environné de mystères : l'histoire comparée de la vaccine et de l'inoculation.

Il y aurait en effet plusieurs objections à faire à l'opinion de M. Duché. Nous n'en ferons qu'une seule, et nous l'emprunterons aux plus chauds partisans de l'inoculation dans les premières années de ce siècle. Voici un passage extrait de l'ouvrage de Camper sur les avantages de l'inoculation :

« Pour juger et faire la comparaison des avantages de la petite vérole artificielle sur la naturelle, il n'est pas nécessaire de compulser, comme on l'a déjà fait, les registres publics, pour y voir la totalité de ceux qui sont *morts* de l'*une* ou de l'*autre* de ces maladies, etc... Ce serait fermer les yeux aux rayons du jour que de ne pas reconnaître combien il est *rare* que l'on *meure* de l'inoculation de la petite vérole. Leuthner a démontré que de 107,624 inoculés, il n'en était mort *que* 23, c'est-à-dire un seul sur 4,679. Or, la petite vérole naturelle faisait périr quelquefois un malade sur quatre..., etc. »

Or, si l'on rapproche le nécrologe de la vaccine, qu'on peut hardiment représenter par zéro, de celui de l'inoculation, si faible qu'il soit relativement à la variole, doit-on balancer, quoi qu'il en puisse être d'ailleurs de la différence dans la durée de la période d'incubation de la vaccine et celle de la petite vérole inoculée, entre la pratique de la vaccination et celle de l'inoculation? Pour nous, nous ne le pensons pas. Ayant le choix, nous préférerons et nous conseillerons toujours de préférer la vaccination, et ce n'est qu'en l'absence de vaccin seulement que nous conseillons de recourir à l'inoculation, plutôt que de livrer à elle-même une épidémie de petite vérole. — Dr Brochin.

HOPITAL DE BISKRA (ALGÉRIE) — M. SONRIER.

Duel. — Plaies d'armes à feu. — Deux morts. — Autopsies.

Le 8 février dernier, à l'issue de la visite du matin, on nous prévient que deux sous-officiers de chasseurs d'Afrique viennent de se blesser simultanément dans un duel à douze pas. En arrivant sur le terrain, nous trouvons l'un d'eux assis, se soutenant à peine dans les bras d'un de ses camarades. Le projectile a pénétré à 2 centimètres au-dessous du rebord des fausses côtes du côté droit, et nous le sentons près de l'angle inférieur du scapulum gauche. La face est pâle, profondément altérée, les lèvres livides, la respiration dyspnéique, le pouls presque insensible, fréquent, irrégulier, les battements du cœur obscurs, tumultueux; pas d'expectoration sanguine; la soif est ardente; les extrémités froides; l'intelligence est nette.

Transporté immédiatement à l'hôpital, il expire dix minutes après. Chez cet homme plein de vigueur et de santé, l'agonie a duré une heure.

Autopsie. — A peine la paroi abdominale est-elle ouverte, qu'un flot de sang noirâtre (à peu près un litre et demi) s'écoule, et nous fait penser à la lésion de quelques gros vaisseaux. En effet, après avoir traversé à 3 centimètres de son bord le gros lobe du foie, le projectile a détruit la veine porte à 4 ou 5 centimètres avant son entrée dans le foie, puis il a perforé de part en part la première portion du duodénum; enfin il a cheminé au-dessus de la rate en passant entre les septième et huitième côtes du côté gauche, où sa force s'est éteinte dans la résistance des muscles et de l'enveloppe cutanée.

Comment se fait-il qu'avec une telle lésion cet homme ait encore pu vivre une heure? Sans doute parce que le sang qui circule dans la veine porte étant compris entre deux systèmes capillaires, et par conséquent soumis à une action passive, a dû s'écouler lentement et prolonger l'agonie.

L'autre sous-officier, revenu seul jusqu'à l'hôpital, a reçu le projectile dans le creux axillaire du côté droit, au-dessous du bord inférieur du grand pectoral, et nous pouvons l'extraire près du tiers inférieur du bord épineux de l'omoplate du même côté. On remarque sur cette balle de calibre, encore coiffée d'un fragment de chemise, deux profondes échancrures irrégulières. Sur quel point du système osseux aura-t-elle frappé? Les côtes sont-elles lésées? Mais le malade ne ressent qu'une légère douleur dans le côté; pas d'expectoration sanguine; nulle matité; pas d'hémorrhagie. Le bord axillaire du scapulum aurait-il été atteint? A travers un embonpoint considérable toute exploration devient difficile, dangereuse même; aussi, après quelques essais infructueux, nous abstenons-nous. Le pouls est calme, normal. Nous prescrivons : limonade et une saignée de 600 grammes.

Le 9 février, insomnie; sueurs abondantes; soif vive; respiration du côté droit instinctivement incomplète; pas de toux; pouls à 110, développé. — Saignée un peu couenneuse.

Le 10, outre les symptômes identiques à ceux de la veille, on constate de la matité en arrière; absence de bruit respiratoire par défaut d'ampliation de la poitrine. — Limonade; calomel, 0,5, pour combattre la constipation.

Le 11, même état. La matité s'étend en avant jusqu'au niveau du mamelon; respiration supplémentaire à gauche. — Large vésicatoire sur le côté droit de la poitrine; une saignée qui a donné peu de sang.

Le 12, les symptômes s'aggravent; pouls à 120, développé; respiration courte, anxieuse; sueurs abondantes; soif vive; crachats muqueux, peu abondants. Une nouvelle exploration avec la sonde de femme n'indique rien.

Le 13, même état. — Saignée de 700 grammes, pas de couenne; potion stibiée à 0,5 et 0,05 d'extrait gommeux d'opium.

Les 14, 15, 16 et 17, même état. Selles abondantes produites par l'émétique à un gramme, et qu'on suspend de suite. La mensuration de la poitrine donne 50 centimètres à droite et 45 à gauche; on suppose un épanchement, quoiqu'on n'ait pas constaté d'égophonie. On agite la question de savoir si on pratiquera la thoracentèse. — Ventouses scarifiées et stibiées sur le côté droit.

Le 18, un peu d'amélioration. Le malade nous raconte qu'à la suite d'un effort de toux il s'est écoulé par la plaie une grande quantité de pus sanieux. — Nous faisons appliquer un nouveau vésicatoire en arrière; limonade nitrée, 4 pots.

Le 19, bon sommeil; respiration plus libre; matité moins profonde en avant seulement, où l'on commence à apercevoir un léger bruit respiratoire. — Lait et limonade nitrée, 4 litres.

Du 20 au 26, même état avec amélioration progressive. La face est plus animée, le regard plus vif; sonorité plus grande; respiration plus facile; pouls de 110 à 120, développé.

Le 26, mauvaise nuit; pouls à 130, irrégulier; respiration dyspnéique, facies altéré. Tout annonce une issue fatale.

Le 27, dès quatre heures du matin le malade dit qu'il étouffe. On n'entend plus les bruits du cœur; extrémités glaciales. Il meurt à six heures du matin.

Autopsie. — Dix heures après la mort, rigidité cadavérique. Après avoir disséqué la peau du côté droit, on trouve des fusées purulentes entre le grand dorsal et le grand dentelé. En introduisant le doigt sous les digitations de ce dernier muscle, on constate une fracture comminutive des septième et huitième côtes, avec de nombreuses esquilles. Destruction des muscles intercostaux, dont les débris flottent avec des lambeaux de poumon et de plèvre gangrenés. Aucune lésion de l'omoplate.

L'intérieur de la poitrine nous présente des lésions plus curieuses encore. C'est d'abord une poche contenant du pus formée par la plèvre, tapissée elle-même par de fausses membranes, épaisses et résistantes. Le poumon droit est, à la partie inférieure, noirâtre, purulent, imperméable, plus dense que l'eau. Rien à noter dans le poumon gauche. Mais une lésion qu'on rencontre rarement, très curieuse, inexplicable, inaperçue pendant la vie, lésion à laquelle on était loin de s'attendre, c'est une hémorrhagie dans la cavité du péricarde. Aux premiers coups de scalpel dans cette poche dilatée, il s'écoule à peu près 500 grammes de sang veineux. La séreuse pariétale et viscérale est comme enduite de gelée de framboise; c'est une couche de 3 millimètres d'épaisseur, granulée, qui se laisse détacher difficilement. On aperçoit au-dessous d'elle, dans le tissu de la séreuse, des taches hémorrhagiques irrégulières ayant la dimension d'une pièce de 2 francs, sans altération de tissu. Le cœur ne présente aucune trace de lésion.

Un épanchement de cette nature est excessivement rare, et si on tient compte de la solidité des couches hémorrhagiques, de la quantité du liquide épanché, à l'absence de symptômes foudroyants pendant la vie, nous nous croyons en droit de supposer que ce raptus sanguin vers le péricarde s'est opéré lentement, par exhalation.

Doit-on dans ce cas considérer la blessure comme ayant provoqué une exhalation sanguine du péricarde? Peut-être la pointe d'une esquille aurait-elle traversé la membrane fibro-séreuse et blessé un des vaisseaux du cœur. Cette supposition serait admissible si on avait constaté à l'autopsie une lésion, soit du péricarde, soit du cœur, qui puisse expliquer l'hémorrhagie; mais, nous le répétons, l'examen le plus attentif ne nous a rien fait trouver qui permette de donner une explication de ce phénomène.

UN DERNIER MOT

sur l'ouvrage de M. Mordret (du Mans) intitulé ÉTAT ACTUEL DE LA VACCINE.

> C'est peu qu'en un ouvrage où les fautes fourmillent,
> Des traits d'esprit semés de temps en temps pétillent.
> (BOILEAU.)

En écrivant en gros caractères dans la *Gazette des Hôpitaux* du 9 janvier 1854 « les calculs de M. Carnot sont incontestés par les hommes d'intelligence, » j'ai contracté l'engagement implicite de démontrer au public que M. Mordret, qui les conteste à cette heure, manque d'intelligence, entendons-nous bien, d'intelligence *mathématique*. Si j'ai pris la plume en cette circonstance pour soutenir la vérité qu'on méconnaît, ce n'est pas pour dire à un confrère que j'honore et dont j'estime les connaissances médicales quelque chose qui puisse ressembler à une impertinence. Cela bien entendu, je continue, dans le seul intérêt de la science, à enregistrer les fautes qui fourmillent dans son ouvrage. Le 9 janvier dernier, nous en avons compté 7; puisque M. Mordret réclame et ne paraît pas encore convaincu, je vais aujourd'hui lui en signaler le double, c'est-à-dire commencer au n° 8 pour

finir au n° 21. Si après cela il n'est pas suffisamment éclairé, s'il réclame encore, ce ne sera pas ma faute.

8° M. Mordret (page 84) commence par affirmer que les chiffres disent *indifféremment oui et non!*.. Cela ne se discute pas.

9° M. Mordret dit (page 99) : « Sydenham, Boerhaave, Stoll, etc., » ont décrit des varioles sans éruption, bornées à la fièvre *secondaire*. » Mon honoré confrère n'a pas lu ou n'a pas compris les auteurs qu'il cite. Jamais aucun d'eux n'a dit pareille chose! Ils ont écrit : « La fièvre » d'invasion ou *primitive*. » M. Mordret ne comprend-il donc pas l'immense différence des mots *primitif* et *secondaire*, quand il est question de la petite vérole ?

10° M. Mordret (page 101) voit bien une différence entre la théorie de M. Serres et la nôtre ; mais, comme l'oiseau de la fable, il ne distingue pas très bien. Je viens à son aide.

M. Serres, qui nous précède de trois ans, admet deux *éléments* morbides jumeaux, variole et fièvre typhoïde, marchant côte à côte. Par suite, pour rendre compte des faits, il se voit forcé d'admettre aussi différents degrés de force et d'action dans ces éléments, afin d'expliquer comment ces maladies sont alternativement bénignes, discrètes, semi-confluentes, confluentes, malignes, etc. Cette hypothèse, on en conviendra, s'accorde peu avec l'idée mathématique qu'on doit se faire d'un élément.

Dans notre système, au contraire, la variole *élémentaire* isolée est *toujours* bénigne. Telle est notre base ; tout le reste, nous l'empruntons à Stoll. Nous admettons donc que la variole change son caractère bénin *uniquement* par sa complication avec diverses causes morbides plus ou moins graves, ayant leur siége dans les voies digestives. De ce nombre est le typhus, de ce nombre est le choléra. Voilà tout!

Le système est évidemment plus rationnel, moins compliqué que le précédent ; mais il n'est venu au monde que trois ans plus tard, par la nécessité de rendre compte de faits nouveaux qui avaient surgi de 1847 à 1850.

11° « *Il faut*, dit M. Mordret (page 119), que la statistique confirme » l'opinion des médecins, *il ne faut pas* qu'elle conduise à des résul- » tats nouveaux. » Mon honoré confrère ne comprend pas qu'autant vaut dire que ce n'est pas au chien à conduire l'aveugle, mais à l'aveugle à diriger son chien.

12° Dans un *Etat bien administré*, a dit M. Carnot, la vie des jeunes gens doit être ménagée, s'il le faut, au détriment de celle des enfants et des vieillards. M. Mordret trouve cette proposition fausse au point de vue *religieux* (page 121). Ainsi, il est irréligieux de n'avoir pas de médecins et de s'en remettre à la volonté de Dieu, comme firent les Romains pendant sept cents ans!

13° Mon honoré confrère (*loc. cit.*) trouve encore la proposition de M. Carnot fausse au point de vue *médical*, et pharmaceutique sans doute. Malgré l'exemple de Rome ancienne, de la maîtresse du monde, il ne comprend pas qu'un Etat ne se gouverne pas comme un hôpital, et qu'une nation peut fort bien être *administrée* sans qu'il soit nécessaire de la saigner, purger et clystériser.

14° M. Mordret ne comprend pas que, de même qu'un négociant mesure sa prospérité par la balance annuelle de ses recettes et de ses dépenses, une nation mesure la sienne par la balance de ses naissances et de ses décès. Démontrez-lui, par exemple, l'*Annuaire* de 1855 à la main (page 189), que pendant la période duodécennale 1817 à 1828 l'excédant moyen des naissances sur les décès a été annuellement de 218,766 habitants (1); que vingt-quatre ans après (de 1841 à 1852) il était réduit à 146,387, il nous répondra naïvement : *Qu'importe?* (page 126.)

15° « C'est à partir de l'année 1814, a dit M. Carnot, que les vacci- » nés commencèrent à mourir de la variole. La préservation vaccinale » cesse donc après quinze années. »

Pour tout le monde, cette phrase est parfaitement intelligible. Il est question évidemment ici des enfants vaccinés au printemps de 1800, nombreux à Paris dans les familles aisées, mais rares dans les départements, où la vaccine ne se propagea en réalité, avec l'approbation et l'appui du gouvernement, qu'après le rapport officiel du comité central, daté du 20 ventôse an XI, c'est-à-dire au printemps de 1803. La réaction commença donc, à Paris, vers 1814, et dans les départements voisins de la capitale vers 1817. Cette même réaction ne se fit sentir que vers 1825 dans les campagnes éloignées du centre, où il ne fallut rien moins que la vaccination du roi de Rome, au printemps de 1811, pour vaincre l'antipathie instinctive des paysans pour la découverte de Jenner. M. Mordret (page 127) ne peut pas comprendre ces différences. Il semble croire que la France entière fut vaccinée de bras à bras et d'un seul coup, à l'origine du siècle!

16° M. Mordret ne comprend pas que la vaccine, puissance *continue*, puisse produire des effets *intermittents* sur la mortalité. Ce médecin ignore donc que la variole est une épidémie des plus intermittentes, et qu'en la déplaçant dans l'âge, la vaccine ne l'a rendue ni sporadique, ni continue.

17° Les effets intermittents d'une puissance progressivement continue (*sic*) dont la pratique, dit M. Mordret (page 134), se répand de plus en plus, semblent à ce vaccinateur une objection tellement puissante, qu'il ne se donne pas même la peine de rechercher si son assertion est exacte. Il prend ses rêves pour des réalités, et les présente hardiment comme des faits. Voici pourtant sur ce point la vérité *vraie*, tirée des rapports officiels de l'Académie de médecine :

En 1824, on compte en France 648 vaccinés pour 1,000 naissances.

1830,	637	—
1836,	687	—
1842,	602	—
1848,	609	—

C'est là ce que M. Mordret appelle une *progression continue!*

18° En 1831, il est né dans la Sarthe 12,346 enfants. En 1852, il en restait 9,324, dont moitié ont tiré à la conscription. Ainsi, il est évident que sur 12,346 naissances on compte dans ce département 3,022 décès de 0 à 20 ans 1/2, c'est-à-dire *moins du quart* des nouveau-nés correspondants. M. Mordret ne comprend pas cela, car il évalue à 3,296 le nombre des décès de 0 à 15 ans seulement. Il faut croire que dans la Sarthe les morts ressuscitent pour se donner le plaisir de tirer à la conscription.

19° Passant aux maladies gastro-intestinales, M. Mordret nous dit (page 142) que de 1831 à 1836, en six ans, on compte, sur 166,265 décès généraux à Paris, 29,890 morts par suite de ces affections. Il oublie environ 20,000 victimes du choléra! Cette maladie ne lui paraît-elle donc pas affecter spécialement les voies digestives?...

Quoi qu'il en soit, laissant le choléra de côté, dans le doute, il reste environ 146,265 décès pour ces six années, dont 29,890 pour entérites et fièvres continues, c'est-à-dire au moins le cinquième des morts. Mais c'est précisément ce que dit M. Trébuchet et ce que répète M. Carnot!.. Cela valait-il la peine de les contredire?

20° M. Mordret ne se dissimule pas le côté faible de ses calculs ; mais il ajoute qu'il est impossible de mieux faire « dans l'état actuel de la science. » Ah! certes, mon honoré confrère a bien donné à chacun de nous le droit de lui répondre désormais que l'état présent ou passé de la science n'a rien de commun avec son ouvrage.

21° Heureusement pour le département de la Sarthe, après le travail mathématique auquel il s'est livré, M. Mordret a acquis une conviction tellement ferme, qu'il ajoute immédiatement qu'il est prêt à l'abandonner sans regret et sans fausse honte, si on lui démontre ses erreurs. Peut-on lui demander plus?

— En cherchant à rectifier tant bien que mal, dans la *Gazette des Hôpitaux* du 15 mars 1855, la statistique qu'il avait donnée comme irréprochable et sans erreur possible, M. Mordret me dispense de prouver que, dans son département comme dans tous les autres, le dénombrement par âge fait en 1851 mérite très peu de confiance. C'est en ces termes qu'en parle M. Legoyt, chef du bureau de statistique de la France, à l'article Population, dans le *Dictionnaire d'économie politique*. Je n'ai rien de plus à en dire.

M. Mordret tient, en vérité, à me donner raison avec trop d'évidence. Il comprend parfaitement, dit-il dans l'article que je viens de citer, que la réticence qu'il attribue gratuitement aux maris du dix-neuvième siècle diminuerait nécessairement les naissances; mais *il ne comprend pas*, c'est lui-même qui le confesse, comment cette diminution de naissances amènerait forcément, 15 à 20 ans plus tard, la diminution des filles à marier, et par conséquent des mariages. Hélas! qu'avais-je donc dit de l'intelligence mathématique de mon honoré confrère, qu'il n'ait pris la peine de justifier *coram populo?*

Dr A. Bayard.

(1) Il faut tenir compte, dans cette période, de 30,388 morts-nés en moyenne annuelle, confondus avec les décès généraux. (*Annuaire*, p. 192.)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 19 mars 1855. — Présidence de M. Regnault.

Observations sur la duplicité monstrueuse. — M. de Quatrefages expose de vive voix les premiers résultats d'un travail qu'il a entrepris sur la monstruosité double chez les poissons, et met sous les yeux de l'Académie un poisson monstrueux double dont il a pu suivre le développement pendant près de deux mois (du 24 janvier au 18 mars), et qui s'est formé par la soudure de deux individus primitivement distincts. M. de Quatrefages, en présentant ce monstre, dont il décrit avec détail les principales dispositions, fait remarquer que c'est la première fois que l'observation directe permet de décider une question qui a divisé pendant deux siècles les esprits les plus éminents, savoir : la formation d'un monstre double par la coalescence de deux embryons primitivement séparés.

M. Serres demande la parole au sujet de cette communication, et s'exprime en ces termes :

La communication que M. de Quatrefages vient de faire à l'Académie offre beaucoup d'intérêt sous le rapport de la tératogénie, car elle présente le développement d'une monstruosité double observée dans ses différents temps sur un même individu, ou plutôt sur deux individus réunis qui vivent encore.

Dans cette duplicité ichthyologique, la réunion des deux embryons s'opère par l'intermédiaire de la vésicule ombilicale de chacun d'eux, qui se résolvent en une vésicule ombilicale unique, ainsi que le démontrent les vaisseaux omphalo-mésentériques si bien représentés par M. de Quatrefages.

Chez les oiseaux, les réunions analogues s'effectuent par l'intermédiaire de l'allantoïde. Chez les vertébrés, l'association des deux individus a toujours lieu entre des parties similaires de l'organisme. Ainsi, c'est par la réunion des deux bassins, des deux abdomens, des deux thorax ou des deux têtes que se produisent chez eux les variétés si nombreuses de la duplicité monstrueuse. Chez l'homme en particulier, ce mécanisme autoplastique s'opère avec une précision et une constance qui se lient à la supériorité harmonique de toute son organisation.

Ces faits si nombreux et si bien observés dans ces derniers temps par les anatomistes ont fait disparaître de la science l'hypothèse des greffes, qui avait prévalu jusqu'au commencement de ce siècle. Ils ont prouvé également que la théorie botanique du *dédoublement* n'était point applicable aux vertébrés pour rendre raison de leur duplicité, quelque séduisante que fût d'ailleurs cette théorie si bien justifiée chez les plantes, et surtout pour les fleurs, ainsi que chez les polypes, les infusoires, les zoospermes, etc.

A la vérité, les doigts surnuméraires que l'on rencontre assez fréquemment chez l'homme ont paru devoir leur origine au dédoublement des artères collatérales de l'arcade palmaire. Certains cas de monstres hétéradelphes ont également paru se prêter à cette explication, mais dans ces cas, comme dans les duplicités ordinaires, deux individualités organiques se sont associées, et la science ne peut admettre avec Burdach qu'un individu se soit fendu en deux pour les produire.

Quoi qu'il en soit, le fait le plus important qui ressort de la communication faite par M. de Quatrefages est celui de la viabilité des monstres doubles chez les vertébrés. C'est sur ce fait de la viabilité de la duplicité monstrueuse chez l'homme que je désire arrêter un instant l'attention de l'Académie.

Ritta-Christina a vécu huit mois et quelques jours; *Philomèle et Hélène* ont vécu deux mois; *Marie-Hortense* un mois et demi. Les annales de la science renferment des cas chez lesquels la vie de deux individus associés s'est prolongée bien au delà de la première enfance. Le plus remarquable est celui des deux jeunes gens qui vécurent jusqu'à l'âge de vingt-huit ans à la cour de Jacques III, roi d'Ecosse.

De même que Ritta-Christina, ces deux jeunes gens étaient doubles supérieurement à partir de l'ombilic, et simples inférieurement. De même que chez nos deux filles, lorsque l'on irritait les parties inférieures l'impression était perçue en commun par les deux individus; lorsqu'au contraire on irritait les parties supérieures, la sensation s'isolait et devenait individuelle. L'éducation de ces deux jeunes gens avait été très soignée; ils excellaient l'un et l'autre dans la musique; ils avaient appris plusieurs langues, *et variis voluntatibus duo corpora secum discordia discutiebant, ac interim litigabant*.

Du reste, de même que chez Ritta-Christina, leur mort ne fut point simultanée. L'un des deux individus survécut plusieurs jours à l'autre, et la mort du dernier parut hâtée par la putréfaction du corps de son frère.

On conçoit, indépendamment de toute théorie, l'intérêt qui se rattache chez l'homme à cette communauté de deux vies et l'importance qu'il y a pour deux êtres ainsi associés d'en étudier, comme je l'ai fait, les conditions anatomiques et physiologiques. Ces conditions sont simples, comme toutes les œuvres de la nature, et la dualité des vies est amenée à l'unité par un procédé qui consiste à transposer tous les viscères de l'un des conjoints, tandis que ceux de l'autre conservent leur disposition normale.

Ainsi, chez Ritta, chez Philomèle, chez Marie, le foie était situé au flanc gauche, l'estomac dans l'hypocondre droit, le cœcum occupait la fosse iliaque gauche, l'S iliaque du côlon la fosse iliaque droite. Le cœur était situé à droite dans le thorax, la crosse de l'aorte se déjetait à gauche, côté auquel correspondait chez les trois enfants le tronc brachio-céphalique. Enfin, le poumon gauche offrait les deux scissures qui d'ordinaire caractérisent le poumon droit. En présence de cette transposition générale des viscères de l'abdomen et de la poitrine, ceux de Christina, d'Hélène et d'Hortense n'avaient subi aucun changement de position ; tous avaient conservé leurs rapports habituels, ainsi que leurs connexions normales.

Dans le développement de la duplicité monstrueuse, comment s'opère cette transposition viscérale constante de l'un des enfants à côté de la régularité parfaite des viscères de l'autre?

Ce phénomène, duquel dépend la viabilité des enfants associés, a sa cause dans l'union primitive des deux foies. Or, pour que cette union puisse s'accomplir, il faut de toute nécessité que le foie de l'un des enfants se transpose pour se trouver en présence du foie de l'enfant qui conserve sa position normale.

C'est ce qui a lieu par suite de la réunion des deux veines ombilicales, qui servent en quelque sorte de *gubernaculum* à ces dispositions insolites et normales.

Le foie de l'un des enfants ayant passé de droite à gauche, on voit de suite comment et pourquoi la veine cave inférieure et les veines sus-hépathiques amènent au côté gauche du thorax l'oreillette et le ventricule du cœur situés ordinairement à droite, en même temps que la demi-rotation qu'éprouve cet organe fait passer à droite l'oreillette et le ventricule gauches, ainsi que la pointe du cœur.

Ces évolutions sont mécaniques; elles sont le résultat de l'union des foies et des veines ombilicales des enfants dans le cours de la vie intra-utérine.

Le fait de cette évolution de la base du cœur de l'un des enfants, malgré le voisinage de celui de son frère, a pour résultat d'isoler complétement leur circulation veineuse et pulmonaire, par conséquent de prévenir le mélange du sang veineux et artériel et la mort qui suivrait de près ce mélange.

On voit de cette manière par quel mécanisme aussi simple qu'admirable la nature transpose tous les viscères de l'un des enfants au profit de la vie qui doit être commune à tous les deux.

DES DIFFÉRENTS PROCÉDÉS OPÉRATOIRES

imaginés ou perfectionnés dans le but de guérir les fistules vésico-vaginales et recto-vaginales, et de rendre plus faciles toutes les opérations qu'on pratique dans le vagin (1).

Par M. le docteur Reybard (de Lyon).

Considérations générales sur la manière d'agir de la suture entrecoupée. — En réfléchissant sur le mode d'action de cette suture, nous avons reconnu qu'elle devait être insuffisante pour opérer la guérison des fistules vésico-vaginales : 1° parce qu'elle n'en rapproche généralement pas les bords d'une manière exacte et régulière ; 2° parce que les points de suture n'obturent pas l'ouverture fistuleuse en même temps qu'ils en rapprochent les bords, et qu'ils ne garantissent pas ceux-ci du contact de l'urine, qui est suivant nous le seul obstacle à leur agglutination. D'après cela, on voit qu'il ne suffit pas de rapprocher et de contenir dans un affrontement immédiat les bords de la fistule pour que leur agglutination s'opère. Pour obtenir ce résultat, il faut encore qu'ils soient rapprochés avec un peu de force, qu'ils se touchent par une sorte de compression ; il faut même que cette compression se prolonge, et qu'elle ne cesse de s'exercer qu'au bout de cinq à six jours, ou lorsque le travail adhésif est achevé. Eh bien! la suture entrecoupée ne remplit pas ces indications ; il n'y a que la suture enchevillée et les procédés unissants qui agissent à la manière de cette suture qui puissent les réaliser, ainsi que nous allons tâcher de le démontrer.

A. Examine-t-on la suture entrecoupée immédiatement après l'opération, on voit que les bords de la plaie sont plus ou moins étranglés par les points de suture, que la compression circulaire que les fils exercent sur eux diminue leur épaisseur et leur fait perdre une partie de la surface saignante par laquelle ils se tou-

(1) Fin. — Voir le numéro du 22 mars 1855.

chent ; ils sont plissés, froncés et poussés tantôt du côté de la vessie, tantôt du côté du vagin. Souvent, dans cet état de constriction, les bords libres de la plaie disparaissent, et il est impossible de voir s'ils sont en rapport.

Le froncement des bords de la plaie est généralement très considérable d'un côté, parce que, la cloison vésico-vaginale étant très mince, le chirurgien se croit obligé de l'embrasser dans une grande étendue avec les bords de la plaie, afin de prévenir leur section par les fils ; de l'autre, parce que, comprenant la nécessité d'obturer l'ouverture fistuleuse en même temps qu'il en rapproche les bords, il serre davantage les points de suture. Plusieurs fois j'ai remarqué, soit dans mes expériences cadavériques, soit dans les opérations que j'ai pu pratiquer, qu'au lieu de se toucher par leur côté saignant, les bords de la plaie chevauchaient et se dirigeaient, l'un du côté de la vessie, l'autre du côté du vagin.

On conçoit aisément que les bords de ces solutions de continuité doivent être rapprochés avec d'autant moins de précision que les points de suture embrassent la paroi vaginale dans une plus grande étendue.

B. Immédiatement après l'opération, les points de suture rapprochent bien, il est vrai, les bords de la plaie avec assez de précision pour les garantir du contact de l'urine ; car, outre qu'ils en opèrent la coaptation exacte, ils exercent encore sur eux une compression obturatrice assez forte pour s'opposer au passage de ce liquide ; mais cette compression n'est pas de longue durée : elle ne se prolonge, en effet, que vingt-quatre, trente-six ou quarante-huit heures au plus, juste à peu près autant de temps que les fils peuvent en mettre à couper les bords de la division. S'il est vrai, ainsi qu'on ne saurait en douter, que les bords de la division s'écartent en moins de quarante-huit heures, on ne saurait non plus mettre en doute que l'urine ne pénètre dans la plaie et ne soit la seule cause qui en empêche la réunion immédiate.

Je n'exagère pas en avançant que les points de suture coupent les lèvres de la plaie aussi rapidement que je l'ai avancé : c'est une remarque que tous les opérateurs ont été à même de faire. M. Barrier les a vus tomber au bout de douze heures chez une malade qu'il opéra d'une fistule située sous le col de l'utérus, et chez laquelle il fut obligé de décoller cet organe de la vessie pour créer à la plaie une lèvre supérieure.

Exposons très sommairement maintenant les divers procédés de réunion que nous avons l'intention de substituer à la suture entrecoupée et à l'aide desquels nous croyons pouvoir obtenir la guérison des fistules qui nous occupent.

Nos moyens de réunion sont :

1° La suture enchevillée pratiquée suivant deux procédés ;

2° Un procédé unissant pratiqué avec une griffe à vis, qui diffère des serres ordinaires en ce qu'on peut l'ouvrir et le fermer à volonté lorsqu'on lui a fait traverser les bords de la division.

Suture enchevillée. — Je pratique cette suture suivant deux procédés : dans le premier, les chevilles sont placées dans le vagin et agissent sur les bords de la division à la manière de cette suture dans les cas ordinaires ; dans le second procédé, les chevilles sont introduites dans la vessie et elles en sont retirées par le canal de l'urètre au moyen d'un fil fixé à l'extrémité de chacune d'elles ; dans ce cas les bords de la division sont rapprochés de dedans en dehors et se touchent par une large surface du côté du vagin.

A. *Premier procédé.* — On a besoin :

1° De deux ou trois aiguillées de fil ciré double ;

2° D'une aiguille courbe portée sur un manche ;

3° D'une cheville métallique percée de plusieurs trous ;

4° D'une seconde cheville de même forme que la première fixée au bout d'une tige métallique avec laquelle elle forme un T.

Les fils, longs de 80 centimètres, sont cirés.

Le porte-aiguille est un instrument creux en forme de sonde, ayant un manche et étant fortement recourbé près de la pointe de l'aiguille, laquelle présente la forme d'un trocart. Du côté de la concavité et près de la pointe de cette aiguille se remarque une ouverture par laquelle passe un ressort de montre, qui est logé dans l'intérieur de l'instrument : c'est avec ce ressort, dont le bout est percé d'un chas, qu'on entraîne les fils de la suture à travers la plaie.

Pour placer les fils, on traverse d'abord la lèvre inférieure de la plaie en passant du vagin dans la vessie ; puis on traverse la lèvre supérieure en ramenant l'aiguille de la vessie dans le vagin. Après avoir traversé de la sorte la paroi vésico-vaginale en bas et en haut de la plaie à une distance convenable de ses bords, on pousse le ressort de montre qui est logé dans le corps de l'aiguille jusqu'à ce qu'il ressorte par la vulve ; alors on le saisit, et on enfile dans son chas une des aiguillées de fil ; on retire ensuite l'instrument et avec lui le ressort auquel le fil est enfilé. C'est ainsi que celui-ci est mis en place. On agit absolument de la même manière pour le second et le troisième fil, lorsqu'il est nécessaire d'en placer trois.

Lorsque les fils sont placés, on les enfile successivement dans les trous de la cheville qui doit agir sur le bord supérieur de la plaie, et on les arrête en faisant un nœud assez gros pour ne pas passer par lesdits trous. Cela fait, en tirant ensemble les fils des aiguilles qui sortent à travers la lèvre inférieure de la plaie, on entraîne la cheville dans le vagin et on l'applique contre la paroi vésico-vaginale, un peu au-dessus du bord supérieur de la plaie. Lorsque tous les fils sont enfilés dans les trous de cette dernière cheville, on les réunit en faisceau, et on vient les fixer au tourillon placé au bout et sur un des côtés du manche serre-nœud. C'est à la faveur de ce tourillon qu'on enroule les fils avec lesquels on rapproche les bords de la plaie.

Mon porte-aiguille peut être remplacé par une aiguille très ingénieuse récemment imaginée par M. Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie.

Second procédé. — Cette suture est plus compliquée que la précédente. Pour la pratiquer il faut avoir :

1° Quatre aiguillées de fil : deux de fil blanc et deux de fil noir ;

2° Deux chevilles métalliques d'environ 3 centimètres de longueur, percées sur la même ligne de plusieurs trous ;

3° Un porte-aiguille courbe ayant un manche et la forme de celle dont M. Gerdy se sert pour l'opération de la cure radicale de la hernie : mon aiguille ne diffère, en effet, de cette dernière que parce qu'elle loge un ressort de montre qui sert à entraîner les fils de la suture ;

4° Une troisième cheville métallique fixée au bout d'une autre cheville de fer, espèce de manche serre-nœud semblable à celui dont il a été question pour le premier procédé.

Dans la suture par ce procédé, on traverse les lèvres de la plaie en passant de la vessie dans le vagin ; on pourrait en quelque sorte dire de dedans en dehors.

Lorsque le porte-aiguille est introduit dans la vessie par le canal de l'urètre, on pousse le bouton qui fait sortir l'aiguille, et lorsque celle-ci a traversé la lèvre inférieure de la plaie, et qu'on en aperçoit la pointe dans le vagin, on pousse le ressort de montre qui, en s'engageant, pénètre dans le vagin et ressort par la vulve. Alors on enfile dans le chas qu'il présente à son extrémité le fil d'une des aiguillées noires, après quoi on retire l'instrument par le canal de l'urètre, et avec lui l'aiguillée de fil dont la moitié demeure dans le vagin et ressort par la vulve, et dont l'autre moitié ressort par le canal de l'urètre. Après avoir placé le premier fil noir, on place le second de la même manière, en traversant également la lèvre inférieure de la plaie de dedans en dehors.

Le placement des fils blancs dans la lèvre supérieure de la plaie se fait de la même manière que celui des fils noirs.

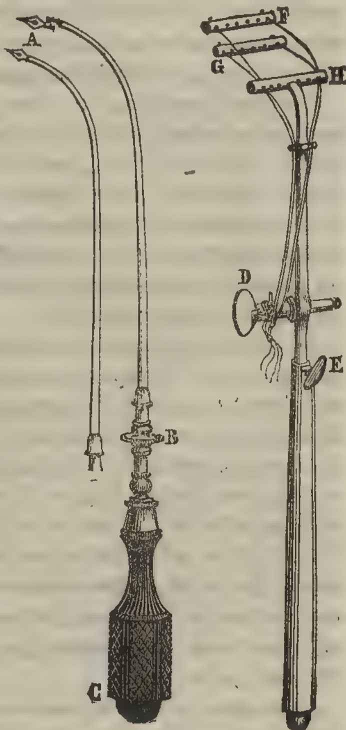
Lorsque les fils blancs et les fils noirs sont placés et qu'ils ressortent en longueur égale par le canal de l'urètre et par la vulve, on enfile les premiers, c'est-à-dire les bouts qui ressortent par l'urètre, dans les chevilles de la manière suivante :

Les fils noirs qui ont traversé la lèvre inférieure de la plaie et qui ressortent par l'urètre sont passés dans les ouvertures de l'une des chevilles. Les deux fils blancs, enfilant les ouvertures de l'autre cheville, et comme les premiers, y sont arrêtés par un gros nœud.

Ainsi enfilées, ces chevilles sont portées l'une après l'autre dans la vessie par le canal de l'urètre, au moyen d'une grosse sonde directement ouverte par le bout. Ainsi introduites dans la vessie, on les fait sortir de la sonde en tirant à la fois les deux fils auxquels elles sont attachées, et on les applique contre la paroi vésico-vaginale, l'une au-dessous de la lèvre inférieure de la plaie, et l'autre au-dessus de la lèvre supérieure.

Cela fait, on passe ces quatre fils dans les trous de la troisième cheville portée au bout du manche serre-nœud, et cela de la manière suivante : Deux de ces quatre fils, un noir et un blanc, enfilent la même ouverture ; les deux autres enfilent l'ouverture située à l'extrémité opposée de la même cheville. Lorsqu'ils ont enfilé leurs trous respectifs, ces quatre fils sont réunis en un faisceau qu'on passe dans le trou d'un barillet ou tourillon, autour duquel il s'enroule et autour duquel on peut le serrer plus ou moins fortement. Ce tourillon est adapté à l'extrémité du manche serre-nœud dont il a déjà été parlé.

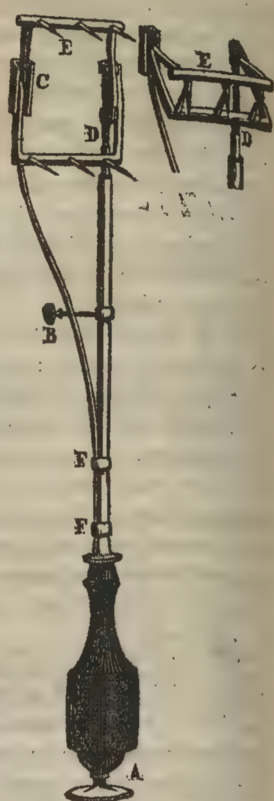
En faisant tourner le tourillon on enroule le faisceau de fil, et on peut de la sorte rapprocher à volonté les bords de la division.



Dans cette suture, qui n'est applicable que dans quelques cas de fistule vésico-vaginale et dont je parlerai plus tard, on réunit les bords de la plaie en les adossant du côté de la surface vaginale dans une étendue plus ou moins considérable.

La figure ci-jointe représente les fils fixés aux deux chevilles placées dans la vessie et traversant deux à deux les trous de la troisième cheville fixée au bout du manche serre-nœud, dont l'extrémité libre se voit en dehors de la vulve. Ainsi la troisième cheville, fixée au bout du serre-nœud, fait en quelque sorte les fonctions d'une poulie de renvoi. C'est, en effet, en passant dans les mêmes trous de la cheville que les fils rapprochent les lèvres de la plaie.

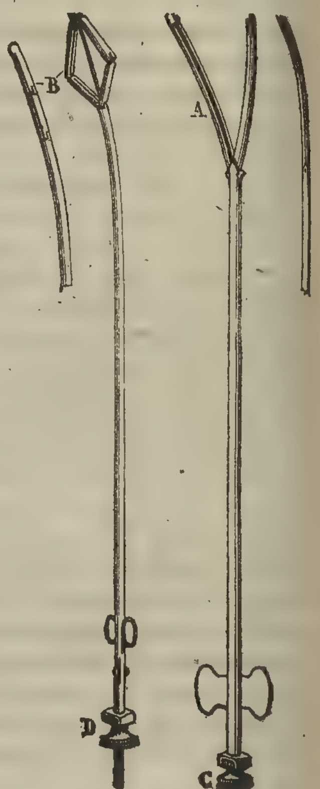
Griffe à vis. — Cet instrument se compose de deux parties : l'une, qui est la griffe elle-même ; l'autre, qui forme en quelque sorte le manche de la première, est destinée à la placer sur les parties que l'on veut mettre en contact.



La griffe est formée par deux branches semblables pouvant être rapprochées plus ou moins au moyen de la vis D. Chaque branche forme une espèce de cadre métallique dont un côté E supporte trois points métalliques regardant ceux de la seconde branche et pouvant s'en rapprocher, comme nous l'avons dit.

Les deux branches sont réunies de chaque côté par une articulation à croisement C.

Pour faciliter l'application de notre griffe à vis, nous nous servons de deux instruments destinés à fournir un point d'appui à la paroi vaginale intéressée, qui se trouve alors adossée à l'instrument et soutenue par lui. Ces instruments sont portés soit dans la vessie, soit dans le rectum ; ils sont introduits fermés, et forment alors de simples tiges légèrement courbes. Quand ils sont introduits, on tourne une vis D à l'extrémité correspondante du pavillon de l'instrument, et on obtient alors l'écartement figuré à l'autre extrémité B ou à l'extrémité profonde de l'instrument. Les mouvements imprimés à la vis C permettent d'obtenir l'écartement figuré à l'extrémité A.



Après avoir traversé les lèvres de la plaie à un centimètre environ de leur bord libre, notre instrument les rapproche en les comprimant, suivant leur longueur, par une compression uniforme, à peu près semblable à celle que produit la suture enchevillée.

Quoique les aiguilles de la griffe traversent de part en part la paroi vésico-vaginale, la paroi opposée de la vessie ne peut pas être atteinte par leur pointe ni pendant leur introduction, ni après l'opération. Pendant leur introduction, en effet, on préserve la paroi antérieure de la vessie au moyen de la sonde qu'on y introduit. Après l'opération, ces pointes ne sauraient la léser, puisque en se rapprochant l'une de l'autre les griffes font un demi-tour de rotation qui les fait disparaître ; leur pointe affecte en effet, dans ce mouvement, une direction presque horizontale sous les lèvres de la plaie, à mesure qu'elles se rapprochent les unes des autres.

Ce procédé unissant me paraît plus simple, plus facile que la suture enchevillée ; comme cette dernière, il permet aussi de rapprocher les lèvres de la plaie à mesure qu'elles s'écartent, et par conséquent de les tenir dans cet état de coaptation uniforme et prolongée que j'ai dit être indispensable pour les préserver du contact de l'urine et en assurer l'agglutination.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La distribution des prix aux internes en pharmacie des hôpitaux et la nomination des nouveaux internes a eu lieu lundi dernier sous la présidence de M. Davenne. Après une courte et digne allocution de M. le directeur général et quelques mots de MM. Boudet et Baudrimont ont été proclamés internes : MM. Adrian, Lombard, Berquier, Perron, Auger, Mercier, Mortreux, Frogé, Déchamps, Houllier, Bressonneau, Dellasuda, Soulès, Damart, Missol, Loyer, Adam, Babeau, Belin, Lahaye, Gindre, Morin, Traverse, Laffont, Nassans, Pinchon, Joulie, Féron.

PRIX DES INTERNES — 1re DIVISION.

Prix. — M. Sarradin, interne à l'hôpital du Midi.

2e DIVISION.

Prix. — M. Gallois (François-Narcisse).

Accessit. — M. Gallois (Charles-Athanase).

Mentions honorables. — MM. Eury, Saint-Laurent et Picquot.

— La Société médicale des hôpitaux, ainsi qu'un grand nombre de notabilités médicales, ont été appelés à constater chez un jeune homme l'existence d'un vice de conformation du sternum, qui permet de voir à nu une partie du cœur et de l'aorte. Les médecins qui désirent constater ce phénomène pourront s'adresser à M. E.-A. Groux, rue de l'Ecole-de-Médecine, 55.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 2 AVRIL 1855.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'abondance des communications médicales ou physiologiques qui on été faites dans la dernière séance nous oblige à scinder le compte rendu, et à en renvoyer une partie au prochain numéro, non sans indiquer toutefois ici d'une manière sommaire l'objet de chacune d'elles.

Il y a quelques semaines à peine, dans la séance du 12 février dernier, un voyageur aussi distingué par son savoir que par sa naissance, M. le comte d'Escayrac de Lauture, adressait à l'Académie la relation d'une affection nerveuse singulière qu'il dit être assez commune en Afrique et qu'il a éprouvée lui-même, affection qu'il désigne sous le nom de *ragle* ou *hallucination du désert* (voir le numéro de la *Gazette des Hôpitaux* du 20 février). Le vénérable M. Duméril, rapporteur de la commission désignée pour l'examen de ce travail, donnant un exemple qu'on ne saurait trop louer, et surtout trop imiter, a lu dans la dernière séance son rapport sur cette communication, qui a paru à la commission digne de cet honneur exceptionnel.

On se rappelle, d'après la courte analyse que nous avons donnée du travail de M. d'Escayrac, qu'il s'agit d'un état particulier d'hallucination qui se manifeste quelquefois chez les voyageurs du désert après les fatigues d'un long voyage. Cet état, sans constituer une véritable maladie, se présente avec des phénomènes constants, assez caractérisés pour qu'on puisse le considérer comme une altération des facultés mentales qui diffère, par des caractères très bien tracés par l'auteur, de quelques autres états connus, avec lesquels quelques analogies éloignées et grossières auraient pu au premier abord le faire confondre. Voyant dans ce fait des particularités capables de fournir un jour quelques conjectures nouvelles dans les interprétations de la psychologie, M. le rapporteur est entré à cet égard dans des développements pleins d'intérêt, et desquels il résulte que pour lui l'affection décrite par M. d'Escayrac rentre dans la catégorie des hallucinations, et qu'elle constitue une hallucination d'une nature spéciale. Elle diffère en effet également et du somnambulisme, et des symptômes de la fièvre cérébrale, et des effets de l'opium, de la jusquiame, de la belladone, du hachisch, du chloroforme, etc.; elle diffère enfin des hallucinations ordinaires où l'on croit éprouver des perceptions que l'on n'a pas réellement ressenties, et où l'esprit est en proie à des idées fausses qui représentent fictivement à l'esprit des images réelles, avec toutes les qualités des objets et dans tous les détails qui sont propres à les caractériser. Dans l'hallucination désignée sous le nom de *ragle*, les sens sont émoussés, les perceptions confuses, et les sens, principalement celui de la vue, sont en proie à des aberrations telles que tous les objets changent d'aspect, de forme, de direction, etc., et donnent lieu à toutes sortes d'illusions qui se succèdent et s'enchaînent en suivant la pente des préoccupations du moment.

C'est, comme on le voit, un état tout nouveau et réellement spécial, qui est digne de tout l'intérêt des psychologistes et des médecins.

Après ce rapport, deux lectures importantes ont appelé l'attention de l'Académie : l'une de M. J. Guérin, l'autre de M. Figuier.

M. J. Guérin avait déjà lu dans la séance du 22 janvier dernier la première partie d'un grand travail intitulé *Essai de généralisation de la méthode sous-cutanée.* Cette première partie comprenait les observations physiologiques sur les conditions de l'organisation immédiate et sur les caractères de l'organisation sous-cutanée dans ses rapports avec les tissus divisés. L'objet de sa dernière lecture est la seconde partie de ce travail, relative aux applications chirurgicales.

L'expérimentation physiologique avait établi l'innocuité des sections sous-cutanées : du tissu cellulaire, des tendons, des muscles, des vaisseaux, des nerfs, des os, etc. Cette catégorie de sections physiologiques correspond à une première catégorie d'opérations chirurgicales : les *sections*, comprenant toutes les opérations sous-cutanées qui ont été exécutées sur le tissu cellulaire, les tendons, les muscles, les aponévroses, les vaisseaux, les nerfs, les os, les glandes et les organes parenchymateux, à l'état sain et à l'état pathologique.

Une seconde catégorie d'expériences sur les animaux avait établi l'innocuité de l'ouverture sous-cutanée des cavités closes de l'économie, des cavités articulaires, pleurales, abdominales, cérébrales, de toutes les cavités, en un mot, dont l'ouverture béante avait été justement considérée jusqu'alors comme une source des plus grands dangers. A cette seconde catégorie physiologique correspond une seconde catégorie d'opérations sous-cutanées, les *ponctions* ou *divisions* pratiquées sur les mêmes cavités ou autres cavités accidentelles en vue d'en extraire les liquides ou les solides pathologiques qu'elles renferment. C'est cette division que M. Guérin a suivie dans son travail. On trouvera dans le compte rendu l'énoncé des opérations qui ont été conçues et exécutées d'après ces principes.

On peut voir par ce simple énoncé des applications de la méthode sous-cutanée réalisées jusqu'à ce jour que, à côté d'opérations réellement nouvelles, il en est quelques-unes qui, considérées isolément, peuvent plus ou moins ressembler à celles qui se pratiquaient antérieurement par d'autres méthodes; mais, groupées autour du principe commun qui les relie, elles prennent, ainsi que le dit M. Guérin, une signification nouvelle en tant que confirmant par l'efficacité de leurs résultats le caractère d'homogénéité, d'originalité et de généralité de la méthode.

Le mémoire lu par M. Figuier dans la séance du 29 janvier dernier, et qui avait pour objet, ainsi qu'on se le rappelle, de combattre par de nouvelles expériences contradictoires la théorie glucogénique de M. Cl. Bernard, devait naturellement soulever des objections. On a vu, en effet, la relation des recherches de M. Lehmann sur ce sujet et le commentaire dont M. Bernard l'a fait suivre. M. Figuier est venu lire, dans la dernière séance, un deuxième mémoire dans lequel, tout en apportant de nouveaux faits à l'appui des propositions énoncées dans son premier mémoire, il a cherché à détruire l'objection qui lui avait été opposée.

« Tant qu'il restera établi, était-il dit dans la note lue par » M. Bernard à l'occasion de la présentation du mémoire de » M. Lehmann, tant qu'il restera établi que le sang qui entre » dans le foie ne renferme pas de sucre, et que le sang qui » en sort en contient des proportions considérables, il faudra » bien admettre que la matière sucrée se produit dans le foie; » car on ne saurait échapper à cette conséquence de la logique simple, que, puisque le sucre n'existe pas avant le foie, » et qu'il existe après, il faut bien dire qu'il s'est formé dans » cet organe. » Or, l'objet de ce deuxième mémoire de M. Figuier est précisément de démontrer l'existence du fait révoqué en doute, c'est-à-dire de prouver que le sang de la veine porte, au moment de la digestion d'un repas composé de viande crue, renferme une notable quantité de sucre.

Nos lecteurs trouveront dans notre prochain numéro le détail des expériences instituées à cet effet.

— Tout porte à croire que l'angine couenneuse n'est pas une maladie purement locale, mais qu'elle est plutôt la manifestation locale d'une affection générale dont le principe est dans le sang. On comprendrait ainsi l'insuffisance des moyens locaux de traitement et la nécessité d'instituer une médication générale propre à modifier cet état général. Mais quelle sera la base de cette médication? M. Marchal (de Calvi), attribuant l'angine couenneuse à un excès de plasticité du sang, s'est proposé de combattre cet excès de plasticité par l'emploi des alcalins, sans négliger toutefois l'élément inflammatoire. La communication de M. Marchal a pour objet une observation d'angine couenneuse chez un adulte guérie par la médication alcaline. (Nous la donnerons dans un prochain numéro.)

Il existe depuis plusieurs années, en Allemagne aux principales sources minérales carbo-gazeuses, des établissements où l'on administre le gaz acide carbonique soit en bains généraux ou partiels, soit sous la forme de douches et d'injections, soit enfin par voie de déglutition ou d'inhalation. Plusieurs faits particuliers avaient depuis longtemps attiré l'attention des médecins allemands sur les propriétés médicinales du gaz carbonique, lorsqu'une guérison inattendue opérée par cet agent sur un savant distingué vint mettre en grande vogue ce nouveau moyen thérapeutique. M. Herpin (de Metz), en faisant connaître les effets physiologiques et thérapeutiques de cette médication, exprime l'idée que les nombreuses sources minérales riches en gaz carbonique que nous possédons en France pourraient être pourvues d'établissements de bains et douches de gaz semblables à ceux qui existent en Allemagne, et qui constituent une annexe si utile et si profitable en même temps pour ces thermes.

M. Desormeaux a exposé dans une note les diverses applications qui peuvent être faites au diagnostic des maladies des principales cavités, de l'appareil qu'il a imaginé à cet effet, et qu'il désigne sous le nom d'endoscope. Nous avons déjà entretenu nos lecteurs de cet ingénieux instrument d'une utilité incontestable.

Il nous reste enfin à signaler : un mémoire de M. Billiard (de Corbigny) ayant pour titre : *Théorie de la fièvre typhoïde et première base de l'électro-magnétisme chez l'homme;* une lettre de M. Raimbert, qui réclame la priorité de l'invention d'un appareil pour l'inhalation du chloroforme, à l'occasion de la communication récente de M. Mounier; sans parler d'un grand nombre de travaux de médecine ou de physiologie destinés au concours des prix Montyon, et plusieurs communications relatives à des sujets d'anatomie comparée ou de chimie appliquée qui touchent par quelques points à l'une des branches de la médecine. — Dr Brochin.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

Taille hypogastrique précédée de ponction de la vessie à la suite d'une rétention d'urine avec fausses routes. — Extraction de 78 calculs. — Rétablissement du canal de l'urètre par l'intérieur de la poche urinaire.

Par M. VALLET, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Orléans.

Il n'est pas rare de rencontrer dans la pratique de la chirurgie des cas insolites dont on cherche en vain dans les annales de l'art des exemples semblables, et pour lesquels le praticien, dépourvu de guide, est forcé de puiser dans ses propres inspirations les moyens d'y porter remède.

L'observation suivante confirme pleinement ce que je viens d'avancer.

M. B..., âgé de soixante-quinze ans, d'un tempérament sanguin, présentant une grande obésité, était issu de parents sains et n'ayant jamais offert de symptômes de pierre ou de gravelle.

Il avait rendu, à diverses époques et à la suite de vives douleurs, une assez grande quantité de petits calculs de forme et de volume variés.

Dans ce nombre, on en remarquait quelques-uns formés par des fragments dont les angles étaient arrondis et recouverts par une couche calcaire.

C'était toujours à la suite d'efforts très grands et très prolongés qu'il était parvenu à s'en débarrasser.

Depuis deux ans environ il avait cessé d'en expulser, quoiqu'il ressentît toujours les mêmes douleurs dans la marche et pendant l'émission des urines. Celle-ci n'avait plus lieu qu'avec une grande difficulté, et se répétait très fréquemment en s'accompagnant de contractions fort vives de la vessie, lorsque tout à coup, et sans cause appréciable, il fut atteint de rétention d'urine.

Un chirurgien, pour remédier à cet accident, essaya à diverses re-

prises, et vainement pendant deux jours, à pratiquer le cathétérisme.

Appelé avec mon confrère le docteur Payen à lui donner nos soins, voici l'état dans lequel nous trouvâmes le malade :

Besoins continuels d'uriner avec efforts infructueux ; l'urine sort à peine goutte à goutte. La vessie, fortement distendue, forme dans la région hypogastrique une tumeur dure, résistante et s'élevant jusqu'à l'ombilic. Altération des traits ; angoisse extrême ; fièvre très vive. Le corps répand déjà une odeur urineuse caractéristique ; vomissements se répétant de temps en temps ; assoupissement comateux.

Le toucher par le rectum nous fait reconnaître une hypertrophie considérable de la prostate. Ce fait pouvait expliquer l'ischurie qui s'était manifestée d'une manière si subite.

La gravité de ces symptômes commandait une prompte résolution, si de nouvelles tentatives de cathétérisme n'étaient pas suivies de plus de succès.

J'y procédai, et après bien des essais répétés avec patience et lenteur au moyen de bougies et de sondes de forme et de volume variés, aidés de l'usage de moyens généraux, nous dûmes y renoncer.

La sonde s'engageait toujours dans une fausse route existant dans les parties prostatiques de l'urètre, et semblait pénétrer dans le tissu cellulaire placé entre la prostate et le rectum.

Elle présentait ainsi un obstacle insurmontable que des efforts multipliés pour rentrer dans l'urètre ne purent vaincre. Il était encore augmenté par les changements que le volume de la glande avait dû faire éprouver à la direction du canal.

Dans une telle occurrence, la ponction de la vessie devenait la seule chance de salut qui restât au malade.

Elle fut pratiquée le 20 avril 1839 sur la ligne blanche, à 2 centimètres de la symphyse du pubis et avec facilité, malgré l'embonpoint extrême du malade.

Deux litres d'une urine bourbeuse et fétide furent extraits, et au moment où l'opération touchait à sa fin, je pus constater avec la canule du trocart la présence de calculs.

Celle-ci, fixée solidement, fut laissée à demeure jusqu'au lendemain et remplacée par une sonde de gomme élastique.

Pendant plusieurs jours l'état de M. B... nous donna de sérieuses inquiétudes ; mais sa constitution vigoureuse et un traitement approprié parvinrent à faire cesser tous ces accidents, à part toutefois le rétablissement du cours normal de l'urine. Celle-ci s'écoulait presque en totalité par la sonde placée à l'hypogastre, qui y avait été fixée solidement à l'aide d'une ceinture abdominale à laquelle avait été adapté un mécanisme particulier.

Trois mois s'écoulèrent ainsi, pendant lesquels le malade reprit ses forces et sa bonne santé habituelle. Pendant ce laps de temps j'essayai plusieurs fois de passsr des bougies ou des sondes dans l'urètre, par lequel l'urine ne s'épanchait que goutte à goutte lorsque les besoins d'uriner se faisaient sentir.

Dans ces essais fréquemment répétés, l'instrument s'engageait toujours dans cette fausse route, qui, par un travail d'organisation secondaire, était devenue infranchissable.

Quoique pendant tout ce temps les douleurs dépendant de l'existence des calculs eussent cessé de se faire ressentir, nous avions néanmoins insisté souvent auprès du malade sur la nécessité de les extraire, avec la pensée de profiter de cette occasion pour chercher à rendre au canal l'action qu'il avait perdue. Il avait toujours ajourné nos propositions. Mais une circonstance ne tarda pas à lui en faire reconnaître toute l'importance. Il voulut essayer ses forces et tenter quelques promenades à pied et en voiture. Les calculs contenus dans la vessie qui, par le repos qu'il avait gardé et par le défaut de contraction des parois de cet organe, n'avaient plus révélé leur présence, devinrent par le mouvement l'occasion de douleurs rendues plus vives encore par les spasmes qu'ils rappelaient dans la poche urinaire ; elle ne se vidait plus alors qu'avec efforts, même par la sonde ouverte.

Cet état pénible ne pouvait plus cesser que par l'extraction des calculs. Mais une opération qui se fût bornée à en débarrasser le malade sans rétablir le cours de l'urine par la voie naturelle en remédiant aux désordres du canal eût été une opération incomplète et dont il n'eût retiré qu'un soulagement imparfait.

La taille sus-pubienne étant la seule méthode qui pût être employée, je pensai que je devais mettre à profit l'accès que m'offait l'intérieur de la vessie par l'ouverture de la paroi supérieure, pour rechercher l'orifice interne de l'urètre et essayer de faire pénétrer par cette voie une sonde de gomme élastique, en la présentant au canal par son extrémité libre, disposée de telle manière qu'elle pût s'introduire avec facilité et sortir par le méat urinaire ; en un mot, d'agir en tout point en sens inverse de ce qui se fait ordinairement dans le cathétérisme. J'espérais par là maintenir le canal dilaté pendant un certain temps, déterminer l'occlusion de l'ouverture de la fausse route et favoriser le rétablissement du cours normal de l'urine.

Pour atteindre ce but, je choisis plusieurs sondes de gomme élastique des n° 7, 8 et 9, et je fis adapter à chacune un mandrin en fil de plomb d'un diamètre approprié et armé à son extrémité d'une espèce d'ambout donnant au pavillon la forme du bec de la sonde.

Ces dispositions prises et le malade étant convenablement préparé, je pratiquai l'opération le 25 juillet, assisté de M. le docteur Payen, qui continua ses soins au malade avec moi, et en présence de plusieurs de nos confrères de la ville.

Les téguments sont incisés de l'ombilic au pubis dans l'étendue de 7 centimètres sur la ligne blanche, et en comprenant dans cette direction l'orifice du trajet parcouru par la sonde laissée à demeure.

Un tissu cellulaire abondant et la ligne blanche sont successivement divisés, et, à l'aide d'une sonde cannelée introduite par l'ancienne plaie, la paroi supérieure de la vessie est incisée au-dessus et au-dessous d'elle, dans l'étendue de 5 centimètres.

La présence aussi prolongée de la sonde, l'inflammation qu'elle avait déterminée dans tout le trajet qu'elle parcourait, et qui s'était étendue de proche en proche, avaient fait naître des adhérences entre la paroi supérieure de la vessie et la paroi abdominale correspondante, qui plaçaient ces parties dans les conditions que voulaient atteindre MM. Vernière et Vidal, lorsqu'ils proposaient l'opération en deux temps exécutés à quelques jours de distance.

L'introduction du doigt dans la vessie me fit reconnaître une disposition extraordinaire dans sa cavité. Toute la moitié antérieure correspondant au bas-fond était remplie par une tumeur considérable, partagée en deux moitiés à peu près égales par un sillon qui se dirigeait par son centre d'avant en arrière. Elle était évidemment formée par les deux lobes latéraux de la prostate hypertrophiée.

En arrière, le reste de la cavité vésicale constituait une sorte de cul-de-sac profond, représentant à peine le tiers de sa capacité normale.

Des calculs en grand nombre occupaient ces deux cavités ; 78 furent extraits. Ils offraient un volume varié, depuis un pois rond jusqu'à celui d'une grosse aveline. Quelques-uns n'étaient que des fragments de forme différente et couverts d'une couche calcaire qui en arrondissait les angles, pareils à quelques-uns de ceux que M. B... avait rendus autrefois et avant la rétention d'urine.

Ils étaient composés d'urate et de carbonate d'ammoniaque.

Nous étions arrivés au temps le plus délicat de l'opération : la découverte de l'orifice du col de la vessie, que la déformation des parties pouvait rendre difficile.

Après quelques tâtonnements, je rencontrai à l'extrémité antérieure du sillon une sorte d'infundibulum vers lequel je dirigeai sur l'indicateur une algalie d'argent, qui pénétra avec un peu de difficulté, et fut aussitôt remplacée par une sonde en caoutchouc du n° 7, présentée par son pavillon.

Celle-ci, à l'aide de son mandrin avec ambout, parcourut l'urètre avec assez de facilité et fut fixée autour du pénis.

Quoique les adhérences déjà mentionnées fussent une garantie contre l'infiltration de l'urine, une mèche de linge effilé fut placée dans la plaie vers son angle inférieur et dirigée entre les cuisses ; quelques compresses composèrent tout l'appareil.

Les urines coulèrent presque en égale quantité par la sonde et par la plaie pendant les premiers jours qui suivirent le moment de l'opération ; les suites ne furent troublées par aucun accident extraordinaire.

Vers le dixième jour, la sonde du n° 7, dont le calibre paraissait obstrué à raison de sa petitesse, dut être changée, l'émission de l'urine semblant se faire d'une manière moins complète.

Dans la crainte de ne pas retrouver l'ouverture interne de l'urètre par la plaie de l'abdomen, dont les dimensions étaient déjà réduites, quoique dans cette prévision je me fusse abstenu de tenter la réunion par sa suture, je préférai le moyen suivant :

Le bec d'une sonde du n° 9 fut fixé au pavillon de la première et prit sa place en la repoussant dans la vessie, d'où elle fut extraite facilement à l'aide d'une pince à pansement.

Les choses se passèrent ensuite régulièrement jusqu'au vingt-cinquième jour, époque à laquelle le malade commença à ressentir des envies d'uriner, signe favorable et indiquant le retour de la contractilité de la poche urinaire.

La quantité du liquide rendu par la sonde étant supérieure à celle qui s'écoulait par la plaie déjà fermée aux deux tiers, nous jugeâmes à propos de la retirer.

La cicatrisation de la plaie fut achevée le 10 septembre et la guérison complète quarante-cinq jours après l'opération.

M. B... reprit graduellement ses forces et ses habitudes de promenade, ne conservant d'un état aussi grave que l'obligation de rendre fréquemment des urines parfois troubles et glaireuses, accident qui reconnaissait pour cause cet engorgement si volumineux de la prostate qui n'avait pu être avantageusement modifié par l'opération, mais dont nous sommes parvenu à modérer le progrès par un traitement préventif à la faveur duquel il a pu prolonger son existence jusqu'à l'âge de quatre-vingt-deux ans. Il est permis de croire qu'il eût pu vivre encore plus longtemps s'il n'eût été atteint d'une bronchite suraiguë à laquelle il succomba rapidement.

L'examen des voies urinaires qui avaient été le siége d'accidents si complexes était pour nous d'un bien vif intérêt, puisqu'il devait rendre complète cette observation précieuse à plus d'un titre.

Les reins et les uretères ne présentent rien d'anomal.

La prostate par ses changements remarquables a dû d'abord attirer notre attention.

Cette glande a des dimensions considérables, qui se trouvent consignées dans le tableau suivant :

Diamètre transversal.	0,13	centimètres.
Diamètre antéro-postérieur. . . .	0,09	—
Diamètre vertical.	0,08	— 1/2.
Circonférence..	0,24	—

La portion prostatique de l'urètre traverse la glande suivant un plan très rapproché de sa face inférieure. Ainsi il y a une épaisseur de tissu de 0,06 centimètres au-dessous du canal. Celui-ci, en outre, est allongé en quelque sorte comme la prostate elle-même ; et pour donner une idée de cet allongement, nous dirons que le véru-montanum a une longueur de 0,9 centimètres depuis sa base jusqu'à son sommet ou terminaison postérieure.

Le bord supéro-postérieur de la glande fait une saillie considérable dans la cavité de la vessie, saillie qui est encore augmentée par le développement du lobe pathologique ou moyeu, qui a le volume d'une grosse aveline et surmonte l'orifice postérieur de l'urètre. Il résulte de cette disposition que la vessie s'enfonce profondément derrière la prostate, et forme là une poche tellement déprimée que l'on mesure 0,04 cent. 1/2 entre la partie inférieure et le niveau du lobe moyen.

C'est seulement dans cette partie et dans ce sens que la vessie est développée, car au-dessus de ce cul-de-sac inférieur elle va en se rétrécissant en avant et en haut jusqu'au pubis où elle aboutit à la cicatrice de l'ancienne fistule. Ses dimensions totales, quand elle est distendue, sont à peine égales à celles de la prostate elle-même.

La direction de la poche urinaire a subi des changements remarquables. Au lieu d'être légèrement oblique d'arrière en avant et de bas en haut, comme cela est ordinaire, elle monte presque verticalement vers le pubis pour atteindre le point où existait l'orifice fistulaire auquel elle adhère.

Sa cavité comme les reins ne contiennent, du reste, aucun calcul. Ne doit-on pas expliquer cette circonstance favorable par l'usage du bicarbonate de soude qui avait été fréquemment employé depuis l'opération? Son action n'a-t-elle pas pu détruire cette espèce de diathèse calculeuse qui avait existé auparavant?

L'urètre est large dans tout son trajet et n'offre de rétrécissement nulle part. Sur les côtés du véru-montanum, on aperçoit deux déchirures en partie cicatrisées qui persistent comme traces des fausses routes déterminées par le cathétérisme.

La direction du canal est changée dans l'étendue de la portion prostatique, et présente là une courbe très marquée dont la concavité regarde non-seulement en haut, mais en avant.

La longueur totale est beaucoup augmentée, sans doute à cause de l'élongation subie par la portion prostatique. On mesure depuis le méat urinaire jusqu'à l'orifice vésical 0,30 centimètres ; mais il est vrai de dire que cette longueur a été prise sur le cadavre, et que sur le vivant, et les parties étant en place, elle devait être moindre.

Il résulte de cette disposition des parties que la prostate était considérablement augmentée de volume, et qu'au lieu d'être située horizontalement elle se dirigeait presque verticalement en haut vers le pubis, où elle était attirée par la vessie fixée elle-même en ce point dans le tissu de cicatrice de la fistule.

On comprend alors qu'une sonde introduite par le méat urinaire, en parcourant l'urètre pour pénétrer dans la vessie, devait arc-bouter contre le milieu de la portion prostatique, et que pour lui faire franchir l'orifice vésical il aurait fallu lui faire subir une courbure extrême ; on peut même ajouter qu'elle aurait dû avoir aussi une longueur disproportionnée à cause de l'allongement de l'urètre.

J'ai cru devoir rapporter avec détails cette observation, parce qu'elle m'a paru sous plusieurs points de vue digne d'intérêt.

1° Elle présente d'abord un exemple de ponction de la vessie faite à l'hypogastre, exempte des accidents que certains chirurgiens lui ont reprochés, quoique le malade se trouvât dans des conditions fâcheuses ; ponction à la suite de laquelle cependant, malgré ces circonstances défavorables, une sonde à demeure a pu être impunément conservée pendant trois mois.

2° La présence de calculs dans la vessie et l'opération pratiquée pour les extraire, coïncidant avec l'existence d'une fausse route dans l'urètre, devenue en quelque sorte infranchissable par le volume de la prostate et par le déplacement consécutif du canal, ont fourni l'occasion de mettre en pratique un procédé nouveau pour rétablir la liberté de ce conduit. Je dis nouveau, car ceux mis en usage par MM. Fins (de Genève) et Howship dans le cas de déchirure de l'urètre n'ont avec celui-ci qu'une analogie très éloignée.

3° Cette observation, en ajoutant un nouveau fait à ceux publiés par MM. Crosse et Civiale, et plus récemment par M. Le Roy-d'Etiolles, vient de mettre encore en évidence le phénomène remarquable de la fragmentation spontanée des calculs dans la vessie, signalé par les anciens, et qu'on avait presque entièrement perdu de vue dans ces derniers temps.

C'est bien à cette seule action qu'on doit, chez le malade, en attribuer la cause. Il n'avait, en effet, jamais fait usage de ces prétendus lithontriptiques, ni du carbonate de soude, auquel, de nos jours, on s'est efforcé d'accorder une grande puissance pour produire la fracture spontanée des calculs.

Cette rupture s'explique plus raisonnablement par certaines conditions de disgrégation auxquelles s'unit la force contractile d'une vessie fortement hypertrophiée, disposition qui se présentait à un haut degré dans ce cas, lorsque l'émission de l'urine avait lieu.

4° Enfin, au point de vue de l'anatomie pathologique, l'état de la prostate offre un fait très curieux et important à étudier par le développement extraordinaire qu'elle a atteint et par les changements qu'elle a fait éprouver au canal de l'urètre dans sa longueur et dans sa direction, modifications qui rendent compte des difficultés que devait rencontrer le cathétérisme.

DES MODIFICATIONS SUBIES PAR L'UTÉRUS à l'époque menstruelle.

Par M. Ch. Judée.

Jusqu'à présent on n'a pas noté, que je sache, quel était le siége précis de l'écoulement qui se fait à l'époque cataméniale, ni par quel mécanisme il se produit.

Pour pouvoir arriver à ce résultat, il fallait d'abord porter son examen sur des femmes frappées de mort violente ; deuxièmement, il fallait encore que la mort fût arrivée peu de temps avant ou après l'apparition des règles.

Ces conditions, comme on le voit, étaient bien difficiles à remplir ; le sort cependant m'a assez favorisé pour me procurer quelques observations remplissant parfaitement ces conditions. Je puis donc donner quelques résultats qui jetteront peut-être un peu de jour sur cette question.

Comme on le pense bien, les observations sur lesquelles je m'appuie ne sont pas nombreuses ; elles sont seulement au nombre de trois. Les deux premières sont celles de deux malades mortes de délire aigu dans le service de M. Baillarger ; la troisième est celle d'une femme qui s'est pendue quelque temps après l'apparition des règles, et qui est morte dans le service de M. Rostan.

Mais avant d'exposer les faits propres à ces trois femmes, je crois qu'il est indispensable de dire dans quelles conditions survient le délire aigu. Cette affection très rare se développe principalement chez les aliénées, lors même qu'elles sont très bien portantes. Son début est le plus souvent brusque, son apparition se fait toujours à l'*époque menstruelle*. Sa terminaison c'est la mort, qui arrive très promptement ; en quelques jours le plus souvent. Ainsi, en résumé, on doit considérer ces malades comme des gens bien portants mourant presque subitement.

Maintenant je puis relater les observations. Je ne mentionnerai dans ces dernières que ce qui est propre au sujet qui nous intéresse.

La première est celle de la nommée D..., entrée le 7 juillet 1853 à la Salpêtrière, et morte le 17 du même mois.

Les jours qui précédèrent sa mort, elle fut très agitée; elle délira. Le 16 elle était très abattue. Le 17 au matin on la trouva morte dans son lit. Son linge était taché de quelques gouttes de sang; elles ne dataient que de la nuit, car on avait mis la veille une chemise blanche à la malade.

Le 18 l'autopsie fut faite, et outre plusieurs altérations du côté du cerveau et des poumons, que je passe sous silence à dessein, on trouva l'utérus et ses dépendances dans l'état suivant :

Utérus. — Son corps est volumineux, ses parois sont épaisses. Sa surface externe ne présente rien de particulier. Sur toute sa surface interne, au contraire, on remarque une couche d'une apparence et d'une consistance gélatineuses pouvant avoir 2 millimètres d'épaisseur. La coloration de cette membrane est d'un rouge peu foncé; en la grattant avec le manche d'un scalpel, elle se présente sous l'apparence d'une bouillie rougeâtre; elle cesse tout à coup au niveau de l'orifice supérieur du col.

Considéré extérieurement, le col présente les mêmes particularités que le corps; intérieurement sa coloration est jaunâtre, il semble n'avoir subi aucune modification sous l'influence des règles.

Quant au museau de tanche (et j'entends par museau de tanche toute la lèvre antérieure et postérieure du col), il est boursouflé; l'augmentation de volume qui en résulte détermine un rétrécissement marqué de l'orifice utérin, qui se présente, comme chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfant, sous la forme d'une fente transversale. Sa coloration est d'un bleu foncé; dans certains points elle est même complétement noirâtre, semblable à une portion de poumon frappée d'apoplexie.

Si on vient à la comprimer, on voit sourdre de toute sa surface des gouttelettes de sang; en agissant de la même manière sur le coccyx, on ne produit rien de semblable.

Si l'on vient à couper l'utérus d'avant en arrière de manière à avoir deux parties égales et à examiner l'une ou l'autre de ces parties, on remarque les dispositions suivantes : le tissu du corps et celui du col sont normaux et se présentent, comme à l'état physiologique, sous l'apparence d'un tissu fibreux lardacé. Au niveau des lèvres du col cet aspect disparaît et est remplacé par une espèce de magma contenant dans son intérieur quelques traces de fibres. On a sous les yeux quelque chose qui ressemble beaucoup à une portion de poumon atteint d'apoplexie.

Dépendances de l'utérus. — Le ligament large du côté droit présente des traces marquées de congestion et est le siége de réseaux capillaires très beaux.

Sur la surface extérieure de la trompe, on remarque les mêmes réseaux capillaires; ils sont même tellement abondants qu'ils lui donnent une teinte pourpre générale.

La surface interne présente les mêmes dispositions, surtout vers sa portion utérine.

Cette espèce de membrane légèrement rouge que nous avons déjà mentionnée en parlant de l'utérus existe vers ce point et a assez d'épaisseur pour oblitérer presque complétement la lumière de ce conduit.

L'ovaire gauche n'offre rien de remarquable.

Sur la surface externe de l'ovaire gauche, on remarque une saillie pouvant avoir le volume d'un noyau de cerise d'un noir assez prononcé; à son pourtour existe une espèce d'auréole rouge allant en diminuant d'intensité à mesure que l'on s'éloigne. Sur l'un de ses côtés existe de plus un trou par lequel il est facile d'introduire un stylet.

En coupant l'ovaire d'avant en arrière, on voit apparaître entre de nombreuses cicatrices quatre corps particuliers présentant des formes et des positions variables.

Le plus profondément situé peut avoir le volume d'un grain de chènevis; il se présente sous la forme d'une membrane blanche repliée un grand nombre de fois sur elle-même.

Celui qui vient ensuite est un peu plus considérable que le précédent; il semble formé principalement par des fibres entre-croisées dans tous les sens. Sa coloration est bleuâtre. Il est situé un peu moins profondément que le précédent.

Le troisième est presque superficiel. Cependant à son niveau l'enveloppe de l'ovaire a repris son épaisseur et sa coloration normales. Son volume est très considérable par rapport aux deux précédents. Sa coloration est d'un rouge très foncé, et ce qu'il y a de particulier c'est que, comme pour le précédent, il est impossible de reconnaître dans sa structure la disposition d'une membrane reployée un grand nombre de fois sur elle-même.

Quant au dernier corps, il est le plus volumineux de tous et égale le tiers du volume total de la glande. Il est immédiatement en rapport avec l'enveloppe fibreuse de l'ovaire. Il se compose de deux parties bien distinctes : une première extérieure, ayant une forme irrégulière, dentée dans tout son intérieur et présentant aussi une coloration rouge très foncé; puis vient une membrane tapissant toutes les dentelures et servant de poche à un caillot ayant une coloration beaucoup moins prononcée que le plus extérieur, ce qui permet de les distinguer facilement l'un de l'autre.

En résumé, il n'est pas permis d'avoir de doute sur la nature de deux de ces corps, que l'on a déjà reconnus pour être des corps jaunes. Quant aux deux autres, il peut s'élever quelques doutes; mais du reste cela a peu d'importance; ce qui en a beaucoup plus, c'est l'ouverture que l'on remarque sur le premier d'entre eux, et qui démontre de la manière la plus évidente qu'à chaque époque menstruelle il se détache un œuf, qu'il soit ou non fécondé.

— La deuxième observation est celle de la nommée M.... Entrée à la Salpêtrière le 27 janvier 1854 et morte le 6 février de la même année, cette femme fut prise de délire, puis quelques jours après les règles apparurent et ne cessèrent de couler que six jours avant la mort.

Voici, à l'autopsie, dans quel état furent trouvés les organes génitaux :

L'utérus, envisagé d'une manière générale, est plus volumineux qu'à l'état ordinaire; ses parois semblent avoir augmenté d'épaisseur.

Examiné par sa surface interne, on le trouve recouvert d'une espèce de membrane assez épaisse et dure, rouge-brun foncé. Cette dernière se laisse facilement enlever avec le manche d'un scalpel au niveau du col; elle disparaît, et l'on retrouve les parois de l'utérus se présentant avec une coloration grise, à peu près normale. Seulement, au niveau du museau de tanche, et principalement sur le pourtour de son orifice, on remarque une coloration d'un rouge-sombre très prononcé. De plus, cette partie de l'utérus a une sorte d'aspect fongueux spécial; elle est molle, se laissant facilement déprimer et se déchirant de même lorsqu'on la presse entre les doigts.

La trompe du côté gauche est congestionnée; les franges ont augmenté de volume. La même remarque s'applique à l'ovaire du même côté. On y remarque un corps jaune, rempli de sang caillé, pouvant avoir le volume d'une grosse noisette, et à la surface de ce corps jaune une cicatrice.

— La troisième est celle de la nommée E..., âgée de vingt-trois ans, entrée le 6 août à l'Hôtel-Dieu et morte le même jour.

Cette femme, à son arrivée, présentait tous les signes d'une asphyxie avancée. Pour la ramener à la vie, on employa tous les moyens possibles; mais rien ne réussit, et elle mourut quelque temps après son entrée.

On fit l'autopsie le 7.

L'examen de l'utérus et de ses dépendances donne les résultats suivants :

Utérus. — Cet organe semble avoir augmenté de volume; les parois en sont épaisses. La cavité utérine elle-même est plus large qu'à l'état physiologique; elle est tapissée par une membrane molle, rougeâtre, de 5 à 6 millimètres d'épaisseur, qu'il est facile d'enlever en râclant un peu avec le manche d'un scalpel.

Examinée à la loupe, elle se présente sous l'aspect d'un réseau capillaire très abondant et très beau, renfermé dans une membrane d'apparence muqueuse. La portion d'utérus qui se trouve immédiatement au-dessous est blanche, d'une consistance qui va toujours en augmentant à mesure qu'on l'examine plus profondément.

Cette membrane se prolonge dans l'intérieur des trompes jusqu'au niveau du pavillon, qui est fortement congestionné; mais elle cesse au niveau de l'orifice supérieur du col, qui conserve dans toute son étendue une coloration jaunâtre : on y distingue très nettement l'arbre de vie.

L'orifice inférieur ou museau de tanche, au contraire, est congestionné et à un point tellement prononcé qu'il se présente avec une coloration bleue. En dilacérant ses lèvres, on l'y trouve formé par un tissu légèrement friable, ayant du reste l'aspect et la consistance d'un poumon atteint d'apoplexie.

Annexes de l'utérus. — Dans l'ovaire droit, qui est très volumineux, on trouve un corps jaune pouvant avoir le volume et la forme d'une amande.

Ce corps est placé à la superficie de l'ovaire accolée à sa membrane d'enveloppe, qui est légèrement renflée dans ce point; on y remarque une cicatrice mal fermée encore, et au moyen de laquelle il est facile de pénétrer dans l'intérieur du corps jaune, ce qui montre, par parenthèse, que les règles étaient passées seulement depuis quelques jours.

Chez cette femme, en outre, une grande partie de l'ovaire ne présentait plus de stroma; ce dernier était remplacé par une matière gélatineuse et semi-liquide, ce qui faisait penser à un kyste de l'ovaire situé dans les parois mêmes de l'ovaire, et nullement dans le sac ovulaire, comme cela se remarque le plus souvent.

La trompe du même côté était congestionnée, ainsi que le pavillon.

L'ovaire du côté opposé ne présentait rien de particulier à noter.

Je pourrais encore ajouter à ces observations celle d'une femme morte d'hémorrhagie cérébrale dans le service de M. Rostan au moment des règles, et chez laquelle j'ai rencontré les mêmes altérations du côté de l'utérus; mais cette dernière est trop incomplète pour pouvoir être mise sous les yeux du lecteur.

Je m'en tiens donc aux trois premières, et je dis que d'après elles il est permis de conclure :

1° Que *le sang qui s'échappe par le vagin à l'époque menstruelle ne provient ni de la cavité du corps, ni de celle du col de l'utérus;*

2° *Qu'il provient seulement des lèvres du col, qui se congestionnent alors fortement.*

Je m'arrête ici; mais, avant de terminer, je ne puis m'empêcher de dire que si l'observation venait donner de nouveaux appuis à ces faits, ils seraient de la plus grande importance et pourraient quelque peu modifier la thérapeutique des affections utérines.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 26 mars 1855. — Présidence de M. Regnault.

Fonction glucogénique du foie. — M. L. Figuier lit un deuxième mémoire à propos de la fonction *glycogénique* (*sic*) du foie, dont l'objet principal est de prouver que le sang de la veine porte au moment de la digestion d'un repas composé de viande crue renferme une notable quantité de sucre.

Voici les expériences qui établissent ce fait.

Un chien jeune et de forte taille a été privé de toute nourriture pendant trois jours. On a commencé alors à le nourrir avec de la viande de bœuf crue, et l'on a continué pendant huit jours ce régime. Au bout de ce temps, le chien a été laissé à jeun pendant quarante heures. On lui a donné alors un repas composé de deux livres et demie de viande de bœuf crue, et deux heures après on a procédé à l'opération, qui consistait à recueillir séparément le sang de la veine porte et celui des vaisseaux situés au-dessus du foie. A cet effet, une incision a été pratiquée au flanc droit de l'animal; le doigt indicateur introduit par cette ouverture et suivant le bord inférieur du foie a permis de saisir le paquet des nerfs et des vaisseaux qui pénètrent dans cet organe : la veine porte étant saisie, on l'a liée. Après cette ligature, on a ouvert l'abdomen, ce qui a permis d'apercevoir les vaisseaux de l'intestin noirs et gonflés par la stase du sang suite de la ligature; par une incision à ce dernier vaisseau, on a recueilli le sang. On s'était procuré de même celui des veines mésentériques. Après ces diverses opérations, la poitrine de l'animal a été ouverte, et l'on a recueilli le sang du ventricule droit du cœur et celui de la veine cave inférieure.

L'analyse chimique comparée du sang de la veine porte et du sang pris au-dessus du foie a conduit aux résultats suivants :

Sang de la veine porte. — Ce sang pesait 102 grammes. Il a été coagulé par l'addition de trois fois son volume d'alcool. Le liquide, passé à travers un linge, a été rendu acide par quelques gouttes d'acide acétique et évaporé à siccité. En reprenant par l'eau distillée, on a obtenu une liqueur limpide, qui a été évaporée à siccité. Le poids de ce dernier résidu était de 1gr,07. Une partie de cette liqueur, traitée par le réactif de Frommhertz, a fourni un précipité abondant de sous-oxyde de cuivre, ce qui indiquait la présence d'une notable quantité de sucre. Cette quantité, d'après l'analyse que j'ai faite d'une partie de ce résidu avec la liqueur cupro-potassique titrée, était pour 100 parties de sang de 0,248.

Le sang des veines mésentériques contenait aussi du sucre, mais la proportion n'en a pas été dosée.

Sang pris au-dessus du foie. — La quantité de ce sang était de 25 grammes : traité comme précédemment, il a laissé un résidu du poids de 0gr,150. Le réactif de Frommhertz n'a indiqué dans ce résidu que des traces de glucose.

La même expérience a été répétée quatre heures après le repas avec un chien placé dans les mêmes conditions que le précédent et nourri exclusivement depuis douze jours avec de la viande de bœuf crue. On a trouvé dans cette seconde expérience 0,231 pour 100 de sucre dans le sang de la veine porte, et 0,304 pour 100 dans le sang pris au-dessus du foie.

M. Figuier développe dans son mémoire les conséquences auxquelles conduit la comparaison de ces deux expériences, et montre qu'elles font parfaitement comprendre que le foie est un organe destiné à tenir quelque temps en réserve, après la digestion, le sucre qui doit ensuite être déversé par les vaisseaux sus-hépatiques dans la circulation générale.

Supposant que contre la certitude de ces résultats on invoquerait cet argument bien connu du reflux possible du sang du foie dans les vaisseaux abdominaux situés au-dessous de lui, c'est-à-dire dans la veine porte et la veine cave inférieure, M. Figuier fait remarquer qu'il a eu le soin de n'ouvrir l'abdomen pour inciser la veine porte qu'après avoir préalablement lié ce vaisseau, grâce à une incision étroite pratiquée au flanc droit de l'animal, conformément aux précautions qui sont recommandées dans ce cas.

Néanmoins, comme les raisons qui précèdent pourraient peut-être paraître insuffisantes, il a paru utile à M. Figuier d'instituer une expérience spéciale pour démontrer que, dans le cas où il s'était placé, le reflux du sang dans l'inférieur de la veine porte ne peut avoir les conséquences que l'on pourrait lui prêter; il a voulu montrer par l'expérience que le sang du foie, quand on ouvre l'abdomen d'un animal, ne se mêle pas forcément avec celui des vaisseaux abdominaux. Pour cela, à un chien de moyenne taille, il a donné un repas presque entièrement composé de sucre ou de substances pouvant se transformer en ce produit, c'est-à-dire une soupe au lait à laquelle on avait encore ajouté une certaine quantité d'empois d'amidon et de glucose en nature. Après ce repas, le chien fut laissé trente-six heures sans recevoir d'autre aliment. L'abdomen alors fut largement ouvert de haut en bas sans pratiquer préalablement aucune ligature. Après cette ouverture de l'abdomen, l'animal, vivant, fut abandonné à lui-même pendant quelques minutes, et alors seulement la veine porte fut liée au-dessous du foie et le sang recueilli. Or le foie, examiné aussitôt, contenait une quantité notable de glucose; au contraire, le sang de la veine porte était entièrement privé de sucre, ce qui prouve suffisamment que le mélange n'avait pu s'opérer entre le sang de l'organe hépatique et celui de la veine porte, car, s'il en eût été ainsi, le sang de la veine porte eût renfermé du sucre comme celui du foie.

Les conclusions de ce mémoire sont les suivantes :

1° Chez les chiens nourris de viande crue, tués deux et quatre heures après le repas, il existe du sucre dans le sang de la veine porte;

2° Le sucre introduit dans le foie par la veine porte séjourne un certain temps dans cet organe; après cet intervalle, il commence à être charrié par les vaisseaux sus-hépatiques, et il est transporté dans le système général de la circulation;

3° Quand la digestion intestinale est accomplie et que le tube digestif s'est entièrement débarrassé de la matière sucrée fournie par les aliments, le sang, qui après avoir parcouru le cercle de la circulation retourne au foie par la veine porte, est privé de glucose; mais en traversant le foie il reprend une nouvelle quantité de ce produit, de telle sorte que le sang des veines sus-hépatiques, versé dans le cœur droit par la veine cave inférieure, renferme nécessairement une certaine quantité de sucre.

Les faits contenus dans la communication de M. Lehmann, ajoute M. Figuier, ne sont point, comme on va le voir, contraires à nos propres résultats. Que dit en effet M. Lehmann? Qu'il n'a point trouvé de sucre dans la veine porte des animaux à jeun, et qu'il en a trouvé chez les mêmes animaux dans le sang des veines sus-hépatiques. Ce résultat n'a rien que de conforme à nos conclusions. On sait depuis longtemps que le foie conserve du sucre pendant plusieurs jours chez les animaux laissés à l'abstinence. C'est le résidu des digestions antérieures qui ne disparaît que très lentement du tissu de cette glande, et dont on peut retrouver des traces même après dix à douze jours de jeûne absolu. Il est donc tout simple que dans le sang de la veine porte d'un chien à jeun depuis deux jours on ne trouve plus de sucre, et que l'on en trouve dans celui des veines sus-hépatiques. Ce principe a été tout simplement emporté par le sang pendant son passage à travers un organe sucré. M. Lehmann n'a pas trouvé de sucre ou n'en a trouvé que des traces dans la veine porte de chiens et d'un cheval soumis à différents régimes. Mais nous ferons remarquer que dans l'extrait du travail de M. Lehmann communiqué à l'Académie, on a négligé de faire mention du nombre d'heures qui se sont écoulées entre le repas et le moment de la saignée de la veine porte. Cette circonstance était cependant indispensable à établir. Car, supposez que le sang ait été recueilli à une époque éloignée de la digestion, sept à huit heures par exemple après le repas, et l'absence du sucre dans le système de la veine porte

n'aura plus rien que de simple et de très naturel. Il est donc indispensable que l'oubli que nous signalons soit réparé.

(*La suite au prochain numéro.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 21 mars 1855. — Présidence de M. HUGUIER.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. DENONVILLIERS présente une malade atteinte d'un ectropion double, à laquelle il a déjà restauré par l'autoplastie la paupière supérieure. M. Denonvilliers se propose de réparer plus tard la paupière inférieure, et de réunir pendant quelque temps les paupières de nouvelle formation.

— M. J. CLOQUET présente un jeune homme auquel il a cautérisé à plusieurs reprises une division du voile du palais. La guérison est presque complète.

M. GUERSANT fait remarquer que chez ce jeune homme il n'y avait que division du voile du palais, tandis que chez son malade il y avait division des os.

M. VIDAL rappelle que Dupuytren était grand partisan de la cautérisation appliquée aux divisions du voile du palais. Il avait un grand dédain pour la staphyloraphie, et lui préférait de petites cautérisations successives. Notre collègue ajoute qu'il a depuis longtemps mentionné, dans la première édition de son *Traité de pathologie* (1839), la pratique du chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

M. J. CLOQUET accuse l'honneur qu'il y aurait pour lui de s'étayer d'une autorité aussi grande que celle de Dupuytren, en faisant observer à M. Vidal (de Cassis) que sa première opération, celle pratiquée sur un négociant espagnol, remonte à 1826 ; que depuis cette époque il a eu de fréquentes occasions de parler de ce fait et de la cautérisation graduelle dans ses cours de clinique; que ce n'est que treize ans plus tard, en 1839, que M. Vidal a mentionné pour la première fois les idées de Dupuytren à ce sujet, et que du reste le célèbre chirurgien de l'Hôtel-Dieu n'a jamais publié ni fait publier d'observations relatives à la méthode de cautérisation qui fait le sujet du mémoire qu'il a lu dernièrement à l'Académie des sciences.

M. VIDAL ne connaît pas les faits de guérison sur lesquels s'étayait Dupuytren pour recommander ces petites cautérisations; il se rappelle seulement les lui avoir entendu préconiser.

— M. RICHARD présente un homme sur lequel il a pratiqué la ligature de la carotide externe au-dessus de la linguale et de la faciale, pour un anévrisme faux consécutif de la région parotidienne. Le malade est aujourd'hui guéri.

CORRESPONDANCE.

M. CHASSAIGNAC offre à la Société, de la part de M. Charrier, vétérinaire à Reims, un travail imprimé sur l'*Extirpation vaginale de l'ovaire*. (Des remercîments sont adressés à M. Charrier.)

RAPPORT.

M. DESORMEAUX lit de nouveau les conclusions de son rapport sur différents travaux de M. Saurel. Les deux premières conclusions de ce rapport sont mises aux voix et adoptées.

— La Société passe ensuite au vote pour l'élection de M. Saurel au titre de membre correspondant. M. Saurel, ayant réuni la majorité des suffrages, est nommé membre correspondant de la Société de chirurgie.

LECTURES.

M. le docteur Fano lit un travail sur le *Traitement de certaines fistules par la cautérisation périphérique*. (Renvoi à la commission déjà chargée d'examiner différents travaux de M. Fano.)

— M. Charrier lit un travail sur l'*Influence de la compression de la tête par les parties molles dans l'accouchement naturel*. (Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Lenoir, Laborie, Danyau.)

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire de la Société : E. FOLLIN.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 1er février 1855. — Présidence de M. MAGNE, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Rapport. — M. FOUCART donne lecture d'un rapport sur un travail de M. le docteur Thiberge relatif à *la transmissibilité du choléra*. Il conclut en demandant pour l'auteur le titre de membre correspondant.

L'élection de M. Thiberge est mise aux voix et adoptée.

Difformité congénitale du membre supérieur. — M. JOSIAS informe la Société qu'il a été appelé le matin même pour constater le décès d'un enfant mort dix minutes environ après sa naissance. Cet enfant, du sexe masculin, venu à terme, paraissait parfaitement constitué ; seulement il était privé de la main gauche, c'est-à-dire que le carpe seul existe. Le métacarpe, les phalanges, phalangines et phalangettes manquent entièrement ; à la place de ces dernières se trouvent de petits tubercules charnus portant l'empreinte des ongles et tenant à la peau qui recouvre le carpe au moyen de petits pédicules de quelques millimètres de longueur.

M. Josias fait passer sous les yeux de la Société la pièce anatomique qui présente cette anomalie remarquable.

Bains d'Ischel et petit-lait alpestre. — M. CHALUT donne lecture du rapport dont il a été chargé sur un mémoire adressé à la Société par M. Mastalier, et relatif au petit-lait alpestre et aux bains d'Ischel.

D'après l'auteur de ce mémoire, les affections chroniques des voies digestives et respiratoires, les engorgements mésentériques et les tubercules commençants des poumons auraient été combattus avec succès à l'aide du petit-lait alpestre.

Cet agent thérapeutique active les sécrétions et les excrétions, donne au sang appauvri les éléments réparateurs, et jouit d'une efficacité remarquable dans les maladies du sang et des nerfs ; enfin il constitue dans beaucoup de cas une médication presque infaillible.

Le petit-lait alpestre s'administre le matin à la dose de 100 grammes, qu'on peut porter les jours suivants à 3 et même 400 grammes.

Les bains d'Ischel sont des bains de petit-lait alpestre administrés tous les jours et dans tous les cas où le petit-lait est prescrit à l'intérieur.

Ce mémoire, dit en terminant M. le rapporteur, atteste chez son auteur un ardent amour pour l'humanité et un profond dévouement à l'art de guérir ; cependant je crois qu'il est un peu trop enthousiaste de son sujet et qu'il s'abuse gravement sur les avantages de la médication qu'il préconise. Du reste, ses assertions, pour avoir quelque valeur, auraient besoin d'être appuyées sur un certain nombre d'observations, et M. Mastalier n'en a rapporté aucune.

Néanmoins, malgré ce qu'il offre d'*exagéré* d'une part et d'*incomplet* de l'autre, ce travail n'est pas sans quelque intérêt ; en conséquence, je propose à la Société d'inviter l'auteur à donner suite à ses recherches. Ces conclusions sont adoptées.

Nouvelle préparation iodurée. — M. le docteur Socquet et M. Guillermond, pharmacien, ont adressé à la Société un mémoire sur une nouvelle combinaison d'iode. M. CHALUT, chargé d'examiner ce travail, en présente une courte analyse.

Après avoir passé en revue les cas nombreux où l'iode est appelé à rendre des services réels dans certaines maladies chroniques, MM. Socquet et Guillermond font connaître un nouveau mode de préparation qui permet d'administrer l'iode soit en sirop, soit en solution.

Le sirop iodé se prépare de la manière suivante :

Iode.	2 grammes.
Extrait de ratanhia soluble. . .	8 —
Eau et sucre.	q. s.

pour faire 1 kilog. de sirop.

Pour la solution iodo-tanique iodurée :

Pr. Tanin.	10 grammes.
Iode.	5 —
Eau.	90 —

Mêlez.

Ces formules sont suivies de plusieurs observations relatant les succès qu'elles ont obtenus dans des cas de bronchites chroniques, de tubercules pulmonaires ou mésentériques, engorgements glandulaires du col, flux muqueux intestinaux ou utérins avec hypertrophie du col, et enfin dans des aménorrhées.

Au dire des auteurs, leur sirop iodo-tanique peut remplacer avantageusement toutes les préparations d'iode et même l'huile de foie de morue, et elle est bien plus agréable à prendre.

La dose du sirop est d'une cuillerée à bouche matin et soir, on peut aller graduellement jusqu'à quatre cuillerées.

Pour les enfants, on donne de deux à quatre cuillerées à café.

Cette administration est facile dans du thé, du lierre terrestre, du houblon ou de la douce-amère.

Pour la solution iodo-tanique iodurée, elle se donne à la dose de 1 à 2 grammes dans un demi-lavement de guimauve ou de son.

On peut donner d'un à trois demi-lavements par jour.

Dans les affections utéro-vaginales, après avoir bien essuyé le col, on laisse en contact avec lui de petits bourdonnets de charpie imbibés de la solution pure; après les avoir retirés, on se garde bien d'essuyer le col, sur lequel on laisse sécher la portion de liquide qui y a été déposée.

M. le rapporteur conclut à ce qu'il soit adressé des remercîments aux auteurs, qui ont réellement enrichi la thérapeutique d'un médicament dont il est permis d'espérer quelques heureux résultats.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

M. MASSON demande à M. Chalut quelle est à son avis la médication qui mérite la préférence, ou bien le petit-lait alpestre, ou bien les préparations iodo-taniques.

M. CHALUT répond qu'il s'est attaché à donner une idée aussi exacte que possible des deux mémoires qu'il a eu à examiner, mais qu'il n'a pu se fixer sur la valeur comparative des agents qui font la base de ces mémoires ; cependant il serait porté à penser que la préparation iodée constitue une médication plus sérieuse que le petit-lait alpestre.

Action comparative de l'ipécacuanha et du tartre stibié dans les affections de poitrine. — M. TERRIER fait un rapport verbal sur un travail de M. le docteur Mutru envoyé à la Société.

La Société médicale de Nîmes avait mis au concours la question suivante :

« Y a-t-il identité d'action entre le tartre stibié et l'ipécacuanha dans les affections de poitrine? et s'il n'y a pas identité d'action, préciser les cas qui réclament l'une ou l'autre de ces médications. »

M. Mutru fut chargé de présenter à la Société de Nîmes un rapport sur tous les mémoires qu'elle avait reçus.

Ce rapport, sur une analyse sommaire, donne une faible idée des mémoires envoyés au concours ; mais de l'ensemble de ces mémoires et du rapport auquel ils ont donné lieu il ressort un groupe d'idées propres à l'école de Montpellier, à laquelle paraissent appartenir tous les médecins qui ont pris part à ce concours. On y trouve, en effet, que le tartre stibié, donné aux doses de 25 à 60 centigrammes et plus en potion dans les phlegmasies aiguës de poitrine, agit comme calmant et antiphlogistique, mode d'action défini sous le nom de contro-stimulant dans l'école italienne.

Quant à l'ipéca, son emploi dans les phlegmasies thoraciques remonte déjà assez loin dans l'école de Montpellier, et sa première application dans les phlegmasies aiguës qui présentent un caractère putride semble appartenir à Farjon. Plus tard ce remède est devenu entre les mains de Broussonnet, et après lui de tous les professeurs de Montpellier, un puissant remède contre certaines formes de phlegmasies thoraciques : aussi ressort-il de presque tous les mémoires envoyés à la Société médicale de Nîmes qu'en général dans la partie méridionale de la France le tartre stibié est employé dans les cas de phlegmasies franches chez les sujets forts et pléthoriques ; tandis que l'ipéca à haute dose, 2 à 3 grammes en poudre ou en potion, est préféré dans les phlegmasies catarrhales bilieuses ou putrides chez les sujets faibles ou cachectiques, chez les femmes et chez les vieillards.

Le tartre stibié et l'ipéca ainsi comparés auraient une similitude d'action, et chacun d'eux aussi des caractères particuliers à l'aide desquels on pourrait assigner les cas où l'un doit être préféré à l'autre.

Les caractères de similitude seraient la propriété vomitive, action directe sur l'estomac, et la propriété calmante, action secondaire sur la circulation et les organes respiratoires. Les caractères différentiels seraient pour le tartre stibié son action irritante sur la muqueuse gastro-intestinale d'après les cas d'intolérance du remède ou de mauvais état des voies digestives, et pour l'ipéca son action tonique et jamais irritante sur le canal digestif.

Ces opinions, résultat des expériences de Broussonnet, semblent largement assises dans l'esprit des praticiens du midi de la France et m'ont paru valoir la peine de vous être rappelées.

La rapport de M. Mutru, écrit avec clarté et élégance, mérite vos éloges, et votre rapporteur vous propose de lui adresser les remercîments de la Société.

M. BOSSU ne croit pas que les pensées de l'école de Montpellier soient en cause ; selon lui, il s'agit tout simplement de l'action thérapeutique du tartre stibié et de l'ipéca. Les opinions émises dans les divers mémoires dont il s'agit n'offrent rien de nouveau.

M. TERRIER. Je n'ai eu à faire qu'un rapport sur l'action thérapeutique de l'ipéca et de l'émétique, cela est vrai ; mais ce qui ne l'est pas moins, et ce que M. Bossu sait tout aussi bien que moi, c'est que l'école de Paris n'emploie pas l'ipéca dans les mêmes cas que l'école de Montpellier, et qu'elle préfère avoir recours à l'émétique.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

Maladies des yeux. — M. COURSSERANT cite deux cas de mortification de la cornée à la période de convalescence de fièvre typhoïde.

M. MAGNE a remarqué une plus grande fréquence qu'à l'ordinaire dans les cas d'hypopyon, contre lesquels il a employé sans succès les sangsues, les vésicatoires, les frictions mercurielles, le calomel, etc.

M. GUERSANT a rencontré seulement trois cas de ce genre depuis le mois de janvier.

M. MAGNE déclare en avoir en ce moment sept cas dans sa pratique.

Le secrétaire annuel, Dr VERGNE.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Dans une de ses dernières réunions la Faculté de médecine a décidé qu'il y avait lieu à rétablir le stage de trois ans pour l'agrégation. En conséquence, les agrégés qui seront nommés au concours de 1856 pour entrer en fonctions au mois de novembre resteront stagiaires pendant une période de trois ans et n'entreront en exercice qu'au mois de novembre 1859. Et, pour assurer le service pendant ces trois années de stage, les agrégés nommés en 1847, et dont les fonctions expiraient en 1856, seront continués dans leurs fonctions pendant trois ans. Ils feront ainsi douze ans d'agrégation.

— L'Exposition universelle va s'ouvrir dans un mois, et déjà les divers services de cette grande solennité sont en partie organisés. Le *Moniteur* a publié récemment la composition des jurys de toutes les sections de l'industrie et des beaux-arts ; celui de la section de l'hygiène, de la pharmacie, de la médecine et de la chirurgie est composé de la manière suivante :

Jurés titulaires. — MM. Rayer, membre de l'Académie des sciences et de l'Académie impériale de médecine ; Nélaton, professeur de clinique à la Faculté de médecine ; Mélier, membre de l'Académie impériale de médecine et du comité consultatif d'hygiène publique de la France ; Bussy, membre de l'Académie des sciences et de l'Académie impériale de médecine, directeur de l'Ecole de pharmacie ; Bouley (Henri), professeur à l'Ecole vétérinaire d'Alfort.

Jurés suppléants. — MM. Tardieu (Ambroise), professeur agrégé à la Faculté de médecine, membre du comité consultatif d'hygiène publique de la France ; Demarquay, chirurgien des hôpitaux.

Le service médical est également organisé.

Dans l'un des pavillons du Palais de l'Industrie, des appartements convenables ont été disposés et aménagés pour faire face aux éventualités que peut présenter un nombre de visiteurs aussi considérable que celui qui est attendu pour cette époque. Une boîte complète de médicaments et des appareils chirurgicaux pour les premiers pansements seront toujours prêts dans le cabinet du médecin de service.

Le personnel se compose de MM. les docteurs de la Porte, Lebâtard, Troncin et Hiffesheim ; de deux internes des hôpitaux, MM. Rogé et Epron.

Le service médical sera permanent ; un docteur et un interne seront toujours présents, ainsi que les hommes qui à titre d'infirmiers sont attachés à ce service.

— Le corps de santé de l'armée vient de faire de nouvelles pertes en Crimée et à Constantinople. L'un des médecins les plus distingués des hôpitaux, le docteur Ancinelle, et les aides-majors Senaux et Vernau ont succombé dans les premiers jours du mois de mars. Les médecins majors Colmant et Marmy ont été gravement malades, ainsi que l'aide-major Vink ; il sont maintenant à peu près rétablis. La plupart des médecins de l'armée sont fatigués et épuisés par des travaux excessifs.

N'est-il pas regrettable qu'au moment où cet honorable corps donne, comme on peut le voir dans le dernier ordre du jour du général Canrobert, de si nombreuses preuves de son aptitude, de ses ressources et de son dévouement sans bornes, on ne lui accorde pas la légitime satisfaction à laquelle il a tant de droits et dont jouissent nos dignes confrères de la flotte? Voici cet ordre du jour :

» Depuis le commencement de cette pénible et glorieuse campagne, » les officiers de santé des hôpitaux, des ambulances et des divers » corps ont rivalisé de zèle et d'activité. Pour donner des soins aux » soldats malades ou blessés et remplir dignement une tâche que les » circonstances rendaient laborieuse et périlleuse, ils ont multiplié leurs » efforts et su pourvoir à toutes les nécessités de la situation.

» Chaque jour témoin des actes de dévouement du corps de santé, le » général en chef lui adresse des remercîments auxquels l'armée tout » entière voudra s'associer. Le général en chef, CANROBERT. »

LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 40. — JEUDI 5 AVRIL 1855. (28e ANNÉE.) N° 40. — JEUDI 5 AVRIL 1855.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 4 AVRIL 1855.

Séance de l'Académie de Médecine.

La tribune a été occupée par MM. Parchappe et Piorry. M. Parchappe, dans un long et substantiel discours que l'Académie a entendu avec un grand intérêt, a traité les deux points en discussion, le traitement de la variole et la question générale du vitalisme. L'étendue de ce discours nous oblige à n'en reproduire aujourd'hui que la première partie ; nous renvoyons au prochain numéro la deuxième partie, ainsi que le commencement de la réplique de M. Piorry, auquel le temps a manqué pour la terminer.

En raison du développement que prend cette discussion et de l'état de souffrance qui s'ensuit pour les travaux habituels de l'Académie, le conseil d'administration a décidé qu'une séance extraordinaire aurait lieu samedi prochain. Cette séance sera exclusivement consacrée à la suite de la discussion. Elle sera probablement remplie par la fin de la réplique de M. Piorry et, si le temps le permet, par un discours de M. Collineau. Nous résumerons ces deux séances dans un même article.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GENDRIN.

Traitement du typhus ou des fièvres typhodes.

La fréquence des affections typhoïdes qui règnent en ce moment dans les hôpitaux donne un caractère d'opportunité aux considérations suivantes, que M. Gendrin a émises sur le traitement de ces affections dans une série de leçons cliniques.

La médication expectante doit faire la base du traitement du typhus. On ne doit recourir aux médications actives que pour remplir certaines indications, telles, par exemple, que de réprimer l'excès d'excitation ou de conjurer certains désordres nerveux, etc. Ainsi, lorsque le typhus vient saisir un jeune homme dans la force de l'âge, en plein état de santé et dans toutes les conditions de plasticité de la jeunesse, on ne doit pas hésiter à recourir aux saignées. Dans ces conditions, elles sont prescrites par presque tous les auteurs. Elles ont, en effet, alors d'excellents résultats nonobstant même l'état putride. Les bons effets de la saignée ont été reconnus par la plupart des auteurs anciens, et notamment par Galien, comme adjuvant de la méthode expectante. Elle n'a pas été moins vivement préconisée par les auteurs des deux derniers siècles, par Botal, Dehaën, Ramazzini. Hildenbrand, dans la constitution de Vienne, saignait toujours au début. La saignée ainsi pratiquée a surtout l'avantage de prévenir les congestions et les phlegmasies secondaires.

Toutefois, il y a des contre-indications à l'emploi de la saignée ; ces contre-indications sont principalement l'état de faiblesse naturelle des individus, ou de faiblesse acquise soit par des exercices, des fatigues excessives de travail physique ou intellectuel, soit par des pertes réitérées.

Après les sujets surmenés, affaiblis par l'une des circonstances que nous venons d'énumérer, ceux qui ont été soumis à des influences septiques plus ou moins prolongées présentent une contre-indication non moins formelle à l'usage de la saignée.

Y a-t-il une indication directe des émissions sanguines dans les phlegmasies consécutives profondes qui surviennent à une période avancée du typhus? Pour nous, dit M. Gendrin, nous n'admettons les émissions sanguines qu'au début de la maladie, et à une époque où ce sont les phénomènes inflammatoires réactionnels qui dominent. Passé cette période, les évacuations sanguines auraient pour effet inévitable d'altérer les fonctions plastiques, de favoriser les résorptions putrides et de déprimer les forces. Les saignées ne sont donc pas, comme on voit, indiquées exclusivement par tel ou tel symptôme, mais leur emploi est plus spécialement subordonné encore à la période de la maladie. Ainsi, par exemple, on emploie bien la saignée dans le cas d'épistaxis abondante au début de la maladie, mais on ne l'emploiera pas contre les épistaxis qui se manifestent plus tard, car loin d'être utile dans ce cas, elle ne ferait qu'aggraver la maladie. Telles sont donc, à notre avis, les limites dans lesquelles doit être renfermé l'usage de la saignée pour être utile dans le traitement de l'affection typhoïde.

Dans la pratique banale on fait un grand usage des purgatifs. C'est, en général, une très mauvaise pratique ; et l'on ne saurait à ce sujet trop s'élever contre la déplorable tendance qu'ont les médecins à accueillir en matière de thérapeutique les données de l'empirisme.

Il y a deux manières d'envisager la médication purgative : la première, en partant des données dogmatiques ou rationnelles sur lesquelles on a cherché à la faire reposer ; la seconde, sur les données purement expérimentales. Nous allons l'examiner sous ces deux points de vue.

La médication purgative, venons-nous de dire, a été instituée d'après des indications rationnelles déduites de la nature de la maladie.

Strack (de Mayence), en 1792, avait adopté sur les fièvres continues graves une doctrine qui consistait à considérer la maladie comme étant le résultat de la résorption d'une couche de matières morbides, produit de la sécrétion morbide des cryptes de l'intestin, sorte de mucus de mauvaise qualité qui séjourne sur la surface des intestins. C'était à l'altération chimique de ces matières que Strack attribuait la formation des gaz et la distension des intestins par des gaz. Il pensait que les purgatifs avaient la propriété de neutraliser ces effets. On peut dire que c'est lui qui a donné le premier une théorie de l'action des purgatifs. Mais cette théorie n'est, après tout, qu'une hypothèse, car la présence de matières muqueuses à la surface du tube digestif se rencontre dans un grand nombre d'autres états morbides que la fièvre typhoïde ; et s'il en était ainsi, d'ailleurs, des boissons abondantes, des liquides détersifs devraient suffire aussi bien et plus sûrement même que les purgatifs pour prévenir la décomposition et l'altération consécutive de ces matières. Les purgatifs accroîtraient ces sécrétions morbides plutôt qu'ils ne les détruiraient.

Depuis quelques années on a publié des livres pour démontrer que les matières bilieuses morbides déterminent non-seulement l'état fébrile, mais encore la lésion intestinale locale. On trouve bien quelque chose sur ce point dans les auteurs anciens, et l'on comprend qu'on ait pu à d'autres époques soutenir de semblables idées; mais aujourd'hui, avec nos connaissances en anatomie pathologique, il faut ignorer ce que tout le monde sait pour soutenir cette opinion. Qui ne sait actuellement, en effet, que la lésion intestinale est contemporaine du début de la maladie ? Or, s'il était vrai que les matières du tube digestif fussent la cause des ulcérations, elles devraient les entretenir indéfiniment, et l'on ne comprendrait pas dès lors comment elles pourraient guérir.

On a beaucoup varié dans le choix des purgatifs. Les anciens employaient de préférence des purgatifs combinés, dans lesquels ils faisaient entrer les substances végétales comme base et les sels comme parties additionnelles. On a donné aussi le tartre stibié, Rasori, à Gênes, en faisait le fond de son traitement. En Allemagne, on avait principalement recours au calomel. C'est aussi le purgatif de prédilection des médecins anglais. Chez nous, c'est l'eau de Sedlitz qui domine en ce moment.

Lorsqu'on étudie avec soin les effets du purgatif, on voit qu'ils consistent d'abord en une action déplétive, spoliative sur l'économie ; puis en une action stimulante sur le tube digestif, qui ne peut manquer d'entretenir l'irritation inflammatoire dont cet organe est le siége.

Sous l'influence de la médication purgative, les périodes de la maladie ne sont pas abrégées ; elles suivent leur cours naturel et quelquefois même elles paraissent plutôt prolongées au delà de leur durée moyenne. D'un autre côté, les purgatifs ne sont pas étrangers aux accidents consécutifs qui peuvent se manifester pendant les dernières périodes de la maladie. J'ajouterai, enfin, que la médication purgative n'a aucune influence sur la marche générale de la maladie, si ce n'est que d'augmenter l'inflammation de la membrane muqueuse intestinale.

Aucune doctrine ne justifie donc cette médication, en tant du moins que médication principale et spécifique en quelque sorte du typhus. Telles sont les considérations qui nous la font rejeter.

Mais cela veut-il dire que l'usage des purgatifs doive être absolument exclu du traitement de cette affection et qu'ils ne puissent être utiles pour remplir quelques indications spéciales ? Non assurément. Les purgatifs administrés dans de certaines conditions déterminées, comme moyen adjuvant, peuvent au contraire être très utiles. Quelles sont ces conditions et quelles sont les indications spéciales qui en réclament l'usage ? C'est ce qu'il nous reste à déterminer.

L'administration des purgatifs à titre d'évacuants des premières voies est utile et a des avantages réels dans ces formes particulières de l'affection typhode, que l'on appelle encore dans l'Ecole alle-

---

BIBLIOGRAPHIE

Œuvres anatomiques, physiologiques et médicales de Galien. Traduction par le Dr Ch. DAREMBERG (1).

En rendant compte dans ce journal (4 octobre 1851) de la *Collection des médecins grecs et latins*, je témoignais le regret que cette imposante galerie ne s'ouvrît pas par la grande figure de Galien. Je me féliciterais d'avoir exprimé ce regret, s'il était du nombre des motifs qui ont décidé M. Daremberg à détacher un feuillet de son grand ouvrage pour nous donner l'édition de Galien qu'il publie aujourd'hui, sans qu'il ait toutefois renoncé au désir et à l'espoir de lui donner une large place parmi les pères de la médecine.

Cette édition renfermera dans quatre volumes les œuvres principales de Galien. Malheureusement celui qui, pour nous profanes, devrait être le premier ne sera que le dernier : c'est là seulement que nous aurons l'appréciation raisonnée de ces œuvres ; ce sera notre fil d'Ariane ; mais je crains bien que, sans lui, beaucoup de lecteurs ne s'évitent la fatigue de penser, de méditer et de formuler des jugements qu'ils sauront trouver dans ces pages savantes où M. Daremberg nous initiera si sûrement à tous les secrets qui ont fait la puissance de Galien, de l'*homme divin*, qui fut philosophe, littérateur, physicien et mathématicien non moins que médecin.

Le premier volume est presque entièrement rempli par le *Traité de l'utilité des parties du corps humain*, qui a pour but de faire ressortir la corrélation exacte, nécessaire, intelligente entre la structure de nos organes et les fonctions qu'ils sont appelés à exécuter. Cinq cent quatre-vingt-seize pages sont consacrées à cette étude, qui occupe à peine quelques lignes aujourd'hui dans nos traités d'anatomie, et sur laquelle nous reviendrons après avoir recommandé à l'attention les feuilles qui précèdent cette partie anatomique, et dans lesquelles Galien trace d'une main ferme les devoirs qui incombent à celui qui veut exercer notre noble profession. Il ne doit être étranger à aucune science, mépriser l'argent, pratiquer la tempérance et posséder toutes les parties de la philosophie, la logique, la physique et l'éthique...... « Car il » n'est pas besoin, dit-il, d'établir par une démonstration qu'il faut de » la philosophie pour exercer honorablement la médecine, lorsqu'on » voit que tant de gens cupides sont plutôt des vendeurs de drogues » que de véritables médecins, et pratiquent dans un but tout opposé à » celui vers lequel l'art doit tendre tout naturellement. »

Jetant un coup d'œil sur la destinée de l'homme, il veut que celui-ci étudie un art qui puisse le mettre à l'abri des coups du sort et le rendre utile à la société. « Il faut, dit-il, qu'un homme sensé apprenne un art. » S'il est de bonne famille, cet art ne le fera pas déroger ; et s'il n'ap- » porte pas le privilége de la naissance, il commencera sa race. » Voyez ensuite ce qu'il écrit sur ces priviléges de la naissance. Ne dirait-on pas un moraliste du dix-huitième siècle ! « Si la distinction du rang » sert à quelque chose, ce doit être seulement à nous rendre ja- » loux de suivre les exemples traditionnels de la famille. Quand nous » dégénérons beaucoup de la vertu de nos ancêtres, ils doivent en » éprouver un grand déplaisir, s'il reste quelque sentiment aux morts ; » et pour nous-mêmes, le déshonneur est d'autant plus grand que nous » sommes d'une plus noble race. »

L'homme doit rechercher les occupations qui élèvent l'âme et l'esprit; et à ce sujet Galien divise déjà les arts, comme on le fait encore aujourd'hui, en arts *libéraux*, qui sont ceux du domaine de l'intelligence, et en arts *mécaniques*, *manuels*, *illibéraux*, consistant en des travaux corporels. A la tête des premiers il place la médecine ; ce sont eux qui mettent l'homme au-dessus des animaux et qui le constituent l'*être raisonnable*. Voilà de belles et larges pensées, et il me semble difficile de les rendre dans des termes plus heureux et plus justes que ceux que je ne puis me défendre de retracer : « Il est évident que » l'intelligence de l'homme le place beaucoup au-dessus des autres » animaux ; cela est démontré par le grand nombre d'arts qu'il cul- » tive, et par son aptitude à apprendre tous ceux qu'il veut, lui seul » étant capable de science... Il n'est étranger à aucun des arts propres » aux animaux : il imite la trame de l'araignée ; il modèle comme les » abeilles... Mais, de plus, l'homme n'est point impropre aux arts di- » vins : émule d'Esculape, il se livre à la médecine ; rival d'Apollon, » il pratique en même temps que la médecine tous les autres arts aux- » quels ce dieu préside... Il cultive encore ceux auxquels préside cha-

(1) Tome Ier. Chez J.-B. Baillière, rue Hautefeuille, 19.

mande du nom de fièvre muqueuse; elle est utile également dans la forme bilieuse, ainsi que dans les cas où il y a une surcharge manifeste du tube digestif par des matières mal digérées ou par des sécrétions morbides du foie et des cryptes mucipares. C'est surtout aux éméto-cathartiques que l'on a recours avec avantage dans ce cas.

Nous reconnaissons également l'utilité des purgatifs, comme moyen de remplir une indication secondaire, lorsqu'il y a météorisme du ventre par défaut de tonicité. Mais dans tous les cas que nous venons de spécifier, il ne faut pas gorger les malades de purgatifs. On doit se borner à administrer une ou deux fois un purgatif, deux ou trois fois au plus si cela est jugé nécessaire, mais jamais au delà.

Dans la dernière période, lorsque la fièvre typhode marche vers la guérison, s'il y a de l'anorexie avec symptômes de surcharge persistante des premières voies, les purgatifs seront encore utiles, de même que s'il reste du météorisme par défaut de tonicité des organes digestifs; mais on devra s'en abstenir si l'on voit que ces symptômes tendent à se dissiper d'eux-mêmes.

En résumé, nous réduisons l'emploi des purgatifs à quelques médications spéciales qui se rattachent principalement aux changements de période de la maladie, à certains états secondaires et transitoires qui les réclament; mais la médication purgative n'a jamais été pour nous une médication principale, encore moins exclusive; elle n'est rationnellement indiquée par aucune théorie, par aucune doctrine fondée; en un mot, elle ne répond point à la nature de la maladie.

Nous venons de dire quelles sont pour nous, dans les conditions habituelles où nous observons, les indications et les limites d'emploi de la médication purgative. Il existe cependant encore d'autres conditions où l'emploi des purgatifs peut être utile et même nécessaire.

Par exemple, ceux d'entre vous qui sont destinés à pratiquer dans les campagnes, s'ils se trouvent surtout dans des lieux bas, humides, à eaux stagnantes, auront souvent l'occasion de rencontrer chez les sujets atteints d'affection typhode une complication qui est rare à Paris, je veux parler de l'état vermineux. Chez ces sortes de malades non-seulement l'usage des évacuants des premières voies est indiqué, mais on comprend même que dans ce cas les purgatifs s'approchent jusqu'à un certain point de la médication rationnelle établie sur la nature de la maladie; non pas précisément que je considère l'état vermineux comme constituant dans ce cas le fond même de la maladie, mais parce qu'il est en réalité un de ses éléments les plus importants.

Toniques. — L'action des toniques porte à la fois sur les premières et sur les secondes voies; ils ont en outre une action locale sur la muqueuse gastro-intestinale, action analogue à celle des substances tannantes.

Les toniques ont été alternativement préconisés ou combattus à l'excès. Il est certain que l'on a fait, à une certaine époque, un grand abus des toniques, et surtout du quinquina, que l'on donnait à tout venant et comme pis aller, lorsqu'on avait épuisé tous les autres moyens de traitement et que l'on voyait la maladie s'aggraver.

Considérée d'une manière générale, la médication tonique est irrationnelle, dans les premières périodes de la maladie du moins. Par leur action topique, les toniques agissent sur les lésions locales de l'intestin précisément contre le but qu'on se propose. Par leur action générale ils surexcitent l'appareil circulatoire. Or, qui ne voit que surexciter l'appareil circulatoire en pareil cas, c'est souffler le feu, c'est accroître l'activité du mal? Ce n'est que dans la dernière période de la maladie qu'il peut convenir d'administrer les toniques. Il est certain qu'à cette époque ils ont des avantages. Aussi ne nous écartons-nous pas, à cet égard, de cette règle si bien formulée par Hildebrand, de donner les toniques à la période ultime du typhus, alors qu'il y a véritablement défaut de stimulation.

Mais il s'agit de bien s'entendre sur la nature des toniques et sur la manière de les administrer. Si vous introduisez dans l'économie des agents stimulants qui ne soient pas en même temps nutritifs, non-seulement vous n'atteindrez pas le but que vous vous proposiez, mais vous irez contre en quelque sorte, en aidant à la combustion, à l'usure de l'économie. Il faut donc, et c'est là un principe de thérapeutique que l'on ne doit pas perdre de vue, il faut que les toniques administrés aux sujets typhiques soient en même temps des substances alibiles. Ainsi, commencez par donner du bouillon, c'est là le premier tonique; joignez-y, si vous voulez, quelques toniques médicamenteux; mais que ce soit là la base du traitement tonique.

La médication tonique ainsi comprise sera d'autant plus utile dans la dernière période de la maladie, qu'elle tend à accélérer la résolution de tous les symptômes morbides et à réparer les désordres produits par la maladie.

Quant au choix à faire entre les divers toniques médicamenteux, il est subordonné à des principes, ou plutôt à des règles d'expérience qu'il ne faut point oublier. Ainsi si vous donnez du quinquina, par exemple, à un individu qui a de l'anorexie et tous les symptômes d'une altération des sécrétions, il est évident qu'au lieu de hâter la guérison, vous ne ferez que la reculer, au contraire, en accroissant le mal. Commencez alors par provoquer des évacuations, donnez un émétique, puis le quinquina après.

Un mot à ce sujet sur cet important médicament.

Depuis la découverte du sulfate de quinine, en 1825 ou 1826, on a toujours donné la préférence à ce sel comme fébrifuge, et l'on a eu raison. Mais on a cru devoir donner aussi la quinine comme tonique dans les fièvres continues; c'est là une erreur. Le sulfate de quinine n'est pas un tonique, ni un stimulant des voies digestives. Il agit bien topiquement comme tel, il est vrai, mais son action générale, lorsqu'il est pris à une certaine dose, est une action stupéfiante, bien différente de l'effet qu'on se propose d'obtenir.

Nous avons l'habitude de donner à cette période de la maladie, lorsqu'il n'existe plus de traces de phlogose, du vin, et quelquefois même de préférence du vin de quinquina, qui a l'avantage de réunir son action stimulante propre à l'action tonique des principes amers et aromatiques du quinquina.

L'emploi des toniques et des stimulants est encore utile dans la convalescence. En sorte que nous admettons l'usage des toniques d'une manière générale dans la dernière période et pendant la convalescence du typhus, mais en tenant toujours compte des accidents de stimulation et d'excitation qui pourraient se manifester encore dans ces périodes ultimes de la maladie.

Il est toutefois des cas où, exceptionnellement, il peut arriver qu'il soit utile de prescrire les toniques dans toutes les périodes de la maladie, y compris même la première; c'est par exemple dans les cas d'hémorrhagies, de suffusions sanguines, qui indiquent un état de faiblesse profonde et radicale, lorsqu'elles ne le déterminent elles-mêmes. C'est alors qu'on se trouve bien de prescrire l'usage de la limonade minérale. C'est aussi dans ce but qu'on a conseillé et employé avec succès les médicaments altérants.

Ceux d'entre vous qui pratiqueront la médecine dans des lieux bas et humides, sur des populations pauvres et affaiblies par l'excès de travail et l'insuffisance de la nourriture, trouveront de fréquents exemples de ces suffusions sanguines et séreuses. Dans ce cas, tout en tenant compte, mais d'une manière secondaire seulement, des autres symptômes, vous vous trouverez naturellement conduits à donner des antiscorbutiques et des toniques amers, tels que les crucifères, les sucres d'oseille et de cresson, les acides, le quinquina, la gentiane, etc.

Il me resterait à parler de l'emploi des vésicatoires et des réfrigérants; ce sera l'objet de la prochaine leçon.

PLAIES PÉNÉTRANTES DE L'ABDOMEN. SUTURES. GUÉRISON,

Par M. le docteur JOUET, d'Isigny (Calvados).

Si l'appareil agglutinatif secondé par un bandage unissant décrit par M. le docteur Lebleu (de Dunkerque) lui a donné de beaux résultats à la suite de l'opération césarienne si heureusement pratiquée par ce médecin, cependant la suture ne doit pas être frappée de proscription complète, surtout dans les plaies pénétrantes et transversales de l'abdomen très étendues; et je doute qu'il soit possible de ne pas y avoir recours dans ces cas, par la tendance continuelle des intestins à s'échapper par la solution de continuité des parois abdominales, ou à s'engager dans les lèvres de la plaie au moindre effort. La suture, dans plusieurs cas très graves tirés de ma pratique, et dont je vais exposer les principaux, loin d'être présentée comme un moyen très douloureux, très compromettant et très inefficace, m'a donné, au contraire, un succès complet. Son efficacité a été aussi prompte que constante.

OBS I. — Le nommé Pouchin, ancien gendarme, atteint de monomanie avec penchant prononcé pour le suicide, trompant la surveillance active à laquelle il était soumis, avait caché un canif dans son lit. Dans une nuit, pendant le sommeil de son gardien, il s'enfonça la lame de cet instrument dans le flanc droit et s'ouvrit transversalement l'abdomen dans toute son étendue, à 2 centimètres environ au-dessous de l'ombilic. La masse d'intestins grêles, sans lésion, s'échappa aussitôt, et il crut qu'il allait ainsi finir son existence. Mais enfin des douleurs atroces lui arrachèrent des cris qui éveillèrent le gardien.

Appelé auprès de ce malheureux cinq à six heures après, je trouvai déjà les intestins d'un rouge bleuâtre, exhalant une odeur fétide, et je m'empressai de soustraire à l'action de l'air cet énorme paquet d'intestins, dont une partie ressortait aussitôt que je tentais de faire rentrer l'autre. Je n'y parvins définitivement qu'en faisant placer les jambes du blessé sur les épaules d'un aide et en donnant ainsi au corps une attitude déclive qui favorisa la rentrée des parties sorties. A l'aide d'aiguilles et de fils cirés préparés d'avance, je fis vingt points de suture entrecoupée et je mis le patient dans une position convenable, aidée d'un bandage approprié. Une surveillance incessante fut exercée sur le blessé indocile. La diète la plus rigoureuse fut mise en usage, ainsi que les boissons acidulées. Cet homme, affaibli par l'abstinence des aliments, à laquelle il s'était soumis pour abréger sa vie, n'offrit aucun symptôme inflammatoire du côté du péritoine.

Le quatrième jour j'enlevai la moitié des fils; le sixième le reste fut tiré; et le dixième jour la plaie était à peu près cicatrisée.

Cet événement eut de l'influence sur l'état moral de cet individu, qui cessa alors d'être poursuivi par des idées de suicide.

OBS. II. — Le sieur L. Gatelois, fermier à Vouilly, canton d'Isigny, âgé de soixante ans, homme d'un tempérament sanguin et d'une constitution athlétique, examinait un taureau attaché dans une étable et destiné à la vente; cet animal, qui avait été frappé plusieurs fois par son maître, à cause de sa méchanceté, se rua tout à coup sur lui, lui enfonça une de ses cornes dans le flanc gauche, au-dessus de la crête de l'ilium, et déchira transversalement la paroi antérieure abdominale, au-dessus du pubis, dans toute son étendue. Le sieur Gatelois, avant d'entrer dans l'étable, avait heureusement vidé sa vessie, qui ne fut point atteinte. La masse intestinale à l'instant sortit de l'abdomen sans lésion. A ses cris, les domestiques arrachèrent leur maître à la fureur de l'animal et le couchèrent. Rendu quelques heures après chez le blessé, fort du succès obtenu dans le cas d'éventration ci-dessus cité, j'eus recours sur-le-champ à la gastroraphie. Je pratiquai vingt-cinq points de suture entrecoupée, dans lesquels fut comprise toute l'épaisseur de la paroi abdominale; ce moyen fut secondé par un bandage et une position convenables, par le repos absolu, la diète la plus sévère et des saignées fréquemment répétées.

Cette plaie, si étendue, se réunit facilement. Le quatrième jour, j'enlevai une partie des fils, et par précaution j'en laissai quelques-uns en place, à cause de la toux à laquelle cet homme était sujet et qui furent enlevés le sixième et le septième jour. Deux de mes confrères, MM. Dansos et Devaux, furent témoins de la rapidité de la cicatrisation et furent surpris qu'aucun accident inflammatoire ne l'eût entravée. Une ceinture abdominale devint nécessaire par la suite pour soutenir la paroi abdominale affaiblie par ce grave accident.

OBS. III. — Un garçon de ferme employé chez M. d'Arthenay, propriétaire à Cardonville, même canton, âgé de trente ans, voulant fixer un joug sur la tête d'un bœuf, reçut dans le pli de l'aine gauche un coup de corne de cet animal. La plaie fut pénétrante. L'arcade crurale fu lacérée; le péritoine, les muscles abdominaux et les téguments furent déchirés dans l'étendue de 15 centimètres, obliquement et en dehors. Plusieurs anses d'intestin grêle et une portion du côlon descendant s'engagèrent dans la plaie.

Immédiatement appelé, je procédai au pansement. Le blessé, couché en supination, les cuisses fléchies sur l'abdomen, il me fut facile de réduire les parties herniées. Je m'aperçus alors que l'artère crurale avai

---

» cune des Muses, car il n'est étranger ni à l'astronomie, ni à la géo» métrie. De plus, comme le dit Pindare, son regard pénètre dans les » profondeurs de la terre et s'élance par delà les cieux. »

C'est avec la même élévation dans les idées et dans le style que Galien fait appel à la dignité de l'homme pour lui apprendre « que les » puissances de l'âme suivent les tempéraments du corps, et qu'en » même temps que nous donnons au corps un bon tempérament par » les aliments, par les boissons, et aussi par tout ce que nous faisons » journellement, nous travaillons pour la bonne disposition de l'âme. »

On regrette ensuite de ne pas voir cet esprit éminent partager l'opinion de Platon sur l'*immortalité de l'âme rationnelle*. « Quant à moi, » dit-il, je n'ai pas d'argument péremptoire pour discuter avec lui si » cette opinion est vraie ou fausse. » Plus loin, il se prononce même pour la négative, à la suite de raisonnements puérils sur l'essence de l'âme, sur les qualités élémentaires, l'humide, le chaud, le froid. Ces arguties ne le cèdent en rien à celles d'ergoteurs plus modernes. C'est une preuve bien convaincante du danger que portent avec elles ces controverses qui s'attachent à des sujets au-dessus de notre portée. On a le droit de le dire, surtout quand on constate où elles conduisent l'un des hommes qui bien certainement ont le plus profondément été pénétrés du sentiment religieux. La religiosité, en effet, déborde à chaque instant chez Gallen, lorsqu'il parle de l'anatomie de nos organes; à chaque page il nous dit son admiration pour la Divinité qui les a créés et qui les a si bien disposés pour l'accomplissement de leurs fonctions. Nos hymnes sacrés n'ont peut-être rien de plus beau que ce passage que l'on ne serait pas porté à soupçonner dans un ouvrage d'anatomie: « Je pense que la piété véritable consiste, non à immoler des héca» tombes sans nombre; non à brûler mille encens, mille parfums, » mais à connaître d'abord, et ensuite à apprendre à nos semblables » combien grande est la sagesse, la puissance et la bonté du Créateur. » S'il a donné autant que possible à chaque être sa parure appropriée, » si rien n'échappe à ses bienfaits, je déclare que c'est la marque d'une » bonté achevée. Qu'il soit donc par nous célébré comme bon! S'il a » su trouver en tout les dispositions les plus parfaites, c'est le comble » de la sagesse! S'il a fait tout comme il a voulu, c'est la preuve d'une » puissance invincible! »

Le *Traité de l'utilité des parties du corps humain* est sans contredit l'un des faits capitaux de la médecine antique. Je sais très bien que l'on peut y signaler beaucoup d'erreurs, et cela ne surprendra personne; mais ce qui étonnera toujours ceux qui savent comment progressent les sciences, c'est d'y trouver tant de vues justes, tant de déductions ingénieuses et une connaissance si profonde de l'anatomie. Qu'on lise, par exemple, les pages qui traitent du système nerveux, et l'on y verra de la manière la plus nette la belle distinction des nerfs du sentiment et des nerfs du mouvement; ce n'est pas une simple indication, un aperçu; c'est un point qui y est développé à plusieurs reprises. Au sujet de l'entre-croisement des nerfs optiques, voici ce qu'on lit: « A moins d'une dissection minutieuse, on croirait peut-être que » ces nerfs sont transposés et qu'ils passent l'un dans l'autre. Il n'en est » pas ainsi. Après s'être rencontrés dans le crâne et avoir uni leurs » conduits, à l'instant ils se séparent, montrent clairement qu'ils ne se » sont rapprochés que pour rattacher leurs conduits. » C'est à peu près le résultat auquel nous sommes arrivés avec nos puissants moyens de dissection, et si nous voulions démontrer le rôle de l'encéphale dans la sensation, nous pourrions nous contenter des paroles suivantes: « Si » l'encéphale n'était le point de départ et de retour de la modification » survenue dans chaque sens, l'animal demeurerait encore privé de » sensation. Voyez les yeux frappés d'apoplexie: bien que tous leurs » organes des sens soient intacts, ces organes ne leur sont plus d'aucun » usage pour l'appréciation des choses sensibles. »

C'est une opinion reçue que Galien n'a pas étudié sur le cadavre humain: des autorités imposantes ont si fortement appuyé cette manière de voir qu'on ose à peine dire que l'on hésite à s'y ranger complétement. Cependant il y a dans cet ouvrage des passages nombreux qui autorisent le doute, ou tout au moins à faire ses réserves jusqu'à la démonstration contraire, que nous trouverons certainement dans le quatrième volume, si cette démonstration est possible.

Dr MAILLOT,

Inspecteur du service de santé des armées.

été mise à nu sans être lésée. L'écoulement de sang s'arrêta facilement par l'emploi de la suture enchevillée, que je mis en usage dans ce cas préférablement, à cause de l'écartement assez prononcé des lèvres de la plaie. La partie supérieure de la solution de continuité se réunit par première intention à l'aide de la suture, mais dans le pli de l'aine la plaie suppura, comme à la suite de l'opération de la hernie étranglée. Le blessé n'éprouva aucun accident inflammatoire, et se rétablit promptement de cette grave blessure; il ne lui reste que l'incommodité d'être forcé de porter un bandage herniaire à large pelote.

La suture ne m'a pas paru chez ces trois blessés un moyen très douloureux; tous l'ont supportée sans manifester de vive sensibilité. On peut affirmer que dans ces trois cas elle n'a eu rien de compromettant, puisque aucun accident inflammatoire du côté du péritoine n'a eu lieu, quoique les blessés n'aient été pansés que plusieurs heures après l'événement et que les intestins soient restés en contact avec l'air et les vêtements. Cette circonstance fâcheuse eût pu contribuer à faire naître des accidents redoutables. Il était aussi à craindre que les nombreuses piqûres du péritoine ne fussent la source d'accidents, car dans ces trois cas toute l'épaisseur de la paroi abdominale a été comprise dans l'anse de fil destinée à maintenir les lèvres de la plaie en rapport. Cependant il n'en a rien été; les plaies, si étendues, se sont réunies avec la rapidité observée dans le bec-de-lièvre, bien que dans les deux derniers cas les plaies fussent irrégulières.

On ne doit donc pas être trop prévenu contre la suture et redouter trop son effet irritant dans les plaies abdominales, et je doute fort que dans les circonstances que je viens de rapporter un simple appareil agglutinatif, aidé d'un bandage unissant, eût aussi bien réussi.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 3 avril 1855. — Présidence de M. Jobert (de Lamballe).

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Épidémies. — M. le ministre du commerce transmet des rapports :

1° De M. Martineau, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Meaux (Seine-et-Marne), sur une épidémie de choléra qui a régné dans les cantons de La Ferté-sous-Jouarre, Dammartin et Lisy en 1854;

2° De M. Penant, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Vervins (Aisne), sur une épidémie de choléra qui a régné dans cet arrondissement en 1854;

3° De M. Brochard, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Nogent-le-Rotrou (Eure-et-Loir), sur les épidémies qui ont régné dans cet arrondissement en 1854;

4° De M. Chéron, chirurgien de la marine à Brest, sur une épidémie de rougeole qui a régné dans l'île de Seins (Finistère);

5° De M. Hallard d'Arcy, médecin des épidémies de l'arrondissement de Clamecy (Nièvre), sur les épidémies de choléra qui ont régné dans cet arrondissement en 1834, 1849 et 1854;

6° De MM. Peste, Cousard et Indrin sur les épidémies qui ont régné dans les arrondissements de Beaune, Châtillon et Semur (Côte-d'Or) en 1854;

7° De MM. les médecins des épidémies pour le Pas-de-Calais sur les épidémies qui ont régné dans ce département en 1854.

Conservation du vaccin. — Le même ministre transmet une lettre dans laquelle M. le docteur Maurin, médecin au Luc (Var), indique un procédé dont il prétend se servir avec succès pour conserver à l'état liquide le virus vaccin (commission de vaccine);

Remèdes secrets. — Plusieurs notes relatives à des remèdes secrets ou nouveaux.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Candidature. — M. Goubaux, professeur à l'école vétérinaire d'Alfort, se porte candidat à la place vacante dans la section de médecine vétérinaire.

Luxation du premier métacarpien. — M. E. Massacrie-Durand adresse un mémoire sur la luxation du premier os métacarpien. (Commissaires : MM. Robert et Malgaigne.)

Choléra. — M. Goudot, de Fresnes (Nord), adresse un rapport sur l'épidémie de choléra qui a régné dans le canton de Fresnes-Saint-Mamès en 1854.

Opération césarienne. — M. Delfrayssé soumet à l'examen de l'Académie une modification et simplification de l'opération césarienne. (Commissaire : M. Depaul.)

Remède contre l'épilepsie. — M. de Larnage, maire de la ville de Tain (Drôme), exprime le désir que l'Académie désigne une commission qui serait chargée de suivre les expériences relatives au traitement de l'épilepsie par un remède qu'il tient à la disposition de l'Académie.

La lettre de M. de Larnage est accompagnée d'une note de M. Gueneau de Mussy conçue en ces termes :

Murray (*Apparatus medicaminum*, t. I, p. 538) parle de la vertu anti-épileptique du galium mollugo. Il cite à ce sujet l'autorité de Chomel dans son *Traité des plantes usuelles*, qui a été imprimé en 1712. Il mentionne les expériences de Jourdan, directeur de l'hôpital de Tain, qui exprimait le suc de la plante à l'époque de la floraison et le faisait prendre le matin à jeun à la dose de 5 à 6 onces. La *Gazette de santé* des années 1773 et 1774, qui rapporte ces expériences, ajoute que d'autres expérimentateurs ont reconnu que ce remède était impuissant pour prévenir la récidive de la maladie.

Mérat et Delens, dans leur *Dictionnaire de matière médicale*, reproduisent à peu près l'article de Murray, en ajoutant cette circonstance, qui complète la recette de M. L..., que le suc devait être pris après un jeûne de vingt-quatre heures. Ils ne manquent pas de remarquer qu'il est permis de douter des cures merveilleuses annoncées par Jourdan, attendu qu'elles n'ont été vérifiées par aucun auteur plus moderne.

Ainsi cette recette, que M. L... regarde comme une tradition renfermée dans sa famille et qu'il croit utile de répandre, appartient au domaine public depuis plus d'un siècle; et cette affluence d'épileptiques, qui depuis bien des années continuent d'arriver à Tain deux fois l'an au nombre de deux ou trois cents, ne paraît pas indiquer une grande efficacité dans le remède qu'ils vont y chercher.

Morve farcineuse chronique. — M. Jules Dubois (d'Abbeville) communique une observation de morve farcineuse chronique développée, dit l'auteur, dans des conditions insolites. Le sujet de cette observation a été mordu par un cheval parfaitement sain. (Commissaires : MM. Rayer et Renault.)

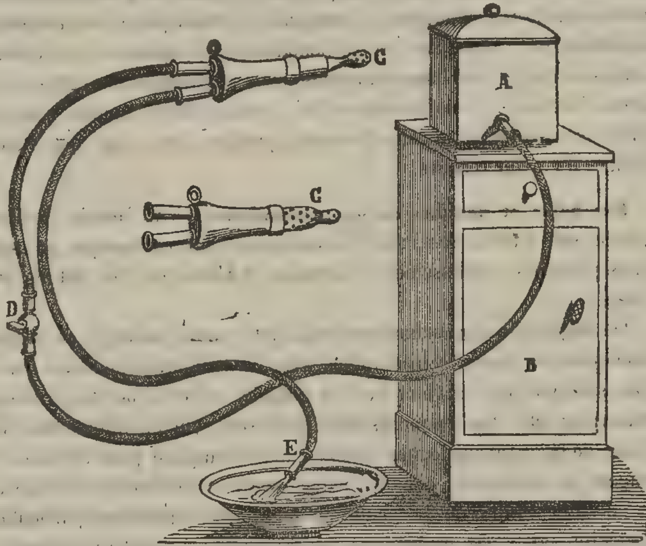
Bains et douches de gaz carbonique. — M. Herpin (de Metz) communique un travail sur les bains et douches de gaz carbonique. (Voir le compte rendu de l'Académie des sciences.)

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS.

Irrigateur à double courant. — M. Pouillien présente à l'Académie un irrigateur à double courant, se composant d'un long tube flexible qui s'adapte d'une part à un réservoir que l'on place à une certaine hauteur, afin que l'eau puisse s'écouler par son propre poids. Ce tube porte un robinet qui arrête ou met en mouvement le cours de l'eau.

L'autre extrémité traverse une canule en forme de spéculum, dont l'embout a la forme d'une olive percée de trous; c'est l'extrémité même du tube. Par sa forme elle rend l'introduction facile, et par les trous dont elle est percée elle permet de baigner toutes les parties du vagin.

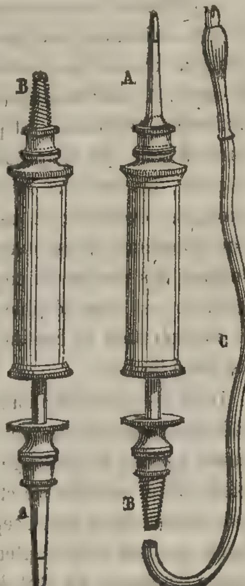
Ce spéculum est en outre destiné à reprendre en entier l'eau qui a servi à l'irrigation; elle rentre dans son intérieur par des trous qui sont pratiqués à son sommet et sur ses parois, et de là passe dans un second tube flexible qui se continue avec la cavité, et dont on place l'autre extrémité dans un vase pour recevoir l'eau.



Une malade étant dans son lit, introduit le spéculum dans le vagin, place le tube le plus court sous la cuisse, tourne le robinet, et l'injection a lieu sans interruption et sans qu'il s'écoule une seule goutte d'eau en dehors du vagin.

Nouvelle seringue. — M. Mathieu présente à l'Académie un nouveau modèle de seringue. L'instrument, sous un très petit volume, permet d'aspirer et d'injecter tour à tour une quantité indéfinie de liquide. Il se compose d'un corps de pompe de 10 centimètres de longueur sur 3 centimètres et demi de diamètre, portant une soupape à l'une de ses extrémités. Dans ce corps de pompe se meut un piston muni également d'une soupape, et dont la tige est creuse.

Le corps de pompe ainsi que la tige du piston reçoivent alternativement soit une canule A, soit un canon à échelle B, muni d'un tube d'écoulement C, selon que l'instrument doit servir pour aspirer ou pour injecter.



Trésorier. — M. le président informe l'Académie du résultat de la démarche faite par la commission désignée dans la dernière séance, auprès de M. Patissier, pour l'engager à retirer sa démission. La commission n'ayant pu accepter les conditions mises par M. Patissier à la conservation de ses fonctions, la démission est maintenue.

En conséquence, l'Académie aura à élire dans la prochaine séance un trésorier.

DISCUSSION.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le mémoire de M. Piorry.

— M. le président annonce que, vu l'arriéré des travaux habituels de l'Académie, le conseil d'administration a jugé qu'il y avait lieu de tenir une séance extraordinaire samedi prochain, pour la suite de cette discussion. L'Académie consultée adopte, malgré la vive opposition de M. Piorry.

La parole est à M. Parchappe.

M. Parchappe. M. Piorry a commencé son mémoire par une double accusation d'*inconséquence* et d'*indifférence* contre le traitement de la variole tel qu'il est généralement compris.

L'inconséquence consiste en ce que le traitement reposant sur l'idée générale et doctrinale de l'unité des maladies, les praticiens l'appliquent à une maladie qui n'est pas pour eux toujours la même, puisqu'ils ont cru devoir établir un grand nombre d'espèces morbides dont la variole est le genre, sous les noms de *vaccine, varicelle, variole, varioloïde, variole discrète, variole confluente*, sans compter les *formes inflammatoires, bilieuses, malignes*, etc.

L'insuffisance résulte de ce qu'on ne songe guère, dans le traitement de la variole, à remédier à autre chose qu'à des complications organiques accidentelles, au lieu de mettre le traitement en rapport avec les éléments complexes d'indications que présente l'état morbide le plus simple.

Il ne me paraît pas difficile de repousser l'accusation d'inconséquence.

En se croyant autorisés à distinguer dans la variole divers degrés, diverses formes, diverses variétés, les pathologistes ne se mettent pas, comme l'imagine M. Piorry, en contradiction avec la doctrine de l'unité des maladies. Quand ils distinguent sous les noms de variole discrète, variole confluente, variole simple, variole compliquée diverses formes, diverses variétés d'un développement morbide, dont la nature essentielle demeure néanmoins pour eux identique, ils appliquent à la médecine une méthode dont usent toutes les sciences d'observation, et qui est profondément inhérente aux procédés logiques de l'esprit humain.

Mais les partisans de la doctrine de l'unité morbide ne se contentent pas de distinguer des formes et des variétés dans la variole; ils croient pouvoir trouver dans les différences que présentent ces divers états d'une même maladie des indications spéciales de traitement, et ils conforment leur pratique à cette vue. Quoi de plus logique? Où est l'inconséquence?

Il ne me sera pas aussi facile de disculper du reproche d'insuffisance le traitement de la variole.

Il est certain que ce traitement est théoriquement fort imparfait et pratiquement fort inefficace. Les médecins sont dans l'impuissance de combattre directement la maladie dans sa nature; et, sauf quelques indications générales qui pour les médecins vitalistes peuvent être déduites de la considération de l'état dynamique de l'organisme dans ses rapports avec les diverses phases du développement morbide, les médecins se trouvent réduits à faire ce qu'on appelle la médecine des symptômes et à combattre les complications accidentelles.

C'est là une situation fâcheuse que tous les médecins déplorent, et certes je serai l'interprète de tous en louant sans réserve les efforts courageusement et persévéramment consacrés par M. Piorry au perfectionnement de la thérapeutique de la variole.

Mais cette situation a-t-elle changé depuis la publication du mémoire du 30 janvier? En d'autres termes, l'application de la doctrine des éléments organopathiques à la détermination des indications curatives dans le traitement de la variole a-t-elle fourni à la thérapeutique des bases plus solides et plus scientifiques?

M. Parchappe rappelle ici en substance ce que contient sous le double point de vue des indications et des médications le mémoire de M. Piorry, et il continue en ces termes :

Si, laissant pour un instant de côté la doctrine des éléments organopathiques, on se borne à apprécier en fait, dans le traitement proposé, la méthode et les moyens qui le constituent, il est facile de reconnaître que la méthode consiste purement et simplement dans l'emploi de ce qu'on appelle la médecine des symptômes, et que les moyens, sauf le traitement local des pustules dans toutes les phases de leur développement et le recours à la trachéotomie, ne diffèrent pas de ceux qui représentent les ressources ordinaires de la pratique usuelle.

Quant à la méthode, M. Piorry, en l'employant, ne se donne pas une situation différente de celle qui appartient à tous les praticiens, et aussi impuissant que tout autre contre la maladie elle-même, il s'efforce de neutraliser, partout où il peut les atteindre les effets de la maladie.

Quant aux moyens, il est juste de reconnaître qu'il y a lieu de louer, et qu'il y aura souvent lieu d'imiter l'emploi judicieux que M. Piorry a fait de diverses médications plus ou moins connues pour prévenir localement les fâcheux effets du développement des pustules soit sur la peau de la face, soit sur les muqueuses. Mais il me paraît fort douteux que la trachéotomie parvienne jamais à se faire accepter par une saine pratique comme moyen de traitement de la variole, même dans les cas de suffocation imminente plus ou moins évidemment produite par le développement des pustules sur la muqueuse laryngienne ou bronchique.

L'application que M. Piorry a faite de la doctrine des éléments organopathiques au perfectionnement de la thérapeutique de la variole démontre-t-elle l'excellence de cette doctrine, et doit-elle conduire à l'adoption de la nomenclature qui en est la langue?

Avant de prendre part au débat de doctrines que soulève cette question, qu'il me soit permis de la restreindre encore pour quelques instants dans les limites du mémoire qui a été le point de départ de la discussion.

En quoi donc l'application de la doctrine des éléments organopathiques à l'étude de la variole aurait-elle éclairé la pathologie et perfectionné la thérapeutique de cette maladie?

L'auteur de la doctrine, prenant la variole telle qu'elle est connue de tous, sans ajouter un seul fait nouveau à son histoire clinique et anatomo-pathologique, décompose l'ensemble des phénomènes par lesquels peut se traduire cette maladie en un certain nombre d'états pathologiques, qu'il prétend élever au rang d'éléments intégrants et distincts de la maladie, et auxquels il donne des noms dérivés du grec.

Il est conduit par l'emploi de la méthode analytique, qui est propre à sa doctrine, à admettre comme état organopathique distinct dans la variole : 1° la cause même de la maladie, c'est-à-dire le virus qui l'a engendrée, la variose; 2° un état inconnu du sang qui représente l'effet de la cause, la variosémie; 3° un autre état du sang dont la cause est ignorée, qui consiste en une diminution de la fibrine, hypoplastémie, et qui produit la variole noire, vario-dermite hémorrhéique; 4° divers groupes d'un même symptôme, faisant partie essentielle du développement morbide, l'éruption pustuleuse, qui, suivant son siége sur la peau ou sur diverses muqueuses, donne naissance à un grand nombre d'états organopathiques distincts; 5° des groupes de symptômes qui font partie essentielle du développement de la maladie ou qui se produisent accidentellement, les symptômes cérébraux primitifs ou consécutifs; enfin 6° des accidents et des complications de diverse nature, tels qu'abcès, obstruction des bronches, etc.

Ce simple exposé ne suffit-il pas pour faire comprendre immédiatement que la pathologie ne peut consentir à accepter une méthode analytique qui ne tient compte ni de la succession, ni de l'enchaînement des phénomènes, qui ne distingue pas ce qui est cause de ce qui est effet, ce qui est essentiel de ce qui est accidentel, qui ne repose sur aucun principe philosophique, et pour faire reconnaître que l'appréciation scientifique de la variole n'a aucun avantage sérieux à tirer du produit de cette méthode.

Mais c'est principalement en vue de la thérapeutique que l'auteur de la doctrine affirme avoir institué les éléments organopathiques ; et c'est dans la détermination rigoureuse des indications thérapeutiques que consiste, suivant son opinion, la plus grande utilité de la création de ces éléments.

Je crois avoir suffisamment établi qu'en fait le traitement de cette maladie n'y a rien gagné de bien important même entre les mains de M. Piorry.

Mais, en principe, il me paraît impossible d'admettre que la thérapeutique de la variole ne puisse pas perdre quelque chose par la substitution d'indications secondaires, les seules que puisse fournir la considération d'états purement symptomatiques aux indications principales qui peuvent être déduites soit de la nature de la maladie, soit de l'appréciation de l'état dynamique de l'organisme.

Enfin, et c'est le dernier point qui me reste à examiner, de quelle utilité a été pour l'institution du traitement proposé par M. Piorry l'application à l'étude de la variole, de l'analyse et de la nomenclature organopathiques ?

Il me paraît tout à fait évident qu'il eût été possible de déterminer très positivement toutes les indications thérapeutiques signalées par l'auteur du mémoire en se contentant de la méthode ordinaire et du langage usuel.

Mais s'il est vrai que l'auteur de la doctrine des éléments organopathiques aurait pu lui-même, à la rigueur, s'abstenir de tout ce néologisme dans la construction et dans l'exposition de son système médical, n'est-il pas naturel, n'est-il pas raisonnable que la médecine, qui n'a pas encore consenti à subir le système, défende avec quelque énergie contre cette invasion de termes techniques sa langue que le progrès tend de jour en jour à épurer en la rapprochant de la langue commune à toutes les sciences ?

(*La suite au prochain numéro.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Suite de la séance du 26 mars 1855. — Présidence de M. Regnault.

Tagle, ou hallucination du désert. — M. Duméril, au nom d'une commission composée de MM. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, Milne Edwards et Duméril, rapporteur, lit un rapport sur un mémoire de M. le comte d'Escayrac de Lauture relatif au ragle, ou hallucination du désert. (*Voir* le premier-Paris du numéro précédent.)

Méthode sous-cutanée. — M. Jules Guérin lit la deuxième partie de son *Essai de généralisation de la méthode sous-cutanée,* dont il a lu la première partie dans la séance du 22 janvier dernier. Cette deuxième partie est relative aux applications chirurgicales, que l'auteur divise en deux catégories, l'une relative aux sections sous-cutanées, l'autre aux ponctions et extractions.

Première catégorie. — *Sections sous-cutanées.* — § I. *Peau et tissu cellulaire sous-cutané.* — Le décollement sous-cutané de la peau dans les cas d'adhérences ou de cicatrices vicieuses.

§ II. *Tendons.* — 1° Sections des tendons comme moyen orthopédique ; 2° comme moyen de faciliter la réduction des luxations anciennes et des luxations et fractures récentes.

Considérée au point de vue des méthodes et des procédés opératoires, la ténotomie orthopédique a offert ceci de remarquable, que c'est par elle qu'on a pu le mieux montrer immédiatement la différence qui existe entre les préliminaires empiriques et particuliers du procédé sous-cutané appliqués à la section d'un ou deux tendons, et la ténotomie régularisée d'après la méthode rationnelle.

§ III. *Aponévroses.* — 1° La section des aponévroses comme moyen orthopédique ; 2° comme moyen de débridement dans les engorgements inflammatoires. Dans un certain nombre de cas, l'aponévrotomie sous-cutanée à la cuisse et à la jambe a fait cesser presque immédiatement des étranglements inflammatoires causés par des chutes, des contusions considérables avec ou sans épanchement. C'est surtout comme moyen de faciliter la réduction des luxations et des fractures récentes que l'aponévrotomie sous-cutanée peut être regardée comme une application originale de la méthode.

§ IV. *Muscles.* — La myotomie sous-cutanée comprend la section des plus forts muscles du corps humain, comme celle des plus petits. Parmi les applications les plus importantes, je rappellerai la section des muscles du dos pour les déviations de l'épine : myotomie rachidienne ; celle des muscles de la hanche et de la cuisse pour les luxations coxo-fémorales congénitales : myotomie coxale ou pelvienne ; celle des muscles de l'œil dans le strabisme et la myopie : myotomie sous-conjonctivale ; celle du sphincter à l'anus : myotomie anale. Je citerai, en outre, la herniotomie sous-cutanée (pour la cure radicale des hernies), consistant à diviser dans plusieurs directions toute l'épaisseur des muscles et aponévroses formant les parois du canal herniaire, dans le but d'obtenir une exsudation plastique donnant naissance à un bouchon organisé qui a ses racines dans les différentes plaies musculaires, et finit par se confondre avec les parois dont il émane. Je citerai enfin le débridement sous-cutané de la hernie étranglée, pratiqué une seule fois, faute d'occasions, et avec un succès qui témoigne de la valeur de l'opération.

§ V. *Ligaments.* — La section sous-cutanée des ligaments, consistant à diviser autour des articulations atteintes de difformités les ligaments dont la brièveté fait obstacle au redressement des parties.

§ VI. *Vaisseaux.* — J'ai guéri plusieurs tumeurs vasculaires sous-cutanées à l'aide de sections et de scarifications qui ont eu pour résultat de convertir en tissu cicatriciel la trame pathologique de ces tumeurs.

§ VII. *Les nerfs.* — J'avais indiqué, et l'on a réalisé la section sous-cutanée des nerfs pour des cas de névralgie.

§ VIII. *Cartilages.* — J'avais également indiqué, et l'on a un grand nombre de fois pratiqué la section sous-cutanée de la symphyse du pubis comme moyen de favoriser certains accouchements.

§ IX. *Os.* — Ablation d'exostoses douloureuses ; fracture sous-cutanée des os rachitiques pour obtenir le redressement instantané de certaines courbures qui résistent à l'action des appareils mécaniques.

Opérations qui forment une catégorie intermédiaire entre les sections et les ponctions. — 1° Traitement abortif du phlegmon suppurant par l'incision sous-cutanée de la tumeur.

2° Destruction sous-cutanée de certaines glandes douloureuses du sein, consistant à diviser en tous sens sous la peau la glande douloureuse et à la séparer, au moyen de ces sections, des filets nerveux et des vaisseaux avec lesquels elle est en rapport. Le résultat de l'opération est la conversion de la glande pathologique en un tissu cicatriciel amorphe, insensible, qui finit par se résorber.

3° Destruction de certaines tumeurs douloureuses indéterminées qui se développent dans l'épaisseur des muscles.

Dans tous les cas de cette sous-catégorie, la méthode sous-cutanée a mis en évidence un ordre de ressources inespéré et tout à fait inconnu jusqu'alors. En divisant le tissu pathologique et en lui substituant un simple tissu cicatriciel, elle a changé le caractère d'organisation du tissu morbide, elle l'a détruit.

Deuxième catégorie. *Ponctions et extractions.* — 1° Ponction des abcès froids et des abcès par congestion ;

2° Ponction des tumeurs hématiques, séreuses, qui se forment à la suite de fortes contusions ou autres causes équivalentes ;

3° Ponction des hydarthroses ;

4° Ponction et scarification des tumeurs synoviales ;

5° Ponction des tumeurs hydrorachiques chez les nouveau-nés ;

6° Thoracentèse sous-cutanée dans l'empyème ;

7° Ponction des kystes abdominaux ;

8° Extraction des corps étrangers articulaires.

Outre le caractère général d'utilité que toutes ces opérations présentent en tant que soustrayant les malades aux dangers inhérents à toute plaie qui suppure, trois d'entre elles méritent d'être signalées à part, parce qu'elles consacrent trois progrès évidents et d'une importance réelle dans la thérapeutique chirurgicale ; je veux parler du traitement des abcès par congestion par les ponctions sous-cutanées, de la thoracentèse sous-cutanée dans l'empyème et de l'extraction des corps étrangers articulaires, trois opérations qui, avant d'être ramenées à la méthode sous-cutanée, faisaient mourir presque tous ceux qui étaient obligés d'y avoir recours.

Des bains et douches de gaz carbonique. — M. Herpin (de Metz) donne sur l'action des bains et douches de gaz carbonique en usage dans plusieurs établissements thermaux d'Allemagne les détails suivants :

On emploie le gaz carbonique tantôt pur, tantôt mélangé, en proportions plus ou moins considérables avec de l'air atmosphérique ou du gaz sulfhydrique ; à l'état sec ou humide, avec de la vapeur d'eaux minérales, etc. Les appareils dont on se sert pour l'administration des bains de gaz sont analogues à ceux que l'on emploie pour les bains de vapeur ou sulfureux, pour les bains locaux et les douches de vapeur.

La susceptibilité ou la faculté de recevoir l'impression particulière produite par le gaz carbonique varie suivant le sujet : pour les uns, quelques minutes suffisent; pour d'autres il faut une demi-heure, ou même une heure. Les personnes à peau blanche et délicate, à chair molle, d'une constitution lymphatique, ressentent très promptement les effets du gaz.

La première impression que l'on éprouve en pénétrant dans la couche du gaz carbonique est une sensation de chaleur douce et agréable, analogue à celle que produirait un vêtement épais de laine fine ou de la ouate. A cette sensation de chaleur succède un picotement, un fourmillement particulier, et plus tard une sorte d'ardeur que l'on a comparée à celle qui est produite par un sinapisme commençant à mordre la peau ; les douleurs anciennes, spécialement celles des vieilles blessures, se réveillent ; la peau devient rouge ; il s'établit une transpiration abondante, présentant les caractères chimiques de l'acidité, à la surface des parties du corps exposées à l'action du gaz. La sécrétion urinaire est considérablement augmentée. La sensation de chaleur et la transpiration se continuent pendant plusieurs heures après que l'on est sorti du bain.

Dans les premiers moments, les mouvements du cœur ne sont que faiblement accélérés par l'influence du bain de gaz. Mais lorsque la durée du bain se prolonge, alors arrive la surexcitation : le pouls est plein, vif et accéléré ; la chaleur devient brûlante ; il y a turgescence et rubéfaction de la peau, céphalalgie, oppression de la poitrine, etc. Prolongé pendant trop longtemps (plusieurs heures), le bain de gaz carbonique détermine un état de stupeur, comme de paralysie ; le sang veineux prend une couleur noire. Mais lorsque l'on a pris dans les conditions convenables un bain de gaz carbonique, on se sent plus léger, plus dispos et plus éveillé pendant plusieurs heures.

Le gaz carbonique agit énergiquement sur les systèmes vasculaire et nerveux. Il rappelle promptement la chaleur et la transpiration à la peau ; il agit d'une manière très efficace contre les diverses maladies qui ont pour cause la suppression ou les dérangements de la transpiration ; il rappelle aussi les flux sanguins veineux habituels qui ont été accidentellement supprimés, spécialement les hémorrhoïdes, et surtout la menstruation, qu'il rend plus abondante et dont il fait avancer les époques. Enfin, par ses propriétés antiseptiques, le gaz carbonique assainit et améliore les plaies et les suppurations de mauvaise nature, tant à l'extérieur qu'à l'intérieur, etc.

Endoscope. — M. Desormeaux adresse un mémoire sur l'endoscope ou instrument propre à éclairer certaines cavités intérieures de l'économie.

Cet instrument est construit de façon à porter la lumière au fond des cavités à travers une ouverture étroite et à permettre en même temps à la vue de distinguer les objets qui s'y trouvent.

Il se compose :

1° D'une sonde de forme variable, que l'on introduit dans les organes ;

2° D'un tube qui se fixe sur cette sonde et renferme dans son intérieur un miroir métallique incliné à 45 degrés sur l'axe de l'instrument, de manière à réfléchir à travers la sonde la lumière fournie par une lampe placée sur le côté de l'appareil ;

3° D'une petite lampe, dont la flamme, placée au centre de courbure d'un réflecteur sphérique, envoie la lumière sur le miroir incliné ;

4° Enfin d'une lentille placée entre le miroir et la lampe pour faire converger les rayons à l'extrémité de la sonde.

Le miroir incliné est percé à son centre d'une petite ouverture, et l'extrémité libre de l'instrument porte un diaphragme également percé, de façon que l'œil peut à travers ces ouvertures apercevoir les objets qui se trouvent dans la direction de la sonde.

A l'aide de cet instrument, M. Desormeaux a pu examiner la muqueuse de l'urètre, soit saine, soit affectée de rétrécissement ; la vessie, la cavité du col de l'utérus, les fosses nasales, la partie supérieure du pharynx, etc.

L'altération reconnue dans ces divers organes, on peut encore, dit M. Desormeaux, se servir de l'endoscope pour pratiquer avec l'aide de la vue certaines opérations, et surtout pour diriger avec certitude le caustique sur les points malades en ménageant les parties voisines.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décrets des 30 et 31 mars, les villes de Nantes et de Rouen sont autorisées à créer une Ecole préparatoire à l'enseignement supérieur des sciences et des lettres.

— Par décret du 10 mars 1855, ont été nommés chevaliers de l'ordre impérial de la Légion d'honneur : MM. Dupont, médecin major au 9e régiment de ligne, et Vuillet, médecin major au 32e de ligne.

— M. le docteur Revel, médecin à Saint-Omer (Pas-de-Calais), vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur pour services rendus pendant la dernière épidémie de choléra.

— La section médicale de l'Académie des sciences de Montpellier vient, dans sa dernière séance, d'élire en qualité de membres titulaires MM. les docteurs E. Farrat et C. Cavallier. Ces élections ont été ratifiées par l'Académie réunie en séance générale.

— Il y a un an, un concours d'enfants au maillot eut lieu avec grand succès dans le Massachussets (Etats-Unis) ; l'exemple donné par les Bostoniens n'a pas tardé à être suivi par d'autres Etats, et la Société d'agriculture du comté de Stark (Ohio) vient de faire un pas nouveau dans cette voie. Non-seulement elle offre un prix de 5, de 3 et de 2 dollars aux plus gros nourrissons, mais elle vient aussi d'instituer des primes pour les plus jolis enfants.

— La plupart des médecins militaires actuellement à Paris devant partir prochainement pour l'armée, M. le directeur de l'assistance publique vient d'être invité à désigner quelques-uns des médecins et chirurgiens des hôpitaux civils pour faire le service dans les hôpitaux militaires.

— M. Leverrier commence à réaliser en ce moment, à l'Observatoire de Paris, un progrès qui intéresse vivement la médecine et l'hygiène publique. Il s'agit de l'établissement sur une vaste échelle d'un ensemble d'observations météorologiques quotidiennes qui permette aux épidémiographes de constater les rapports qui peuvent exister entre les maladies et la direction des vents. D'après les premières observations communiquées à l'Institut, on peut prévoir que la science possédera bientôt des tableaux complets sur la direction des vents, la température, l'état hygrométrique, etc., des divers points de la France.

— Le *Journal des connaissances médico-pratiques* annonce qu'un sieur Waldener, surnommé Fritz, compromis dans les troubles de la Croix-Rousse (faubourg de Lyon), et depuis gracié, vient de mourir à Essequebo, ancienne colonie hollandaise aujourd'hui appartenant à l'Angleterre, laissant un héritage de plusieurs millions gagnés en quelques années seulement, en donnant, de concert avec une somnambule, des consultations magnétiques qui n'étaient pas payées moins de 100 fr.

— MM. les professeurs particuliers sont prévenus que la distribution des amphithéâtres de l'Ecole pratique pour les cours d'été aura lieu le mardi 10 avril à midi, dans une des salles de la Faculté.

— M. le docteur Guersant, chirurgien de l'hôpital des Enfants, continuera son cours clinique sur les maladies chirurgicales à dater du mois d'avril.

1° Tous les jours les visites à sept heures et demie ;

2° Tous les jeudis visites, leçons et opérations de sept heures et demie à dix heures ;

3° Les consultations gratuites tous les jours à neuf heures, excepté le jeudi et le dimanche.

— Depuis le 1er avril, l'enseignement des cliniques médicale et chirurgicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon est confié jusqu'au 1er octobre à MM. les professeurs adjoints Teissier et Bouchacourt. La clinique d'accouchement sera professée pendant toute l'année par M. le professeur Colrat.

Errata. — Quelques erreurs typographiques se sont glissées dans l'article intitulé *Des modifications subies par l'utérus à l'époque menstruelle.*

Page 155, colonne 1, ligne 33, au lieu de *coccyx*, lisez : *corps*.

Même page, même colonne, ligne 56, au lieu d'*ovaire gauche*, lisez : *ovaire droit*.

Même page, colonne 2, ligne 3, au lieu de : *avec le manche d'un scalpel au niveau du col ; elle disparaît*, lisez : *avec le manche d'un scalpel ; au niveau du col elle disparaît.*

— Page 156, *Société de chirurgie*, il s'est glissé une erreur typographique qui change complétement le sens d'une phrase. Au lieu de : M. J. Cloquet *accuse* l'honneur ; lisez : M. J. Cloquet *récuse* l'honneur.

Les abonnés qui désirent avoir de suite leur collection reliée peuvent envoyer tous leurs numéros de l'année 1854, et moyennant 2 fr. (prix de la reliure) ils auront en échange un volume relié.

Ceux qui auraient perdu des numéros sont priés d'en faire la demande le plus tôt possible. Le prix est de 10 centimes, payables en timbres-poste. Les années antérieures à l'année courante se vendent 12 francs.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Fissure congéniale du sternum permettant d'étudier à travers la peau les battements du cœur.

Un grand nombre de médecins de Paris ont pu voir depuis quelques jours un jeune homme qui présente un vice de conformation congénial très curieux, et dont quelques physiologistes ont déjà cherché à tirer parti pour élucider la question si obscure et si controversée du mécanisme des battements du cœur. Ce jeune homme présente une fissure du sternum qui permet en effet d'étudier presque à nu, c'est-à-dire à travers l'épaisseur des parties molles du thorax, les pulsations cardiaques. Bien que nous ne partagions pas complétement à cet égard l'espoir qu'on a fondé sur ce fait pour résoudre les difficultés que présente le phénomène si complexe et si délicat des mouvements du cœur, nous ne le considérons pas moins comme très intéressant, et digne par conséquent d'être porté à la connaissance de nos lecteurs. Nous empruntons la description qui suit, et dont nous avons pu vérifier par nous-même l'exactitude, à une note lue par M. Aran à la Société médicale des hôpitaux dans la séance du 28 mars dernier.

Le jeune homme dont il s'agit, M. Alexandre Graux, âgé de vingt-cinq ans, présente, disons-nous, un vice de conformation du sternum, consistant en une division presque complète de cet os sur la ligne médiane. Dans toute l'étendue de la région occupée par le sternum, on remarque une dépression ou sorte de fente profonde en gouttière, dont la paroi est constituée uniquement par la peau. Cette fente, longue de 11 centimètres, en mesurant verticalement d'une ligne fictive tirée d'une clavicule à l'autre, affecte la forme d'un triangle dont la base serait en haut dans l'espace compris entre les clavicules, et le sommet en bas; il mesure 2 centimètres à sa base, et un demi-centimètre environ à son sommet. Les dimensions de cette fente sont susceptibles d'être notablement élargies à la volonté du sujet; il lui suffit pour cela de contracter fortement ses deux grands pectoraux. Les téguments qui recouvrent la fissure se tendent alors et arrivent au niveau du reste de la paroi thoracique, de manière que la gouttière s'efface entièrement. Dans l'état de repos, on sent distinctement de chaque côté de la fissure, et dans toute sa longueur, un rebord osseux évidemment constitué par chacune des deux moitiés du sternum, donnant comme à l'ordinaire en dehors insertion aux côtes.

Ce vice de conformation du sternum entraîne des modifications considérables dans les relations des parties osseuses et musculaires du cou et de la poitrine.

Les clavicules, qui offrent leur courbure et leur conformation normales, se terminent par leur extrémité renflée au-dessus de chaque moitié du sternum, sans qu'il y ait trace d'articulation sterno-claviculaire. Les muscles sterno-cléido-mastoïdiens ne s'insèrent que sur la clavicule, et sont seulement des cléido-mastoïdiens. Les sterno-hyoïdiens et sterno-thyroïdiens manquent du côté droit, tandis que du côté gauche on les aperçoit dans les grandes inspirations comme deux cordes saillantes.

Les modifications qui résultent de ce vice de conformation dans l'accomplissement des fonctions respiratoires ne sont pas moins importantes.

L'inspiration calme est à la fois diaphragmatique et costale supérieure, avec cette particularité, que le diaphragme ouvre la scène et que les côtes supérieures se soulèvent après le refoulement commencé des parois abdominales.

Dans l'inspiration forcée, la poitrine est soulevée et agrandie en masse par les trapèzes et les sterno-mastoïdiens, tandis que le diaphragme et les côtes supérieures n'augmentent pas proportionnellement leur action.

Il n'y a rien de particulier à noter dans l'expiration calme ; mais dans les expirations forcées, la poitrine et l'abdomen se rétrécissent, les veines du cou deviennent plus apparentes, quelques espaces intercostaux deviennent convexes au dehors, puis la fissure commence à se distendre d'abord à sa partie moyenne, puis à sa partie supérieure, de sorte que les téguments finissent par affleurer et par dépasser même de quelques lignes le niveau des parties voisines.

Les dispositions que nous venons de faire connaître permettent, avons-nous dit, d'étudier presque à nu, à travers une couche peu épaisse des téguments, l'accomplissement d'une partie des fonctions du cœur.

A la partie moyenne de cette fissure on aperçoit sous les téguments une tumeur oblongue se dilatant et s'affaissant alternativement de 60 à 64 fois par minute. Au moment de sa dilatation maximum, cette tumeur offre environ 6 centimètres dans son plus grand diamètre, qui est vertical, et elle se réduit de moitié ou des deux tiers en s'affaissant dans une direction de haut en bas et de droite à gauche. La dilatation et l'affaissement sont alternatifs; le temps de la dilatation est un peu plus long que celui de l'affaissement.

Cette tumeur pulsatile donne à la percussion une sonorité relativement moindre que les parties voisines, et cette espèce de matité se continue sans ligne de démarcation avec la matité des ventricules ou du cœur proprement dit, qui mesure au maximum 9 centimètres dans le sens transversal, à partir de la ligne médiane, et 10 centimètres verticalement. Au niveau de la tumeur, les deux bruits s'entendent très forts, très éclatants, surtout le second. A la limite de la matité ventriculaire, qui dépasse un peu le niveau de l'impulsion, les deux bruits sont presque égaux en durée, en force et en éclat; mais en remontant obliquement vers la base, le deuxième bruit prend plus d'éclat et de force, et le premier devient même un peu soufflant au voisinage du sternum. Le deuxième bruit de l'artère pulmonaire est plus fort et plus superficiel que celui de l'aorte. Si l'on place la main sur le point où l'impulsion du cœur se trouve à son maximum, près du mamelon, dans le quatrième espace, le sujet étant couché, ou derrière la cinquième côte s'il est debout, on constate que l'impulsion coïncide exactement avec le commencement de l'affaissement de la tumeur.

Si l'on place les doigts sur l'artère radiale ou sur la carotide, tandis que l'œil suit attentivement les mouvements de la tumeur sous-cutanée, on trouve toujours un intervalle appréciable entre l'affaissement de la tumeur et la dilatation artérielle; celle-ci est toujours consécutive.

Telles sont les principales particularités que présente ce vice de conformation. Ajoutons que le jeune homme qui en est atteint, bien qu'étant d'une assez faible complexion, n'en souffre nullement, et que toutes ses fonctions s'exécutent avec la plus parfaite régularité. Nous nous bornons, pour le moment, à constater ce phénomène sans chercher à en déduire aucune conséquence par rapport aux diverses théories des mouvements du cœur, et nous nous abstenons de reproduire les diverses interprétations qui lui ont été déjà données. Une commission composée de MM. Aran, Beau, Béhier, Bouvier, Hérard et Monneret ayant été chargée de faire un rapport sur ce sujet à la Société médicale des hôpitaux, nous serons naturellement conduit, à cette occasion, à examiner cette question.

Cas remarquable de rétrécissement de l'orifice mitral reconnu pendant la vie. — Limitation et appréciation de l'oreillette gauche du cœur faite pour la première fois à l'aide de la plessimétrie.

Notre dissentiment avec M. Piorry sur les questions de doctrine ne nous a jamais fait méconnaître ce qu'il y a d'utile et de pratique dans les résultats de ses persévérantes recherches sur les moyens d'exploration et sur l'analyse de certains états organopathiques. L'opposition que nous avons été conduit à faire récemment à l'ensemble de ses idées générales ne nous met que plus à l'aise pour lui rendre à cet égard pleine justice, et pour signaler, toutes les fois que l'occasion s'en présentera, les applications heureuses de ses méthodes et de ses procédés à la détermination diagnostique de tel cas particulier, tout en conservant nos réserves sur les conséquences générales à en déduire.

C'est à ce titre que nous nous empressons de mettre sous les yeux de nos lecteurs le fait suivant de la clinique de M. Piorry, dont les détails nous ont été communiqués par M. A. Petit, l'un des élèves du service. De ce fait ressort, par la vérification nécroscopique, la précision de la détermination des éléments anatomiques du diagnostic.

L..., garçon limonadier, âgé de vingt-trois ans, d'une constitution faible, est entré salle Saint-Charles, n° 15, le 23 février 1855. Vers l'âge de douze ans il avait été atteint de douleurs rhumatismales aux articulations des genoux, qui avaient guéri sans traitement. Le 26 mars 1853 il entrait à l'hôpital, se plaignant de palpitations de cœur, d'étourdissements fréquents, pendant lesquels le sang lui montait à la tête : il devenait violet; il était essoufflé au moindre effort. En même temps il ressentait dans les membres inférieurs des douleurs vagues qui l'empêchaient de se tenir debout. La percussion permit alors de constater que le cœur avait 18 centimètres dans sa plus grande étendue. On percevait un bruit de souffle aux deux temps, et surtout au second, se prolongeant dans les gros vaisseaux. Et le diagnostic fut ainsi noté : rétrécissement de l'orifice aortique du cœur (cardia-aortosténosie); hypertrophie et dilatation ventriculaires (hypercardiotrophie et hypercardiectasie), suite d'endocardite consécutive elle-même à l'affection rhumatismale. Le foie, aussi augmenté de volume, avait 19 centimètres de haut en bas au-dessous du mamelon, et s'étendait à gauche de 12 centimètres au delà de la ligne médiane. Le pouls était petit, faible et vibrant.

Une large saignée ayant été faite, le pouls se relève, devient plus plein; le malade se sent beaucoup moins oppressé, et la percussion faite immédiatement après la saignée démontre que le volume du cœur a diminué : de 18 centimètres il est revenu à 13. Le foie avait 15 centimètres de haut en bas, au lieu de 19; au delà de la ligne médiane il avait 10 centimètres et demi au lieu de 12.

Après un séjour d'un mois et demi à l'hôpital, le malade sortit, non guéri, mais dans un meilleur état : l'essoufflement était moindre; le bruit de souffle au second temps et à la base était moins rude, les battements du cœur tumultueux, le pouls toujours vibrant.

Le 23 février 1855, L... est rentré à l'hôpital. Depuis deux ans les accidents ont persisté. Il était alors assez robuste, il est maintenant considérablement affaibli; il se plaint toujours de palpitations, d'essoufflement, d'étourdissements.

Par l'examen plessimétrique, on reconnaît au-dessus du cœur, à cinq centimètres au-dessous de la clavicule, une matité qui touche au cœur à l'endroit où doit être placée l'oreillette gauche. Dans ce point, l'auscultation révèle le maximum d'un bruit de souffle au second temps, se propageant dans toute la masse du cœur et dans les grosses artères.

M. Piorry conclut que, par suite d'un rétrécissement auriculo-ventriculaire gauche, l'oreillette gauche, dilatée par le sang qui affluait dans son intérieur et y était retenu par le rétrécissement de l'orifice mitral, était venu se mettre en contact avec la paroi thoracique et devenait sensible à la percussion dans une étendue de 3 centimètres.

Il n'y avait pas d'hydropisie, la circulation étant peu gênée.

Le cœur, mesuré par la percussion, a 13 centimètres de la pointe à la base.

On constate un bruit de souffle très marqué au deuxième temps et à la base ; on constate que ce bruit de souffle siége dans le point où doit être l'orifice auriculo-ventriculaire gauche.

Ce fait prouve, par parenthèse, l'exactitude de cette phrase du *Traité de médecine pratique* de M. Piorry (MONOGRAPHIES, t. Ier, p. 60) : « Dans un bon nombre de cas de cardiosténosies aorti- » ques, nous trouvâmes que c'était exclusivement au niveau de » l'orifice de l'aorte qu'existait la sibilation, le râpement ou tout » autre bruit. Dans tout autre point du cœur, les bruits étaient » moins altérés. Ce caractère, vérifié nombre de fois, nous paraît » être de première valeur. Je n'ai pas encore constaté ce qui arri- » vera lorsqu'il s'agira de cardiosténosie tricuspide ou mitrale ; » mais je ne doute pas qu'alors le maximum des bruits ne corresponde » aux orifices malades. »

Le souffle se prolongeant dans les grosses artères fait croire à une insuffisance aortique.

Des ronchus sibilants, des mucosités contenues dans les crachats, une respiration faible font conclure à un embarras bronchique.

La pâleur, l'amaigrissement général du malade, la faiblesse, la pâleur des lèvres et des conjonctives font admettre l'hydrémie.

Les états organopathiques constatés sont donc :

Ancien rhumatisme articulaire (hémitarthrites) ; ancienne endocardite (cardiopathie); développement exagéré du cœur (cardiomégalie), 13 c. ; rétrécissement auriculo-ventriculaire gauche ; insuffisance aortique probable; hydrémie et embarras bronchique (bronchemphraxie).

Le traitement fut donc approprié aux états organiques observés

Ne pouvant remédier directement à l'obstacle matériel de la circulation ; d'une autre part, l'état aigu étant dissipé depuis longtemps, et l'état anatomique le plus immédiat sur lequel on pouvait agir étant l'hydrémie (la bronchemphraxie étant pour le momen

assez faible), M. Piorry prescrit à ce malade un gramme de sous-carbonate de fer et une nourriture réparatrice.

Le 6 mars, le malade se plaint d'étourdissements et d'une gêne plus grande de la respiration. Le cœur, percuté avec beaucoup de soin, donne exactement la même figure que ci-dessus, mais avec des dimensions de beaucoup augmentées. Le cœur, de droite à gauche, mesurait 17 centimètres; l'oreillette droite, pour sa part, prenait 3 centimètres et demi sur cette mesure. Le foie avait 19 centimètres de haut en bas mesuré au-dessous du mamelon, et 19 centimètres au delà de la ligne médiane à gauche. L'hydrémie générale continuait; le souffle au second temps persistait.

M. Piorry prescrit une saignée proportionnée à son influence sur la circulation, c'est-à-dire en observant le malade et s'arrêtant avant qu'une défaillance se produise. On a tiré 500 grammes de sang.

Le lendemain, le malade se trouvait beaucoup mieux. Le cœur, mesuré par le plessimétrisme, était réduit à 15 centimètres de droite à gauche; l'oreillette droite était réduite à 3 centimètres. Le foie avait 18 centimètres de haut en bas et 15 à gauche de la ligne médiane.

On continue le sous-carbonate de fer et l'usage d'aliments réparateurs.

Le 19, au matin, cet homme éprouve une dyspnée extrême. Il se lève un instant; il était très pâle; il étouffe de plus en plus. Il se hâte de se recoucher, tombe en défaillance, et meurt en cinq minutes.

Autopsie. — Le cœur, très volumineux, correspond à la paroi thoracique de la deuxième à la sixième côte. Quoique ayant ouvert les vaisseaux pour l'enlever, et ayant, avec le sang qu'il contenait, perdu une certaine quantité de son volume, il offrait encore la dimension considérable de 13 centimètres suivant son axe.

Les parois des deux ventricules sont épaissies: ventricule gauche, 2 centimètres; droit, 1 centimètre.

La pointe du cœur est effilée en lancette; un rétrécissement a lieu à la valvule mitrale, et on trouve du côté de l'oreillette gauche des indurations épaisses et des végétations fibrineuses dures, en forme irrégulière de chou-fleur.

Les valvules aortiques sont épaissies, un peu corrodées, et çà et là on rencontre dans leur épaisseur de petites granulations verruqueuses. Cette érosion du bord libre des valvules sigmoïdes laissait, quand elles étaient abaissées, un espace vide très étroit, ce qui occasionnait une insuffisance légère.

Dans le vestibule et sur la cloison, un peu au-dessous des valvules sigmoïdes, se trouve une plaque rugueuse et indurée grande comme une pièce de 1 franc.

L'aorte est étroite, et n'offre ni indurations ni autres lésions.

L'oreillette gauche était en contact avec la paroi thoracique dans le point correspondant au dessin tracé à l'aide du plessimètre.

Le poumon est sec, congestionné, dense, friable, mais très aéré; il n'y a pas d'écume dans les bronches.

Le foie, très volumineux, dépassait de 6 centimètres le rebord costal. Ses bords étaient arrondis et épais, sa coupe violacée; il ne présentait pas de concrétions fibrineuses. Il était évidemment gorgé de sang.

Il n'y avait rien de notable dans les autres organes.

Dans une seconde observation, qui sera ultérieurement publiée, on a également reconnu à l'aide du plessimètre l'oreillette gauche, mais bien moins volumineuse que dans le cas qui vient d'être cité.

Traitement de l'angine couenneuse par l'emploi des carbonates alcalins.

L'action dissolvante attribuée aux alcalins sur nos humeurs, et en particulier sur certains produits sécrétoires anomaux, a déjà été utilisée contre un assez grand nombre d'affections. Nous ne saurions dire si dans le grand nombre d'applications qui ont été faites de cette médication, depuis quelques années notamment, ne figure point déjà l'angine couenneuse. Nos souvenirs ne nous rappellent à cet égard rien de précis. Mais en serait-il ainsi, l'intérêt du fait que M. Marchal (de Calvi) a récemment communiqué à l'Académie des sciences n'en serait pas moins réel; son caractère essentiellement clinique et pratique le met naturellement ici à sa place.

Partant de cette donnée, que le principe qui cause la maladie désignée sous le nom d'angine couenneuse ne nous est pas connu, mais qu'il se manifeste par un phénomène, la formation de fausses membranes, qui atteste un excès de plasticité dans le sang; et considérant cet excès de plasticité, sinon comme la cause prochaine, le phénomène le plus élevé de la pathogénie de l'angine couenneuse, du moins comme le fait qui en approche le plus, et celui, par conséquent, auquel il faut s'adresser pour attaquer le mal le plus près possible de sa racine, M. Marchal avait conçu depuis longtemps, dit-il, l'idée de recourir, en pareille occurrence, à l'usage des alcalins, sans négliger toutefois l'élément inflammatoire. C'est ce qu'il a fait avec succès dans le cas suivant, pour la relation duquel nous lui laissons la parole, ajoutant que nous acceptons les conclusions pleines de réserve que notre confrère déduit de cette guérison.

« M. B..., ingénieur en chef du chemin de fer de Vincennes, fut atteint au commencement de ce mois, mars 1855, d'un mal de gorge qui parut d'abord léger, mais qui s'aggrava rapidement. Appelé dès l'invasion, j'avais prescrit des moyens simples. Le lendemain, l'inflammation gutturale était beaucoup plus intense; la muqueuse de l'arrière-gorge était très rouge et œdématiée; la déglutition était extrêmement pénible, et la douleur spontanée très vive, tant à l'arrière-gorge qu'aux régions sous-maxillaires. Mais ce qui me frappa surtout et m'inspira dès le premier coup d'œil la plus grande inquiétude, ce fut de voir à la surface de la langue, et plus particulièrement sur la muqueuse palatine et sur les amygdales, qui n'étaient pas très tuméfiées, des stries blanches nacrées formant par leur rapprochement des taches très apparentes sur lesquelles il n'y avait pas à se tromper. C'était bien le produit d'une exsudation plastique; seulement sur la muqueuse gutturale le produit était interstitiel; en d'autres termes, il n'avait pas traversé l'épithélium; tandis que sur la langue les fausses membranes, dont une offrait la largeur de l'ongle du petit doigt, étaient à nu. J'essayai pour plus d'exactitude de râcler avec l'ongle une des taches de la muqueuse du voile palatin; je n'y pus parvenir, et le malade en éprouva un mouvement violent de vomissement.... Le malade se plaignait d'une gêne extrême à la partie postérieure des fosses nasales, gêne qui arrivait à son comble dans les mouvements de déglutition. Le pouls était à 130, large et mou. En raison du grand nombre de fièvres éruptives qui existaient dans ce moment, l'idée d'une scarlatine imminente se présenta naturellement à mon esprit. Mais, d'une part, la mère du malade avait succombé (en 1845) à une angine couenneuse, et tout le monde sait que cette angine est ce qu'on pourrait appeler une maladie de famille.

» D'autre part, la suffusion plastique de la muqueuse gutturale et les fausses membranes de la surface de la langue étaient de toute évidence. Il y avait donc diphthérite, et chez un homme prédisposé héréditairement on avait à craindre que cette maladie, enrayant l'éruption, ne suivît son cours comme si elle avait été idiopathique.

» Je me décidai donc à faire une application de sangsues pour atténuer l'élément inflammatoire, et à donner le bicarbonate de soude à doses notables et rapprochées pour combattre l'excès de plasticité du sang.... Je prescrivis douze sangsues aux régions sous-maxillaires (six de chaque côté) et 12 grammes de bicarbonate de soude en douze paquets (un toutes les demi-heures dans une cuillerée d'eau sucrée).

» Il était neuf heures du matin. A une heure, le malade avait pris 8 grammes de bicarbonate de soude. Les sangsues avaient donné beaucoup de sang, et il coulait encore abondamment, moins plastique évidemment qu'à l'état normal. Quant à la gorge, ce que je vis est inouï et me causa autant de surprise que de joie. Les fausses membranes de la langue persistaient au milieu d'une couche pultacée, gris sale, qui recouvrait aussi les gencives, où elle était blanche; mais la suffusion plastique de l'arrière-gorge avait complétement disparu; il n'en restait plus trace. Dans l'espace de quatre heures un signe capable d'inspirer le plus grand effroi s'était effacé complétement. Etait-ce sous l'influence du bicarbonate de soude? Je le crois.

» Je me hâte de dire que dès le soir des points rouges, paraissant à la peau, signalaient l'éruption scarlatineuse, qui fut générale et intense, et qui, à peine arrivée à son déclin, fut suivie d'une miliaire à vésicules blanches, séroïdes, très rapprochées au cou et aux bras, avec de courts paroxysmes pendant lesquels le cœur battait violemment, comme dans la suette.

» Je reviens maintenant au point essentiel de cette communication: la disparition de la diphtérite gutturale sous l'influence probable d'un sel alcalin. D'abord, il est certain qu'en thérapeutique on ne peut rien établir sur un seul fait. Ensuite, ce fait n'est pas aussi probant qu'on le désirerait, attendu que chez mon malade l'angine diphthéritique était liée à la scarlatine, et que l'angine couenneuse scarlatineuse est beaucoup moins grave que l'angine couenneuse idiopathique. Mais, comme je l'ai déjà fait observer, il y avait une circonstance, l'hérédité, qui donnait à l'angine, quoique scarlatineuse, une gravité particulière. Ensuite, quand je pense à la disparition si prompte de la diphtérite gutturale après l'administration du bicarbonate de soude, j'ai bien de la peine à ne pas voir là un effet et une cause; et je me demande si le même effet n'aurait point lieu dans la diphtérite idiopatique.

» J'ai dit que le sel alcalin avait pour objet de combattre l'excès de plasticité du sang; il aurait aussi un autre mode d'action, un effet local ou direct sur la diphtérite, effet qui n'a pas échappé à M. Trousseau, auquel j'ai communiqué le cas, et qui l'a pris en considération au point de vouloir essayer les carbonates alcalins dans le traitement de l'angine couenneuse: L'effet local dont je viens de parler est d'autant plus facile à comprendre, qu'un gramme de bicarbonate de soude dans une cuillerée d'eau est assez difficile à avaler et passe en grattant, suivant l'expresssion du malade. »

TUMEUR VOLUMINEUSE DE L'ISTHME DU GOSIER.

Opération. — Guérison.

Par M. le docteur Rennes (de Bergerac).

Mme G..., âgée de soixante ans, de constitution grêle, d'une maigreur remarquable, cependant d'une bonne santé, me consulta au mois de juillet 1854 pour une tumeur qu'elle portait depuis longues années à l'isthme du gosier, et dont elle n'avait pas cru utile de m'entretenir jusqu'alors, en raison du peu de gêne qu'elle en éprouvait. Depuis six mois seulement elle s'est aperçue que cette tumeur a doublé de volume, sans augmenter la gêne de la déglutition ou de la phonation.

Interrogeant ses souvenirs, elle me déclare que cette affection peut bien remonter à l'époque de son dernier accouchement, qui date de vingt ans environ; que longtemps bornée au volume d'une noisette, elle a acquis dans le cours de la dernière année le volume d'une noix, puis celui d'un œuf de poule. Semblable à une petite pomme, elle présente une surface arrondie; elle est située au-devant et dans l'épaisseur du voile du palais, dont elle occupe la partie supérieure, laissant la luette libre. Elle se prolonge en avant, adhère au quart postérieur de la voûte palatine. Elle s'étend particulièrement à droite, et va s'insérer de ce côté à la partie postérieure de l'arcade dentaire supérieure, dérobant à la vue le pilier droit du voile du palais, laissant une ouverture pour le passage de l'air et des aliments entre la luette et le pilier gauche, égale à peu près au tiers de l'ouverture naturelle. La langue est habituellement pressée, déprimée à sa base par le développement de cette tumeur. La prononciation de certains mots en est sensiblement modifiée; mais l'habitude a rendu presque nulle la gêne de la déglutition. Sans les craintes de sa famille, Mme G... n'aurait pas eu l'idée de se plaindre et de réclamer les secours de la médecine.

La surface de cette tumeur est parfaitement arrondie et exempte de bosselures; sa base, largement adhérente à l'os, ne lui laisse qu'une mobilité restreinte. Le doigt, qui la contourne, en fixe les limites supérieures au niveau de la voûte palatine, et donne par la pression la sensation d'un corps résistant, quoique élastique. La muqueuse buccale est intacte.

Mon diagnostic reste incertain entre une tumeur fibro-plastique et un kyste.

Je conseille l'extraction comme le seul remède applicable et fais appeler pour la pratiquer M. le docteur Garrigat, dont la main exercée me paraît devoir triompher des difficultés opératoires. Ces difficultés et le désir de mieux constater le caractère de la tumeur font reculer l'opération jusqu'au commencement de mars 1855. Mais alors l'accroissement sensible de volume, une tache jaune sur un point plus ramolli qui correspond au passage des aliments, une légère bosselure et les inquiétudes de la malade obligent de prendre un parti.

Avant d'opérer, M. Garrigat, désirant avoir l'avis de M. le professeur Chaumet (de Bordeaux), lui adresse Mme G..., laquelle revient bientôt avec cette réponse de l'habile praticien: Que cette tumeur fibro-plastique doit être enlevée, que la division possible du voile du palais ne peut être mise en balance avec le service éminent que l'opération doit rendre à la malade, que le danger de l'hémorrhagie ne peut arrêter un opérateur d'une habileté reconnue, que toutes les chances de succès sont en faveur de l'opération.

Fort de ces encouragements, mon confrère pratiqua l'opération le 9 mars avec son habileté ordinaire, mon assistance se bornant à tenir la mâchoire inférieure abaissée à défaut du bouchon entre les arcades dentaires que l'expuition obligée du sang ne permit pas de maintenir. Le même besoin interrompant à chaque instant la dissection de la tumeur, M. Garrigat se décida à l'enlever dans son entier au moyen des ciseaux et du bistouri sans qu'aucun vaisseau plus développé dût faire redouter l'hémorrhagie. L'eau glacée suffit à arrêter l'écoulement du sang, et les débris de la tumeur furent poursuivis jusqu'au dernier sans que le voile du palais fût intéressé dans sa lame postérieure, qui est restée intacte.

Une large plaie succéda à l'ablation; mais bientôt le voile du palais relevé en a diminué l'étendue; l'inflammation a épaissi les tissus, la suppuration s'est établie.

Une semaine après, la plaie était réduite des deux tiers. En quinze jours la cicatrice s'est achevée sans autre difformité du voile du palais qu'un léger entraînement de la luette du côté correspondant à la tumeur.

Toutes les fonctions s'opèrent régulièrement.

La tumeur a présenté un point ramolli légèrement suppuré, un tissu cellulaire blanchâtre de consistance mollasse et une partie plus dense au centre, d'aspect lardacé, dont une lamelle a été adressée immédiatement à M. le docteur Robin pour en faire l'examen microscopique. Sa réponse a été la suivante:

« Le produit morbide est arrivé en très bon état. Ce n'est pas du
» cancer, mais bien une tumeur épithéliale d'origine glandulaire, c'est-
» à-dire provenant des glandes salivaires palatines, qui, après s'être
» hypertrophiées, subissent une hypergenèse de leur épithélium telle
» que celui-ci forme la plus grande masse de la tumeur.

» Il existe dans votre tumeur des concrétions arrondies microscopi-
» ques de phosphate de chaux, ce qui n'est pas étonnant, vu que la
» salive renferme une certaine proportion de ce sel. Pourtant c'est la
» première fois que je vois ces concrétions dans ces tumeurs. »

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

ADDITION A LA SÉANCE DU 3 AVRIL 1855.

Suite de la discussion sur le mémoire de M. Piorry.

M. Parchappe continue en ces termes:

Il m'a semblé qu'il y avait au fond de cette discussion une question principale dont l'intérêt dominant est généralement senti, bien que les termes dans lesquels elle se pose le plus souvent ne soient pas toujours suffisamment clairs et catégoriques.

Je veux parler de la question du vitalisme.

En quoi consiste le vitalisme pathologique?

Y a-t-il antagonisme réel entre les systèmes pathologiques qui admettent ou excluent le vitalisme comme doctrine fondamentale?

Les doctrines vitalistes, en pathologie, sont-elles ou non dans la voie de la vérité qui n'exclut pas le progrès?

Voilà, messieurs, les questions que je me propose d'examiner.

1° Parmi les différences qui séparent les doctrines pathologiques, il en est une fondamentale, qui appartient à toutes les époques de l'histoire de l'art aussi bien qu'à notre époque, et qui interdit toute possibilité de conciliation, c'est celle qui consiste à admettre ou exclure, comme élément nécessaire de la conception de la maladie, la donnée fondamentale d'une intervention de la force vitale.

En effet, à une époque quelconque du développement historique des sciences essentielles ou accessoires à la médecine, il est possible à l'a-

nalyse philosophique de distinguer nettement deux grandes classes de doctrines pathologiques.

Ainsi, dans toute une classe de doctrines pathologiques, la conception de la maladie repose essentiellement sur l'idée d'une réaction de la vie, de la force ou des forces qui la représentent contre l'action des causes morbifiques.

Cette conception implique, comme expression de la réaction vitale, un développement de phénomènes déterminés pour leur nature, leur siége et leur durée, avec tendance vers un but, la suppression de la cause morbifique et de ses effets; elle suppose la subordination de ces phénomènes ou symptômes de la maladie, qui comprennent les altérations fonctionnelles et les altérations organiques, à l'action de la cause et à la réaction de la vie.

C'est cette conception qui caractérise, en pathologie, le vitalisme. Elle a été formulée pour la première fois dans le naturisme hippocratique, et c'est en ce sens que toutes les doctrines dynamiques et vitalistes qui l'ont admise pour point de départ se sont à bon droit qualifiées de doctrines hippocratiques.

Dans une autre classe de doctrines pathologiques, la conception de la maladie repose exclusivement sur l'idée d'un changement produit dans les organes ou instruments de la vie par l'action des causes morbifiques, elle implique comme expression de ce changement un développement déterminé d'altérations fonctionnelles qui sont les symptômes de la maladie; elle suppose la subordination des altérations fonctionnelles à la nature et au siége des changements organiques.

Cette conception, en excluant la donnée essentielle du vitalisme, a rompu avec la tradition hippocratique; cette rupture, qui a commencé avec Asclépiade et l'école méthodique, s'est continuée à travers les doctrines mécaniques et chimiques, jusqu'à l'organicisme exclusif de nos jours.

Entre ces deux conceptions fondamentales, il n'y a pas, quoi qu'on ait pu dire, de conciliation possible.

Si la conception vitaliste de la nature de la maladie est conforme à la vérité, il faut, bon gré, mal gré, que les autres conceptions s'absorbent en elle sous peine de demeurer incomplètes ou fausses.

Car, il y a ceci de remarquable, que la conception vitaliste, plus large et plus compréhensive, peut parfaitement, comme elle n'a du reste cessé de le faire, s'approprier, sans se contredire, tous les progrès de la science, et notamment les immenses résultats dus au perfectionnement des méthodes d'observation, tandis que la conception exclusivement organiciste ne peut prétendre à se faire accepter sérieusement et définitivement qu'à la condition de la fausseté de la conception vitaliste.

Il ne faudrait pas croire qu'entre ces deux principes pathologiques il ne s'agisse que d'une question de mots.

On n'est pas libre à son gré de se croire et de se dire vitaliste ou organiciste.

On n'est pas vitaliste en pathologie parce qu'on admet plus ou moins positivement en théorie que l'organisme est doué de vie, que les fonctions accomplies par les organes sont subordonnées à une force ou à des forces vitales, si, lorsqu'il s'agit d'apprécier la nature des maladies pour en déduire les indications thérapeutiques, on relègue la vie et ses forces dans le domaine des abstractions pour ne tenir compte que des organes et de leurs altérations matérielles.

On ne cesse pas d'être vitaliste, bien qu'on préfère, je ne sais trop pourquoi, s'appeler organicien ou organiciste, en prenant son nom de la partie au lieu de l'emprunter au tout, quand, accordant à la considération des organes et de leurs altérations matérielles toute l'importance qu'elle mérite, on ne perd pas de vue, soit dans l'appréciation de la nature des maladies, soit dans les indications du traitement, que les forces vitales sont impliquées comme condition première dans tout développement morbide.

Sans nous préoccuper d'interminables querelles de mots, allons au fond des choses, et disons : il y a une pathologie vitaliste, celle qui considère la maladie comme un développement, dans le corps organisé, de phénomènes représentant essentiellement une réaction de la force ou des forces vitales contre la cause ou les causes morbifiques, et tendant à la suppression de la cause ou de ses effets. Il y a une pathologie non vitaliste, quel que soit le nom qu'elle se donne ou qu'on lui donne : celle qui considère la maladie purement et simplement comme un changement produit dans les organes par l'action de diverses causes, et entraînant comme conséquence un trouble dans les fonctions.

Cette différence fondamentale entre les deux principes dominants des doctrines pathologiques a-t-elle une importance qui motive l'insistance que j'ai mise à en démontrer l'existence; ou bien, comme on affecte de le croire, l'antagonisme qui se perpétue entre les doctrines pathologiques n'est-il en définitive qu'une vaine dispute de mots, et est-il vrai, quand il s'agit de l'exercice de l'art, que les praticiens, oubliant les définitions de l'école, soient à peu près d'accord, et par rapport à l'appréciation de la véritable nature des maladies particulières et aux véritables indications thérapeutiques?

Ce serait là, à mon avis, une grave erreur. Les deux conceptions antagonistes de l'essence de la maladie ne sont pas de pures abstractions. Ces conceptions contiennent en puissance tout un ordre particulier de conséquences théoriques et pratiques. Il est facile de démontrer que chacune d'elles a ses solutions propres et distinctes pour toutes les questions capitales de la pathologie et de la thérapeutique.

L'unité morbide est admise comme un dogme fondamental par la pathologie vitaliste.

De là ses tendances à admettre la généralisation des états morbides, et à ne voir en beaucoup de cas dans les altérations organiques ou fonctionnelles que l'expression plus ou moins locale d'une maladie qui intéresse l'organisme tout entier.

L'unité morbide est niée par la pathologie non vitaliste ou admise seulement au point de vue de l'identité de la nature des altérations organiques.

De là ses tendances à admettre la localisation des altérations organiques comme le fait principal; à ne concevoir les maladies générales que comme exprimant une localisation dans des organes généraux (le sang, le système circulatoire, le système nerveux), et à ne voir dans les troubles même les plus généraux que l'expression plus ou moins étendue d'une maladie qui n'intéresse qu'une partie plus ou moins circonscrite de l'organisme.

Ainsi, en ce qui touche la variole, la pathologie vitaliste en conçoit le développement morbide comme l'expression d'une réaction de la vie contre la cause virulente; elle considère la maladie comme intéressant l'organisme tout entier, bien que l'éruption cutanée soit un de ses éléments intégrants; elle n'admet pas qu'on puisse la rapporter aux phlegmasies, bien que le développement des pustules à la surface de la peau offre l'ensemble des caractères qui appartiennent à l'inflammation.

Cet ensemble de vues relatives à l'unité morbide se retrouve, pour les doctrines vitalistes, applicable à un grand nombre de maladies : rougeole, scarlatine, fièvres continues, fièvres intermittentes, choléra-morbus, typhus, rage, morve, syphilis, tubercules, scrofules, cancer, etc.

Les doctrines pathologiques non vitalistes conçoivent la variole comme le résultat de l'action d'une cause virulente sur les organes.

L'unité morbide n'est admise qu'au point de vue de l'action produite par un virus, ou de sa présence actuelle dans le sang.

La généralité de la maladie n'est comprise que par rapport à l'altération d'un organe général, le sang.

L'éruption pustuleuse est regardée comme l'élément organique principal de la maladie, dont le siége est localisé pour les uns à la peau, pour d'autres dans le sang et à la peau.

Le développement des troubles fonctionnels n'est considéré que comme un effet des altérations organiques du sang et de la peau. Bien qu'évidemment due à une cause spécifique, la maladie est assimilée aux inflammations et classée au nombre des phlegmasies de la peau.

Cet ensemble de vues est généralement appliqué, dans les doctrines non vitalistes, à la théorie des maladies en ce qui se rapporte à toutes les questions d'unité, de nature, de siége de la maladie. La rougeole et la scarlatine sont des phlegmasies cutanées. Les fièvres continues sont des angiocardites, des gastro-entérites, des entéro-mésentérites, etc. Les fièvres intermittentes sont des maladies de la rate. La morve est une rhinite. Le tubercule, le cancer sont rattachés, comme effets secondaires, à l'inflammation locale des organes. Les scrofules sont des maladies locales, des inflammations d'une nature particulière. Les diathèses sont des chimères, etc.

Cette divergence dans les vues entre les doctrines vitalistes et non vitalistes ne se retrouve pas moins profonde et moins capitale dans la thérapeutique.

D'après leur conception fondamentale de la maladie, les doctrines vitalistes attribuent à l'organisme lui-même en tant que doué de la vie, sous les noms de nature ou de forces vitales, une part essentielle et principale dans la guérison des maladies. Elles admettent que la réaction de la vie, qui donne naissance au développement morbide, a pour tendance la suppression de la cause morbifique ou de ses effets.

De là cette conception de la force médicatrice de la nature, dont le rôle est à leurs yeux si important dans les maladies, qu'il ne laisse généralement au médecin que le rôle secondaire d'interprète et d'auxiliaire.

Aussi, tout en ne négligeant pas l'indication commune à toutes les doctrines de chercher à supprimer ou à neutraliser autant que possible la cause morbifique, les doctrines vitalistes repoussent la prétention de mettre obstacle au développement morbide une fois établi, et ils empruntent les indications thérapeutiques principales à la convenance de seconder les efforts médicateurs de la nature, et de n'intervenir activement que pour remédier aux accidents et aux complications.

Les doctrines non vitalistes ne comptent pas sur les effets de la force médicatrice, qu'elles méconnaissent ou qu'elles dédaignent. Elles ont la prétention de combattre directement et positivement le développement morbide. Pour parvenir à ce but, elles recourent énergiquement aux remèdes les plus héroïques. Elles empruntent les indications principales du traitement non pas à la considération de l'état des forces, de la marche de la maladie, des mouvements critiques, mais à la considération de la nature de la maladie et de son siége organique.

Ainsi, dans le traitement de la variole, les doctrines vitalistes imposent une extrême circonspection, en ce qui se rapporte à l'emploi des médications perturbatrices. Elles respectent la marche de la maladie quand elle parcourt régulièrement les phases de son développement nécessaire; elles modèrent ou activent ce que la réaction de la vie peut avoir d'excessif ou d'insuffisant; elles favorisent, aident, suppléent même, autant que possible, le mouvement des forces vitales vers la peau, lorsqu'à l'insuffisance de l'éruption cutanée se rattachent des symptômes fâcheux de concentration vers les viscères.

On a vu que dans le traitement de la variole qu'a exposé M. Piorry il n'est nullement question de toute la série des indications qui forment la base de la thérapeutique vitaliste. Mais en revanche on y trouve des indications qui, pour les doctrines vitalistes, n'ont qu'une valeur secondaire ou nulle.

C'est dans le traitement des maladies générales localisées que les doctrines non vitalistes sont surtout en antagonisme par rapport aux doctrines vitalistes. Dans ces maladies, si l'on en croit les organicistes, à raison même de leur gravité, on ne saurait trop tôt, trop énergiquement, trop longtemps agir. En les traitant convenablement, non-seulement on guérit presque toutes les maladies, mais encore on abrége considérablement la durée des maladies. Les théories et les remèdes diffèrent, mais les résultats se ressemblent.

Ainsi, dans ces maladies prétendues générales, l'état fébrile, qui n'est autre chose qu'une irritation ou une inflammation du sang ou de la membrane interne des vaisseaux sanguins et du cœur, est souverainement vaincu par la saignée. C'est à l'inflammation de la muqueuse digestive que sont dus les autres troubles fonctionnels qui sont enrayés et suspendus quand, après avoir reconnu que leur cause est dans une altération inflammatoire des organes digestifs, on les combat par la saignée.

Et il n'y a des insuccès que pour les médecins vitalistes, qui s'obstinent à croire que toutes ces maladies ont un développement nécessaire et une durée fatale, et sont assez aveugles pour craindre que des coups dirigés contre la maladie puissent atteindre les malades.

Il y a donc bien réellement en pathologie deux doctrines générales qui se séparent profondément l'une de l'autre au point de vue théorique et pratique, et qui peuvent être rapportées l'une au vitalisme, l'autre à l'organicisme, à raison de la part principale attribuée dans la génération de l'état morbide, par l'une à l'action des forces vitales, par l'autre à l'altération des organes.

Maintenant de quel côté est la vérité?

Il est tout d'abord évident que la vérité ne peut être dans l'une ou l'autre de ces doctrines poussées jusqu'à l'exagération.

Les forces vitales, sans le milieu où elles se développent, sans les conditions que suppose leur déploiement, sans les instruments de leur action réelle, ne sont pas moins chimériques que des actions organiques qui ne compteraient pas au nombre de leurs conditions un déploiement de ces forces qui sont propres aux êtres doués de vie.

Le vitalisme qui supprimerait de l'appréciation de l'état morbide la considération de l'état des organes serait aussi complétement dans la voie de l'erreur que l'organicisme qui en éliminerait la considération des forces sans lesquelles ces organes ne seraient que de la matière morte.

Je ne dis pas qu'on ne puisse pas arriver et qu'on ne soit pas arrivé en effet jusqu'à ces excès, mais ce n'est en quelque sorte qu'accidentellement, sans se l'avouer à soi-même et sans l'avouer aux autres.

Les exagérations et les excentricités théoriques étant mises de côté, et la question doctrinale étant ramenée à ses véritables termes, de quel côté, dans le vitalisme ou dans l'organicisme, se trouvent la véritable conception de la maladie, et partant les véritables principes de la pathologie au double point de vue de la théorie et de la pratique?

A mon avis, du côté du vitalisme.

Pour justifier cette opinion je ne choisirai pas le type morbide, beaucoup trop favorable aux doctrines vitalistes, que, dans sa consciencieuse et honorable conviction, M. Piorry a pris pour exemple.

En s'appuyant sur l'étude de la variole pour proclamer sa prééminence, le vitalisme semblerait vouloir se donner trop beau jeu.

Je chercherai un exemple là où il paraîtrait au premier coup d'œil que les doctrines vitalistes ne peuvent trouver place, parmi les maladies qui consistent en une lésion mécanique produite par une cause mécanique dans un organe dont la fonction est mécanique, dans la fracture.

Ici la cause de la maladie a disparu après avoir produit son effet; mais cet effet, dans ce qu'il a d'essentiel, est de même nature que la cause. L'os est mécaniquement lésé. Le trouble fonctionnel qui résulte immédiatement de cette lésion est aussi de nature mécanique.

Les moyens du traitement curatif consistent aussi en des actions mécaniques.

Voilà donc une maladie dont toutes les conditions semblent se résumer en phénomènes de l'ordre physique. C'est là ou jamais que doivent triompher les doctrines opposées au vitalisme. Et pourtant, si l'on ne s'arrête pas à la surface des choses, en quoi donc consiste ce qui fait l'essence de la maladie dans une fracture?

Ce qui constitue essentiellement la maladie, c'est ce qui se produit dans l'organisme vivant à la suite de l'action et de l'effet immédiat de la cause; c'est, conformément à la doctrine vitaliste, une réaction de la vie contre la cause morbifique et ses effets; c'est un développement morbide déterminé pour une tendance finale, à savoir : la reconstitution de l'os fracturé dans ses conditions primitives de continuité, de formes, de relations, d'aptitude à son fonctionnement normal.

Tous les merveilleux artifices de la formation du cal ne sont-ils pas subordonnés et coordonnés par rapport à un but d'après des lois propres aux êtres vivant sous l'influence d'actions fonctionnelles qui supposent un déploiement de forces vitales.

L'ensemble des lois que sous l'influence de ces forces suivent les parties organiques solides et liquides pour réaliser la formation du cal ne représente-t-il pas une action unitaire de la vie, expression vive et frappante de ce que les vitalistes entendent sous le nom d'action de la force médicatrice de la nature?

Je crois donc que la conception vraie de la maladie est celle que le vitalisme a admise dès le temps d'Hippocrate.

Je crois que cette conception n'exclut aucun des progrès réalisés ou à réaliser dans le vaste domaine de la pathologie, qu'elle n'est particulièrement hostile ni aux méthodes d'observation chimique et physique, dont l'emploi a rendu de si immenses services soit dans le diagnostic, soit même dans la pathogénie, ni à l'anatomie pathologique, qui a si puissamment concouru à éclairer la science soit sur le siége des maladies, soit sur les altérations organiques qui font partie de leur développement.

Je crois qu'il y a, en effet, un antagonisme réel et même un antagonisme inconciliable entre les doctrines vitalistes et les doctrines non vitalistes, que cet antagonisme revêt sa plus haute expression dans les sectes ultra-vitalistes et ultra-organicistes.

Mais je pense que le vitalisme, pour l'honneur de la science et pour le bonheur des malades, est aujourd'hui et sera toujours la doctrine médicale dominante, malgré tous les dissentiments qui se partagent et qui se partageront longtemps encore le domaine de la science et de l'art.

Le vitalisme n'appartient pas en propre, malgré des prétentions illusoires, à l'école de Montpellier, et l'organicisme, conçu comme un antagonisme par rapport au vitalisme, ne caractérise pas, quoi qu'on ait pu dire, l'école de Paris.

Aucune école n'a le privilége de la vérité et de l'erreur.

Le vitalisme a eu toujours et a encore des représentants dans l'école de Paris.

L'école de Paris, qui a résisté à la doctrine dite physiologique même en recevant dans son sein l'illustre auteur de cette doctrine; l'école de Paris, qui a montré dans un passé peu éloigné Laënnec à côté de Broussais, et qui montre dans son présent, pour ne parler que de la pathologie médicale, MM. Andral, Cruveilhier et Louis entre MM. Chomel et Rostan, représente la médecine tout entière; elle marche réellement dans la large voie du progrès moderne en s'appuyant sur la tradition et sans briser l'unité du développement scientifique dont l'histoire de la médecine déroule l'imposant tableau.

M. Piorry. M. Bouillaud reproche à mon travail sur le traitement de la variole de ne point renfermer d'idées nouvelles et d'établir la thérapeutique sur des données qui ne diffèrent pas de celles qui dirigent les autres médecins; c'est précisément le reproche opposé à celui que naguère me faisait M. Bousquet. Je ne sais lequel a raison. Il est au moins certain que je n'ai trouvé aucune analogie à cet égard entre mon mémoire et l'article Variole de la *Nosographie* de notre collègue.

On y trouve l'éruption variolique du pharynx et du larynx, mais au point de vue des accidents spéciaux qui surviennent lorsque cette érup-

tion existe. Sous le rapport du danger de cet état pathologique et surtout, ce qui est bien plus important, relativement au traitement, on n'y rencontre rien qui traite le moins du monde des indications qui s'y rapportent.

S'agit-il de l'emploi des emplâtres comme abortif? M. Bouillaud ne dit rien de mes recherches sur les applications du diachylon, antérieures de dix ans à celles de M. Briquet. Est-il question de l'ouverture des pustules? Il dit que j'y ai insisté tout récemment, tandis que mon travail sur ce sujet date de 1834.

Ainsi, sous tous les points de vue, l'article de M. Bouillaud sur la variole montre qu'avant la lecture de mon mémoire il ne se doutait pas de l'importance que l'on doit attacher à l'étude des divers états pathologiques qui se déclarent dans la variosie; moins que tout autre, il n'est donc pas autorisé à dire que je n'ai rien dit de nouveau relativement à la curation de cette terrible maladie.

Je ne connaissais pas plus que M. Bouillaud les recherches de M. Velpeau sur la cautérisation des pustules varioliques, et je le regrette. Là comme ailleurs je n'ai rien pris à d'autres, et je me suis attaché seulement à prouver que la cautérisation dont il s'agit devait, pour réussir, être profonde, très réitérée, et qu'elle était seulement utile pour faire avorter les très dangereuses pustules qui se déclarent au pharynx et vers certaines parties de la face.

Je crois, peut-être à tort, avoir le premier employé les emplâtres, puis les corps gras, et cela dans l'intention de prévenir le développement de la variodermite.

Je pense encore avoir démontré qu'il est avantageux d'ouvrir les boutons varioliques alors qu'ils sont remplis de pus; que faire tomber les pyolithes variosiques est chose extrêmement utile, etc. Il me semble que j'ai mieux que d'autres isolé les états anatomiques qui se déclarent à la suite de l'action du variose, et que la manière dont j'ai étudié les états anatomiques est utile et diffère beaucoup de la méthode d'étude généralement suivie.

Qu'un écrivain peu versé dans la pratique ou dépourvu de connaissances anatomiques et chirurgicales regarde l'ouverture du conduit aérien comme une opération fort dangereuse, je le conçois, et cette erreur déplorable a été cause de la mort de beaucoup d'enfants atteints du croup et qui auraient vécu si on avait pratiqué la trachéotomie; mais qu'un médecin expérimentateur qui doit avoir vu cent fois que chez des animaux l'ouverture du conduit de l'air ne cause pas d'accidents, que le physiologiste qui ne doit pas ignorer que la présence de l'eau et de l'écume dans les bronches fait périr, me blâme de pratiquer une opération en elle-même innocente alors qu'elle peut sauver la vie du malade, voilà ce qui est pour moi un sujet de grand étonnement!

Je n'ai qu'un seul fait à citer, il est vrai; mais en dépit des fausses interprétations de la statistique, il est de ces faits isolés qui en valent mille (M. Piorry rappelle ici les principaux détails du fait en question); et il ajoute :

Ne l'ai-je pas dit et redit : dans plus de 50 faits où l'enrouement a existé au début de la variole et où une grave variolaryngite s'est déclarée, toujours les malades sont morts asphyxiés; et l'on pourrait me blâmer d'avoir cherché à prévenir une mort qui devait avoir lieu *inévitablement* et *actuellement!* Non, je n'ai point agi dans ce cas *légèrement*; non, je ne conseille pas *légèrement* d'imiter à l'occasion la pratique que j'ai suivie. Des mémoires nombreux publiés sur l'écume bronchique et sur les causes matérielles de la mort, quelque milliers de nécropsies où j'ai vu les poumons être devenus impropres à la respiration par suite de la présence de mucosités spumeuses dans l'arbre aérien, ne peuvent laisser dans mon esprit aucun doute à ce sujet.

J'ai bien particularisé les cas où dans la variole la trachéotomie convient; c'est lorsque, dans la variolaryngite et la variopharyngite, il se trouve dans l'arrière-gorge et dans le larynx des mucosités qui ne peuvent être expulsées et qui menacent de faire périr les malades par asphyxie.

M. Bouillaud taxe ma doctrine d'*exagérée*. Mais je me souviens qu'on me reprochait aussi, il y a quelques années, d'exagérer l'importance du plessimètre. Pourquoi? Parce qu'on ne savait pas s'en servir. Toujours on est enclin à voir une hyperbole dans ce que l'on ne connaît pas assez.

M. Bouillaud, laissant de côté la question de la variole, a cherché à démontrer l'existence des unités morbides que j'ai niées. Suivant lui, je me ferais illusion sur ce point. Sans m'égarer dans les hypothèses, je réponds simplement que ce que je nie, c'est l'idée de la maladie considérée comme une collection de phénomènes dont on peut déterminer *à priori* l'enchaînement et la succession; ce que je nie, c'est la réalité de la scrofule, de la fièvre inflammatoire, bilieuse, ataxique, de la fièvre intermittente, envisagées comme autant de choses parfaitement semblables à elles-mêmes dans tous les cas, susceptibles de recevoir un nom et de se prêter à une classification, susceptibles d'être additionnées, et enfin obéissant aux mêmes moyens de traitement.

Je laisse de côté les *entités* de la nosographie philosophique, et je m'occupe de la pneumonie, de la pleurésie, de la gastrite décrites comme maladies unitaires dans la nosographie dont M. Bouillaud est l'auteur. Je vais dire les inconvénients de cette manière de considérer les faits.

1° Ces unités ne sont pas identiques : le rhumatisme comprend plus de vingt états morbides qui diffèrent par leur cause, leur siége, leur nature et leur traitement; la scrofule est une collection des lésions les plus dissemblables; la fièvre inflammatoire est tantôt l'expression d'une certaine altération du sang (*l'hémite*), tantôt le début des fièvres éruptives, et alors elle traduit une altération du sang tout opposée à la précédente; les fièvres bilieuses et ataxiques ne sont que des complications ou des variétés de ce que l'on appelle fièvre typhoïde; la fièvre intermittente résulte soit de souffrances organiques variables de la rate, soit d'une névralgie intercostale, soit d'une affection des voies urinaires; sa nature n'est pas la même chez tous les malades, son danger est infiniment variable, la périodicité même ne lui est pas propre, mais appartient à une foule de phénomènes de l'état de santé ou de maladie; enfin le quinquina n'en est pas le spécifique, puisque, suivant la cause qui l'a produite, elle guérit tantôt par l'application d'un vésicatoire, tantôt par un traitement dirigé contre la maladie des voies urinaires, etc.

2° Les maladies résultant d'un ensemble ou d'une succession de lésions, chacune de celles-ci devient la source d'indications qui changent presque à tout instant. Or la maladie est considérée comme toujours semblable, depuis le début jusqu'à la fin, quoique les lésions aient changé et que l'état général ait varié.

3° Dans ce que l'on est convenu d'appeler fièvre typhoïde, il existe une inflammation des plaques de Peyer, à laquelle succèdent des ulcérations. Il peut y avoir ouverture d'un vaisseau et hémorrhagie; il peut survenir une gangrène, une perforation; le sang est diminué dans sa quantité; il perd un de ses éléments les plus essentiels; des résorptions putrides peuvent avoir lieu; le poumon, la rate, la peau devenir malades. Et tout cela, vous l'appelez *entéro-mésentérite!*

4° Au point de vue du diagnostic, l'idée de la maladie unitaire n'a pas moins d'inconvénients. Avec cette idée, le but du médecin se borne à trouver un nom pour désigner les phénomènes les plus saillants qu'il observe. Cette appellation trouvée, à la satisfaction du public non médical, il ne s'agit plus que d'indiquer le remède, et l'on ne tient plus compte que des complications les plus graves et les plus apparentes. On se dispense d'interroger, comme il faudrait le faire, le poumon, la rate, l'intestin; la maladie marche, et souvent l'autopsie seule vient révéler l'existence de graves lésions, qu'une étude plus attentive eût permis de reconnaître pendant la vie et de combattre avec succès.

5° Cette doctrine conduit à une thérapeutique déplorable. Une fois la maladie dénommée, on la fait précéder de la particule *anti*, et l'on trouve sur les vitres des officines la série des anti-apoplectiques, des anti-scrofuleux, des anti-épileptiques.

Maintenant, d'où vient que M. Bouillaud défend contre moi les unités morbides? D'où vient cette opposition à l'organo-pathisme, quand cette doctrine que l'on attaque si violemment tient compte et du *quid ignotum*, élément réel, mais insaisissable des souffrances organiques, quand elle étudie avec un soin extrême les causes, le siége, les complications, la composition, la filiation des états morbides, qu'elle tend à en rendre le diagnostic plus positif, la thérapeutique plus précise, quand cette doctrine est en harmonie avec la pratique des grands médecins de tous les temps?

Ces causes sont bien nombreuses, je les énumérerai dans la prochaine séance.

Une grave affaire judiciaire portée récemment devant la cour d'assises de Rouen a soulevé une question médico-légale qui a été contradictoirement débattue devant la cour par MM. A. Devergie et Tardieu. Sans aborder aujourd'hui le fond de cette question, nous regardons comme un devoir d'obtempérer à la demande que nous fait M. Devergie en insérant la lettre suivante relative à un incident qui se rattache à ces débats.

A M. le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Monsieur,

La question médico-légale dans l'affaire Duroulle (de Rouen) sera publiée dans le prochain numéro des *Annales d'hygiène et de médecine légales;* mais il est des faits d'honorabilité médicale qui sont passés inaperçus dans les débats, et auxquels je tiendrais à donner la publicité de votre journal.

M. Bidault, jeune médecin d'Evreux et l'un de mes internes des hôpitaux de Paris, y a joué un rôle aussi honorable que modeste.

Commis par la justice d'Evreux pour procéder à l'autopsie de la dame Duroulle et pour assister aux débats, il est resté convaincu, après la condamnation de Duroulle aux travaux forcés à perpétuité, qu'il y avait là une erreur judiciaire.

Il s'est empressé de m'en écrire à Paris; il a fait plus, il a abandonné momentanément sa clientèle, il est venu à Paris, m'a apporté lui-même toutes les pièces de la procédure, et m'a dit : *Prêtez-moi votre concours.*

Alors j'ai rédigé un mémoire pour la cour de cassation; celle-ci a infirmé le jugement pour vice de forme (une prestation de serment à titre de témoin, au lieu d'une prestation de serment à titre d'expert; l'inverse peut-être) et renvoyé l'affaire devant la cour impériale de Rouen.

Voilà comment je suis intervenu moi-même aux débats; c'est l'initiative du médecin commis par la magistrature d'Evreux qui m'y a amené.

Eh bien! cette conduite de notre jeune confrère lui fait le plus grand honneur; elle est l'expression d'une âme honnête, qui sacrifie même ses intérêts personnels à ce qu'il croit être une réparation judiciaire à opérer. Ce sont de ces démarches honorables pour notre profession qu'il faut livrer à la publicité; car M. Bidault, après avoir obtenu par le jugement rendu à Rouen la satisfaction qu'il recherchait pour sa conscience, est sans doute retourné sans bruit à Evreux pour y rentrer dans la carrière modeste du praticien, ne laissant subsister de ses démarches que les souvenirs de ceux qui ont été à même d'en apprécier toute la délicatesse.

Permettez-moi, à cette occasion, de vous prier de vouloir bien publier une lettre que j'ai cru devoir faire insérer dans le journal le *Droit*, et d'y joindre les explications que le rédacteur du *Droit* y a mises à la suite. Le premier devoir du médecin qui dépose en justice est de ne jamais laisser planer sur lui aucun soupçon, et c'est à ce titre que je demande la publicité de cette lettre dans votre feuille, qui s'adresse seulement au monde médical.

Veuillez agréer, etc. A. DEVERGIE.

A M. le rédacteur en chef du DROIT.

Monsieur,

Je lis dans votre journal le compte rendu de la séance du 25 mars à la cour d'assises de Rouen (affaire Duroulle), et j'y vois que le ministère public, dans la personne de M. Jolibois, aurait suspecté la déposition que j'ai faite devant la cour, en la taxant de *complaisante* à l'égard de la défense. J'ai lieu de croire cette narration exacte, car elle est reproduite par d'autres journaux. M. Berryer a bien voulu réfuter cette assertion comme elle méritait de l'être; je l'en remercie.

Si j'eusse assisté aux débats, j'aurais invité M. l'avocat général à rétracter ses paroles, ou j'aurais demandé acte à la cour de cette offense.

Aujourd'hui qu'un jugement a sanctionné ma manière de voir, je me borne à déclarer que si je reconnais au ministère public le droit de défendre la société, je ne lui reconnais pas celui de mettre en suspicion, pour les besoins de la cause, un témoin qui a prêté serment de dire la vérité, et qui depuis plus de vingt ans a reçu de toute la magistrature de France des témoignages de confiance, d'estime et d'honorabilité.

Je vous prie, monsieur, et au besoin vous requiers, de vouloir bien, etc. A. DEVERGIE.

Paris, le 27 mars 1855.

Note du rédacteur du DROIT. — Le reproche de *complaisance* que M. l'avocat général Jolibois aurait adressé au témoignage de M. A. Devergie ne se trouve pas et ne devait pas se trouver dans la reproduction que nous avons donnée de son réquisitoire; le passage suivant de la réplique du ministère public, que nous n'avons pu reproduire qu'incomplétement à raison de l'étendue même de la discussion, dit assez pourquoi :

« On nous accuse, a dit M. l'avocat général répondant à Me Berryer, d'avoir manqué de convenance en appréciant la déposition de M. le docteur Devergie. Le défenseur s'est mal rappelé nos paroles; nous n'avons pas dit que M. Devergie ait été un témoin complaisant, nous avons dit et nous maintenons que M. Devergie, cédant, il l'a dit lui-même, aux prières d'une mère désespérée qui lui criait : N'abandonnez pas mon fils! a apporté dans cette enceinte le zèle et aussi la loyauté d'un avocat; nous espérons que cette parole n'excitera aucune récrimination au banc de la défense. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 31 mars 1855, ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MM. Ving, médecin aide-major de 1re classe; Billon, médecin aide-major de 2e classe; Roger, pharmacien aide-major de 1re classe.

— La Société des médecins des bureaux de bienfaisance de Paris a renouvelé son bureau pour l'année 1855. Ont été nommés :

Président honoraire, M. Davenne, directeur de l'assistance publique; *président*, M. Dufour (2e arrondissement); *vice-présidents*, MM. Janin (3e arr.) et Labarraque (5e arr.); *secrétaire général*, M. Fontès (4e arr.); *secrétaire*, M. Thibault (5e arr.); *vice-secrétaire*, M. Caron (4e arr.); *secrétaire trésorier*, M. Moret (1er arr.); *secrétaire archiviste*, M. Machelard (11e arr.)

Conseil d'administration. — M. Collomb (6e arr.), M. Payen (4e arr.), M. Nicolas (1er arr.).

— M. le docteur Ernest Troncin vient d'être nommé médecin adjoint de l'Ecole polytechnique.

— Des lettres que nous recevons de l'armée d'Orient annoncent qu'à la date du 23 mars le nombre des médecins morts depuis le commencement de la campagne s'élève à vingt-six.

On assurait, à cette époque, que notre honorable confrère M. le docteur Michel Lévy allait rentrer en France; et l'on désirait vivement l'arrivée annoncée depuis longtemps déjà d'un certain nombre de médecins des hôpitaux militaires de Paris et de quelques autres villes. Le personnel médical est si peu en rapport avec les besoins, ajoute notre correspondant, que l'on recrute autant qu'on le peut des médecins italiens, grecs ou d'autres nations, qui partagent les travaux de nos confrères de l'armée. Mais pour le recrutement de ces *médecins requis*, nous avons à soutenir une rude concurrence avec l'armée anglaise; car nos alliés payent 450 fr. par mois les services de ces médecins qui, dans l'armée française, ne reçoivent que 200 fr.; et — voyez la justice — nos jeunes aides-majors qui sortent de l'Ecole impériale de médecine militaire avec le titre de docteur, et qui ont par conséquent donné des preuves réelles de science et de capacité, sont moins libéralement traités.

Un journal annonçait, il y a deux jours, que quatre chirurgiens anglais accompagnés de trois élèves de l'école de Paris venaient de s'embarquer à Marseille pour se rendre à Eupatoria. Cette nouvelle, si elle est exacte, prouve que l'armée anglaise cherche à réparer le côté faible de son organisation. Il doit y avoir en France plus d'un médecin qui se trouverait heureux de recevoir 450 francs par mois. Avis donc à ceux qui connaissent la langue anglaise.

— 1,699 personnes sont chargées de l'enseignement donné dans les 28 Universités de l'Allemagne, savoir : 847 professeurs en titre, 253 agrégés, 46 professeurs honoraires, 450 maîtres particuliers et quelques maîtres de langues. Pendant le semestre d'hiver actuel, le nombre des étudiants inscrits dans ces universités a été de 18,204; pendant celui de 1851-1852 il s'était élevé à 19,354, et pendant celui de 1852-1853 à 18,596.

— Le docteur Hoelfe (de Heidelberg) a succombé dernièrement au typhus. Professeur distingué de pathologie médicale, et profondément versé dans les études de microscopie, M. Hoelfe était l'auteur d'un ouvrage intéressant ayant pour titre : *De la chimie et de la microscopie au lit du malade.*

— M. le professeur Trousseau commencera son cours de clinique médicale le mardi 10 avril et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine.

— M. le professeur Jobert commencera son cours de clinique chirurgicale le mercredi 11 avril, et le continuera les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. DECQ;
A Genève, à la librairie de JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

NYSTEN. — **Dictionnaire de médecine, de chirurgie, de pharmacie, des sciences accessoires et de l'art vétérinaire**, 2e édition, revue, corrigée et considérablement augmentée; par E. LITTRÉ, membre de l'Institut de France, et Ch. ROBIN, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Ouvrage augmenté de la synonymie grecque, latine, anglaise, allemande, espagnole et italienne, suivi d'un vocabulaire de ces diverses langues, illustré de 500 figures intercalées dans le texte. 2e partie (pages 609 à 1490). — L'ouvrage complet, un vol. grand in-8° de 1490 pages à deux colonnes, avec 500 figures. Prix : 16 fr. Chez J.-B. Baillière, rue Hautefeuille, 19.

LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. — Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 9 avril 1855.

Séance de l'Académie de Médecine.

La séance de samedi a été exclusivement consacrée, ainsi qu'il avait été convenu, à la suite de la discussion sur les doctrines médicales; et, ainsi qu'il arrive assez habituellement dans ces séances extraordinaires, la discussion a été tronquée plutôt que terminée, à la grande satisfaction du plus grand nombre, pour qui elle paraissait sans issue, au dépit de quelques-uns, qui s'attendaient à entendre quelques orateurs privilégiés de la galerie. Dans toute autre circonstance, nous aurions pu regretter de voir mettre en usage le procédé expéditif du bureau; nous ne pouvons que l'approuver ici; c'était le seul moyen de mettre un terme à une discussion qui tendait à effacer le sujet principal du débat scientifique au profit d'une lutte personnelle dont l'Académie n'a pas voulu soutenir les enjeux.

Nous demandons la permission à nos lecteurs (la plupart nous en sauront gré, nous en sommes sûr) de passer outre sur ce débat incident, où les arguments scientifiques n'étaient que des armes mal déguisées mises au service d'amours-propres blessés. Mais nous avons un arriéré à solder vis-à-vis d'un orateur qui, par sa parfaite intelligence du sujet en discussion, autant que par l'exquise convenance de sa dissertation et la pureté des formes académiques, a su captiver pendant la plus grande partie de la précédente séance l'intérêt et l'attention soutenue de l'Académie. Nous voulons parler de M. Parchappe, que son titre de correspondant autorisait heureusement à prendre la parole.

M. Parchappe, avons-nous dit jeudi dernier, a traité les deux points en discussion : le traitement de la variole et les doctrines médicales. Sur le premier point, il s'est attaché à défendre la pratique généralement adoptée dans le traitement de la variole contre le double reproche d'inconséquence et d'insuffisance que M. Piorry a fait peser sur elle. Il a parfaitement démontré qu'il n'y avait aucune inconséquence à distinguer dans la variole divers degrés, diverses formes et variétés, que l'on peut toujours ramener d'ailleurs à un type commun, à une même origine, à une même nature essentielle parfaitement identique, et que les pathologistes, en agissant ainsi, ne faisaient qu'appliquer avec raison à la médecine une méthode dont usent toutes les sciences d'observation. Distinguer et dénommer des degrés, des formes, des variétés dans une maladie, ce n'est en aucune sorte, comme l'a très justement dit M. Parchappe, admettre, soit implicitement, soit explicitement, que ces degrés, ces formes, ces variétés n'appartiennent pas à une même maladie; ce n'est nullement renoncer à la doctrine de l'unité morbide, dont, avec la presque universalité des pathologistes, l'orateur s'est déclaré défenseur.

Quant au reproche d'insuffisance, il était plus difficile sans doute d'en justifier complétement les méthodes thérapeutiques usitées contre la variole. Mais qu'a fait de plus M. Piorry lui-même, et quels sont les moyens qu'il oppose à ses états organopathiques de la variole, si ce n'est sous d'autres noms, sauf quelques modifications ou additions qui sont loin de réunir l'assentiment, la même chose au fond que le traitement des indications symptomatiques; c'est-à-dire le seul auquel sont réduits malheureusement tous les médecins, quelles que soient leurs vues doctrinales, faute de moyen direct à opposer à la maladie elle-même.

Mais ce n'est pas tout. Si la thérapeutique n'a rien gagné à la méthode analytique de M. Piorry, la pathologie du moins y a-t-elle acquis plus de clarté et plus de précision? Sur ce point encore M. Parchappe a montré à M. Piorry que les états anatomo-pathologiques distincts qu'il admet dans la variole ne reposent sur aucun fondement; qu'il n'a tenu compte dans cette analyse ni de la succession, ni de l'enchaînement des phénomènes; qu'il a confondu ce qui est effet avec ce qui est cause, ce qui est essentiel avec ce qui n'est qu'accidentel; qu'en un mot sa distinction ne repose sur aucun principe philosophique, ou plutôt qu'elle est contraire aux vrais principes de la manière de raisonner en médecine.

Telle est en substance la première partie de l'argumentation de M. Parchappe. Nous omettons volontairement ce qui concerne la nomenclature considérée au point de vue de la variole, dont le moindre inconvénient aux yeux de M. Parchappe est d'être tout au moins inutile; mais nous le suivrons sur le terrain doctrinal où l'on a élevé la discussion, et vers lequel devaient naturellement l'entraîner ses goûts et ses aptitudes philosophiques.

M. Parchappe, dans cette seconde partie de son argumentation, moins en vue de réfuter la doctrine organopathologique de M. Piorry, que de répondre à l'appel fait au nom de l'éclectisme en faveur de la conciliation des doctrines antagonistes de Paris et de Montpellier, s'est proposé d'examiner les questions suivantes : En quoi consiste le vitalisme en pathologie? Y a-t-il antagonisme réel entre les systèmes pathologiques qui admettent ou excluent le vitalisme comme doctrine fondamentale?

Pour lui il n'y a pas de conciliation possible entre ces deux doctrines, et la raison en est dans l'opposition même de leurs principes. Nous aurons à revenir sur ce point. Nous nous bornons pour l'instant à renvoyer le lecteur au compte rendu du dernier numéro, où il trouvera l'exposition très nette et très bien faite des deux doctrines rivales, entre lesquelles il n'hésite pas à se prononcer pour le vitalisme.

Dans le parallèle qu'il a établi entre les doctrines vitalistes et les doctrines organicistes, M. Parchappe a écarté tout d'abord du débat, comme ne pouvant être l'objet d'une discussion sérieuse, toute exagération qui consisterait à pousser jusqu'à sa dernière rigueur la conséquence logique de leur principe respectif; à considérer par exemple les forces vitales abstraction faite du milieu où elles se développent et des instruments de leur action, ou à ne tenir compte que des actions organiques, en éliminant la considération des forces propres à tous les êtres doués de vie. Il a également mis hors de cause, mais cette fois peut-être avec moins de fondement, quelques-unes des théories qui se sont développées dans le sein de ces deux doctrines originaires, et qui ont eu la prétention plus ou moins fondée de les représenter dans leur plus haute expression. Nous voulons parler de l'animisme ou du spiritualisme médical d'une part, et de l'iatro-chimisme ou physicisme de l'autre.

Nous disons que c'est avec moins de fondement que M. Parchappe a mis hors de cause ces théories, parce qu'elles ont encore aujourd'hui dans le monde médical, et notamment à Paris, assez de partisans pour qu'il soit utile, dans une discussion de cette nature, de compter avec elles. On est en effet aujourd'hui beaucoup moins loin qu'on ne pense des idées de Stahl et de Boerhaave, que nous rappelions dernièrement au sujet de l'origine commune des deux doctrines vitalistes divergentes de Barthez et de Bichat. Que voyons-nous, en effet, si nous recueillons tous les témoignages écrits et verbaux émanés des hommes qui à diverses époques, comme aujourd'hui, ont pris une part plus ou moins active à l'étude de ces questions philosophiques? D'une part une école qui a son chef, ses adeptes, son organe, et voire même ses dissidents dans son propre sein, et pour qui la force unique qui anime la vie, aussi bien dans l'état de santé que de maladie, n'est autre que le principe immatériel qui régit les manifestations intellectuelles et morales : l'âme, en un mot.

D'une autre part, que sont ces organicistes eux-mêmes dont M. Parchappe a si bien développé les principes; que sont nos iatro-chimistes modernes, sinon autant de descendants de cette grande famille des cartésiens qui se sont partagé l'homme en deux parts distinctes, l'une du domaine de la métaphysique, et qui n'a rien ou que peu à faire avec l'organisation matérielle, celle-ci qui tombe sous les lois communes de la physique, de la chimie et de la mécanique. Si vous les poussez en effet dans leurs derniers retranchements, il n'en est pas un aujourd'hui qui ne repousse le reproche de matérialisme, et qui n'abrite et son esprit et son sens intime sous la protection du plus pur spiritualisme. Rappelez-vous plutôt la profession de foi de M. Piorry lui-même, provoquée par M. Bousquet. Lisez encore aujourd'hui sa réplique à M. Bouillaud, et voyez avec quelle chaleur il défend son animisme.

Non, ce n'est pas sans raison que l'on a dit que l'école de Paris était animiste; elle l'est sous ses deux grands aspects principaux; elle est animiste à la manière de Stahl dans cette fraction qui a arboré sur sa bannière les noms d'Hippocrate et de saint Thomas d'Aquin; elle l'est à la manière de Boerhaave, mais en tenant compte, bien entendu, des nombreux et importants progrès accomplis, dans cette autre fraction plus considérable que la première, et qui, sous le nom générique d'organicisme, groupe toutes les individualités qui représentent d'une manière plus particulière le véritable esprit de l'école de Paris.

Ce n'est pas sans raison non plus que l'école de Montpellier a plus particulièrement la prétention de représenter la véritable doctrine vitaliste, c'est-à-dire celle qui reconnaît un principe, une force, un dynamisme qui préside aux fonctions organiques, principe qu'elle exprime par un terme abstrait, dont elle ne cherche à déterminer ni la nature, ni l'essence, mais qui est autre que l'âme ou sens intime, dont les attributs sont les manifestations de l'intelligence et de la conscience.

Nous ne jugeons pas en ce moment, mais nous constatons des différences entre des doctrines qui, sous un même nom, consacrent en réalité d'assez notables dissemblances pour qu'il y eût quelque intérêt, historiquement au moins, à ne pas les confondre. Non pas que nous prétendions qu'elles aient été confondues en réalité dans l'esprit de M. Parchappe; mais en élaguant du débat quelques-unes d'entre elles, il a pu donner à entendre qu'il ne leur accordait pas leur importance réelle et le droit qu'elles ont à être discutées.

Nous reviendrons, du reste, dans notre appréciation générale de cette discussion, sur le discours de M. Parchappe, qui a été sans contredit l'un des plus remarquables et le plus digne, avec celui de M. Bousquet, des suffrages de l'Académie.

Nous ne pouvons terminer cependant sans dire un mot du petit discours aphoristique et plein de sens de M. Collineau. On pouvait s'attendre, et nous nous attendions un instant à le voir entrer dans le vif d'une question que son esprit familier avec la métaphysique le rendait particulièrement apte à traiter.

M. Collineau a restreint sa thèse à deux points, non d'attaque, mais de défense. Il a défendu, contre ce qu'il a appelé dans son langage ferme et accentué, une calomnie, le principe de l'unité morbide et l'utilité des classifications. Tous ses arguments, concis et serrés, sont marqués du cachet d'un esprit droit et sûr de lui-même. Deux mots lui ont suffi pour caractériser tout nouveau projet de nomenclature, tout en reconnaissant le mérite et l'effort d'intelligence qu'il suppose : une nouvelle nomenclature ne serait pas seulement inutile, elle serait nuisible aux progrès de la science.

Maintenant que cette discussion est close, qu'en est-il résulté, en définitive, qui puisse tourner au profit et à l'utilité de la science? Quel enseignement en est-il ressorti? C'est ce que nous examinerons dans un dernier article. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Gendrin.

Traitement du typhus ou des fièvres typhodes. (1)

Affusions froides. — Pendant l'épidémie de fièvres graves de Breslaw en 1737, Dehaën traita la plupart de ses malades par des affusions froides répétées deux ou trois fois par jour. Cette méthode fut suivie de succès remarquables. Depuis cette époque elle

(1) Suite. — Voir le numéro du 5 avril 1855.

a été appliquée par plusieurs médecins, notamment par Curry à l'hôpital de Liverpool; et elle passa dans la pratique d'un assez grand nombre de médecins du dernier siècle. On a fait aussi de simples ablutions; nous les avons souvent mises en usage, et nous nous en sommes généralement bien trouvé.

Les affusions et les ablutions froides ont pour premier effet d'opérer une dépression de l'état fébrile. Les sujets affectés de typhus ont, ainsi que vous le savez, une grande fréquence du pouls avec une chaleur brûlante de la peau. Par le fait de l'ablution ou de l'immersion dans l'eau froide, le pouls tombe immédiatement de 12 ou 15 pulsations, et la température de la peau s'abaisse sensiblement. Puis quelque temps après la température se rétablit, le pouls se relève et la respiration, qui était devenue dyspnéique, s'élargit. Il s'écoule toujours un temps assez long entre ces deux effets, d'une à deux heures environ. N'obtînt-on que ce seul résultat, une sédation momentanée, que cela suffirait déjà pour faire considérer cette méthode comme utile. Mais elle ne se borne pas à ce seul résultat. En amenant une dépression momentanée de la chaleur et de l'excitation fébrile, elle produit une action favorable sur la perturbation des fonctions plastiques, qui ne peut que tourner au profit du malade. Mais ce n'est pas là tout encore. Il se fait à la suite de cette médication un effort de réaction qui tend à ramener l'équilibre des fonctions. Le système nerveux, dont on ne peut méconnaître la perturbation profonde dans cette affection, éprouve également une sédation; de sorte qu'il y a tout à la fois, par l'effet de l'application du froid, sédation dans le double appareil circulatoire et nerveux, qui a pour dernier résultat de rendre leur activité normale à la circulation capillaire et aux fonctions nutritives. Tel est, en dernière analyse, le but qu'on se propose par cette médication.

Mais pour obtenir de cette médication l'effet désiré, il est nécessaire d'en régler l'usage. Si on l'applique avec trop d'intensité, on obtient une sédation trop brusque et trop considérable qui paralyse les moyens de réaction et qui peut même précipiter la solution fatale par une trop grande déperdition de calorique. Il faut donc en calculer d'avance les effets d'après la somme de réactivité disponible et d'après la période de la maladie. Suivant le plus ou moins de facilité avec laquelle les malades peuvent réagir, il faudra modérer plus ou moins l'application du froid dans sa durée et dans son intensité. Il faudra qu'elle soit courte et modérée si la maladie est à sa dernière période; on en prolongera l'action au contraire et on la rendra plus intense dans les premières périodes. On peut d'ailleurs aider la réaction si elle se fait trop attendre, et faciliter ainsi l'efficacité de la réfrigération à l'aide de frictions excitantes.

Mais si la lenteur et l'imperfection de la réaction sont des inconvénients de cette méthode qu'il faut chercher à éviter, sa trop grande intensité est aussi un autre inconvénient dont il ne faut pas moins prévoir les suites. Il se manifeste souvent sous l'influence d'une réaction trop vive des congestions inflammatoires ou une surexcitation trop grande de la respiration et de la circulation, qui se traduisent par un redoublement fébrile. Ce sont là deux excès à éviter avec une égale attention. Entre les deux se trouve le résultat heureux. Il faut donc les pondérer.

Lorsque les malades sont arrivés à la fin du deuxième septénaire et que la maladie a acquis une grande intensité, il faut apporter une grande prudence dans l'emploi de ce moyen. C'est alors le cas de pratiquer, au lieu d'affusions, de simples ablutions rendues légèrement stimulantes à l'aide d'une addition de vinaigre aromatique. L'ablution ainsi pratiquée a une action stimulante très favorable. Dans d'autres régions du globe, et chez des sujets placés dans d'autres conditions que les malades de nos hôpitaux, on se sert avec un grand avantage dans ce cas du suc de citron. Les médecins de l'Inde se trouvent généralement très bien de cette pratique.

Il n'est pas indifférent de pratiquer des affusions ou des ablutions, ou de plonger les malades dans l'eau froide. En faisant tremper les malades dans l'eau froide, il se fait bien une soustraction de calorique comme lorsqu'on fait ruisseler l'eau sur leur corps; mais il y a autre chose dont il faut tenir compte, c'est la pression, qui peut augmenter la stase sanguine pulmonaire. C'est ce qui nous fait donner la préférence aux affusions.

La pratique des affusions exige des précautions. Il faut que l'eau coule sur la surface du corps, mais non pas d'un point élevé, car la percussion de l'eau produirait une excitation trop forte, et pourrait déterminer des contractions musculaires spasmodiques auxquelles ces malades sont déjà naturellement disposés. Ainsi il faut éviter de produire une percussion; on répandra l'eau sur le corps, mais on ne la fera pas tomber de haut. L'affusion sera prolongée plus ou moins, suivant qu'on voudra obtenir une déperdition de calorique plus ou moins considérable.

Cette médication, que nous avons souvent mise en usage, n'entraîne d'accidents qu'autant que la réaction serait trop énergique. Mais il est des circonstances qui en contre-indiquent l'emploi ou qui commandent du moins une grande circonspection, tel est le cas, par exemple, où il existe déjà un état congestif très prononcé des poumons; l'affusion froide risquerait évidemment alors de produire des accidents pulmonaires graves. De même, s'il existe une bronchite plus ou moins générale, la réaction pourra avoir pour résultat d'accroître l'inflammation de la muqueuse bronchique et de provoquer même une congestion pulmonaire; à plus forte raison si l'on a affaire à un malade qui présente déjà les signes d'une pneumonie; la réaction qui suit la soustraction du calorique dans ce cas peut devenir funeste en ajoutant à l'intensité de la phlegmasie du poumon.

Mais il n'en sera pas de même si l'on n'a affaire qu'à une de ces pneumonies adynamiques par hypostase si commune dans la dernière période la fièvre typhode. Dans ce cas, au contraire, la soustraction du calorique par l'affusion froide ne sera suivie d'aucun accident. C'est ainsi que l'on nous voit quelquefois recourir avec succès à l'emploi de ce moyen chez des malades qui présentent des râles sibilants et même une crépitation fine et humide avec souffle tubaire, pourvu que le siége de la phlegmasie occupe les parties déclives du poumon. Il est rare que dans ce cas l'affusion ne soit pas suivie d'une amélioration.

En résumé, sauf les contre-indications que nous avons énoncées, on obtiendra toujours de bons effets de l'affusion, pourvu qu'elle ne dépasse pas une excitation générale modérée de la circulation capillaire.

Mais qu'on n'aille pas s'imaginer que nous prétendions en agissant ainsi combattre la cause même du typhus. Cette cause, nous ne la connaissons pas et nous n'avons aucun moyen de la combattre directement. Ce n'est qu'un moyen de traitement adjuvant, un moyen de modérer certains accidents et de favoriser le rétablissement des excrétions, qui est en quelque sorte comme le préliminaire nécessaire de la solution de la maladie, sans toutefois que sa marche en soit pour cela abrégée.

On peut faire les affusions de plusieurs manières; elles peuvent être générales ou partielles. On fait avec avantage des affusions partielles ou locales sur l'abdomen, par exemple, dans les cas de météorisme; elles ont pour effet de déterminer la contraction des intestins et un retrait général des tissus qui favorisent l'expulsion des gaz. Les affusions locales ont aussi une action favorable pour combattre toutes les conditions qui se rattachent aux hémorrhagies. La stase sanguine, le ralentissement de l'appareil circulatoire, rendent assez bien compte de la plupart des hémorrhagies qui se produisent pendant le cours de l'affection typhode. Toutes les fois qu'un organe est considérablement distendu, il en résulte nécessairement une stase sanguine, une gêne de la circulation, qui finit par produire une exsudation sanguine à travers les parois de cet organe. C'est ce qui a fréquemment lieu dans la fièvre typhode.

Voici, je suppose, un individu dont la vessie est saine; qu'il survienne un obstacle à l'issue de l'urine, on ne tardera pas, si cette rétention dure quelque temps, à voir se produire une hématurie. La distension de la vessie a donc eu pour résultat de rendre ses parois perméables au sang et d'en faciliter l'extravasation. C'est là ce qui se passe le plus habituellement chez les sujets atteints de typhus. Les hémorrhagies intestinales n'ont souvent pas d'autre cause, et la preuve c'est qu'elles sont presque toujours précédées d'un certain degré de météorisme. Les affusions froides, en déterminant les contractions des parois abdominales et des parois intestinales elles-mêmes, condensent ou expulsent les gaz, et préviennent ainsi les hémorrhagies consécutives.

On a conseillé les applications froides sur la tête. Elles peuvent être très utiles, en effet; mais malheureusement on les fait mal en général. Les applications froides limitées à la région frontale sont généralement insuffisantes, leur action étant trop limitée. Pour être efficaces elles devraient être faites sur la totalité du cuir chevelu. Il faut bien se rendre compte de leurs effets immédiats. Si l'on applique une vessie remplie d'eau froide sur la tête d'un homme sain, on le fait tomber dans un état de résolution et de dépression manifeste du système nerveux. C'est cet effet même qui est utile, mais à la condition de savoir le diriger et le modérer, car il est dans cette action une limite qu'on ne saurait dépasser sans danger, un collapsus trop prolongé ou trop considérable pouvant entraîner la mort du malade. Il faut, pour éviter ce danger, suspendre ces applications et les répéter à des intervalles rapprochés, en les alternant d'heure en heure, par exemple. Elles ne doivent jamais être continues.

Lorsque ce moyen est bien dirigé, son effet le plus important est une diminution de l'état fébrile; à la condition, nous le répétons, que son action soit intermittente et la réaction suffisante. Si l'on a affaire à un malade parvenu à la dernière période et qui soit plongé dans une adynamie considérable, la réfrigération n'est plus indiquée. La réaction est la mesure de l'utilité de ce moyen. Il faut qu'elle puisse s'effectuer avec promptitude, mais d'une manière modérée. Il est même des cas où, malgré toutes les précautions prises pour éviter un excès de réaction, celle-ci dépasse les limites convenables; il faut alors la réprimer; il est quelquefois nécessaire de recourir à cet effet à une saignée.

Topiques irritants. Vésicatoires. — Les topiques irritants, et en particulier les vésicatoires, offrent d'assez grandes ressources dans le traitement de cette affection, mais à la condition, toutefois, qu'on n'en abusera pas. L'usage des vésicatoires est d'une pratique ancienne; il a été recommandé particulièrement par Stoll et Baglivi. Stoll pensait qu'en pareil cas la stimulation factice de la surface cutanée était utile en opérant une sorte de dérivation, par rapport à un état général que l'on localise ainsi à volonté vers un point déterminé du corps. Stoll pensait ensuite que le principe excitant des cantharides produisait par son absorption une action stimulante diffusible sur toute l'économie. C'était surtout dans ce dernier but qu'il appliquait des vésicatoires sur des parties plus ou moins étendues de la peau.

On a fait plusieurs objections à cette pratique, on a dit que les vésicatoires disposaient à l'ulcération des téguments chez des sujets déjà adynamiques. Il n'est pas douteux qu'il n'y ait chez ces malades une certaine prédisposition à l'ulcération dont le praticien doit, avec raison, se préoccuper; mais il est certain aussi que les vésicatoires ont, dans la plupart des cas, une action favorable dont on aurait tort de se priver. On ne saurait nier, en effet, que les vésicatoires ne soient très utiles et ne rendent des services réels par leur action stimulante et par le surcroît d'activité qu'ils impriment à l'appareil circulatoire capillaire des téguments, dans les cas où ces fonctions sont ralenties et la fièvre peu intense ou tout à fait tombée. Mais il ne faudrait pas s'attendre à obtenir des effets constamment appréciables.

En résumé, dans un certain nombre de cas, lorsqu'il y a un collapsus considérable et qu'il n'y a plus à craindre l'excès d'irritabilité, les vésicatoires ainsi que les sinapismes sont indiqués et pourront être utiles. On les met habituellement aux cuisses, aux jambes. Le choix, du reste, importe peu. Cependant, comme il y a aussi, en général, dans ce cas ralentissement plus ou moins marqué des fonctions respiratoires, quelquefois avec des phénomènes subinflammatoires hypostatiques, nous préférons les appliquer sur les parois de la poitrine. Mais c'est un moyen dont il ne faut pas abuser; car, indépendamment de la gangrène et des ulcérations auxquelles les vésicatoires peuvent donner lieu, ils produisent quelquefois une certaine débilité par le fait seul de la déperdition considérable de fluide séreux qu'ils déterminent.

VENTE DE LAUDANUM SANS ORDONNANCE.

Les deux faits suivants prouvent combien les pharmaciens doivent apporter de circonspection dans l'exercice de leur profession, et se mettre en garde contre une trop grande facilité à délivrer des substances toxiques sans ordonnance signée d'un médecin.

Les débats de la cour d'assises du Rhône ont révélé un crime récent commis par un individu qui s'était présenté chez un pharmacien en lui demandant tous les médicaments nécessaires à la préparation d'un cataplasme (farine de lin, racine de guimauve et laudanum).

Il se débarrassa des deux premières substances, et mêla le laudanum à du vin qui devait être bu par deux vieillards dont la mort lui aurait facilité les moyens de commettre un vol assez considérable.

Un jeune homme du département des Deux-Sèvres avait essayé de s'empoisonner avec du laudanum de Rousseau, et à cet effet il en avait bu 12 grammes d'un seul trait. Heureusement l'excès du poison le sauva, car cette dose considérable ne fut pas tolérée par l'estomac, et l'agent toxique fut rejeté par de copieux vomissements. Ce jeune homme vivait au milieu de sa famille, qui comptait deux médecins parmi ses membres. Cette circonstance excusa le pharmacien qui avait délivré le laudanum sans ordonnance, croyant, sur la foi de son client, que ce médicament était destiné à arroser des cataplasmes.

E. Robiquet.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance extraordinaire du 7 avril 1855. — Présidence de M. Jobert (de Lamballe).

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les doctrines médicales au sujet du mémoire de M. Piorry.

La parole est à M. Piorry pour lire la suite de son discours.

Doctrines médicales. — M. Piorry entre dans de longs détails sur les raisons qu'il présume avoir dicté l'opposition faite à son système, et il prend à partie les doctrines de M. Bouillaud, qu'il examine et discute de point en point. Il nous est impossible, vu l'étendue et le caractère de cette partie de l'argumentation de M. Piorry, d'en présenter ici même une courte analyse. Nous nous bornerons à résumer le dernier point de son discours, qui a trait à la question du vitalisme, sujet principal de la discussion.

J'avais d'abord eu l'intention de ne plus revenir sur la question du vitalisme, dit M. Piorry, mais les discours de MM. Bouillaud, Gerdy et Parchappe m'en font un devoir.

Chose étrange! à moi qui admets l'influence toute-puissante de l'âme sur la matière; à moi qui n'ai cessé de dire, d'écrire, de professer que l'organisation de l'homme et des animaux est si merveilleusement disposée qu'elle résiste aux moyens de destruction qui l'entourent et que les maladies guérissent souvent d'elles-mêmes, c'est à moi que l'on vient dire que je ne suis pas vitaliste et que je n'admets pas l'influence médicatrice de ce que l'on est convenu d'appeler la nature!

Pendant vingt ans, dans un cours dont j'avais tracé le plan dans l'article Physiologie du *Dictionnaire des sciences médicales*, j'ai consacré chaque année une leçon à établir une comparaison entre les corps bruts et les corps organisés. Il faudrait n'avoir ni observé ni réfléchi pour ne pas reconnaître que les corps organisés naissent, croissent dans leur profondeur, se conservent, résistent aux agents destructeurs qui les menacent, utilisent les divers corps de la nature au moyen de phénomènes admirables, dont Grimaud (de Montpellier) a présenté un très remarquable tableau.

C'est l'ensemble de ces phénomènes qui constitue la vie; mais on en a donné bien des définitions dont l'obscurité est désespérante. On ne peut guère parvenir, sinon à concevoir la vie, du moins à exprimer ce que l'on veut dire en en parlant, qu'en la représentant par les phénomènes qui ont lieu, sans exception, dans tous les êtres vivants.

On est convenu, depuis Barthez et Bichat, de la considérer comme ayant deux grands attributs: la sensibilité et la mobilité ou contractilité. C'est, de nos jours, cette sensibilité, cette contractilité qui constituent, pour la plupart des médecins, les propriétés, les forces vitales.

Désirant, en médecine, poser des lois comme on en a admis en physique, on a voulu que ces lois vitales généralisées fussent et la

sensibilité et la contractilité, et l'on a cherché à agir sur ces lois, sur ces propriétés, sur ces forces qui, modifiées, devaient à leur tour modifier les organes.

La contractilité, la motilité ne constituent pas la vie, prise du moins dans son acception générale. — L'homme, l'animal présentant, en effet, des phénomènes de sensations locales ou rapportées à un centre, on en a déduit qu'il fallait remonter jusqu'à l'admission des facultés d'aptitudes primitives d'où résultait l'accomplissement organique de ces actes.

La sensibilité et la contractilité, en effet, ne sont pas les caractères de la vie, les véritables propriétés vitales, et celles-ci doivent être infiniment plus générales.

Ce qui caractérise toute vie, c'est une activité propre et spontanée, en vertu de laquelle un être attire à lui par des moyens divers, mouvement, affinité moléculaire, ou attraction à petite distance, les corps dont il doit se nourrir, les assimile à sa propre organisation, les prépare pour former des germes destinés à le reproduire, et rejette au dehors les substances qui ne peuvent plus lui être utiles.

Cette activité primitive, qu'est-elle, en définitive? Là est toute la question, qui est tellement ardue qu'à peine ose-t-on l'aborder. Eh bien! j'admets avec Stahl que la source primitive de cette action vitale est un principe qui anime chaque être organisé et qui, à l'état rudimentaire dans les derniers êtres, s'élève, en se compliquant de plus en plus, au sentiment dans les animaux et à la conscience responsable chez l'homme. Dès lors la vie devient inséparable de ce principe auquel vous donnerez le nom que vous voudrez, et qui pour moi n'est autre chose que l'âme elle-même. Ainsi la vie a pour caractère l'activité spontanée, si l'on veut, l'*animité*, qui est le résultat de l'influence primitive de l'âme sur l'organisation, sur le névro-système et les muscles, sur les appareils sanguins et respiratoires chez les animaux qui fonctionnent, et les mettent en rapport avec l'univers extérieur en vertu de cette influence; la matière, gaz, liquides ou solides, dont nous sommes formés n'a pas elle-même d'autres lois que celles qui régissent les autres corps de la nature; il n'y a pas de sensibilité, de contractilité, de propriété, de force que l'on puisse et que l'on doive individualiser; on ne peut les admettre que pris dans un sens abstrait et comme des expressions commodes pour rendre des idées en rapport avec cette disposition organique qui fait se mouvoir ou sentir. Une seconde âme périssable, matérielle, un principe vital est une chimère que logiquement l'on ne peut guère admettre qu'en rejetant, ce que ne font pas sans doute les auteurs de ce principe, la consolante pensée de l'âme morale, qui peut bien avoir pour attribut l'influence organisatrice, quand chez l'homme elle a pour sublime caractère l'impressionnabilité, la mémoire, la pensée et la volonté ! (*La suite au prochain numéro.*)

M. Collineau. Nous ne prenons pas la parole pour accuser, nous la prenons pour nous défendre. On prétend que nous considérons à tort les états morbides comme des unités simples et fixes, et que, sous l'influence de dénominations fausses ou défectueuses, nous prescrivons le même traitement pour toutes les maladies auxquelles nous donnons arbitrairement le même nom. Ce serait une accusation grave si elle était juste; c'est une calomnie si elle ne l'est pas.

Les mots *malaise, indisposition, maladie*, sont des termes abstraits qui représentent d'une manière générale à l'esprit qui les a créés des états divers de l'économie: états caractérisés par une augmentation, une diminution d'action, des altérations de texture, ou un trouble, un défaut d'accord entre les manœuvres fonctionnels qui concourent simultanément au plein exercice de la vie.

Ce trouble des fonctions peut résulter de lésions organiques évidentes. Il peut se produire sans que pendant la vie ni après la mort rien puisse révéler l'existence de ces lésions. C'est le cas d'un grand nombre d'affections dites nerveuses.

Prétendre qu'en général les lésions n'existent pas, parce qu'elles ne tombent pas sous les sens, c'est vouloir arrêter le travail de l'intelligence au point où les faits ne lui offrent plus de base sensible. Affirmer que dans ces conditions elles existent ou elles ont dû exister, c'est se livrer à des suppositions que la connaissance de l'esprit humain et le bon sens ne justifient pas.

Il n'y a point de ligne de démarcation, de bornes posées entre le malaise, l'indisposition et la maladie. Les points d'arrêt, les divisions sont des créations de l'esprit.

Les maladies peuvent naître de causes internes et de causes externes.

Les premières ont, nous ne disons pas leur cause première, mais leur origine et leurs moyens d'action et de manifestations primitives dans les organes et dans les mouvements organiques.

Les secondes ont leur source dans le résultat plus ou moins grave, plus ou moins immédiat de l'action de choses étrangères à l'économie.

Dans un ensemble où tout s'enchaîne, et doit se mouvoir dans un but commun, aucun désordre n'est une chose simple, car le mouvement reçu par un organe ou une partie exerce nécessairement une influence sur d'autres organes ou sur d'autres parties avec lesquels des rapports intimes de composition ou d'action sont établis.

Il n'y a donc pas de maladies simples; ou, en d'autres termes, la maladie n'est jamais un fait absolument simple.

C'est dire qu'elles sont toutes plus ou moins compliquées. Toutefois; les unes et les autres forment des unités, parce qu'elles se composent d'un nombre quelconque d'agents et de mouvements qui concourent à un ensemble et à un but commun. C'est ce qui a lieu pour tous les êtres organisés, et conséquemment pour nous-mêmes, qui, bien que formés d'un nombre infini de parties très-diverses, n'avons pas moins notre individualité, ne formons pas moins une unité, que nous signalons par un mot ; Pierre, Paul, Jacques, etc.

Le mot unité est également un terme abstrait, une généralisation, car toutes les choses auxquelles on l'applique ne sont pas semblables ni de même nature : ainsi l'unité mathématique, la représentation du nombre, qui n'est qu'une création de l'esprit, ne ressemble en rien à l'unité organique.

Non seulement l'unité morbide est plus ou moins compliquée, mais elle est mobile et variable. Tout en conservant ses caractères généraux qui nous la font placer dans telle ou telle catégorie, elle manifeste des caractères particuliers, qui la font différer de toute autre, et qui forment en quelque sorte son individualité. C'est ainsi que l'on n'observe jamais, soit chez des malades différents, soit chez le même sujet, des maladies pas plus que des visages absolument semblables.

D'un autre côté, l'état morbide qui apparaît ou même qui est parvenu à son plus haut degré n'est pas l'état morbide qui se termine. Une foule de changements s'opèrent, qui donnent à la maladie qui finit des caractères que n'a pas la maladie qui commence.

Il s'agit maintenant de donner des noms à ces états morbides compliqués, mobiles et variables et de les ranger dans un ordre quelconque. Ce dernier point est de la plus haute importance, car l'esprit ne saisit et ne conçoit bien que ce qui est coordonné; la diffusion le trouble et l'égare.

Cette coordination est le plus haut degré du travail intellectuel; elle exige la connaissance plus ou moins complète des faits, et dès lors l'exercice des sens, de la comparaison, du jugement, de la réflexion, de la mémoire et de la prévision, pour arriver à placer un fait dans telle ou telle classe, tel ordre, tel genre, telle espèce, d'après la ressemblance ou l'analogie qu'il présente avec d'autres faits, c'est-à-dire que nous séparons, que nous divisons, que nous déplaçons pour édifier nos systèmes.

Mais c'est ici que la difficulté se manifeste : l'ordre est partout dans la nature; il frappe nos regards, il excite notre admiration, et pourtant elle ne divise point; ses actes merveilleux se succèdent, se transforment, se renouvellent par des transitions insensibles. Dès lors aucune classification humaine n'est naturelle : c'est un travail de l'esprit, travail qui, quelque imparfait qu'il soit, lui est indispensable.

Voilà pour les classifications.

Il n'en est pas de même des nomenclatures, elles sont en général d'une bien faible importance. Qu'est-ce qu'un nom? Un mot, un signe vocal, un chiffre, une lettre morte; une création facile de l'esprit, création qui ne lui apprend rien, mais appelle l'attention sur des faits et des actes qu'il connaît déjà, car, s'il ne les connaissait pas, le nom le mieux appliqué ne serait qu'un bruit. Le point capital, c'est la description, c'est la science de la chose. Quel que soit le mot ou le nom que l'on applique à l'objet ou au sujet d'une observation fidèle ou d'une bonne description, il atteint le but aussitôt qu'il la rappelle à l'esprit.

Nous ne voulons pas dire pour cela que l'on ne doive apporter aucun choix dans l'emploi des mots qui composent nos nomenclatures; mais il nous semble que notre langue française peut aussi bien que le latin et le grec satisfaire pour sa part aux exigences du néologisme le plus raffiné. Veuillez bien observer, messieurs, que je ne blâme personne; je me plais, au contraire, à reconnaître que pour fournir certaines nomenclatures, même inadmissibles, il a fallu quelquefois de la science et du talent.

Quant à l'influence du nom de l'état morbide sur le traitement, elle a pu se montrer alors que les maladies étaient mal observées et mal décrites; mais elle est nulle aujourd'hui. Il n'est pas un médecin qui ne sache varier ses prescriptions, non d'après un mot, mais d'après la succession des phénomènes et les changements qui s'opèrent. Prétendre, comme on le fait, que les médecins, de même que les charlatans, n'ont qu'un remède ou qu'un traitement pour certaines maladies, parce qu'on la nomme syphilis, scrofule, hydropisie, épilepsie, etc., c'est calomnier le corps médical, c'est un acte de mauvaise foi ou d'ignorance pour faire prévaloir des systèmes que très souvent le bon sens répudie.

Résumé général et conclusions. — Aucun état morbide, soit par cause interne, soit par cause externe, n'est simple. Aucune division naturelle n'existe entre les divers états morbides. Dans leur généralité et dans leur origine, toutes les transformations, toutes les transitions s'opèrent d'une manière insensible.

La composition ou la complication des états morbides n'exclut ni leur individualité, ni leur unité.

Les classifications, l'ordre systématique sont des produits de l'intelligence auxquels elle ne peut se soustraire, à moins de tout confondre. Pas d'ordre, point de science.

La nomenclature est également indispensable, mais le choix des mots n'a pas la même importance; il suffit qu'ils rappellent à l'esprit les faits et leurs caractères déjà connus. C'est ainsi qu'il est à peu près indifférent que l'on se serve des mots fièvre ou pyrexie pour signaler l'état fébrile en général et tel que l'observation nous l'a fait connaître; en un mot, tout est convention, et la plus grande valeur du mot est dans l'assentiment général.

Une nomenclature nouvelle peut non-seulement être inutile, mais elle peut nuire aux progrès, à la généralisation et à la propagation des connaissances, et cela d'autant plus qu'elle s'écarte davantage des nomenclatures ordinaires, parce qu'elle fatigue la mémoire et doit tôt ou tard rendre difficile l'intelligence des anciens auteurs, pères de la science.

En définitive, les arguments sur lesquels on se fonde pour proclamer la nécessité d'une nouvelle nomenclature tout entière, c'est-à-dire la non-unité, la multiplicité des états morbides dans le cours de la même maladie et le danger de la signaler aujourd'hui par un nom commun sont faux et ne méritent pas un examen sérieux.

— Au moment où M. le président se dispose à déclarer la discussion close, M. Bouillaud réclame la parole.

M. Bouillaud monte à la tribune et réplique à la première partie de l'argumentation de M. Piorry, que nous n'avons pu reproduire.

Après cette réplique, la discussion est close et la séance est levée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 28 mars 1855. — Présidence de M. Huguier.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Chassaignac présente un malade atteint d'un cancroïde de la lèvre supérieure et de l'aile du nez. Il se propose de pratiquer l'ablation du mal et de réparer par l'autoplastie la perte de substance.

M. Huguier montre un jeune enfant de trois ans né avec absence de la main et de la moitié de l'avant-bras droit. Cette dernière partie du membre supérieur semble coupée vers son milieu; on distingue encore nettement dans cette sorte de moignon le radius et le cubitus; les mouvements de flexion et d'extension y sont très marqués. L'on aurait pu croire ici à une amputation congéniale si le moignon n'était surmonté d'un petit tubercule charnu divisé en plusieurs lobes qui représentent cinq rudiments de doigts.

CORRESPONDANCE.

M. Richet, retenu chez lui par une indisposition, écrit à la Société pour s'excuser de ne pouvoir assister aujourd'hui à la séance.

M. Chassaignac présente de la part de M. le docteur Liégard un travail sur l'anesthésie chloroformique dans les accouchements. M. Liégard insiste principalement sur les indications de la chloroformisation. Il s'en est servi avec succès dans un cas d'éclampsie commençante, et de ce fait il semblerait résulter que des convulsions éclamptiques peuvent être prévenues par l'emploi de l'agent anesthésique. (Commissaires : MM. Danyau, Huguier, Laborie.)

— M. Davat (d'Aix en Savoie) adresse un Mémoire sur la valeur des eaux thermales dans les maladies osseuses. (Commissaires : MM. Michon, Chassaignac, Richard.)

— M. Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie, adresse un paquet cacheté.

— M. Larrey annonce qu'il a reçu, pour la communiquer à la Société de chirurgie, une lettre d'un de ses confrères de l'armée d'Orient, M. le docteur Valette; elle a pour titre : *Quelques remarques sur l'état des blessés d'Alma et d'Inkermann à l'hôpital de Péra.*

M. le secrétaire général prendra connaissance de cette lettre et en communiquera un extrait étendu à la Société dans une prochaine séance.

RAPPORT.

M. Laborie lit un rapport sur un travail de M. Cazeaux, intitulé *De l'état du col de la matrice dans la seconde moitié de la grossesse.*

Les accoucheurs se sont longtemps bornés à examiner par le toucher seul l'état du col utérin chez les femmes enceintes. L'examen de ces parties par le spéculum ouvrait un champ à des investigations nouvelles. MM. Costilhes, Boys de Loury, Bennett, Coffin s'engagèrent d'abord dans cette voie de recherches, et M. Cazeaux, qui depuis 1846 étudiait cette question, vient aujourd'hui faire connaître à la Société ce que lui a appris l'examen au spéculum d'un assez grand nombre de femmes enceintes, et arrivées surtout aux septième, huitième et neuvième mois.

Après avoir rappelé la coloration violacée de la muqueuse vulvaire, celle des parois vaginales et de la surface libre du col qu'on observe pendant la grossesse, après avoir indiqué les difficultés qu'on éprouve souvent à engager le museau de tanche dans l'extrémité de l'instrument, M. Cazeaux décrit les modifications offertes à l'œil par la portion vaginale du col chez les primipares et les multipares. Chez toutes deux, le col est d'un rouge foncé, lie-de-vin; mais chez la primipare il est assez lisse dans toute son étendue. L'orifice utérin, dont les lèvres sont très ramollies, est en général plus ou moins arrondi, certainement plus large que dans l'état de vacuité; il ne permet que difficilement à l'œil de pénétrer dans sa cavité. On n'observe que rarement des ulcérations sur la portion libre du col, mais on y voit des granulations d'un rouge cerise et facilement saignantes. Chez les multipares le col est plus volumineux, son orifice est divisé en plusieurs fragments; il est plus large et l'on peut en explorer la cavité. Ses parois, très inégales, offrent une série souvent non interrompue de saillies fongueuses, dont quelques-unes saignent très facilement. Dans les sillons qui les séparent on aperçoit souvent des ulcérations linéaires plus ou moins profondes. M. Cazeaux croit les avoir observées dans les sept huitièmes des cas chez les multipares arrivées au dernier terme de la grossesse.

Notre confrère considère ces ulcérations comme une exagération des changements imprimés à la structure et à la vascularisation des parois de la matrice. Il est convaincu de leur innocuité, et croit beaucoup plus nuisible qu'utile tout traitement employé contre elles. Il ne reste, en général, aucune trace de cet état cinq ou six semaines après l'accouchement.

M. Cazeaux discute ensuite la valeur des assertions émises par MM. Boys de Loury, Costilhes et Coffin quant à l'influence des ulcérations de la première moitié de la gestation, sur la production de l'avortement. Si ces ulcérations, qui préexistent souvent à la grossesse, et qui ont pu s'accroître sous son influence, ont parfois été la cause d'avortements, il n'en est point de même des ulcérations qu'on observe dans la période ultime de la gestation. La conséquence à tirer de ces faits, c'est que s'il peut être utile de traiter convenablement les premières, l'utilité du traitement n'est pas démontrée pour les autres. Aussi, à l'exception des ulcérations spécifiques, faut-il, selon M. Cazeaux, abandonner les autres à elles-mêmes. Enfin, notre confrère essaye encore de combattre par des faits l'opinion de M. Bennett, qui attribue aux ulcérations inflammatoires du col ces vomissements incoercibles souvent si graves, et que l'accoucheur français a proposé de traiter par l'application directe de la belladone sur le col utérin.

En résumé, dit M. Cazeaux, l'aspect fongueux que présente le col, les ulcérations plus ou moins étendues ou plus ou moins profondes qui compliquent cet état me paraissent la conséquence de l'excès de vitalité dont jouit l'organe pendant la période puerpérale. Je crois que, sauf quelques rares exceptions caractérisées par la spécificité ou une tendance excessive à l'envahissement, il faut s'abstenir de tout traitement local.

M. Gosselin a entendu avec grand intérêt la lecture de M. Cazeaux et le rapport de M. Laborie. Ses observations à l'hôpital de Lourcine le conduisent toutefois à faire quelques remarques sur ce point de pathologie utérine. La première porte non sur la réalité de ces ulcérations, mais sur leur fréquence, que M. Cazeaux a légèrement exagérée selon lui. M. Gosselin n'en a point observé un aussi grand nombre que son honorable confrère.

Ces ulcérations sont-elles la source de douleurs, d'hémorrhagies? M. Gosselin n'en a point vu produire d'hémorrhagies, et il ne saurait accepter qu'elles puissent devenir une cause d'avortement. La plupart des femmes chez lesquelles il a observé ces ulcérations arrivent sans trouble au terme normal de la grossesse. Si l'on a pu penser le contraire, c'est qu'on n'a point tenu compte des autres lésions qui peuvent expliquer la fausse couche. Les femmes qui sont atteintes de pareilles ulcérations ont aussi des catarrhes utérins. Leur utérus malade, engorgé, ne peut se distendre assez pour suffire à la dilatation qu'exige la gros-

sesse. D'autre part, ces femmes qui avortent ainsi ont dû souvent être examinées au spéculum, et l'application de cet instrument peut aussi être une cause d'avortement. D'ailleurs, ces femmes font encore des injections qui sont souvent abortives. Enfin, sur d'autres malades existe de la blennorrhagie, de la syphilis constitutionnelle. Par l'examen de toutes ces causes, M. Gosselin est arrivé à conclure que les ulcérations n'exercent pas une grande influence sur la production des fausses couches.

M. Danyau aurait voulu pouvoir apporter à la Société un contingent plus considérable de faits sur cette question; mais des exigences administratives l'ont empêché d'examiner plus de 22 femmes. Il doit toutefois déclarer de suite que tous ces examens se sont faits sans la moindre douleur. Sur ces 22 femmes, 8 seulement offraient des érosions à la surface du col et un état fongueux; chez 6 autres les érosions étaient à l'entrée du col, et il n'y avait rien sur les lèvres. Enfin chez les 8 dernières on ne constatait rien d'anomal; le col était seulement inégal et violacé. Voilà pour la fréquence des érosions.

M. Danyau croit que ces érosions coïncidaient en général avec un catarrhe utérin; mais il ajoute que sur deux malades il existait un catarrhe et point d'érosions. Les 22 femmes examinées se trouvaient du sixième au septième mois de leur grossesse, et les 8 chez lesquelles on n'a rien observé se trouvaient dans le dernier mois de la gestation.

Il a vu le col saignant lorsqu'on l'essuyait avec du coton, mais il ne saignait point lorsqu'on se servait d'une éponge fine. Cela le conduit à parler des hémorrhagies. Chez une seule femme à huit mois et demi il existait un écoulement sanguin qui eût pu faire croire à une insertion du placenta sur le col; mais dans les autres cas il n'y avait point d'hémorrhagie, et l'on arrêtait facilement le sang dont l'application du coton avait favorisé la sortie. Il n'a point paru à M. Danyau que cet état ait eu de l'influence sur la grossesse; il ne croit point non plus à la gravité de l'état fongueux du col dans ce cas, et il n'est en désaccord avec M. Cazeaux que sur la fréquence de ces ulcérations. Il a vu aussi en ville des femmes devenir enceintes pendant le traitement d'une érosion, et la grossesse n'en pas moins bien marcher.

M. Chassaignac a vu un grand nombre de ces ulcérations pendant son séjour à Lourcine; mais ce qui l'avait frappé, c'était leur résistance à des moyens efficaces dans les cas ordinaires, en dehors de la gestation. Dans ces dernières conditions, nous guérissions, dit-il, les malades en touchant leurs ulcérations avec une solution forte de nitrate d'argent (5 grammes sur 30) et en ayant recours aux injections alumineuses. Mais chez les femmes enceintes ces moyens étaient insuffisants. Il faudrait se demander maintenant quel rôle joue ici la syphilis. Il a semblé à M. Chassaignac que ces ulcérations étaient en rapport avec des vaginites. Il termine en demandant à M. le rapporteur s'il y a beaucoup de faits qui prouvent la guérison de ces érosions par le fer rouge.

M. J. Cloquet. J'ai observé les modifications du col de l'utérus dont il est question dans le mémoire de M. Cazeaux et dans le remarquable rapport qui vient de vous être lu, chez un certain nombre de femmes à diverses époques de la grossesse; elles sont loin d'être constantes, et s'observent plus souvent dans les derniers mois de la gestation. On ne doit pas les confondre avec les ulcérations qu'on trouve sur quelques femmes enceintes atteintes de la maladie vénérienne. Je n'ai pu les considérer comme de véritables ulcérations, qui entraînent toujours l'idée d'une corrosion, d'une destruction de tissu. Elles sont constituées par un boursouflement des follicules et des papilles du col de l'utérus. Je les considère comme des congestions sanguines de ces papilles avec érosion épithéliale. C'est un état inhérent à certaines grossesses seulement, comme les varices et les tumeurs hémorrhoïdales qui se développent chez un assez grand nombre de femmes pendant la gestation. Elles ont beaucoup de ressemblance avec la surface framboisée de quelques hémorrhoïdes internes, et comme ces dernières, saignent facilement au moindre contact. Les *fentes* ou *sillons* profonds qu'on observe entre ces espèces de végétations ne sont que des espaces où la membrane muqueuse n'a pas fourni de semblables productions. Ces espèces de végétations s'observent quelquefois dans la même circonstance à l'entrée du vagin, et coïncident avec le gonflement des caroncules myrtiformes. Comme les hémorrhoïdes internes, ces hypertrophies ou turgescences de la membrane interne du col utérin sécrètent du mucus ou un liquide mucoso-purulent, ou laissent échapper du sang. Je n'ai jamais cru nécessaire de les cautériser, et je n'ai eu recours qu'à des injections astringentes quand elles donnaient lieu à des écoulements ou à des hémorrhagies plus ou moins considérables. Après l'accouchement elles disparaissaient spontanément, comme les hémorrhoïdes et les varices chez les femmes qui ne présentent ces dernières affections que pendant la grossesse.

M. Voillemier a examiné au spéculum un assez grand nombre de femmes arrivées au huitième mois, et il n'a point trouvé ces ulcérations. Il fait remarquer qu'à cette époque le col est très mou, et que si on l'examine à l'aide d'un spéculum rond on entr'ouvre sa cavité, et l'on découvre une surface d'un rouge vif. M. P. Dubois, dans le service duquel ces examens avaient lieu, regardait cela comme une circonstance assez ordinaire et qui n'avait aucune influence sur l'avortement.

M. Gerdy a constaté ces érosions du col utérin fongueux et mollasse pendant la gestation. Mais après l'accouchement cet état s'améliore, et les érosions disparaissent. L'état violacé de la vulve, du vagin, du col, dépend d'un engorgement du système veineux sous l'influence de la déclivité de l'utérus. Si l'on place les femmes dans le repos horizontal l'engorgement disparaît, l'état violacé diminue, et quelquefois l'écoulement catarrhal cesse. A moins que la santé générale ne se trouve pas bien d'un décubitus horizontal prolongé, il faut le recommander à la malade. Tous ces phénomènes morbides qu'on observe aussi dans des ulcérations d'autres parties du corps sont des phénomènes de pesanteur.

M. Huguier. D'après le travail de M. Cazeaux et la discussion qui vient d'avoir lieu sur les changements et les altérations que subit le col de l'utérus pendant la grossesse, il est évident que les phénomènes morbides qui ont principalement fixé l'attention des praticiens sont de quatre ordres : le catarrhe utérin, les granulations utérines, les ulcérations et l'état fongueux du col.

Chargé à l'hôpital de Lourcine, pendant près de sept ans, du service des femmes enceintes, j'ai été à même d'observer un grand nombre de fois ces modifications et altérations, que j'ai fait représenter par des dessins dus au pinceau de M. Lakerbauer.

Et d'abord, avant de dire quelques mots sur chacune d'elles, reconnaissons, comme l'a très bien dit M. Cloquet, que la plupart sont dues aux changements physiologiques qu'amène l'état de gestation. Il en est de même des modifications que la vulve et le vagin subissent dans leur forme, leur étendue, leur couleur, leur turgescence, leur état de sécheresse ou d'humidité, le développement hypertrophique de leurs papilles, de leurs follicules, etc.; aussi ces divers phénomènes physiologiques et pathologiques sont-ils d'autant plus prononcés que la femme approche du terme de la grossesse et qu'elle a eu un plus grand nombre d'enfants.

1° L'écoulement muqueux épais, filant, transparent ou opaque, blanc ou d'un blanc jaunâtre que l'on observe sur ou dans le col de l'utérus, et que l'on désigne sous le nom de catarrhe utérin, existe chez presque toutes les femmes dans les derniers mois de la grossesse; il n'est pas la conséquence, comme on le dit à tort, d'une inflammation de la membrane muqueuse utérine, mais bien d'une hypersécrétion simple ou d'une hypersécrétion avec irritation ou inflammation légère des follicules muqueux du col de l'utérus. Il n'est le plus souvent, comme les dessins que je montre ici le prouvent, qu'une exagération et une prolongation hors du col du bouchon muqueux et gélatiniforme, qui chez les femmes enceintes remplit littéralement la cavité du col de l'utérus dans toute sa hauteur et qui envoie des prolongements multipliés dans les cavités mêmes des follicules (œufs de Nabot).

Dans d'autres cas ce mucus vient tout à la fois de la cavité du col et des follicules qui sont sur le museau de tanche, et on le voit sourdre et suinter de l'intérieur de ces follicules en petites colonnes séparées, comme l'eau qui sort des trous de la pomme d'un arrosoir, pour tomber en nappe dans le cul-de-sac postérieur du vagin (1). Très souvent cet état existe avec une membrane muqueuse utérine très saine.

2° Les élevures, que l'on a désignées sous les dénominations vagues et collectives de *granulations*, de *bourgeons charnus*, de *saillies fongueuses*, sont très fréquentes pendant la gestation. Elles sont de trois espèces bien distinctes et n'eussent jamais dû être désignées sous le même nom, car elles ont un siége, une nature, une marche et des conséquences tout à fait différentes.

Les unes sont pleines et forment de petits grains arrondis plus ou moins détachés de la muqueuse; elles coexistent avec la vaginite granuleuse (jamais sans elle), elles en sont une extension. A l'analyse microscopique, on voit qu'elles sont formées par les papilles de la membrane muqueuse hypertrophiées. Celles-ci peuvent seules conserver le nom de granulations; encore serait-il mieux de les désigner sous le nom de granulations papillaires.

Les autres, un peu moins fréquentes, sont de véritables végétations tout à fait comparables aux végétations syphilitiques, bien que souvent elles ne soient pas de cette nature. Elles sont rameuses, granulées à leur surface, au lieu d'être lisses et polies comme les précédentes, et elles n'existent presque jamais sans végétations analogues sur les parois vaginales ou vulvaires.

La troisième espèce est la plus fréquente de toutes; il est très rare de rencontrer une femme enceinte, et cela à presque toutes les époques de la grossesse, qui n'en présente pas. Ces granulations siégent le plus souvent au pourtour de l'orifice du col; elles consistent en un développement hypertrophique des follicules muqueux de cette partie, dans leur hypérémie ou dans la dilatation de leur cavité par l'accumulation du mucus qu'ils sécrètent, mucus qui est clair, incolore, ou bien qui renferme une matière blanche finement granulée, ou bien encore une matière jaunâtre et purulente : d'où cette variété d'aspect indiquée par les auteurs sous les noms de granulations rouges, grises, blanches, jaunes. Elles forment plus ou moins de relief sous la membrane muqueuse, et leur volume varie depuis celui d'un grain de millet à celui d'un gros pois. Elles n'ont aucune influence fâcheuse sur la marche de la grossesse. Voici des dessins qui présentent toutes les variétés que je viens d'indiquer.

3° Les ulcérations du col de l'utérus pendant la grossesse, en tant qu'on ne les confondra pas avec les exulcérations ou excoriations de cette partie, comme on le fait journellement, sont rares; il est entendu que je fais abstraction des ulcérations spécifiques et de celles qui sont le résultat de violences extérieures. Il est à cet égard une cause d'erreur contre laquelle je dois prémunir les jeunes praticiens : le col de l'utérus chez les multipares et même celui des primipares à la fin de la grossesse présente un plus ou moins grand nombre de fentes, de plicatures, de sillons, au fond desquels séjourne et adhère parfois très intimement du muco-pus de consistance très variable; cette matière simule parfaitement bien le fond d'un ulcère dont les bords rouges et saillants sont figurés par les crêtes des plis que je viens de signaler. Effacez ces plis à l'aide du spéculum à valves, essuyez bien le col avec un pinceau, et les prétendues ulcérations disparaîtront comme par enchantement. Il faut que l'erreur que je signale soit facile, car elle a été souvent commise par des hommes très instruits et même par plusieurs de mes collègues à l'hôpital de Lourcine lorsqu'ils n'avaient encore acquis une longue habitude du spéculum, et je suis convaincu que plus d'une fois les auteurs qui ont écrit sur les ulcères du col de l'utérus pendant la grossesse ont pris ces plis remplis de muco-pus pour des ulcères; je n'en veux pour preuve que la description qu'ils en donnent : « Ulcérations linéaires allongées se prolongeant dans la cavité du col, séparées par des saillies rouges, fongueuses, » et cela sans indiquer les précautions qu'ils auraient dû prendre pour éviter l'erreur.

Des plaques diphthériques, qui ne sont pas très rares sur le col utérin pendant la gestation, des tubercules muqueux ont été aussi pris dans certains cas pour des ulcères du col.

D'autres fois c'est l'état turgescent et fongoïde de la membrane muqueuse de l'orifice du col, dépourvue de son épiderme et saignant au moindre contact, qui a été considéré et décrit comme un ulcère.

Cette dernière considération nous mène à dire quelques mots sur les élevures fongueuses du col.

Chez un très grand nombre de femmes enceintes, surtout chez celles atteintes de catarrhe, chez celles qui ont eu beaucoup d'enfants, comme chez celles qui abusent du coït, l'épiderme du col est ulcéré; les couches superficielles de la membrane muqueuse, surtout au pourtour de l'orifice du col et sur sa face inférieure, sont ramollies, boursouflées; leur réseau vasculaire est congestionné; les follicules muqueux sont hypertrophiés, enflammés; les orifices de ces follicules sont agrandis, béants et laissent suinter un mucus épais. Joignez à cela un peu de ramollissement de la substance propre de l'utérus, et vous aurez l'ensemble des modifications et des légères altérations qui constituent l'état fongueux de la muqueuse du col de l'utérus chez la femme enceinte, état qui est consécutif et presque inhérent à celui de la gestation.

En résumé donc, les légères exulcérations plus ou moins étendues en surface que présente la membrane muqueuse du col, les petites ulcérations circulaires et multiples des orifices des follicules muci pares de cette partie, qui sont dues surtout à la turgescence des organes à cette époque et qui sont presque une conséquence physiologique des changements qu'ils éprouvent, ne m'ont jamais paru modifier d'une manière fâcheuse la marche de la grossesse ni être la cause de fausses couches : aussi n'ai-je jamais dirigé contre elles que des moyens thérapeutiques très simples.

— L'heure avancée de la séance oblige de renvoyer cette discussion à une prochaine réunion.

La Société adopte les conclusions de la commission, qui sont d'adresser des remercîments à l'auteur, de l'engager à continuer ses recherches, de placer son nom sur la liste des candidats au titre de membre titulaire de la Société, et de renvoyer son travail au comité de publication.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. Verneuil montre une mamelle qui est le siége d'une tumeur de nature syphilitique, sur laquelle il sera donné de plus amples détails.

— M. Fano présente deux testicules atteints d'une transformation fibreuse partielle de leur substance propre.

Ces pièces ont été recueillies sur un homme d'environ trente-cinq ans. Pas de renseignements sur les antécédents. Le sujet, vigoureusement constitué, paraît avoir succombé à une phthisie pulmonaire. En effet, les deux poumons sont farcis de tubercules en partie ramollis. Des cavernes occupent le sommet des deux organes. Le poumon gauche est appliqué dans toute son étendue sur la paroi costale, à laquelle il est uni par des adhérences tellement intimes qu'il est impossible de les détacher.

La cavité pleurale gauche est totalement effacée.

1° *Testicule droit.* — La tunique fibreuse commune au testicule et au cordon est épaissie. La cavité de la tunique vaginale a disparu et des adhérences intimes unissent ces deux tuniques au corps même du testicule.

L'épididyme adhère dans toute son étendue au bord supérieur du testicule.

Une coupe verticale antéro-postérieure du testicule nous montre un épaississement de la tunique albuginée, dont les dimensions vont en certains points à 3 millimètres. La substance testiculaire, qui a conservé son aspect rougeâtre, a disparu complétement dans certains points, où elle est remplacée par une substance gris blanchâtre, d'aspect fibreux, paraissant se continuer à la périphérie avec la tunique albuginée et n'être que le développement anomal des cloisons celluleuses que la face profonde de la tunique albuginée envoie dans l'intérieur de l'organe. Examinée à un grossissement de 600 diamètres, cette substance gris blanchâtre paraît formée de fibres de tissu cellulaire sans aucun mélange d'éléments fibro-plastiques.

2° *Testicule gauche.*—Mêmes altérations que pour le testicule droit, si ce n'est qu'elles sont moins avancées. Aussi la substance propre au testicule est-elle moins envahie par le tissu fibreux de nouvelle formation que le testicule droit.

M. Vidal pense qu'il s'agit ici de testicules syphilitiques, mais il n'ose se prononcer, puisqu'on ne possède point de détails sur l'homme auquel appartenaient ces organes. Il est d'avis qu'ici l'affection a commencé par les deux épididymes; d'ailleurs presque toutes les maladies aiguës ou chroniques du testicule commencent par les épididymes. D'autre part, l'affection syphilitique du testicule atteint en général les deux côtés à la fois. On a récemment objecté à M. Vidal un cas de testicule syphilitique unique, mais on n'a point remarqué que l'autre organe était guéri.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société : E. Follin.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le docteur Calvo (de Marseille) vient d'être nommé médecin des galeries des Beaux-Arts. Cette nomination complète la composition du service médical pour l'exposition universelle qui va s'ouvrir.

— M. Becquerel, agrégé, chargé du cours de pathologie interne à la Faculté pendant le semestre d'été, commencera ses leçons le mardi 10 avril, à deux heures.

Erratum. — Dans le dernier numéro, il s'est glissé une faute à la première page, colonne 3, ligne 10 :

Au lieu de *cardia-aortosténosie, hypertrophie et dilatation ventriculaires*, lisez : *cardiaortosténosie, rétrécissement de l'orifice aortique du cœur.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. Decq;
A Genève, à la librairie de Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Du phlegmon péri-utérin et de son traitement, par M. le docteur T. Gallard, interne lauréat des hôpitaux de Paris (médaille d'or), etc. Brochure in-4°. Prix : 1 fr. 50. Paris, 1855. — Chez Labé, éditeur-libraire de la Faculté de médecine, place de l'Ecole-de-Médecine.

(1) C'est ce que représente parfaitement le dessin que j'ai l'honneur de mettre sous les yeux de la Société.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière. 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr.
Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 11 AVRIL 1855.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie a inauguré la reprise de ses travaux habituels par un excellent rapport de M. Bouvier sur la chorée. Le sujet de ce rapport lui a été fourni par le mémoire dont M. Blache, l'un des candidats à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique, a donné lecture il y a plusieurs mois à l'Académie. Il s'agissait plus particulièrement dans ce travail du traitement de la chorée par la gymnastique. Mais M. Bouvier n'a pas cru devoir se borner à l'appréciation de cette méthode; ou plutôt, afin de bien établir les termes de cette appréciation, il est remonté, à l'aide de patientes investigations historiques et bibliographiques, jusqu'à la détermination nosologique de cette affection. Il s'est de plus attaché à la distinguer de l'affection vésanique, plus spécialement connue sous le nom de danse de Saint-With, avec laquelle elle a été souvent confondue dans les auteurs anciens. Ce premier point établi, M. Bouvier a déduit avec M. Blache l'efficacité du traitement gymnastique, de sa comparaison avec les effets des médications les plus usitées contre cette maladie.

Nous regrettons de ne pouvoir reproduire en totalité le travail de M. Bouvier; mais nous avons cherché du moins à en extraire tout ce qui a plus immédiatement trait à l'effet de la gymastique. Nous aurons du reste à revenir sur cette question à l'occasion d'une très bonne thèse de M. Moynier, dont nous rendrons compte incessamment.

Nous ne pouvons passer sous silence un petit épisode qui a charmé l'assemblée au commencement de la séance. M. Bérard, à l'occasion de la correspondance, a fait hommage à l'Académie, au nom de M. d'Hombre-Firmas (d'Alais), d'un exemplaire de la thèse soutenue il y a 130 ans, par son illustre grand-oncle le chancelier Boissier de Sauvages. Nous avons tâché de reproduire de notre mieux le petit commentaire dont M. Bérard a fait suivre cette présentation, et nous regrettons de ne donner qu'une idée bien imparfaite de la manière charmante dont l'honorable académicien a analysé ce délicieux opuscule, premier essai d'un homme qui devait devenir plus tard l'une des plus grandes illustrations de l'école de Montpellier.

Une partie de la séance a été consacrée à l'élection d'un nouveau trésorier en remplacement de M. Pâtissier. C'est à l'honorable M. Gimelle qu'est incombée cette succession.

Séance de l'Académie des Sciences.

Tandis que l'Académie de médecine a brusquement mis un terme à la discussion sur les doctrines médicales, l'Académie des sciences continue à assister à la lutte élevée entre MM. Figuier et Cl. Bernard sur l'importante question physiologique de la glucogénie hépatique. On trouvera au compte rendu la reproduction textuelle de la note lue par M. Bernard dans la dernière séance. M. Bernard se croit fondé à nier l'exactitude des expériences de M. Figuier, dont les résultats sont en contradiction avec ceux de ses propres expériences. Du moment où la question est portée sur ce terrain, ce n'est plus qu'une affaire de vérification d'analyse chimique. C'est à la commission qu'il appartient dès lors de vider ce débat. Nous espérons qu'elle ne faillira pas à un aussi impérieux devoir. — Dr Brochin.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. CHASSAIGNAC.

De l'emploi des anesthésiques dans l'opération de la trachéotomie.

Deux raisons principales me paraissent militer contre les anesthésiques dans cette opération. D'abord, l'opération n'est ni longue, ni douloureuse, et il est à remarquer que dans le cas où on opère pour faire cesser un état très anxieux, les souffrances inhérentes à l'opération sont généralement moins vives. La sensibilité du sujet étant en quelque sorte épuisée par les angoisses que détermine la maladie, il paraît ressentir moins vivement les douleurs qu'occasionne l'opération.

D'un autre côté, je ne conseillerai jamais l'emploi des moyens anesthésiques dans les affections qui portent un trouble plus ou moins profond dans l'exercice de la fonction respiratoire. Dans des conditions semblables, je crois que les agents anesthésiques peuvent rendre définitive une difficulté de respiration qui de sa nature n'était que momentanée; et j'ai la conviction que certains sujets dont on s'est évertué à trouver la cause de la mort dans les propriétés spéciales des agents anesthésiques ou dans le mélange de l'air ou des gaz avec le sang sont tout bonnement morts par asphyxie. Je conclus donc en disant que dans l'opération de la trachéotomie on ne doit jamais recourir aux agents anesthésiques.

Position du malade et de l'opérateur. — L'opérateur, toujours placé à la droite du malade, se tient debout, ayant à proximité tous les instruments classés par ordre, soit qu'il les reçoive des mains d'un aide, soit qu'il les prenne l'un après l'autre, sans se mettre dans l'obligation de subir un déplacement toujours fâcheux en pareil cas.

Avant d'indiquer la position du malade, nous dirons quelques mots des moyens de support les mieux appropriés dans la circonstance présente. Il ne faut jamais opérer les malades sur un lit. Nous ne parlons pas des adultes, chez lesquels, les facilités d'exécution étant beaucoup plus grandes, l'opérateur n'est pas tenu de s'assujettir à des précautions que rien ne doit lui faire négliger quand il s'agit d'un enfant.

Nous choisissons habituellement une table solide ou une commode; en un mot, tous les supports qui peuvent présenter un carré long assez étroit et qui permettent de manœuvrer tout autour sans aucun embarras. Cette table est placée en face du jour, mais un peu obliquement par rapport à la fenêtre et de manière à recevoir principalement la lumière par le côté gauche du sujet. Si l'on présentait la table de l'opérateur dans un sens perpendiculaire à la direction de la fenêtre, on serait exposé à ce que la main droite couvrît par son ombre les parties sur lesquelles les premières incisions doivent être faites. Afin d'éviter tout ce qui peut devenir une cause de mobilité dépendant de l'élasticité des matelas même les moins épais, nous garnissons la table avec des alèzes multiples et pliées en plusieurs doubles. Ce moyen, qui procure une solidité parfaite, ne nous a paru avoir aucun inconvénient.

De plus, afin que le cou soit bien tendu à sa partie antérieure, nous avons recours habituellement à une petite alèze roulée sur elle-même et maintenue en une espèce de cylindre destiné à être placé sous la nuque. L'enroulement autour de ce petit cylindre d'une corde ou de lacs à fracture maintient la forme et la solidité de ce rouleau, qu'il est toujours facile d'improviser.

Quelle que soit la position que l'on donne à l'opéré, il importe qu'elle soit maintenue pendant quelques instants avant de commencer l'opération.

Si l'on avait affaire à un jeune sujet ou même à un adulte dont on eût à redouter les mouvements, on pourrait facilement faire de la chemise une camisole de force en liant entre elles les extrémités des manches.

M. de Lignerolles nous a adressé, il y a déjà plusieurs jours, la lettre suivante, dans laquelle il s'est proposé de réfuter une proposition énoncée par M. Joux dans un article sur l'opération césarienne inséré dans notre numéro du 17 mars dernier.

Voici la lettre de M. de Lignerolles et la réponse dont nous croyons devoir la faire suivre :

« Il semble, est-il dit dans cet article, que cette grave opération n'ait » presque jamais réussi qu'entre des mains inexpérimentées..... Bref, » les capacités échouent et les incapacités réussissent. »

L'assertion paraît au moins paradoxale. Il est douteux que les hommes compétents en matière de chirurgie admettent une exception qui distinguerait l'opération césarienne des autres opérations. Car ordinairement ce sont les capacités qui guérissent les malades et les incapacités qui les tuent. Une assertion d'ailleurs n'est pas une démonstration. Il aurait fallu faire cette démonstration, citer les chirurgiens qui ont pratiqué avec succès l'opération césarienne, prouver l'incapacité des Sonnius, des Rudbeck, des Ruleau, des Lamiral, des Noyer, des de Blierre, des Soumain, des Beleurye, des Lauverjot, des Varocquiou, des Millot, des Bacyna, du professeur Stoltz, et de tant d'autres que la presse médicale a fait connaître depuis plusieurs années. Il aurait fallu

---

LETTRE SUR LES THERMES D'AIX EN SAVOIE.

A monsieur FRANÇOIS, *ingénieur des eaux minérales de France.*

Monsieur,

Le roi Victor Emmanuel, s'occupant des monuments publics de ses États, trouva son Agrippa dans M. le comte de Cavour, et bientôt fut rendu le décret d'une reconstruction de l'établissement thermal d'Aix en Savoie. Cette reconstruction devait naturellement vous appartenir. On vous demanda à la France toujours généreuse.

Vous avez bien voulu vous charger d'une œuvre digne de vous; vous l'élevez à la hauteur du règne illustre d'un roi loyal et de son ministre intelligent; puis, sans rien laisser déchoir de l'antique réputation de nos thermes, vous harmonisez les nouveaux avec le progrès des sciences et les besoins si multipliés de notre époque. Mais au moment où vous allez entreprendre les travaux les plus importants et les plus utiles que vous ayez à faire, j'ose, monsieur, vous adresser une relation, résultat sommaire des observations que j'ai pu faire sur nos sources depuis bientôt vingt ans que je les étudie.

Le groupe des eaux thermales de la ville d'Aix présente trois sources principales.

L'une est désignée par le nom de source de Soufre, l'autre est appelée source d'Alun; enfin, on nomme la troisième source Saint-Paul. Le groupe a ses considérations générales comme chaque source a les siennes particulières. Afin d'être plus concis et plus clair, je passerai en revue et les unes et les autres, et en déduirai les corollaires qu'elles suggéreront.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

Les trois sources thermo-minérales d'Aix, échauffées et minéralisées sur les terrains des gneiss et des septinites, à des profondeurs voisines du feu central qui les repousse, suivent la loi commune des courants thermaux, et peuvent, par conséquent, remonter jusqu'à leur point d'émergence sans rencontrer dans leur parcours des pentes prolongées pour y couler dessus.

Cette marche ascensionnelle des courants chauds, établie au delà de ce qu'il est nécessaire par les relations des eaux avec le centre de la terre et par l'histoire des puits artésiens, ne doit pas et évidemment ne peut pas être comparée à celle des cours d'eau qui sillonnent superficiellement le sol. Dans ces conditions, peut-être fera-t-on bien d'être très sobre de pression à leur surface.

L'emménagement à la source ne devrait pas dès lors s'effectuer à l'aide d'un barrage, comme on le fait pour un ruisseau dont l'origine est plus élevée que l'émergence.

Il est vrai que la source Saint-Paul n'est pas placée dans ces conditions absolues, puisque le courant parcourt une ligne horizontale et descend sur une pente. Il y a plus, l'opinion populaire, comme celle des sourciers Bletton, Paramel et autres, les font toutes trois arriver du pied de la montagne, à l'est de la ville, où ils les placent peu profondes, la fonte des neiges, comme le tournoiement de la baguette, en ces endroits étant pour eux une indication.

Cette opinion du passage de nos sources sous le Revard, et plus particulièrement dans l'effondrement qui porte le nom de Four, tout près du mont Tatan, est une pure fiction, et ne s'appuie sur aucun fait même probable. L'eau qui passe souterrainement en ces lieux et qui y fond la neige appartient au courant froid qui alimente les fontaines publiques; appréciation facile à faire en hiver par les fissures d'où se dégagent des vapeurs simplement aqueuses, ayant 7 à 8 degrés Réaumur de température.

Il se pourrait donc parfaitement que la ligne horizontale parcourue par la source Saint-Paul fût sinon seulement peu étendue, mais encore peu pentueuse avant de rejoindre la ligne verticale ou ascensionnelle.

Les dispositions géologiques du sol confirment à leur tour cette opinion. Pour la saisir, remontez avec moi jusqu'à l'instant de l'apparition de nos sources.

Il n'est pas facile de préciser le rang occupé par l'exhaussement du Revard dans la série des soulèvements. Cette chaîne, dont la cime semble avoir été émergée dans la mer jurassique lors de la formation des dolomies, rentra sous les eaux de la mer tertiaire, et en garde le dépôt. Nos sources n'avaient point paru à cette époque reculée, et ne parurent pas encore lorsque le mont Blanc, notre voisin, fut poussé

rapporter la méthode opératoire de chacun et prouver qu'une *méthode qui guérit est moins bonne que celle qui tue*. Et puisque l'auteur a parlé des châtreurs, il aurait fallu constater l'inhabileté de ces hommes qui font deux mille extractions d'ovaires ou deux mille opérations césariennes avant de perdre un seul animal. Si l'auteur avait réussi dans cette tâche, son injure aux *incapacités* eût été justifiée et sa complaisance pour les *capacités* n'eût pas été une peine perdue.

L'opération césarienne ne compte plus que des insuccès à Paris. On en cherche partout la cause, et l'on s'obstine à la voir où elle n'est pas. On s'en prend à l'insalubrité des hôpitaux, aux épidémies de fièvre puerpérale observées à la Clinique et à la Maternité, bien qu'elles ne soient que temporaires et qu'elles ne sévissent qu'à de longs intervalles. On ressuscite même le mot plein de fiel et de jalousie inventé par Baudelocque contre ses confrères des hôpitaux, qui, disait-il, portaient dans leurs vêtements les germes de la métro-péritonite. C'était au moins la pensée qui était reproduite dans le conseil d'isoler les femmes à opérer et d'éloigner d'elles tout ce qui avait servi dans les hôpitaux. On s'en prend encore à l'insalubrité de la ville de Paris. Si l'on admet comme un fait certain l'influence pernicieuse des hôpitaux et de la capitale, la question n'est pas encore résolue. Pour qu'elle le fût, il faudrait donner une explication satisfaisante des succès obtenus au dix-septième et au dix-huitième siècle dans l'Hôtel-Dieu de Paris mal tenu, mal aéré, dans lequel on entassait les malades et où chaque lit en contenait jusqu'à six, des succès obtenus dans la ville de Paris dont les rues sales et étroites étaient un vaste foyer d'infection!

On le voit bien, si l'opération césarienne est devenue constamment mortelle à Paris, il faut en chercher la cause ailleurs que dans l'insalubrité très contestable en 1855. D'ailleurs cette insalubrité serait au moins compensée dans la province par le froid, l'humidité, les privations de toutes sortes et le grabat de la chaumière.

Nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer à notre honorable correspondant que la critique qu'il fait de quelques-uns des passages de l'article en question, n'est fondée que sur une interprétation au moins exagérée, sinon fausse, de la pensée qu'ils expriment. A coup sûr, lorsque M. Joux a dit en parlant de l'opération césarienne que les *capacités échouaient et que les incapacités réussissaient*, il n'a pas entendu taxer d'incapacité les chirurgiens distingués qui à diverses époques ont pratiqué cette opération avec succès. Il n'a employé cette formule générale que pour exprimer ce fait que le succès de l'opération dépend plutôt des localités où elle est pratiquée que de l'habileté de l'opérateur, et qu'alors qu'elle échouait en certains lieux, avec quelque soin et quelque habileté qu'elle fût pratiquée, elle réussissait *quand même* en d'autres lieux, même entre des mains inexpérimentées, grâce à l'absence de toute fâcheuse influence de milieu. C'est là le seul fait que nous avons voulu constater avec MM. Joux et Maslieurat-Lagémard, qui ont invoqué de nombreux exemples à l'appui.

Quant aux circonstances spéciales d'insalubrité auxquelles nous avons cru devoir attribuer les insuccès de cette opération dans les hôpitaux de Paris, quoi qu'il en puisse être de la comparaison que notre correspondant fait à ce sujet entre l'état actuel des hôpitaux et celui qu'ils présentaient dans le siècle dernier, nous n'en persistons pas moins à croire que ce sont là en effet, sinon les seules, du moins les principales causes de ces insuccès.

EXPLICATION DE LA FRÉQUENCE RELATIVE
des quatre présentations principales du sommet dans l'accouchement.

Par M. E. Gouriet, élève de la clinique d'accouchements.

Depuis les temps les plus reculés les accoucheurs ont cherché à savoir quelles étaient les causes de telle ou telle présentation du fœtus, et les théories n'ont pas fait défaut : l'action de la pesanteur, l'instinct fœtal, bien d'autres causes plus ou moins rationnelles ont été invoquées, puis rejetées, et aujourd'hui même on se contente de dire dans beaucoup d'ouvrages qu'il est inutile de s'en occuper. Rien n'est plus vrai au point de vue de la pratique; mais ce n'est pas une raison pour négliger le côté théorique de la question.

Le premier ouvrage qui ait donné une explication à peu près satisfaisante de la fréquence de la présentation céphalique est celui de M. Jacquemier. Suivant cet auteur, on en trouve la cause dans la tendance à l'*adaptation*, à l'accommodement mutuel des parties, adaptation qui résulte des contractions lentes de la matrice, et fait en sorte que les parties analogues en volume du contenant et du contenu se logent les unes dans les autres, les petites dans les petites, les grandes dans les grandes.

Quoique ce principe n'ait de valeur scientifique que depuis M. Jacquemier, on trouve à propos d'un autre sujet la même pensée formulée dans Hippocrate, lorsqu'il parle d'un vase à col étroit rempli d'olives qui se placent dans une direction favorable à leur sortie.

Ce principe, invoqué pour expliquer la fréquence de la présentation de la tête, est précisément celui sur lequel nous nous appuierons pour expliquer la fréquence relative des diverses présentations du crâne en particulier. Nous n'avons ici en vue que les quatre présentations principales, c'est-à-dire celles suivant les diamètres obliques.

Considérons à cet effet les formes respectives du crâne du fœtus et du détroit supérieur de la femme :

1° Le crâne du fœtus, comme celui de l'adulte, est évidemment plus volumineux à l'occiput; et si on trace un certain nombre de diamètres transversaux de la tête, les plus grands diamètres seront à la partie occipitale.

2° Le détroit supérieur du bassin a la forme d'un cœur de carte à jouer, dont la pointe mousse est en avant et la partie dilatée en arrière; mais lorsque le bassin est revêtu de ses parties molles, les muscles psoas diminuent considérablement cette partie du détroit supérieur : il en résulte que la partie antérieure, la plus petite dans le bassin osseux, est la plus grande dans le bassin charnu, et que si on y tire une série de lignes transversales, les plus grandes de ces lignes seront en avant.

La comparaison de ces deux ordres de faits nous conduit naturellement à la conséquence suivante : les contractions utérines lentes tendant à l'adaptation des parties vont disposer le crâne, par rapport à l'ouverture du détroit supérieur, de façon que les grands et les petits diamètres coïncident chacun à chacun. L'extrémité céphalique de la tête devra donc en général se placer en avant.

L'interposition de la paroi utérine ne peut empêcher l'adaptation de se faire, puisque cette paroi, rendue mobile par le liquide amniotique, peut se mouler sur le corps inclus et sur l'orifice à franchir.

Ainsi le raisonnement prouve, comme l'expérience, que l'occiput doit se présenter plus souvent en avant qu'en arrière.

Cela posé, rappelons un rôle déjà connu de l'S iliaque du côlon, non plus un rôle illusoire comme celui qu'on lui a fait jouer à propos des hernies, de la varicocèle, etc., mais un rôle que les accoucheurs tendent de plus en plus à étudier.

L'accumulation de matières dans cet intestin, si commune chez les femmes enceintes, tend à diminuer le diamètre oblique dirigé d'avant en arrière et de droite à gauche. Il en résulte qu'en vertu du principe d'adaptation par contractions lentes le grand axe de la tête prendra de préférence l'autre diamètre oblique, c'est-à-dire celui qui est dirigé d'avant en arrière et de gauche à droite.

Les positions obliques dans ce dernier sens sont donc plus communes que dans le premier.

Or pour chacune de ces positions obliques l'occiput en avant devant être la règle, comme nous l'avons démontré plus haut, il s'ensuit que par la théorie seule on peut établir l'ordre de fréquence suivant :

1° Position occipito-iliaque gauche antérieure;
2° Position occipito-iliaque droite postérieure;
3° Position occipito-iliaque droite antérieure;
4° Position occipito-iliaque gauche postérieure.

Ordre établi depuis longtemps par la pratique de nos grands accoucheurs, M. P. Dubois, M[mes] Boivin, Lachapelle, etc.

Il resterait deux moyens de confirmer d'une manière définitive les faits théoriques qui précèdent.

Le premier de voir si, chez des femmes ayant une inversion splanchnique, la direction du grand axe de la tête du fœtus serait oblique d'avant en arrière et de droite à gauche plutôt que dans l'autre sens. Ce serait une manière bien sûre de vérifier le rôle de l'S iliaque.

Le second de voir si des bassins *déformés légèrement* et de sorte que le segment postérieur du détroit supérieur restât le plus large même avec les parties molles, si de tels bassins, dis-je, assez ouverts encore pour laisser passer le fœtus, feraient plus souvent passer l'occiput en arrière.

Nous devons faire remarquer cependant que le contrôle serait bien difficile à établir. En effet, on a bien rarement occasion de rencontrer des inversions splanchniques, et en général les déformations du bassin ne sont pas légères; et, en supposant même le cas trouvé, il faudrait qu'en même temps il y eût prédominance de largeur de la partie postérieure sur l'antérieure avec les parties molles.

Quoi qu'il en soit, je pense que l'explication que je viens de donner d'après le principe d'adaptation mutuelle est le seul qui explique rationnellement l'ordre de fréquence des quatre positions principales du sommet au moment de son engagement dans le petit bassin.

DES DIVERSES ESPÈCES D'ACARUS
observées sur l'homme.

Par M. le docteur M. Sée.

C'est une des gloires de notre époque d'avoir senti la nécessité et d'avoir eu le courage de reprendre un à un tous les faits du domaine de la science pour les soumettre au contrôle de l'observation pure, exempte d'idées préconçues. Si dans ce travail d'analyse laborieux, mais indispensable, la vérité s'est montrée quelquefois simple et nette là où l'apparence avait été complexe et vague, il faut avouer cependant que jusqu'ici c'est le contraire qui est arrivé le plus souvent, qu'on a trouvé presque toujours la multiplicité et la diversité dans des phénomènes qui n'avaient présenté d'abord que simplicité et unité, et que nous sommes encore bien loin de l'époque où il sera possible de coordonner tous les matériaux pour les rattacher à un petit nombre de lois simples et absolues.

L'histoire des maladies de la peau nous offre un curieux exemple des résultats de cet esprit d'analyse appliqué à l'étude des faits. Regardées autrefois comme une manifestation de certain vice caché de nos humeurs, les affections cutanées restèrent dans une obscurité complète jusqu'à l'époque où l'analyse et l'observation exacte des différents états locaux vinrent débrouiller un peu le chaos qui régnait dans cette partie de la science. Mais on ne tarda pas à se convaincre que l'œil non armé était inhabile à explorer convenablement tous les éléments, quelquefois très petits, qui composent le groupe si nombreux des dermatoses. Quelques-unes parmi ces dernières furent l'objet d'un intérêt spécial : ce sont celles qui peuvent être transmises d'un individu à un autre. Quel est l'agent de cette transmissibilité? C'est ce qu'on s'appliqua à rechercher. Les instruments grossissants furent ici d'un grand secours; dans certains cas même on leur a dû la solution tout entière de la question, qui sans eux serait restée éternellement à l'état de problème.

Ce fut d'abord la gale qui attira le plus l'attention. Une fois entré dans la véritable voie du progrès, on constata bientôt qu'elle est le résultat du travail souterrain ou sous-épidermique d'un animal parasite de la classe des arachnides, de ce qu'on a appelé *acarus* ou *sarcoptes scabiei*. Cette notion, aujourd'hui admise par tout le monde, eut beaucoup de peine à prendre le rang d'une vérité incontestée, grâce à un malentendu qui avait fait d'abord représenter le ciron du fromage à la place du *sarcoptes scabiei*. De nouvelles recherches démontrèrent que cet acarus n'est pas le seul qui vive sur notre corps. On y découvrit d'abord l'*acare des follicules*, *acarus folliculorum*, qui, lui, a sur celui de la gale le précieux avantage de ne pas troubler notre santé; car on le rencontre chez tous les individus d'un certain âge, même les mieux portants, dans

---

hors de son assiette. Et cependant la puissance de déjection s'étendit alors sur une échelle incommensurable, et telle qu'elle donna en grande partie à l'Europe la conformation qu'on lui retrouve aujourd'hui.

Le diluvium passa à son tour, et d'immenses glaciers recouvrirent notre vallée. Vos premiers travaux de minage confirment que quelques-uns de ces glaciers s'établirent sur le lieu même de l'origine de nos sources, et ce fut pendant leur existence qu'une grande fissure, produite par un tremblement de terre, leur donna jour.

La commotion produite par la secousse fut très violente. A Aix même, les roches, détachées, glissèrent vers leurs bases occupées par un effondrement, et formèrent cet amphithéâtre circonscrit par le contour qui s'étend des pentes du nord de Gachet à l'inclinaison sud de la colline des côtes, et sur lequel la ville est bâtie.

A partir d'Aix, les roches, soulevées dans la direction de l'est, furent déchirées, et leurs couches, pendant leur continuité, devinrent contiguës et discordantes. Cette déchirure, qu'on nomme en géologie *faille*, aussi bien que la nouvelle inclinaison des couches peuvent être suivies depuis la source de Soufre jusqu'en amont du pont des Gorges.

Le pont des Gorges est précisément jeté sur la ligne de la faille, dans laquelle coulent nos sources, et en montre le plus grand écartement des parois, qui y forment ainsi une excavation profonde frayée dans le terrain néocomien, dont les assises moyennes sont poreuses; excavation à laquelle on donnait jadis le nom de Labyrinthe, et dont le bas-fond est parcouru par le torrent de la Reisse.

Ce Labyrinthe est l'hydro-thermomètre de nos sources; son sol est superposé à de grandes cavernes dont les cheminées fistuleuses, ouvertes dans les parois sud, exhalent des vapeurs chaudes, et prouvent que nos sources passent profondément sous ces assises.

Les flancs de ces parois rocheuses néocomiennes et jurassiques sont composés de couches inclinées vers les sources, de sorte que leurs assises délitées y conduisent directement les eaux superficielles, ce qui devient promptement appréciable quand la Reisse est grossie par les pluies.

Le propriétaire a établi sur le pont même un bassin où les couches incomiennes, aussi bien que leurs interstices servent de rivage. Il y a à l'endroit de l'altération de nos sources de sérieux inconvénients dans cette disposition, comme dans celles que nous avons signalées. Et certes, quand il est très important de détourner les eaux de ce parcours, quand il est indispensable de cimenter solidement les moindres voies absorbantes de ce lieu, on ne doit pas y établir des étangs.

Je le répète, le Labyrinthe est l'hydro-thermomètre de nos sources. Je ne doute pas que ce ne soit là que s'accomplissent les filtrations qui les refroidissent, et les raisons qui le prouvent sont le torrent de la Reisse sur la ligne de la faille, l'inclinaison des couches délitées et les cavernes nombreuses qui conduisent au courant thermal.

Les faits parlent, du reste; mon père m'a laissé dans ses notes qu'en 1813 ce même torrent de la Reisse se précipita dans une caverne qu'on trouve encore actuellement ouverte, et que l'eau de Soufre fut refroidie instantanément.

L'appréciation des filtrations est à son tour beaucoup plus prompte sur nos sources d'Alun et de Saint-Paul que sur celle de Soufre; il suffit de douze heures de pluie pour refroidir les deux premières, tandis qu'il en faut trente-six au moins pour l'eau de Soufre, preuve irrécusable de la différence de profondeur des courants de Soufre et d'Alun, qui, quoique logés dans les interstices de la faille, ont pourtant chacun leur lit particulier et coulent isolés l'un de l'autre.

Que conclure, monsieur, de tous ces faits? C'est que le Labyrinthe se place sous votre haute protection, afin que vous le préserviez non-seulement de l'eau, mais même de l'humidité, s'il était possible. Je vais loin, direz-vous; c'est qu'en effet la question est sérieuse; car dans cette localité se trouvent des voies d'absorption et des voies d'exhalation qui toutes altèrent nos sources.

Ce qui me fait insister à vous la recommander, et comme, je comprends, d'autre part, que la nécessité vous conduira plusieurs fois par an dans ce même endroit, je crois que vous auriez bien fait de le comprendre dans votre demande d'utilité publique, si toutefois le domaine royal en a perdu la propriété, car il est certain qu'en 1737 la rivière qui avait là son lit fut détournée par ordre du roi pour éviter les filtrations des eaux étrangères dans les sources. (Délibération du 3 juin 1782.)

Davat, D.-M.-P.,
Médecin de l'Établissement.

les follicules sébacés, ceux de la face surtout, lorsque leur produit de sécrétion s'y est accumulé. On en trouvera la description dans le *Dictionnaire de Nysten*, 10e édition, 1855.

Puis vinrent à la fois plusieurs espèces nouvelles décrites par de Hessling (*Schmidt's Jahrb.*, 1852), qui les a découvertes dans un cas de plique polonaise. La même malade en portait au moins trois espèces différentes. La première espèce avait les organes tactiles énormément développés, et placés de chaque côté de la bouche; les membres formés de six articles, dont le dernier très long; la tête séparée du thorax par une espèce de col, et une pièce sternale s'avançant sur elle. La seconde espèce différait de la précédente par les organes masticateurs et par les membres; les premiers étaient excavés en cuiller, et présentaient des dentelures sur leurs deux bords; les membres étaient à six articles et portaient des poils. Le corps de l'animal était ovoïde et terminé en avant par une tête pointue sans trace de col; il était parsemé de poils plus longs en arrière et reposant sur des papilles verruqueuses. Dans la troisième espèce, enfin, les pattes étaient beaucoup plus longues, et les poils recourbés en arc de cercle. Chacune de ces espèces présentait des variétés, qui n'étaient peut-être que des degrés différents de développement du même animal.

Voici enfin que le docteur Willigk nous apprend qu'il vient de découvrir une nouvelle espèce d'acare dans la teigne faveuse (*Viertelj. f. die prakt. Heilk.*, Ier vol., 1855). Les principaux caractères de cet animal sont les suivants :

Il a le corps ovalaire, composé d'un céphalothorax et d'un abdomen. Le premier est conique; il augmente de volume d'avant en arrière, et se termine par un bord circulaire en relief sur l'abdomen, et analogue à la couronne du gland. Il existe quatre paires de pattes, dont deux sont insérées sur le céphalothorax, et deux sur l'abdomen. Chacune est composée de cinq articles portant en arrière des poils de diverses longueurs. Le dernier article se termine par un petit pédicule qui supporte l'appendice servant à l'animal pour se fixer. Le corps tout entier est couvert de lignes parallèles très rapprochées formant plusieurs systèmes concentriques, et dues sans doute à des plis de la membrane amorphe qui sert de tégument externe.

Le céphalothorax porte deux paires de pinces finement dentées en avant, à leur face interne. De chaque côté de ces dernières se trouve une palpe composée de trois pièces cylindriques, dont la dernière porte à son extrémité deux petites dentelures légèrement recourbées. Une ouverture en forme de fente, orifice anal ou génital, s'observe à l'extrémité postérieure du corps; elle est garnie de chaque côté de deux soies.

Voici quels sont les diamètres de l'animal : longueur, 0mm,116 à 0,252; largeur, mesurée à l'extrémité postérieure du céphalothorax, 0mm,084 à 0,132. L'auteur a trouvé en outre, parmi les cryptogames du favus, un grand nombre de granules arrondis ou ovalaires, ainsi que des œufs, les uns pleins, les autres vides; ces derniers étaient, en général, déchirés suivant leur diamètre longitudinal.

En comparant cette description avec celle du *sarcoptes scabiei*, on voit qu'il s'agit d'une espèce complétement différente. Ce dernier, en effet, présente un corps arrondi, trois à cinq fois plus volumineux, non divisé en céphalothorax et en abdomen; il est couvert de lignes concentriques plus éloignées les unes des autres, et d'un certain nombre d'élevures verruqueuses. Il a les membres très raccourcis et rapprochés de la ligne médiane; les deux paires antérieures seulement portent des organes de fixité, les postérieures se terminant par des poils.

L'*acare des follicules* se rapproche davantage de celui du docteur Willigk par son volume et sa composition d'un céphalothorax et d'un abdomen. Mais il s'en distingue par la longueur de son abdomen, qui l'emporte sur la largeur; par ses pattes courtes, coniques, formées de trois articles seulement, dont le dernier porte trois crochets. Ces pattes sont toutes fixées sur les côtés du céphalothorax. La tête porte deux palpes à deux articles, entre lesquelles se trouve une espèce de trompe. L'abdomen est couvert de quelques lignes parallèles peu nombreuses et ne formant qu'un seul système concentrique.

Ainsi, voilà le favus doté d'un élément nouveau, inconnu jusqu'ici. Mais nous devons dire que cet élément est loin d'être constant; bien plus, il paraît être excessivement rare, car le docteur Willigk a examiné, postérieurement à sa découverte, dix cas de favus dans lesquels il n'a pas retrouvé d'acarus. Ce dernier serait donc une simple complication ajoutée au cryptogame spécial, qui, comme on le sait aujourd'hui, grâce surtout aux travaux de MM. Robin, Lebert et Bazin, constitue le principal élément du favus, l'agent de sa propagation et la cause de son extrême ténacité. L'addition de l'acarus donne-t-elle au favus une physionomie particulière? Imprime-t-elle à la marche de la maladie une modification quelconque? Est-elle surtout la source d'une indication spéciale dans le traitement? Ce sont des questions qu'il est impossible de résoudre au moyen d'un fait unique, et dont la solution appartient à l'avenir. (*Gaz. hebd.*)

LOOCH BLANC ADDITIONNÉ DE CALOMÉLAS.

Nous croyons devoir signaler aux praticiens une observation que nous devons au hasard; elle les mettra en garde contre une erreur possible.

Il y a quelques jours un médecin prescrivit un demi-looch blanc du Codex, additionné de 30 centigrammes de calomel préparé à la vapeur. Ce looch devint en quelques secondes d'un brun très foncé.

Quelle était la cause de cette coloration? Quelle réaction chimique s'était-il passé?

Nos recherches nous ont démontré que cette coloration était due à la décomposition du calomel par l'acide hydro-cyanique provenant des amandes amères qui entrent dans la composition du looch.

Dès lors il est essentiel de ne pas mettre ces deux agents en présence, si l'on tient à l'effet déterminé de chacun d'eux; dans le cas contraire, il faut s'assurer que parmi les amandes douces que l'on doit employer il ne s'en est point glissé quelques-unes d'amères, comme cela arrive très souvent. Nous pensons qu'il est préférable de prescrire le looch huileux des Anglais, c'est-à-dire le looch fait sans amandes; par ce moyen on aura la certitude qu'il ne se formera aucune combinaison toxique, et que le looch et le calomel jouiront de leur effet. Stanislas MARTIN.

CYSTICERQUE DE LA LÈVRE SUPÉRIEURE,

Par le docteur H.-W. BEREND.

Cette variété de vers, que nous désignons aujourd'hui sous le nom de *cysticerque*, se rencontre, comme on le sait, assez fréquemment dans toutes les parties du corps occupées par le tissu cellulaire : c'est ainsi qu'on l'a signalée dans la pie-mère, dans le tissu cellulaire sous-cutané, dans les interstices musculaires, etc.; cependant il est assez exceptionnel de la rencontrer dans les lèvres. M. Berend en a observé un cas chez un enfant d'un an; il présentait l'apparence d'une tumeur du volume d'un haricot. Une petite incision donna issue au cysticerque; la réunion de la plaie eut lieu par première intention. (*Medic. Verein's Zeit.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 10 avril 1855. — Présidence de M. JOBERT (de Lamballe).

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Fabrique d'eaux minérales. — M. le ministre du commerce transmet une demande d'exploitation d'une fabrique d'eaux minérales à Lyon. (Commission des eaux minérales.)

Carte de France. — M. le ministre de la guerre transmet, pour la bibliothèque de l'Académie, un exemplaire de la 18e livraison de la carte de France.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Médication bromo-iodurée. — M. Lunier, médecin de l'asile d'aliénés de Blois, adresse la deuxième partie de son travail intitulé *Recherches physiologiques et thérapeutiques sur la médication bromo-iodurée.* (Commissaires : MM. Bouchardat, Ferrus et Grisolle.)

Romans sous le rapport médical. — M. Delenda adresse un travail ayant pour titre : *Un mot sur les romans envisagés sous le rapport médical.* (Commissaire : M. Collineau.)

Chlorure double de manganèse et de fer. — M. Lebel adresse un résumé d'un travail qu'il a entrepris il y a quelques mois sur la coagulation du muco-pus de la blennorrhagie et du chancre par le chlorure double de manganèse et de fer. (Commissaires : MM. Chevallier et Lagneau.)

Choléra. — M. Desgras transmet, au nom de M. Victor Serre, de Santander (Espagne), trois numéros du *Boletin de commercio*, dans lesquels sont insérés des articles sur un moyen de traitement proposé par M. Martinez, médecin à Santander, contre le choléra. (Commission du choléra.)

Candidature. — M. H. Roger se porte candidat à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique.

Thèse de Sauvages. — M. Bérard dépose sur le bureau de l'Académie, au nom de M. le baron d'Hombres-Firmas, un exemplaire de la thèse de Fr. Boissier de Sauvages, son grand-oncle, soutenue en 1724 devant la Faculté de médecine de Montpellier. Cette thèse, dont il ne restait plus aucun exemplaire dans les plus anciennes librairies, ni dans le dépôt de thèses de la bibliothèque de l'École de médecine de Montpellier, et que M. d'Hombres-Firmas a cru devoir faire réimprimer d'après une copie autographique qu'il possède dans ses papiers de famille pour rendre hommage à la mémoire de son illustre grand-oncle, a pour sujet l'amour. Elle est intitulée *Dissertatio medica atque ludicra de amore, seu thesis quam pro primâ appolinari laurea consequenda tueri conatus est Franciscus Sauvages de la Croix, præside illustrissimo D. D. Antonio Deidier. Sub hac formula: Utrum sit amor medicabilis herbis? Anno 1724.*

Avec cette épigraphe d'Ovide :

Si quis amat quod amare juvat, feliciter ardet;
Gaudeat, et vento naviget ille suo;
At si quis malè fert indignæ regna puellæ,
Ne pereat, nostræ sentiat artis opem.
(DE REMEDIO AMORIS.)

Cette thèse, dit M. Bérard, est charmante de pensée et de style. Elle est remplie de citations de poëtes anciens, Virgile, Horace et Ovide. Il emprunte surtout de nombreux passages aux deux poëmes *De remedio amoris et artis amatoricæ.* Ces citations sont si heureusement et si bien à propos enchâssées dans le texte, qu'en les lisant on les distingue à peine du style de l'auteur lui-même, et elles semblent toutes sorties de sa plume.

Sauvages, alors âgé de vingt ans, nous fait déjà pressentir qu'il sera plus tard sous le double rapport de la poésie et de la médecine un ardent disciple d'Apollon.

La maladie qu'il propose de guérir avec des remèdes extraits des végétaux n'est pas habituellement comprise au nombre de celles que traitent les médecins. On sait qu'Erasistrate découvrit la funeste passion qui consumait Antiochus, et qu'il indiqua au roi de Syrie un moyen infaillible de conserver son fils; c'est le seul exemple connu, et le chef de la secte des méthodistes ne chercha pas son remède dans les plantes.

Sauvages était alors un des plus chauds partisans de la secte iatromécanique ou iatro-mathématique; aussi explique-t-il tout, même en amour, par la vibration synchrone et isochrone de fibres plus ou moins tendues.

C'est ainsi que l'allongement et la tension des fibres des organes de la génération deviennent les premiers aiguillons de l'amour. .....*Tenduntur eorum nervi : ex quâ tensione primâ prodeunt amoris irritamenta.* Suit la démonstration mathématique et par A + B de cette proposition à la manière d'un théorème de géométrie.

La partie métaphysique de la thèse est conçue d'après les mêmes doctrines.

On voit qu'il y a loin des principes de Sauvages aux doctrines actuelles de l'école de Montpellier, où le vitalisme est en si grand honneur. Il n'est pas aujourd'hui un des professeurs de cette école qui ne soit à même de dire les rapports qui existent entre l'âme et le principe vital, qui y règnent en quelque sorte d'un commun accord et en parfaite intelligence; toutes choses que nous sommes loin de savoir ici.

Après avoir décrit l'amour : *morbus ille qui inter puellas et adolescentes serpit, cum delirio circa objectum amatum honestoque intimæ unionis desiderio*, Sauvages passe à la thérapeutique de cette maladie, et conclut, contre Apollon lui-même, *invito Apolline*, que l'amour peut être guéri par des remèdes tirés des plantes, *amor est medicabilis plantis.*

La thèse est suivie d'une courte analyse de la discussion, où l'on voit figurer les noms d'Antoine Deidier, de Haguenot et d'Astruc.

Je dépose cette intéressante thèse sur le bureau, en priant le bibliothécaire de veiller à ce que quelque bibliophile ne la mette pas par distraction dans sa poche.

Élection d'un trésorier. — L'Académie procède au scrutin pour l'élection d'un trésorier, en remplacement de M. Pâtissier.

Au premier tour de scrutin, les voix se partagent entre MM. Gimelle, Bricheteau, Poiseuille et Jolly. Aucun membre n'ayant réuni la majorité, on procède à un second tour.

Le deuxième scrutin donne :	à M. Gimelle. . .	35 voix.
—	à M. Poiseuille. . .	20 —
—	à M. Bricheteau. . .	6 —

M. Gimelle, ayant réuni la majorité, est proclamé trésorier.

— La parole est à M. Bouvier, pour la lecture d'un rapport.

RAPPORT.

Traitement de la chorée par la gymnastique. — M. BOUVIER lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Blache, ayant pour titre : *Du traitement de la chorée par la gymnastique.* (Commissaires : MM. Londe et Bouvier rapporteur.)

Le mémoire de M. Blache porte spécialement sur l'emploi de la gymnastique dans le traitement de la chorée, et sur la comparaison de cette méthode curative avec celles qui comptaient jusqu'ici le plus de succès. Nous avons donné dans le temps un extrait du mémoire de M. Blache, qui en faisait assez comprendre l'objet pour que nous puissions nous dispenser de le reproduire aujourd'hui. (Voir le numéro du 20 juillet 1854.)

Nous nous bornerons à résumer l'appréciation qu'en fait M. le rapporteur.

Après une longue et savante dissertation historique sur la chorée, M. le rapporteur s'exprime en ces termes :

Deux sortes de documents établissent les effets du traitement gymnastique de la chorée : 1° les relevés numériques de la durée de la maladie chez les choréiques soumis à ce traitement; 2° les observations directes propres à montrer son influence sur les symptômes et la marche de cette affection.

1° *Relevés numériques.* — Le relevé de M. Blache porte sur 108 cas, 84 filles et 24 garçons, traités par la gymnastique seule ou associée à d'autres moyens, tels que les bains sulfureux, etc. La guérison a eu lieu dans 102 cas en 39 jours, terme moyen, et dans 6 cas, qu'il considère comme des insuccès, en 122 jours.

Sans doute, dit M. Bouvier, il faudrait une analyse plus approfondie de ces 102 cas de guérison pour déterminer avec exactitude la part qui revient à la gymnastique dans l'heureuse issue de la maladie. Il faudrait rechercher le rôle qu'ont pu jouer soit les maladies fébriles intermittentes, soit l'influence du simple séjour de l'hôpital, soit enfin le temps seul, qui peut amener sans aucun traitement une résolution naturelle.

Mais le chiffre brut de ces guérisons n'en a pas moins une grande importance; car ce qu'il pourrait perdre à l'analyse des faits particuliers lui est commun avec toute autre méthode de traitement, et les réductions qu'il pourrait subir lui laisseraient certainement encore une valeur bien suffisante pour établir les bons effets de la gymnastique.

Il est à remarquer que la moyenne de 39 jours de traitement indiquée par M. Blache se rapproche beaucoup de celle que M. Rufz a trouvée en dépouillant les registres de l'hôpital des Enfants de 1824 à 1833 (31 jours en moyenne). Mais M. Rufz n'a pu savoir si tous ces enfants étaient sortis guéris, et il n'est guère probable qu'il en ait été ainsi; de sorte que cet intervalle de 31 jours est vraisemblablement plus court que l'espace de temps nécessaire à la guérison, lequel a dû être encore plus rapproché du chiffre trouvé par M. Blache.

Par ce seul fait, le traitement gymnastique se place manifestement sur la même ligne que les meilleures méthodes curatives connues qu'on employait à l'hôpital des Enfants dans la période dont M. Rufz s'est occupé (purgatifs, toniques, opium, antispasmodiques, valériane, oxyde de zinc, assa-fœtida, bains froids et sulfureux, etc.). Or, puisque le nombre des journées d'hôpital n'a pas sensiblement varié depuis que la gymnastique est substituée à la plupart de ces remèdes, il faut bien en conclure que son efficacité ne le cède point à la leur.

On pourrait, il est vrai, ajoute M. le rapporteur, inférer de cette similitude d'action de moyens si divers que leur vertu est également nulle, et que dans un cas comme dans l'autre la nature a fait tous les frais de la guérison. Mais M. Sée me semble avoir répondu péremptoirement à ces assertions en montrant par l'analyse des faits que toutes

les médications ne possèdent pas la même puissance curative, qu'il en est qui guérissent une plus grande proportion de malades, et plus rapidement, et en faisant voir en outre par des observations directes qu'il n'est pas exact de dire que la chorée cède généralement aussi vite quand elle est abandonnée à elle-même que lorsqu'elle est soumise à un traitement convenable.

2° *Observations directes.*—Si les résultats statistiques laissaient encore quelques doutes sur les effets avantageux de la gymnastique dans la chorée, l'histoire de la marche de la maladie sous l'influence de ce mode de traitement dissiperait toutes les incertitudes.

Dans le plus grand nombre des cas, en effet, on voit, dit M. Sée, au plus tard dès la cinquième ou sixième séance, quelquefois dès la première, un changement manifeste se produire dans la mobilité anomale, changement ordinaire tellement rapide que si au bout des huit premiers jours l'enfant n'est pas en état de se tenir debout, de marcher en droite ligne, de se suspendre par les bras, il est à craindre que la cure ne soit longue et difficile.

M. Blache s'exprime à peu près de la même manière. Prenant pour exemple un cas extrême, il constate, d'après ses observations propres, qu'après deux ou trois séances, ou même dès la première, les muscles, qui étaient tout à fait passifs dans les mouvements imprimés aux membres, se contractent régulièrement dans le sens de ces mouvements; qu'au bout de huit à dix jours l'amélioration est des plus marquées, l'enfant pouvant alors parler intelligiblement, et commençant à manger seul et à marcher.

MM. Sée et Blache ont reconnu l'un et l'autre qu'après ces premiers changemnnts il y a ordinairement un temps d'arrêt de plusieurs jours, passé lequel l'amélioration reprend son cours jusqu'à la guérison complète.

Serait-il raisonnable d'attribuer, pour la plupart des cas, à une simple coïncidence ces modifications presque soudaines de la maladie, cette marche en quelque sorte régulière de la cure?

M. le rapporteur complète cet exposé des effets du traitement gymnastique par une analyse sommaire de quelques observations particulières empruntées au travail de M. Blache et à ceux de MM. Sée, Moynier et quelques autres.

Ces faits, continue M. Bouvier, donnent une idée suffisante de l'efficacité de la gymnastique dans le traitement de la chorée. Est-ce à dire pour cela que ce traitement guérisse toujours? Non, ni M. Blache, ni la commission n'en ont eu la pensée. Le tableau statistique de M. Blache montre que la gymnastique a échoué 6 fois sur 108 cas. MM. Sée et Moynier ont cité plusieurs faits semblables, dans quelques-uns desquels, après l'emploi inutile de la gymnastique, la guérison a été obtenue soit par les bains sulfureux, soit par la strychnine, l'iodure de potassium ou par l'influence d'une pyrexie intercurrente. Le contraire a eu lieu dans plusieurs cas où l'on a vu la gymnastique réussir lorsque les autres méthodes de traitement avaient échoué. Les auteurs sont remplis de pareils contrastes dans l'histoire de la chorée. Il n'est pas une des médications les plus vantées qui ne compte des revers, pas une qui n'ait réussi lorsque les autres avaient été employées en vain. Pas plus pour la chorée que pour les autres névroses, il n'existe de remède constant, absolu, spécifique.....

En livrant les choréiques au gymnasiarque, le médecin ne doit point abdiquer son rôle; il faut qu'il reste attentif à suivre les effets des exercices, afin de s'adresser à d'autres médications, s'ils ne répondaient pas complétement à son attente.

Bien qu'il soit vrai de dire avec M. Blache que la gymnastique est moins souvent contre-indiquée dans la chorée de l'enfant que d'autres médications qui lui sont comparables pour l'efficacité, il faut néanmoins reconnaître que pour elle aussi il est des conditions favorables, comme il en est de contraires à son emploi.

Ainsi le traitement de la gymnastique doit être rejeté lorsqu'il existe une lésion inflammatoire ou organique du cœur, ou bien quelque symptôme d'affection cérébrale congestive ou autre, etc.

Le traitement gymnastique est-il applicable à la chorée rhumatismale? Et d'abord que doit-on entendre par chorée rhumatismale? La chorée rhumatismale n'est pour M. Bouvier qu'une chorée ordinaire, sauf les complications ou prédispositions tenant à l'état rhumatismal. La gymnastique peut donc la guérir comme les autres chorées, en se tenant en garde cependant contre l'éventualité des phlegmasies internes qui peuvent être le produit de la diathèse rhumatismale.

M. Blache ne s'est pas contenté de fournir les preuves cliniques de l'heureuse influence des exercices gymnastiques dans la chorée, il a recherché en outre quel pouvait être leur mode d'action dans la cure de cette maladie.

Nous regrettons de ne pouvoir suivre M. le rapporteur dans l'analyse de cette partie du travail de M. Blache, ainsi que dans les considérations sur le parallèle entre la gymnastique et les autres médications par lesquelles il termine son rapport.

En résumé, conclut M. le rapporteur, nous dirons, en modifiant quelque peu les termes des conclusions dernières de M. Blache, que dans la plupart des cas la gymnastique ne le cède en efficacité à aucun des autres modes de traitement de la chorée et qu'elle n'a point les inconvénients attachés à plusieurs d'entre eux.

Votre commission a l'honneur de vous proposer :

1° D'adresser des remercîments à M. Blache pour son intéressante communication;

2° De renvoyer son mémoire au comité de publication;

3° De l'engager à poursuivre ses recherches sur la chorée et sur ses divers modes de traitement et de faire part à l'Académie des nouveaux résultats qu'elles pourront lui fournir.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

— La séance est levée à cinq heures.

ADDITION A LA SÉANCE DU 7 AVRIL 1855.

Fin du discours de M. Piorry.

Je suis donc on ne peut pas plus vitaliste; seulement la vie étant pour moi une unité, comme je l'ai écrit il y a bien des années, je ne veux pas qu'on la divise arbitrairement et inutilement en forces, en propriétés qui, par la malheureuse disposition de l'esprit humain, sont bientôt personnifiées, individualisées, si bien que des hommes d'un grand mérite professent que c'est sur ces forces et ces propriétés que le médecin doit agir, tandis qu'il lui est impossible de modifier la vie, résultat de l'influence de l'âme sur l'organisation, autrement que par la médiation des organes. Mais les opinions dites vitalistes ont été prises d'une manière plus abstraite encore que celles dont il vient d'être parlé. Sans déterminer absolument ce que l'on voulait dire, on a supposé, non pas l'existence personnifiée, spiritualisée, mais purement hypothétique, imaginaire d'une puissance médicatrice incomprise, qui veillait sur les phénomènes de la vie et qui les dirigeait de façon à s'opposer à l'influence destructive des modificateurs extérieurs. Cette puissance occulte provoquait des actes salutaires; elle préparait les matières morbides; elle les soumettait à une sorte de travail intime et spécial, à une *coction* après laquelle le bon grain étant séparé de l'ivraie, cette ivraie était rejetée au dehors et cessait d'être nuisible; cet agent insaisissable et peu compréhensible a été appelé la nature : c'est le physis d'Hippocrate; et ceux qui admettent cette abstraction active, sage, savante, toute-puissante se disent hippocratistes; ils admettent non-seulement des phénomènes dépurateurs, mais encore des crises à jours fixes et des périodes décrétoires dans les maladies. Observateurs patients et spéculatifs des actes de la nature, ils s'en rapportent à elle, voient avec stoïcisme la guérison ou la mort survenir, et disent se garder de toute médication qui pourrait venir troubler les phénomènes morbides qui se succèdent d'une manière invariable et avec une évolution d'actions utiles.

Ces doctrines vitalistes que M. le docteur Parchappe a soutenues avec talent dans la dernière séance reposent sur un grand fait et que tout véritable médecin ne doit pas perdre de vue, c'est que les lésions, les maladies, si l'on veut, quand les causes qui leur donnaient lieu sont détruites ou enlevées, guérissent spontanément. Le *sublatâ causâ tollitur effectus* est ici encore plus vrai qu'ailleurs. Il est même impossible de ne pas voir que certains principes délétères mélangés avec le sang sont, par une merveilleuse action de l'organisme, rejetés au dehors, et cessent, par conséquent, d'être nuisibles.

Les excrétions qui ont lieu dans l'état de santé se reproduisent en grand dans la maladie. Ces phénomènes de curation spontanée ont été énoncés par moi en 1823 dans une thèse latine pour l'agrégation, publié en 1854 sous ce titre : *An omnes morbi sanabiles sanandi.*

Affecter de dire que les organiciens n'admettent pas ces vérités, c'est oublier leurs travaux, c'est ne pas savoir que les preuves les plus positives de ces admirables phénomènes leur sont dus; c'est leur prêter des opinions qu'ils n'ont pas, pour avoir le plaisir de les combattre. Quand j'ai parlé du miasme variolique et de la variosémie, je n'ai pas dit qu'on pouvait les éliminer par des moyens physiques ou chimiques, j'ai établi bien plutôt qu'il n'y avait autre chose à faire que de s'en rapporter à l'organisation pour évacuer le poison. Mais tout cela ne prouve pas l'existence d'un principe spécial auquel le médecin puisse s'adresser, et qui dirigerait les phénomènes de la vie. D'ailleurs, ce principe, s'il existait, serait souvent bien peu sage! Si c'est lui qui pour éliminer la matière peccante dans le choléra, dans la fièvre dite typhoïde; si c'est lui qui dans la maladie dite albumineuse de Bright, dans le diabète des auteurs fait évacuer l'albumine et le sucre; si c'est lui qui dans la morve provoque les lésions qui s'y forment, et si les éruptions syphilitiques, les caries des os sont des moyens qu'il emploie pour rejeter au dehors la matière morbide; si c'est lui qui dirige la marche d'une pneumonie de l'engouement à l'induration, et de celle-ci à la suppuration, ou s'il provoque encore les hémorrhagies qui surviennent dans le scorbut ou les fièvres graves, en vérité il ferait bien de faire grâce à l'espèce humaine de son secours, et nous lui serions fort obligés de vouloir bien établir domicile ailleurs que dans notre organisation. La doctrine des crises est à la rigueur soutenable; de bons esprits y ont cru et en ont cité des cas si rares que ce sont là des exceptions.

J'ai observé moi-même des séries de phénomènes que l'on pourrait considérer comme telles; et, par exemple, j'ai vu la disparition d'une pneumonite coïncider avec une évacuation considérable de pus par l'urine, et cette même disparition, dans un autre fait, suivre immédiatement une hémorrhagie spontanée et très abondante survenue deux jours après que les sangsues avaient cessé de donner du sang; mais il n'est pas besoin d'admettre un principe vital indépendant de l'âme, une nature intelligente pour se rendre compte de tels faits, et le mécanisme de l'organisation en exercice explique suffisamment de tels phénomènes.

Ce qui est encore bien plus contestable, c'est la doctrine des jours critiques, puisque aucun médecin de nos jours ne les admet, et pour ma part je les ai longtemps recherchés sans pouvoir les constater. Une grande difficulté, une difficulté presque insurmontable, a fait que tout ce qui a été écrit à ce sujet est plus imaginaire que réel; c'est qu'il est le plus souvent impossible de déterminer le jour précis où la maladie a commencé. Pour le faire, il faudrait assister au début du mal et avoir observé celui qui en est atteint au moment où il se portait bien et quand l'invasion est arrivée. L'inexactitude des rapports des malades trompe trop souvent sur le début du mal, et, quand ils seraient véridiques, la question de l'invasion n'en deviendrait pas beaucoup plus claire, car le frisson initial n'existe que dans un nombre d'affections assez limité; le début est souvent très lent et très obscur, et la transition des prodromes à la maladie est si peu définie qu'on ne saurait à vrai dire affirmer que le début de l'état morbide a existé tel jour et même telle semaine.

Il résulte de tout ce qui précède que le mot nature ne doit pas être rapporté à un principe particulier, à une force spéciale, mais qu'il faut le prendre comme une abstraction non individualisée et qui signifie seulement que l'organisation, encore une fois due à l'influence primitive de l'âme, est tellement bien harmonisée qu'elle tend d'elle-même à remédier aux lésions et aux actions délétères des corps qui sont susceptibles de lui nuire.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 2 avril 1855. — Présidence de M. Regnault.

Sur la présence du sucre dans le sang de la veine porte et dans le sang des veines hépatiques. — M. Claude Bernard lit sur ce sujet la note suivante :

« Dans la séance de l'Académie du 12 mars dernier, j'ai rappelé que M. le professeur Lehmann (de Leipzig) venait encore avec une autorité des plus considérables en pareille matière confirmer une de mes expériences fondamentales à l'aide desquelles j'ai établi depuis longtemps que le foie fabrique du sucre.

» Cette expérience consiste, comme on sait, à montrer que chez des animaux carnivores, à jeun ou en digestion de viande, il n'existe pas de sucre dans le sang de la veine porte qui circule des intestins vers le foie, tandis qu'il en existe constamment et en notable proportion dans le sang qui sort du foie par les veines hépatiques pour circuler vers le cœur.

» Dans la dernière séance de l'Académie, on a nié l'exactitude de ces faits constatés et vérifiés par les hommes les plus compétents et les plus habiles.

» L'auteur qui a émis cette négation est arrivé non-seulement à dire que chez les animaux carnivores, à certaines périodes de la digestion, il y a du sucre dans le sang de la veine porte aussi bien que dans celui des veines hépatiques, mais il n'a pas craint d'avancer que deux heures après le repas on trouve chez un chien qui a mangé de la viande de bœuf crue une plus forte proportion de sucre dans le sang de la veine porte que dans le sang pris au-dessus du foie.

» L'assurance avec laquelle une pareille assertion a été avancée pourrait peut-être en imposer à certaines personnes. C'est pourquoi je crois de mon devoir de venir déclarer ici que ces résultats sont entièrement inexacts.

» Par suite d'expériences très nombreuses faites depuis six années et que j'ai répétées devant des savants de tous les pays, je ne pouvais avoir aucun doute à cet égard. Je viens même encore cette semaine de refaire mon expérience devant différents physiologistes ou chimistes en plaçant les animaux dans les diverses conditions de digestion, et spécialement dans celles indiquées par l'auteur du mémoire, soit relativement à la nature de l'alimentation, soit relativement à l'époque de la digestion, soit enfin relativement à la manière dont le sang a été traité, pour y rechercher la matière sucrée. Or je déclare de nouveau que j'ai toujours obtenu le résultat que j'avais annoncé, à savoir : que chez un chien en digestion de viande cuite ou crue, il n'y a pas de sucre dans la veine porte ni une heure, ni deux heures, ni trois heures, etc., après le repas, et qu'il y en a, au contraire, dans les mêmes circonstances constamment et en notable proportion dans le sang des veines hépatiques.

» Maintenant, quant à apprécier les causes de l'erreur dans laquelle est tombé l'auteur du mémoire en question, ce rôle appartient à la commission, qui, je l'espère, ne tardera pas à faire son rapport.

» Mais, par un sentiment que l'Académie comprendra, j'ai l'honneur de prier M. le président de vouloir bien nommer en ma place un autre commissaire pour examiner les mémoires de M. Figuier. »

Conformément à cette demande, l'Académie désigne M. Rayer pour remplacer M. Cl. Bernard dans la commission chargée d'examiner les communications de M. Figuier.

Sur une substance animale glucogène. — M. C.-G. Lehmann adresse sur ce sujet la note suivante :

« Dans ma communication à l'Académie du 12 mars dernier, j'ai montré que chez des chiens à jeun ou nourris exclusivement avec de la viande, il n'y a pas de traces de sucre dans le sang de la veine porte, mais qu'il y en a de notables proportions dans le sang des veines hépatiques.

» J'ai établi, en outre, que la fibrine disparaît dans le foie en même temps que le sucre y apparaît. Ce dernier fait m'avait conduit, il y a déjà longtemps, à émettre l'opinion que le sucre qui prend naissance dans le foie se produit avec la fibrine. Mais personne n'a encore prouvé par la voie chimique que la fibrine fût une substance glucogène.

» Pour l'hématine, qui disparaît aussi dans le foie en quantité considérable, je viens de découvrir une méthode pour montrer qu'il existe une matière glucogène cachée dans le produit complexe, nommée hématine ou hématosine.

» Dans mes recherches sur la matière cristallisable albumineuse du sang, j'ai réussi dernièrement à séparer à l'état de pureté cette matière colorante (hématosine de M. Le Canu), et j'en ai obtenu de beaux cristaux. Soumettant cette matière azotée avec précaution à la distillation sèche, j'étais surpris de voir apparaître au commencement de sa décomposition des vapeurs acides. Ce n'est que plus tard, lorsque la température devenait plus élevée, que des vapeurs ammoniacales se développaient : ceci me semblait prouver qu'il y a dans l'hématine une substance non azotée combinée à une substance azotée. Toutes mes tentatives pour décomposer l'hématine de manière à faire naître du sucre furent sans succès, excepté le moyen suivant, qui m'a réussi : je fais dissoudre l'hématine dans l'alcool, après quoi j'ajoute un peu d'acide nitrique; faisant ensuite bouillir le mélange, il se forme de l'éther nitreux, et, par la formation de cet éther nitreux (suivant la méthode de Piria), l'hématine perd tout son azote. Il reste ensuite un acide non azoté et une autre matière qui dans une solution alcaline transforme le deutoxyde de cuivre en protoxyde, et qui avec de la levûre donne de l'acide carbonique et de l'alcool.

» C'est pourquoi il me paraît assez vraisemblable que l'hématine disparue dans le foie fournit une partie du sucre que nous voyons se produire dans cet organe. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le professeur Piorry commencera le lundi 16 avril, à huit heures précises du matin, sa clinique à l'hôpital de la Charité, et la continuera tous les jours, à la même heure.

Les leçons qui auront lieu à neuf heures se feront les *lundis, mercredis* et *vendredis.*

Les leçons du *mercredi* seront consacrées à l'étude du plessimétrisme.

— M. le docteur Ed. Langlebert commencera son cours public sur les maladies vénériennes le lundi 16 avril, à midi, et le continuera à la même heure les lundis, mercredis et vendredis dans son amphithéâtre, rue Larrey, 8.

La Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 . Un an. . . 30 .

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 13 AVRIL 1855.

L'exposition universelle, qui va inévitablement attirer à Paris un grand nombre de nos confrères des départements, nous avait déjà semblé une heureuse occasion qu'il ne fallait pas laisser échapper de resserrer les liens de confraternité et de solidarité qui doivent unir tous les membres de la grande famille médicale. Nous nous proposions d'appeler sur ce sujet l'attention de nos confrères, lorsque nous avons reçu de M. le docteur Rennes (de Bergerac) une lettre où cette même pensée se trouve exposée en si bons termes, que nous ne pouvons mieux faire que de la mettre sous les yeux de nos lecteurs. Sans doute elle provoquera plus d'une observation; quelques-uns voudront étendre l'idée de réunions confraternelles qui pourraient prendre une périodicité régulière comme les expositions elles-mêmes; d'autres y verront peut-être le germe d'une association générale de secours entre tous les membres de la même famille. Pour notre part, nous serons heureux de servir d'organe à cette pensée véritablement féconde.

Bergerac, le 8 avril 1855.

Monsieur le rédacteur,

Permettez-moi de vous entretenir d'une idée utile qui m'est venue tout naturellement à l'esprit au moment où j'ai formé, comme tant d'autres, le projet d'aller à Paris visiter l'exposition, et de consacrer, dans ce voyage, à mon instruction médicale, le plus grand nombre de journées qu'il me sera permis de dérober aux exigences de la clientèle.

Cette idée répond à un besoin qui sera généralement senti par les médecins étrangers à la capitale. Pourquoi ne m'adresserais-je pas à vous, monsieur le rédacteur, pour arriver à sa réalisation? Dévoué comme vous l'êtes aux intérêts de la profession, organe habituel de ces intérêts, vous pouvez, par la grande publicité de votre journal et par vos relations de tous les jours, provoquer les mesures utiles et les institutions favorables qui, venant en aide au médecin isolé dans Paris, épargneront son temps, dirigeront sa marche et rendront son séjour plus fructueux.

Quel avantage, en effet, pour les praticiens de la province ou de l'étranger de trouver à leur arrivée, au milieu de cet immense concours de tous les états et de toutes les professions, un point de réunion, une assemblée de famille, une organisation toute prête, une concentration de lumières et de travaux, une association fraternelle où se dispensent les conseils désintéressés, les renseignements utiles, les jugements éclairés qui abrègent les recherches, facilitent l'observation, épargnent les déceptions et multiplient les ressources par l'ensemble et la mutualité!

Pour réaliser ce programme, que faut-il faire? Mieux que moi vous pourriez répondre; mais puisque j'ai donné l'éveil de mes désirs, je vous dois aussi de vous faire connaître quelles seraient à peu près mes vues.

Certes, les ressources abondent pour le médecin curieux d'étendre ses connaissances, dans les cours publics et dans les hôpitaux ouverts à tous. Mais les sociétés sont closes; l'Académie de médecine, foyer de lumières, n'ouvre ses portes qu'à un petit nombre d'auditeurs et ne prête sa tribune qu'à quelques rares correspondants. Titrée comme elle l'est, on ne peut guère lui proposer de livrer une de ses salles à l'universalité des médecins. Si la ville ne pouvait leur prêter un local, la Faculté, qui est la mère de tous, ne pourrait-elle ouvrir un bureau d'inscriptions et de renseignements et offrir un point de réunion à ses nombreux enfants? Dans ces assemblées, fermées au charlatanisme par une commission préparatoire, le mérite des objets exposés pourrait être discuté et apprécié par les lumières de tous; les renseignements fournis aideraient les recherches, et la division du travail en faciliterait l'accomplissement.

En dehors de ces assemblées régulières, un cercle médical, à l'instar de ce qui fut pratiqué à l'époque du congrès, pourrait être ouvert aux loisirs de la journée, et réunir le soir ce monde de confrères étrangers, curieux de se connaître. Qui de nous ne serait heureux d'y retrouver des amis longtemps perdus de vue, et que nous eussions coudoyés dans la rue sans les reconnaître? Quelle satisfaction d'y presser la main de ces héroïques confrères de l'armée d'Orient, qui viennent de jeter un nouveau lustre sur la médecine militaire française!

En résumé, trois institutions me paraissent devoir compléter les avantages d'un séjour toujours trop court dans la capitale : un bureau de renseignements, des assemblées générales et un cercle médical. Puisse mon désir de les voir s'établir être accueilli favorablement; et sa réalisation, je n'en doute pas, sera pour un grand nombre de praticiens de la province un motif déterminant de déplacement.

Agréez, etc. RENNES,

ancien médecin des hôpitaux militaires, correspondant de l'Académie impériale de médecine, etc.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Épidémie d'angines diphthéritiques.

Pour compléter le tableau de la constitution médicale régnante que nous avons esquissée récemment à grands traits et dont l'affection typhoïde constitue le fond commun, nous aurions à ajouter quelque chose aujourd'hui concernant la fréquence des angines qui ont régné avec les derniers froids si vifs de la saison : angines simples, c'étaient les plus communes; angines couenneuses observées indistinctement chez des adultes comme chez des enfants, et dont quelques-unes ont été mortelles; angines compliquant d'autres affections qui font également partie du règne épidémique actuel, telles que les fièvres éruptives (rougeole, scarlatine) ou la fièvre typhoïde, etc.

Nous rappellerons notamment à ce sujet les exemples curieux de complication de ce dernier genre que M. Oulmont a observés à l'hôpital Saint-Antoine, et qu'il a communiqués à la Société médicale des hôpitaux. M. Oulmont a vu, chez un certain nombre de sujets atteints de fièvre typhoïde dans son service, survenir une complication d'angine couenneuse, tantôt vers le milieu de la maladie, tantôt à la fin. Chez quelques-uns, la maladie se propageant rapidement au larynx et à la trachée, a paru dégénérer en une véritable affection croupale qui les a fait succomber, malgré la trachéotomie, au milieu d'accès de suffocation; d'autres ont succombé dans un état adynamique profond paraissant résulter de cette complication. Bref, telle a été, d'après M. Oulmont, la gravité de cette complication, qu'il n'a vu guérir qu'un seul des malades qui en ont été atteints.

Nous devons dire cependant que cette fâcheuse complication ne s'est point jusqu'à présent multipliée, du moins dans les hôpitaux, et qu'elle est restée confinée sur quelques points, car nous n'avons eu que de très rares occasions de l'observer dans la plupart des services. Mais nous savons qu'il s'en est présenté un certain nombre de cas en ville; il nous en a été signalé également dans la banlieue, et enfin dans quelques départements; ce qui tendrait à faire présumer que c'est là le résultat d'une influence très générale.

En attendant que nous ayons pu réunir sur cette affection tous les documents nécessaires pour en retracer l'histoire, nous mettrons sous les yeux de nos lecteurs les faits suivants qui nous sont communiqués par un de nos correspondants.

M. le docteur Victor Besnard, médecin à Joué, près Tours, a observé récemment une épidémie diphthéritique dont 16 sujets, 9 enfants et 7 adultes, ont été atteints en moins de deux mois dans une localité qui ne se compose que d'une quarantaine de maisons. Dans deux de ces cas l'affection, siégeant d'abord dans le pharynx, avait complétement disparu pendant deux ou trois jours, puis elle avait reparu brusquement, non plus seulement dans le pharynx, mais dans le larynx et la trachée, et en moins de douze heures elle avait marché avec une telle rapidité que du matin au soir l'asphyxie était devenue imminente. Ces deux malades ont été trachéotomisés avec succès par M. le docteur Thomas (de Tours). Nous rapportons plus loin ces deux observations.

La remarque relative à cette suspension momentanée dans les accidents n'est point isolée; dans tous les cas que notre confrère a été à même d'observer, et dans lesquels les fausses membranes n'ont point gagné le larynx, l'affection a eu la même marche lente, saccadée pour ainsi dire, et après un temps d'arrêt plus ou moins

---

BIBLIOGRAPHIE

De l'électrisation localisée et de son application à la physiologie, à la pathologie, à la thérapeutique; par M. le docteur DUCHENNE; de Boulogne (1).

De toutes les applications modernes des sciences physiques à la médecine et aux connaissances qui s'y rattachent, l'une des plus importantes, des plus fécondes en découvertes de toute sorte, c'est sans contredit l'application de l'électricité à la physiologie, à la pathologie, à la thérapeutique. Encore dans l'enfance, puisque les premières recherches suivies remontent à peine à une dizaine d'années, l'électrisation, cette science nouvelle, a déjà donné, on peut le dire bien haut, de merveilleux résultats; elle a fait naître entre les mains habiles qui l'ont créée des phénomènes inattendus; elle a ouvert un champ nouveau à l'observation, et déjà il est permis de prévoir, d'après les faits curieux qu'elle a mis en lumière, d'après les conséquences pratiques qu'on en ont découlé, les services que l'on est en droit d'en attendre.

Le livre que nous avons sous les yeux est le premier ouvrage dans lequel se trouve étudiée d'une manière complète l'électrisation localisée, dans lequel soient exposés et les moyens de développer le fluide électrique le plus convenable au but que l'on se propose, et les préceptes à suivre pour son application tant sur l'homme sain que sur l'homme malade, et enfin les résultats obtenus jusqu'à ce jour par l'ingénieux *inventeur* de la science nouvelle.

Certes M. Duchenne n'a pas la prétention d'avoir découvert l'électricité; avant lui on l'avait, dans quelques cas rares, appliquée sur l'homme au traitement de certaines maladies; mais les appareils dont on faisait usage étaient si grossiers, si infidèles, on manquait si complétement de règles certaines pour produire les effets que l'on voulait déterminer, on était dans une ignorance si absolue des ressources que le fluide électrique était susceptible d'offrir, que, en réalité, l'électrisation n'existait pas. Doué d'un remarquable talent d'observation, patient et rendu curieux par le petit nombre de phénomènes singuliers qu'il avait rencontrés, peut-être par hasard, M. Duchenne a eu, il y a une dizaine d'années, l'idée de diriger et de limiter la puissance électrique dans les organes, espérant que la localisation de cette puissance lui permettrait d'étudier certaines propriétés physiologiques des organes, ainsi que leurs perturbations pathologiques.

Pour en arriver là, il fallait commencer par déterminer les propriétés physiologiques et thérapeutiques des différentes espèces d'électricité. On sait que pour l'usage médical on se sert de l'électricité statique ou de frottement, de l'électricité de contact ou galvanisme, et de l'électricité d'induction; cette dernière est produite par des appareils où les courants prennent leur source soit dans une pile, soit dans un aimant. Ceci étant dit en passant, car nous ne pouvons entrer ici dans les détails des propriétés de chacune de ces électricités diverses, M. Duchenne s'est trouvé conduit à reconnaître qu'on ne saurait employer indifféremment dans la pratique médicale l'une ou l'autre de ces différentes espèces d'électricité, bien qu'elles constituent une classe commune d'excitants, et que celle dite d'induction est celle qui convient le mieux à l'électrisation localisée.

Mais les appareils en usage dans la pratique médicale ne possédaient pas l'ensemble des conditions nécessaires à ce genre d'application, et ne répondaient pas aux besoins de la thérapeutique. Après les avoir examinés avec soin et avoir, dans deux mémoires successifs présentés aux Académies des sciences et de médecine, signalé leurs *desiderata*, M. Duchenne se mit résolûment à l'œuvre, et modifia si bien ces appareils imparfaits, qu'il arriva à en construire lui-même de nouveaux, répondant à toutes les exigences de l'usage médical. A d'autres il appartiendra de déterminer le progrès que constituent ces appareils au point de vue physique, progrès que tous ceux qui s'occupent de sciences semblent disposés à reconnaître aujourd'hui. Sur ce point nous déclinons notre compétence; mais nous devons dire que bien des fois nous sommes resté dans l'admiration en voyant M. Duchenne, armé de ses appareils, développer sur des malades, sur ceux qui se prêtaient à ses expérimentations, sur nous-même alors que nous exercions les fonctions de chef de clinique à l'Hôtel-Dieu, les phénomènes les plus intéressants avec une adresse et une dextérité tenant du prodige; arrêter à son gré la puissance électrique à la surface du corps; lui faire traverser la peau sans l'exciter; concentrer son action dans un tronc ou dans un filet nerveux, dans un muscle ou dans un faisceau musculaire, etc. A ces expérimentations d'une espèce toute nouvelle, la physiologie doit déjà des résultats pratiques d'une haute valeur, qui ne peuvent manquer de s'agrandir encore.

Par l'électrisation localisée, M. Duchenne a pu créer une sorte d'anatomie vivante de l'homme. Portant ses investigations sur chaque partie du corps, il a déterminé d'une manière exacte l'action isolée et individuelle de tous les muscles, tant de ceux des membres que de ceux du tronc et de la face; le diaphragme lui-même n'a pu se soustraire à l'action intelligente de ses conducteurs, et de cette dernière exploration en particulier est sortie la découverte de deux affections non encore décrites avant lui : la *paralysie* et la *contracture du diaphragme*.

Il faudrait cependant se garder de croire, après avoir lu les lignes qui précèdent, que la connaissance exacte de l'action individuelle des muscles, due à l'expérimentation électro-physiologique, fût suffisante pour l'étude de leurs fonctions; physiologiquement, l'action musculaire n'est jamais isolée. Indépendantes les unes des autres et isolées, les contractions musculaires ne manqueraient pas de produire des accidents ou des difformités. Dans l'état physiologique il n'en est point ainsi; les actions musculaires sont synergiques. L'étude de la pathologie électro-musculaire employée comme moyen de contrôle de l'électro-physiologie a permis à l'auteur d'étudier la part de chaque muscle

(1) Un vol. in-8° de 920 pages. — Chez J.-B. Baillière.

long les fausses membranes reparaissaient avec la même rapidité qu'au début.

La médication que M. Besnard a employée dans tous les cas a toujours été très simple. Les cautérisations avec le crayon et la solution de nitrate d'argent, répétées jusqu'à huit ou dix fois en vingt-quatre heures, lui ont toujours paru remplir l'indication, et arrêter à son début la marche envahissante de l'angine couenneuse. Dans deux cas seulement on a essayé des vomitifs; mais ces moyens n'ont réussi qu'à aggraver l'état des malades, et n'ont amené l'expulsion d'aucun fragment de fausses membranes. Les cautérisations avec le crayon d'abord, et ensuite avec la solution, ont eu seules ce résultat.

On voit, d'après les faits que nous a communiqués M. Besnard, que dans cette petite épidémie la production membraneuse a toujours débuté par le pharynx, alors même qu'elle devait envahir plus tard le larynx et la trachée, ainsi que cela a eu lieu chez les deux sujets qui ont dû être opérés. Ces faits viennent donc confirmer sous ce rapport l'opinion émise depuis longtemps déjà par MM. Bretonneau, Guersant et Louis. Ils fournissent en outre une nouvelle preuve en faveur de l'efficacité de la médication caustique appliquée au début de la maladie.

Hâtons-nous d'ajouter toutefois que, tout en reconnaissant les excellents effets de la cautérisation dans les faits qu'a observés M. Besnard et en admettant son utilité d'une manière générale, à la condition de l'appliquer au début du mal et convenablement, nous n'en partageons pas moins l'opinion récemment émise par M. Marchal (de Calvi) sur la fréquente insuffisance de ce moyen et sur la nécessité de lui associer une médication générale dirigée contre l'affection dont l'angine n'est qu'une des manifestations locales. Si M. Besnard se trouvait par la suite à même d'observer une nouvelle épidémie de même nature, nous l'engagerions, sans renoncer, bien entendu, aux cautérisations dont il s'est si heureusement trouvé, à essayer concurremment la médication alcaline dont nous avons publié dans la dernière *Revue* un cas de succès assez remarquable. Cette recommandation s'adresse naturellement aussi à tous les médecins qui se trouveraient dans le cas d'en faire l'essai.

De la médication antimoniale sous forme pilulaire dans le traitement des phlegmasies pulmonaires.

Une jeune femme, d'une constitution frêle et délicate, est entrée ces jours derniers à l'Hôtel-Dieu atteinte d'une pneumonie avec fièvre intense. La pneumonie occupait le sommet et les parties antérieure et latérale du poumon droit. La malade éprouvait une anxiété extrême de la respiration qui ne paraissait pas en rapport avec l'étendue assez limitée de la pneumonie. Au premier abord cette anxiété excessive portait à soupçonner quelque complication du côté du cœur, telle qu'une péricardite; mais l'examen le plus attentif ne fit rien découvrir de ce côté. Cette anxiété était principalement le résultat d'une violente douleur de côté due probablement à une de ces névralgies inflammatoires si communes dans les pleuro-pneumonies et sur lesquelles M. Beau a particulièrement appelé l'attention. Mais ce n'est pas là le point qui doit nous occuper en ce moment. C'est le mode de traitement conseillé par M. le professeur Trousseau que nous voulons signaler pour l'instant à l'attention de nos lecteurs.

On avait affaire, disons-nous, à une pneumonie; mais à une pneumonie accompagnée d'un appareil fébrile général extrêmement intense, dont la disproportion avec l'étendue de la lésion locale indiquait assez que ce n'était pas là uniquement une fièvre réactive. Pour donner son vrai nom à cette maladie, nous l'appellerions volontiers une *fièvre pneumonique*. Bref, l'indication dominante aux yeux de M. Trousseau était l'état fébrile et le meilleur moyen de le combattre l'emploi des antimoniaux.

De tous les antimoniaux celui que M. Trousseau préfère dans cette circonstance est le kermès. Un peu moins énergique que le tartre stibié, mais beaucoup plus que l'oxyde blanc d'antimoine, il a sur ces deux agents l'avantage de réunir les deux qualités qui les ont fait rechercher l'un et l'autre, l'énergie du premier et l'innocuité du second, ainsi que la facilité avec laquelle il se prête à toutes les manipulations pharmaceutiques.

Cependant, comme il n'est pas complétement exempt de l'inconvénient justement reproché aux antimoniaux en général, et surtout au tartre stibié, de produire une pustulation sur les membranes muqueuses qu'il traverse ou sur lesquelles il est déposé, lorsqu'il est administré à une dose élevée et continue, M. Trousseau a adopté, pour éviter cet inconvénient, la forme pilulaire. Il a pu prescrire ainsi à cette malade, dès le premier jour, 1 gramme (20 grains) de kermès en pilule, et répéter cette dose le lendemain et le surlendemain, non-seulement sans qu'il y ait eu le moindre accident de pustulation, mais encore sans effet vomitif ni purgatif, bien qu'on en ait obtenu le résultat thérapeutique désiré, c'est-à-dire la sédation presque instantanée de l'état fébrile.

Il y a dans ce fait seul un double enseignement sur le mode d'action dynamique des antimoniaux à haute dose. On sait qu'on a longtemps considéré la pustulation comme le signe de la saturation stibiée; telle était en particulier la manière de voir de Laënnec. Or, ce fait prouve, contrairement à cette manière de voir, que la pustulation n'est que le résultat de l'action locale, topique des antimoniaux sur les surfaces muqueuses avec lesquelles ils ont été mis en contact, et non l'effet de son action dynamique générale sur l'économie.

D'un autre côté, on a cherché à s'expliquer l'action des antimoniaux dans le traitement des phlegmasies pulmonaires par la révulsion inflammatoire qu'ils produiraient sur la muqueuse gastro-intestinale; c'était l'interprétation que devait naturellement donner Broussais. Mais cette opinion n'a pas été soutenue seulement par les partisans de la doctrine physiologique; elle a été défendue aussi par des médecins qui étaient loin de partager les idées de Broussais, et notamment par M. Chomel.

On comprend jusqu'à un certain point que cette idée ait eu quelque crédit tant qu'on voyait les antimoniaux produire des vomissements et des selles qui semblaient impliquer l'idée d'une surexcitation irritative des voies digestives. Mais cette idée n'est plus soutenable en présence du résultat que nous venons de signaler, et qui s'est produit sans qu'il y ait eu ni vomissements ni selles. Il faut donc en revenir à l'idée de Laënnec, ou plutôt de l'école rasorienne, savoir : que les antimoniaux à haute dose ont une action sédative spéciale sur le système nerveux, et par suite sur l'état fébrile.

En effet, chez la malade en question, il semble que sous l'influence de cette médication le système nerveux ait été immédiatement stupéfié; l'appareil fébrile est tombé presque aussitôt; et c'est si bien là le fait d'une action dynamique générale, et ajoutons que l'état fébrile était si peu dans cette circonstance le produit de la réaction inflammatoire, que, la fièvre anéantie, la lésion pulmonaire n'en était pas moins restée la même pour l'étendue comme pour le degré. Il en a été ici, pour employer la comparaison qu'a faite à ce sujet M. Trousseau, comme lorsque dans un accès d'odontalgie très intense lié à l'existence d'une carie, on fait pénétrer un peu de sulfate de morphine jusqu'au nerf dentaire. On stupéfie à l'instant le système nerveux et on anéantit la douleur, bien que la carie persiste. On n'a fait autre chose, dans ce cas, que d'interrompre la chaîne électrique, de détruire l'intermédiaire entre le point de départ de la douleur et le centre nerveux. Plus de douleur, plus de délire, plus d'excitation fébrile; la lésion seule persiste.

Il en est de même dans la pneumonie. Sous l'influence de la médication stupéfiante, la fièvre est éteinte sans que rien soit changé dans l'état local du poumon. La pneumonie reste isolée en quelque sorte au milieu de l'organisme.

Qu'arrivera-t-il maintenant? La pneumonie, ainsi simplifiée et réduite par la disparition de l'état fébrile général au seul élément phlegmasique local, se résoudra d'elle-même. Nous suivrons du reste cette malade, pour nous assurer que nous n'avançons rien de trop en assumant la responsabilité de ce pronostic. Nous aurions encore, si nous voulions suivre M. Trousseau dans les intéressantes considérations qu'il a émises à l'occasion de ce fait, beaucoup d'autres points à examiner; mais nous aurons plus d'une occasion d'y revenir.

Kyste hématique occupant le côté droit du cou, depuis la clavicule jusqu'à l'angle de la mâchoire inférieure. — Cautérisation. — Guérison.

Les kystes que l'on rencontre au cou, dans la partie située au-devant de la colonne vertébrale, peuvent se développer dans la thyroïde, dans le tissu cellulaire ou dans l'intérieur des ganglions lymphatiques. Malgré les travaux remarquables publiés sur ce sujet, le diagnostic de ces tumeurs est souvent obscur, et rien n'est plus difficile que de déterminer dans tous les cas, d'une manière précise, le siége anatomique de ces kystes et le tissu dans lequel ils ont pris naissance.

Lorsque ces tumeurs ont acquis un certain volume ou qu'il en existe plusieurs, elles gênent la déglutition, forcent les malades à incliner la tête en avant ou latéralement, et y déterminent une congestion habituelle. Mais leur effet le plus grave, celui qui oblige surtout les malades à s'en faire débarrasser, est la gêne qu'elles apportent à l'accomplissement des fonctions des organes respiratoires. Tel était le cas d'une malade que M. le docteur Alphonse Amussat a bien voulu soumettre à notre examen, et dont nous allons tout à l'heure rapporter l'histoire.

Ces kystes contiennent de la sérosité seule ou mélangée avec une certaine quantité de sang, ou enfin du sang presque pur. La membrane interne étant en rapport avec le produit de sécrétion qu'elle renferme, cette circonstance doit nécessairement influer sur le choix de la méthode opératoire à laquelle on doit donner la préférence. Ainsi l'injection iodée, qui réussit très bien lorsque le kyste ne contient que de la sérosité, serait-elle inoffensive si la membrane interne, très vasculaire, renfermait surtout du sang? C'est une question que l'expérience n'a pas encore résolue, et que nous nous abstiendrons de discuter ici. On a alternativement proposé pour la guérison de ces kystes l'incision, l'excision, l'extirpation, les caustiques. C'est à cette dernière méthode déjà très ancienne, puisque Celse la recommande, que M. Amussat fils a donné la préférence dans le cas dont il s'agit, et dont voici la relation :

Mme C..., âgée de quarante et un ans, d'une constitution lymphatique nerveuse et d'une assez bonne santé habituelle, a eu sept enfants et a fait une fausse couche. Après sa seconde couche, qui eut lieu en 1838, elle s'aperçut qu'elle portait une tumeur de la grosseur d'un pois vis-à-vis le lobe droit de la thyroïde. Cette tumeur n'augmenta pas sensiblement après les trois accouchements suivants. A la fin de 1846 elle accoucha pour la sixième fois, et les douleurs, cette fois très vives, ayant provoqué des efforts et des cris répétés, à dater de cette époque elle vit sa tumeur augmenter rapidement de volume. Au mois de juin 1852, Mme C... éprouvant

---

dans les actions musculaires synergiques et dans les attitudes normales qui en résultent.

C'est à l'exposition de l'art de localiser la puissance électrique dans les organes qu'est consacrée la première partie du livre de M. Duchenne. Nous disons l'*art*, car c'est un art véritable soumis comme tous les autres à des règles fixes, et dont la pratique repose sur un ensemble d'études spéciales, demande une grande habitude et exige avant tout des connaissances exactes en anatomie et en physiologie. Nous avons déjà dit que l'auteur a comparé tout d'abord les diverses espèces d'électricité et que l'expérience l'a conduit à préférer aux deux autres l'électricité d'induction. L'étude détaillée des appareils qui la produisent, la description et la théorie de celui qu'il a cru devoir substituer à ceux qui l'avaient précédé, la manière de le mettre en action, puis les principes fondamentaux de la méthode d'électrisation localisée, les moyens de gouverner à travers les organes le fluide électrique, la *faradisation*, comme il l'appelle en l'honneur du savant qui a découvert l'électricité d'induction, la faradisation des divers organes et des divers appareils d'organes font le sujet de quatre chapitres très étendus du plus haut intérêt, écrits avec clarté et d'une intelligence facile. Nous ne devons pas dissimuler cependant que certains détails techniques et tout à fait spéciaux dans lesquels l'auteur a dû entrer exigent pour être parfaitement compris à une première lecture une connaissance bien complète de cette branche de la physique qui traite de l'électricité. C'est une étude à laquelle se remettront bien vite ceux qui voudront répéter les expériences de M. Duchenne et qui se proposeront de faire des applications fréquentes de l'électrisation localisée.

Les moyens décrits et leur usage bien indiqué, M. Duchenne passe à l'application de la faradisation localisée à la physiologie, et expose avec tous les développements nécessaires les résultats de ses expériences basées sur l'électro-physiologie et sur l'électro-pathologie. C'est toute une physiologie nouvelle de la plus grande partie de la musculature du corps à laquelle sont venus donner sur la plupart des points une éclatante confirmation des travaux remarquables entrepris par d'habiles physiologistes, parmi lesquels nous nous contenterons de citer MM. Bérard, Bouvier, etc. On jugera de l'originalité, de l'étrangeté, allions-nous dire, de quelques-uns des faits signalés par M. Duchenne par deux propositions seulement résultant d'expériences bien observées et plusieurs fois répétées qui font le sujet des deux derniers chapitres de la seconde partie de son livre : la première c'est que l'*intégrité de la contractilité électro-musculaire n'est pas nécessaire à l'exercice des mouvements volontaires*; la seconde, c'est qu'il paraît exister un sens qui siége dans le muscle et qui sert à l'accomplissement de la contraction musculaire; ce sens, que M. Duchenne propose d'appeler *conscience musculaire*, est autre chose que la sensation d'activité musculaire indépendamment de laquelle il peut exister, et est nécessaire à la contraction musculaire volontaire; le sens de la vue peut cependant le suppléer.

Le but final de toute science, c'est l'utilité pratique; c'est ce qu'a compris M. Duchenne, et ce dont il donne la preuve dans la troisième partie de son livre, laquelle, à vrai dire, n'est qu'un traité de diagnostic différentiel basé toujours sur l'emploi des appareils électriques. C'est ainsi qu'il examine tour à tour, au point de vue du diagnostic, quelques affections musculaires de l'épaule, les paralysies musculaires locales, les affections musculaires, la paralysie générale saturnine, etc.

Parmi les chapitres les plus intéressants de cette section de l'ouvrage, nous devons citer en première ligne celui qui traite de la pathologie du diaphragme, sujet entièrement neuf, comprenant la paralysie et la contracture de ce muscle, découvertes et décrites pour la première fois par M. Duchenne, et un autre consacré à l'étude d'une maladie tout récemment découverte aussi, mentionnée en 1849 par M. Duchenne dans un mémoire présenté à l'Institut, et décrite en 1851 par M. Aran, sous le nom d'atrophie musculaire graisseuse progressive. N'eût-elle conduit qu'à ces deux découvertes, l'électrisation localisée eût rendu à la science un service assez réel pour conquérir une belle place parmi les moyens les plus sérieux et les plus utiles d'investigation que possède la médecine.

Il faudrait véritablement un volume pour analyser, même succinctement, les chapitres si variés et si remplis du bel ouvrage de M. Duchenne. Aussi est-ce avec le plus profond regret que nous nous voyons forcé de n'indiquer que sommairement le sujet des principaux articles les plus dignes de l'attention de nos lecteurs. Nous terminerons donc en signalant comme non moins importante que la précédente la quatrième partie de cet immense travail, consacrée tout entière à l'application de la faradisation localisée à la thérapeutique. On y trouvera, entre autres de très utiles préceptes relatifs à la gymnastique nerveuse, dans certains cas de paralysie auxquels serait inapplicable la méthode ingénieuse de gymnastique récemment imaginée et décrite par un médecin suédois sous le nom de *kinisithérapie*, préceptes dont nous recommandons la lecture et la méditation à ceux qui s'occupent plus spécialement des maladies des centres nerveux. Paralysies saturnines, rhumatismales, hystériques, consécutives aux hémorrhagies cérébrales, à des lésions traumatiques, tout y est étudié avec le même soin, et les ressources que l'électrisation peut offrir sont exposées d'après un nombre considérable de faits, recueillis pour la plupart dans les hôpitaux. C'est là en quelque sorte la partie clinique de l'ouvrage.

La science de l'électrisation est encore toute nouvelle, avons-nous dit, et certes les services qu'elle rendra dans l'avenir seront plus nombreux que ceux que l'on en a jusqu'à présent retirés. Remercions M. Duchenne d'avoir consigné dans son savant travail tous les résultats obtenus jusqu'à ce jour. Les expériences qu'il a instituées serviront de guide à ceux qui voudront pousser leurs recherches dans la même direction; et le zèle infatigable de l'ingénieux auteur des nouvelles méthodes nous est un sûr garant qu'après avoir posé les premiers jalons sur une voie inconnue, ce n'est pas à d'autres qu'il s'en remettra pour hâter les progrès d'une science dont il doit véritablement être considéré comme l'inventeur.

Dr A. Foucart.

de la gêne dans les mouvements du cou, de la suffocation en marchant et en montant les escaliers, et surtout des étourdissements fréquents qui ne lui permettaient pas de baisser la tête, principalement aux époques menstruelles, ce fut alors qu'elle alla consulter M. Amussat fils, qui la soumit à l'examen de plusieurs confrères.

A cette époque le kyste, de forme ovoïde, avait acquis le volume d'un gros citron; il faisait une saillie considérable, s'étendait obliquement sous le muscle sterno-cléido-mastoïdien, depuis l'articulation sterno-claviculaire droite jusqu'à l'angle du maxillaire inférieur correspondant, et forçait la malade à incliner la tête vers l'épaule droite. Une ponction avec un trocart explorateur donna issue à un liquide peu épais de couleur chocolat. La nature de la tumeur ne paraissait pas douteuse, mais il ne parut pas possible de déterminer d'une manière positive le tissu dans lequel elle avait pris naissance.

Après avoir essayé jusqu'à la fin du mois de septembre l'électricité et des préparations fondantes sans obtenir la guérison, notre confrère se décida à cette époque à traiter la tumeur par la cautérisation. Le 29 septembre, quelques jours après la disparition des règles, il fit sur la partie inférieure et médiane de la tumeur, à un pouce environ de la clavicule, une cautérisation linéaire de 3 centimètres de long, pénétrant jusqu'au kyste. Cette cautérisation fut faite avec une lame de caustique solidifié de Filhos, et la malade dut appliquer constamment sur l'eschare un pansement à l'eau.

Le 6 octobre, il fit au milieu de l'eschare avec une lancette ordinaire une ponction qui donna issue à une certaine quantité de liquide brun, épais, et d'un peu de sang; la tumeur diminua considérablement. Les bords de l'ouverture furent cautérisés avec une lame de caustique Filhos et une mèche de linge fin introduite dans la cavité.

Les premiers jours, il y eut du gonflement, de la douleur avec écoulement d'un liquide couleur café au lait.

Le 10, craignant le développement d'une inflammation diffuse au voisinage de la tumeur, M. Amussat fils introduisit dans le kyste un petit bâton de bois blanc trempé dans de l'acide nitrique monohydraté et cautérisa les parois du sac. — Mèche de linge fin, injection soir et matin, pansement à l'eau d'une manière continue.

Le 12, l'introduction d'un stylet ordinaire permettait de sentir le fond du sac à environ 5 ou 6 centimètres de l'orifice.

Le 14 et le 20, cautérisations intérieures avec l'acide nitrique.

Le 25, craignant que le fond du kyste ne fût pas suffisamment cautérisé par l'acide nitrique, notre confrère introduisit une sonde d'argent ouverte à son extrémité, contenant de la poudre de caustique Filhos et l'insufla sur le fond du sac.

A dater de cette époque, on se contenta d'introduire des mèches et de continuer le pansement ordinaire.

Le 6 novembre, on supprime les mèches et on touche les bourgeons charnus extérieurs avec le nitrate d'argent; les 7 et 14, on répète cette petite opération.

Le 20, la plaie extérieure était complétement cicatrisée et la tumeur avait entièrement disparu.

Les suites de ces différentes opérations furent très simples, à part un peu de réaction à la suite de chaque cautérisation.

Le 10 de ce mois, plus de deux ans après l'opération, il n'existe plus comme traces de la tumeur que la cicatrice de l'ouverture et un petit tubercule dur profondément placé sur le côté de la trachée; il semble que le lobe droit du corps thyroïde ait disparu; le lobe gauche, de volume normal, gonfle, au dire de la malade, quand elle fatigue; les sterno-mastoïdiens ont une forme plus arrondie que de coutume. Ces modifications paraissent s'être accomplies depuis un an environ que Mme C... a eu un nouvel enfant.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

Deux observations de trachéotomie pratiquée avec succès dans deux cas de croup ou plutôt d'angine couenneuse ayant gagné le larynx et la trachée (1).

Par M. Victor Besnard.

Obs. I. — Honorine T..., sept ans, constitution lymphatique, affaiblie par une diarrhée cholériforme datant à peine de deux mois.

Le 24 novembre 1854, légère rougeur du pharynx, difficultés dans la déglutition. — Gargarisme émollient.

Les 25 et 26, même état.

Le 27, la petite malade mange un peu mieux. Cependant quelques points blancs apparaissent dans le pharynx.

Le 28, cautérisation avec le crayon et avec une éponge imbibée d'une solution au quart de nitrate d'argent.

Le 29, les quelques points blancs ont disparu.

Le 30, à trois heures après midi, le pharynx est complétement tapissé par des plaques qui doivent aussi exister dans le larynx; oppression qui va en augmentant; toux croupale. — Cautérisations.

A six heures du soir, les fausses membranes expulsées du pharynx par suite de la cautérisation n'ont point reparu; mais le larynx est toujours affecté. Je propose une consultation. — Cautérisations.

A dix heures du soir, nouvelles cautérisations.

Le 1er décembre, à cinq heures du matin, nuit assez calme; fausses membranes expulsées par la toux, qui est toujours croupale. — Cautérisations.

A dix heures du matin, nouvelles cautérisations.

A une heure après midi, les symptômes morbides augmentent. Nouvelle cautérisation; expulsion de fausses membranes. Rien au pharynx. Tout est dans le larynx.

Les 2 et 3, état très satisfaisant; expulsion de crachats, parmi lesquels une grande quantité de filets membraneux. Le larynx paraît tout à fait libre.

Le 4, à trois heures du matin, retour des symptômes alarmants. — Cautérisations.

A huit heures du matin, les symptômes effrayants qui ont commencé cette nuit deviennent de plus en plus alarmants: ainsi la toux et la voix offrent ce timbre particulier aux affections croupale; l'inspiration et l'expiration ne se font plus que par saccades brusques et violentes; la face est bleuâtre, livide; les yeux hagards, éteints; les jugulaires gonflées; l'agitation extrême, délirante, alternant avec un coma et une prostration qui ne laissent d'espoir que dans une opération dont le succès en pareil cas est toujours douteux.

A dix heures du soir, opération par M. Thomas (de Tours). L'opération terminée, on ramone la trachée et le larynx avec une petite éponge imbibée d'une solution de nitrate d'argent. On place dans la plaie une canule bivalve; cette canule est enlevée plusieurs fois chaque jour et nettoyée. L'écouvillonnement pratiqué quand la canule est enlevée provoque chaque fois l'expulsion de filets membraneux.

Du 4 au 17, toute trace de fausses membranes a disparu; la cicatrisation de la plaie se fait avec beaucoup de rapidité et très régulièrement. On agite même la question de savoir si on doit supprimer la canule; mais sous l'influence du froid qui surgit brusquement la petite malade est prise tout à coup de bronchite intense, qui oblige de tenir béante six semaines encore l'ouverture trachéale. Enfin la scène morbide qui se passe du côté des organes thoraciques s'améliore lentement; la canule est enlevée, la plaie cicatrisée, et la malade, libre de tout accident du côté des bronches, peut reprendre avec ses camarades ses jeux et ses travaux.

Obs. II. — Eugénie A..., cinq ans, constitution forte, pléthorique, bonnes conditions.

Le 5 janvier 1855, mal à la gorge, rougeur du pharynx, quelques petits points blancs imperceptibles. — Mixture avec alun et miel.

Le 6 au matin, plaques diphthéritiques; point de toux croupale. Cautérisations avec le crayon et la solution de nitrate d'argent. Fausses membranes expulsées. Dans la nuit, la toux paraît s'altérer. Rien encore d'inquiétant. — Cautérisations.

Le 7 au matin, la toux n'a plus le caractère alarmant qu'elle avait cette nuit. Le soir, cautérisations. Rien d'inquiétant.

Le 8, mieux. — Cautérisations.

Le 9, légère bronchite, toux, crachats muqueux. — Kermès, 1,00 en 20 pilules. Le 10, bien.

Le 11, fausses membranes dans le pharynx. — Nouvelles cautérisations.

Le 12, par suite des cautérisations expulsion de fausses membranes, toux, crachats.

Le 13, à six heures du matin, l'état général est meilleur, la voix revient; la toux a son timbre normal. — Point de cautérisations.

A partir de neuf heures du matin, les plaques diphthériques envahissent successivement le pharynx, le larynx et la trachée: ainsi la raucité de la toux, l'aphonie, la lividité de la face coïncidant avec la suffocation, le gonflement des jugulaires, la petitesse du pouls, le coma, la prostration, tout, en un mot, dans l'état de la malade fait que les parents reconnaissent d'eux-mêmes que l'asphyxie est imminente et que l'opération seule offre quelques chances de salut.

Le 13, à onze du soir, l'opération est pratiquée par M. Thomas.

Cette opération terminée, comme dans l'observation précédente, on écouvillonne le larynx et la trachée; une canule bivalve est placée dans la plaie. La canule est enlevée et replacée plusieurs fois par jour; l'écouvillonnement provoque l'expulsion de fragments de fausses membranes soit par la bouche, soit par l'ouverture trachéale.

Le dix-huitième jour de l'opération, la canule est définitivement enlevée, la plaie cicatrisée, la voix revient, la malade est complétement guérie.

DES INJECTIONS IODÉES

dans le traitement des hydropisies de l'ovaire et du péritoine.

Par M. le Dr Boinet, membre de la Société de chirurgie.

Dans ces dernières années, des maladies graves, presque toujours mortelles, et jusqu'à présent au-dessus de toutes les ressources de l'art, sont enfin devenues curables grâce aux injections iodées. Depuis que j'ai proposé et employé avec succès ces injections dans les épanchements pleurétiques purulents, MM. Aran, Trousseau, Legroux, J. Windsor, Legendre, etc., sont venus apporter de nouveaux faits qui témoignent des heureux résultats de l'association des injections iodées à la thoracentèse dans le traitement des épanchements chroniques. Des faits parfaitement authentiques ont démontré que ces injections pouvaient encore amener la guérison d'abcès par congestion avec ou sans gibbosité.

Enfin d'autres maladies non moins graves, contre lesquelles la médecine était restée impuissante, ont aussi trouvé un moyen de guérison dans les injections iodées; je veux parler des hydropisies des ovaires et de certaines hydropisies du péritoine.

Mon but n'est pas d'entrer dans de longs détails sur ce mode de traitement, que je développerai dans un ouvrage (1) qui doit paraître d'ici à peu de semaines, mais de faire connaître quelques nouvelles guérisons d'hydropisies enkystées des ovaires et d'ascites. Ces observations sont d'autant plus intéressantes que les malades qui en sont l'objet ont été visités et soignés par un grand nombre de médecins qui ont pu constater la solidité des guérisons.

Hydropisie enkystée de l'ovaire droit. — Quinze ou seize ponctions palliatives; 18 à 20 litres de liquide à chaque ponction. — Nombreux traitements inutiles. — Six injections iodées dans l'intervalle de deux mois et demi. — Guérison radicale constatée un an après la dernière injection.

Mme B..., jeune dame de vingt-six ans, demeurant rue Albouy, à Paris, vint me consulter dans le courant de novembre 1853 pour une hydropisie volumineuse de l'ovaire droit. Elle m'était adressée par un de ses oncles, M. le docteur Fantin, de Seine-Port, près Melun, et par M. le docteur Dicharry, son médecin habituel. Cette dame est malade depuis plus de trois ans; elle a subi déjà quinze ou seize ponctions palliatives, suivies inutilement de traitements aussi nombreux que variés; elle a eu recours aux savants avis de MM. Cordier (de Saint-Quentin), Gendrin, Chailly, de MM. les professeurs Andral, Chomel, Trousseau, Velpeau, etc., qui tous se sont accordés pour regarder cette affection, ascite ou hydropisie de l'ovaire, comme au-dessus des ressources de l'art.

Lorsque j'examinai cette jeune dame pour la première fois, il y avait à peine six semaines qu'elle avait subi sa dernière ponction, et son ventre était déjà développé comme dans une grossesse à terme. D'une constitution éminemment nerveuse, elle était pâle, amaigrie; elle était très tourmentée de son mal, qu'elle savait être incurable. Elle ne s'adressait à moi qu'en désespoir de cause et après avoir épuisé toutes les ressources de la thérapeutique. Elle avait d'ailleurs une très grande appréhension des injections iodées. Ce traitement ne lui avait pas été conseillé; on avait conseillé au contraire de continuer seulement les ponctions palliatives.

Réglée à quinze ans, elle s'est mariée à dix-neuf; un an après son mariage, elle eut un accouchement très naturel. Sa santé a toujours été très bonne. Deux ans après son premier accouchement, son ventre se développa très rapidement et sans cause connue; elle se crut enceinte, quoique ayant ses règles comme à l'ordinaire. Mais elle avait une hydropisie enkystée de l'ovaire droit, ce qui ne l'empêcha pas trois mois plus tard de devenir enceinte; alors les règles se supprimèrent. Au bout de six mois de grossesse, divers chirurgiens furent consultés, et entre autres M. le professeur Velpeau, pour savoir si on devait pratiquer une ponction, malgré la grossesse. Une première ponction, qui donna issue à 22 litres de liquide, fut en effet conseillée et pratiquée. Cette opération n'empêcha pas la grossesse de marcher régulièrement, et Mme B... d'accoucher heureusement et à terme d'un enfant qui se portait bien. Les suites de couches se passèrent comme d'habitude, et six semaines après le volume considérable du ventre obligeait de faire une seconde ponction; il s'écoula la même quantité de liquide que la première fois.

A partir de ce moment la ponction devint nécessaire tous les trois mois à peu près, et 18 à 20 litres de liquide étaient la mesure ordinaire à chaque ponction. Dans les derniers temps, les époques des ponctions se rapprochaient de plus en plus, et la santé générale était devenue beaucoup moins bonne, quoique les fonctions parussent s'accomplir encore régulièrement.

N'ayant retiré jusqu'à présent aucun soulagement de tous les traitements qu'elle avait suivis, et décidée à se soumettre aux injections iodées, M. le colonel C..., son père, pria son beau-frère le docteur Fantin de venir prendre quelques renseignements et me demander des détails sur la nouvelle méthode de traitement que j'avais conseillée à Mme B...

Il fut donc convenu que j'opérerais la malade. Son kyste était uniloculaire et paraissait dans les meilleures conditions pour être soumis aux injections iodées.

Le 17 novembre, assisté de M. le docteur Dicharry et de l'oncle de la malade, M. le docteur Fantin, je pratiquai une ponction qui donna issue à 16 litres de sérosité; puis une injection composée de 100 grammes de liquide iodé (parties égales d'eau et de teinture d'iode avec addition de 4 grammes d'iodure de potassium) fut faite avec toutes les précautions que je recommande dans cette opération. L'injection fut laissée six à sept minutes dans le kyste; celui-ci fut malaxé, pétri, remué dans tous les sens, et la sonde retirée en faisant le vide. Aucun signe de douleur ni pendant ni après l'opération; point de phénomènes de réaction les jours suivants. Le ventre est comprimé avec des ouates et un bandage de corps, et dès le lendemain Mme B... peut se lever et vaquer à ses occupations ordinaires.

Le 26 novembre, deuxième ponction, deuxième injection iodée; il ne s'écoule que 6 à 7 litres de liquide. Mêmes soins et mêmes phénomènes que la première fois.

Le 10 décembre, troisième ponction, troisième injection iodée; quatre litres de liquide seulement. Etat général excellent et bien amélioré.

Le 26 décembre, quatrième ponction, quatrième injection. Tout se passe comme après la première opération. Ecoulement de deux litres de liquide à peine.

Le 6 janvier 1754, cinquième ponction, cinquième injection. Issue d'un litre de liquide séreux.

Le 1er février, sixième et dernière ponction. Il s'écoule à peine un demi-litre de liquide. Les cinq premières injections étaient composées de parties égales de teinture d'iode et d'eau (environ 100 grammes); la sixième était composée de 100 grammes de teinture d'iode pure, additionnée de 4 grammes d'iodure de potassium. Il n'y eut ni douleur au moment de l'injection, ni réaction les heures suivantes; seulement à chaque injection la malade avait dans la bouche un goût particulier.

Après la sixième injection le liquide ne s'est plus reproduit, et la malade n'a cessé de vaquer à ses occupations. Elle est allée passer toute la belle saison à la campagne, d'où elle est revenue vers la fin d'octobre en parfaite santé; toutes les fonctions sont très régulières, elle recouvre son embonpoint et ne s'est jamais mieux portée.

Examinée le 25 octobre 1854, avec le docteur Dicharry, c'est-à-dire neuf mois après la dernière injection, nous avons constaté que le kyste était entièrement revenu sur lui-même, qu'il ne contenait pas la moindre trace de liquide et qu'il offrait une tumeur dure, inégale, allongée, de la grosseur d'un œuf de dinde environ; que cette tumeur, assez difficile à circonscrire à cause de l'embonpoint de la malade, n'était nullement douloureuse à la pression.

Le 3 décembre 1854, c'est-à-dire plus de dix mois après la guérison, M. le professeur Velpeau a eu l'occasion de revoir Mme B... à l'Ecole polytechnique, où il avait été appelé en consultation pour Mme B..., la mère de la malade.

Kyste de l'ovaire gauche. — Deux ponctions, deux injections iodées. Guérison. (Service de M. Valleix.)

Une petite bossue, rachitique, maigre et grêle, est admise à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Valleix, salle Sainte-Geneviève, n° 32, le 1er mars 1854.

(1) Voir ci-dessus à la Revue clinique.

(1) *Iodothérapie, ou de l'Emploi médico-chirurgical de l'iode, et particulièrement des injections iodées.*

Cette femme, d'une constitution très chétive, se nomme Lebon ; elle est brunisseuse. Réglée à quinze ans pour la première fois, ses règles ont toujours été régulières. Mariée à vingt et un ans, elle est heureusement accouchée d'un garçon bien portant dix-huit mois après son mariage. Redevenue enceinte à vingt-neuf ans, elle fit une chute à six semaines de grossesse, eut des pertes légères pendant cinq mois, qui se terminèrent par une fausse couche. Depuis lors les règles ont reparu régulièrement, et des douleurs vagues se firent sentir dans la région lombaire ; son travail n'en fut pas interrompu.

A partir de cette époque, elle crut reconnaître que son ventre augmentait, et c'est surtout depuis dix-huit mois à deux ans qu'elle a remarqué cet accroissement ; il était plus prononcé du côté gauche, où les douleurs lombaires étaient beaucoup plus vives qu'à droite.

A son entrée à l'hôpital, le ventre a le volume de celui d'une femme enceinte de neuf mois ; les règles sont régulières, toutes les fonctions sont dans une intégrité complète.

A l'examen du ventre, il est facile de reconnaître qu'elle est atteinte d'une hydropisie enkystée de l'ovaire gauche.

Le 13 avril, appelé par M. Valleix, je pratiquai une ponction qui donna issue à environ sept ou huit litres d'un liquide clair, citrin. Une injection iodée à parties égales (100 grammes environ) fut faite et laissée six ou sept minutes dans le kyste. Cette injection, dont il reste une très petite quantité dans le kyste, n'est pas douloureuse.

Les deux jours suivants, la malade ressentit un peu de malaise, eut de la céphalalgie, de la fièvre, du coryza, un goût tout particulier dans la bouche.

Pendant quatre ou cinq jours, on constata la présence d'une certaine quantité d'iode dans les urines.

Au bout de deux ou trois jours, disparition de tous ces symptômes ; la malade reprend son régime habituel, et l'état général de sa santé paraît meilleur.

Quelque temps après, un nouvel épanchement reparaît dans la poche kystique. Rappelé de nouveau, je pratiquai une nouvelle ponction et une nouvelle injection ; c'était dans les premiers jours de juin. Il y avait moitié moins de liquide que la première fois ; il était de même nature. Il ne se produisit aucune douleur ni pendant ni après l'opération, dont les phénomènes furent les mêmes qu'à la première injection.

A partir de cette époque, l'épanchement ne s'est pas reproduit, et la malade, qui est restée jusqu'au 25 juillet dans le service de M. Valleix, est sortie parfaitement guérie.

Hydropisie enkystée à la suite d'une péritonite chronique. — Trois injections dans l'espace de cinq semaines. — Guérison.

Dans le courant de janvier 1854, je fus appelé en consultation par M. le docteur Hulot pour un de ses clients atteint d'une hydropisie ascite.

Ce malade, nommé Besnard, âgé de trente-trois ans, cordonnier, était au lit depuis longtemps et dans d'assez mauvaises conditions : il était maigre, émacié et avait la peau sèche. Le ventre offrait une forme particulière, c'est-à-dire que l'hydropisie ne paraissait pas occuper la totalité du ventre, mais siéger seulement dans la partie antérieure et supérieure. En effet, à la percussion, contrairement à ce que l'on rencontre dans l'ascite, on trouvait une matité très prononcée au sommet de la tumeur abdominale ; mais la circonférence de cette tuméfaction était parfaitement sonore, et les signes étaient tels que si cette affection avait été observée sur une femme on aurait bien pu s'en laisser imposer pour un kyste ovarique. La région du foie n'offrait aucun signe particulier, et le malade n'avait jamais eu d'ictère. Les renseignements qu'il donnait laissaient penser qu'il avait eu une péritonite. Le liquide, qui était en assez grande quantité, paraissait placé au-devant des intestins, entre eux et la paroi abdominale, dans une cavité particulière. La fluctuation était des plus évidentes.

Appelé par M. le docteur Hulot pour traiter par les injections iodées cette hydropisie, qui avait résisté à tous les traitements, cette méthode me parut parfaitement indiquée.

Le 21 janvier 1854, et assisté de mes confrères MM. Hulot et Gelez, je plongeai le trocart dans le côté droit du ventre ; un liquide trouble, jaunâtre, séro-purulent s'écoula aussitôt par la canule ; il en sortit cinq litres et demi. Avant l'écoulement complet de ce liquide, je remplaçai la canule du trocart par une sonde en gomme élastique et fis une injection de 100 grammes composée d'un quart d'iode et de trois quarts d'eau. Après cette injection, qui resta environ cinq ou six minutes, et après avoir malaxé et pétri le ventre dans tous les sens, je laissai s'écouler l'injection et le reste du liquide avec lequel elle s'était mélangée ; il y en avait environ un litre. La sonde retirée, le ventre fut comprimé à l'aide d'une serviette. Cette injection ne fut suivie d'aucun accident. Mais bientôt le liquide reparut, et le 9 février l'hydropisie paraissait aussi considérable que la première fois. La santé générale du malade s'était bien améliorée, l'appétit était meilleur et toutes les fonctions s'exécutaient mieux.

Je conseillai une nouvelle ponction et une nouvelle injection, mais cette fois je laissai s'écouler tout le liquide, et fis du côté gauche une seconde injection de 100 grammes composée de deux parties d'eau et d'une de teinture iodique : MM. Hulot, Gelez et un autre confrère étaient présents à cette opération ; c'était le 18 février. Cette fois le liquide avait changé de nature : il était séreux, de couleur brun clair et inodore ; il n'y en avait que quatre litres.

Si le liquide revenait, je recommandai bien de ne pas attendre, et de pratiquer la ponction aussitôt qu'elle paraîtrait possible, ce qui eut lieu le 2 mars, en présence de MM. les docteurs Hulot, Gelez et Kuhn. Cette fois je retire seulement trois litres de sérosité tout à fait semblable à celle de l'ascite simple quant à sa limpidité, seulement elle a encore une couleur brunâtre. J'injecte 140 grammes de liquide iodique, composé de deux parties de teinture d'iode sur une partie d'eau. Pendant et après l'injection, quoique la dose fût plus forte, il n'y eut aucune douleur, et le malade put sortir en voiture le jour de l'opération.

Parti pour la campagne vers la fin de mars, Besnard est revenu le 20 mai dernier radicalement guéri, parfaitement bien portant et engraissé. Toutes ses fonctions se font bien ; il travaille comme ouvrier au chemin de fer du Nord. Ce malade a été présenté à l'Académie de médecine.

DE L'EMPLOI DU PHOSPHORE
dans les affections de la moelle.

M. Bennett a employé l'huile phosphorée dans sept cas de paraplégies consécutives à une affection de la moelle. Dans aucun de ces cas il n'a obtenu d'amélioration. Il commençait par administrer trois gouttes d'huile par jour ; il a été jusqu'à dix et même quinze gouttes. Ces fortes doses occasionnaient des nausées et de violents vomissements. On suspendait alors quelques jours et l'on revenait à trois gouttes.

Dans un cas de myélite chronique, le malade qui avait absorbé quinze gouttes rendit le phosphore par la transpiration pulmonaire sous forme de vapeurs épaisses, mais qui ne furent pas lumineuses pendant la nuit. Chez une femme délicate, qui avait probablement une congestion de la moelle, la plus grande partie du phosphore fut rejetée par les urines. L'examen microscopique fit apercevoir de magnifiques cristaux de phosphate.

La dose d'huile phosphorée, conclut M. Bennett, ne doit jamais excéder cinq gouttes, et encore cette dose ne peut être administrée quelque temps sans troubler les fonctions de l'estomac. Dr E. G.

(*Monthly journal of Edinburgh.*)

DE LA STATISTIQUE HUMAINE EN FRANCE.

Nous recevons de M. Carnot le travail qui suit sur la statistique humaine en France. La lettre suivante en fait parfaitement connaître l'objet :

Paris, 28 mars 1855.

Monsieur le rédacteur,

Plusieurs médecins qui s'occupent en ce moment d'études statistiques relatives aux départements qu'ils habitent m'ont fait l'honneur de me consulter à ce sujet. Ne pouvant écrire à tous, j'ai espéré que vous auriez l'obligeance d'insérer dans votre journal extrêmement répandu l'article suivant, qui répond à la question principale qui m'a été posée.

Agréez, etc. H. CARNOT.

Dans tout pays où les émigrations peu nombreuses *à l'étranger* balancent à peu près les immigrations, comme en France, l'excédant des naissances sur les décès est *égal* à l'accroissement correspondant de la population. Tel est le premier axiome de la science.

S'il en était dans les départements comme sur l'ensemble du pays, la statistique de chacun d'eux serait facile à établir et à contrôler ; mais il n'en est pas ainsi, à beaucoup près !... Il est facile d'en juger par l'exemple suivant (*Annuaires*) :

	Seine.	Sarthe.
Accroissement *annuel* de la population (1841-1851). .	22,746	254
Excédant des naissances sur les décès. —	4,075	1,387

Ici la dissemblance est manifeste, et d'autant plus remarquable qu'elle est en sens *inverse !* Dans la Seine, où la province afflue, l'accroissement est plus grand que l'excédant, tandis que dans la Sarthe, qui fournit une partie de ces hôtes temporaires, c'est le contraire. Ce simple rapprochement est significatif.

Il est évident qu'un grand nombre de décès *enregistrés* dans le département de la Seine sont fournis par les provinces. De même il est clair que la différence 1,133 entre l'excédant des naissances de la Sarthe et son accroissement de population indique que ce nombre d'individus meurt annuellement, éloigné de son pays natal, et que ces décès ne sont *inscrits* que dans la localité où ils ont eu lieu.

Il résulte de là que le chiffre *réel* des natifs de la Sarthe, morts annuellement de 1841 à 1851, n'est pas 9,180, comme l'indique l'état civil de ce département, mais bien 10,313, et que la différence 1,133 entre ces deux nombres frappe, à peu d'exceptions près, sur la population jeune et laborieuse, dispersée dans les garnisons ou dans les ateliers des autres parties de la France.

En évaluant donc la mortalité normale entre 20 et 30 ans par le rapport entre les décès *inscrits* à l'état civil et la population *recensée* de cet âge, on est nécessairement conduit à un résultat absurde et faux, parce que beaucoup de natifs qui s'absentent d'une localité, momentanément et à certaines époques, pour chercher de l'ouvrage au dehors, n'en restent pas moins compris dans les dénombrements officiels quinquennaux. Ce qui le prouve, c'est que la proportion des électeurs inscrits à la population totale est très faible dans le département de la Seine, comparativement à la Sarthe et aux autres départements dans la même position.

En définitive, aussi longtemps qu'on ne tiendra pas dans les communes un registre matricule des natifs, indiquant leurs maladies et leurs décès, comme on le fait aux dépôts de chaque régiment de l'armée, il sera absolument impossible d'employer dans un travail sérieux les données fournies par l'état civil, si ce n'est pour la France *tout entière*.

Relativement aux décès de 0 à 20 ans et demi, les tableaux dressés pour le recrutement offrent un moyen de contrôle certain. Ainsi, de 509,000 garçons nés en 1831, 311,000 ont tiré à la conscription en 1852, en France ; il est évident, dès lors, que le chiffre des morts, de 0 à 20 ans et demi, a été de 198,000 au plus ; car il y a des omissions dans les tableaux du recrutement, que le maréchal Soult estimait à environ 1 p. 100 (1). Mais au-dessus de l'âge de 20 à 21 ans, il n'existe aucun document officiel qu'on puisse utiliser pour la rectification des erreurs de l'état civil.

Dans l'état actuel des choses, il n'est donc aucun moyen simple d'évaluer la mortalité entre 20 et 30 ans, par exemple, dans un département quelconque ! Si le dénombrement de 1851 méritait quelque confiance, on y parviendrait en comparant la population de 15 à 25 ans à celle de 25 à 35 ; mais il a été fait avec si peu d'intelligence, qu'il est absolument impossible d'en tirer parti. Peut-être, éclairé par cette première tentative, réussira-t-on mieux en 1856 ? Jusque-là, les relevés mortuaires de la ville de Paris, détaillés par âge et par sexe depuis 1803, et insérés dans les *Annuaires du Bureau des longitudes*, sont les meilleurs guides à suivre ; mais ils réclament de la part de ceux qui veulent les analyser quelque chose de plus que la connaissance des quatre règles.

En prenant une moyenne générale sur les dénombrements faits de 1841 à 1851 dans huit Etats de l'Europe centrale, M. Legoyt, chef du bureau de statistique, a dressé le tableau suivant.

Population par âge sur mille habitants (2).

De 0 à 15 ans,	332
De 15 à 20 »	92
De 20 à 25 »	90
De 25 à 30 »	82
De 30 à 35 »	72
De 35 à 40 »	64
De 40 à 45 »	60
De 45 à 50 »	51
Au-dessus,	157
Total. . . .	1000 dont { 442 mineurs. 558 majeurs.

Ce tableau concorde avec les résultats fournis par le suffrage *universel* en France depuis 1848 ! Quant aux *détails*, on ne peut rien affirmer ; toutefois, il est probable qu'ils ne s'écartent pas très sensiblement de la situation du pays.

Si l'on compare la population de 20 à 25 ans à celle de 30 à 35, on trouve une perte de 18, *en dix ans*, sur 90 sujets ; c'est-à-dire 2 p. 0/0 annuellement, proportion qui est celle reconnue comme exprimant la mortalité des troupes françaises en garnison dans l'*intérieur* (3) ! Il y a donc tout lieu de croire que le tableau précédent mérite bien plus de confiance que le dénombrement prétendu de la France en 1851.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Quelques journaux mal informés ont annoncé que la Faculté de médecine de Paris aurait décidé, dans une de ses dernières séances, qu'il y avait lieu de rétablir le stage de trois ans pour l'agrégation. Ils en concluent que les agrégés qui seront nommés au prochain concours resteront stagiaires pendant trois années, et que ceux dont les fonctions devaient expirer en 1856 seront continués dans leur emploi pendant trois ans.

La Faculté de médecine de Paris n'a pris et n'a pu prendre aucune décision sur la question des agrégés. Elle doit exécuter les arrêtés délibérés en conseil impérial de l'instruction publique ; mais il n'entre nullement dans ses attributions de promulguer des règlements, de substituer des agrégés stagiaires aux agrégés en exercice, de réduire ou de prolonger le temps de service de ces fonctionnaires. Le ministre qui, en vertu des dispositions du décret du 22 août 1854, doit reconstituer l'agrégation des Facultés, s'est borné à consulter la Faculté de médecine de Paris, comme toutes les autres Facultés de l'empire, sur cette question très complexe et très difficile. Quand elle aura été suffisamment étudiée, elle sera portée au conseil impérial, qui en délibérera. Jusque-là les règlements actuels subsistent, et aucune décision n'a pu intervenir. (*Communiqué.*)

— Par arrêté en date du 4 avril 1855, M. Morin est attaché au laboratoire de perfectionnement de la Faculté des sciences de Paris en qualité de préparateur.

— M. le professeur Jules Cloquet ouvrira son cours de pathologie chirurgicale à la Faculté de médecine le lundi 16 avril, à trois heures, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis, à la même heure.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues à la Faculté de médecine par MM. :

Frémond, né le 21 février 1827 à Grugé-l'Hôpital (Maine-et-Loire) ; *De la péricardite.*

Rossen, né le 24 septembre 1827 à Vesoul (Haute-Saône) ; *Des congestions sanguines dans les maladies du cœur, et de leurs rapports avec les hémorrhagies, les inflammations et les hydropisies.*

Carre, né le 19 novembre 1828 à Saint-Remy (Côte-d'Or) ; *De l'ascite.*

Dassonville, né le 21 mars 1832 à Herzeaux (Belgique) ; *Des causes et de l'anatomie pathologique de l'engorgement de la prostate.*

Nous rappelons à MM. les docteurs que leurs thèses seront annoncées dans l'un des numéros qui suivra la remise qu'ils en auront faite à notre bureau.

---

(1) Rapport à la chambre des pairs.

(2) *Dictionnaire d'économie politique*, p. 407, POPULATION.

(3) *Moniteur* du 21 décembre 1848. — Rapport du général Oudinot (1849).

LE SOUED.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 45. — MARDI 17 AVRIL 1855. (28e ANNÉE.) N° 45. — MARDI 17 AVRIL 1855.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 16 AVRIL 1855.

DE LA DISCUSSION SUR LE VITALISME

à l'Académie de médecine.

La discussion qui vient de se terminer à l'Académie de médecine a été jugée oiseuse et sans objet par les uns, incomplète et inféconde par les autres, nous avons presque dit compromettante pour l'autorité et l'honneur de l'Académie. Elle n'a été à nos yeux qu'insuffisante ; et son insuffisance a tenu, croyons-nous, à ce qu'elle a été engagée dans des conditions qui ont éloigné des débats quelques-uns des hommes qui auraient pu le mieux l'éclairer en la circonscrivant dans ses véritables termes. Telle qu'elle a été, avec son insuffisance même, avec ses nombreuses lacunes et ses quelques écarts ; malgré le défaut de préparation de quelques-uns des membres qui y ont pris part, ou peut-être bien à cause même de ce défaut de préparation, elle n'en aura pas moins eu une certaine part d'utilité ; il en est ressorti, du moins à nos yeux, quelques enseignements qu'il peut être utile d'en dégager. C'est ce que nous allons essayer de faire.

Ce qui a pu le plus surprendre au premier abord dans cette discussion, ç'a été son objet même ; et ce n'est pas là son caractère le moins significatif. Soulever une question de doctrine sur les points les plus généraux et les plus abstraits de la médecine, c'eût été il y a quelques années un acte de témérité qui eût accumulé les colères ou les dédains sur la tête de l'académicien assez hardi ou assez imprudent pour l'entreprendre. Aujourd'hui, au milieu de l'indifférence, apparente au moins, de l'esprit public médical sur ces matières, ce pouvait n'être tout au plus qu'une tentative vaine et sans effet. Ce n'a été ni l'un ni l'autre. Non-seulement la vive opposition qui a été faite au nom du vitalisme à une doctrine que l'on peut à juste titre considérer comme la condamnation de l'organicisme par son exagération même, non-seulement cette opposition, disons-nous, n'a point été accueillie avec l'indifférence à laquelle on aurait pu s'attendre, mais elle a trouvé de l'écho et de la sympathie au sein de l'Académie comme au dehors, à la tribune comme dans la presse ; au point qu'on est à se demander aujourd'hui de quel côté, un seul excepté, pourrait lui venir la contradiction.

Il y a là un symptôme, ou plutôt un témoignage déjà irrécusable d'un mouvement intestin qui a sourdement, mais profondément modifié l'esprit médical en France, et notamment à Paris, depuis un certain nombre d'années. On y reconnaîtra aisément cette tendance au rapprochement et à la conciliation dont il a été tant parlé depuis quelque temps ; on y reconnaîtra surtout une tendance manifeste à la réhabilitation d'un ordre d'idées auxquelles une grande partie de la génération médicale actuelle n'est restée que trop longtemps étrangère. C'est un effet heureux et inévitable du retour à l'étude plus sérieuse et plus attentive des auteurs anciens, dont la lecture est devenue plus familière, grâce aux savants et laborieux interprètes qui les ont mis à la portée de tous. C'est un effet surtout de ce calme laborieux et réfléchi qui a succédé aux agitations des systèmes, de cette sorte d'indifférence en matière de doctrines dont nous parlions tout à l'heure, et qui a eu l'avantage de laisser au jugement toute son indépendance, à la réflexion toute sa maturité. C'est enfin un résultat des progrès mêmes de la science. Après avoir en quelque sorte épuisé successivement tous les faits de l'ordre physique, anatomique et chimique sous les diverses bannières du solidisme, de l'humorisme moderne, de l'iatro-chimisme, de l'anatomisme, et enfin de l'organicisme lui-même, qui, pris dans une acception plus générale, résume et embrasse toutes ces théories partielles, et alors qu'arrivé à l'extrême limite des déductions auxquelles ces faits pouvaient conduire, il s'est agi de les coordonner d'après leurs rapports naturels et de les généraliser pour en déduire des lois, on s'est vu obligé de reculer devant sa propre impuissance et d'invoquer le secours de ces mêmes causes abstraites et plus ou moins occultes dont on avait cru pouvoir dédaigner l'intervention.

N'avions-nous pas recueilli déjà, lors de la discussion sur le cancer, ce précieux aveu de l'un des plus ardents promoteurs, jadis, de l'anatomisme médical, de l'un des esprits les plus droits et les plus éclairés de l'Académie, « que l'on ne part pas de l'anatomie » pathologique, mais qu'on y arrive. »

Cet abandon des principes, qui naguère encore groupaient la plupart des maîtres de cette école autour de l'organicisme le plus pur, et l'appel que l'on commence à faire de toutes parts à un ordre de causalité plus élevé et plus largement compréhensif de tous les phénomènes de la vie, ont été bien plus manifestes encore dans cette dernière discussion.

Que l'on appelle cela de la fusion, de la conciliation, de l'éclectisme, peu importe le nom, le fait est constant, et les preuves abondent, de quelque côté que l'on se tourne.

Nous n'avons pas besoin de rappeler tout ce qui a été dit à ce sujet dans la discussion même. Dans l'énergique et ferme argumentation de M. Bousquet, comme dans le brillant exposé des deux systèmes antagonistes de M. Parchappe, dans la profession de foi de M. Bouillaud comme dans la fantaisie philosophique de M. Gerdy, partout nous trouvions les plus formelles protestations contre l'organicisme pur. M. Piorry lui-même ne s'est-il pas défendu comme d'une accusation inique du reproche d'organicisme exclusif, et n'a-t-il pas formulé en termes précis et chaleureux sa croyance spiritualiste, qui n'a fait que mieux ressortir l'inconséquence de son système pathologique !

Mais si nous cherchons en dehors de cette discussion, parmi les hommes qui font le plus autorité dans la science, et qui, par des motifs que nous ne voulons pas scruter, ont cru devoir s'abstenir d'y prendre part, nous trouverons des signes non moins nombreux et non moins évidents de cette tendance générale.

Ecoutez plutôt ce que dit M. Cruveilhier dans la préface de son *Traité d'anatomie pathologique générale* :

« Le corps de l'homme, comme celui de tous les êtres vivants, végétaux ou animaux, présente à considérer des organes matériels et une force distincte de la matière, force vitale qui ne se voit pas, qui ne se touche pas, manifeste seulement par ses effets, qui lutte sans cesse contre les lois du règne inorganique, arrache à son empire pendant un temps limité une partie de la matière, s'épuise, se répare, se concentre sur un point de l'économie, se dissémine, s'éteint enfin sous l'influence sans cesse agissante des corps extérieurs.....

» La force vitale, bien distincte de l'âme rationnelle et aussi bien démontrée que l'existence matérielle des organes, est le fait le plus général de l'économie vivante ; c'est la vie, c'est la force de résistance, c'est l'harmonie, l'unité physiologique et pathologique.

» Si l'on me demande, ajoute M. Cruveilhier, ce que c'est que cette force physiologique distincte de l'âme rationnelle et du principe de l'instinct chez les animaux, je répondrai que je n'en sais rien ; que je l'admets comme la cause inconnue d'un effet connu, comme raison des phénomènes qui ont lieu dans les corps organisés, sans prétendre en donner aucune raison satisfaisante ; que c'est elle qui, comme une sentinelle vigilante, préside à l'exercice de toutes nos fonctions, entretient entre tous les organes ces liens mystérieux qui les font tous concourir à une même fin, concentre tous ses moyens sur une partie menacée ou altérée dans son organisation, et développe les efforts souvent les plus salutaires, mais souvent aussi les plus nuisibles, etc.

« La vérité (dit plus loin M. Cruveilhier après avoir distingué les deux sectes qui se sont longtemps partagé la médecine, les vitalistes purs et les organicistes purs), la vérité n'est ni dans l'une, ni dans l'autre doctrine : elle n'est point dans le vitalisme pur, qui rend compte d'un certain nombre de faits, mais pour lequel les faits d'anatomie pathologique sont lettre close ; elle n'est pas non plus dans l'organicisme pur, qui rend également compte d'un certain nombre de phénomènes, mais pour lequel les faits du vitalisme sont aussi lettre close : elle est dans une sage combinaison des deux doctrines, dans l'organo-vitalisme, qui étudie des organes vivants, actifs, irritables, réagissants, harmonisés, solidaires, concourant tour à tour à une même fin ; et, si le mot organo-vitalisme était adopté comme expression de doctrine, ce serait dans cette situation que je voudrais me placer.

» Ainsi se concilierait, d'une part, le vitalisme qui étudie les phénomènes d'ensemble, les phénomènes de réaction générale, la fièvre, les constitutions médicales, les causes épidémiques et héréditaires, les diathèses, la nature médicatrice, les phénomènes critiques, et qui considère la maladie comme un acte de la vie, comme une série de fonctions coordonnées, comme le résultat d'efforts conservateurs qu'il faut diriger et souvent respecter, et les lésions d'organes comme des effets secondaires, éventuels, subordonnés ; d'une autre part, l'organicisme, qui s'occupe par-dessus toutes choses des organes matériels, des états locaux, des phénomènes locaux, des points de départ, des causes matérielles, organiques, de toute la partie matérielle des maladies, en un mot. »

Veut-on voir la preuve que cette déclaration si nette, si formelle de M. Cruveilhier n'est pas une simple concession, une sorte de compromis pour cimenter la paix entre les écoles ? On n'a qu'à nous suivre dans les citations que nous empruntons à son important ouvrage, et l'on verra que, conséquent avec ces principes, il en suit les conséquences dans leur application aux grandes questions pathologiques.

« Dans toutes les maladies avec réaction générale ou fièvre, ajoute M. Cruveilhier, il y a deux ordres de phénomènes, deux ordres de diagnostic, deux ordres d'indications, deux ordres de thérapeutique : 1° le diagnostic et la thérapeutique de l'état local ; 2° le diagnostic et la thérapeutique de l'état général : c'est l'observation clinique, c'est l'étude des phénomènes morbides au point de vue du vitalisme qui en est la base. Or il est des maladies dans lesquelles l'état local et par conséquent son diagnostic et sa thérapeutique sont tout ou presque tout ; exemple, les lésions organiques proprement dites. Il est d'autres maladies dans lesquelles l'état général et par conséquent son diagnostic et sa thérapeutique sont tout ou presque tout, et l'état local est accessoire ; exemple : fièvres éruptives, fièvres intermittentes, fièvres pernicieuses, etc. »

M. Cruveilhier va plus loin, et il fait la proposition formelle d'appeler du nom générique de fièvres toutes les maladies locales accompagnées de réaction fébrile, se fondant sur ce qu'il y a une énorme différence entre une lésion locale sans fièvre et la même lésion locale avec fièvre, etc.

Nous le demandons, que pourrait-on attendre de plus d'un partisan avoué ou d'un adepte du vitalisme ? Et quelle n'est pas, au point de vue que nous voulons faire ressortir, la portée d'une semblable déclaration de principes de la part d'un homme que l'école anatomique a compté avec un juste orgueil au nombre de ses chefs, et qui, à une époque où les faits de localisation l'avaient sans doute plus particulièrement frappé que les faits généraux, écrivait et enseignait que l'anatomie est *la base, le fondement de la médecine !*

Si, à côté de M. Cruveilhier, nous étions curieux de savoir quelle est la pensée de M. Andral sur le fond de ce débat, ne trouverions-nous pas sa réponse toute formulée dans le savant commentaire qu'il faisait naguère des œuvres d'Hippocrate et de Galien à l'amphithéâtre de l'Ecole de médecine ? Enfin voulez-vous une preuve que la dissidence entre le vitalisme et l'organicisme tel qu'il est professé et enseigné aujourd'hui par quelques médecins, repose moins sur une opposition réelle de principes que sur un malentendu entre les termes de leur formule respective, lisez la définition que vient de donner de l'organicisme M. le professeur Forget (de Strasbourg) dans le travail intitulé *De l'organicisme comme doctrine présente et permanente*, publié dans les colonnes de ce journal (voir les nos des 13, 15 et 17 mars).

« L'organicisme, dit M. Forget, doit comprendre tout ce qui entre dans la composition des organes, tout ce qui s'y trouve réellement ou virtuellement : des solides, des liquides, des impondérables, puis des forces et des propriétés physiologiques, en tant que celles-ci dépendent plus ou moins directement de la constitution des organes. » Changez seulement un mot dans le dernier membre de phrase ; mettez « en tant que celles-ci sont plus ou moins *inhérentes* à la constitution des organes », au lieu d'écrire « *dépendantes*, » et dites en quoi diffère l'organicisme ainsi compris du vitalisme le plus orthodoxe.

Nous pourrions multiplier les citations et les exemples de ce genre, si ceux que nous venons de citer n'étaient plus que suffisants pour les besoins de notre démonstration. Dans le domaine de la physiologie comme dans le domaine de la pathologie, nous trouverions partout, à côté des efforts plus ou moins fructueux pour réduire certains phénomènes organiques aux lois physiques communes qui régissent à la fois le monde organique et le monde inorganique, les mêmes aveux d'impuissance et la même nécessité reconnue d'admettre des causes et des lois différentes pour expliquer un certain ordre de phénomènes irréductibles aux lois du monde physique. Nous citerions, par exemple, cette simple et belle expérience toute physique par laquelle M. Flourens, en démontrant la régénération incessante de la substance des os, a donné la plus éloquente preuve de la mutabilité et de l'éphémérité (si l'on veut bien nous passer cette expression) de la matière, cette seule chose certaine et positive aux yeux de tant de gens, en regard de la constance et de l'immutabilité de la force qui la meut, cette chose abstraite qui n'est moins certaine, moins positive que pour des esprits superficiels ou inattentifs.

Mais il est temps de nous arrêter pour résumer en deux mots l'impression de cette discussion.

Combien sommes-nous loin aujourd'hui de ces doctrines pure-

ment *cadavériques* et grossièrement localisatrices que l'on entendait naguère encore se produire au sein même des académies, et que l'on peut retrouver encore dans des livres que l'oubli commence à protéger, derniers échos de la philosophie sensualiste que nous a léguée un siècle distrait..., pour nous servir de l'heureuse expression d'un éloquent prélat! On chercherait en vain, soit au sein de l'Académie, soit au sein de l'Ecole, soit dans la presse et parmi tous les hommes qui pensent et écrivent, un homme qui voulût les faire renaître.

Quant à l'organicisme, qui peut bien avoir des points communs avec les doctrines matérialistes, mais qui s'en distingue essentiellement, soit par l'intervention formelle des éléments extra-matériels pour un certain ordre de phénomènes dont il reconnaît l'utilité, soit au moins par les réserves qu'il fait à cet égard, ce que nous venons d'en dire démontre assez que, comme doctrine exclusive, il a fait son temps. La science lui sera redevable d'une foule de faits et de procédés utiles qui ont efficacement concouru à ses progrès; mais il ne saurait désormais suffire à l'intelligence et à la coordination de tous les faits anthropologiques.

Cette déclaration faite, il nous sera aisé d'expliquer maintenant comment nous entendons la possibilité de la conciliation à laquelle on a fait appel. Sans doute M. Parchappe a eu raison de dire, après avoir comparé les deux principes des doctrines vitalistes et organicistes, qu'il y avait incompatibilité entre eux. Une union contractée dans ces termes, en supposant un apport égal des deux parties, ne serait jamais qu'une union mal assortie, et qui aboutirait tôt ou tard à la domination de l'un des contractants sur l'autre ou à une séparation violente. Ainsi que l'a très justement dit l'honorable correspondant, « si la conception vitaliste de la nature de la maladie est conforme à la vérité, il faut, bon gré, mal gré, que les autres conceptions s'absorbent en elle sous peine de demeurer incomplètes ou fausses. La conception vitaliste, au contraire, peut s'approprier sans se contredire tous les progrès de la science et tous les résultats dus au perfectionnement des méthodes d'observation, tandis que la conception organiciste ne peut prétendre à se faire accepter qu'à la condition de la fausseté de la conception vitaliste. » Ce n'est donc point un pacte à égalité de conditions ou de concessions réciproques qui peut rapprocher les deux doctrines; c'est une renonciation de l'une au profit de l'autre. Nous laissons juger aux lecteurs, comme aux témoins de la lutte qui vient d'être soutenue, de quel côté doit venir la renonciation.

Ajoutons que, quelque sincère que soit le désir de conciliation de part et d'autre, quelque réelle que soit la tendance au rapprochement que nous avons cherché à faire ressortir de cette discussion, ce serait se faire une étrange illusion, et méconnaître singulièrement la variété d'aptitudes des esprits et la diversité des besoins même de la science, que de croire à la possibilité d'une fusion complète et d'un accord unanime dans un avenir plus ou moins éloigné. Les aptitudes diverses des esprits répondent trop aux divers aspects des faits eux-mêmes pour qu'il ne doive pas y avoir toujours des tendances inverses dans les déductions d'un même fait. Et si cela n'était dans la nature des esprits, la science ellemême n'a-t-elle pas besoin de contradiction? De sorte que si du milieu de ce désir commun d'accord et de ce mouvement fusionniste, dont nous ne pouvons que nous réjouir, nous voyons surgir quelque dissident nouveau ou quelque esprit réfractaire à tout essai d'union, nous n'en serons ni surpris, ni affligé, nous rappelant ce que dans un autre ordre d'idées disait un Père de l'Église pénétré de l'utilité des dissidences pour le triomphe de la vérité: *Opportet hæreses esse!* — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. Trousseau.

Douleurs névralgiques; syphilis dissimulée. — Fièvre typhoïde. Autopsie.

On ne peut pas dire qu'il y ait actuellement dans les salles une manifestation épidémique bien caractérisée, mais il y a ceci de remarquable que presque tous les cas de fièvre typhoïde y ont commencé sous un appareil symptomatique plus ou moins étranger à cette affection. Nous avons vu, par exemple, un grand nombre de fois la toux, des maladies catarrhales assez graves, incommoder fortement les individus avant que la dothinentérie se déclarât d'une manière positive. Chez des enfants, de même, on eut occasion plusieurs fois de constater l'apparition successive des divers symptômes de la bronchite, de la coqueluche ou de la pneumonie, alors qu'il s'agissait simplement du début d'une fièvre typhoïde. Enfin cette maladie s'est même montrée chez quelques femmes nouvellement accouchées, sous les apparences d'une fièvre puerpérale. Je dis fièvre, et non péritonite puerpérale, afin de rappeler qu'il faut distinguer dans l'appellation de la maladie qui suit l'accouchement, l'état général où se trouve la malade prise de fièvre, de l'état local qui se manifeste pendant cette période dans quelque organe, tantôt celui-ci, tantôt celui-là: l'utérus, les ovaires, etc., comme le péritoine lui-même. C'est par l'étude de ces variations qui surviennent sous l'influence de causes qui nous échappent que le cours de clinique se distingue du cours de pathologie. Ici on enseigne les caractères de la maladie; là, au contraire, on s'efforce de rechercher les différences qui séparent les différents cas qui se présentent du type qui a été posé. En pathologie, on ne considère que la maladie, en clinique, c'est chaque malade lui-même qu'il faut analyser. Aussi, ici, quelle que soit celle des doctrines médicales à laquelle on a cru devoir se rallier, doit-on la mettre absolument de côté, pour ne voir que les faits et ne juger que d'après leurs seules indications.

Assurément il faut qu'un médecin connaisse les idées générales qui tour à tour ont embrassé l'art de guérir; mais au lit du malade il doit avant tout relever les faits particuliers à chaque individu, et comparer la signification morbide de tout phénomène qui se développe avec l'effet et la puissance des divers agents qu'il peut lui opposer.

Les idées dogmatiques, quelle que soit leur valeur ailleurs, sont toujours nuisibles dans la pratique, parce que si les maladies sont des phénomènes rigoureusement déterminés pouvant subir les lois d'une classification, les individus qui en sont atteints, non-seulement diffèrent de race à race, mais d'individu à individu, de sorte qu'il est toujours dangereux de conclure de l'un à l'autre. Quant à nous, loin de nous élever à la hauteur des idées générales, nous nous bornerons à suivre les détails, peu jaloux de sortir de la sphère de la pratique; nous nous contenterons d'être médecin, notre domaine sera celui des petites choses, et si relativement on peut le trouver terre à terre, du moins en nous abstenant d'aborder des questions qui sont peut-être plus du ressort des philosophes que de celui des médecins, nous ne craindrons pas qu'on dise avec Phèdre: *Ne sutor ultra crepidam.*

Douleurs névralgiques; syphilis dissimulée. — Au n° 6 de la salle des femmes est une malade affectée depuis longtemps de douleurs à la tête, particulièrement au front et à la région temporale; ces douleurs, qui à diverses reprises ont disparu et se sont établies définitivement, ont cela de remarquable qu'elles sont de beaucoup plus violentes la nuit que le jour, et qu'elles ne sont accompagnées d'aucune trace de cachexie. On sait, en effet, que ces douleurs à exacerbations nocturnes sont le plus souvent la conséquence d'une affection syphilitique invétérée; il est bien rare qu'on n'observe pas avec elles soit des saillies osseuses sur le coronal ou le pariétal, soit des traces d'engorgement ganglionnaire chronique au cou ou aux aines, soit même dans ces dernières régions des cicatrices de bubon suppuré, soit enfin des traces évidentes de maladie vénérienne dans le larynx, sur les amygdales, etc. Ici rien de pareil, toute recherche dans ce sens était peine perdue. Toutefois, ce caractère d'exacerbation nocturne entraîne avec lui une signification si positive que, le prenant en quelque sorte pour un indice certain de la nature de la maladie dissimulée, on a cru devoir tenter la médication antivénérienne. Mais dans de telles conditions, c'est-à-dire avec une maladie datant au moins de plusieurs mois, et peut-être de plus longtemps, à quels médicaments recourir de prime abord? Était-ce aux préparations iodurées, était-ce aux préparations mercurielles? Autrefois, faute de mieux, toute affection syphilitique était attaquée par le mercure, à quelque période qu'elle fût; les différences portaient sur la nature de la préparation, l'agent était toujours le même. Ce n'est que depuis 1830 que M. Woilliez (de Dublin) introduisit dans la thérapeutique un médicament nouveau, l'iodure de potassium; c'est M. Ricord qui, par ses belles et savantes expériences, a le plus contribué à rendre vulgaire son emploi en France.

Ce chirurgien, étudiant avec le plus grand soin les effets comparés de l'iodure de potassium et des préparations hydrargiriques, a démontré que dans bien des cas de syphilis constitutionnelle contre lesquelles celles-ci échouaient trop souvent, celui-là, au contraire, obtenait les plus heureux succès. Passant alors de l'interprétation d'un fait vrai à une conclusion exagérée, il admit que l'iodure de potassium était, en général, et d'une manière presque constante, plus efficace que le mercure, et il s'ensuivit que le mercure dépossédé perdit trop de la confiance légitime qui lui est due. Mais on remarqua ensuite que l'iodure de potassium, donné dans la vérole indistinctement à toutes les périodes, tantôt réussissait, tantôt ne donnait pas de résultat marqué. On pensa que ces succès dépendaient de l'idyosincrasie des individus. Pour en assurer l'effet, on en revint au mercure, et on associa ces deux médicaments dans le même traitement; il y eut un doute très grave sur la valeur de l'iodure de potassium, que l'on voyait ici obtenir raison des accidents les plus graves, et sans action dans des circonstances bien moins redoutables. Enfin, M. Gubler, médecin des hôpitaux, par une observation attentive des faits, consigna exactement leur valeur, et il arriva à cette notion, que l'iodure de potassium, très efficace contre les accidents secondaires, est bien moins puissant que le mercure contre les accidents tertiaires; que le mercure et l'iodure de potassium, comme les autres médicaments, après une certaine durée de temps, perdent de leur efficacité sur l'économie et ne permettent plus de compter sur aucun résultat; qu'ils donnent lieu alors, au contraire, à des accidents, de même qu'on en voit survenir après l'usage trop prolongé d'un même et unique aliment.

Chez la malade dont nous venons de parler, agissant dans l'hypothèse des accidents tertiaires, nous avons recouru au mercure, et, selon notre habitude, nous avons débuté par un grain de calomel en dix prises renouvelé pendant trois jours. Vous avez vu quelle amélioration manifeste s'est opérée rapidement; nous allons donc continuer l'administration de ce médicament, mais en nous tenant prêt à faire intervenir à son tour l'iodure de potassium aussitôt qu'il sera convenable ou nécessaire de supprimer le calomel, soit que celui-ci occasionne des accidents, soit tout simplement qu'il reste inerte et sans résultat.

Fièvre typhoïde. — Autopsie. — Un jeune homme de vingt ans vient de succomber après avoir échappé aux phases les plus graves d'une fièvre typhoïde. Récemment encore il était pris d'accidents très intenses du côté de la poitrine, il les a surmontés; mais il avait une lésion qui devait infailliblement causer sa mort, c'était une vaste et profonde eschare à la région du sacrum.

Blandin le premier a appelé l'attention sur les phénomènes qui accompagnent ce genre de complication, malheureusement si fréquente, des maladies qui durent longtemps; le premier il a enseigné à se défier des symptômes particuliers qui se passent alors dans les membres inférieurs, à en voir le point de départ dans les altérations de la moelle épinière et de la queue de cheval, à en pronostiquer la fin constamment mortelle.

En effet, notre malade s'était plaint il y a déjà quelque temps de fourmillements, de douleurs vagues temporaires ou fixes, locales ou diffuses dans différentes parties des membres abdominaux; les mouvements et la sensibilité avaient diminué progressivement, et à l'autopsie nous trouvons le sacrum dénudé et nécrosé, il est séparé des parties auxquelles il devrait être adhérent; les parties molles sont réduites en bouillie et toutes désorganisées. Enfin le canal médullaire est lui-même le siége des plus graves désordres; ses membranes sont disséquées par du pus qui s'étend au loin en haut et en bas, et la terminaison de la moelle, les branches nerveuses qui en naissent donnent elles-mêmes lieu à autant de fusées purulentes qui envahissent le bassin, descendent dans les membres inférieurs et se rendent dans toutes les directions à une assez grande étendue.

Les exemples de ce genre ne sont que trop nombreux, et il faut en être bien averti pour savoir que tel individu qui a échappé aux phénomènes morbides les plus redoutables, et dont l'état présente des caractères tout rassurants, doit pourtant succomber d'une manière fatale à une époque plus ou moins éloignée. Faure.

Opération césarienne.

L'importance et la gravité de la question examinée dans la lettre que nous a adressée notre honorable confrère M. Villeneuve, professeur d'accouchements à l'Ecole préparatoire de médecine de Marseille, et dont nous publions aujourd'hui la première partie, feront excuser aux yeux de nos lecteurs l'étendue de cette lettre, comme elles feront excuser probablement aussi aux yeux de M. le professeur Paul Dubois, dont les doctrines sont mises en cause, la vivacité de la discussion.

Nous ferons remarquer, du reste, à ce sujet que cette discussion roulant presque tout entière sur le texte d'une leçon clinique de M. Dubois rédigée après une simple audition et d'après des notes prises à la hâte et partant nécessairement incomplètes, il pourrait se faire que la pensée du professeur n'eût pas été toujours exactement et surtout complétement rendue, et que par conséquent quelques-uns des arguments qui lui sont opposés ne portassent pas parfaitement juste.

A la suite d'une discussion intéressante à laquelle a donné lieu l'observation d'opération césarienne pratiquée le 26 janvier dernier par M. le professeur Dubois à l'hôpital des Cliniques, j'ai vu avec la plus grande satisfaction que dans les numéros du 13 et du 17 mars de votre excellent journal vous concluiez à la fondation d'un local spécial entouré de toutes les conditions hygiéniques les plus favorables au succès de l'opération césarienne.

L'amour-propre si légitime à tout auteur qui veut concourir par ses faibles moyens au bien de l'humanité m'autorise à vous rappeler qu'en 1853 j'ai formulé, dans l'opuscule dont j'ai eu l'honneur de vous adresser deux exemplaires, la troisième de mes conclusions dans les termes suivants: « Que l'autorité supérieure soit priée de former des établis» sements qui réunissent les conditions hygiéniques les plus favorables » au succès de l'opération césarienne en faveur des femmes chez les» quelles on aura constaté à temps un rétrécissement du bassin qui » réclamerait cette opération. » (*De l'avortement provoqué*, etc., p. 166.)

Sans vouloir entrer dans le cœur de la question, comme l'ont fait avec tant de force et de logique MM. les docteurs Liégard (de Caen) et Lebleu (de Dunkerque), dont je m'honore de partager les principes, permettez-moi, monsieur le rédacteur, de vous présenter quelques réflexions en raison de la gravité de la question que vient de réveiller le savant professeur de la Faculté de médecine de Paris.

Cette question de l'opération césarienne est de sa nature essentiellement complexe et se compose forcément de deux éléments distincts: de l'élément moral, philosophique ou religieux, et de l'élément scientifique ou pratique.

1° *Elément moral.* — M. Paul Dubois nous dit que « dans les siècles » précédents et jusque dans les premières années de ce siècle-ci il était » admis en principe que, toutes les fois que l'on avait affaire à un bas» sin trop étroit pour qu'il fût possible d'espérer la terminaison de » l'accouchement, soit par des efforts naturels, soit par des manœuvres » inoffensives pour l'enfant, il fallait avoir recours à une opération sur » la mère qui pût avoir pour effet d'agrandir les voies naturelles ou de » pratiquer une voie artificielle pour le passage de l'enfant; on devait, » en d'autres termes, pratiquer la symphyséotomie ou l'opération cé» sarienne. Ce qui préoccupait *exclusivement* les accoucheurs *à cette » époque*, ce *n'était point la conservation de la mère*; c'était celle de » l'enfant. On savait très bien qu'en sacrifiant l'enfant on aurait pu » conserver les jours de la mère; mais ce n'était pas *là le but que l'on » se proposait*. D'un autre côté, l'opération césarienne n'était peut-être » pas considérée non plus à cette époque comme une opération *aussi » grave* qu'elle l'est en réalité... Un des derniers représentants de l'o» pinion dominante à cette époque, M. Capuron, disait que c'était un » *véritable homicide* que de sacrifier, même dans les conditions dont » il s'agit, la vie du fœtus dans le sein de sa mère. Cette expression » était parfaitement l'opinion du temps. Je me rappelle qu'à l'époque » où j'ai soutenu ma thèse de concours sur ce sujet j'étais encore sous » l'influence de cette opinion dominante; mais depuis l'expérience m'a » complétement confirmé dans l'opinion contraire.

» Examinons, en effet, un moment la question dans les termes mêmes « où elle est posée par les partisans de l'opération césarienne.... De

» quoi s'agit-il, en effet? Il s'agit de choisir entre la céphalotripsie et » l'opération césarienne, c'est-à-dire entre une opération qui fait périr » sûrement l'enfant, il est vrai, mais avec de très grandes chances de » sauver la mère, et une opération qui fera très probablement succom- » ber la mère *sans donner la certitude de sauver l'enfant*. Or, la ques- » tion ainsi posée, je le demande, y a-t-il une comparaison à établir » entre un être, etc. ? » Le reste est la reproduction du trop fameux argument de M. Velpeau que tout le monde connaît.

« Considérée ainsi, conclut M. P. Dubois, la question ne me paraît » pas discutable; c'est une question de conscience, et je déclare, pour » ma part, que toutes les fois que ces difficultés se sont présentées je » n'ai pas hésité : j'ai toujours cherché à sauver la mère par le sacri- » fice de l'enfant. *J'insiste là-dessus*, dit M. Dubois, parce qu'à l'occa- » sion d'une discussion récente qui a eu lieu sur ce sujet à l'Académie » de médecine il s'est produit *en dehors de Paris*, dans *quelques dépar-* » *tements et à l'étranger*, notamment en Allemagne et en Belgique, » des opinions opposées, très chaleureusement défendues et *qu'on est* » *allé même jusqu'à vouloir* en quelque sorte *nous imposer*. »

Vous me pardonnerez, monsieur le rédacteur, la citation littérale des passages que j'ai extraits de votre numéro du 6 février dernier. L'importance du sujet, la haute position du professeur qu'un devoir impérieux m'impose de combattre, malgré la profonde estime que j'ai pour son savoir et son caractère, m'ont condamné à ces longueurs, que les lecteurs sérieux de votre journal me pardonneront facilement.

D'abord, est-il bien exact de dire que « dans les siècles précédents » et dans les premières années de celui-ci, ce qui préoccupait *exclusi-* » *vement* les accoucheurs, ce *n'était point la conservation de la mère*, » c'était *celle de l'enfant?* » Pourquoi faire peser sur nos vénérables devanciers une accusation aussi grave qu'injuste, lorsque l'histoire de l'art, que M. Paul Dubois doit connaître parfaitement, nous a transmis les expressions si peu mesurées des Mauriceau, des Ambroise Paré et autres notabilités de ces temps-là contre l'opération césarienne; lorsque presque de nos jours, au commencement de ce siècle, Saccombe cherchait à flétrir de ses sarcasmes notre illustre Baudelocque à l'occasion de cette même opération?

En présence de ces contradicteurs aussi éminents, M. Dubois peut-il soutenir qu'à cette époque l'opération césarienne n'était *peut-être* pas considérée comme une opération aussi grave qu'elle l'est en réalité? On dirait même que le célèbre professeur a voulu se ménager une issue pour sortir honorablement d'embarras dans le cas où on lui prouverait si facilement qu'à toutes les époques et dans tous les pays les chirurgiens distingués ont toujours considéré l'opération césarienne comme très grave. Et si les chirurgiens de ces diverses époques se déterminaient à pratiquer et à conseiller l'opération césarienne, ce n'était pas parce qu'ils la regardaient comme moins grave qu'elle n'est en réalité, mais bien parce que leur sens moral, éclairé par la vraie lumière, et dirigé d'une manière plus sûre par la loi religieuse que par les idées philosophiques qui tiraillent le nôtre en sens contraire, appréciaient à leur juste valeur la vie de la mère et celle de l'enfant. J'affirme de la manière la plus formelle que les chirurgiens qui dans des circonstances aussi graves ont écouté la voix de cette conscience éclairée, de cette lumière infaillible et indispensable pour ne pas faire fausse route, ont toujours eu pour la vie de la mère le même respect qu'ils ont eu pour celle de l'enfant.

La philosophie moderne de certains chirurgiens tendrait à rendre incompatible le respect dû à la vie de l'enfant avec celui qui est dû à la vie de la mère. D'après ces nouveaux dogmes, on ne pourrait donner la preuve du respect de la vie de la mère qu'à la condition de lui sacrifier l'enfant dans cette terrible occurrence, et de commettre, comme le disait avec une haute raison le vénérable Capuron, un *véritable homicide*. Grâce aux progrès de cette philosophie, le chirurgien serait transformé en prêtre sacrificateur, obligé d'offrir en holocauste la vie d'un enfant pour honorer une maternité impuissante à produire son fruit par les moyens naturels. Encore un pas de plus, et nous lui devrions bientôt la résurrection des sacrifices druidiques.

Engagé plus que je ne le voulais dans la discussion, je regrette d'avoir à combattre un homme aussi recommandable que M. P. Dubois; mais la position éminente qu'il occupe dans l'enseignement obstétrical me force de repousser les doctrines erronées et funestes qu'il répand dans l'esprit de cette jeunesse médicale avide d'écouter un maître aussi distingué. Non, monsieur Dubois, ce n'est pas l'opinion de son époque que Capuron a voulu exprimer; c'est la loi imprescriptible que tout homme qui veut marcher dans une voie sûre doit s'imposer qu'exprimait cet honorable partisan de l'opération césarienne. Non, encore une fois, il n'est point d'époque, point de circonstance qui puisse jamais autoriser un chirurgien à tuer un enfant pour sauver sa mère, comme il n'y en a point non plus qui puisse lui permettre de sacrifier la mère à son enfant.

D'après votre déclaration, si la femme que vous avez opérée le 26 janvier s'était présentée à vous dans le quatrième ou le cinquième mois de la grossesse, vous n'eussiez pas hésité de provoquer l'avortement. Eh bien, accordez-moi la même franchise, et permettez-moi d'insister comme vous. Vous auriez commis un infanticide médical de plus sans nécessité. Or, je soutiens que, malgré la légitime autorité que vos talents vous donnent dans la science, vous n'avez pas le droit, et encore moins le devoir de tuer un enfant pour sauver sa mère. D'ailleurs, la Providence s'est chargée de vous éviter une grande faute en vous mettant en contradiction avec vos principes. Vous prétendez qu'on doit sacrifier l'enfant pour assurer le salut de la mère, et vous avez été condamné malgré vous à sacrifier la mère pour le salut d'un enfant dont les chances de vie future ont été démontrées par vous si fragiles et si incertaines. Dans la rigueur de vos principes, vous n'aviez pas plus le droit de sacrifier la mère que nous n'avons le droit, nous, de sacrifier l'enfant. Vous saviez d'avance, par votre expérience, que l'opération à laquelle vous alliez soumettre cette femme devait la faire mourir, et vous l'avez faite. Permettez-moi de vous dire d'abord que je suis loin de vous blâmer, mais que vous avez été amené à agir en opposition avec vos principes parce qu'ils sont faux. Cette inconséquence n'est pas le fait des hommes qui ont des principes fondés sur la vérité. Votre devoir d'*homme logique* était de vous abstenir d'un acte que vous saviez nécessairement mortel pour la mère. Mais quant à moi, je suis convaincu qu'un rayon d'espérance pour le salut de la mère vous a fait pratiquer l'opération. Qu'il me soit permis d'ajouter que vous aviez assez d'autorité et de crédit pour faire transporter cette malheureuse dans un lieu plus sain, au voisinage de Paris, et où vous auriez eu plus de chances de sauver et la mère et l'enfant. Je me félicite de voir les principaux organes de la presse médicale proclamer *après moi* la nécessité de choisir un local plus salubre que les hôpitaux de Paris pour y placer les femmes qui seraient destinées à subir l'opération césarienne; car tous abandonnent, implicitement au moins, sinon d'une manière ouverte, le principe immoral de l'avortement provoqué, qui n'est pas autre chose que l'infanticide médical, lequel, pour n'être pas passible des rigueurs salutaires du Code pénal, ne laisse pas que d'être attentatoire aux saines lois de l'ordre social.

L'obstétrique n'a pas à se préoccuper de ce que deviennent les enfants dans les hospices, ni de la vie moyenne des enfants d'après leurs âges respectifs. Ces calculs et ces considérations n'ont à exercer aucune influence sur la conduite d'un accoucheur relativement à un enfant qui doit naître avec plus ou moins de difficulté. On pourrait aller bien loin si de pareils principes pouvaient prévaloir, et si l'on se permettait de les inculquer dans des intelligences perverses.

Il y a quelques jours à peine, le 16 mars dernier, j'ai été mandé à la Cour d'assises d'Aix comme médecin rapporteur pour un cas d'avortement provoqué par une sage-femme amenée au banc de l'infamie comme coupable d'avoir déterminé l'avortement chez cinq femmes placées à sa suite sur le même banc, et accusées d'avoir volontairement subi plusieurs fois cette opération. Tels sont les résultats funestes d'une doctrine fausse et erronée qui, enseignée dans un but que la loi ne saurait atteindre, ne laisse pas que de jeter dans le monde moral la plus grande perturbation. (*Ex fructibus eorum cognoscetis eos.*) Qu'on ne croie pas me répondre victorieusement en me disant qu'il faudrait abolir les meilleures choses si l'on voulait en empêcher l'abus. Je réplique en disant que les abus d'une bonne doctrine ne sont jamais aussi déplorables ni aussi nombreux que ceux qui résultent d'une mauvaise.

M. Dubois prétend qu'une question de conscience n'est pas discutable. Il a raison s'il admet que, cette question une fois décidée par l'autorité compétente, on se soumet à sa décision. Mais il a tort s'il prétend qu'un chirurgien, quelque honorable, quelque instruit qu'il soit, ait le droit, en vertu de son diplôme, de tuer à Paris ou ailleurs un enfant pour sauver sa mère inévitablement condamnée à mourir si elle subit l'opération césarienne. Les lois morales ont des règles absolues qui doivent être observées en tout temps et en tout lieu, et des règles qui se modifient selon les circonstances environnantes sans porter atteinte à la loi fondamentale. Ainsi le *Non occides* est absolu pour le médecin. Nous avons développé suffisamment cette proposition dans notre opuscule publié en 1853 pour ne pas fatiguer vos lecteurs de ces répétitions. Quant aux modifications que les circonstances peuvent apporter à la rigueur du précepte *Non occides*, nous n'hésitons pas à affirmer, sans la moindre exagération, qu'il n'existe en obstétrique *aucune* circonstance qui puisse autoriser à tuer un fœtus. On m'objectera et on m'a objecté que je suis en contradiction avec ce que j'ai écrit quand j'ai admis l'avortement provoqué dans le cas où une consultation composée d'hommes compétents et expérimentés aura décidé qu'une femme est condamnée à une mort certaine, dans un cas de vomissements incoercibles, par exemple, ou de toute autre maladie grave, si on ne la fait avorter. Je déclare aujourd'hui que cette proposition que j'ai faite a été une proposition oiseuse et inutile, parce que la réflexion et l'expérience m'ont appris depuis que ce fait n'existe pas dans la pratique et que ce n'est qu'une supposition gratuite. Mais, en raisonnant dans le sens de cette supposition, mes principes restent intacts, parce que, par l'avortement provoqué dans le cas où la mort de la mère est inévitable sans lui, je n'aggrave pas l'état de l'enfant, puisque, si la mère doit mourir, il meurt aussi; tandis que, si je sauve la mère par l'avortement provoqué, non-seulement je rends la vie à la mère, mais je cours la chance d'améliorer le sort de l'enfant, puisque je puis lui procurer encore le bénéfice du baptême, dont il aurait été privé par l'abstention. Mais je déclare de nouveau que ce raisonnement, très conséquent avec mes principes, ne repose que sur une hypothèse plus que douteuse, parce que des faits nombreux sont venus démontrer que des femmes enceintes que l'on croyait condamnées à une mort certaine si on ne provoquait pas l'avortement ont parcouru, avec peine à la vérité et même avec danger, tout le cours de la grossesse et sont heureusement accouchées d'enfants vivants.

Quant aux femmes qui meurent pendant la grossesse, on ne peut pas affirmer qu'elles eussent guéri par l'avortement. Il est plus rationnel de penser, d'après Dance, que la mort de la mère est due dans ce cas à des altérations de l'utérus qu'aggravent encore plus les phénomènes de l'avortement.

Par ces motifs, je retire la concession que j'ai faite dans ma brochure à ce sujet, et je dis que l'avortement provoqué est inutile, parce que les cas où il est suivi du rétablissement de la mère sont des cas où la grossesse aurait pu arriver à terme en conservant la vie à l'enfant.

Une seconde et dernière objection que l'on puisse présenter avec quelque fondement, c'est le cas où une femme en proie aux douleurs de l'enfantement, ayant un bassin dont l'étroitesse peut faire espérer un accouchement spontané ou artificiel au moyen du forceps ou de la version, ne peut pourtant pas accoucher par ces divers moyens à cause du volume excessif de l'enfant, dont il a été impossible de déterminer d'avance l'étendue des diamètres céphaliques. Ce cas est certainement le plus embarrassant et le plus épineux pour le praticien consciencieux. La conduite de celui-ci est différente selon que la femme est ou non primipare. Encore faut-il, si la femme est à sa seconde grossesse, que la première soit parvenue à terme pour prendre un parti rationnel, parce qu'on tient compte des difficultés du premier accouchement.

Mais si le danger est imminent dans un premier accouchement, si le danger est aggravé par un rétrécissement plus considérable que celui qu'on avait constaté, rétrécissement plus grand dû soit à une épaisseur plus considérable du pubis, soit à une rectitude du sacrum, qui, sans altérer les diamètres normaux du détroit supérieur, rétrécit l'excavation et le détroit inférieur de manière à rendre l'accouchement impossible; si, après des manœuvres plus ou moins fatigantes, l'extraction du fœtus est impossible et que celui-ci continue à vivre, que fera le chirurgien en pareille occurrence? Pratiquera-t-il la crâniotomie ou l'opération césarienne? Voilà le seul cas qui puisse modifier avec quelque raison bien fondée la rigueur du précepte *Non occides*.

On conviendra que les conditions dans lesquelles se trouve cette femme sont bien différentes de celles où se trouve une femme dont le rétrécissement pelvien constaté au milieu de sa grossesse peut être soumise à un mode opératoire qui doit toujours tendre à sauver les deux individus :

1° A l'accouchement prématuré artificiel si le diamètre sacro-pubien a plus de 67 millimètres;

2° Et à l'opération césarienne, mais dans un *lieu salubre*, mais après l'établissement bien déterminé des contractions utérines, *avant la rupture des membranes* quand elle n'a pas eu lieu spontanément, si le diamètre sacro-pubien a moins de 67 millimètres.

Dans le cas que nous supposons, et qui ne s'est présenté à moi que trop souvent, parce qu'il m'a causé bien des remords toutes les fois que j'ai cru devoir pratiquer la crâniotomie sans avoir la certitude de la mort de l'enfant, je conçois le parti douloureux auquel se résigne le chirurgien, celui de pratiquer la céphalotomie même avant la mort bien constatée de l'enfant. Je n'ai pas le courage de blâmer le chirurgien qui, placé dans une si cruelle perplexité, aura préféré la céphalotomie à l'opération césarienne; mais je ne puis pas l'approuver : je me contente de le plaindre.

Quant à moi, plein de regrets pour les quelques céphalotomies que j'ai opérées sans avoir une certitude bien constatée de la mort de l'enfant, entraîné, encouragé que j'ai été dans cette déplorable pratique par les préceptes et les exemples de mes maîtres, je déclare que dans un cas semblable, lorsque même après une tentative infructueuse d'application de forceps faite par un homme exercé, prudent et calme dans ses opérations, s'il m'est démontré que l'accouchement est impossible par les voies naturelles, que la tête demeure immobile au-dessus du détroit supérieur, que le forceps ne peut effectuer le moindre engagement dans l'excavation, que les os de la tête de l'enfant sont d'une solidité insolite, je me hâterai de pratiquer la gastro-hystérotomie, lorsque je ne pourrai pas douter de la vie de l'enfant. Je dis que je me hâterai, parce que le succès que j'espère se réalisera d'autant plus sûrement que je laisserai moins longtemps la femme s'épuiser en efforts inutiles et impuissants. Que si les consultants sont d'avis de temporiser pour attendre la mort au moins probable de l'enfant, je ne me déciderai à pratiquer la céphalotomie que longtemps après que tous les signes certains de la vie fœtale auront disparu. Mais si, malgré cette temporisation, l'enfant continue à vivre, je laisserai le soin de la patiente entre les mains du confrère dont l'opinion aura prévalu pour qu'il assume toute la responsabilité de l'événement qui résultera de cette temporisation compromettante pour les deux êtres.

Maintenant la véritable question difficile à résoudre est celle-ci : une femme arrive en travail d'enfantement dans un des hôpitaux de Paris au dernier terme de sa grossesse. Le bassin présente un diamètre sacro-pubien de 70 à 75 millimètres. Le volume de l'enfant est trop considérable pour qu'il puisse traverser vivant les voies naturelles. Une longue expérience faite par les maîtres de l'art prouve que depuis cinquante ans environ aucune femme n'a survécu à Paris à la suite de l'opération césarienne. Pratiquer cette opération sur celle-ci, c'est la vouer à une mort certaine. L'enfant est vivant. Que faut-il faire? Attendre la mort de l'enfant? Pourquoi? Pour aggraver la situation de la mère, qui périra avec lui? Vous aurez deux morts au lieu d'une. Par le sacrifice de l'enfant, vous sauvez la mère, qui, si elle redevient enceinte, peut être soumise à l'accouchement prématuré artificiel, et si le bassin était trop étroit pourrait être transportée dans un milieu plus salubre que la ville de Paris pour y subir l'opération césarienne. La véritable question est là.

Peut-on attenter à la vie *certaine* d'un enfant dans le cas restreint que je viens de signaler?

En principe, cela n'est pas permis. Dans l'application, cela paraîtrait devoir être toléré. Le principe étant un commandement divin, il est essentiellement infaillible. L'application ne pouvant être faite que par l'homme, elle est susceptible d'erreur. En conséquence, le précepte divin ne peut être enfreint par une appréciation humaine sujette à l'erreur. Le principe est rigoureux; son application est soumise à des variations incessantes. On croit, par exemple, avoir déterminé d'une manière exacte un diamètre sacro-pubien. Par des causes qui nous échappent, le diamètre est plus petit ou plus grand que la science la plus consommée ne l'avait indiqué. Les indications, les conséquences varient nécessairement selon le degré de rétrécissement. De plus, on ne peut pas connaître l'étendue des diamètres céphaliques. Il y a des têtes très petites, très flexibles, qui traversent, *même à terme*, un bassin dont le rétrécissement semblait devoir condamner la femme à l'opération césarienne. En présence de ces faits, et chez des primipares arrivées à terme, une sage temporisation est toujours nécessaire. Si l'on pense que cette temporisation a détruit l'espoir de sauver la mère et l'enfant par l'opération césarienne, il faut s'abstenir, et l'on doit *toujours* attendre que la mort de l'enfant soit certaine ou du moins que les caractères certains de la vie aient disparu depuis assez longtemps pour se décider à pratiquer la crâniotomie. L'extraction d'un enfant mort depuis quelque temps est toujours plus facile que celle d'un enfant vivant, et les exemples de guérison de la mère après un travail long et pénible sont assez fréquents pour que la conscience du chirurgien se mette à l'aise en agissant ainsi. Par cette conduite, il a donné à la nature tout le temps convenable pour expulser un fœtus qui l'a souvent été contre toute espérance; et si la femme meurt, quelque fâcheux que soit ce résultat, le chirurgien a fait son devoir en employant cette expectation rationnelle et obligatoire, et je crois même, sans être taxé d'exagération cruelle, que la mort de cette femme est un fait moins grave, au point de vue social, que l'infraction du principe divin *Non occides* à l'égard d'un enfant dont la vie est incontestable.

Les doctrines que M. P. Dubois décore du nom d'opinions sont des doctrines morales obligatoires pour tous les accoucheurs qui veulent vivre sous la loi chrétienne, sans distinction d'époques, de lieux ni de latitudes. Le chirurgien accoucheur a, comme toute créature humaine, la liberté de choisir entre le bien et le mal; mais cette liberté ne lui donne pas le droit de faire le mal, et encore moins d'y persister quand il a été averti que la route qu'il a suivie jusqu'alors était funeste à la morale publique et à l'ordre social.

Ainsi, je n'hésite pas de conclure :

1° Que M. P. Dubois, fatalement condamné à agir contre des principes,

a pris le seul parti convenable en pratiquant l'opération césarienne sur la femme qui fait le sujet de l'observation rapportée dans le numéro du 6 février dernier de la *Gazette des Hôpitaux*; qu'en présence de cette femme parvenue au terme complet de la grossesse, ayant un diamètre sacro-pubien apprécié à 60 millimètres, quoiqu'il fût réduit à 54 par la saillie postérieure du pubis, il n'y avait pas d'autre parti à prendre, si ce n'est de placer la femme dans un lieu plus sain, parce que la céphalotropsie n'eût pas épargné à la mère les dangers qui pouvaient résulter de l'extraction pénible du tronc de l'enfant;

2° Qu'un accoucheur, quelque haut placé qu'il soit dans la hiérarchie scientifique, n'a pas le droit de tuer un enfant, même lorsqu'une femme, parvenue au neuvième mois de la grossesse, présente un diamètre de 67 à 75 millimètres; que la crâniotomie n'est permise que lorsqu'on est certain de la mort de l'enfant, ou que du moins les signes certains de la vie fœtale ont cessé depuis un temps suffisant pour supposer raisonnablement l'état de mort;

3° Enfin, qu'un accoucheur est coupable de préférer l'avortement provoqué à l'opération césarienne dans les rétrécissements *extrêmes* du bassin, parce que non-seulement on a tout le temps convenable pour placer cette malheureuse femme dans un lieu propice pour sa guérison, mais parce que l'examen minutieux et consciencieux des opérations césariennes pratiquées pour des cas semblables démontre jusqu'à l'évidence que les femmes opérées à un moment d'élection donné, avant ou peu de temps après la rupture des membranes, placées surtout dans de bonnes conditions hygiéniques, fournissent plus des deux tiers de guérisons, et donnent presque toujours des enfants vivants, lorsque l'opération n'a pas été précédée par des *manœuvres plus ou moins compromettantes.* (*La fin à un prochain numéro.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 4 avril 1855. — Présidence de M. Huguier.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Chassaignac présente un malade qui, à la suite d'une brûlure de la région fessière, est atteint d'une déformation et d'un déplacement de l'anus. Placé au fond d'un infundibulum constitué par des replis cicatriciels des téguments, l'anus a subi un changement très notable dans sa direction.

— M. Guersant présente un enfant chez lequel la poche d'un spina-bifida, situé dans la région lombaire, s'est en partie affaissée; il y reste toutefois un peu de liquide, et la division du rachis est encore perceptible. Le petit malade marche bien et n'a aucun signe de paraplégie.

— M. Richard montre un malade qui, il y a dix mois, à la suite d'une chute sur la tête, eut tous les signes d'une fracture du crâne. Il éprouva un écoulement intermittent de sérosité par l'oreille, et rendit même en un jour jusqu'à 800 grammes de liquide. Ce malade guérit de ces premiers accidents; mais il resta plongé dans une sorte d'idiotie et poursuivi pendant la nuit par de véritables cauchemars.

M. Richard appelle l'attention de la Société sur les troubles intellectuels qui succèdent parfois aux fractures du crâne.

M. Chassaignac rapporte qu'il a vu des faits analogues à celui de M. Richard, et qu'il en a cité un dans sa thèse.

M. J. Cloquet rappelle d'abord qu'en 1824 et 1825 il a constaté sur des malades atteints de fracture du crâne, et qui avaient rendu du liquide par l'oreille, tantôt une déchirure de la dure-mère, tantôt absence de lésions dans cette membrane. Il cite ensuite un fait de fracture probable du crâne avec écoulement sanguin par l'oreille où, après la guérison, le malade se trouva privé de l'audition.

CORRESPONDANCE.

M. Larrey dépose sur le bureau, de la part de M. Bertherand, chirurgien principal de l'armée, un mémoire *sur la luxation simultanée des trois os cunéiformes sur le scaphoïde.*

Ce mémoire est renvoyé à la commission qui doit examiner les autres travaux de M. Bertherand, et qui se compose de MM. Larrey, Lenoir et Désormeaux.

— M. le docteur Bardinet (de Limoges) écrit pour obtenir le titre de membre correspondant. A l'appui de sa candidature, il adresse plusieurs notices sur divers points de chirurgie. (Commission: MM. Denonvilliers, Giraldès et Gosselin.)

Suite de la discussion sur le travail de M. Cazeaux. —M. Gosselin établit à l'aide de chiffres recueillis à l'hôpital de Lourcine les diverses propositions qu'il a émises dans la dernière séance.

Pendant les trois années qu'il a passées à l'hôpital de Lourcine, M. Gosselin a rassemblé 34 observations de grossesses coïncidant avec la vaginite, les végétations ou la syphilis constitutionnelle. 11 malades sur les 33 ont eu positivement des érosions ou des granulations sur le col; 9 autres n'ont présenté aucune lésion de ce genre; les 13 autres ou n'ont pas été examinées avec le spéculum, ou ont présenté une telle projection du col en arrière que sa surface n'a pu être mise à découvert. Toutes, d'ailleurs, sont arrivées heureusement au terme de leur grossesse.

En définitive, sur 20 femmes bien examinées, il y a eu 11 fois une de ces lésions qu'on appelle ulcérations, érosions, granulations. La proportion est donc moindre que celle dont a parlé M. Cazeaux.

Parmi les 11 malades atteintes d'érosions, aucune n'a éprouvé de douleurs, ni d'hémorrhagie, ni vomissements rebelles, ni aucun symptôme qu'on ait pu attribuer à la lésion du col; 8 d'entre elles sont accouchées à terme, et 3 seulement ont fait des fausses couches à trois mois et demi, cinq mois et six mois et demi; et parmi elles il s'en trouve une, la première, chez laquelle la fausse couche a paru provoquée par l'introduction intempestive du crayon de nitrate d'argent dans la cavité du col pour un catarrhe utérin. La grossesse avait été dissimulée, et on ne l'avait pas reconnue. Les deux autres avaient une syphilis constitutionnelle. M. Gosselin a donc eu raison, d'après ces chiffres, de dire que les fausses couches ne sont pas fréquentes chez les femmes atteintes d'ulcération pendant la grossesse, et que, quand l'avortement arrive, on peut l'attribuer à toute autre cause, et en particulier au catarrhe utérin et à la syphilis constitutionnelle.

Ce dernier fait ressort encore de l'examen comparatif du nombre de femmes qui ont fait des fausses couches ayant des ulcérations au col et de celles qui ont eu le même accident n'ayant pas d'ulcération. M. Gosselin trouve, en effet, dans ses registres 8 observations de fausse couche: 3 sur des malades qui avaient une érosion, 5 sur des malades qui positivement n'avaient rien au col.

M. Richet. La question des ulcérations du col pendant la grossesse, sans être précisément une question nouvelle, puisqu'elle a déjà été traitée par plusieurs chirurgiens distingués, n'en est pas moins une question encore fort mal connue, et pour la solution de laquelle il importe que chacun apporte les documents dont il dispose. C'est à ce titre que j'ai cru devoir prendre part à la discussion actuelle, d'autant mieux que mes opinions sur ce sujet se trouvent par le fait mises en jeu, puisqu'il s'est souvent agi, et dans le travail de M. Cazeaux, et dans le rapport de M. Laborie, de la thèse de M. Coffin, mon ancien interne, qui a puisé dans mon service ses idées et ses documents.

Je dirai tout d'abord qu'une confusion regrettable semble s'être établie dans la discussion, en ce sens qu'on me paraît avoir confondu sous un seul et même nom des choses essentiellement différentes. Dans sa thèse, qui d'ailleurs ne reflète qu'incomplétement ma manière de voir, M. Coffin ne traite absolument que des ulcérations graves de l'utérus pendant la grossesse; seulement il oublie de dire qu'il n'a l'intention de s'occuper que de celles-là. Aussi M. Cazeaux et tous ceux qui l'ont suivi ont-ils pu penser que je considérais toutes les ulcérations qu'on observe chez les femmes enceintes comme une affection sérieuse pouvant entraîner de graves accidents. Or c'est là une grande erreur. J'ai toujours reconnu et professé dès l'année 1848, époque à laquelle j'ai commencé à fixer mon attention sur ce sujet, qu'il existait deux sortes d'ulcérations du col pendant la grossesse: les unes physiologiques pour ainsi dire, sans gravité aucune, ne survenant qu'après le cinquième mois de la gestation, ne provoquant que très rarement des accidents, et auxquelles j'ai donné le nom d'*érosions variqueuses*, pour des raisons que je dirai bientôt; les autres pathologiques, et pouvant réclamer un traitement spécial. Il me paraît nécessaire, dans un sujet aussi nouveau, d'entrer dans quelques détails pour être bien compris.

Les ulcérations physiologiques, ou *érosions variqueuses* du col, les seules que M. Cazeaux paraît avoir eues en vue dans son mémoire, et dont M. Coffin n'a pas dû s'occuper, puisqu'il faisait seulement l'histoire des ulcérations graves, commencent à apparaître à partir du cinquième ou du sixième mois de la gestation.

Il me serait impossible de fixer leur degré de fréquence relative; ce que je puis dire, d'après ma propre expérience, c'est qu'elles sont très communes. Elles se présentent sous l'apparence de fines granulations d'un rouge tantôt vif, tantôt pâle, et ne semblent souvent produites que par le simple détachement du feuillet épithélial. Elles sont recouvertes d'une couche de mucus épais, transparent, très adhérent, qu'on a beaucoup de peine à en détacher, et elles ne saignent que difficilement, même par le contact un peu rude de la charpie. Le spéculum est nécessaire pour les découvrir, car les inégalités sont si peu prononcées, et le tissu du col est si mou, que le toucher le plus exercé peut être mis en défaut lorsqu'il s'agit de les apprécier.

Loin d'être le résultat d'une suractivité dans les fonctions du tissu utérin, elles m'ont paru être dues à une sorte d'inertie ou de ralentissement dans la circulation veineuse utérine; à une sorte de stase sanguine analogue à celle que l'on observe dans le système veineux des parties sous-pelviennes chez les femmes enceintes. On sait en effet que la circulation en retour y est soumise à des entraves qui augmentent avec le volume de plus en plus considérable de l'œuf, et l'on comprend que le col, étant la partie la plus déclive de l'organe gestateur, subisse cette influence d'une façon plus marquée: d'où ce ramollissement, ce gonflement, cette turgescence qui se terminent chez un grand nombre de femmes par une sorte d'absorption moléculaire analogue à celle qui donne lieu aux ulcères variqueux. C'est donc là une conséquence naturelle de l'état gravide de l'utérus, un accident physiologique, qu'on me passe l'expression, au même titre que les varices des membres inférieurs, les hémorrhoïdes, la turgescence bleuâtre du vagin et de la vulve. Tous ces accidents, dus à la même cause et venus en même temps, disparaissent ordinairement après l'accouchement.

Je dis ordinairement, car quelquefois ces érosions variqueuses du col persistent, et donnent lieu alors à une variété d'ulcération du col sur laquelle je crois avoir le premier attiré l'attention sous le nom d'*ulcération suite de couches*, dans la thèse d'un autre de mes internes, M. le docteur Dubreuil.

Il est excessivement rare que ces érosions variqueuses donnent lieu à des accidents. C'est dire qu'il n'y a pas de traitement à leur opposer. Pour mon compte, je me borne à prescrire le repos et quelques bains, lorsqu'il me semble que les douleurs lombaires qu'éprouvent certaines femmes à la fin de leur grossesse peuvent leur être attribuées.

Tel est selon moi le mode de développement de ces érosions qu'on observe si fréquemment sur le col des femmes enceintes, et qu'il ne faut pas confondre avec les ulcérations proprement dites, dont je ne puis qu'esquisser rapidement l'histoire.

Toutes les variétés d'*ulcération* qu'on observe chez les femmes hors d'état de gestation peuvent se rencontrer pendant la grossesse; mais il m'a paru que chez quelques sujets elles avaient, probablement par suite des modifications que subit alors le tissu utérin, une certaine tendance à revêtir le caractère fongueux, à creuser les lèvres du col, à devenir saignantes et à provoquer des accidents graves, l'avortement, par exemple. C'est de cette variété d'ulcération seule que j'ai entendu parler lorsque j'ai dit en 1849 qu'il fallait leur opposer un traitement. Je ne vois donc pas trop ce qui a pu induire M. Cazeaux en erreur et lui faire croire que je voulais traiter tous les genres d'ulcérations du col indistinctement, d'autant mieux qu'à cette époque il me faisait l'honneur de visiter souvent mon service.

Ces ulcérations sont heureusement fort rares, je n'en ai recueilli pendant les trois années que j'ai passées à Lourcine que six observations; je pourrais, il est vrai, en ajouter deux autres, mais ce ne serait que de souvenir, parce qu'alors, mon attention n'étant pas éveillée sur ce sujet, je n'ai pu les rédiger avec tout le soin désirable.

Sur ces six malades, cinq avaient actuellement ou avaient eu antérieurement la syphilis; une seule en paraissait exempte. Il serait donc permis de se demander si la syphilis ne jouerait pas un rôle dans cette affection. Cependant dans deux cas, l'inoculation ayant été négative et d'autre part une des malades n'ayant jamais eu d'accidents syphilitiques, il est permis de rester dans le doute. Peut-être l'abus du coït n'est-il pas étranger à leur aggravation.

La plus âgée de ces malades avait 29 ans et la moins âgée 18. La plus avancée dans sa grossesse était à cinq mois et celle qui l'était le moins à trois mois et demi.

Il y a donc là une grande différence eu égard à l'époque à laquelle apparaissent ces ulcérations, surtout comparée à celle où on commence à reconnaître les érosions variqueuses, que j'ai déjà dit ne se montrer qu'au sixième mois.

Chez toutes mes malades les ulcérations à bords nettement découpés, à fond rouge et saignant étaient recouvertes de granulations ou fongosités rougeâtres qui se prolongeaient entre les lèvres du col restées entr'ouvertes, caractères qui suffisent à les distinguer des érosions.

Quatre malades ont avorté, deux sont sorties de l'hôpital pouvant être regardées comme guéries; sur les quatre qui ont avorté, une seule a été cautérisée, les trois autres n'ont subi *aucun traitement local.*

Il n'est donc pas permis de supposer que la cautérisation a pu être la cause de l'avortement dans le premier cas, d'autant mieux que sur une des deux qui n'ont pas avorté j'avais touché le col à plusieurs reprises tantôt avec le crayon d'azotate d'argent, d'autres fois avec l'azotate acide de mercure.

Chez toutes ces malades des douleurs lombaires et hypogastriques intermittentes très vives avaient nécessité leur entrée à l'hôpital, une seule exceptée, chez laquelle les coliques utérines ne se déclarèrent que quelques jours après son entrée. Celle-là fut examinée en présence de MM. Cazeaux et Delpech, auxquels j'annonçai l'avortement probable dès le début, pronostic qui ne se vérifia que trop, malgré l'absence de toute espèce de médication locale, même d'injection.

Enfin, ayant pu revoir deux de mes malades longtemps après l'avortement, j'ai pu m'assurer que l'ulcération n'avait pas encore complétement disparu, ce qui nécessita alors un traitement énergique.

Tels sont, en résumé, les caractères les plus saillants observés sur ces six malades, et je craindrais d'abuser des moments de la Société en y insistant davantage. Il me suffira, je pense, de faire remarquer les différences capitales qui séparent sous le rapport du diagnostic et surtout du pronostic les *véritables ulcérations* des *érosions variqueuses*; c'est là pour le moment le seul point sur lequel je veuille insister, parce qu'il me semble n'avoir pas été bien nettement saisi et avoir donné lieu à un malentendu.

Quant au traitement, il est bien clair que, du moment où j'émets cette opinion, que ces ulcérations, en provoquant les contractions et non en déterminant des pertes rouges, peuvent entraîner l'avortement, j'admets implicitement qu'il faut en instituer un. Quel doit-il être? Je suis encore dans l'indécision. Les deux premières malades, celles dont l'observation n'a pu être recueillie, avaient été cautérisées au fer rouge, et, comme l'avortement s'en était suivi, j'avais renoncé à ce moyen.

Peut-être me suis-je trop hâté, car l'observation ultérieure m'a prouvé que de tous les caustiques c'était celui qui réprimait le mieux les fongosités et dont l'action se limite le plus facilement.

Ces malades, il est vrai, ont avorté; mais comment en accuser le traitement, lorsqu'on sait qu'en l'absence de toute médication ce résultat est à peu près inévitable? Tout au plus pourrait-on arguer de l'insuffisance du cautère actuel. Quant au caustique Filhos, mis en usage par MM. Boys de Loury et Bennett, je n'hésite pas à le rejeter avec notre savant rapporteur.

En résumé, si par le repos, les bains, les lavements laudanisés et quelques applications astringentes, je ne parvenais pas à arrêter les progrès de l'ulcération, à faire cesser les contractions utérines et à modifier le col, je n'hésiterais pas, en présence de l'imminence de l'avortement, à toucher l'ulcération avec l'azotate acide de mercure ou d'argent, et je garderais le cautère actuel comme ressource ultime.

M. Laborie fait remarquer qu'il s'agit ici d'une question peu étudiée encore. D'ailleurs, il y a un point de départ différent dans les études de MM. Costilhes, Coffin, etc., et dans celles de M. Cazeaux. Cette différence est celle qui existe entre un état morbide et un état normal que nous a si bien fait connaître M. Cazeaux, et que M. Cloquet a comparé aux hémorrhoïdes et aux varices de la grossesse. M. Laborie ajoute qu'il n'avait point à discuter ces faits, mais à les rapprocher les uns des autres.

M. Voillemier ne croit pas que cette discussion, soulevée par l'exagération d'un fait bien connu, ait apporté de grandes lumières dans la question. L'on s'est borné à constater la fréquence de ces lésions; il faut maintenant recueillir des faits pour examiner ce sujet sous toutes ses faces. Depuis la dernière séance, M. Voillemier a eu l'occasion d'examiner au spéculum l'utérus de six femmes enceintes, et dans quatre cas il existait des érosions. M. Bennett a prétendu que ces ulcérations produisent l'avortement, des vomissements incoercibles, etc., etc. M. Voillemier regrette de ne point trouver dans le travail de M. Cazeaux des faits qui confirment ou infirment l'opinion du médecin anglais.

M. Laborie répond à M. Voillemier qu'avant le travail de M. Cazeaux l'on n'était point édifié sur les altérations du col utérin chez les femmes enceintes.

M. Voillemier affirme que ces érosions étaient très bien décrites dans le livre de M. Bennett comme une modification apportée par la grossesse. Mais, selon M. Bennett, il faut les traiter. La discussion n'a guère touché ce point de la question.

M. Gosselin. La discussion soulevée devant la Société ne paraît point avoir confirmé la doctrine qui soutient la gravité de ces ulcérations du col utérin pendant la grossesse. Comment s'expliquer alors la divergence des opinions émises? Ainsi, aucune des malades observées par M. Gosselin ou par ses collègues de Lourcine n'a eu d'hémorrhagie, et M. Danyau n'a pu constater cet accident qu'une seule fois.

M. Richet. Il y a sans doute un malentendu dans l'appréciation de tous ces faits, et il faut encore rappeler que M. Cazeaux a confondu entre elles des ulcérations différentes de nature et de pronostic. Ainsi, une seule variété d'ulcération produit l'avortement; ce sont ces ulcérations fongueuses qui pourraient bien être sous l'influence de la syphilis.

Le secrétaire de la Société, E. Follin.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 » }

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 18 AVRIL 1855.

Séances des Académies.

Un rapport de M. Collineau sur un mémoire de M. de Pietra-Santa, relatif à l'influence de l'emprisonnement cellulaire sur la santé et l'état moral des prévenus, a failli soulever une orageuse discussion. M. le rapporteur ayant formulé des conclusions qui engageaient l'opinion de l'Académie sur cette grave question au delà de ce qui pouvait convenir à sa responsabilité et à ses antécédents, une vive opposition s'est manifestée ; elle a eu pour résultat le renvoi du rapport à la commission avec adjonction de nouveaux membres. Si, comme cela est probable, le rapport est de nouveau soumis à l'Académie avec des conclusions modifiées, il donnera lieu, suivant toute apparence, à une discussion qui promet de l'intérêt.

Après le sacrifice hebdomadaire obligé des remèdes secrets faits par l'impitoyable M. Robiquet, et un autre rapport du même membre sur le procédé imaginé par M. Berthé pour reconnaître la falsification des huiles de foie de morue, procédé que la commission a adopté avec quelques réserves, on a entendu deux lectures, l'une de M. Rousseau, chirurgien de l'hôpital d'Epernay, la seconde de M. Poggiale.

La communication de M. Rousseau est relative à un fait de gastrotomie pratiquée avec succès pour un cas de grossesse extra-utérine. Entre autres circonstances qui rendent cette observation particulièrement intéressante, il nous suffira de signaler ici le séjour définitif du placenta, que l'on a vu prendre part à la cicatrice, et que l'on a senti après s'effacer peu à peu ; l'absence complète de tout symptôme de péritonite et l'invasion d'une phlébite par résorption qui s'est terminée assez promptement d'une manière heureuse ; enfin, la guérison presque complète de la malade au bout d'un temps très court. On trouvera la relation sommaire de cette observation dans le compte rendu.

M. Poggiale a porté devant l'Académie l'importante question de l'origine du sucre dans l'économie animale, qui est si vivement débattue en ce moment devant un autre corps savant.

Le sucre se forme-t-il dans l'économie aux dépens des aliments azotés ou des matières grasses à défaut d'aliments féculents? Se produit-il par l'action digestive, dans le foie ou dans le torrent circulatoire? Telles sont les questions que M. Poggiale s'est proposé d'examiner dans ce mémoire. L'auteur a le soin de prévenir que son travail n'a pas été inspiré par les mémoires qui ont été présentés récemment à l'Académie des sciences ; ses nouvelles expériences ne sont que la suite de celles qu'il a faites en 1850. Nous nous bornons, pour l'instant, à en consigner le résultat dans les conclusions reproduites au compte rendu de la séance, nous réservant de revenir plus tard sur l'appréciation de l'ensemble des travaux dont cette question est actuellement l'objet.

Les belles expériences de M. Brainard sur l'antidote de l'empoisonnement par le curare, dont nous avons déjà fait connaître les principaux résultats, ont été reprises depuis par M. Reynoso, qui les a multipliées, variées dans toutes les conditions capables de mettre hors de doute le résultat définitif et important qu'il s'agissait de constater, c'est-à-dire la neutralisation des effets du curare par le brome. La commission chargée de suivre ces expériences est venue témoigner, dans la dernière séance de l'Académie des sciences, par l'organe de son rapporteur, M. Flourens, de l'exactitude des faits annoncés par M. Reynoso, et elle a déclaré son mémoire digne d'être inséré dans le *Recueil des mémoires étrangers*. Nous reproduisons intégralement le rapport de M. Flourens.

MM. Fuster et Girbal, dans un travail complémentaire des recherches qu'ils avaient déjà communiquées à l'Académie sur l'action fébrifuge de l'acide arsénieux, ont formulé des conclusions nouvelles qui modifient en quelques points les conclusions de leur premier travail. Ils reconnaissent à l'acide arsénieux une action fébrifuge contre les fièvres intermittentes invétérées dues à une intoxication paludéenne profonde, et contre les fièvres intermittentes paludéennes récentes, action plus prompte dans les fièvres tierces que dans les quotidiennes et les quartes. Ils lui reconnaissent en outre une action tonique, stimulante, favorable sur l'état général et sur les engorgements viscéraux, malgré la persistance des accès. Mais, toutes choses égales, la médication arsenicale est à leurs yeux moins prompte et moins sûre dans ses effets que la médication quinique.

Nous aurions à signaler encore d'autres communications, parmi lesquelles figurent divers moyens ou procédés hémostatiques, auxquels les circonstances actuelles donnent de l'opportunité ; mais l'absence de détails du *Compte rendu de l'Académie* nous oblige nous-même à n'en reproduire que les titres. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Kyste hydatique développé dans la paroi postérieure du thorax. Ponction exploratrice. Incision. Guérison.

Le nommé Emmanuel Legée, âgé de vingt-sept ans, chanteur de profession, entre à la Charité, dans le service de M. Velpeau, le 13 janvier 1855, salle Sainte-Vierge, n° 17.

Cet homme, un peu pâle et lymphatique, est cependant assez bien constitué. Ses parents vivent encore et jouissent d'une excellente santé. Lui-même n'a jamais antérieurement éprouvé de maladie grave.

Il y a huit jours à peu près, sans cause occasionnelle bien appréciable, son attention a été éveillée par une douleur assez vive qui s'est manifestée à la région dorsale ; là, il a bien vite constaté l'existence d'un gonflement qui l'inquiète vivement et le décide à entrer à l'hôpital.

A la région dorsale, à 4 centimètres de la colonne vertébrale, existe à droite une tumeur assez volumineuse pour masquer la septième, la huitième et la neuvième côte ; elle correspond à peu près exactement à l'angle inférieur et au bord interne de l'omoplate. Elle a le volume d'un œuf à peu près ; son grand diamètre est oblique en haut et en dedans ; la peau qui la recouvre n'est ni rouge, ni adhérente ; enfin, la palpation y fait reconnaître une sensation particulière de rénitence et de fluctuation sans aucun frémissement. Du reste, l'aspect de la tumeur varie un peu selon la position du bras. Lorsque l'épaule est portée fortement en arrière, la tumeur disparaît en grande partie sous l'omoplate, et ses bords deviennent difficiles à limiter. Vient-on, au contraire, à faire croiser les bras au malade, elle devient plus volumineuse, plus rénitente, et offre même trois bosselures arrondies fort distinctes.

Les mouvements d'inspiration ou d'expiration, même exagérés, n'influent en rien sur le volume de la tumeur. L'auscultation, la percussion et un interrogatoire complet du malade n'indiquent aucune lésion des organes respiratoires.

On s'arrête, mais en conservant quelques doutes, à l'idée d'un abcès symptomatique d'une altération des côtes.

Le 16 janvier, M. Velpeau plonge dans la tumeur un trocart explorateur ; l'instrument entre avec une certaine peine, et sa pointe n'est pas mobile comme lorsqu'on a pénétré dans une cavité. Le poinçon retiré, rien ne s'écoule par la canule. L'ouverture du trocart est agrandie avec le bistouri ; c'est alors que M. Velpeau, portant le doigt dans la plaie et sentant un frémissement tout particulier, soupçonne la présence d'hydatides ; et, en effet, il en sort bientôt quelques-unes, du volume d'une noisette à peu près. L'incision est agrandie encore, une contre-ouverture est pratiquée à la partie inférieure, et bientôt, à l'aide de pressions ménagées, on peut extraire au moins une centaine d'hydatides offrant tous les intermédiaires entre le volume d'une tête d'épingle et le volume d'une noix ; les unes intactes, les autres déchirées par le bistouri, et n'offrant plus que des lambeaux de membranes.

Le sac ainsi vidé, le doigt introduit dans la plaie peut explorer toute la cavité du kyste, et bientôt, pénétrant très distinctement dans un espace intercostal, il permet de constater que la cavité se prolonge jusqu'à la face interne des côtes et au-devant de la colonne vertébrale : il est, du reste, impossible de ce côté d'arriver jusqu'à ses dernières limites.

Les hydatides sont examinées avec soin par M. Robin, qui n'y rencontre pas de traces d'échinococques. Elles faisaient donc partie de l'espèce assez rare des hydatides stériles.

Pendant la journée, sous l'influence d'injections abondantes, il s'échappe encore par les plaies une grande quantité de vésicules. Le soir la réaction était assez vive. Une exploration nouvelle du poumon ne permet de constater aucun trouble dans les bruits respiratoires. Du côté du foie, ni douleur, ni augmentation de volume, ni lésion fonctionnelle.

Le 18, la cavité du kyste est en pleine suppuration ; mais le pus est clair et séreux ; la réaction est toujours très vive. — Pansement avec des cataplasmes émollients.

Même état les jours suivants.

Le 24 et le 26 la suppuration entraîne encore quatre ou cinq hydatides peu volumineuses.

Le 30, les deux plaies sont un peu boursouflées et douloureuses ; la suppuration est toujours abondante.

Pendant toute la durée du mois de février voici ce qui s'est passé : au-dessous des ouvertures faites par le bistouri, il s'est montré une tumeur assez volumineuse pour faire croire que le pus, s'accumulant dans la partie la plus déclive du kyste, allait nécessiter en ce point une contre-ouverture ; mais vers le 10 février cette tumeur s'est affaissée lentement et spontanément. Quelques jours après, le malade s'étant refroidi, il est survenu une bronchite assez intense, puis de la diarrhée qui s'est prolongée jusqu'à la fin du mois, au milieu d'alternatives de rechutes et d'améliorations ; en même temps la santé générale s'altérait un peu, et la figure devenait pâle et amaigrie.

Mais dans les premiers jours de mars, il survint une amélioration définitive. Sous l'influence d'un régime convenable, de l'opium et des astringents, la diarrhée cessa pour ne plus reparaître. Disparition complète de la toux. Trois injections iodées faites à divers intervalles dans le kyste enlèvent au pus son aspect séreux et diminuent singulièrement sa quantité.

Le 12 mars, la suppuration était complètement tarie, et le 21, le malade quittait l'hôpital parfaitement guéri.

Au milieu des symptômes qui lui sont communs avec la plupart des kystes hydatiques, cette observation offre quelques particularités qui méritent d'être plus spécialement notées. Et d'abord, l'absence complète de frémissement hydatique rendait le diagnostic très difficile. Tout au plus pouvait-on élever quelques doutes sur l'existence d'un abcès froid, en raison de la rénitence et de l'élasticité que présentait la tumeur ; mais, en réalité, la ponction et l'incision ont été les seuls moyens d'arriver à la connaissance de la vérité. Le nombre si considérable des hydatides, l'absence d'échinococques, sont encore des circonstances qui ne sont pas extrêmement communes. Enfin, le siége de la tumeur est digne d'attention : le kyste ne venait ni du foie, ni du poumon, car l'examen attentif et répété de ces organes n'a fait découvrir aucune altération de rapports et de structure, et d'ailleurs on n'a jamais observé de ce côté aucun symptôme ni avant ni après l'opération. Mais en se rappelant les résultats de l'exploration directe à l'aide du doigt introduit dans la plaie, on en conclura naturellement que le kyste développé soit dans un espace intercostal, soit au-devant de la colonne vertébrale proéminait dans le thorax après avoir refoulé la plèvre au-devant de lui, mais ne communiquait en aucune façon avec la cavité séreuse. Or c'est là un siége inaccoutumé pour les tumeurs hydatiques, et il est bon de le signaler. Enfin, l'ouverture d'un kyste aussi vaste accolé à une des grandes cavités splanchniques était un fait grave par lui-même, et cependant au bout de deux mois, après quelques pansements fort simples et trois injections iodées, on a obtenu la rétraction des parois du kyste, et, à part quelques accidents du côté du tube digestif, la guérison n'a été entravée par aucune complication sérieuse. L.-V. MARCÉ.

INFIRMERIE DE SAINT-LAZARE. — M. COSTILHES.

Hémichorée syphilitique.

M. le docteur Costilhes, médecin adjoint de Saint-Lazare, a communiqué à la Société médicale des hôpitaux, séance du 3 mars dernier, une curieuse observation d'affection nerveuse de nature syphilitique dont on ne pourrait trouver dans les auteurs que de très rares exemples, si même il en existe ; c'est un cas de névrose vénérienne caractérisée par des accidents choréiques hémiplégiques, et que M. Costilhes a cru devoir qualifier du titre d'hémichorée syphilitique.

Nous empruntons les détails de cette intéressante observation à la *Gazette hebdomadaire* (n° du 30 mars).

La nommée P..., âgée de vingt-deux ans, d'un tempérament lymphatique, d'un certain embonpoint, blanchisseuse, entre à Saint-Lazare, dans mon service, le 20 avril 1852.

Cette jeune femme est habituellement bien réglée ; elle a eu un en-

fant il y a deux ans, mais elle n'a jamais eu ni affections convulsives, ni rhumatisme, ni scrofules. Ses parents, assure-t-elle, n'ont eu aucune maladie dépendant d'une diathèse quelconque.

P... se rappelle avoir été atteinte, en septembre 1851, d'un écoulement jaune verdâtre dont elle était parfaitement guérie, lorsque dans les premiers jours de mars 1852 elle vit apparaître aux parties génitales des chancres nombreux et douloureux.

Six semaines après elle entrait à Saint-Lazare, affectée de plaques muqueuses nombreuses et ulcérées situées aux parties sexuelles. En même temps elle portait sur la face interne des amygdales des plaques de même nature, mais non ulcérées. Une syphilide papuleuse commençante, avec engorgement des ganglions cervicaux, se dessinait sur la surface cutanée. Aucune trace d'adénite suppurée. A l'examen du spéculum, le col présente une ulcération non granulée, légèrement sanguinolente; écoulement leucorrhéique peu abondant. — Pilules de protoiodure d'hydrargyre de 0,05, une pilule d'abord; tisane et sirop sudorifiques; cautérisation des plaques avec l'azotate d'argent fondu; pansements avec chlorure oxyde de sodium.

Cette malade était sur le point de sortir guérie de ces accidents, quand vers la fin de juin elle est prise de malaise, de mouvement fébrile intense, de céphalalgie vive, surtout frontale et oculaire. Ces symptômes généraux sont bientôt suivis d'une éruption vésiculo-pustuleuse de forme herpétique, avec une coloration cuivrée caractéristique, ayant pour siége la région lombaire, les fesses et les parties externes des cuisses. Plus tard il lui survint dans le cuir chevelu une syphilide pustulo-crustacée de même nature, pendant que les ganglions cervicaux latéraux et postérieurs se tuméfiaient.

Dans cette occurrence, je remplace les pilules de proto-iodure, qui n'ont pu empêcher cette nouvelle manifestation syphilitique, par la liqueur de Van-Swieten (une cuillerée à dessert le matin, puis bientôt soir et matin) et par une solution d'iodure de potassium (eau distillée 150,00, iodure de potassium 6 grammes) à la dose d'une cuillerée à soupe chaque jour. Je fais en outre appliquer sur l'éruption une pommade au calomel (1 gramme pour 30 grammes d'axonge). Cette pommade aide puissamment à la guérison des syphilitiques, comme du reste la plupart des préparations mercurielles. Bain de vapeurs quotidien par l'enveloppement au moyen du drap mouillé, pour remplacer les bains de vapeur que Saint-Lazare ne possède pas encore.

Sous l'influence de ce traitement, la syphilide pustuleuse ne tarde pas à se modifier, les pustules pâlissent, s'affaissent. Cependant de nouvelles pustules se montrent encore, mais elles avortent rapidement.

Dans la soirée du 25 août, P... se plaint d'une céphalalgie intense, d'une *douleur occipitale très vive*, éprouve des vomissements, de l'insomnie, des étourdissements; la face est vultueuse, les yeux injectés et saillants; parole brève, saccadée.

Je combats ces symptômes cérébraux par une application à l'anus de 25 sangsues, qui procurent un soulagement presque immédiat. (La malade ne voit pas ses règles depuis quatre mois.)

Le 29 août, dans la matinée, P..., qui n'a eu ni agitation nocturne, si ce n'est quelques rêvasseries, ni le besoin de se mouvoir, ressent dans le bras gauche d'abord des mouvements involontaires, des contractions spasmodiques saccadées, puis dans la jambe du même côté. Elle éprouve en même temps un affaiblissement notable dans toutes ces parties, avec douleur assez intense depuis le coude jusqu'au bout des doigts. Même douleur dans les muscles antérieurs de la jambe, avec sentiment de faiblesse dans le genou, au point que dans la progression, la jambe fléchit sous le poids de son corps, pendant que le pied exécute un mouvement de rotation en dedans. Il lui est impossible de manger avec la main gauche; la cuiller, lorsqu'elle l'approche de sa bouche, est aussitôt jetée loin du corps. Je remarque que la langue est déviée à droite, et que l'œil droit est plus saillant que le gauche; que les muscles de la face sont pris aussi de mouvements convulsifs. La sensibilité cutanée est normale; il n'existe aucun ganglion cervical.

Le côté droit ne présente rien d'anomal.

Dès que ces accidents nerveux, que l'on peut regarder à bon droit comme syphilitiques et arrivés à la période tertiaire, ont apparu, la céphalalgie occipitale a bientôt cédé, grâce à la solution iodurée potassique (eau distillée, 500,00; iodure de potassium, 20,00, à la dose de trois cuillerées à soupe par jour).

Le 1er septembre, la chorée hémiplégique était à son apogée. Ce jour-là, j'eus la satisfaction de montrer la malade à mon excellent confrère M. Boys de Loury, chirurgien de Saint-Lazare, ainsi qu'au savant syphiliographe M. Ph. Ricord, qui se trouvait à Saint-Lazare comme membre de la commission instituée par M. Piétry, préfet de police, et chargée de vérifier des expériences d'inoculation, M. Ricord trouva ce cas très remarquable, et m'engagea beaucoup à le publier.

A partir du 3 septembre jusqu'au 10, les phénomènes choréiques ont diminué notablement; elle est tombée plusieurs fois pendant la nuit du haut de son lit.

Le 12, il ne reste plus qu'un léger tremblement dans les membres supérieurs gauches, absence complète de mouvements involontaires.

Le 15, je remarque un léger mouvement involontaire dans la paupière inférieure gauche dont elle n'a pas connaissance. Tous les autres phénomènes précités ont disparu.

Le 20, guérison complète. — Continuation de la solution d'iodure de potassium.

Maintenant il me reste encore à dire un mot sur l'affection du col de l'utérus.

Le 25 septembre, après avoir cautérisé depuis plusieurs mois l'intérieur du col et ses lèvres, soit avec l'azotate d'argent, soit avec la solution d'iode iodurée (teinture d'iode, 10,00; iodure de potassium, 1,50; eau distillée, 15,00); après avoir prescrit les pilules de Vallet, la tisane de feuilles de noyer, les bains, etc., le col reste toujours rouge.

Je fais alors tous les jours une injection à l'eau froide, alternativement avec une solution concentrée d'alun; sous l'influence de ce dernier mode de traitement, la cicatrisation est complète le 1er décembre, jour de la sortie de Saint-Lazare.

M. Costilhes a gardé cette malade en observation pendant deux mois; la guérison lui a paru alors complète et définitive.

Comme dans les autres chorées, on trouve ici le tempérament lymphatique qui prédispose à ce genre de maladie. Cette observation corrobore en outre, fait remarquer M. Costilhes, cette remarque : que les variations atmosphériques ont une influence incontestable sur les diverses chorées ; que c'est dans les mois de septembre et octobre que l'on observe le plus de choréiques (M. Sée, dans ses recherches sur la chorée, a noté que les six mois d'automne et d'hiver réunissaient les trois quarts de la totalité des cas observés). Enfin M. Costilhes signale surtout dans cette observation la rapidité avec laquelle cette chorée a parcouru sa marche; en vingt et un jours la guérison était définitive.

Quant à la détermination de la nature syphilitique de cette chorée, il la déduit directement de l'ensemble des caractères spéciaux qu'elle a présentés et qu'on ne retrouve dans aucune autre espèce; et par voie d'exclusion, de l'impossibilité de la rattacher à aucune des autres espèces de chorée, telles que la chorée essentielle, la chorée chlorotique, la chorée rhumatismale, qui en diffèrent soit par leur durée moyenne, soit par la succession et la marche de leurs périodes, et enfin par leurs caractères symptomatiques.

Enfin ce fait, suivant M. Costilhes, confirmerait et compléterait le cadre que l'étude de cette maladie a fourni à M. Sée, en ajoutant une diathèse de plus, la diathèse syphilitique, aux diathèses rhumatismales, goutteuses, tuberculeuses et scrofuleuses qu'il a déjà été conduit à admettre.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. Barrier.

Névrome du cou. — Ablation. — Guérison.

Le 3 juin 1854, entre dans la salle Sainte-Marthe la nommée Françoise Beaujeu, âgée de trente et un ans, domestique, demeurant à Lyon. Cette femme, d'un tempérament lymphatique, n'a pas eu d'engorgements scrofuleux; quoique d'une faible constitution, elle n'a jamais été gravement malade. Il y a deux ans, suivant elle, à la suite d'un coup de froid, elle ressentit dans le bras gauche une douleur profonde, qui pendant six mois se manifestait principalement pendant la nuit. Elle fut d'abord vague, mobile, ne gênait pas les mouvements; mais bientôt ils devinrent douloureux et le bras maigrit un peu; la calorification s'y faisait plus difficilement. Elle s'enveloppa le membre de coton, ce qui la soulageait momentanément et lui permit de dormir.

Depuis six mois seulement, et par hasard, elle s'aperçut qu'elle portait au cou, du côté gauche, une tumeur douloureuse au toucher.

M. Viricel, consulté par elle, lui apprit que cette tumeur était cause des accidents du bras, et lui conseilla de la faire enlever. Elle entre à l'Hôtel-Dieu dans cette intention le 3 juin 1854. Le bras gauche paraissait sain au premier coup d'œil, un peu plus maigre que celui du côté opposé; tous les mouvements y sont possibles, quoique douloureux et fatigants. La transpiration s'y fait très abondamment, surtout dans la paume de la main.

A la partie supérieure du triangle sus-claviculaire gauche, derrière le sterno-mastoïdien, est une tumeur de la grosseur d'une amande avec sa coquille et son enveloppe verte, dure, bossuée, non adhérente à la peau, n'offrant à sa surface aucune veine variqueuse. Il n'est possible de lui imprimer que des mouvements très limités; une pression sur elle détermine une vive douleur qui se propage suivant le trajet du nerf médian dans le bras, l'avant-bras, la main et les trois premiers doigts. Cette douleur est accompagnée de picotements et d'un léger engourdissement.

M. Barrier, après avoir diagnostiqué un névrome en rapport intime avec le plexus brachial, se décide à l'ablation de la tumeur.

Le 11 juillet, l'opération eut lieu.

La malade, endormie par l'éther, est couchée sur le dos, le corps et la tête légèrement inclinés du côté droit. On incise la peau parallèlement au sterno-mastoïdien sur la partie saillante de la tumeur. La veine jugulaire externe, que l'on rencontre, est déjetée en dedans. Un petit filet nerveux qui croisait la tumeur en avant est coupé à sa partie supérieure, et son bout inférieur est isolé de la tumeur. On procède alors à une dissection minutieuse et attentive pour détacher celle-ci des troncs nerveux, auxquels elle adhère intimement. Un nerf surtout lui était fortement uni en arrière; probablement le médian. Les adhérences nerveuses une fois rompues, il fut facile d'énucléer le névrome du kyste cellulo-fibreux qui le renfermait. L'écoulement de sang fut peu considérable; deux ligatures et un tamponnement avec des bourdonnets de charpie sèche suffirent pour l'arrêter.

Examen de la tumeur. — D'une dureté presque cartilagineuse, rougeâtre à l'intérieur, lisse à sa surface.

Le microscope n'y fait découvrir que des éléments de fibro-plastique et du tissu cellulaire.

Le 12 juillet, on renouvelle tous les bourdonnets, excepté celui du fond. La malade a de la fièvre, souffre médiocrement; les mouvements sont tous possibles; le cou est roide; la tête, inclinée à droite, ne peut se redresser sans de vives souffrances; le pouce est engourdi depuis l'opération.

Le 13, suppuration assez abondante. (Deux pansements simples par jour.) Toujours un peu de fièvre.

Le 14, suppuration considérable; fusées purulentes suivant le trajet du plexus brachial et au-dessous du siége de l'opération; rougeur sur les bords. — Cataplasmes avec frictions mercurielles; injections détersives; compression pour empêcher le pus de fuser plus bas.

Les jours suivants, la suppuration continue, mais moins abondante; la tête, fortement inclinée à droite, se redresse; les douleurs persistent encore dans le bras, qui est légèrement œdématié. — Pansement laudanisé.

Le 28 juillet, la plaie est fermée; tous les mouvements du cou et du bras s'exécutent facilement; un peu d'engourdissement seul persiste dans le pouce. *Exeat.*

Ce cas de névrome est remarquable surtout par le siége de la tumeur. On sait que les névromes occasionnent presque toujours des douleurs fort aiguës, alors même qu'ils ne semblent tenir aux nerfs voisins que par des filets nerveux très ténus qu'il n'est pas toujours facile de distinguer. Dans ces cas, la tumeur exerce une action irradiante beaucoup plus qu'une action mécanique. Chez notre malade, les adhérences intimes et les connexions de la tumeur avec le névrilème d'une grosse branche du plexus brachial expliqueraient la violence et le siége des douleurs. L'opération, d'ailleurs, était assez délicate; il a fallu apporter beaucoup de soins dans la dissection pour éviter la lésion des nerfs voisins: ce but a été atteint par l'opérateur.

Les suites de l'opération ont donné quelques craintes. La profondeur de la plaie a amené la stagnation du pus que la compression sus-claviculaire a heureusement empêché de fuser plus bas. Pendant plusieurs jours les douleurs ont été très vives et accompagnées d'une contraction presque tétanique de tous les muscles du cou qui rendait le moindre mouvement de la tête horriblement douloureux. Enfin les accidents se sont peu à peu calmés, la plaie s'est cicatrisée, et la malade, que nous avons revue un mois environ après sa sortie de l'hôpital, ne conservait pour toutes traces de sa maladie et de son opération qu'une cicatrice linéaire et un très léger engourdissement du poignet de la main gauche.

(*Revue médicale.*)

BOISSON ÉCONOMIQUE.

Par M. E. Marchand (de Fécamp).

Nous empruntons au *Répertoire de pharmacie* la recette d'une boisson si économique que son prix de revient ne dépasse pas trois centimes par litre et qui par ses qualités est bien supérieure aux vins frelatés livrés encore aujourd'hui à la consommation.

Je fais, dit l'auteur, usage de cette boisson, véritable bière économique, depuis plus d'une année. Depuis ce temps aussi son usage se répand dans notre ville, et je pourrais citer aujourd'hui plus de cinquante ménages qui la consomment en se promettant bien de n'en employer jamais d'autre.

Voici comment elle se prépare et son prix de revient :

Houblon.	250 grammes.	75 c.
Mélasse des colonies. . .	3,000 —	2 fr. 10
Levûre de bière. . . .	150	25
Eau.	100 à 120 litr.	
Prix de revient. . . .		3 fr. 10 c.

L'on fait infuser le houblon pendant une demi-heure sur le feu dans de l'eau (un seau ou 10 litres environ) que l'on tient toujours presque bouillante; on passe la liqueur à travers un linge ou un tamis, et l'on y délaye la mélasse.

On recommence une nouvelle immersion du houblon dans une nouvelle quantité d'eau chaude pour l'épuiser complétement de ses principes solubles et aromatiques; on coule encore la liqueur, et, après l'avoir réunie à la première, on l'introduit dans le tonneau, que l'on achève de remplir avec de l'eau dans les dernières parties de laquelle on prend le soin de délayer la levûre de bière.

La fermentation s'établit en trois ou quatre jours en été et quinze ou vingt en hiver. Dans cette saison, on peut activer la préparation de cette boisson en délayant la levûre de bière dans l'infusion encore légèrement tiède de houblon, l'introduisant dans le tonneau plein à moitié. On le remplit en y versant chaque jour un seau d'eau chauffée à 50°. Dans ce cas la boisson est prête après cinq ou six jours.

Si l'on tenait à avoir une boisson gazeuse, il suffirait de tirer à clair le liquide et de le mettre en bouteilles lorsque la fermentation est commencée depuis deux ou trois jours. Néanmoins, pour les besoins ordinaires des ménages, il vaut mieux n'en tirer qu'au fur et à mesure du besoin, car elle se conserve bien dans les fûts en vidange pendant un mois ou six semaines.

Le goût de la mélasse que cette bière conserve durant les premiers jours de sa préparation disparaît pendant l'accomplissement de toutes les phases de la fermentation. Si ce goût répugnait à quelques personnes, — et je ne crois pas que le nombre en soit grand, — elles pourraient user de la recette suivante, plus coûteuse, il est vrai, mais qui donne des produits excellents et susceptibles d'une longue conservation.

Le mode de préparation est le même.

Houblon.	500 grammes.	90 c.
Cassonade blonde. . .	2,500 —	3 fr. 50
Levûre de bière. . .	150 —	25
Caramel nécessaire pour colorer.	75 —	15
Eau.	110 à 120 litr.	
Prix de revient. . . .		4 fr. 80 c.

Cela fait donc de la bière à 4 centimes le litre. En portant à 3 kilogrammes la proportion de cassonade, on obtiendrait une bière qui ne reviendrait qu'à 10 centimes le double litre et qui serait souvent préférable à celle de certains établissements publics, car sa saveur, sa potabilité et ses qualités hygiéniques sont toujours parfaites.

Les personnes qui font usage depuis longtemps déjà de la formule indiquée dans la lettre que nous venons d'insérer vantent la bonté des produits qu'elle donne.

Nous devons cependant faire observer que la qualité de la mélasse influe singulièrement sur le goût et la coloration du liquide et qu'un résultat douteux ne doit pas rebuter le consommateur, mais j'engage à chercher une mélasse plus convenable. On doit aussi

apporter le plus grand soin au choix des *feuillettes* et les nettoyer parfaitement.

POMMADE CANTHARIDIENNE

contre les ulcères cancéreux;

Par M. le Dr REMY.

Axonge. . . . . 30 grammes.
Cantharides pulvérisées. . . . 10 —

Appliquer matin et soir avec charpie.

Selon M. Remy, on obtient dans un temps assez court la cicatrisation des excavations cancéreuses les plus profondes, et partant la guérison apparente de la maladie considérée comme état général. Mais il n'en est rien malheureusement; si la cicatrisation s'est opérée, la diathèse persiste, et la mort ne tarde pas à arriver.

La pommade en question n'est donc qu'un palliatif. Son utilité consiste à maintenir l'ulcère cancéreux dans des dimensions étroites, par conséquent à diminuer une cause d'épuisement. En cessant les pansements et abandonnant cet ulcère à la nature, il ne tarde pas à s'agrandir; mais par l'emploi de la pommade cantharidée on le ramène bientôt à la cicatrisation, qu'il ne faut pas obtenir complète, ainsi qu'il vient d'être dit. En combinant de cette manière l'action et l'expectation, on maintient à l'état d'ulcérations peu étendues, peu profondes et sans danger pour la vie, des cancers qui ont presque complétement rongé les mamelles.

HUILE DE FOIE DE MORUE CONTRE LE FAVUS.

Par M. BENNETT.

M. Bennett préconise dans le favus un traitement assez simple. Après qu'on a fait tomber les croûtes avec des cataplasmes et rasé la tête, on fait des onctions sur toute la surface malade avec de l'huile de foie de morue. Il est certain qu'aussi longtemps que l'huile est appliquée la maladie ne revient pas, et dans la majorité des cas, chez les jeunes enfants, surtout s'ils sont bien nourris, la guérison permanente a lieu au bout de six semaines.

Nota. Dans ma pensée, l'huile de foie de morue ne dispense ni de l'épilation, ni d'une extrême propreté.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 17 avril 1855. — Présidence de M. JOBERT (de Lamballe).

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Épidémies. — M. le ministre du commerce adresse un compte rendu par arrondissement des épidémies qui ont régné en 1854 dans le département de la Moselle, ainsi que 31 rapports de médecins cantonaux chargés du service des épidémies. (Commission des épidémies.)

Eaux minérales. — Le même ministre adresse un exemplaire d'une notice de M. le docteur Blouquier sur les eaux minérales de Fonsanche (Gard).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Choléra. — M. Philippe, médecin en chef de l'hôpital militaire de Djidjeli (Algérie), adresse quelques considérations pratiques sur l'épidémie de choléra et de fièvres cholériques qui a régné à Batna, province de Constantine) pendant l'été de 1854. (Commission du choléra.)

Candidature. — M. Brierre de Boismont demande à être porté sur la liste des candidats à la place vacante dans la section d'hygiène et de médecine légale.

Revaccinations. — M. Adde Margras adresse un mémoire intitulé *Nouvelles observations sur les revaccinations.* (Commission de vaccine.)

Maladie des os. — M. Mangin, de Lamarche (Vosges), adresse une note sur une maladie singulière des os de l'avant-bras droit, avec résorption lente et presque complète du phosphate calcaire; amputation du bras. (Commissaires : MM. Gerdy et Barth.)

Résorption du placenta. — M. Sabatier (de Bédarieux) adresse un travail sur la résorption du placenta. (Commissaire : M. Depaul.)

Trocart modifié pour l'opération de la hernie. — M. Lecoq, élève en médecine, adresse une note sur les modifications qu'il a apportées au trocart pour son emploi dans la cure radicale des hernies par les injections iodées. (Commissaires : MM. Velpeau et Jobert.)

RAPPORTS.

Influence de l'emprisonnement cellulaire sur la santé des détenus. — M. COLLINEAU lit en son nom et celui de M. Londe un rapport sur un mémoire de M. le docteur de Pietra-Santa, ayant pour titre : *De l'emprisonnement cellulaire et de son influence sur la santé des détenus.* Nous avons publié un résumé de ce travail (voir le numéro du 27 octobre 1853).

M. le rapporteur conclut : que le régime de l'emprisonnement cellulaire est antinational et antihygiénique, et que l'essai qui en a été fait à la maison Mazas est de nature à en faire condamner l'application.

M. MOREAU. Je demanderai à M. Collineau comment il se fait que le régime cellulaire, qui est trouvé mauvais pour les condamnés qui sont reconnus des hommes coupables, soit bon pour les prévenus parmi lesquels il peut y avoir des innocents.

M. GUENEAU DE MUSSY. D'après ce que nous venons d'entendre, il semblerait que les détenus sont considérés comme des hommes ordinaires et qu'ils méritent les mêmes soins et les mêmes égards. Les détenus sont des hommes coupables qui ont enfreint les lois de la société et auxquels la société a le droit d'infliger une punition. De plus, il faut les considérer encore comme des hommes susceptibles d'être moralisés et que l'on doit s'efforcer de ramener à de meilleurs sentiments. Il ne faut pas oublier que l'emprisonnement en commun est un foyer de corruption, une école mutuelle du crime. Il est du devoir de l'administration de faire tout ce qui est en son pouvoir pour prévenir cette contagion. La détention solitaire est un des meilleurs moyens d'empêcher les détenus de se corrompre les uns les autres. Je la crois donc utile. La société qui, ayant les moyens d'arrêter la propagation de la corruption, ne le ferait pas serait une société coupable.

M. LONDE. L'homme isolé ne se corrompt pas moins, et de plus il perd la santé et la raison. Il ne faut pas isoler les prisonniers, mais les mettre en rapport avec des gens honnêtes et capables de les moraliser.

M. BAILLARGER. M. Londe dit que livrer un criminel à lui-même, c'est le mettre dans la plus mauvaise compagnie possible, et que c'est manquer par conséquent le but qu'on se propose. Mais on n'a jamais eu cette pensée. L'isolement, tel du moins qu'il est pratiqué en France, n'a jamais été un isolement complet; il a pour but de séparer les détenus les uns des autres, mais en établissant au contraire des rapports le plus fréquents possibles avec des hommes moralisateurs. Si les visites qui ont cet objet ne sont pas assez fréquentes, si les communications sont trop restreintes, cela tient à des difficultés d'exécution, à l'impossibilité d'avoir un personnel suffisant; mais cela ne prouve pas contre le système en lui-même.

Quant aux accusations que l'on a dirigées contre l'emprisonnement cellulaire relativement à ses effets pernicieux sur la santé, elles sont évidemment exagérées. Je me suis occupé de cette question il y a quelques années, surtout au point de vue de l'influence de l'isolement sur le développement de la folie, et je me suis convaincu que cette influence n'est pas telle qu'on l'a dit.

Un médecin américain, M. le docteur Bach, a examiné avec le soin le plus scrupuleux l'état de tous les détenus soumis au régime cellulaire au moment de leur entrée en prison; il les a suivis pendant leur détention et quelquefois même jusqu'à leur sortie. Eh bien! il a constaté qu'il y en avait un très grand nombre qui étaient déjà aliénés en entrant et chez lesquels sans cette constatation on n'aurait pas manqué plus tard d'attribuer l'aliénation à l'influence du régime.

Depuis l'ouverture du pénitencier de Lausanne jusqu'au 1er janvier 1837, 15 cas de folie ont été observés, 12 chez les hommes et 3 chez les femmes; sur ces 15 cas de folie, 2 seulement se sont déclarés pendant la détention; tous les autres ont été observés dès l'entrée des détenus dans le pénitencier.

A Cherry-Hill, on a constaté que, sur 312 prisonniers sortis du pénitencier depuis son institution jusqu'à la fin de 1836, 16 ont donné des signes d'aliénation mentale. Dans ce nombre, il est prouvé officiellement que 10 avaient ressenti les atteintes du mal avant leur entrée au pénitencier. A l'égard de 4, on a de fortes raisons de croire qu'il en était encore ainsi.

Ces chiffres n'ont pas besoin de commentaires; en même temps qu'ils expliquent l'accusation portée contre le système de l'isolement, ils en démontrent le peu de fondement.

Dans un travail publié en 1840 (*Gazette médicale*), je me suis efforcé d'établir qu'on doit, toutes choses égales d'ailleurs, rencontrer dans les prisons, quelles qu'elles soient, beaucoup plus d'aliénés que dans la population libre. Ce fait a été depuis rigoureusement démontré dans un travail de M. Lélut, et par la statistique faite sur la demande de M. de Tocqueville dans toutes les prisons de France. On a trouvé dans les maisons centrales une proportion d'aliénés au moins six fois plus forte que dans la population libre. Ici ce n'est pas l'isolement qu'on doit accuser, et il est de toute évidence qu'il faut tenir compte de cet ordre de faits quand on veut apprécier son influence sur la raison des détenus.

J'ajouterai, comme l'honorable M. Gueneau de Mussy, qu'alors même qu'il y aurait quelque inconvénient pour les détenus dans le régime cellulaire, ce ne serait pas encore une raison pour renoncer aux immenses avantages qu'il procure.

M. GIBERT. Les excellentes raisons alléguées par MM. Gueneau de Bussy et Baillarger ne m'ont pas convaincu. Je ne nous reconnais pas le droit, d'ailleurs, comme médecins, de juger de l'opportunité de tel ou tel système de pénalité. Cela ne nous regarde pas. Ce qui nous regarde, c'est l'influence de ces divers systèmes sur la santé. Le système cellulaire est très pernicieux, cela n'est pas contestable. J'ai vu des personnes qui, après quelques jours seulement de détention, m'ont avoué que si cela avait duré plus longtemps elles sentaient qu'elles allaient devenir folles.

Je demanderai à M. Collineau de supprimer dans son rapport tout ce qui est en dehors de l'appréciation médicale proprement dite.

M. DUBOIS, après avoir lu les conclusions du rapport, signale des contradictions et des assertions qui manquent d'exactitude. Il ne conviendrait pas d'ailleurs que l'Académie se prononçât sans un mûr examen sur une question aussi grave qui engagerait au plus haut point son opinion.

M. Dubois propose le renvoi des conclusions à la commission.

M. LONDE demande le renvoi de la discussion à la séance prochaine. (Non, non.)

M. DESPORTES. On a tort, sur un seul fait dont l'exactitude est loin d'être démontrée, de remettre ainsi en question le système d'emprisonnement cellulaire, dont l'adoption a été certainement un bienfait.

M. BAILLARGER. Je me rappelle qu'il y a déjà eu à une autre époque un rapport de l'Académie dont les conclusions étaient en faveur de l'encellulement. Iriez-vous aujourd'hui, en adoptant les conclusions qu'on vous propose, vous déjuger à quelques années de distance? Je n'avais pas entendu les conclusions; maintenant que je les connais, j'appuie formellement le renvoi à la commission avec l'addition de quelques membres.

M. ADELON est d'avis que sur une question aussi importante et aussi difficile on ne doit rien précipiter. La question de l'influence du régime cellulaire sur la folie a déjà été résolue négativement. Il serait prudent de s'abstenir jusqu'à nouvel ordre.

M. SÉGALAS propose de réunir l'ancienne commission qui s'est déjà occupée de cette question à la commission actuelle.

M. LE PRÉSIDENT met aux voix le renvoi des conclusions à la commission. (L'Académie adopte.)

— Le bureau désigne MM. Gueneau de Mussy, Adelon, Baillarger, Ségalas et Ferrus, qui se joindront aux deux membres de la commission.

Falsifications de l'huile de foie de morue. — M. Robinet lit en son nom et celui de MM. Bussy et Bouchardat un rapport sur une note de M. Berthé relative aux falsifications de l'huile de foie de morue.

La commission a répété un grand nombre des essais qui avaient conduit M. Berthé à penser que la réaction de l'acide sulfurique constituait un caractère suffisant pour déterminer les degrés de pureté des huiles du commerce. Elle a reconnu l'exactitude de la plupart des faits annoncés dans le travail de M. Berthé. Mais en variant les expériences, elle a cru reconnaître que le caractère donné par l'acide sulfurique n'offrait pas assez de précision pour suffire dans tous les cas, et que des experts chargés de décider sur une question de falsification ne pourraient pas sans danger se contenter de cette expérience.

Néanmoins, la commission est d'avis que la réaction de l'acide sulfurique peut donner des indications utiles.

Elle propose, en conséquence, à l'Académie d'adresser des remercîments à M. Berthé pour sa communication. (Adopté.)

— M. Robinet, au nom de la commission des remèdes secrets, lit une série de rapports dont les conclusions négatives sont adoptées.

M. LARREY. Dans la plupart des communications qui font l'objet de ces rapports, il est question d'exercice illégal de la médecine. Je demande s'il ne serait pas du devoir de l'Académie d'adopter une mesure radicale en prévenant l'administration que les auteurs de toutes ces communications n'ont pas le droit d'exercer la médecine et qu'ils sont formellement en contravention contre les lois.

M. ROBINET. Toutes les fois qu'il s'agit réellement d'un cas d'exercice illégal bien constaté, la commission en fait part à l'autorité; mais nous ne pouvons considérer comme en état d'exercice illégal toutes les personnes qui croient avoir trouvé ou inventé des remèdes. On comprend qu'il y a là un point délicat qui doit être laissé à l'appréciation de la commission.

LECTURES.

Grossesse extra-utérine guérie par la gastrotomie. — M. Rousseau, chirurgien en chef de l'hôpital d'Epernay, communique une observation de grossesse extra-utérine abdominale primitive guérie par la gastrotomie.

Voici le sommaire de cette observation :

Conception non troublée par une émotion morale vive. Dans les premiers temps de la grossesse, douleurs intenses dans le côté gauche de l'abdomen, disparaissant après une heure de repos au lit, pour reparaître trois autres fois à des intervalles variables. Un peu plus tard ténesme vésical très intense, qui dure vingt-quatre heures; menstruation supprimée; douleurs d'accouchement neuf mois après la conception; cessation des mouvements du fœtus, qui s'étaient fait sentir plus tôt et d'une manière plus pénible pour la femme que dans une grossesse antérieure. Peu de temps après, écoulement de sang par la vulve pendant quinze jours; augmentation de la sécrétion du lait, qui avait commencé au moment où les mouvements de l'enfant s'étaient fait sentir.

A dater de cette époque, altération des digestions et de la santé générale; fièvre, amaigrissement, vif désir d'être débarrassée de l'enfant, dont la présence causait tous les maux.

Entrée à l'hôpital d'Epernay le 31 octobre 1852.

Dans le courant de novembre, six cautérisations avec le cautère cultellaire dans la région iliaque gauche, où l'on sentait la tête de l'enfant.

Le 6 décembre, section avec le bistouri de ce qui restait encore à diviser pour pénétrer dans la cavité de l'amnios. Ouverture de la tête du fœtus; enlèvement des os de la voûte du crâne et de la substance cérébrale, puis extraction de l'enfant. Placenta et membranes laissés en place.

Pas d'ouverture de la cavité péritonéale, pas de péritonite; inflammation des veines des deux bras. — Injections répétées dans la cavité de l'amnios, d'abord simplement émollientes, puis chlorurées; sulfate de quinine.

Amélioration graduelle de l'état général; cessation de la fièvre; appétit, bonnes digestions.

Diminution rapide de la capacité de l'amnios; continuation de la vie du placenta, qui prend part à la cicatrice; rétrécissement prompt de la plaie extérieure, qui finit par se réduire à une petite ouverture fistuleuse.

Tout en reconnaissant, dit M. Rousseau en terminant cette communication, combien il est difficile, en général, de savoir à quelle espèce de grossesse extra-utérine on a affaire, surtout quand la malade a guéri, je crois cependant pouvoir regarder comme certain que celle dont je viens de donner l'observation était une grossesse abdominale primitive. Cela lui semble prouvé par l'insertion du placenta à la paroi abdominale antérieure.

M. Rousseau conclut, en résumé, de l'innocuité constatée du séjour définitif du placenta et des membranes, que toutes les fois qu'on ne les trouvera pas détachées en pratiquant la gastrotomie pour un cas de grossesse extra-utérine, on devra les laisser dans la cavité abdominale; je suis convaincu, dit-il en terminant, qu'en agissant ainsi on diminuera de beaucoup les chances défavorables de cette opération. (Commissaires : MM. Moreau et Depaul.)

Origine du sucre dans l'économie. — M. Poggiale, pharmacien en chef du Val-de-Grâce, lit un mémoire sur l'origine du sucre dans l'économie animale.

L'auteur s'est proposé dans ce mémoire d'examiner ces deux questions, savoir : si le sucre se forme dans l'économie aux dépens des aliments azotés ou des matières grasses à défaut d'aliments féculents; s'il se produit par l'action digestive dans le foie ou dans le torrent de la circulation.

Il résulte des expériences que M. Poggiale a instituées pour résoudre ces deux questions :

1° Que le sucre peut se former dans l'économie aux dépens des aliments azotés et peut-être des corps gras;

2° Que l'alimentation absolue à la graisse ne semble pas diminuer la proportion de sucre dans l'organisme;

3° Que les aliments amylacés se transforment en sucre par l'action digestive;

4° Que chez les animaux nourris avec des matières amylacées le

sang de la veine porte contient une proportion considérable de sucre;

5° Que, chez les animaux nourris avec de la viande, il n'existe pas de sucre dans le sang de la veine porte, qu'on en trouve au contraire une quantité notable dans les veines hépatiques, dans la veine cave inférieure et même dans le sang artériel;

6° Que le sang de la veine porte des animaux soumis à l'abstinence complète ne contient pas de sucre,

7° Que par conséquent on est bien obligé d'admettre que chez les animaux nourris avec des matières azotées et de la graisse la production du sucre a lieu dans le foie. (Commissaires : MM. Bussy et Chevallier.)

— La séance est levée à quatre heures et demie.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 9 avril 1855. — Présidence de M. REGNAULT.

Empoisonnement par le curare. — M. Flourens, au nom d'une commission composée de MM. Duméril, Magendie, Pelouze, Rayer, Cl. Bernard, Flourens rapporteur, lit un rapport sur un mémoire de M. Alvaro Reynoso, intitulé *Expériences pour servir à l'histoire de l'empoisonnement par le curare.*

Dans la séance du 28 novembre 1853, M. Brainard, professeur de chirurgie au collége médical de Chicago (Illinois), a présenté à l'Académie un mémoire touchant l'action des solutions d'iode contre la morsure de certains crotales, et particulièrement du *crotalophorus trigeminus.*

Les expériences de M. Brainard avaient été faites sur des pigeons. Les pigeons soumis à la morsure du *crotalophorus trigeminus* périssent en peu d'instants. Pour prévenir l'effet du venin, M. Brainard applique d'abord des ventouses, lesquelles en retardent l'absorption; et puis il fait pénétrer par injection sous la plaie et les parties environnantes une solution aqueuse d'iodure de potassium.

Au moyen de cette substance, employée à temps et avec les précautions qui viennent d'être indiquées, M. Brainard a sauvé, dans la plupart de ses expériences, la vie à ses animaux.

Nous nous bornons à reproduire ici les résultats de M. Brainard tels qu'il les a lui-même énoncés. Faute des serpents venimeux qui avaient servi à ses études en Amérique, et qui lui ont manqué à Paris, il n'a pu répéter ses expériences devant la commission.

C'est alors que cet habile et laborieux observateur a tourné ses vues d'un autre côté. Ayant pu disposer, grâce à M. le prince Charles Bonaparte, d'une certaine quantité du poison américain nommé curare, il a imaginé d'essayer contre ce terrible poison ces mêmes solutions d'iode qui lui avaient réussi contre le venin des crotales, et dans la séance du 27 février 1854 il a présenté à l'Académie, de concert avec M. Greene, une note ayant pour titre : *De l'iode considéré comme contre-poison du curare.*

Cette fois-ci, M. Brainard a pu répéter ses expériences devant la commission, et toutes ont paru exactes.

Voici les trois principales :

Dans une première, M. Brainard a injecté sous la peau d'un cochon d'Inde dix gouttes d'un mélange composé de 5 centigram. de curare et de vingt gouttes d'eau distillée. L'animal est mort au bout de trois minutes.

Dans une seconde, après avoir injecté dix gouttes du même mélange sous la peau d'un cochon d'Inde, il a aussitôt injecté, et par la même canule restée en place, une solution aqueuse d'iode (1). Une ventouse a été immédiatement appliquée, puis au bout de cinq minutes enlevée, et l'animal n'a point succombé.

Enfin, dans une troisième expérience, M. Brainard a commencé par mêler ensemble dix gouttes d'une solution de curare et vingt gouttes d'une solution iodée. Ce mélange a été injecté sous la peau d'un pigeon; il n'a point été appliqué de ventouse, et l'animal n'est point mort.

Ainsi, ce même curare qui, injecté sous la peau d'un animal, le tue en quelques minutes, ne le tue plus si à l'injection du curare on fait immédiatement succéder une injection iodée, ou si l'on a mêlé préalablement ensemble la solution de curare et la solution d'iode.

Dans les expériences de M. Brainard, l'iode paraît donc agir à la fois et comme empêchant l'absorption du curare, c'est-à-dire comme caustique, et comme détruisant ce venin.

Nous disons *paraît agir*, parce qu'en effet, pour résoudre entièrement ces difficiles et importantes questions, les expériences dont nous venons de rendre compte auraient eu besoin d'être continuées et complétées, et c'est ce que le départ de l'auteur ne lui a pas permis de faire.

Les choses en étaient là, lorsqu'un jeune chimiste dont l'Académie connaît la passion ardente pour le travail et la rare sagacité a repris toute cette matière et a répandu sur quelques-uns de ses détails les plus essentiels un jour tout nouveau.

Le premier point que M. Reynoso s'est proposé d'éclaircir est celui de l'action des ventouses, et il s'est assuré que cette action se borne à suspendre l'absorption du venin, mais aussi qu'elle la suspend ou l'arrête complétement.

Il a fait devant la commission l'expérience suivante :

Il a introduit par une petite blessure, sous la peau d'un cochon d'Inde, 1 décigramme de curare, et il a immédiatement appliqué une ventouse sur la plaie.

Le vide a été maintenu pendant une heure entière, et l'animal n'a rien éprouvé.

La ventouse a été enlevée, et l'animal est mort au bout de huit minutes.

C'est donc un fait physiologique constant, et qui a bien son importance, que l'action des ventouses arrête complétement l'absorption du curare; mais il est de même constant que cette action se borne là, et que la ventouse enlevée l'absorption du venin reprend aussitôt sa marche rapide.

(1) Iode. 0,50
Iodure de potassium. . . . 1,50
Eau distillée. . . . . . . 24 gouttes.

M. Reynoso s'est ensuite appliqué à déterminer le mode d'action particulier et précis de l'iode.

Il était d'abord bien établi par les expériences de M. Brainard que l'iode agit comme caustique; car toutes les fois qu'on l'injecte à temps, après avoir injecté le curare, l'absorption du venin est arrêtée.

Mais agit-il aussi comme destructeur du venin?

Pour résoudre cette question, M. Reynoso a fait les deux expériences suivantes, qu'il a répétées devant la commission.

Dans la première, M. Reynoso a mêlé ensemble 60 milligrammes de curare et 4 décigrammes d'iode dissous dans l'alcool. Ce mélange a été injecté sous la peau d'un cochon d'Inde, et n'a produit aucun effet.

Mais comme dans ce mélange l'iode était resté libre, il pouvait bien se faire qu'il n'eût agi encore que comme caustique; et par conséquent la question n'était pas résolue.

Il fallait donc en venir à un mélange débarrassé de toute portion libre d'iode.

A cet effet, M. Reynoso a mêlé ensemble 60 milligrammes de curare et 4 décigrammes d'iode dissous dans l'alcool; il a fait disparaître l'iode libre au moyen de l'hyposulfite et du carbonate de soude. Ce mélange a été injecté sous la peau d'un cochon d'Inde, et l'animal est mort au bout d'une heure 40 minutes.

L'iode altère donc le curare, il en affaiblit l'énergie délétère; mais l'altération ne va pas jusqu'à détruire complétement ses effets toxiques; et le succès qu'on obtient, lorsqu'on l'emploie après avoir injecté le curare, ne doit être attribué qu'à son action caustique.

Il restait donc à chercher un agent qui décomposât le curare en même temps qu'il en empêcherait l'absorption comme caustique, et prévînt ainsi l'empoisonnement par une action multiple et doublement assurée.

M. Reynoso a trouvé cet agent dans le brome.

Après avoir injecté sous la peau d'un chien 2 décigrammes de curare délayés dans de l'eau, il a immédiatement cautérisé la plaie avec du brome, et l'animal n'a point été empoisonné.

Le brome prévient donc l'empoisonnement par le curare; mais comment le prévient-il?

Pour résoudre cette dernière difficulté, M. Reynoso a mêlé devant la commission un demi-gramme de curare avec quelques gouttes de brome; il a fait disparaître ensuite le brome libre en ajoutant du carbonate et de l'hyposulfite de soude à doses assez fortes pour que la liqueur donnât une réaction franchement alcaline.

Ainsi débarrassé du brome libre, le mélange a été injecté sous la peau d'un chien et n'a produit aucun effet.

Le brome détruit ou décompose donc complétement le curare.

M. Reynoso a voulu voir, en outre, quelle pouvait être l'action du brome employé seul.

Il a injecté sous la peau d'un chien jusqu'à 8 grammes de brome, l'animal n'a point été empoisonné; il n'y a eu d'autre effet que celui qu'aurait produit un caustique très énergique.

Tels sont les principaux résultats des expériences que M. Reynoso a répétées devant la commission.

Elle pense que des recherches si bien conduites, où toutes les circonstances sont démêlées et appréciées, où chaque progrès dégage une idée nette et précise, ne sauraient être trop encouragées, surtout dans une matière où les données théoriques peuvent devenir d'une application si utile.

Notre conclusion est que le mémoire de M. Reynoso mérite d'être inséré dans le *Recueil des savants étrangers.*

Les conclusions de ce rapport sont adoptées.

Emploi de l'acide arsénieux dans le traitement des fièvres intermittentes paludéennes. — MM. Fuster et Girbal adressent des observations et réflexions complémentaires sur le travail intitulé *Observations sur l'emploi de l'acide arsénieux dans le traitement des fièvres intermittentes paludéennes.*

Les auteurs résument ce travail en ces termes :

« Ce mémoire est terminé par un résumé dont nous extrayons ce qui suit :

» En comparant l'ensemble des faits qui composent notre premier mémoire avec ceux que nous avons observés depuis, nous croyons devoir en modifier de la manière suivante les conclusions :

» L'acide arsénieux a une action fébrifuge contre les fièvres intermittentes invétérées dues à une intoxication paludéenne profonde, et contre les fièvres intermittentes paludéennes récentes. Il paraît agir plus promptement dans les fièvres tierces que dans les quotidiennes et les quartes.

» Dans quelques cas il a une action favorable sur l'état général et sur les engorgements viscéraux, malgré la persistance des accès. Indépendamment de sa propriété fébrifuge, il exerce, principalement aux doses de 5 à 15 milligrammes par jour, une action tonique stimulante.

» L'administration de l'acide arsénieux doit avoir lieu par la bouche, pendant les intermissions ou au déclin des paroxysmes, de manière que la dernière dose soit ingérée quatre heures au moins avant le retour de l'accès, et qu'il y ait au moins un intervalle de deux ou trois heures avant et après les repas. Le mode de préparation le plus commode consiste en un mélange intime d'acide arsénieux bien purifié et bien pulvérisé avec du sucre également pulvérisé, dans la proportion de 1 sur 100, à prendre dans 60 grammes de véhicule. Il convient de débuter par un centigramme par jour, pris en deux fois, et d'augmenter, au besoin, progressivement la dose. Quand les accès sont arrêtés, il convient de réduire, suivant la même progression, les doses de l'acide arsénieux. Après dix ou douze jours, on n'insistera plus sur l'emploi de l'acide arsénieux si la fièvre persiste au même degré; on le remplacera avantageusement par les préparations de quinquina. Il est prudent de suspendre ou tout au moins de réduire considérablement les doses de l'acide arsénieux dès l'apparition de l'épigastralgie, des coliques, des nausées, de la diarrhée et, à plus forte raison, des symptômes cérébraux.

» L'emploi des émétiques (tartre stibié ou ipécacuanha), soit avant, soit pendant l'administration de l'acide arsénieux, facilite ou rétablit la tolérance et contribue à la guérison de la fièvre.

» L'irritation phlogistique du tube digestif et un éréthisme nerveux général contre-indiquent le plus souvent l'emploi de l'acide arsénieux. La médication arsenicale doit être exclue du traitement des fièvres intermittentes et rémittentes pernicieuses. Toutes choses égales d'ailleurs, la médication arsenicale a une action moins prompte et moins sûre que la médication quinique. »

Emploi de l'ergotine dans la médecine militaire. — M. Bonjean (de Chambéry) annonce que l'ergotine a été employée avec grand succès par les médecins de l'armée russe; tandis que dans l'armée française elle n'a pu encore être admise, l'administration s'étant fait une règle de n'introduire dans la pratique de la médecine militaire aucun agent thérapeutique dont l'emploi n'ait été approuvé par l'Académie de médecine ou par l'Académie des sciences.

Pincettes hémostatiques. — Dans les opérations pratiquées sur la tête et le thorax, le chirurgien est obligé de suspendre l'action du bistouri pour lier les artères à mesure qu'il les divise, ou de faire placer sur leurs ouvertures béantes les doigts des aides qui, en les enfonçant dans les chairs, rendent leur ligature plus difficile et gênent la manœuvre. Pour obvier à ce double inconvénient, M. Le Roy-d'Etiolles a imaginé des pincettes élastiques qui restent adhérentes sans masquer la plaie, et s'enlèvent après les ligatures. Cette idée, M. Le Roy dit l'avoir consignée dans un paquet cacheté déposé à l'Académie il y a vingt ans. Ses pincettes hémostatiques différaient alors de celles qu'il présente aujourd'hui; celles-ci se rapprochent, par leur mécanisme, des pincettes croisées que M. Vidal (de Cassis) a appliquées sous le nom de serres-fines à la réunion immédiate des plaies superficielles.

Maladies du col utérin. — M. Dechaux adresse un travail sur les ulcérations du col de la matrice et les maladies vagues de cet organe.

Des morts par la foudre en Amérique. Remède contre l'asphyxie par la foudre. — M. Andrès Poey adresse un travail sur la quantité de victimes que la foudre fait annuellement aux Etats-Unis d'Amérique. On voit par l'un des tableaux de ce travail :

1° Que les coups de foudre, tant mortels que non mortels, commencent en mai et juin et finissent en septembre et novembre;

2° Que sur 105 cas de foudre il y en a un sixième de mortels;

3° Que le mois d'août présente le plus grand nombre de cas mortels, et juin et juillet le plus grand nombre de cas non mortels;

4° Que sur 105 coups de foudre il y en a 17 qui sont mortels, qui produisent 30 morts dans l'ordre suivant : 4 hommes, 6 femmes et 20 animaux.

L'auteur signale un remède prompt, très simple, mais très efficace, dit-il, dans son emploi, pour les personnes et même les animaux qui sont frappés par le tonnerre et jetés dans un état de mort apparente. Il consiste à verser immédiatement sur tout le corps de grands seaux d'eau froide pendant une heure, s'il le fallait, jusqu'à ce que la personne ou l'animal donne des signes de vie. Ce moyen est universellement adopté aux Etats-Unis avec un très grand succès, comme le prouvent les nombreux cas que j'ai recueillis, dans lesquels la vie avait été rendue à des personnes qui étaient tombées dans une espèce d'asphyxie par un coup de foudre.

Présence du sucre dans l'organisme animal. — M. Schnepf adresse une note historique sur la présence du sucre dans l'organisme animal. (Renvoi à la commission nommée pour l'examen des mémoires de M. Figuier.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

MM. les internes actuels et anciens internes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices civils de Paris sont conviés au banquet de l'internat qui aura lieu le samedi 12 mai 1855. On se réunira aux Frères Provençaux à six heures du soir. La cotisation est de 15 francs.

On souscrit à l'Hôtel-Dieu (M. Remilly, commissaire), à la Charité (M. Parrot), à la Pitié (M. Tarnier), à Saint-Louis (M. Garreau) et à Lariboisière (M. Codet). La liste des souscriptions sera close le mercredi soir, 9 mai 1855.

On peut souscrire de province par un mandat sur la poste adressé à un des commissaires.

— La Société de médecine de Bordeaux a mis au concours pour 1856 la question suivante :

« Déterminer par des expériences faites sur les animaux et par l'observation clinique la valeur respective de l'électricité et des agents chimiques considérés comme hémoplastiques dans les maladies dites chirurgicales. »

Le prix est de 300 fr.

— La médecine lyonnaise vient de faire une nouvelle perte. M. le docteur Dubouchet, membre de la Société de médecine, inspecteur adjoint de l'établissement thermal de la Mothe, a succombé à l'affection pulmonaire qui depuis plusieurs années l'avait forcé de se retirer de la pratique de la médecine.

— La *Gazette médicale de Toulouse* nous apprend également la mort d'un jeune confrère fort distingué, M. le docteur Omer Colomiès, qui vient de succomber dans cette ville, à l'âge de trente et un ans, à une affection de poitrine.

— M. Baillarger, médecin à l'hospice de la Salpêtrière, commencera son cours de clinique sur les maladies mentales le dimanche 22 avril, à neuf heures du matin, et le continuera tous les dimanches à la même heure.

— M. Fano, prosecteur de la Faculté, commencera son cours public de chirurgie le mardi 27 avril à midi, à l'Ecole pratique, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr.
Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Signes distinctifs de l'hémorrhagie cérébrale et du ramollissement du cerveau, d'après la consonnance ou la dissonnance des symptômes.

Une femme est apportée à l'Hôtel-Dieu dans un état de paraplégie. Elle a tout un côté du corps paralysé; le bras notamment est complétement immobile; mais l'intelligence et la sensibilité sont intactes. Voici de quelle manière les accidents s'étaient développés. Cette femme, sans avoir éprouvé aucun prodrome, sans le moindre malaise, se couche un soir comme à l'ordinaire très bien portante; elle était à l'époque de ses règles. Le lendemain matin, en se réveillant, elle sent un engourdissement dans son bras. Elle se lève ; elle va se faire saigner, et pendant qu'on la saigne elle devient complétement paralysée de tout le côté. Cependant les symptômes de paralysie allaient en diminuant graduellement, lorsque environ trois semaines après, lors du retour de ses règles, elle est de nouveau frappée subitement d'une paralysie complète du même côté. Ce fut alors, et dans cet état, qu'elle fut amenée à l'hôpital, dans le service de M. Trousseau.

Considérant cette circonstance remarquable, qu'à deux reprises les accidents paralytiques s'étaient manifestés au moment du molimen hémorrhagique mensuel, et qu'ils étaient survenus chaque fois d'une manière brusque, presque instantanée, et sans avoir été précédés d'aucun symptôme précurseur, la première pensée qui venait naturellement à l'esprit était celle d'une hémorrhagie cérébrale. Cependant M. Trousseau, en présence des symptômes que nous venons d'exposer, crut devoir s'abstenir de se prononcer, et resta dans le doute sur la question de savoir si l'on avait affaire à une hémorrhagie ou à un ramollissement cérébral, inclinant plutôt toutefois vers ce dernier diagnostic que vers le premier. Nous en dirons tout à l'heure la raison.

La malade ayant succombé, l'autopsie a montré que c'était cette dernière version qui était vraie. On a trouvé un ramollissement du cerveau, et de plus, les traces d'une phlegmasie méningée récente qui avait donné lieu aux convulsions survenues pendant les derniers jours.

M. Trousseau a fait ressortir de ce fait un enseignement clinique qu'il importe de ne pas laisser perdre.

D'après les idées courantes dans la science sur les maladies du cerveau, le ramollissement et l'hémorrhagie auraient des caractères symptomatiques propres qui ne permettraient pas de les confondre. On enseigne, et la plupart des médecins adoptent cette distinction, que lorsqu'un individu, à la suite d'un étourdissement ou d'une perte de connaissance, est subitement frappé d'une paralysie de la moitié du corps, sans prodromes, sans symptômes précurseurs, il a un hémorrhagie du cerveau. Au contraire, les accidents paralytiques se sont-ils développés graduellement, ont-ils été précédés de mouvements convulsifs ou de légères contractures, on a affaire à un ramollissement. Tels sont du moins les caractères sommaires les plus importants que l'on assigne à ces deux états.

Pour M. Trousseau, cela n'est pas exact. Tel individu peut avoir une hémorrhagie, bien que la paralysie ait été précédée de symptômes précurseurs; tel autre, au contraire, aura un ramollissement, chez qui l'on aura vu la paralysie survenir d'une manière soudaine. Sans doute les choses se passent le plus souvent comme le disent les auteurs : c'est la règle; mais il existe de fréquentes exceptions à cette règle. Or, à quels signes reconnaître ces exceptions? Le voici. C'est Récamier qui a formulé cette loi :

Il y a, dans l'hémorrhagie, de la consonnance dans les symptômes; dans le ramollissement, il y a dissonnance.

Expliquons cette pensée.

Il y a trois sortes de manifestations fonctionnelles du cerveau : les manifestations intellectuelles, les mouvements et la sensibilité. Lorsqu'un individu est frappé d'une manière soudaine de ce que l'on appelle une attaque d'apoplexie, et que l'intelligence, la motilité et la sensibilité sont simultanément et profondément altérées, il y a consonnance dans les symptômes; dans ce cas on peut être certain que l'on a affaire à une hémorrhagie du cerveau. Lorsque au contraire il y a dissonnance, c'est-à-dire lorsqu'avec une abolition plus ou moins complète du mouvement il y a conservation et intégrité de l'intelligence et de la sensibilité, on a affaire alors à un ramollissement.

Lors donc, ajoute M. Trousseau, que vous verrez un individu frappé d'une paralysie complète du mouvement, et qui vous racontera avec netteté et précision, en un mot avec une parfaite intelligence tout ce qu'il éprouve et tout ce qui s'est passé en lui; si, en outre, explorant la sensibilité chez cet individu, vous la trouvez intacte, vous pourrez prononcer hardiment qu'il n'a point une hémorrhagie cérébrale, mais un ramollissement.

Comment se fait-il cependant que chez la malade qui a fait le sujet de cette leçon, et dont nous avons sommairement rappelé l'histoire, M. Trousseau ait hésité à se prononcer sur l'existence d'un ramollissement, en présence de cette dissonnance qui en est en quelque sorte à ses yeux comme le caractère pathognomonique, et qui était si évidente dans ce cas? L'hésitation de M. Trousseau, c'est lui-même qui l'a expliquée, tient à ce que malgré la confiance qu'il avait dans l'exactitude de la loi formulée par Récamier, il avait été ébranlé ici par cette circonstance remarquable que les deux attaques successives de paralysie qui s'étaient produites chez cette femme avaient coïncidé avec le *molimen hemorrhagique* cataménial. Mais ce fait n'est qu'un motif de plus à ses yeux pour ne plus hésiter désormais à diagnostiquer un ramollissement toutes les fois qu'il aura constaté la dissonnance des symptômes paralytiques.

La loi de Récamier n'a pas toujours été aussi constante que paraît le penser M. Trousseau; elle n'a pas la même signification ni la même valeur aux yeux de tous les pathologistes. C'est un fait d'observation à vérifier, et qui serait d'une grande valeur s'il était démontré exact.

Bons effets de la belladone dans le traitement de la péritonite aiguë sécrétoire. — Son action sur la vessie. — Traitement de l'incontinence d'urine nocturne.

Nous appellerons l'attention de nos lecteurs sur une seconde malade du même service, qui, à un point de vue tout différent, n'offre pas moins d'intérêt. C'est une petite fille de douze à treize ans. Il y a cinq semaines, cette enfant fut prise tout à coup d'une violente diarrhée avec coliques et sensibilité abdominale ; le lendemain la diarrhée avait cessé, mais les douleurs abdominales persistaient et le ventre était gonflé. La petite malade entre à l'hôpital, où l'on constate un épanchement péritonéal.

En raison de la manière dont cette affection avait débuté, de la rapidité avec laquelle l'épanchement s'était formé, de la persistance des douleurs et de la sensibilité de l'abdomen, M. Trousseau, se plaçant au point de vue d'une phlegmasie superficielle sécrétoire du péritoine, se propose, comme première indication, d'éteindre la sensibilité nerveuse afin d'arriver par là à tarir la source de la sécrétion morbide du péritoine. Il prescrit, en conséquence, de couvrir le ventre d'une mixture aqueuse de belladone et d'opium et d'appliquer un large cataplasme par-dessus.

Sous l'influence de cette médication répétée plusieurs jours de suite, les douleurs et la sensibilité à la pression se sont dissipées, la résorption de l'épanchement s'est faite avec une grande rapidité.

Cette guérison rapide, qui témoigne de l'excessive énergie de la médication préconisée dans ce cas par Graves (de Dublin), n'est pas le seul résultat clinique important qui ressort de ce fait. On s'est aperçu, après le traitement, que la petite malade avait une rétention d'urine. C'est là un fait extrêmement intéressant à un autre point de vue.

Un médecin de l'Algérie a publié, il y a quelques années, un travail dans lequel il a fait connaître que la belladone paralyse les muscles de la vessie. Ceci vient, comme on le voit, à l'appui des observations de ce médecin ; mais il se rattache à ce fait une autre question. La paralysie de la vessie par l'action de la belladone donne la clef de la médication de l'incontinence d'urine *nocturne*, instituée il y a un certain nombre d'années par M. Bretonneau sur une donnée empirique (1).

Les individus qui sont atteints de cette infirmité laissent écouler leur urine pendant les premières heures de leur sommeil. Or, si ce sont des jeunes gens, des adolescents, ils ont toujours eu la précaution d'uriner avant de se coucher ; si ce sont de petits enfants, on n'a jamais manqué non plus de les faire uriner avant de les mettre au lit. Ce n'est donc pas par suite d'une distension excessive de la vessie qu'a lieu l'émission de l'urine. D'un autre côté, il est digne de remarque que les individus affectés d'incontinence d'urine nocturne retiennent parfaitement leurs urines pendant le jour, et qu'ils pissent même en général *roide*, comme on dit vulgairement. Enfin c'est justement pendant la période du sommeil, où les organes génitaux sont le plus disposés à entrer en érection, qu'a lieu l'incontinence. De tous ces rapprochements, il est naturel de conclure que ce n'est point par le fait d'un relâchement des sphincters qu'a lieu l'émission involontaire de l'urine, mais bien plutôt par une sorte d'éréthisme des muscles de la vessie. Or, comme la belladone a la propriété de combattre cet éréthisme, de diminuer la contractilité musculaire de cet organe, on comprend qu'elle soit parfaitement appropriée à ce genre d'infirmité. C'est ce qui est établi aujourd'hui par des expériences multipliées. M. Trousseau prescrit dans ce cas la mixture aqueuse en frictions et la poudre de belladone à l'intérieur à la dose de 1 à 2 centigrammes par jour.

Mais s'il s'agit d'une incontinence nocturne et diurne à la fois, qu'on se garde bien de la traiter par la belladone; ce serait une faute grave, car dans ce cas c'est à un véritable relâchement, à une paralysie plus ou moins complète des sphincter et muscles vésicaux que l'on a affaire, et on ne ferait qu'accroître le mal en prescrivant la belladone.

Tumeur congénitale du pied. — Amputation sus-malléolaire chez un enfant nouveau-né.

Dans ces derniers jours, on a présenté à la consultation de M. le professeur Nélaton, à l'hôpital des Cliniques, un enfant atteint d'une affection curieuse à plus d'un titre.

Cet enfant était né de la veille, et au moment de la naissance on s'aperçut qu'il portait au pied une tumeur pour laquelle ses parents venaient consulter M. Nélaton. Cette tumeur, de la grosseur du poing, occupait la plante du pied; elle paraissait presque tout entière surajoutée à la face inférieure des os; en outre elle envoyait des prolongements en arrière le long du tendon d'Achille et à la face dorsale du pied, où elle formait encore une couche assez épaisse, de sorte que le tarse, et surtout le métatarse étaient comme plongés au milieu de cette tumeur. Les orteils la dépassaient en avant. Les parties molles du pied, muscles, vaisseaux, etc., conservaient leurs rapports normaux avec les os. La tumeur était sous-cutanée. Les téguments étaient distendus, amincis, vascularisés; des veines assez volumineuses étaient développées dans l'épaisseur de la peau. A la partie inférieure et en arrière se trouvait une ulcération fongueuse qui donnait passage à une assez grande quantité de sang. Cette hémorrhagie était assez abondante pour compromettre rapidement la vie de l'enfant.

Il était donc urgent de remédier au mal. On ne pouvait espérer d'enlever la tumeur seule, à cause des rapports qu'elle affectait avec les parties voisines; le seul moyen à employer était l'amputation de la tumeur et des parties qui la supportaient.

M. Nélaton se décida à pratiquer l'amputation sus-malléolaire.

Depuis que cette opération a été faite, la santé de l'enfant n'a pas été altérée; pendant les premiers jours il est resté faible, mais il prenait très bien le sein. Il n'a pas eu de diarrhée; les selles sont toujours normales. La plaie est presque entièrement cicatrisée; il n'y a pas de rougeur, pas d'inflammation du moignon; la suppuration a presque complétement cessé le vendredi 20 avril, sixième jour après l'opération.

La tumeur fut examinée après l'opération. M. Nélaton pratiqua une coupe verticale le long du bord interne. Les parties normales ayant été disséquées avec grand soin, on constata que les muscles, les tendons, les vaisseaux conservaient leurs rapports normaux avec les os et se trouvaient plongés au milieu de la tumeur

(1) Nous trouvons dans l'intéressante monographie de M. le docteur Debreyne, intitulée *Des vertus thérapeutiques de la belladone*, et publiée en 1852, une courte discussion sur les titres que MM. Bretonneau, Trousseau, Morand, Blache, Anglada et quelques autres croient avoir à la découverte de cette propriété de la belladone de guérir l'incontinence nocturne d'urine. On a fait remonter les premières recherches et observations à ce sujet à 1844 (*Mémoires et observations cliniques* de M. Morand). M. Trousseau, de son côté, affirme que M. Bretonneau avait entretenu divers médecins de l'efficacité de la belladone contre cette affection bien avant 1844. M. Morand dit l'avoir employée dans ce cas dès l'année 1840. Enfin M. Debreyne lui-même assure qu'il y avait eu recours il y a plus de trente ans, mais qu'il y avait renoncé, les succès n'ayant pas répondu à son attente, peut-être à cause de l'infidélité de la préparation. Il a repris depuis cette médication, et il en a obtenu d'excellents effets ; il en rapporte, entre autres, un exemple remarquable.

On dut alors chercher le point de départ de l'affection. Elle paraissait tout d'abord siéger dans le tissu cellulaire superficiel et dans le tissu inter-musculaire. L'aponévrose plantaire affectait une disposition remarquable. Au lieu de suivre sa direction habituelle, horizontale, elle descendait obliquement dans la tumeur en y formant une sorte de cloison qui la partageait en deux parties; le plan constitué par la tumeur formait, avec l'axe du pied, un angle d'environ 65 degrés.

La tumeur est de couleur gris jaunâtre. En la râclant avec le dos du scalpel on en exprime un liquide blanc opalin, séreux, qui ne graisse pas le papier.

L'examen microscopique de la tumeur a été fait par M. Ch. Robin, à l'obligeance duquel nous devons la communication de la note suivante :

Examen de la structure de la tumeur. — Le tissu est homogène, compacte, assez friable, à déchirure nette, comme conchoïdale, non filandreuse. Il est d'un blanc jaunâtre, et ne contient que des vaisseaux capillaires; ceux-ci même sont peu nombreux, sauf dans le voisinage des points où, dans l'épaisseur de la tumeur, existent des épanchements sanguins à l'état d'infiltration ou de foyers contenant un caillot noirâtre. Tous les capillaires qu'on peut isoler renferment dans l'épaisseur de leur paroi des granulations graisseuses très petites, écartées les unes des autres de 1 à 2 centièmes de millimètre.

Le tissu lui-même est composé, outre ces capillaires :

1° D'une trame de tissu cellulaire dont les fibres sont minces, non réunies en faisceaux, mais difficiles à isoler, parce qu'elles sont comme empâtées dans une grande quantité de substance amorphe, grisâtre, finement granuleuse; pourtant on peut les voir libres sur une certaine longueur au bord des fragments du tissu soumis à la dilacération.

La matière amorphe est assez molle, friable; outre les granulations grisâtres qu'elle renferme, elle contient encore beaucoup de fines granulations jaunâtres, à contours foncés et de nature graisseuse, ainsi que le montrent leurs réactions au contact de l'acide acétique et de l'éther. C'est à elles certainement qu'est due la teinte jaunâtre assez uniforme du tissu. La trame ainsi constituée représente le tiers ou au plus la moitié de la masse du tissu morbide.

2° Outre ces éléments, on trouve des éléments fibro-plastiques qui représentent au moins la moitié de la masse. Ces éléments sont principalement des noyaux libres, épars dans la masse de la trame. Ils sont ovoïdes, très allongés (15 à 18 millièmes de millimètre), à bord net et foncé, à centre clair, à peine granuleux, avec un petit nucléole sur la plupart d'entre eux. Il existe encore des corps fusiformes fibro-plastiques, mais ils sont rares; leur noyau est semblable aux noyaux libres. La longueur totale de ces éléments ne dépasse pas 4 à 5 centièmes de millimètre. La prédominance des éléments fibro-plastiques sur les précédents qui forment la trame du tissu doit par conséquent faire déterminer cette tumeur comme de nature fibro-plastique.

Ce fait est curieux à plus d'un égard. Il est sans exemple de voir une tumeur de cette nature se développer pendant la vie intra-utérine et exiger l'amputation à la naissance du sujet.

Quant au résultat de l'amputation chez un enfant de cet âge, il ne sera pas moins intéressant de le constater; c'est ce que nous ferons quand il y aura lieu.

MÉMOIRE SUR L'ÉPITHÉLIOMA DU REIN

et sur les minces filaments granuleux des tubes urinipares expulsés avec les urines;

Par le Dr Charles Robin,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine, etc.

§ Ier. SUR L'ÉPITHÉLIOMA DU REIN.

Remarques préliminaires sur les épithéliums du rein et des bassinets. — L'épithélium du rein et celui des bassinets seront toujours cités par les anatomistes comme exemples de la réunion en un seul point et en suspension dans le même liquide du plus grand nombre de variétés d'épithélium qu'on puisse songer à examiner simultanément.

Sur les sujets morts de maladie n'ayant nullement siége dans les reins, on trouve en effet :

1° Des épithéliums nucléaires sphériques ou ovoïdes;

2° Des cellules épithéliales sphériques à un ou deux noyaux (quelquefois même trois ou quatre);

3° Des cellules prismatiques, soit d'égal volume aux deux bouts, soit courtes, triangulaires, soit allongées, mais ayant une extrémité mince, effilée, plus ou moins longue, filamenteuse, terminée en pointe aiguë;

4° Des cellules pavimenteuses à angles aigus ou mousses, ayant 1 ou 2 centièmes de millimètre de large, ou atteignant 5 à 6 centièmes et même plus dans un ou deux sens. C'est à cette variété de cellules qu'il faut rattacher celles qui sont tantôt larges, tantôt étroites au niveau du nucléus, et qui se terminent en pointe plus ou moins allongée à leurs deux extrémités, de manière à prendre la forme d'un fuseau et à ressembler, au premier coup d'œil, aux éléments fibro-plastiques fusiformes. Tantôt c'est l'une de ces variétés qui l'emporte sur les autres, tantôt c'est une autre variété; mais toutefois, en général, la variété pavimenteuse l'emporte en quantité, et la variété nucléaire est la moins abondante.

On ne peut saisir les conditions qui déterminent ces particularités; cependant, toutes les fois que le rein, au lieu d'être ferme, rénitent, élastique, est mou, s'affaisse en quelque sorte sous son propre poids, comme dans certaines formes de fièvres puerpérales, etc., la variété nucléaire est plus abondante qu'à l'ordinaire, et les cellules, les pavimenteuses surtout, sont plus petites, ont des bords moins nettement déterminés. Beaucoup de cellules ne sont représentées que par un noyau entouré par une masse de matière amorphe, irrégulière, qui l'entoure totalement, ou semble seulement appendu à une partie de sa périphérie.

Ce qui donne encore à cette réunion d'épithéliums en suspension dans l'urine un aspect des plus variés, c'est leur état de groupement et d'isolement d'une part, et la structure intérieure de chaque cellule d'autre part. On voit, en effet, beaucoup de fragments de gaînes épithéliales plus ou moins longues, simples ou bifurquées une et même plusieurs fois, flottant dans l'urine des bassinets lors même que le rein a été enlevé avec précaution et sans être comprimé. Tantôt ces gaînes sont formées d'épithélium nucléaire dont les éléments sont contigus ou, au contraire, séparés par une certaine quantité de matière amorphe granuleuse, non partagée ou segmentée en cellules. Ceci s'observe surtout dans les cas où il y a eu quelque trouble de la sécrétion urinaire. Dans les circonstances contraires, les gaînes épithéliales sont surtout formées de cellules pavimenteuses petites ou de moyen volume, à noyau volumineux, quelquefois avec nucléole, souvent dépourvues de celui-ci, et presque toujours très régulières, fort élégamment disposées.

L'aspect que présente l'ensemble des cellules dans chaque tube ou sur leurs lambeaux déchirés est souvent modifié par cet état de modification sénile ou accidentel (sans être essentiellement morbide) des cellules, que j'ai fait connaître ailleurs sous le nom de dilatation vésiculiforme. On trouve en effet des cellules soit isolées, éparses au milieu des autres, soit groupées en nombre variable, qui sont devenues plus grosses que les autres et en même temps claires, limpides, dépourvues complétement ou presque entièrement des granulations grisâtres dont les cellules normales sont uniformément parsemées. Tantôt leur noyau conserve son aspect ordinaire; d'autres fois, bien que rarement, il a perdu la totalité ou une partie de ces granulations. Lorsque ces cellules ont été isolées par dilacération ou se trouvent seules au milieu des cellules normales d'une gaîne, elles sont ordinairement sphériques; si elles sont réunies en certain nombre, elles sont élégamment polyédriques par pression réciproque.

Enfin les cellules pavimenteuses, prismatiques ou sphériques, peuvent offrir un aspect particulier, rare dans les autres régions de l'économie, par suite de l'accumulation dans leur épaisseur d'une quantité plus ou moins grande de gouttelettes claires, assez pâles, mais à bords très nets et bien marqués, superposées les unes aux autres. Elles sont très régulièrement sphériques, n'ont pas le pouvoir réfringent des gouttes graisseuses et varient de volume de 1 à 5 (quelquefois 6) millièmes de millimètre.

Elles remplissent quelquefois la totalité d'une cellule, et alors en masquent le noyau ou l'ont fait disparaître. Le plus souvent elles n'ont envahi qu'une partie de la masse de la cellule, et laissent encore voir le noyau. Celui-ci peut, quoique rarement, devenir granuleux lui-même, mais ce sont des granulations plus petites et plus foncées qu'il renferme. Cet état des cellules s'observe soit sur celles qui sont libres, isolées, soit sur celles qui sont réunies en gaînes, et aussi bien déjà sur des sujets de douze à quatorze ans que chez les adultes.

Une dernière particularité que présentent souvent les cellules épithéliales du rein, mais surtout chez les adultes, sans qu'il y ait eu pourtant des troubles manifestes du côté des voies urinaires, c'est le dépôt de granulations d'hématoïdine dans l'épaisseur des cellules autour des noyaux. On peut sur les cellules encore réunies en gaîne constater que c'est surtout dans la moitié ou portion extérieure des cellules, celle qui touche la paroi propre ou hyaline des tubes urinipares, que se trouvent principalement déposées les granulations d'hématoïdine.

Ces granulations sont larges de 1 à 5 ou 6 millièmes de millimètre; elles sont rarement arrondies, mais plutôt polyédriques, à angles et arêtes mousses. Elles n'existent le plus souvent qu'en petit nombre dans les cellules, et ne les remplissent pas comme elles le font souvent pour les cellules épithéliales pulmonaires lorsqu'un épanchement sanguin a eu lieu dans cet organe. Elles se distinguent facilement par leur teinte d'un brun rouge foncé à la périphérie, rouge clair au centre et par leur pouvoir réfringent assez considérable. Du reste, le nucléus conserve son aspect ordinaire, et il est fort rare de voir les cellules distendues ou déformées par suite de ce dépôt accidentel d'hématoïdine dans leur épaisseur.

C'est à ces éléments d'épithélium tenus en suspension après la mort par l'urine des bassinets que celle-ci doit son aspect trouble, pouvant aller jusqu'à prendre la teinte gris jaunâtre du pus, sans qu'il y ait pourtant de cellules de pus ou pyocytes. Il est commun, du reste, de voir des éléments anatomiques de petit volume, comme diverses espèces de cellules, donner au liquide qui les tient en suspension lorsqu'elles sont en grande quantité une teinte analogue à celle du pus, et souvent on s'expose à être induit en erreur lorsqu'on ne tient compte que de l'aspect extérieur dû à la lumière que réfléchissent les éléments anatomiques en suspension, sans recourir à l'examen direct de ceux-ci.

Tous ces détails préliminaires étaient nécessaires pour bien faire comprendre les altérations des cellules épithéliales dans l'épithélioma rénal.

Sur les diverses formes d'épithélioma rénal, et de quelques autres lésions du rein. — L'anatomie pathologique opère actuellement une analyse laborieuse, qui porte de bien plus près sur la matière réellement altérée que celle qui consistait à ne tenir compte que des changements de forme, de volume, de couleur et de consistance des organes ou de leurs parties visibles à l'œil nu. Elle opère sur les parties élémentaires mêmes aux modifications desquelles sont dues ces modifications de volume, de couleur, etc.; elle opère même à l'aide des réactifs sur les principes immédiats qui par leur réunion en nombre considérable constituent la substance organisée de ces éléments. Cette analyse montre très souvent qu'une description seule et unique et un même nom sont couramment appliqués à des lésions diverses. Il en résulte qu'elle mine peu à peu les systèmes pathologiques actuels, auxquels il suffira de toucher très légèrement bientôt pour en montrer le néant et les faire crouler. Mais si elle détruit, elle ne le fait qu'en amassant des matériaux nombreux et solides à la place de ce qu'elle annule. Aussi lorsque l'analyse dont je parle aura suffisamment été poussée des éléments anatomiques jusqu'aux substances organiques coagulables qui composent essentiellement la substance de ceux-ci et des humeurs, une nouvelle synthèse se fera jour facilement; elle jettera dans le chaos pathologique actuel une lumière que ne soupçonnent pas ceux qui en sont encore au seul genre d'observation anatomo-pathologique et même clinique d'il y a dix ans.

Il est toutefois un point sur lequel l'anatomie est en arrière encore de la symptomatologie classique ordinaire. Tandis que celle-ci montre minutieusement comment tel trouble respiratoire, par exemple, n'est qu'une modification de la fonction dont l'appareil est lésé, l'anatomie pathologique n'a pas encore assez montré comment telle lésion n'est qu'une modification survenue dans le nombre, le volume, l'arrangement réciproque, etc., de parties normales élémentaires ou autres. Les moyens qu'elle a aujourd'hui à sa disposition lui montrent très nettement combien la réalité en anatomie de structure normale et pathologique est loin de ce qu'on avait supposé; et pourtant elle est encore dominée à un point dont on ne se fait pas d'idée par les idées anciennes. Il est fort difficile en effet, même en face de la réalité qui est hors de nous, de se débarrasser du *vieil homme* qui est en nous.

La principale cause de cette difficulté en fait d'anatomie pathologique tient à ce qu'en étudiant celle-ci nous n'avons le plus souvent pas assez suivi les éléments anatomiques et les tissus dans leurs périodes embryonnaire, adulte et sénile, pour les comparer aux états morbides ou accidentels. Il est frappant de voir, en effet, quelle tendance existe à considérer comme hétéromorphes des éléments anatomiques homœomorphes dont nous observons pour la première fois quelque modification de forme, de volume ou de structure, faute de pouvoir la comparer aux cas analogues offerts par des éléments de même espèce ou d'espèce différente. Il est certain que sous ce rapport il a été fait des déterminations inexactes, surtout pour les affections du foie, du poumon, du rein, comme on le verra, et autres organes encore.

Je ne parle pas ici des déterminations faites à l'œil nu dont le peu de valeur et les variations d'un observateur à l'autre sont proverbiales, mais de celles faites à l'aide du microscope. La clef des dissidences qui existent quelquefois entre les observateurs qui usent du microscope est précisément la différence qui existe entre chacun d'eux à l'égard des points de comparaison indiqués plus haut qui doivent servir de base au jugement qu'ils portent.

Il est certain que la plupart des altérations morbides des tissus, souvent même de celles dont l'aspect extérieur s'éloigne le plus de celui des organes normaux, dérivent d'une hypergenèse ou d'une diminution de nombre d'un ou de plusieurs des éléments anatomiques normaux avec ou sans modifications de volume ou de structure, etc., de chacun d'eux. Ce que l'on nomme communément une *dégénérescence* ou une *transformation* soit d'un organe, soit même d'une tumeur, n'est également qu'une modification d'aspect extérieur due en général à ce que l'une des espèces d'éléments anatomiques, soit ayant forme distincte, soit à l'état de matière amorphe, continue à se multiplier plus que les autres, et par son accumulation change ainsi l'aspect extérieur de ces parties et même quelquefois en modifie l'action sur les parties voisines, la marche clinique, en un mot. Ce sont là autant de notions que depuis assez longtemps déjà les faits sont venus mettre en évidence (1). Ceux que je vais rapporter ici sont encore du même genre et tendent au même but. Ce n'est point à dire que ces productions homœomorphes soient moins fatales que les hétéromorphes; cela dépend beaucoup du système des parties du corps qui en est le point de départ, de l'importance de l'organe qui en est le siége. Les pathologistes qui ont jugé les résultats fournis par l'anatomie moderne sans avoir vu les objets, éléments anatomiques ou les descriptions anatomo-pathologiques même qui en traitent, se sont fait de singulières illusions sur les différences admises réellement par l'école moderne entre les uns et les autres de ces tissus morbides. Il en est de même quant aux caractères qui différencient les éléments et tissus hétéromorphes des espèces normales de cellules, car beaucoup d'entre ces diverses sortes d'éléments appartiennent au groupe des cellules et se ressemblent par conséquent en tant que cellules, mais se séparent très naturellement en espèces bien distinctes tant anatomiquement que physiologiquement. Or, malgré cela, les espèces hétéromorphes n'en existent pas moins et même en nombre

(1) Ch. Robin. *Note sur quelques hypertrophies glandulaires.* (*Gazette des Hôpitaux*. Paris, novembre 1852.)

probablement plus considérable qu'on ne l'admet jusqu'à présent, ainsi que tendent à le montrer diverses observations publiées dans les *Mémoires de la Société de biologie* par MM. Laboulbène, Lorain, Marcé et moi.

Les formes d'épithélioma rénal que j'ai pu observer se réduisent à deux, sans qu'il m'ait été possible jusqu'à présent de constater si l'une peut succéder à l'autre, ce qui me paraît peu probable.

Première forme d'épithélioma du rein. — La première forme, que j'ai observée deux fois, coïncidait dans l'un et l'autre cas avec de l'albuminurie, et montre que c'est là un symptôme qui ne saurait être rapporté toujours au même ordre de lésion.

Je ne rapporterai ici qu'une seule observation de cette forme d'épithélioma du rein, parce que dans le premier cas que j'ai observé mon attention fut peu fixée sur ce fait; je le considérai d'abord comme purement accidentel, ce qui fut cause que, bien qu'on m'eût prévenu de la présence de l'albumine dans les urines, j'ai omis de me faire remettre l'histoire de la maladie et je n'ai pu me la procurer depuis.

L'observation suivante, recueillie par l'interne de service de M. Behier, m'a été remise par M. Bergeret, élève du service, qui, en observant le rein lors de l'autopsie, fut frappé de ne pas trouver l'altération ordinairement décrite dans les cas d'albuminurie, et m'apporta l'un des reins, ce qui m'a permis d'en faire une étude détaillée et de dessiner les formes d'épithélium altéré qui sont décrites plus loin.

Obs. — Chartier (Elisa), vingt-huit ans, blanchisseuse, est entrée à l'hôpital Beaujon, salle Sainte-Monique, n° 322, le 27 janvier 1855.

D'une constitution faible, maladive; réglée à treize ans et demi assez régulièrement. Dans sa jeunesse, elle a eu de nombreuses attaques de nerfs; elle perdait connaissance et se débattait. Vers dix-sept ans, ces attaques ont cessé, et elle a eu alors des syncopes assez fréquentes. Depuis l'âge de quatorze ans, elle a eu des hémoptysies quelquefois tellement abondantes que le sang lui sortait avec force par la bouche et par le nez. Elle a été pendant six ans sujette à des douleurs névralgiques intolérables. Les accès avaient une durée de quatre à dix jours, quelquefois avec des douleurs assez vives, dit-elle, pour se rouler par terre. La malade a beaucoup travaillé, s'est beaucoup fatiguée; elle a toujours été assez bien nourrie. Depuis un an ses règles sont irrégulières et ne viennent plus tous les mois.

Vers le 15 du mois d'août, elle a été prise d'une diarrhée assez intense avec coliques; elle éprouvait des douleurs dans les reins et des lassitudes dans les jambes. Puis une quinzaine de jours après elle a commencé par avoir les pieds enflés, puis les jambes, puis le ventre et tout le corps. Elle avait perdu l'appétit. Soif vive. Le peu qu'elle mangeait la faisait vomir. Elle a été traitée pendant trois semaines à l'hôpital Beaujon par M. Tessier. Pendant quatre mois elle a eu des alternatives dans l'intensité de l'œdème. Ses règles se sont supprimées tout à fait. Pendant les deux premiers mois les urines étaient rares, puis elles sont devenues très abondantes.

Le 2, couleur de la peau d'une blancheur mate; sécheresse sans chaleur; face médiocrement œdématiée; elle a été une fois complétement enflée; muqueuses décolorées; œdème des membres inférieurs, qui conservent l'impression du doigt; œdème des parois abdominales. Liquide dans la cavité péritonéale; choc du liquide facile à percevoir. Le bras droit est enflé depuis les doigts jusqu'à l'épaule; il avait déjà été enflé une fois, mais l'œdème avait disparu. Le bras gauche n'a jamais été enflé. Langue blanche, humide, pas d'appétit; soif vive; la malade a vomi une fois depuis son entrée. Diarrhée, deux selles liquides; pouls à 120 pulsations, petit. Pas de toux ni de crachats; oppression et gêne de la respiration; sonorité normale de la poitrine; pas de râles; bruits du cœur normaux. Le foie ne paraît pas augmenté de volume. Les urines sont assez abondantes, décolorées; l'acide nitrique et la chaleur y déterminent un précipité abondant, floconneux. — 4 grammes sous-nitrate de bismuth, lavement amylacé laudanisé.

Le 3, même état; la diarrhée continue; elle n'a guère cessé depuis le commencement de la maladie. — Même prescription.

Le 7, la cuisse gauche est tendue, très douloureuse à la pression et par les mouvements; peau chaude, pouls fréquent; a vomi deux ou trois fois; diarrhée. — Même prescription.

Le 9, langue rouge, sèche; gencives et dents encroûtées d'un cercle noirâtre. Pas de toux ni de crachats, oppression considérable, surtout le soir. Respiration haute, suspirieuse, fréquente, 30 à 36. La malade se plaint d'une douleur vive du côté gauche de la poitrine, à la région du cœur. Sonorité de la poitrine en avant, respiration normale, pas de râles; il en est de même en arrière; 120 pulsations. Les urines contiennent une grande quantité d'albumine.

Le 10, pouls petit, fréquent, insensible.

Le 11, mort à une heure du matin.

Le 13, autopsie à onze heures du matin.

Erosion superficielle de la voûte du crâne au niveau de la suture bipariétale. A la face interne, on trouve un peu de rougeur déterminée par le développement de canalicules rouges. Adhérences de la dure-mère; à ce niveau, rien dans le cerveau, qui est ferme, nullement injecté.

Poumons normaux, revenus sur eux-mêmes, crépitants, un peu congestionnés en arrière, sans traces de tubercules.

Cœur petit, vide; substance musculaire rouge, se déchirant difficilement.

Foie d'un volume normal; surface lisse; on remarque à sa superficie, surtout au lobe droit, des îlots jaunes, pâles, irrégulièrement circulaires, dont le diamètre varie de 1 à 3 centimètres. Ces îlots sont nettement terminés et entourés par une substance jaune bien foncé, qui paraît être la substance du foie. A l'extrémité gauche, les îlots diminuent de volume, et l'on ne voit plus qu'un piqueté jaune de la substance foncée. A la coupe du foie, on reconnaît aussi cette délimitation de substance jaune pâle et d'une autre beaucoup plus foncée. Sur le bord tranchant du foie, on trouve un noyau du volume d'un œuf de pigeon, blanc pâle à la coupe, d'une structure homogène, n'ayant nullement l'aspect du tissu du foie ni de la substance jaune pâle que nous venons de décrire. Il a l'aspect fibrineux et semble de la fibrine déposée au milieu du foie. On n'en exprime pas de suc par le râclage; il ne crie pas sous le scalpel.

La rate est petite, dure.

Les reins sont un peu augmentés de volume, un peu mamelonnés à la surface. La substance corticale incisée est complétement blanche, exsangue; on ne peut découvrir qu'une substance compacte, homogène, sans granulations ni vaisseaux. La substance corticale paraît atrophiée; elle est d'une couleur rose pâle.

Structure du tissu malade dans cette première forme d'épithélioma du rein. — La substance corticale seule est atteinte. Dans toute son étendue elle est d'un blanc mat uniforme, ou un peu marbré de gris. Le tissu conserve sa consistance habituelle, mais est friable, facile à déchirer, à écraser et à réduire en pulpe; elle est remarquable par son peu de vascularité. Le tissu cortical du rein est encore composé de tubes offrant leur paroi propre aussi distincte qu'à l'ordinaire, mais ils sont distendus par de l'épithélium au point d'offrir plus du double de leur diamètre habituel. Cette disposition ne s'observe que dans la substance corticale. La tubuleuse, un peu plus pâle seulement qu'à l'ordinaire, offre des gaînes épithéliales telles qu'on les trouve à l'état normal; elles sont toutefois également un peu plus larges d'un quart environ.

L'épithélium accumulé dans la substance corticale, remplissant et distendant les tubes urinipares, est composé entièrement de cellules, dont un peu plus de la moitié présente le volume et même la forme normale; elles sont seulement un peu plus granuleuses.

Il en est beaucoup qui, soit isolées, soit réunies plusieurs ensemble, sont atteintes de l'état appelé *dilatation vésiculiforme* des cellules et qu'on observe dans un grand nombre d'organes, comme le poumon, l'utérus, etc. Par là on entend que les cellules sont devenues arrondies, ovoïdes ou à contours sinueux; ou bien elles sont renflées vers le milieu, à l'une de leurs extrémités, etc., et conservent dans le reste de leur étendue leur conformation normale. En même temps toute la cellule ou seulement toute la portion dilatée est devenue claire, transparente, comme remplie et distendue par un liquide à peine granuleux. La cellule, au lieu d'être une masse solide, aussi dense au centre qu'à la périphérie, offre réellement une cavité dans toute la portion claire et distendue, cavité dont la paroi est le plus souvent trop mince pour être mesurée; cette portion ainsi excavée (ou toute la cellule, lorsque le fait se présente) est remplie par une substance hyaline demi-liquide contenant quelques granulations très fines ou en manquant tout à fait. La portion de cellule non distendue est plus foncée, parsemée de granulations comme à l'ordinaire. La plupart des cellules ainsi altérées sont de moitié ou double plus grandes qu'à l'état normal, et les autres ont leurs diamètres ordinaires. Leur noyau est constamment repoussé à une extrémité ou au bord de la cellule, tantôt faisant saillie dans son excavation, tantôt, bien que rarement, faisant en quelque sorte hernie à la surface de la cellule. Habituellement il reste entouré par une certaine quantité de fines granulations moléculaires. Quant à lui, il n'offre aucune modification dans ses caractères extérieurs, ni dans sa structure.

Dans cette forme d'altération du rein, on trouve à peine 4 à 5 cellules sur 100 qui offrent un dépôt de granulations ou gouttelettes graisseuses dans leur épaisseur. En outre, celles-ci sont peu abondantes dans chaque cellule, et laissent facilement apercevoir le noyau. Aussi y a loin de là à l'état des cellules que l'on observe dans les cas où il y a albuminurie avec l'altération dite graisseuse du rein. Presque toutes les cellules contenant des granulations et gouttes graisseuses sont polyédriques, assez irrégulières, plus larges de moitié au moins que les cellules normales.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ABCÈS DU CERVELET.

Par M. le Dr Merchie.

Le nommé D..., soldat du génie, âgé de vingt et un ans, d'un tempérament sanguin, faible de constitution, entre à l'hôpital le 17 septembre 1854.

Le malade déclare n'avoir jamais eu d'autre maladie antérieure qu'une fièvre intermittente. Son teint jaune bistre fait supposer qu'il est encore sous l'influence d'une cachexie paludéenne. Cependant le malade, dont l'intelligence est parfaitement intacte, se plaint d'une violente céphalalgie, dont le siége principal est à la nuque. Le pouls est petit et accéléré. Peu de chaleur à la peau, langue nette, inappétence; retard de selles. — On prescrit un éméto-cathartique, et le lendemain un gramme de sulfate de quinine. Le fébrifuge est prescrit pendant un jour ou deux sans amendement notable. On prescrit une saignée.

Le lendemain, le malade se rejette dans son lit et se plaint d'une douleur intolérable dans toute l'étendue de la tête et de la colonne vertébrale; insomnie, agitation; le moindre bruit lui fait mal. Il demande à pouvoir être placé dans une chambre à part. — Répétition de la saignée; huit sangsues aux apophyses mastoïdes; calomel à doses fractionnées; ventouses dans toute l'étendue de la colonne vertébrale.

Le 23 septembre, point d'amélioration; opisthotonos, dilatation des pupilles, subdelirium. — Les mêmes moyens sont continués; on prescrit des sinapismes aux extrémités inférieures.

Le 24, à la visite du matin, le malade accuse un mieux sensible, qui fait espérer une convalescence prochaine. Vers deux heures de relevée, il succombe brusquement.

A l'autopsie, on trouve un vaste abcès qui occupe plus de la moitié du cervelet. Les vaisseaux des méninges sont injectés; les sinus cérébraux sont gorgés d'un sang noir et diffluent.

Cet abcès était-il d'origine récente ou ancienne? avait-il été précédé de phénomènes inflammatoires, ou était-il simplement le résultat d'un travail de désorganisation de la substance cérébelleuse? C'est ce qu'il est impossible de décider d'une manière absolue. Ce qui est certain, c'est que le pus renfermé dans la poche ou excavation de l'organe se présentait sous l'aspect d'un ichor putride d'une odeur infecte, et paraissait avoir une origine déjà ancienne.

(*Arch. belges de méd. milit.*)

TRAITEMENT DE LA MÉTRO-PÉRITONITE PUERPÉRALE.

Par M. le professeur Paul Dubois.

Ce sont pour les cas légers des sangsues *loco dolenti*, des cataplasmes et l'huile de ricin à la dose de 16 grammes; pour les cas plus graves, les moyens précédents plus le mercure et l'opium. Le mercure est employé à l'intérieur et à l'extérieur. A l'intérieur, les malades prennent le calomel d'après la formule suivante :

Calomel.	5 centigrammes.
Sucre en poudre.	2 grammes.
Extrait gomm. théb.	15 centigrammes.

F. S. A. quinze paquets. Un paquet toutes les deux heures jusqu'à salivation.

Si ce mode d'administration semble insuffisant, le ventre est couvert d'onguent hydrargirique. La quantité de cet onguent est de 100 grammes par jour pendant trois jours, puis la salivation venant, on la réduit à 50 et à 30 grammes pour suspendre la médication le cinquième ou le sixième jour. Pendant ce temps, les malades prennent le soir une pilule de 25 milligrammes d'extrait gommeux d'opium.

Dans une affection aussi grave, les forces sont promptement déprimées. M. Dubois les soutient avec une potion tonique ainsi composée :

Extrait mou de quinquina.	6 à 8 grammes.
Sirop de tolu.	30 —
Eau.	125 —

La même potion a été prescrite avec avantage dans quelques cas de gangrène vulvaire avec disposition à l'infection générale. Elle arrête aussi très notablement certaines sueurs profuses qui se manifestent en dehors de la fièvre de lait, donnent lieu à des éruptions miliaires et persistent pendant les sept à huit jours qui suivent l'accouchement. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

EMPLATRES IRRITANTS ET ANODINS.

Par M. le docteur Hughes.

La médication par les emplâtres est assez imparfaite, au point de vue surtout de l'indication qu'ils sont le plus généralement appelés à remplir, la révulsion cutanée. Il n'y a guère à choisir entre l'emplâtre de poix de Bourgogne simple et l'emplâtre stibié, le premier souvent insuffisant, le second fort douloureux, et dont la manière dont il agit sur le système nerveux, les cicatrices qu'il peut laisser après lui forcent souvent à se priver alors qu'on aurait besoin d'une action plus énergique. On remarquera parmi les formules suivantes que recommande M. le docteur Hughes ce que nous appellerons un emplâtre intermédiaire entre les deux emplâtres dont le plus grand nombre des praticiens font seulement usage. On remarquera également dans la plupart de ces formules l'addition d'axonge à la poix de Bourgogne dans le but de corriger ce que celle-ci a souvent de sec et de cassant.

Les emplâtres anodins ne sont pas très usités. Les formules que nous citerons nous paraissent pouvoir être avantageusement employées.

Emplâtre irritant de moyenne énergie.

Axonge.	50 centigrammes.
Poix de Bourgogne.	4 grammes.

Faites fondre ensemble et ajoutez :

Poudre de capsicum.	4 —

Mêlez avec soin.

L'emplâtre suivant, plus actif, est employé dans les maladies thoraciques, le rhumatisme chronique, la sciatique, etc. :

Axonge.	50 centigrammes.
Poix de Bourgogne.	4 grammes.

Faites fondre ensemble et ajoutez :

Oxyde rouge de mercure.	120 centigrammes.
Tartre stibié.	50 —

Emplâtres anodins.

Extrait de belladone.	120 centigrammes.
Poix de Bourgogne.	8 grammes.

Faites fondre et ajoutez :

Poudre d'opium.	120 centigrammes.
Extrait d'aconit.	120 —
Extrait de stramonium.	50 —
Poix de Bourgogne.	8 grammes.

Faites fondre à une douce chaleur. (*Dublin med. Press.*)

OPÉRATION CÉSARIENNE. (1)

Elément scientifique. — On ne sera pas surpris de voir cette partie

(1) Fin. — Voir le numéro du 17 avril.

traitée plus succinctement, obligé que nous avons été d'appuyer les raisons morales traitées dans l'article précédent par des développements scientifiques qui en étaient inséparables, tant cette question de l'opération césarienne est par sa nature essentiellement liée à ces deux éléments. Néanmoins nous demanderons, dans cette seconde partie, si dans l'observation que M. P. Dubois nous a donnée les membranes *furent* rompues spontanément ou artificiellement. Le mot *furent* semble impliquer qu'elles l'ont été artificiellement. Quoique l'opération ait suivi de près cette rupture, qui, je crois, a été artificielle, la remarque faite par M. Lebleu ne laisse pas que d'être pleine de justesse. Il est évident qu'avec l'intégrité des membranes la rétraction, survenant après l'extraction du fœtus, aurait laissé une plaie bien plus petite. Je me permettrai, en outre, de demander à M. le doyen de la Faculté de Paris si dès que les contractions utérines ont été bien établies il n'aurait pas pu opérer plus tôt, à la visite du matin, par exemple, moment auquel l'*orifice était notablement dilaté* et les membranes *bombaient* dans le vagin. Ne pense-t-il pas que, moins épuisée par des contractions inutiles, cette femme n'aurait peut-être pas succombé à cette défaillance qui a mis fin à son existence?

L'emploi des serres-fines, heureux dans un autre cas analogue, a été fâcheux dans celui-ci, puisqu'il a été suivi de l'issue d'une anse intestinale sur laquelle on a été obligé de pratiquer des ponctions pour en évacuer les gaz. Je considère ces dernières comme une des causes principales de la mort de cette femme, parce que j'ai vu, au commencement de mes études médicales, un malade atteint de tympanite auquel M. Moulaud, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, pratiqua de semblables ponctions et qui mourut le lendemain de l'opération.

J'aurais préféré la suture enchevillée à la suture entortillée, en ayant soin de ne pas y comprendre le feuillet péritonéal des parois abdominales.

Néanmoins, d'après le récit de l'observation, nous voyons que la première nuit a été bonne, que même une partie de la journée où l'on a pratiqué les ponctions et la suture entortillée s'est passée assez bien, et qu'à l'autopsie il n'y avait pas trace d'inflammation. Il est évident pour nous que la mort de cette femme n'est due qu'à l'une des deux causes suivantes : ou 1° à un épuisement du travail au-dessus des forces de la malade, ou 2° à une infection atmosphérique dont les hôpitaux de Paris sont imprégnés. L'une et l'autre causes peuvent avoir concouru à ce triste résultat, et M. P. Dubois nous permettra d'émettre librement notre opinion sur ce sujet.

Nous pensons que l'opération césarienne doit être faite :

1° Peu de temps (cinq ou six heures, par exemple) après l'établissement des douleurs utérines, après une dilatation moyenne de l'orifice utérin et avant la rupture des membranes, si c'est possible;

2° Hors des hôpitaux de Paris, c'est-à-dire dans la banlieue.

Dans les réflexions dont il fait suivre son observation, M. Dubois nous dit « qu'autrefois on admettait volontiers, d'après des données » qui n'avaient pas été probablement soumises à une *analyse assez* » *sévère*, que l'on avait la chance de sauver une femme sur trois ou » quatre opérations césariennes. Mais, je le répète, continue-t-il, *c'était* » *surtout du sort de l'enfant que l'on se préoccupait*, si bien qu'un des » derniers représentants de l'opinion dominante à cette époque, M. Ca- » puron, etc. » Je ferai observer à M. Dubois que dans le mémoire que j'ai adressé à l'Académie il y a plus d'un an, pour l'examen duquel il a été nommé commissaire et dont il est évident qu'il n'a pas pris connaissance encore, je crois avoir résolu d'une manière satisfaisante cette proposition, qui consiste à démontrer que les statistiques dressées jusqu'à ce jour sur la mortalité des femmes due aux opérations césariennes ont été mal faites. Mais j'arrive à un résultat opposé à celui que veut insinuer M. P. Dubois, parce que j'ai produit un nombre assez considérable d'observations prises et analysées avec tout le soin consciencieux dont j'ai été capable, en faisant des catégories bien distinctes, et qu'il est indispensable d'établir, pour séparer l'erreur de la vérité dans une discussion de cette importance.

Je soutiens et je prouve que jusqu'à ce jour les accoucheurs les plus distingués ont marché dans une fausse voie en comparant le nombre des décès à celui des guérisons appartenant à toutes les opérations césariennes connues, sans distinguer celles qui étaient compliquées d'accidents étrangers de celles qui ne l'étaient pas, sans distinguer celles qui ont été bien ou mal faites ni celles qui ont été pratiquées à propos ou non. Je dis et je soutiens que cette manière de procéder est profondément vicieuse; qu'elle conduit à une erreur radicale et ne donne pas une appréciation réelle de l'action exclusive de l'opération césarienne sur la vie de la mère et de l'enfant. Je dis et je soutiens que, pour avoir cette appréciation dans toute sa vérité, il faut élaguer toutes les observations dans lesquelles l'opération césarienne n'a été faite qu'en désespoir de cause et après des manœuvres compromettantes qui seules avaient suffi pour donner la mort à la mère et à l'enfant; qu'il faut n'accepter et n'analyser que les observations où la gastro-hystérotomie a été faite sans aucune violence, sans aucune manœuvre préalables. Voilà la statistique qui donne et donnera toujours réellement les véritables conséquences de l'opération sur la vie de la mère et de l'enfant. Eh bien, j'ai constaté, et j'appelle le contrôle de tous mes confrères sur ce terrain; j'ai constaté, dis-je, qu'examinée et jugée de cette manière, l'opération césarienne est, à l'égard des femmes qui la subissent, ce qu'est l'opération de la hernie étranglée, qui réussit d'autant mieux qu'on la pratique plus promptement, et que de même qu'il serait injuste d'imputer à cette dernière les décès qui sont dus soit à la gangrène de l'intestin, soit à une trop longue temporisation, soit enfin à la perforation de l'intestin par un opérateur maladroit, on ne doit pas attribuer à l'opération césarienne les décès dus aux manœuvres qui l'ont précédée.

En terminant, M. Dubois ne conteste pas les succès que l'on obtient ailleurs; mais à Paris, dit-il, le résultat de l'opération est *presque* toujours mortel. Pourquoi ce *presque*, lorsque dans la discussion solennelle qui eut lieu en 1852 au sein de l'Académie de médecine, l'illustre professeur a soutenu que l'opération césarienne n'avait *jamais* réussi à Paris? « Quant à l'enfant, on part, dit-il, de cette autre idée qui, comme » vous allez voir, n'est pas mieux fondée, que l'enfant est *générale-* » *ment conservé*. Il y a encore à cet égard, continue M. Dubois, une » distinction à faire : il y aurait sans doute à tenir compte de la diffé- » rence des résultats qui pourraient avoir lieu en ville, dans la pratique » civile, là où sont réunis tous les soins dont l'aisance et la sollicitude » des familles peuvent entourer les enfants et de ceux que nous obser- » vons dans les hôpitaux. Je ne veux pas préjuger ce qui arriverait » dans le premier cas; mais pour les enfants nés à la Clinique, savez- » vous, en général, ce qu'ils deviennent? Ils sont ordinairement trans- » férés dans les hospices d'enfants trouvés, où plus de la moitié suc- » combe avant qu'ils aient atteint la première année... » Et M. Dubois conclut en disant : « Par l'opération césarienne, *vous courez grand* » *risque de ne sauver ni la mère, ni l'enfant*, tandis que par la céphalo- » tripsie, en sacrifiant avec certitude l'enfant, vous sauvez *presque* » sûrement la mère. »

Il faut toute la gravité d'une question qui intéresse à la fois, et à un si haut degré, et la morale et l'humanité, pour me permettre de m'élever contre la fausseté d'un pareil raisonnement.

Comment! vous ne contestez pas les succès que l'on obtient chaque jour *hors de Paris* en faveur de la mère; et pour prouver qu'on ne sauve pas autant d'enfants qu'on le dit, de quels arguments vous servez-vous? Ne pouvant nier que la généralité des enfants est sauvée quand l'opération césarienne est faite en temps opportun et dans les conditions favorables, vous êtes fatalement conduit à vous rejeter sur des appréciations, sur des calculs de probabilité de la vie humaine qui sont sans aucune valeur au point de vue de l'opération césarienne. Quoi! il faudra d'après vous que le chirurgien calcule les probabilités futures de la vie de l'enfant qui va naître pour qu'il accommode la nature, le mode d'opération obstétricale qu'il peut être obligé de pratiquer à ces mêmes probabilités! Il ne lui suffira plus d'extraire des enfants vivants, il faudra de plus qu'il ait la certitude d'une longue longévité pour cet enfant!

Tels sont les tristes et inévitables résultats de l'erreur. Aussi la conclusion que tire M. Dubois est aussi inexacte, aussi erronée que ses arguments. « Vous courez, dit-il, grand risque de ne sauver ni la mère » *ni l'enfant*. » Et cependant, dans sa dernière opération, il a sauvé l'enfant, qu'il a eu, dit-on, la charité de recueillir. Est-ce qu'il regarderait le salut donné à l'enfant comme une exception? Son érudition est trop grande pour ne pas convenir que la mort d'un enfant est un fait rare dans les cas d'opération césarienne pratiquée en temps opportun. Ainsi pourquoi dire qu'*on court grand risque* de ne sauver ni la mère *ni l'enfant*, quand ce risque est au contraire *très petit* pour l'enfant, et qu'il est d'autant moindre pour la mère que l'opération pratiquée sur elle le sera dans les conditions obligatoires pour le succès. Pourquoi encore une fois, et je le répéterai à satiété, avez-vous fait dans Paris, dans un hôpital où vous saviez d'avance que la mort devait en être le résultat inévitable, une pareille opération? Comment se fait-il que vous ayez eu le courage de faire contre vos principes et vos préceptes ce que ne se serait jamais permis le plus grand partisan de l'opération césarienne, guidé par les principes chrétiens? Car cette femme, arrivée le 25 janvier à la Clinique, n'a été opérée que le 26 au soir. N'aviez-vous pas le temps de la faire transporter dans quelque localité de la banlieue qui eût réuni toutes les conditions hygiéniques réclamées par sa malheureuse situation? Vous n'y étiez certainement pas obligé; mais quand on recueille aussi charitablement que vous le faites les enfants produits de vos opérations, on doit regretter que vous n'ayez pas eu la pensée de faire placer la mère dans un milieu plus favorable à l'opération, heureux que vous auriez été de pouvoir, par ce moyen, sauver les deux êtres, au lieu de vous soumettre douloureusement à faire une opération que vous saviez d'avance être mortelle pour la mère.

Je dis de plus que cette préférence donnée par M. Dubois à la céphalotripsie sur l'opération césarienne est l'expression la plus vive du regret que lui a causé la cruelle nécessité à laquelle l'a réduit l'extrême étroitesse du bassin (54 millimètres), en le condamnant malgré lui à pratiquer l'opération césarienne, qu'il aurait bien certainement remplacée par la céphalotripsie s'il avait eu affaire à un diamètre de 67 à 75 millimètres. Eh bien! je n'hésite pas à soutenir, malgré tous les ménagements et la déférence dus à un homme aussi distingué que M. Dubois, que si cette femme, au lieu d'être placée au centre de Paris, avait été opérée ailleurs et même aux environs, et que, par des incidents qui ne pouvaient être prévus par l'opérateur, on n'eût pas été obligé de pratiquer des ponctions sur l'intestin hernié et distendu par des gaz, il n'est pas douteux que les chances de guérison eussent été bien plus grandes, surtout si l'on avait opéré peu de temps (cinq ou six heures, par exemple) après la dilatation suffisante de l'orifice utérin et avant la rupture des membranes.

En conséquence, il résulte des développements donnés par M. Paul Dubois que l'opération césarienne est une opération dont les nombreux succès sont incontestables et incontestés par lui-même, mais ailleurs qu'à Paris; que, puisque la force des choses (un diamètre pelvien de 54 millimètres) l'a obligé à pratiquer malgré lui cette opération qu'il savait d'avance devoir être funeste à la mère, il n'y a pas de parti plus sage à prendre que de placer les femmes affectées de rétrécissement extrême dans un lieu plus salubre où l'opération puisse avoir la double chance de sauver et la mère et l'enfant, et que ce moyen, quoi qu'en dise M. le doyen de la Faculté de Paris, est bien préférable à la céphalotripsie, qui tue sûrement l'enfant et met les jours de la mère en danger dans le cas, plus fréquent qu'on ne le pense, où le rétrécissement pelvien est plus considérable qu'on ne l'avait déterminé auparavant, comme le prouve matériellement l'observation qui donne lieu aux réflexions que nous soumettons à la critique impartiale de nos confrères.

VILLENEUVE, D.-M.-P.,
Chirurgien en chef de l'hospice de la Maternité, professeur d'accouchements à l'École préparatoire de médecine de Marseille.

CORRESPONDANCE.

Paris, 15 avril 1855.

Monsieur le rédacteur,

En vous remerciant d'avoir fait accueil à mon article sur la *statistique humaine*, veuillez me permettre d'y joindre deux mots qui en feront mieux apprécier l'importance.

Ce n'est pas d'aujourd'hui que date le mouvement qui porte vers Paris la jeunesse ouvrière de nos départements. Il est donc intéressant de comparer deux époques éloignées de vingt ans, afin de voir le changement qui s'est opéré. Je vais, pour en fournir un exemple, comparer sous ce rapport le Sarthe de 1820 à 1831 à celle de 1841 à 1851, puisque ce sont des années de recensement.

De 1803 à 1839, les morts-nés ont été confondus avec les décès généraux, ce qui diminuait évidemment de leur nombre l'excédant des naissances sur les décès inscrits, et a donné lieu à beaucoup d'erreurs que feu Demonferrand a signalées le premier, et qui ont été rectifiées depuis.

Sur 10,000 naissances viables, on compte, en France et dans la Sarthe, 344 morts-nés de 1839 à 1852; dès lors il est facile de faire aux époques antérieures la rectification indispensable signalée plus haut.

En opérant d'après ces bases, on arrive aux résultats suivants (*Annuaires*) :

Département de la Sarthe. — Moyenne annuelle.

	1820 à 1831	1841 à 1851.
Accroissement de population recensée. . . .	2,631	254
Excédant des naissances sur les décès. . . .	3,129	1,387
Différence. . . .	498	1,133

Cette différence indique, comme il a été dit dans le précédent article (numéro du 14 avril 1855), le nombre des natifs qui sont morts éloignés de leur pays natal, et dont les actes n'ont été inscrits qu'au lieu du décès.

Donc, en vingt ans, de 1826 à 1846, en moyenne, le nombre des natifs de la Sarthe morts dans d'autres départements de la France s'est élevé de 498 à 1,133, c'est-à-dire qu'il a plus que doublé!...

Observation générale. — L'étude de la statistique humaine est excessivement ardue. Dans ce problème si complexe, il ne faut négliger aucune donnée, et les rechercher toutes avec patience. Sans cette précaution indispensable, on est conduit à des résultats contradictoires ou absurdes; c'est ce qui fait dire souvent aux personnes peu réfléchies que l'arithmétique est trompeuse, et que les chiffres disent indifféremment oui et non.

C'est ainsi que jusqu'en 1839 les morts-nés ont été la cause d'erreurs graves, et classés même par certains auteurs dans les décès de 0 à 15 ans; solécisme grossier, puisqu'ils ne sont compris ni dans les recensements, ni dans les naissances, et que la première règle d'arithmétique est que les deux termes d'une *fraction* soient composés d'éléments de même espèce. Il est donc absurde de prendre *le rapport* des décès à la population correspondante en plaçant au numérateur des éléments qui ne figurent pas au dénominateur, tels que les *morts-nés*, ou en retranchant du numérateur des éléments qui figurent au dénominateur, tels que les *natifs* décédés hors des limites de leur département.

Agréez, etc. H. CARNOT.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

La Faculté de médecine de Paris a été invitée par M. le ministre de l'instruction publique à faire une présentation de candidats pour la chaire de pathologie interne, vacante par le décès de M. le professeur Requin.

MM. les docteurs qui ont l'intention de se présenter comme candidats pour cette chaire sont invités à déposer leurs titres au secrétariat de la Faculté avant le 1er mai prochain.

Le secrétaire de la Faculté de médecine, AMETTE.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

L'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen vient d'être réorganisée de la manière suivante :

Professeurs titulaires.

Anatomie et physiologie, M. Patin.
Pathologie et médecine opératoire, M. Godefroy.
Clinique externe, M. Leudet père.
Pathologie interne, M. Caneaux.
Clinique interne, M. Leudet fils.
Accouchements, maladies des femmes et des enfants, M. Couronné.
Matière médicale et thérapeutique, M. Pouchet.
Pharmacie et notions de toxicologie, M. Morin.

Professeurs adjoints.

Clinique externe, M. Flaubert.
Clinique interne, M. Mérielle.
Anatomie et physiologie, M. Melays.

Professeurs suppléants.

Pour les chaires de médecine proprement dite, M. Lévesque.
Pour les chaires de chirurgie et d'accouchements, M. Hélot.
Pour les chaires d'anatomie et physiologie, M. Gressent.
Pour les chaires de sciences accessoires, M. Emm. Blanche.
M. Dumesnil est nommé chef des travaux anatomiques.

M. Couronné, professeur d'accouchements et des maladies des femmes et des enfants, est nommé directeur de ladite École.

— Par arrêté du 18 avril, MM. Bénard, pharmacien de 1re classe, et James, docteur en médecine, ancien chef des travaux anatomiques de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens, sont nommés professeurs suppléants près ladite École.

— Par heure, un soldat fait, au pas de charge, 6 kilomètres; il en fait 3 au pas ordinaire; — le soldat romain en marche faisait 6 kilomètres; — le cheval au pas en fait 5, au trot 11, au galop 23, aux courses du Champ-de-Mars 48; — les locomotives, train ordinaire, 50 kilomètres; grande vitesse, 100 kilomètres; — les petites marées 24 kilomètres; les grandes marées du cap de Bonne-Espérance 622 kilomètres; — le cours de la Seine 2 kilomètres 3, de la Moselle 2 kilomètres 9; — les bateaux à vapeur de 7 à 22 kilomètres; — le vent de 3 à 104 kilomètres; — le son dans l'air de 1 à 228 kilomètres, dans l'eau de 5 à 148, dans le fer de 12 à 600, dans la terre de 400 à 410 kilomètres; — la lumière 1 trillion de kilomètres; — l'électricité le tour du monde en un cinquième de seconde.

LE SOUAD.
Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr.
Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 23 AVRIL 1855.

Séance de l'Académie des Sciences.

La tératologie a occupé une place considérable dans la dernière séance de l'Académie des sciences. Cinq communications, dont une a donné lieu à une discussion assez étendue, sont relatives à divers points de l'histoire des monstruosités. Nous ferons connaître d'abord le sujet de la discussion, ou plutôt de l'échange d'explications qui a eu lieu entre plusieurs membres de l'Académie.

Dans l'une des précédentes séances, M. de Quatrefages avait présenté à l'Académie un cas de monstruosité double dans lequel deux jeunes poissons vivants, assez difformes, d'inégale grandeur, adhéraient en regard l'un de l'autre par leur face ventrale aux pôles opposés d'un double vitellus, c'est-à-dire d'une double vésicule ombilicale pourvue de l'appareil vasculaire caractéristique de cette expansion du fœtus. Sur ce double vitellus, M. de Quatrefages avait cru remarquer une scissure qui lui est apparue comme le point de suture des deux vésicules ombilicales, dont la conjugaison aurait donné naissance à la monstruosité en question. En un mot, cette double monstruosité aurait été le résultat de la soudure de deux individus primitivement distincts.

Ainsi se trouverait résolue par l'observation directe une question qui divise depuis longtemps les anatomistes. Les anomalies de cette nature, au lieu d'être un fait initial, contemporain de la formation des germes et de la fécondation, seraient, au contraire, un fait subséquent et comme le résultat d'une rencontre plus ou moins tardive, d'une sorte d'entraînement d'un individu déjà formé vers l'autre. Telle était du moins la conclusion qui, aux yeux de M. de Quatrefages, ressortait de ce fait.

M. Coste, dans la dernière séance, s'est élevé contre cette hypothèse.

Un grand nombre de monstres pris dans la classe des poissons osseux, les uns vivants, et qu'il a mis sous les yeux de l'assemblée, les autres dont il a déjà opéré la dissection, lui ont permis d'établir que dans cette classe de poissons le sort de la monstruosité double se règle dès l'origine, et de démontrer que pour découvrir les causes de la loi de conjugaison mise en évidence par les travaux de M. Geoffroy Saint-Hilaire et de M. Serres, il faut remonter à l'époque de la formation des germes et admettre une espèce d'orientation primitive de ces derniers, qui serait la raison même de ces anomalies. Tous les phénomènes subséquents observés après l'éclosion ne seraient pour M. Coste que l'accentuation plus marquée de ces liens originels. Ce serait, a-t-il ajouté, prendre l'apparence pour la réalité que de donner à ces phénomènes consécutifs une autre signification.

Tel est le point de dissidence.

D'après M. de Quatrefages, il n'y aurait pas entre la manière de voir de M. Coste et la sienne propre autant de différence que les apparences pourraient le faire supposer. Le vitellus étant un élément primitif de l'œuf, on pourrait comprendre la monstruosité double comme le résultat d'une fusion de deux vitellus sur lesquels une suture indiquerait plus tard le point de conjugaison.

Mais, fait remarquer M. Coste, dans la partie qu'il a désignée sous le nom de double vitellus, M. de Quatrefages a décrit un double appareil vasculaire qui, pour tous les anatomistes, appartient exclusivement à la vésicule ombilicale, le vitellus proprement dit, ou l'analogue du jaune de l'œuf des oiseaux n'étant jamais pourvu de vaisseaux. Il s'agissait donc bien réellement, dans le sujet mis sous les yeux de l'Académie d'une double vésicule ombilicale.

M. Isidore-Geoffroy Saint-Hilaire a pris ensuite la parole pour déclarer qu'il considère les vues émises par M. Coste comme applicables avec avantage à un grand nombre de monstruosités doubles, mais non à toutes. On ne saurait concevoir, a-t-il dit, sans une union très précoce et presque primordiale les cas (les plus nombreux aussi bien que les plus remarquables de tous) où l'on voit les deux sujets composants intimement confondus dans une grande partie de leur être. M. Geoffroy Saint-Hilaire est d'avis, comme M. Coste, que pour expliquer de telles monstruosités, il faut remonter aussi près que possible de la conception.

Mais, a-t-il ajouté, il est aussi des monstres composés résultant d'unions très superficielles restreintes à une seule région du corps, à un ou quelques organes. De telles unions, par cela même qu'elles sont seulement locales et superficielles, ne semblent pas pouvoir remonter à une époque aussi reculée que celles où il y a *fusion*.

M. Geoffroy Saint-Hilaire a cité à cette occasion, comme exemple d'une union tardive, un poulet double *omphalopage* observé par son père en 1826. Dans ce monstre, complétement double, les deux sujets, d'ailleurs bien conformés, étaient réunis ventre à ventre par une portion commune allant d'un vitellus à l'autre. C'était par conséquent un exemple d'une union aussi superficielle et aussi restreinte que possible, et que l'on était dès lors conduit à considérer comme ayant dû être, non très précoce et presque primordiale, mais d'une date comparativement récente. En effet, c'est ce qu'a parfaitement démontré dans ce cas l'étude des circonstances antérieures. Ce double poulet venait d'un œuf non encore couvé et très remarquable par son volume. Cet œuf contenait deux jaunes, non-seulement distincts, mais placés à distance l'un de l'autre. Les contenants étaient séparés; les contenus aussi à plus forte raison. Les deux poulets avaient donc été d'abord des jumeaux normaux; chacun s'était développé à part vers l'un des pôles de l'œuf, jusqu'à ce qu'ayant pris un accroissement considérable, il se trouva par là même porté vers le centre à la rencontre de son frère. Ce fut alors qu'il s'unit avec lui par un point de la région ventrale.

Il résulterait donc de cet exemple, ainsi que de celui cité par M. de Quatrefages, que l'époque de l'union n'est pas toujours et nécessairement primordiale; que très précoce et presque primordiale pour les cas (qui sont les plus nombreux) où les deux sujets composants sont intimement confondus dans une grande partie de leur être, elle peut être tardive, et relativement très récente dans des cas d'union superficielle, comme ceux dont il vient d'être question; qu'en un mot l'époque de l'union, pour employer une formule plus générale, peut varier et varie avec la nature, la gravité des déviations et l'étendue de l'atrophie que présentent les individus composants.

Ajoutons toutefois que cette conclusion générale qui semble ressortir des faits invoqués dans la discussion n'implique point contradiction avec la proposition formulée par M. Coste, cette proposition n'étant relative qu'à une classe d'animaux caractérisée par l'absence d'allantoïde, la seule sur laquelle il a étudié jusqu'ici le développement des monstruosités, et ne préjugeant rien par rapport à la formation des mêmes anomalies chez les animaux pourvus d'allantoïde, et en particulier chez les mammifères ainsi que dans l'espèce humaine.

Une seconde question a été soulevée dans cette discussion : elle est relative à l'influence que le système sanguin exerce sur l'association des deux composants embryonnaires. On sait que M. Serres a formulé une loi d'après laquelle les deux composants embryonnaires seraient amenés à l'unité par l'unité même du système sanguin de la duplicité monstrueuse. Dans le cas dont il s'agissait ici la loi de relation avec le système sanguin ne pouvait recevoir son application, la circulation ne commençant, dans les poissons osseux qui ont fourni l'exemple de monstruosité en question, ainsi que l'a fait remarquer M. Coste, qu'après l'époque de la réalisation de cette anomalie.

Au milieu des divergences d'opinions qui se sont produites au sein de l'Académie à ce sujet, il y a un fait qu'on est heureux de constater, et que M. Isidore-Geoffroy Saint-Hilaire a pu faire remarquer avec un juste orgueil, c'est qu'il n'y a aujourd'hui aucune dissidence en ce qui concerne les deux points fondamentaux de la théorie de la monstruosité double, et que tous les anatomistes sont d'accord pour reconnaître l'exactitude de cette proposition formulée par E. Geoffroy Saint-Hilaire, que les monstres doubles et triples, qu'on a si longtemps appelés des monstres par excès, sont en réalité des êtres composés résultant de l'union par les parties homologues de deux ou de trois individus.

Les autres communications relatives à la tératologie sont également de nature à intéresser nos lecteurs.

Telle est la note de MM. Joly et Lavocat (de Toulouse), sur un cas d'anencéphale anoure appartenant à l'espèce bovine. Ce monstre, entre autres particularités intéressantes, présente ce fait digne d'attention, que le cerveau manquant, ou, pour parler plus exactement, étant réduit à un peu de pulpe médullaire logée sous les frontaux, tous les nerfs crâniens existaient (leurs extrémités centrales allaient se perdre dans une membrane vasculaire formant avec eux un réseau inextricable que l'on reconnaissait pour être la *pie-mère*). Ce fait viendrait à l'appui de cette opinion bien connue, que les nerfs périphériques ne prennent point naissance dans les diverses parties de l'encéphale, mais qu'au contraire ils viennent y aboutir et les former par leur épanouissement, et tendrait ainsi à confirmer la loi de *formation centripète*. Tels sont encore le mémoire dans lequel M. Goubaux décrit un taureau monstrueux par greffe d'un individu parasitaire amorphe sur un autre bien conformé, et l'opération qu'il a pratiquée avec succès pour restituer celui-ci à l'état normal. Telle est enfin l'observation curieuse communiquée par M. Laugier d'un cas de monstruosité par inclusion cutanée, consistant en une tumeur congéniale de la région sacrée, qui a été guérie par l'extirpation, sur un enfant de onze mois.

Nous nous bornerons, faute de place, à signaler les autres communications relatives soit à la médecine, soit à la physiologie. Ce sont : un mémoire de M. Gerdy sur la cure radicale des fistules à l'anus profondes; une étude ethnographique et anthropologique sur les races humaines de Hongrie, de Croatie et des provinces danubiennes; le travail de M. Poggiale sur l'origine du sucre dans l'économie animale (ce travail a été communiqué à l'Académie de médecine dans sa dernière séance); un mémoire sur le même sujet (sur la fonction glucogénique du foie), par M. Leconte; une courte note de M. Wolf, directeur de l'Observatoire de Berne, relative à l'influence qu'exerce l'ozone sur l'état sanitaire de l'homme; enfin, un mémoire de M. Marchal (de Calvi), sur les mouvements de la respiration dans le chant. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GENDRIN.

Traitement du typhus ou des fièvres typhodes. (1)

Régime diététique. — M. Gendrin place la diététique au premier rang des soins que réclament les sujets atteints de fièvre typhode. Le régime de ces malades notamment exige une surveillance et des soins particuliers. Sauf durant les premiers jours, où l'excitation est à son summum, M. Gendrin n'astreint point ses malades à une diète absolue; il y a nécessité à ses yeux de les soutenir et de prévenir les inconvénients graves de l'abstinence absolue sous l'influence de laquelle les individus s'usent en s'alimentant en quelque sorte de leur propre substance.

On comprend que pendant un certain nombre de jours, où l'excitation est portée à son summum, on maintienne les malades à la diète pour ne pas entretenir ou accroître encore cette surexcitation. Mais passé cette période d'acuité et d'excitation fébrile excessive, il faut alimenter les malades, afin de prévenir que la crase des solides et des liquides vienne à s'altérer; mais cette alimentation doit être légère et choisie parmi des substances réparatrices, mais douces, de manière à ne point trop exciter.

Il est nécessaire aussi de donner à ces malades une assez grande quantité de boissons; c'est aux boissons acidules que l'on doit en

(1) Fin. — Voir les numéros des 5 et 10 avril 1855.

général donner la préférence. Les acides étendus ont une action topique très favorable sur les membranes muqueuses. Ces boissons sont d'autant plus nécessaires que ces malades sont généralement tourmentés par une soif assez vive, par un état d'irritation des membranes muqueuses, qui tendent incessamment à se dessécher sous l'influence de l'haleine chaude qui les parcourt. Elles agissent à la fois topiquement et par leur qualité de liquide, et par la fraîcheur de leur température, et plus encore par leur propriété acide; elles agissent enfin par leur pénétration dans tout l'organisme, où elles produisent un effet sédatif secondaire sur les secondes voies.

La propreté est une condition essentielle pour ces malades. Dans la pratique civile, où cela est d'une exécution beaucoup plus facile, il est bon de changer souvent le malade de lit et même de chambre quand c'est possible. Cette précaution est également justifiée en théorie et en pratique. Tous les jours, en effet, on en reconnaît de plus en plus l'utilité, quand ce ne serait que comme un moyen de forcer les parents et l'entourage du malade à des soins de propreté qui sans cela ne seraient pas toujours suffisamment observés.

Cette médication excessivement simple, qui consiste en boissons acidules fraîches, le repos au lit, un extrême état de propreté autour du malade et l'usage de bouillons pour toute alimentation, suffit à elle seule le plus souvent pour guérir la plupart des malades. Mais il est bien entendu que l'on ne peut prétendre enrayer ni diminuer en rien par cette méthode expectante la marche régulière et les phases habituelles de la maladie.

Il est une autre indication importante qui se déduit de la propriété infectieuse du typhus, l'une des conditions les plus fâcheuses de cette maladie et qui en accroît la gravité naturelle dans la pratique des hôpitaux. On a conseillé pour prévenir les effets de cette infection l'usage de divers moyens désinfectants, tels que les fumigations oxygénées, nitrées ou chlorées.

En 1809, pendant que le typhus régnait à Vienne, Hildenbrand et P. Frank, dans le but d'expérimenter l'influence de ces fumigations, essayèrent les fumigations chlorées dans certaines salles, tandis qu'ils s'abstinrent de le faire dans d'autres. Le résultat de cette expérience fut nul, c'est-à-dire que la maladie conserva sa gravité et l'issue en fut la même dans toutes les salles. Ils remarquèrent que dans les salles trop fortement chlorées les malades en étaient incommodés sans en retirer aucun avantage; dans celles qui l'étaient moins l'effet était tout à fait nul, de sorte qu'ils durent conclure que la ventilation seule était préférable aux fumigations.

En 1815, pendant le typhus de Paris, l'administration des hôpitaux s'empressa d'établir un fumigateur dans l'un des établissements où il y avait le plus de malades. L'individu qui fut chargé de ces fonctions s'en acquittait très consciencieusement. Veut-on savoir ce qu'il en arriva? C'est que de tous les employés de la maison ce fut le fumigateur qui fut le premier pris par la contagion.

Des expériences ont été reprises en 1823 avec le chlorure de sodium, le chlorure de chaux. Mais les résultats en ont été toujours nuls ou à peu près nuls.

En somme, de tous les moyens hygiéniques la propreté et le renouvellement fréquent de l'air sont sans contredit les meilleurs.

Médication de la convalescence. — Rétablir les forces du malade, rendre aux fonctions réparatrices toute leur énergie, et dans ce but surveiller le régime et entourer le malade de toutes les meilleures conditions possibles d'hygiène, c'est en cela que consiste principalement le traitement de la convalescence du typhus.

Cependant ces moyens sont quelquefois insuffisants, et il peut être utile d'y joindre accessoirement une médication plus ou moins active. Il arrive, par exemple, chez certains convalescents, que les fonctions plastiques languissent, que les sécrétions et les excrétions ne sont encore qu'incomplétement rétablies; les fonctions digestives elles-mêmes se font mal ou incomplétement; il y a des accidents de dyspepsie nidoreuse. Il peut être alors très utile de recourir aux évacuants des premières voies joints à l'usage des toniques, des stimulants et d'une bonne alimentation.

Chez d'autres sujets il arrive assez souvent que le typhus laisse subsister une très grande débilité des facultés intellectuelles. Il persiste un certain degré de typhomanie, qui va quelquefois jusqu'à la démence. Il faut savoir temporiser dans ce cas-là, car il n'y a d'autre moyen à opposer à cet état que le régime, les bonnes conditions hygiéniques et l'éloignement des foyers infectieux.

Quant à la débilité, qui persiste quelquefois si longtemps après l'affection typhode, alors qu'il n'y a plus de crainte d'irritation ou de surexcitation et par conséquent plus de contre-indication de l'emploi des toniques stimulants, c'est surtout à cet ordre de moyens qu'il faut avoir recours dans ce cas. Le meilleur tonique, nous l'avons déjà dit, c'est une nourriture azotée, les viandes rôties et des boissons stimulantes.

On se trouve très bien dans cette période de faire changer d'air aux malades. Dans la pratique des hôpitaux il est nécessaire, par la même raison, de renvoyer de bonne heure les malades. Il en est de même dans les camps ou dans les grandes agglomérations militaires; il y a urgence, dans ce cas, à soustraire de bonne heure les convalescents à l'influence des foyers au sein desquels ils ont contracté la maladie.

La plupart des moyens dont il vient d'être question comme applicables au régime des convalescents de l'affection typhode peuvent en grande partie également être considérés comme le traitement prophylactique du typhus, en temps d'épidémie. La meilleure prophylaxie consiste, en effet, en un bon régime alimentaire, une grande propreté, le renouvellement fréquent de l'air dans les habitations, surtout quand elles sont collectives; tenir le plus possible les sujets éloignés des foyers d'infection; écarter avec soin toutes les causes morales dépressives, ainsi que tout ce qui est susceptible d'imprimer une secousse trop violente à l'économie; enfin dans le cas d'imminence, caractérisée par une sensation de brisement des membres, par de l'amertume à la bouche, de l'anorexie, etc., combattre immédiatement ces symptômes précurseurs ou prédisposants par un régime diététique approprié, et même, si cela ne suffit pas, par l'administration d'un éméto-cathartique, qui, tout en débarrassant l'économie des matières saburrales ou des produits d'une digestion incomplète, a surtout l'avantage d'imprimer une activité favorable aux fonctions digestives.

Un mot, avant de terminer, sur quelques moyens proposés pour remplir les indications relatives à certains accidents spéciaux plus ou moins graves qui peuvent survenir pendant les dernières périodes de la maladie. Au nombre de ces accidents, le plus redoutable sans contredit est la perforation intestinale. On a préconisé contre les suites de cet accident l'opium à haute dose. M. Gendrin déclare n'avoir aucune confiance dans l'efficacité de ce moyen et dans les faits à l'aide desquels on a cherché à prouver cette efficacité. Il en est de même de l'application de la glace sur le point présumé de la perforation. Ces moyens sont tout à fait impuissants pour combattre la péritonite générale consécutive à la perforation et pour en arrêter les funestes effets. Ce qui a pu donner le change à cet égard à plusieurs médecins, c'est qu'ils ont pris des phlegmons rétro-péritonéaux accompagnés très souvent de symptômes qui ressemblent à ceux d'une péritonite pour la véritable péritonite générale qui suit infailliblement la perforation. Mais si l'opium et surtout les réfrigérants sont impuissants contre ce terrible accident, ils peuvent être extrêmement utiles pour arrêter les progrès des inflammations circonscrites dont il vient d'être parlé.

HOPITAL DE LA MATERNITÉ.

De l'influence de la compression de la tête par les parties molles dans l'accouchement naturel (1).

Il arrive quelquefois que les enfants qui ont été extraits à l'aide du forceps sont pris, soit presque immédiatement, soit quelque temps après la naissance, de symptômes de congestion et de compression cérébrales, somnolence ou agitation convulsive, assoupissement profond, œil hagard, strabisme, face alternativement rouge ou pâle, constipation, pouls petit, irrégulier, lent, surtout vers la fin de la maladie. Souvent ils succombent, et à l'autopsie l'on rencontre une suffusion sanguine très considérable à la périphérie des hémisphères, épanchement à la base, injection des plexus choroïdes, etc.

Nous avons eu occasion de voir trois cas de congestion semblable qui ont offert les mêmes symptômes, la même marche; l'étiologie seule n'était pas la même, puisque les trois enfants qui font le sujet de ces observations sont nés naturellement au bout d'un travail ni trop long, ni trop court. Nous croyons pouvoir, par les lésions anatomiques que nous avons trouvées, ou tout au moins par quelques anomalies dans l'ossification du crâne, établir la relation qui existe entre ces deux ordres de faits.

Voici ces trois observations :

Le 14 avril 1854, entre à la salle Sainte-Marie, à la Maternité, une femme de stature élevée, âgée de vingt-huit ans. Elle est affectée de bronchite. Accouchée depuis trois jours, elle est à sa quatrième couche, et elle nous apprend qu'elle a perdu ses trois premiers enfants du septième au dixième jour de leur naissance. Pendant les trois ou quatre premiers jours il avaient pris le sein, teté avec assez d'avidité, puis ils avaient cessé, et avaient succombé le premier le dixième jour, le deuxième le septième, et le troisième le huitième. Elle s'était placée comme nourrice après la mort de son dernier enfant, et avait fait un très bel élève. Ces enfants, dit-elle, dormaient toujours, ne se réveillaient qu'avec peine, et finissaient par succomber dans cet état de somnolence.

Pas d'antécédents de maladies cérébrales dans sa famille ni dans celle du père.

Cette femme est accouchée le 11 avril; elle s'est toujours bien portée pendant sa grossesse; elle est forte, vigoureuse; son bassin est bien conformé. Le travail de la parturition a duré six heures. L'enfant se présentait en O. I. G. antérieure.

Le 15 mai au matin nous examinons l'enfant; il est à terme, pèse 2 kilog. 700 gram. Son aspect extérieur ne dénote aucune maladie; il paraît vif; le cri est fort. Sa mère ne pouvant l'allaiter à cause de sa bronchite, il tette bien une nourrice depuis deux jours.

Le 15 au soir, sa nourrice nous dit qu'il a moins teté que la veille; le cri est moins fort; la peau est un peu chaude, surtout à la tête; le pouls est à 115. Il avale bien l'eau sucrée qu'on lui donne à la cuiller.

Le 16 au matin, la figure est pâle; quelquefois elle est colorée par une rougeur passagère. L'enfant n'a pas évacué; le pouls est à 110, petit, irrégulier. La respiration est suspirieuse, lente; l'iris est peu contractile; les mouvements des membres sont lents, saccadés; les yeux sont quelquefois portés en haut et en dedans; le cri est plus faible que la veille. — Calomel, 0,10; lavement; huile de ricin, 8 grammes.

Le 16 au soir, le petit malade est un peu mieux; il a évacué; moins d'assoupissement; le regard cependant a gardé son étrangeté. Strabisme convergent. Le pouls est à 120, plus plein et plus régulier.

Le 17 au matin, coma; respiration plus lente; 23 inspirations par minute. L'enfant ne tette pas, ne crie pas. Le pouls est à 100, petit et irrégulier; la déglutition est très difficile. Les pieds et les mains sont froids, mais non affectés de sclérème. Mort à cinq heures du soir.

Autopsie, 24 heures après la mort. — Injection très prononcée de la pie-mère cérébrale. Les sinus sont gorgés de sang noir, sirupeux. La toile choroïdienne, les plexus choroïdes sont très fortement injectés. Sérosité sanguinolente dans les ventricules. Sur la tente du cervelet suffusion sanguine à la base du cerveau, allant jusqu'au chiasma des nerfs optiques. La substance cérébrale est rosée. Le cervelet participe à cette injection.

Rien dans le rachis; rien dans les autres viscères. Les poumons seuls sont violacés à leur partie postérieure, et comme hypostatiquement.

Mais en enlevant la calotte crânienne, nous fûmes frappés de la facilité avec laquelle nous pûmes couper les os, même au niveau des bosses frontales. Nous enlevâmes les téguments, et nous vîmes alors que les os étaient d'une ténuité extrême et d'une épaisseur si minime, que l'on voyait le jour à travers la boîte osseuse comme à travers une membrane desséchée. Ces os étaient très souples, très dépressibles sous le doigt; ils s'enfonçaient sans se fracturer, et reprenaient par leur élasticité leur ancienne forme.

L'absence de toute violence, de toute longueur dans le travail; l'absence de tout antécédent de maladie cérébrale dans la famille, la bonne conformation de la mère, nous firent penser que c'était à la ténuité seule des os, à leur dépressibilité que nous devions attribuer la congestion cérébrale qui avait fait périr notre petit malade, et probablement aussi les autres enfants de la même femme.

En effet, quelle est la cause la plus fréquente des convulsions qui surviennent, soit aussitôt après la naissance, soit peu de jours après? Ce sont évidemment les violences traumatiques sur le crâne et consécutivement sur le cerveau par la pression exercée par les branches du forceps, la dépression avec ou sans fracture faite sur les parois crâniennes par l'angle sacro-vertébral. C'est donc, en résumé, toujours la compression, quelle qu'en soit la cause, qui est la source des accidents convulsifs. Or, dans l'observation précédente, la compression du crâne, et par suite de l'encéphale, a été favorisée pendant tout le travail par l'excessive ténuité des os, et la pression exercée par l'utérus, par les parties molles sur la tête pendant toute la période d'expulsion, a suffi ici pour remplacer une cause traumatique quelconque, une violence extérieure. La compression n'a peut-être pas été assez forte pour déterminer des convulsions proprement dites, mais elle l'a été assez pour congestionner l'encéphale, engourdir les fonctions de cet organe et faire prédominer la forme comateuse et les accidents qui sont survenus.

Du reste, cette pression par les parties molles sur la tête est très forte; c'est à elle que l'on doit l'élongation du diamètre antéro-postérieur du crâne dans l'accouchement par le sommet, phénomène qui n'existe pas quand l'accouchement a lieu par l'extrémité pelvienne.

— Le deuxième fait survint dans le mois de juin 1854.

L'enfant a été pris de somnolence, de coma le deuxième jour après sa naissance. La respiration est lente, 24 inspirations par minute; le pouls est petit, concentré, à 115 pulsations; l'enfant avait teté; il était à terme. Sa mère était primipare, âgée de vingt-trois ans, bien constituée. Le toucher ne faisait apprécier aucun vice de conformation du bassin. Le travail avait duré huit heures. L'enfant se présentait en première position du sommet. Il mourut le huitième jour, après avoir présenté de plus en plus une aggravation dans les symptômes. La veille de sa mort il avait eu quelques légers mouvements convulsifs dans la bouche et dans le bras gauche.

A l'autopsie, nous trouvons une congestion générale à la périphérie du cerveau. Entre les deux hémisphères, des deux côtés de la grande faux, épanchement de sang sous l'arachnoïde; suffusion sanguine à sa base; les autres viscères sont sains; rien dans le rachis. Les os du crâne sont moins minces que dans l'observation précédente, mais les fontanelles sont très larges, les sutures très écartées; les diamètres de la tête sont normaux.

Mais là encore la compression pendant le travail a agi d'une manière évidente, et la masse encéphalique a été pressée de toutes parts, mais surtout dans le diamètre bipariétal, pendant la période d'expulsion, et cette compression a été singulièrement favorisée par la largeur des fontanelles et l'écartement des sutures.

— Le troisième fait est le suivant :

Une femme entre en douleurs à la Maternité le 20 septembre 1854; elle a déjà eu un enfant il y a trois ans, enfant qui se porte bien. Pendant toute sa grossesse, elle a eu de la diarrhée; elle est affaiblie, extrêmement pâle et anémiée.

Transportée à la salle d'accouchement, elle y accouche au bout de quatre heures de travail d'un enfant à terme, bien portant, qui crie aussitôt après sa naissance. Mise à l'infirmerie le quatrième jour de sa couche, elle a une sécrétion laiteuse abondante; la diarrhée a cessé; elle allaite son enfant, qui prend bien le sein.

Le sixième jour, l'enfant est agité; le lendemain, ses mouvements sont plus lents, les yeux hagards, fixes; constipation. Le pouls est à 125 pulsations.

Le septième jour, l'assoupissement augmente; le pouls est à 110, petit, irrégulier; la respiration est suspirieuse, entrecoupée; un peu de hoquet (calomel, 0,10; deux sangsues). Le soir, assoupissement presque léthargique.

Le huitième jour, quelques mouvements dans les bras; les doigts sont roides; le cri est faible, presque éteint; les yeux fixes, la figure grippée; quelques légers tremblements dans les lèvres, qui sont pincées; les narines sont ouvertes, dilatées. Rien à l'auscultation; pas de météorisme du ventre.

Mort à trois heures du soir.

L'autopsie est faite dix-huit heures après la mort.

Le cadavre est rigide comme pendant l'hiver, et la température était douce, + 12°. Les viscères abdominaux et thoraciques sont sains.

Le crâne ouvert laisse voir une suffusion sanguine à la partie postérieure des hémisphères et surtout à la base entre l'arachnoïde et la pie-mère. Injection très vive de la pie-mère, du cervelet et du bulbe avec épanchement en nappe qui occupe le sillon postérieur de la moelle jusqu'à la troisième vertèbre dorsale. Les sinus sont gorgés de sang noir. Les plexus choroïdes sont injectés; rien dans les ventricules. Sérosité louche au pourtour du chiasma des nerfs optiques. Les sutures sont très larges, et les fontanelles beaucoup plus grandes que de coutume, les diamètres de la tête restant normaux. La fontanelle antérieure a 0,02 de largeur; la fontanelle occipitale est aussi beaucoup plus apparente, 0,015 dans le diamètre antéro-postérieur. Fontanelle supplémentaire à 1 centimètre au-dessus de la fontanelle postérieure. La suture lambdoïde a d'un pariétal à l'autre 0,007; les deux os frontaux ne sont pas réunis de telle sorte que la partie antérieure de la fontanelle

(1) Ce travail a été lu à la Société de chirurgie.

antérieure se continue jusqu'à la racine du nez. Les os sont très peu épais, translucides et dépressibles.

Là encore nous voyons une grande étendue des fontanelles, une fontanelle supplémentaire jointe à une extrême ténuité des os. Vient ensuite s'ajouter un arrêt d'ossification, puisque les deux os frontaux ne sont pas réunis.

Nous ne ferions que répéter ce que nous avons dit plus haut : aussi n'insisterons-nous pas davantage; la compression du crâne et du cerveau pendant le travail par l'utérus et les parties molles est la cause des phénomènes pathologiques que nous avons observés pendant la vie et que l'autopsie est venue confirmer.

Les lésions que nous avons trouvées dans ces trois examens cadavériques sont exactement les mêmes que celles que l'on retrouve dans tous les cas où l'enfant a succombé à la suite de l'application du forceps, et il nous semble que l'on peut expliquer, comme nous l'avons fait, les phénomènes dont nous avons été témoin, et qui se sont traduits pendant la vie par un assoupissement, un coma plus ou moins profond et toujours par une lésion des centres nerveux.

Ces symptômes simulent une méningite commençante. Or tout le monde sait que la méningite, les épanchements sanguins sont très rares chez les enfants nouveau-nés quand il n'y a eu ni sclérème ni violence extérieure.

Mais, pourra-t-on objecter, les accidents ne se sont développés que quelques jours après la naissance; ceci est parfaitement vrai; mais les effets de la compression du cerveau ne sont pas immédiats chez l'adulte; Boyer en cite plusieurs exemples. Pourquoi en serait-il autrement chez l'enfant?

Nous-même nous avons vu un enfant très volumineux extrait à l'aide du forceps qui ne fut pris de convulsions que le cinquième jour de sa naissance, qui mourut le douzième, et qui à l'autopsie nous offrit toutes les altérations de la méningite suppurée.

Nous n'avons voulu, en publiant ces trois faits, qu'appeler l'attention des observateurs sur la cause prochaine de l'état comateux qui survient quelques jours après la naissance chez quelques enfants en apparence bien portants, issus de parents sains et qui semblaient destinés à vivre. Nous sommes loin de dire que la cause que nous avons indiquée soit la seule, mais nous ne l'avons vue signalée nulle part. En parcourant les traités spéciaux, nous n'avons rien trouvé. Seulement dans le *Bulletin de thérapeutique*, septembre 1847, M. le docteur Berton a publié sous le nom d'*Engourdissement des nouveau-nés* trois observations qui ont, quant aux symptômes, quelques points de ressemblance avec les nôtres.

Nous regrettons que M. Berton n'ait parlé ni de l'état des os du crâne, ni de l'état des fontanelles et des sutures; il aurait peut-être trouvé les mêmes conditions anatomiques que nous avons signalées. Nous n'avons du reste voulu par ces quelques lignes que tâcher de prouver que l'extrême ténuité des os du crâne, le très grand écartement des sutures, la largeur insolite des fontanelles peuvent dans certains cas, concurremment avec la pression exercée sur la tête par l'utérus et les parties molles, être la cause de l'épanchement encéphalique, du coma qui en est la suite et enfin de la mort. CHARRIER.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 16 avril 1855. — Présidence de M. REGNAULT.

Embryogénie tératologique. — Origine de la monstruosité double chez les poissons osseux. — M. Coste, à l'occasion de la communication faite par M. de Quatrefages dans la séance du 19 mars dernier sur un cas de monstruosité double chez un poisson, présente à l'Académie douze monstres de cette espèce, parmi lesquels sept dans l'alcool qui font partie de sa collection d'embryogénie comparée et cinq vivants qui font partie de sa piscine du collége de France.

Cette présentation a pour objet d'établir que les monstruosités doubles se forment dès l'origine de la formation des germes.

M. Coste entre à ce sujet dans des développements qui donnent lieu ensuite à une discussion que nous résumons au premier-Paris.

— M. Lereboullet adresse sur ce même sujet une lettre à M. de Quatrefages dans laquelle il annonce que depuis sa précédente lettre à l'Académie, il a réussi (le 4 avril) à produire artificiellement des monstres en mettant des œufs de brochet fécondés dans de mauvaises conditions de développement. Il a eu de moment une vingtaine d'œufs offrant des anomalies très variées, et de l'étude qu'il a faite de leur formation il est résulté pour lui que la duplicité provient de la formation de deux centres ou de deux points d'origine de développement partant tous deux du bourrelet blastodermique, c'est-à-dire de ce bourrelet marginal qui limite le sac blastodermique lorsque celui-ci a envahi la presque totalité du vitellus. Chacun de ces deux points produit une bandelette; chacune de ces deux bandelettes se sillonne longitudinalement, et il en résulte deux corps embryonnaires qui tiennent tous deux au bourrelet générateur.

Anencéphale anoure de l'espèce bovine. — MM. N. Joly et A. Lavocat, professeurs à la Faculté des sciences de Toulouse, adressent une note descriptive d'un cas d'*anencéphalie* de l'espèce bovine, dont il n'existe pas d'exemple authentique dans la science chez les animaux de cette espèce. Cette monstruosité consiste en une absence de cerveau et de la moelle épinière avec un crâne à large ouverture en arrière et au-dessus, et une fente de l'épine dorsale dans toute sa longueur.

Bien que la voûte du *crâne* ne se fût point fermée, cependant tous les os qui la constituent à l'état normal existaient encore, mais seulement très réduits dans leurs dimensions ou déjetés horizontalement sur les parties latérales de la tête, et conservant malgré ce désordre apparent leurs connexions naturelles entre eux.

Le canal rachidien se présentait sous la forme d'une gouttière plus ou moins profonde, tapissée à l'extérieur par les enveloppes de la moelle spinale. Plusieurs vertèbres manquaient (trois dorsales, trois sacrées et toutes les coccygiennes). De nombreuses soudures avaient lieu entre les vertèbres de toutes les régions.

Le *cerveau* était représenté par un peu de pulpe médullaire logée sous les frontaux, et par les trois membranes qui le protégent dans les cas ordinaires. De ces membranes, la plus extérieure, ou dure-mère, tapissait tout l'intérieur du crâne. Tous les nerfs crâniens existaient, mais leurs extrémités centrales allaient se perdre dans une membrane vasculaire formant avec eux un réseau inextricable et à mailles très serrées, que l'on reconnaissait aisément pour être la pie-mère. L'arachnoïde existait probablement, mais confondue peut-être avec la dure-mère. Cette dernière membrane tapissait aussi toute la gouttière vertébrale. Sur deux lignes parallèles écartées l'une de l'autre de 5 à 6 millimètres, on voyait la plus externe des méninges rachidiennes percée d'un grand nombre de trous par lesquels sortaient des houppes de filaments nerveux très déliés et de grandeurs fort inégales. Ces filaments étaient tout à fait libres à l'une de leurs extrémités.

Cette disposition, ajoutent les auteurs, ne semble-t-elle pas indiquer que les nerfs périphériques ne prennent point naissance dans les diverses parties de l'encéphale, mais qu'au contraire ils viennent y aboutir et les former par leur épanouissement?

N'est-ce pas une éclatante et nouvelle confirmation de la *loi de formation centripète*, formulée pour la première fois par l'un de nos plus grands anatomistes; loi moins générale peut-être que ne le croyait son auteur, mais loi féconde, qui donne la clef d'une foule de phénomènes d'organogénie et de tératologie entièrement inexplicables sans elle?

Le *système musculaire* présentait une tendance à la soudure, à l'atrophie et à la transformation graisseuse. La dégénérescence graisseuse, dans un cas d'absence presque totale des centres nerveux, mérite d'autant plus d'être notée, que le même phénomène s'observe assez souvent chez les individus de notre espèce affectés de maladies mentales.

Les *appareils circulatoire, respiratoire et génito-urinaire* n'ont offert aucune anomalie digne d'être signalée. Sauf l'imperforation de l'anus, le canal digestif n'avait non plus rien de particulier dans sa structure.

Cette indication rapide des particularités anatomiques que le scalpel a dévoilées chez ce monstre suffit pour démontrer la grande ressemblance qui existe entre ce veau anencéphale et les anencéphales humains qu'ont décrits MM. Lallemand et E. Geoffroy Saint-Hilaire, l'un dans sa thèse inaugurale, l'autre dans le deuxième volume de sa *Philosophie anatomique*; tant il est vrai que des lois identiques et régulières président au développement physique de l'homme et à celui des êtres réputés les plus irréguliers. (Commissaires : MM. Serres, Isidore Geoffroy Saint-Hilaire et de Quatrefages.)

Taureau monstrueux par greffe d'un individu parasitaire amorphe sur un autre bien conformé; restitution de celui-ci à l'état normal par une opération chirurgicale. — M. Goubaux communique un mémoire dans lequel il décrit un taureau monstrueux double parasitaire, de la famille des polygnathiens, le même dont M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire a entretenu déjà l'Académie le 16 février 1851 et dont il a fait le type du nouveau genre *desmiognathe*, ainsi caractérisé :

Suspension, sous le col ou sous le sternum, par l'intermédiaire d'un pédicule musculaire et cutané, d'une masse parasitaire constituée par une tête imparfaite, principalement par les os et muscles de la face.

M. Goubaux rend compte, en outre, dans ce mémoire, de l'opération qu'il a faite dans le but de séparer l'individu parasitaire et de restituer l'animal régulièrement conformé dans l'état normal, opération qui a été suivie d'un succès complet. (Même commission.)

Tumeur congéniale de la région sacrée. Monstruosité par inclusion cutanée guérie par l'extirpation sur un enfant de onze mois. — M. Laugier rapporte le fait suivant qui intéresse à la fois la chirurgie et la tératologie :

Au mois de novembre 1853 fut admis avec sa mère, salle Saint-Augustin, n° 3, à l'hôpital de la Pitié, un enfant de onze mois, du sexe féminin, Marie Flamain, née à Neuilly-Saint-Fron, département de l'Aisne, d'une mère de trente-quatre ans, bien constituée. Cette petite fille avait apporté en naissant une tumeur tenant par un large pédicule à la région du sacrum, et qui, déjà volumineuse à la naissance, s'était accrue lentement et continuait à augmenter de volume en attirant à elle la peau des régions sacrée et lombaire. L'enfant avait peine à se tenir debout, perdait son équilibre et était condamné à un repos presque absolu. De plus, sa santé générale était faible; il était pâle, maigre et sujet à la diarrhée. Il était arrêté dans son développement, et la tumeur, qui vivait à ses dépens, paraissait devoir amener dans un temps assez court l'épuisement et la mort.

L'idée d'une opération se présentait aussitôt à l'esprit; mais cette opération, dans tous les cas fort grave pour un sujet aussi jeune et aussi faible, était-elle praticable? N'était-elle point contre-indiquée soit par la nature de la tumeur, soit par le mode de connexion qui l'unissait à la région sur laquelle elle était implantée? La consistance de cette tumeur était celle du lipome dans presque toute son étendue; en quelques points on sentait une fluctuation profonde; mais ce qui éveillait surtout l'attention, c'était la présence bien manifeste de parties osseuses profondément engagées dans sa substance. Une tumeur congénitale développée au niveau de la région postérieure du bassin, et offrant en quelques points une consistance osseuse et, en d'autres points, de la fluctuation, revêtue d'ailleurs de téguments sains, faisait naître la pensée d'une monstruosité par inclusion sous-cutanée, l'une des variétés indiquées par M. Isidore-Geoffroy Saint-Hilaire. Mais sa connexion avec l'autosite permettait-elle l'ablation? La tumeur était complètement mobile sur le sacrum; son pédicule était large et de consistance fibreuse : la fluctuation indiquée pour le corps de la tumeur ne s'y prolongeait pas. Celle-ci n'était point réductible même en partie, et le toucher ne faisait reconnaître sur le sacrum aucune fissure, aucune ouverture anomale. Ce n'était donc pas un cas de *spina bifida*; et en admettant la monstruosité par inclusion, l'adhérence avec l'autosite paraissait simplement fibreuse. Dès lors je résolus d'enlever la tumeur.....

Une incision elliptique fut pratiquée sur la tumeur elle-même au voisinage du pédicule, de manière à rendre à la région du sacrum ses téguments, et à pouvoir pratiquer dans la plus grande partie de la plaie la réunion immédiate. Je ne craignis pas de conserver une trop grande quantité d'enveloppe tégumentaire, sachant fort bien que la peau distendue par une tumeur revient sur elle-même après l'extirpation de celle-ci, et peu à peu occupe moins de surface en reprenant l'épaisseur qu'elle avait perdue.

La tumeur fut promptement enlevée; cependant l'enfant eut une syncope dont il fut toutefois facile de le faire revenir. Huit points de suture entortillée servirent à fermer les trois quarts de la plaie. Le traitement fut très simple. A dater du jour de l'opération la diarrhée diminua, et ne tarda point à être arrêtée. Des bains dans l'eau de son, des cataplasmes de farine de graine de lin enveloppant toute la région des lombes et des cuisses servirent à contenir l'inflammation traumatique dans des limites très restreintes.

L'enfant continua à prendre le sein, et au bout de quelques jours quelques crèmes de riz. Enfin il était presque guéri au bout de trois semaines, lorsque l'invasion du choléra dans ma salle décida la mère à retourner dans son pays.

L'enfant a atteint aujourd'hui vingt-trois mois. Il a repris de l'embonpoint, le coloris de la santé; il est vif, et peut exécuter sans gêne tous les mouvements du tronc et des membres inférieurs.

La tumeur, incisée après l'opération, contenait plusieurs kystes du volume d'une noix ou d'une grosse noisette renfermant une matière grasse. L'un de ces kystes me parut tapissé à l'intérieur d'une membrane muqueuse revêtue de poils fins et nombreux. Je ne voulus point pousser plus loin l'examen anatomique, et, dans l'hypothèse que j'avais faite d'une monstruosité par inclusion sous-cutanée, je me hâtai de porter cette pièce à M. Geoffroy Saint-Hilaire.

L'examen de la tumeur, fait par M. Rouget, a fait reconnaître :

1° Un tissu cellulo-adipeux tout à fait analogue à celui des lipomes, et constituant la plus grande partie de la tumeur;

2° Au niveau de la surface d'implantation de la production morbide, de nombreux kystes à parois celluleuses, denses et épaisses, logés au milieu du tissu adipeux, contigus et adhérents les uns aux autres; contenant : les plus gros, un liquide au milieu duquel nageaient des grumeaux blancs caséiformes; les plus petits, une substance blanche, crémeuse, entièrement semblable à celle que l'on trouve dans les loupes et tannes, et constituée comme elle par des plaques et cellules épidermiques, infiltrées de globules graisseux. Un de ces kystes présente des poils nombreux, roides et courts, implantés sur la paroi, et saillants à l'intérieur.

3° Mais ce que cette production morbide présente surtout d'anomal et d'intéressant, ce sont des fragments osseux enfouis en quelque sorte au milieu du tissu adipeux, au voisinage immédiat des kystes, à la paroi externe desquels ils adhèrent par des prolongements celluleux. Ces fragments présentent l'aspect intérieur et la structure constatés par l'examen microscopique du tissu osseux. Ce ne sont pas de simples incrustations osseuses, mais de véritables os.

La forme d'un de ces fragments représente une moitié de corps de vertèbre avec un arc (costal ou vertébral) correspondant.

Séance du 23.

L'Académie des sciences a procédé dans cette séance à l'élection d'un membre correspondant dans la section de médecine et de chirurgie en remplacement de M. Orfila. Les candidats présentés par la section étaient :

En 1re ligne,	M. Bonnet, à Lyon.
En 2e ligne,	M. Guyon, en Algérie.
En 3e ligne, *ex æquo*,	M. Denis (de Commercy), à Toul.
	M. Gintrac, à Bordeaux.
En 4e ligne,	M. Stoltz, à Strasbourg.

Sur 52 votants, ont obtenu :

M. Bonnet.	39 voix.
M. Guyon.	11
M. Stoltz.	2

En conséquence, M. Bonnet a été proclamé membre correspondant de l'Académie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 11 avril 1855. — Présidence de M. HUGUIER.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Nystagmus double congénial. — M. LARREY présente un militaire atteint de nystagmus double au degré le plus prononcé, avec cette observation sommaire :

Le nommé Bonnemet, du 1er régiment de carabiniers, admis au service par le conseil de révision de sa localité, à cause de sa grande taille (1 mètre 95 centimètres), se trouve cependant affecté d'une infirmité assez rare de la vue, et d'autant plus grave qu'elle est congéniale et compliquée. Il a un nystagmus des deux yeux avec amblyopie et un peu de mydriase. Divers renseignements nous ont appris que son frère aîné, son plus jeune frère et trois de ses sœurs sont affligés de la même maladie à des degrés variables. On prétend même que l'un de ses parents moins proche aurait été réformé autrefois pour la même cause. Mais nous ne pouvons garantir l'authenticité de ces renseignements.

Quoi qu'il en soit, le jeune soldat dont il s'agit a été présenté par M. le docteur Boulongne, aide-major de son régiment, à M. le professeur Nélaton d'abord, ensuite à MM. Sichel et Desmarres, enfin à nous, et tous nous avons constaté l'existence de cette affection appréciable au plus haut degré.

Entré au Val-de-Grâce d'après notre avis, et placé dans le service de la clinique chirurgicale, le malade nous a offert, ainsi qu'à notre aide de clinique, M. Boucqueret, l'état suivant, que MM. les membres de la Société peuvent reconnaître :

Les deux yeux, regardant la lumière, éprouvent une mobilité à peu près continue, similaire de chaque côté, transversale à l'axe visuel, et si rapide que le nombre des oscillations est de 180 par minute. L'aspect de l'œil, à droite et à gauche, présente une faible saillie, comme chez certains myopes, et une dilatation assez marquée de la pupille, du reste plus contractile que chez les amaurotiques; mais point d'opacité dans l'appareil du cristallin, ni d'altération bien appréciable plus profondément. (M. Desmarres a indiqué cependant, à l'aide de l'ophthalmoscope, un arrêt de développement des vaisseaux de la rétine et une saillie prononcée de la papille optique.)

Si le malade cherche à fixer son regard sur un objet quelconque placé devant lui à distance et trop éclairé, il ne peut le distinguer, ou bien il croit le voir vaciller d'une façon isochrone aux mouvements mêmes de ses yeux. Mais il parvient aisément à discerner les objets placés à sa gauche, à condition d'incliner légèrement la tête dans ce sens. Le nystagmus s'arrête alors dans les deux yeux, qui deviennent momentanément immobiles, comme dans un état de strabisme divergent.

Ce phénomène ne se reproduit point du côté droit, et dès que les yeux se portent dans cette direction, ils éprouvent leur mouvement oscillatoire habituel, sans possibilité aucune de fixer un objet ou de lire des caractères d'imprimerie, même de grande dimension. Mais si le regard est dirigé de haut en bas et de bas en haut sur un point mobile, sur un doigt, par exemple, l'oscillation, sans être suspendue, se ralentit, et permet la perception visuelle, même à une distance ordinaire. La vue éprouve d'ailleurs une modification telle que le malade peut écrire avec plus de facilité qu'il ne lit, peut-être à cause de la direction des yeux plus fixe et plus inclinée sur la plume que sur un livre. Il éprouve enfin, après deux ou trois minutes d'attention, une sorte de fatigue; il ne distingue plus aucun objet, et paraît momentanément atteint de cécité.

M. Larrey, en présentant ce cas de nystagmus, ne croit guère à sa curabilité, surtout par la ténotomie. Il essayera seulement de ralentir et de détourner la mobilité des yeux par l'application des louchettes et par une sorte de gymnastique oculaire; mais il serait désireux avant tout, d'avoir l'avis de ses collègues sur le fait qui lui semble mériter leur attention.

M. Houel fait remarquer dans ce cas l'existence d'une déformation de la pupille. L'iris est notablement plus étroit du côté droit.

M. J. Cloquet rappelle que le nystagmus est assez fréquent sur les aveugles de naissance, mais qu'il n'en a vu qu'une seule fois en dehors de ces conditions sur une malade entrée en 1828 à l'hôpital Saint-Louis pour une cataracte. M. Cloquet la soumit à l'opération, qui réussit à gauche seulement. Quand on enfonça l'aiguille dans l'un des yeux on le fixa, et l'on put arrêter aussi les mouvements de l'œil opposé.

M. Laborie a vu un jeune homme atteint de cette infirmité; il ne pouvait fixer les objets, et, pour exercer sa profession de musicien, il était obligé d'apprendre d'abord par cœur la musique. Il n'eût point été exempté du service militaire si l'on n'eût constaté un peu d'amblyopie sur l'un des yeux.

M. Gosselin. Ce fait est remarquable par deux circonstances : 1° l'absence de lésions dans le cristallin; 2° la dilatation considérable des deux pupilles, qui sont en même temps très immobiles. L'on note aussi dans ce cas un affaiblissement de la vision.

Il n'y a point de traitement à opposer à cette affection. On a fait à la vérité quelquefois la section des muscles droits interne et externe, mais cette section n'a point eu de résultats satisfaisants, et une exophthalmie peut en être la conséquence. C'est la mydriase qui empêche de voir dans ce cas. D'ailleurs, cette convulsion des muscles de l'œil diminue avec l'âge; et à ce propos M. Gosselin cite l'exemple d'un de nos confrères qui est atteint de nystagmus, et qui voit cette affection diminuer peu à peu.

M. Boinet ne pense pas que chez le confrère auquel M. Gosselin vient de faire allusion le nystagmus ait diminué. Quant aux guérisons de cette maladie annoncées par MM. Bonnet, Philips et Guérin à la suite de la section des muscles, il ne les trouve point satisfaisantes. L'on a pu éteindre l'état convulsif des muscles oculaires, mais on lui a substitué un état plus fâcheux. M. Boinet a vu un malade auquel on coupa d'un côté l'un des muscles droits; il y eut strabisme du côté opposé et exophthalmie. Enfin l'œil était plus difforme qu'avant l'opération, quoique les mouvements latéraux eussent cessé. M. Guérin prétend, à la vérité, que la ponction sous-cutanée ne donnerait point lieu à l'exophthalmie.

M. Larrey engage ses collègues à émettre leur avis sur ce malade, car il aura sans doute à se prononcer sur sa position militaire.

M. Lenoir a toujours vu le nystagmus accompagné de quelque autre affection de l'œil. Il a relevé, dans sa *Thèse sur les opérations qu'on pratique sur les muscles de l'œil*, tous les cas où l'on a coupé ces muscles, et il est arrivé à ce résultat qu'il n'y avait rien à faire, parce que la récidive avait lieu à la suite de la réunion des muscles coupés.

M. Guersant a vu des enfants atteints de nystagmus en même temps que de cataracte, et il a voulu essayer dans ce cas la gymnastique oculaire à l'aide de lunettes à strabisme; mais les enfants ne savaient point se soumettre aux exigences de ce traitement. Peut-être sur un adulte, comme celui que M. Larrey vient de nous présenter, serait-il possible d'arriver à un résultat aussi satisfaisant que celui obtenu par la gymnastique dans la chorée.

RAPPORT.

M. Danyau lit un rapport sur un travail de M. Charrier, intitulé *De l'influence de la compression de la tête par les parties molles dans l'accouchement naturel* (1). Les conclusions de ce rapport sont :

1° D'écrire une lettre de remercîments à M. Charrier pour son intéressante communication;

2° D'insérer son mémoire dans les comptes rendus de la Société.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

La Société décide que le rapport de M. Danyau sera inséré dans ses *Bulletins* à la suite du travail de M. Charrier.

Rapport de M. Danyau sur le travail précédent. — M. Charrier, interne de la Maternité, a lu dans une des dernières séances un mémoire intitulé *De l'influence de la compression de la tête par les parties molles dans l'accouchement naturel*, dont MM. Lenoir, Laborie et moi avons été chargés de vous rendre compte. (Voir plus haut.)

La tête du fœtus a toujours été en obstétrique un objet particulier d'étude. Ses dimensions, le rapport de ses diamètres avec ceux du bassin, la disposition de ses sutures, la forme de ses fontanelles, les différences capitales qui distinguent les os de sa voûte de ceux de sa base sont très minutieusement indiqués dans les traités même les plus élémentaires. L'art ne repose-t-il pas en partie sur ces notions essentielles?

Dans cette étude on a particulièrement insisté sur l'utilité de certaines dispositions anatomiques qui permettent des changements de forme favorables à la progression de la tête à travers la filière qu'elle doit traverser, et telle est l'importance qu'on attache à la dépressibilité et au chevauchement facile des os qu'on considère comme fâcheuses, dans quelques cas au moins, l'ossification trop avancée, l'étroitesse des sutures, la petitesse des fontanelles. On a été moins frappé des conséquences possibles d'une ossification en retard d'où résulte une grande ténuité des os, d'un excès de largeur des sutures et de la grandeur des fontanelles, d'où résulte un chevauchement trop considérable, et l'on passe en général légèrement sur les dangers d'une protection insuffisante du cerveau pendant le travail par des os encore trop minces ou trop écartés même au terme de la grossesse. Nous ne voulons pas dire que ces dispositions et ces effets aient été oubliés dans les traités d'obstétrique; ce serait nous exposer à un bien facile démenti. Nous-même n'avons-nous pas rapporté un exemple de fracture du crâne tout au moins favorisée par l'extrême ténuité des os? Mais ce n'est point sur des accidents de cette espèce, bien connus des praticiens, que M. A. Charrier a voulu appeler votre attention; c'est sur des conséquences moins prévues, non encore indiquées et cependant tout aussi graves.

La compression que la tête du fœtus subit en traversant le canal osseux et membraneux qui lui livre passage est à la fois produite par les os et par les parties molles, et si dans la plupart des cas elle semble n'avoir rien à redouter de celles-ci, elle peut, dans les conditions exceptionnelles d'ossification que nous avons signalées, n'être plus aussi bien préservée. Le segment inférieur de l'utérus, les muscles qui recouvrent la face interne du bassin, le plancher musculo-membraneux qui ferme le détroit inférieur, telles sont les parties molles dont l'action sur la tête peut exceptionnellement devenir fâcheuse. On remarquera que la compression qu'elles peuvent exercer, bien différente de celle des os, est active, ces couches et ces plans étant contractiles et se contractant quelquefois avec une grande énergie. Largement embrassée et comme coiffée par moments, la tête subit ainsi une pression qui se répartit, il est vrai, sur une surface étendue, mais qui par cela même ne permet pour ainsi dire à aucune partie de la substance cérébrale sous-jacente de se soustraire à ses effets, et produit une condensation générale de la masse tout entière. A la vérité, cette pression, intermittente comme la cause qui la produit, et d'ailleurs généralement de courte durée à chacun de ses retours offensifs, ne paraît pas de prime abord bien redoutable en l'absence de toute viciation du bassin, de toute anomalie dans la présentation fœtale, et semble même le devenir de moins en moins à mesure que la dilatation de l'orifice utérin et plus tard celle de l'orifice vulvaire permettent à la tête de s'engager, de s'allonger et d'échapper par un changement de forme aux dangers qui menaçaient son contenu quand elle était comprimée de toutes parts. Ces réflexions se sont tout d'abord présentées à notre esprit, et rappelant alors à notre souvenir les cas assez nombreux dans lesquels nous avions, soit à l'hôpital, soit en ville, constaté une flexibilité insolite des os du crâne ou une largeur excessive des fontanelles sans préjudice pour la santé ultérieure de l'enfant, nous avons dû, en attendant de nouveaux faits, considérer comme de rares exceptions les accidents signalés par M. Charrier. C'est au reste ce qu'avec une sage réserve il reconnaît lui-même, tout en insistant sur la seule interprétation applicable aux cas observés par lui.

Trois enfants nouveau-nés, dont la naissance avait été heureuse et facile, chez lesquels la vie extra-utérine s'était tout de suite bien établie et avait franchement et régulièrement continué pendant quelques jours, éprouvent tout à coup, sans cause appréciable, une série de symptômes qui décèlent un état cérébral de plus en plus grave. Leur cri était fort, il s'affaiblit et bientôt cesse de se faire entendre; la succion était vive et facile, ils refusent le sein, acceptant à peine un peu de liquide à la cuiller, et bientôt n'avalent qu'avec peine. A des selles régulières succède la constipation; la respiration pleine et libre se ralentit et s'embarrasse; au milieu d'alternatives de pâleur et de rougeur du visage, de fréquence et de ralentissement du pouls, de chaleur et de refroidissement, la tête paraît s'embarrasser, le regard devient étrange, les membres semblent s'alourdir et ne se meuvent plus que lentement et avec peine; à une somnolence plus ou moins prolongée succède un coma profond, quelquefois accompagné de légers mouvements convulsifs et bientôt suivi de la mort.

Et que trouve-t-on à l'autopsie? Constamment une congestion cérébrale très vive et une suffusion sanguine au siége le plus ordinaire des apoplexies méningées chez l'enfant nouveau-né, à la base du cerveau, sur et sous la tente du cervelet.

Or quelle est la cause ordinaire de ces épanchements sanguins, ou plutôt dans quelles circonstances les observe-t-on? N'est-ce pas chez les enfants dont la tête, en traversant seule ou à l'aide du forceps un bassin trop étroit, a subi une compression excessive, portée ou non jusqu'à la dépression et à la fracture des os? Mais dans les trois cas cités par M. Charrier le bassin était bien conformé, et l'accouchement n'avait été ni long, ni laborieux. Comment des altérations semblables à celles qui résultent d'une parturition difficile à travers un canal osseux rétréci ont-elles donc pu se produire? Si la conformation des organes maternels, si les circonstances de l'accouchement ne peuvent rendre compte de ce résultat, ne pourrait-on pas l'expliquer par l'état de la voûte du crâne, dont les os étaient incomplétement ossifiés, excessivement minces, très dépressibles dans un cas, séparés par de très larges sutures et des fontanelles très grandes avec des diamètres d'ailleurs normaux dans les deux autres? Ces dispositions ont frappé M. Charrier, et en l'absence de toute autre explication possible, suivant lui, la cause des accidents n'a plus été douteuse. Ce que des parois et des angles osseux peuvent produire dans les conditions de conformation normale de la tête, pourquoi des parties molles plus ou moins résistantes, et qui de temps en temps deviennent plus fermes encore et presque dures par la contraction des plans musculeux qui entrent dans leur composition, ne le produiraient-elles pas sur une tête que certaines dispositions anatomiques rendent par trop compressible?

Tout cela paraît fort admissible de prime abord, et pourtant, pour mieux décider cette question, quelques détails de plus n'auraient-ils pas été nécessaires? Les observations de M. Charrier n'en donnent pas assez, suivant nous, sur la durée des diverses périodes du travail, en particulier sur la longueur du séjour de la tête dans l'excavation, puis sur la fréquence ou la rareté des contractions utérines, par conséquent sur la durée des intermittences pendant lesquelles tout effet fâcheux se trouve suspendu, en outre sur l'état du segment inférieur de l'utérus pendant la dilatation de l'orifice et sur celui du plancher du bassin pendant les efforts expulsifs, enfin sur la conformation plus ou moins modifiée de la tête immédiatement après la naissance. Nous ne signalons pas ces lacunes pour en faire un reproche à M. Charrier, qui, n'ayant point assisté à ces trois accouchements, n'a pu consigner des détails que les circonstances ne lui ont pas permis de constater, mais pour faire sentir la nécessité de les mentionner expressément dans les observations qui seront ultérieurement recueillies pour l'élucidation d'une question qui nous paraît encore obscure.

N'avons-nous pas déjà, dans nos courtes réflexions préliminaires, émis quelques doutes sur la véritable cause des accidents observés et si bien décrits par M. Charrier? N'avons-nous pas fait voir comment, même dans les conditions exceptionnelles favorables à leur développement, la tête semble devoir le plus souvent échapper à cette influence fâcheuse? Et pourquoi d'ailleurs n'invoquer, pour rendre compte des symptômes et des altérations pathologiques, qu'une tardive et imparfaite ossification des os du crâne? Pourquoi ne pas faire entrer, par exemple, dans les éléments de l'explication recherchée, l'état du système vasculaire intra-crânien?

Pourquoi n'existerait-il pas chez certains sujets une prédisposition aux congestions sanguines et à la facile rupture des vaisseaux, si bien que le plus petit effort, le plus faible tiraillement produirait ce qui dans les circonstances ordinaires ne serait pas à craindre, comme on voit pour des causes légères les enfants d'une même famille, organiquement prédisposés, être la proie des convulsions? Peut-être expliquerait-on mieux de cette façon la mort de tous les enfants qu'a mis au monde la mère du nouveau-né qui fait le sujet de la première observation de M. Charrier, et qui tous, comme celui qui les a suivis, ont succombé quelques jours après leur naissance avec des symptômes en apparence identiques. Une jeune femme de ma clientèle accouche deux fois à dix-huit mois de distance, la première fois après quatre heures, la seconde fois au bout de deux heures d'un travail simple et peu douloureux. Chez chacun de ces enfants un céphalœmatome se produit sur le pariétal droit. Ne peut-on pas se demander s'il n'existait pas chez ces deux sœurs une prédisposition du genre de celle que j'invoquais tout à l'heure? Ce qui a lieu en dehors du crâne n'aurait-il pas pu se produire à l'intérieur, et au lieu d'un céphalœmatome nous aurions eu deux fois de suite affaire à une apoplexie méningée? Mais je ne veux pas insister sur des considérations qui ne s'appuient, nous en convenons, que sur des présomptions ou des analogies. En l'absence d'une explication parfaitement satisfaisante, nous avons voulu seulement montrer que le point sur lequel M. Charrier a insisté n'est pas le seul à considérer; nous avons voulu appeler son attention sur d'autres causes possibles des accidents qui font le sujet de son intéressant travail, afin que dans ses recherches ultérieures il envisage la question sous toutes ses faces et achève d'élucider, à l'avantage de l'obstétrique et de la médecine légale, le point de pathologie infantile qu'il s'est proposé d'éclairer.

Son premier essai dans cette voie, messieurs, mérite tous nos encouragements, et nous avons l'honneur de vous proposer :

1° D'écrire une lettre de remercîments à M. Charrier pour son intéressante communication;

2° D'insérer son mémoire dans les comptes rendus de la Société.

M. Laborie croit devoir faire remarquer que, selon lui, dans les cas cités par M. Charrier il ne s'agit point d'accidents de compression.

M. Danyau répond à M. Laborie que c'étaient là des accouchements très faciles.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. Chassaignac montre une pièce d'ivoire servant de râtelier et qu'il a extraite de l'œsophage d'un malade. Cet homme, âgé de soixante-deux ans, était atteint depuis trois semaines d'une paralysie du facial, lorsqu'en mangeant sa soupe il crut avoir avalé un corps étranger. L'examen de la bouche fit découvrir qu'un râtelier factice en ivoire avait disparu; l'on pouvait donc penser que c'était là le corps étranger qui s'était engagé dans l'œsophage. En explorant le pharynx avec la pince œsophagienne et le cou avec les mains, l'on ne découvrit rien; l'instrument de Graefe introduit dans l'œsophage ne parvenait même à produire aucune résonance. Toutefois, ce crochet permit de soulever un peu le corps étranger qu'une pince courbe saisit et ramena au dehors; depuis cette époque les accidents ont cessé.

M. J. Cloquet rappelle à ce propos la disposition de la pince œsophagienne qu'il a présentée il y a quelques mois à la Société, et dont l'extrémité, sous forme de bouton olivaire lorsqu'elle est fermée, saisit les objets comme les deux mâchoires d'un serpent. Cette disposition empêche de blesser l'œsophage.

M. Deguise demande à M. Cloquet s'il a essayé son instrument sur le vivant, et il insiste sur les difficultés qu'on éprouve souvent à sonder l'œsophage. Un spasme de ce conduit empêche souvent ce cathétérisme. M. Deguise retrace alors l'histoire d'un aliéné chez lequel le cathétérisme de l'œsophage, d'abord impossible, ne put être effectué qu'après des frictions belladonées. L'asphyxie étant devenue imminente, M. Deguise pratiqua la trachéotomie; la mort survint le troisième jour, et à l'autopsie on trouva de la soupe dans les dernières ramifications bronchiques.

M. J. Cloquet dit qu'il n'a point encore eu l'occasion d'essayer son instrument sur le vivant. Ce sont les difficultés qu'on éprouve si souvent à saisir les corps étrangers à l'aide des pinces ordinaires qui l'ont conduit à inventer celles qu'il a proposées.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire de la Société, E. Follin.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le docteur Blain des Cormiers, qui faisait déjà le service de chef de clinique à la Charité en remplacement de M. le docteur Charcot, vient d'être nommé titulaire de ces fonctions.

— M. Debay, docteur en médecine, bourgmestre de Chièvres (Belgique), vient de mourir dans cette ville.

— M. le gérant de la *Gazette hebdomadaire* nous prie d'indiquer que l'article *communiqué* inséré dans notre numéro du 14 avril a été emprunté au journal qu'il dirige. Nous nous empressons de satisfaire à sa demande.

---

(1) Voir ci-dessus *Hôpital de la Maternité*.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . : 30 » | POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 25 AVRIL 1855.

Séance de l'Académie de Médecine.

Une série de rapports officiels sur les eaux minérales et sur les remèdes secrets, plus une présentation de pièces anatomo-pathologiques par l'un des candidats à la place vacante dans la section de médecine vétérinaire, M. Raynal, tel est le contingent de la séance. On trouvera au compte rendu les principaux détails de la communication de M. Raynal, qui présente de l'intérêt au point de vue de l'anatomie pathologique et de la médecine comparée.

Nous n'avons rien à dire des rapports, si ce n'est que les rapporteurs se sont acquittés de leur mieux, comme toujours, de la tâche ingrate qui leur est dévolue, l'un en sauvant l'aridité des détails techniques d'analyse chimique par leur utilité même, l'autre en compensant l'inanité du fond par le piquant et la verve caustique de la forme.

Pour compléter la physionomie de la séance, nous mentionnerons un incident qui en a marqué le début. Le comité de rédaction, chargé de la surveillance de l'impression du *Bulletin*, a cru devoir faire subir des réductions considérables au discours de l'un des orateurs qui ont pris part à la dernière discussion sur le traitement de la variole et sur les doctrines médicales. *Indè iræ.*

Le comité de rédaction a-t-il outre-passé ses droits en agissant ainsi ?

Pour apprécier la justesse des réclamations que cette mesure a soulevées, il est bon de savoir que l'Académie, liée par des engagements avec l'éditeur de son *Bulletin*, ne peut dépasser certaines limites sans obérer son budget, qui est lui-même très limité.

Les rédacteurs du *Bulletin* ne peuvent sortir de cette difficulté qu'en invitant les orateurs dont les discours sont parfois démesurément longs à les réduire, ou en les réduisant eux-mêmes, sur le refus des auteurs. C'est ce dernier parti qui a été pris dans cette circonstance.

Nous ne nous dissimulons pas ce que cette mesure pourrait avoir d'abusif si elle n'était dictée par la nécessité d'une part, et si d'autre part elle n'était conciliée avec la plus parfaite équité et avec les égards qui sont dus à tous les membres de l'Académie. Mais d'un autre côté aussi, l'exubérance de certains orateurs pourrait finir par devenir fort onéreuse pour l'Académie. Il y aurait peut-être un parti mixte à prendre, en limitant d'avance l'espace accordé à chaque orateur, comme cela se fait dans d'autres académies, ou en invitant les auteurs à s'entendre avec les membres du comité de rédaction.

Le membre intéressé dans cette affaire n'ayant nullement entendu céder sur ce qu'il croit être son droit, le bureau a dû en référer au conseil d'administration, qui prononcera en dernier ressort. Nous ferons connaître sa décision.

Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

De l'épilepsie.

Leçon clinique recueillie par M. H. LEGRAND DU SAULLE, ancien interne du service de M. Calmeil à Charenton.

Messieurs,

L'épilepsie est une maladie très anciennement connue, et cependant c'est une de celles que l'on définit le moins bien.

Jusqu'à nos jours, rien de saillant n'a été rapporté par les auteurs sur ce terrible mal, et, pour être convenablement édifié sur la nature de l'épilepsie, il faut arriver jusqu'en 1825, époque à laquelle M. Calmeil (de Charenton) soutint à la Faculté de Paris sa thèse si remarquable.

Elève de M. Rostan à l'hospice de la Salpêtrière, M. Calmeil, avec une rare persévérance et un judicieux coup d'œil, avait vécu pendant un an dans les dortoirs d'épileptiques et avait ainsi observé plusieurs milliers d'attaques. Sa thèse, que je vous engage tous à consulter à la bibliothèque de la Faculté, n'a guère que douze ou quatorze pages : c'est un petit chef-d'œuvre.

Plusieurs noms ont été donnés dans l'antiquité à l'épilepsie ; c'est ainsi qu'on l'a tour à tour appelée *morbus comitialis* (1), *morbus sacer* (2), *morbus herculeus* (3), et l'on caractérisait par ces mots la *grande attaque*, l'attaque franche d'épilepsie s'accompagnant d'un cri au moment de la chute, de la projection à terre du malade, de convulsions rapides et violentes, d'un coma profond pendant quelques instants. C'est là en effet sa forme la plus grossière, la plus commune.

Une attaque d'épilepsie ne peut être simulée que par un très habile médecin. Esquirol pensait qu'elle ne pouvait jamais l'être. A ce sujet, voici ce qui est arrivé à la maison de Charenton : Esquirol, après sa visite, avait l'habitude de se retirer avec ses élèves dans une salle dite de conférences ; là, tout en assistant au déjeuner de notre maître, nous avions avec lui des entretiens familiers et agréables sur les maladies mentales. Un jour, M. Calmeil fut pris dans l'une de nos réunions d'une violente attaque ; il tomba sur le tapis et eut des convulsions présentant un caractère très grave. Esquirol, qui l'avait observé avec sollicitude, se retourna près de moi et me dit : « Le pauvre garçon, il est épileptique ! » A peine avait-il achevé ces mots que M. Calmeil, se relevant brusquement, alla droit à Esquirol, et le regardant en riant : « Vous voyez bien, mon maître, que l'on peut simuler une attaque d'épilepsie. »

Au moment où un épileptique tombe, il est d'une pâleur cadavérique ; la face ne s'injecte que quelques secondes après. Ce fait, d'une importance capitale, avait échappé à Esquirol.

L'épileptique a toujours un côté du corps frappé *seul*, ou un côté frappé d'une façon prédominante ; aussi la convulsion est-elle prédominante d'un côté.

Dans le premier temps de la convulsion, c'est-à-dire dans le stade tonique, les muscles sont dans le relâchement ; le pouce se place dans la paume de la main, les doigts se ferment, et le bras (supposons que ce soit le bras droit) décrit des mouvements de rotation continuelle qui parfois vont jusqu'à la luxation. Le muscle sterno-cléido-mastoïdien se convulsant du même côté, il arrive alors que la tête est très visiblement inclinée du côté opposé ; du côté gauche par conséquent.

Les muscles de la face, convulsés violemment, font dévier les commissures des lèvres et des yeux du côté où existe la prédominance, ce qui produit d'horribles grimaces.

La respiration est entièrement suspendue ; le pouls est petit, accéléré ; la poitrine, d'une roideur tétanique, est immobile. Mais à peine quelques secondes se sont-elles écoulées que la face devient très rouge, que les veines du cou se gonflent, et que très souvent en ce moment il y a émission involontaire de l'urine, du sperme et des fèces.

Tantôt les arcades dentaires sont extraordinairement serrées l'une contre l'autre ; tantôt la bouche reste entr'ouverte et laisse sortir la langue, si souvent déchirée et coupée dans ces crises, que les morsures constituent un signe diagnostique d'une grande valeur.

La contraction tonique dure de dix à soixante secondes, puis survient le second temps, ou stade clonique, dans lequel les muscles sont alternativement contractés et relâchés, dans lequel aussi se reproduisent les mêmes convulsions de la face et des membres, les lacérations de la langue, etc., mais alternativement, je le répète, avec un relâchement musculaire bien marqué. Cette deuxième période se prolonge pendant une minute et demie ou deux minutes, puis le malade, qui est dans un état de résolution complète, dont les lèvres sont baignées d'une salive écumeuse et sanguinolente, pousse un profond soupir, laisse lourdement retomber sa tête sur son oreiller ou sur le sol (selon la place qu'il a occupée dans sa crise), tombe dans l'assoupissement et fait entendre un de ces ronflements identiques à ceux d'un homme ivre.

A cette première attaque en succède souvent au bout de dix minutes une seconde, puis une troisième, et ainsi de suite. Cette complication, si souvent mortelle, a été appelée à Bicêtre et à la Salpêtrière *le grand mal*.

(1) Pline.
(2) Celse.
(3) Arétée.

Dans l'attaque simple ou faible, le carus dure de sept à huit minutes, puis le malade entr'ouvre les yeux, regarde avec anxiété et passe la main sur son front comme pour rappeler à lui la mémoire qui s'échappe. La honte se peint sur ses traits, et il cherche à se dérober aux regards de tous, sans songer à répondre aux personnes qui lui ont porté secours, sans leur adresser un remerciment.

Il arrive quelquefois que les épileptiques, au sortir d'un accès, sont pris d'hallucinations terribles, qu'un véritable délire aigu (délire maniaque) fait brusquement explosion, et qu'alors les malades se livrent à des voies de fait, à des violences sans pareilles. Il n'est pas rare de voir le suicide terminer ces oblitérations transitoires des facultés de l'intelligence.

Enfin, il est des cas où les morsures de la langue occasionnent chez le malade un certain bredouillement, une hésitation toute particulière de la parole. Tenez-vous en garde, messieurs, contre ces signes, et n'allez pas, comme beaucoup de médecins le font assez légèrement, diagnostiquer un commencement de paralysie générale.

Tant que le malade est dans la période convulsive, il est absolument insensible. Présentez-lui du gaz ammoniaque, il ne le sentira pas ; s'il entr'ouvre les paupières, approchez la plus vive lumière, l'œil n'en sera point affecté ; tirez un coup de pistolet le plus près possible de son oreille, il ne l'entendra pas. C'est qu'en effet pendant ses accès l'épileptique vit en dehors du monde extérieur.

Appliquez-vous bien, messieurs, à savoir distinguer le véritable épileptique du faux épileptique.

Le véritable épileptique ne choisit pas le pavé sur lequel sa tête va se heurter ; le plus souvent il est jeté en avant, la face contre terre : aussi lui voyez-vous des coupures à la lèvre, au menton, des ecchymoses aux paupières et très fréquemment un écrasement du nez.

Le faux épileptique, au contraire, tombe dans un lieu d'élection, toujours en arrière et évite soigneusement de faire porter la tête.

L'épilepsie, principalement au début, est une maladie nocturne. Le malade et les personnes qui l'approchent sont ainsi loin de se douter de l'invasion de ce mal affreux.

Lorsque vous serez consultés, par un homme qui se sera levé en souffrant de la tête, sur la langue duquel vous observerez quelques éraillures, par un homme qui portera sur le front une myriade de pétéchies grosses comme la moitié d'une tête d'épingle, qui aura quelques taches ecchymotiques sur le blancde l'œil, si vous pouvez vous assurer encore que son lit a été souillé par de l'urine, portez votre diagnostic, portez-le avec certitude, cet homme est épileptique.

(Nous publierons chaque semaine la suite de ces leçons.)

NOTE SUR LA THÉRAPEUTIQUE

de quelques formes de l'hystérie.

Par M. le docteur Emile MARCHAND, de Sainte-Foy (Gironde).

Lorsque des symptômes hystériques sont escortés par des symptômes chlorotiques, il est rare aujourd'hui que le médecin ne s'attaque pas directement à la chlorose et ne fasse pas disparaître l'hystérie en augmentant les globules du sang par les ferrugineux, le régime animalisé, etc. Mais si les symptômes hystériques prédominent, si, en particulier, le sujet a la face rouge au lieu de l'avoir jaunâtre, s'il a de l'embonpoint, généralement on ne se doute pas que ces symptômes peuvent avoir pour cause une diminution des globules du sang. Cette erreur de diagnostic est fort préjudiciable aux malades. L'embonpoint et la bonne coloration de la face, soit isolément, soit surtout quand ces conditions sont réunies, font généralement supposer *à priori* que les globules sont augmentés. C'est souvent une erreur. Lorsqu'on est en présence de symptômes de surexcitation nerveuse, il faut d'abord s'enquérir de l'état de la calorification. S'il existe une tendance au refroidissement, s'il y a souvent du froid aux pieds, par exemple, c'est une forte présomption pour qu'il y ait diminution des globules.

L'état de la circulation est très important à considérer. Si les signes classiques de la chlorose existent, il n'y a pas de doute, les globules sont diminués : il faudrait être bien inattentif pour le méconnaître. Si le pouls est au-dessus de 80, si les battements du cœur sont éclatants, il faut se tenir en garde contre la diminution des globules.

Les fonctions digestives peuvent fournir de bons renseigne-

ments. Lorsque les globules sont diminués, il y a souvent de la dyspepsie.

Si les fonctions de la calorification, de la circulation ou de la digestion ne fournissent aucun indice, il reste à analyser le sang. Il ne s'agit que fort peu de chimie dans cette opération : une balance un peu exacte comme on en trouve dans toute pharmacie bien tenue, un fourneau et quelques capsules sont les seuls instruments nécessaires.

Les mots chlorose, anémie, hystérie, hystéricisme ont la plus fatale influence sur la thérapeutique des symptômes de la surexcitation nerveuse. Si la face n'est pas jaune vert, s'il n'y a pas de bruits vasculaires, on ne pense pas à la chlorose et surtout à sa cause organique. Si la face a quelque coloration et si l'amaigrissement n'est pas extrême, on éloigne l'idée d'anémie. Si les accidents ont une forme convulsive, on dit : Hystérie, et on prescrit les antihystériques. Si les accidents de l'hystéricisme s'observent chez un homme, on pense à la dyspepsie.

Pour faire disparaître des erreurs que l'on peut imputer aux *mots*, pourquoi ne pas adopter un mot qui indiquerait nettement la diminution des globules? Le mot *aglobulie*, quoique mal fait, répond à mon desideratum. Ce mot ou un autre mieux fait remplirait une lacune et servirait à désigner la seule lésion que l'on trouve dans la chlorose, dans la plupart des cas d'anémie, d'hystérie, d'hystéricisme, de dyspepsie, de gastralgie et dans tous ces accidents nerveux si variables que présentent beaucoup de femmes, accidents dont le meilleur remède est le régime animalisé, le fer, l'insolation, etc... *L'anémie* et la *polyhémie* n'ont aucun rapport nécessaire avec l'*aglobulie* ou la *polyglobulie*, car la diminution ou l'augmentation des globules n'étant que relatives à une quantité déterminée du sang, il en résulte qu'un individu *polyhémique* peut être *aglobulique*. On peut constater facilement cet état du sang sur les femmes enceintes arrivées au septième ou huitième mois. A cette époque de la gestation, beaucoup de femmes sont très colorées, grasses, de bon appétit, ont les veines gonflées et leur circulation capillaire est fort active. Ce sont là les caractères de la polyhémie, et cependant le sang de ces femmes, sur 1,000 grammes, ne renferme pas 100 grammes en globules : elles sont donc aglobuliques.

Quoi qu'il advienne de l'aglobulie et de la polyglobulie, l'observation des faits m'a conduit depuis longtemps à reconnaître que les symptômes de la surexcitation nerveuse dans la chlorose, l'hystérie, l'hystéricisme, la gastralgie, la dyspepsie, l'hypocondrie, etc., ont pour cause une diminution des globules du sang, du moins très généralement. Méfiez-vous des troubles nerveux si les globules du sang ne sont pas diminués! la cause de ces troubles sera le plus souvent une altération matérielle du cerveau, de la moelle, des nerfs ou des organes voisins. (*Presse médic.*)

MÉMOIRE SUR L'ÉPITHÉLIOMA DU REIN

et sur les minces filaments granuleux des tubes urinipares expulsés avec les urines (1);

Par le Dr Charles ROBIN,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine, etc.

Deuxième forme d'épithélioma rénal. — L'observation suivante est l'exemple le plus caractérisé d'épithélioma confirmé que j'aie observé. Bien qu'on m'ait apporté quelquefois des reins offrant quelques-unes de leurs parties atteintes de ce genre de lésion, et se présentant sous la forme des masses marronnées si communes dans l'épithélioma hépatique, je n'ai jamais vu le mal aussi avancé que dans le cas suivant, que je dois à l'obligeance de M. Alfred Fournier, interne des hôpitaux.

OBS. — B... (Frédéric), homme de peine, âgé de cinquante-un ans, se présente à l'hôpital dans l'état suivant : aspect cachectique; amaigrissement, face altérée, teint jaunâtre. Pas de fièvre; nulle douleur; rien qu'une faiblesse générale. L'appétit a beaucoup diminué depuis quelques mois, mais les digestions sont restées faciles et normales. Pas de constipation; pas de coliques. Respiration libre, normale. Intelligence très nette; sens intacts. Pas de paralysie.

Urines claires, limpides. Miction libre, facile.

Le malade se plaint d'avoir beaucoup souffert de privations dans ces derniers temps; il attribue sa faiblesse à la misère, aux excès de travail, à l'insuffisance de son alimentation.

Traitement. — Toniques; ferrugineux et quinquina; bains sulfureux.

Quinze jours après ce premier examen, l'attention est appelée sur une *tumeur* que porte le malade à la partie inférieure de l'abdomen, sur la ligne médiane, vers les dernières vertèbres lombaires. Cette tumeur offre le volume d'une tête de fœtus; elle est dure, résistante, mobile, mais dans une petite étendue, de façon à laisser croire qu'elle est adhérente en arrière vers la colonne vertébrale; *complétement indolente.* La percussion rénale n'est pas pratiquée.

Interrogé avec soin sur la nature de ses urines, le malade répond n'*avoir jamais uriné de sang ni de pus.* Les urines, dit-il, ont toujours été très claires. Pour la tumeur, il la porte depuis une dizaine d'années, et comme *elle ne lui a jamais causé de douleurs* il ne s'en est pas occupé; il ne l'a jamais soumise à l'examen d'un médecin.

Mort dans un état de cachexie très avancé un mois après son entrée à l'hôpital.

Autopsie. — Pas d'altérations organiques du poumon, du cœur, du foie, de la rate, de l'intestin, de la vessie.

Rein gauche hypertrophié en totalité. Situation normale.

Rein droit. C'est ce rein qui constitue la tumeur abdominale. Il est situé *au-devant de la colonne vertébrale*, au niveau des dernières vertèbres lombaires, comme à cheval sur ces vertèbres. L'artère rénale naît de la partie antérieure de l'aorte, à 2 centimètres au-dessous de la mésentérique inférieure, à 4 centimètres au-dessus de la bifurcation du tronc aortique.

Ce rein est complétement déformé. La tumeur qui le remplace est irrégulièrement quadrilatère, avec deux saillies latérales; elle présente environ 14 centimètres pour le diamètre vertical, 12 à 13 pour le diamètre transverse, 7 à 8 pour le diamètre antéro-postérieur. Les deux saillies latérales sont du volume d'un moyen citron.

Inférieurement, la consistance de la tumeur est mollasse. Supérieurement, dureté normale du tissu rénal.

Cette tumeur est située *entre les deux feuillets écartés du mésentère.*

Fendue complétement dans le plan de son grand axe, elle présente :

1° Inférieurement, une sorte de *bouillie diffluente*, semblable pour la couleur et la diffluence à de la crème, ou mieux encore, à de la substance cérébrale ramollie. Cette bouillie constitue la partie centrale de la tumeur dans sa moitié inférieure; de plus, elle remplit ce qui paraît avoir formé les calices et le bassinet. Enlevée avec le scalpel, elle laisse à découvert une *masse jaune blanchâtre* tout à fait semblable, pour la couleur et la consistance, à du mastic de vitrier, rappelant pour l'aspect les noyaux sanguins dégénérés. Cette substance forme une très grande partie, pour ne pas dire la presque totalité, du tiers inférieur de la tumeur.

2° Supérieurement, vers la périphérie, tissu rénal altéré dans son aspect, rosé, avec stries blanchâtres et irrégulières, assez dur. La substance corticale seule a subsisté; la substance tubuleuse paraît complétement détruite.

3° Çà et là des *foyers sanguins*. A la réunion du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs, foyer de la grosseur d'une noix.

4° Dans le tiers supérieur, vers les parties centrales, *noyau blanchâtre* du volume d'une cerise, régulièrement sphérique, très nettement distinct des tissus ambiants, dont la sépare une membrane kystique. Ce noyau est formé par une substance demi-molle, semblable à celle que nous avons comparée au mastic.

5° Les deux tumeurs latérales, sortes de hernies de la grosse tumeur, sont constituées par une matière semblable à ce dernier noyau.

6° L'uretère, du volume du doigt médius, est gorgé de cette même substance. Il est oblitéré et réduit à son volume normal à quelques centimètres au-dessus de son embouchure dans la vessie.

Examen à l'aide du microscope de la structure du tissu de la tumeur. — Les deux portions de la tumeur, dont la substance offre un aspect si différent, diffluent, crémeux dans un cas, dur comme du mastic de vitrier dans l'autre cas, offrent pourtant la même composition élémentaire. L'une et l'autre sont formées d'épithélium; mais dans la portion qui offre la consistance du mastic de vitrier les cellules épithéliales sont plus petites de moitié que dans l'autre portion, où nous les décrirons tout à l'heure plus longuement. En outre elles sont plus irrégulières, finement granuleuses, mais tellement remplies par ces granulations qu'elles sont devenues presque opaques. Une grande quantité de granulations libres, d'amas irréguliers de granulations et une matière amorphe assez abondante se trouvent interposés aux cellules, et les maintiennent adhérentes ensemble sans ordre, et sans qu'il soit possible de retrouver des traces de la disposition des cellules en gaînes épithéliales.

La partie de la tumeur d'un blanc ou d'un gris rougeâtre, pulpeuse et diffluente comme de la substance cérébrale ramollie, est formée de cellules épithéliales offrant les conformations les plus diverses, mais se rapprochant surtout de la forme pavimenteuse, et quelquefois de la prismatique. Ce qui frappe surtout, c'est leur énorme volume. Elles ont en général 5 à 6 centièmes de millimètre en longueur et en largeur, avec une épaisseur moitié moindre; mais il en est beaucoup qui, en conservant cette largeur, atteignent jusqu'à un dixième de millimètre de longueur, ou environ. Celles qui sont prismatiques offrent en longueur les dimensions des autres, mais n'ont que 1 à 3 centièmes de millimètre dans les deux autres sens. Il est enfin de ces cellules qui ne dépassent guère les dimensions ordinaires des épithéliums du rein, mais elles sont peu nombreuses; beaucoup de celles-là sont triangulaires, ou mieux irrégulièrement pyramidales.

Toutes ces cellules, ou du moins la très grande majorité d'entre elles, renfermaient des gouttes de graisse, les remplissant totalement ou en partie. Ces gouttes graisseuses étaient remarquables par leur aspect brillant, moins jaunâtre qu'à l'ordinaire, la netteté de leur périphérie et l'élégance de leur superposition; la plupart, en effet, étaient réunies en groupes uniques ou multiples au centre de la cellule ou contre ses bords. Leur volume était généralement de 1 à 6 millièmes de millimètre; mais on en trouvait presque toujours une ou deux dans chaque cellule, et quelquefois cinq ou six, atteignant 15 à 18 millièmes de millimètre. La portion des cellules que ne remplissaient pas les gouttes graisseuses était plus pâle, plus transparente qu'à l'état normal, bien que renfermant de fines granulations moléculaires grisâtres. En outre, les plus grandes des cellules présentaient des plis irréguliers à leur périphérie, mais très fins et très élégants. Aucune d'entre elles n'offrait trace de noyau.

Il fut impossible de trouver ces cellules disposées en gaînes épithéliales, analogues à celle des tubes urinifères; mais beaucoup d'entre elles, au lieu d'être isolées, se trouvaient encore juxtaposées régulièrement en couches ou plaques, toujours plus longues que larges, mais pourtant non tubuleuses. Sur ces plaques il était possible de constater que l'un des bords de chaque cellule était régulièrement plane ou régulièrement arrondi, comme dans les couches ou gaînes épithéliales tapissant une membrane; tandis que le bord opposé correspondant à la partie adhérente était toujours irrégulier, quelquefois plus ou moins prolongé en pointe.

Ainsi qu'on le voit, cette lésion est analogue à celle qu'on trouve dans les épithéliomas les plus avancés, avec ramollissement de la masse, dissociation des cellules épithéliales qui cessent d'être disposées en couches, tubes, etc.; et elle se rapproche des formes d'épithélioma dans lesquelles les cellules, devenues plus grandes qu'à l'état normal, offrent des aberrations de forme plus ou moins variées, sans pourtant jamais tendre à prendre les caractères de quelque autre espèce de cellule que ce soit.

§ II. DES FILAMENTS FINEMENT GRANULEUX DES TUBES URINIPARES ET DE L'URINE.

Tout le monde sait à quel danger de confusions et d'erreurs déplorables pour la science on s'expose lorsqu'on parle sur de simples ouï dire des opinions d'un auteur. Le danger est encore bien plus grand lorsqu'il s'agit de faits qui auraient été constatés par lui; c'est pourquoi tous ceux qui tiennent à maintenir les faits dans toute leur intégrité sur des questions aussi complexes et aussi difficiles que celles de l'organisation humaine mettent tant de soins à ne parler des travaux des autres que livre ou manuscrit en main. Ces remarques incidentes me conduisent à dire plus exactement ce qui est touchant des observations que je n'ai pas faites, mais qui, d'après un passage du numéro d'avril 1855 des *Archives de médecine* (p. 402), pourraient m'être attribuées. Je regrette vivement, pour mon excellent collègue auteur de ce passage et pour moi, qu'il ait été induit en erreur à cet égard d'une manière si grossière en ce qui me concerne.

Il est dit, en parlant des petits filaments cylindriques qui sont expulsés des tubes urinipares et entraînés par l'urine en diverses circonstances, que j'admets que « ce sont les parois des canalicules rapprochés qui se détachent du tissu normal et passent dans les urines » (p. 402). Or, non-seulement je n'ai jamais dit ni professé une pareille opinion, mais encore je n'ai jamais vu telle chose et surtout je ne la crois pas possible, sauf peut-être les cas de gangrène ou autres modes de mortification de la substance tubuleuse du rein; mais encore faut-il attendre que l'observation ait parlé avant de se prononcer à cet égard.

Je me bornerai à exposer ici des faits qu'il est facile à chacun de vérifier, lorsqu'on connaît déjà la structure normale du rein et la disposition assez variable de ses épithéliums d'un tube à l'autre. On trouvera, du reste, dans le numéro d'avril des *Archives générales de médecine* l'analyse par Becquerel de la plupart des travaux publiés sur ce sujet.

Il est beaucoup d'individus adultes, quelle que soit la cause de leur mort, chez lesquels on trouve un certain nombre de conduits de la substance tubuleuse du rein dont la cavité est remplie d'une matière amorphe finement granuleuse qui en reproduit la disposition sous forme d'un cylindre demi-solide, friable, ainsi que Henle (1842) l'a signalé d'abord chez les albuminuriques.

Souvent cette matière s'arrête au niveau de la jonction de la substance tubuleuse avec la corticale; d'autres fois, et surtout dans l'albuminurie, les fièvres typhoïde et puerpérale, le choléra, etc., ou même dans d'autres affections, sans que la sécrétion urinaire ait été modifiée en rien, elle se prolonge dans les conduits de la substance corticale. Mais elle ne se voit jamais dans les *glomérules de Malpighi*, ni dans les interstices des tubes du rein; la substance amorphe que l'on trouve quelquefois, surtout à la suite des maladies inflammatoires du rein dans ces régions, est bien différente de celle qui remplit les tubes, tant par sa plus grande ténacité que par une moindre quantité de granulations moléculaires.

La matière qu'on trouve dans les tubes du rein qui les remplit sous forme de petits cylindres n'est pas identique dans tous les cas.

A. Elle peut être formée de fines granulations grisâtres, de volume uniforme, généralement peu cohérentes, se dissociant assez facilement. Presque toujours l'épithélium du tube qui renferme ces cylindres finement granuleux est conservé; il présente le plus souvent la forme nucléaire sphérique, ou celle de cellules pavimenteuses très petites, moins régulières que dans les tubes qui sont vides de cette matière granuleuse. Ordinairement les cellules épithéliales sont en même temps tellement remplies de granulations moléculaires, grisâtres, que leur noyau est en grande partie masqué, difficile à voir ou même totalement caché. Dans ce cas, les angles des cellules sont mousses, arrondis, sans que pourtant celles-ci soient plus volumineuses qu'à l'état normal, ou le soient d'une manière très notable. L'acide acétique pâlit beaucoup ces cellules et les granulations grisâtres qu'elles renferment; mais il attaque moins et ne fait que gonfler un peu la matière que renferme la cavité des tubes eux-mêmes.

Cet état des cellules coïncidant avec la présence de matière amorphe dans le tube qu'ils limitent, s'observe ordinairement dans les cas de mort par suite d'éclampsie et quelquefois de choléra. Dans ces circonstances en particulier, on trouve que ce sont les tubes de la substance corticale qui sont tous ou presque tous remplis par ces cylindres finement granuleux et par leurs cellules remplies de granulations grisâtres. Aussi, ordinairement cette substance en reçoit une teinte d'un gris blanc ou d'un blanc jaunâtre, uniforme, mat, qui tranche sur la couleur de la substance tubuleuse. Cette dernière est plus rouge, à peu près semblable à ce qu'elle est à l'état normal, bien que quelquefois elle partage un peu la teinte générale que la substance corticale reçoit de l'accumulation de cette matière amorphe dans tous ou presque tous ses tubes. En outre, on observe que les tubes des pyramides de Ferrein ne sont plus, comme à l'ordinaire, tapissés par un épithélium régulier. La substance granuleuse qui les remplit est en contact direct avec leur paroi propre, hyaline, homogène comme à l'ordinaire; et dans l'épaisseur de la première, surtout après l'action de l'acide acétique, on aperçoit quelques éléments d'épithélium du rein, généralement en petite quantité.

B. Le plus souvent les tubes du rein sont remplis d'une matière amorphe ordinairement parsemée de granulations, les unes grisâtres, les autres jaunâtre foncé, ayant au plus 3 à 4 millièmes de millimètre et en moyenne 1 à 2 millièmes.

(1) Suite. — Voir le numéro du 21 avril.

Tandis que les cylindres finement granuleux décrits précédemment se rencontrent rarement dans les urines, sortis des tubes urinifères, ces derniers sont fréquemment expulsés avec elles, et ce sont eux surtout qui ont été décrits souvent au nombre des sédiments urinaires.

Ces cylindres ou filaments sont pleins, et non creux ou tubuleux; ils sont droits ou flexueux, selon leur longueur; cylindriques ou quelquefois resserrés, plus étroits sur un ou deux points de leur étendue, larges de 2 à 3 centièmes de millimètre, rarement 4 centièmes. Leurs extrémités sont ordinairement irrégulières, déchirées; plus rarement l'une d'elles est arrondie, renflée ou non.

Ils se composent d'une substance amorphe, homogène, très transparente. Le plus souvent cette substance est remplie de granulations signalées plus haut, de manière à ce qu'elles se touchent; le cylindre est alors foncé, peu transparent, ainsi que l'a bien décrit Simon (1). Il est commun de trouver les granulations abondantes, surtout dans la partie centrale du cylindre, de manière à laisser une couche périphérique de matière amorphe épaisse de 2 à 4 millièmes de millimètre, dépourvue de granulations. C'est, je crois, ce qui a fait donner par Simon le nom de *tube* à ces cylindres, et celui de *contenu* de ces tubes aux filaments moins granuleux, moins foncés dans lesquels les granulations occupent la matière amorphe jusqu'à sa surface même.

A côté de ces cylindres dans lesquels les granulations sont assez uniformément distribuées, quoiqu'elles ne soient pas de volume uniforme, on en trouve quelquefois dans lesquels ces granules sont écartés les uns des autres avec de la matière transparente interposée à eux; ou bien ils sont accumulés en quelques points, tandis que le reste du cylindre, n'en renfermant pas ou presque pas, reste très pâle et transparent plus ou moins, selon qu'elles manquent tout à fait ou non. (*La fin à un prochain numéro.*

(1) Franz Simon. *Ueber eigenthümliche Formen im Harnsediment bei Morbus Brightii.* (*Arch. fuer anat. und physiol. von J. Mueller*, 1843, p. 28, pl. 2, fig. 4.

ANUS IMPERFORÉ

opéré avec succès chez un enfant de trente-six heures.

De tous les vices de conformation que l'enfant présente à sa naissance, l'imperforation de l'anus est l'un des plus graves; sa vie est liée à la restauration de l'ouverture inférieure du tube intestinal. Le fait suivant présente un nouvel exemple de l'efficacité de l'intervention de l'art dans les cas semblables.

M. le docteur Salvolini fut appelé le 23 novembre 1853 pour voir un enfant né depuis trente-six heures, et qui paraissait sur le point de mourir. Ni sa mère, ni aucune des personnes qui l'entouraient ne s'étaient aperçues de la cause du danger qui menaçait le nouveau-né. L'absence de garde-robes et l'énorme distension du ventre, dont les parois étaient bleuâtres, firent soupçonner à ce chirurgien une imperforation de l'anus. Cette région présentait à son centre une petite fossette de 4 à 6 millimètres, entourée comme d'un bourrelet froncé qui simulait l'anus. La peau du périnée était saine et formait un raphé jusqu'au coccyx. En explorant avec le doigt la profondeur de la fossette, on ne sentait aucune proéminence qui indiquât une collection de matière à quelque profondeur. Dans quelle étendue l'intestin manquait-il? à quel point de l'excavation du petit bassin se terminait l'ampoule rectale? Il n'était pas possible de le reconnaître. Cependant il était indispensable de tenter de pénétrer jusqu'à l'intestin et par la région anale. La fossette fut divisée crucialement, puis un ténotome incisant couche par couche pénétra jusqu'à 3 centimètres. Le doigt put alors sentir une fluctuation de matières presque liquides contenues dans un cul-de-sac. Une aiguille à manche, armée d'un fil ciré, fut dirigée à travers cette ampoule, qui fut amenée au niveau de la plaie. Le cul-de-sac fendu, une quantité de méconium s'écoula, et laissa voir à travers l'ouverture le fil qu'on y avait fait passer. Ce fil, saisi par son milieu, fut amené au dehors et divisé. Par ce procédé, le chirurgien avait deux jets de fils passés chacun d'un côté de l'intestin. Pour fixer la partie inférieure de l'intestin à la plaie extérieure, on arma deux aiguilles ordinaires de fils qui furent dirigés à travers la peau de la région anale.

Il n'y eut que peu de réaction. Quelques injections d'eau tiède et quelques cuillerées à café d'huile administrée par la bouche pendant quatre jours consécutifs, suffirent à la combattre.

Au septième jour, les points de suture tombèrent. Les selles devinrent régulières le dix-septième jour de l'opération.

Deux mois et demi après l'opération, l'ouverture anale était si bien organisée qu'on l'aurait crue naturelle. L'infundibulum observé dans les premiers jours avait disparu, les fesses prenaient leur forme régulière. Les seules précautions recommandées furent des lotions fréquentes et l'introduction journalière du petit doigt de la mère dans l'ouverture anale.

M. Salvolini dit qu'un an après le bon résultat obtenu par son opération se maintenait. (*Gaz. med. di Stati Sardi.*)

CHLORATE DE POTASSE DANS LA STOMATITE MERCURIELLE.

Par MM. HERPIN et BLACHE.

On sait combien l'usage si précieux des préparations mercurielles, du calomel en particulier, dans une foule d'affections graves et qui en nécessitent l'administration à dose élevée et prolongée, est entravé par l'action toxique de ces préparations, et en particulier leur action sur la muqueuse buccale. On sait aussi combien sont restreintes les ressources de la thérapeutique contre ce dernier ordre d'accident, quelquefois si grave par lui-même. Nous devons donc accueillir avec empressement les observations de M. Herpin (de Genève) et de M. Blache relatives au traitement de la stomatite mercurielle par le chlorate de potasse.

L'attention de M. Herpin fut éveillée sur ce sujet par les bons résultats que le docteur Chanal avait obtenus de ce médicament dans le traitement de certaines stomatites ulcéreuses graves. Il faut employer le chlorate de potasse, autant que possible, dès le début de l'affection gingivale, qu'il est du reste facile, en y prenant garde, de saisir dès que l'on peut constater un léger bourrelet sur le bord libre des gencives, ou bien l'odeur spéciale que garde l'extrémité du doigt passée sur le rebord alvéolaire. M. Herpin emploie le chlorate de potasse à la dose de 2 à 4 grammes par jour, administrés en prises de demi-gramme à un gramme, toutes les trois ou quatre heures, dans une tasse de tisane ayant un goût prononcé. On peut en continuer ainsi l'usage plusieurs jours de suite sans en percevoir aucun effet physiologique. Odier (de Genève) employait ce médicament jusqu'à la dose de 10 grammes dans les engorgements du foie, et M. Socquet (de Lyon) jusqu'à celle de 20 à 30 grammes par jour dans le rhumatisme articulaire aigu.

M. Blache, à l'instigation de M. Herpin, a expérimenté ce médicament à l'hôpital des Enfants, et non-seulement il en a obtenu d'aussi bons résultats dans la stomatite mercurielle, mais il en a étendu l'emploi à la stomatite ulcéreuse et même à l'angine couenneuse. Sur onze enfants atteints de stomatite ulcéro-membraneuse, six ont été traités par la cautérisation avec l'acide chlorhydrique fumant ou par le chlorure de chaux, suivant la méthode du docteur Rousseau. La durée moyenne du traitement a été de vingt jours.

Cinq ont pris le chlorate de potasse. En cinq ou six jours la guérison a été complète; il n'y a pas eu de récidives.

L'expérience et l'excellent esprit d'observation de M. Blache sont assez connus pour qu'on ne doute pas que ces exemples comprennent des cas parfaitement comparables et par conséquent aussi concluants que possible. Pour ce qui est de l'angine couenneuse, notre distingué confrère croit avoir constaté l'efficacité de ce médicament; mais il attend de nouveaux faits pour se prononcer avec plus de certitude.

M. Blache l'administre habituellement en solution dans un julep gommeux aux mêmes doses que M. Herpin. Les enfants le prennent facilement et sans répugnance. Comme M. Herpin, il ne lui a point vu produire d'effets physiologiques, si ce n'est qu'il semble activer les fonctions digestives. (*Bull. de thér.*)

POUDRE DE SEIGLE ERGOTÉ COMPOSÉE.

M. le docteur Lazowski recommande l'emploi de cette poudre dans le traitement des écoulements blennorrhagiques passés à l'état chronique;

Seigle ergoté.	4 grammes	
Safran de mars apéritif. . . .	5 —	50 centigr.
Vanille pulvérisée.	25 centigrammes	
Camphre pulvérisé. . . .	25 —	

Mêlez et divisez en vingt paquets, que l'on doit prendre : un le matin à jeun, et un autre le soir en se couchant. Chaque prise est composée de 20 centigr. de seigle ergoté, 275 milligr. de safran de mars, 125 milligr. de vanille et 125 milligr. de camphre.

M. Lazowski fait remarquer qu'il arrive souvent que l'écoulement est entretenu uniquement par un état d'atonie de tout le système, ou seulement des organes génitaux; la vessie, la prostate ou le canal de l'urètre sont isolément ou simultanément frappés d'un relâchement qui entretient la blennorrhagie.

L'expérience a pleinement démontré à l'auteur la justesse de ces vues théoriques; aussi a-t-il pu guérir par ce moyen un grand nombre d'écoulements qui avaient fait pendant longtemps le désespoir des malades et des médecins. (*Journ. de chim. méd.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 24 avril 1855. — Présidence de M. JOBERT (de Lamballe).

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Épidémies. — M. le ministre du commerce transmet :

1° Un rapport de M. de Monteil sur les épidémies qui ont régné dans l'arrondissement de Florac en 1854.

2° Un complément au rapport de M. le docteur Jobert sur une épidémie de choléra qui a régné dans le canton de la Ferté-sur-Amance en 1854.

Eaux minérales. — 3° Un rapport de M. le docteur de Puisaye, médecin inspecteur adjoint des eaux minérales d'Enghien, pour les années 1851, 1852 et 1853.

4° Deux demandes d'avis relatives à des autorisations d'exploitation d'une fabrique d'eaux minérales à Lyon.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Emprisonnement cellulaire. — M. Fontan, correspondant de l'Académie, dépose sur le bureau, de la part de M. Bertin, médecin des prisons de Montpellier, une lettre relative à l'emprisonnement cellulaire.

— M. de Pietra-Santa adresse une lettre sur le même sujet.

En venant soumettre au jugement de l'Académie, dit l'auteur, un travail intitulé *Influence de l'emprisonnement cellulaire sur la santé des détenus*, j'ai eu pour but d'examiner la partie médicale et hygiénique de cette grave question pénitentiaire. J'ai évité avec un soin particulier de m'occuper de la partie historique et du point de vue économique et social. Une série d'articles publiés dans les journaux, une brochure et un mémoire présenté à l'Académie des sciences morales et politiques m'ont permis de donner à mon opinion tous les développements désirables. En un mot, c'est sur la partie médicale et hygiénique de la question seulement qu'ont porté mes recherches, que j'ai cru pouvoir résumer ainsi :

Il est constant que la cellule engendre la folie;

Il est constant que la cellule conduit au suicide.

(Renvoyé à la commission.)

Candidature. — M. Colin, médecin vétérinaire, prie l'Académie de le comprendre parmi les candidats pour la section de médecine vétérinaire, et envoie la liste de ses titres à l'appui. (Renvoi à la section de médecine vétérinaire.)

Paquet cacheté. — M. Béhier prie l'Académie d'accepter le dépôt d'un paquet cacheté.

Opération césarienne. — M. de Lignerolles sollicite un rapport sur l'opération césarienne qu'il a pratiquée avec succès, et dont il a communiqué la relation à l'Académie le 23 mars 1852. (Commission nommée; M. Danyau rapporteur.)

Irrigateur vaginal. — M. Foucault (de Nanterre) écrit pour réclamer la priorité sur M. Poullien pour l'irrigateur vaginal que ce fabricant a présenté dernièrement à l'Académie. (Commission nommée.)

Correspondant. — M. le docteur de Caux (de Jersey) écrit pour solliciter le titre de membre correspondant.

Sonde de Belloc simplifiée. — M. Charrière fils présente une sonde de Belloc qu'il a simplifiée en disposant le stylet et le ressort de telle sorte que pour placer cet instrument dans la trousse il n'est pas besoin de le démonter, et qu'il est possible de s'en servir immédiatement sans avoir besoin de le remonter (fig. 1 et 2). Pour monter l'instrument, il suffit de tirer le stylet A par le bouton; l'extrémité arrive jusqu'à la douille B du ressort. Il suffit alors de tourner le bouton du stylet pour en fixer l'extrémité dans le pas de vis de la douille. Pour démonter l'instrument, on tourne le bouton en sens inverse, et on pousse le stylet, qui s'engage dans l'intérieur de la sonde (fig. 2). Dans l'ancienne sonde, au contraire, il fallait, pour s'en servir, dévisser le bouton, visser le stylet qui en était indépendant, et revisser le bouton au bout de ce dernier, et répéter la même manœuvre pour replacer la sonde dans la trousse.

M. Charrière a employé plusieurs modes d'assemblage, notamment celui qui est représenté ci-contre, dans lequel le ressort s'assemble dans un bout de tube muni de la mortaise E, où s'engage la saillie F du bout inférieur du ressort. Ce moyen est aussi très simple et prompt.

— M. Piorry demande la parole à l'occasion du procès-verbal.

M. PIORRY se plaint de ce que le comité de rédaction du *Bulletin de l'Académie* s'est permis de faire des suppressions considérables dans l'impression du dernier discours qu'il a prononcé en réponse aux nombreuses attaques dirigées contre lui dans la discussion sur la variole et les doctrines générales. Ce discours ayant été prononcé dans la séance spéciale du samedi, tandis que ceux de ses adversaires ont été prononcés dans les séances ordinaires, il en résulte que la réponse a eu beaucoup moins de retentissement que l'attaque. Ce serait en conséquence lui faire un déni de justice que de lui refuser l'insertion complète de son discours.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL répond que les suppressions ont été nécessitées par l'excédant considérable que cette discussion a entraîné sur les limites assignées aux comptes rendus des séances.

Quelques membres réclament en faveur du droit invoqué par M. Piorry.

La question est renvoyée au conseil d'administration, qui en décidera.

RAPPORTS.

Eaux minérales. — M. O. Henry lit au nom de la commission des eaux minérales les rapports suivants :

1° Sur l'eau minérale de Saint-Yorre près la ville de Vichy (Allier).

L'eau de Saint-Yorre, froide à son point d'émergence, renferme une quantité assez grande de bicarbonates alcalins et terreux associés à une bonne proportion d'acide carbonique libre; il s'y trouve aussi des chlorures, des sulfates, du fer et du manganèse, de l'arsenic à l'état d'arséniate sans doute, de la silice combinée ou non à de l'alumine, à de la soude, puis quelques traces de phosphate et de borate, une matière organique bitumineuse et enfin de l'iodure.

Cette eau se rapproche parfaitement, comme on peut le voir, de la composition générale des sources nombreuses qui alimentent Vichy; elle doit en représenter aussi les propriétés médicales. C'est d'ailleurs ce qui a été constaté déjà par un grand nombre de médecins.

En conséquence, la commission propose de répondre au moins que rien ne s'oppose à ce que l'autorisation d'exploiter les sources de Saint-Yorre au point de vue médical soit accordée. (Adopté.)

2° Sur les eaux minérales de Vittel et d'Outrancourt près de Contrexeville (Vosges).

Ces eaux, d'après l'analyse faite par la commission, présentent beaucoup d'analogie avec celle de Contrexeville; seulement le rapport entre la chaux et la magnésie s'y trouve, pour celle de Vittel surtout, dans

des rapports plus avantageux ; ainsi, lorsque l'autre donne celui de 4,4 à 1, dans la source nouvelle il est de 1,67 à 1. L'eau de Vittel est donc relativement plus magnésienne ; il en est à peu près ainsi pour l'autre. Ces circonstances expliquent comment les eaux de Vittel et d'Outrancourt sont plus *purgatives* et aussi plus *digestibles* à cause des proportions moindres de sulfate calcaire qu'elles contiennent.

On ne sait pas positivement encore à quels principes minéralisateurs il faut rapporter réellement les vertus médicales de la source de Contrexeville ; mais ces propriétés n'en existent pas moins ; des observations multipliées faites depuis un siècle et demi les ont constatées. Les eaux de Vittel et d'Outrancourt ont été depuis longtemps aussi administrées avec succès dans le pays ; leur analogie de composition chimique, leur nature plus magnésienne et leur qualité plus digestible permettent d'établir qu'elles offrent un avantage réel comme adjuvant à l'eau de Contrexeville.

En conséquence, la commission est d'avis de répondre au ministre qu'il y a lieu d'accorder l'autorisation d'exploiter ces sources au point de vue médical.

3° Sur l'eau sulfureuse de la Hontalade à Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées).

D'une analyse faite par M. le professeur Bérard (de Montpellier), il est résulté que l'eau de la Hontalade est, comme la plupart des eaux sulfureuses de la chaîne des Pyrénées, minéralisée principalement par le sulfure sodique, le chlorure de sodium, le sulfate de soude, la glairine et quelques sels magnésiens, plus sensibles ici que dans les autres sources.

On a aussi indiqué l'iode dans ses dépôts recueillis au fond du bassin qui reçoit l'eau de la source.

Les essais de la commission sont en harmonie avec ceux de M. Bérard ; seulement la proportion de l'élément sulfureux a été un peu inférieure, sans doute parce que l'on a agi loin des sources.

La source de la Hontalade est légèrement thermale (22°).

Cette eau a été comparée avec celles de Bonnes par les effets thérapeutiques qu'elle produit ; en raison de sa température peu élevée, elle se prête à l'expédition au loin.

La commission pense, en conséquence, qu'il n'y a pas de motifs pour refuser l'autorisation d'exploiter cette source au point de vue médical, et elle propose de répondre au ministre qu'il y a lieu de l'accorder. (Adopté.)

Remèdes secrets. — M. Robinet lit au nom de la commission des remèdes secrets une série de rapports sur des remèdes secrets ou nouveaux.

Les conclusions négatives sont adoptées.

PRÉSENTATIONS.

Angine couenneuse chez un poulet. — M. Raynal présente plusieurs pièces d'anatomie pathologique.

La première pièce est relative à un cas d'angine couenneuse chez un poulet. Plusieurs cas de même genre ont été observés en même temps dans la volaille.

Cheval cryptorchide. — Les autres pièces appartiennent à un cheval qui présentait, indépendamment de l'anomalie désignée sous ce nom, plusieurs lésions remarquables des testicules et des reins.

En voici la description sommaire :

1° Le testicule gauche est appendu à la colonne lombaire par un repli péritonéal de 0,20 cent. de longueur, large de 0,12 cent. à sa partie moyenne. Le poids du testicule, y compris l'épididyme, est de 52 gram. (Le poids du testicule gauche, à l'état normal, est environ de 202 gram. 28 cent.)

La longueur du testicule est de 0,11 cent., sa largeur de 0,03 cent. et demi, son épaisseur de 0,02 cent.

On distingue parfaitement l'épididyme, long de 17 cent. ; la tête et la queue sont bien distinctes, ainsi que le canal déférent et les vaisseaux propres du testicule.

2° Le testicule droit, représenté par une masse grosse comme la tête d'un homme, offre à sa surface une foule de bosselures de différentes dimensions ; son poids est de 3 kilogr. 440 gram. (Le poids à l'état normal est, en moyenne, de 198 gram. 57 cent.)

En arrière de la tumeur se trouve la tête de l'épididyme bien distincte ; sa partie moyenne, large de 0,02 cent., est longue de 0,20 cent. Quant à la queue, elle n'est pas apparente ; elle est perdue dans la masse.

Un lien péritonéal unit la tumeur à la voûte lombaire ; il a une longueur de 0,50 cent. et une largeur de 0,10 cent. à sa partie moyenne.

Au bord antérieur de ce lien, se trouve le canal afférent, dont le diamètre est environ la moitié de celui du côté gauche ; celui-ci a un diamètre normal.

Quant au corps pampiniforme, il a trois fois autant de volume que lors de la descente du testicule.

3° Le rein gauche a une forme et une structure anatomique semblables à celles d'un rein normal ; son poids est de 1 kilogr. 665 gram., sa longueur antéro-postérieure est de 0,24 cent., sa largeur est de 0,14 cent. (Le poids moyen d'un rein normal est de 700 gram. environ.) Le poids du rein gauche est plus du double.

Son uretère a 0,55 cent. de longueur. Dans une longueur de 0,28 c. à partir de son origine, l'uretère est renflé et a une largeur de 0,03 c. Dans le reste de sa longueur, ce canal a son diamètre normal, c'est-à-dire un demi-centimètre. La structure de ce canal est normale, si ce n'est que dans la partie renflée il existe des végétations obstruant en partie le canal. Le canal existe dans toute la longueur de l'uretère.

4° Rein droit. Sa forme et sa structure sont semblables à celles d'un rein normal. Comme dans le précédent, la substance est seulement hypertrophiée. Longueur d'avant en arrière, 0,23 cent. ; largeur, 0,18 cent. Le poids de ce rein droit est deux fois et demie environ celui du rein normal. Les volumes sont correspondants aux poids.

A la surface inférieure du rein, au point correspondant à son ombilic, se trouve une tumeur blanc grisâtre, du volume du poing et supportant dans l'épaisseur de son tissu l'origine de l'uretère. Poids de ce rein, 1 kilogr. 890 gram.

L'uretère, de même longueur que l'autre, a un diamètre normal.

5° La vessie, très rapetissée, grosse comme la moitié du poing, sans particularités anatomiques, contient 0,05 cent. environ d'une urine grise fortement albumineuse, caillebotée ; on la rencontre aussi dans les uretères. Les bassinets rénaux contenaient un liquide très albumineux, jaunâtre, limpide.

6° A la voûte lombaire se trouve une énorme tumeur du poids de 4 kilogr. 730 gram., dans l'épaisseur de laquelle passent l'aorte et la veine cave. Cette tumeur est formée par l'agglomération d'une foule d'autres petites tumeurs blanchâtres lui donnant l'aspect de la glande parotide.

Longueur de la tumeur.	0,45 cent.
Largeur —	0,22 —
Epaisseur —	0,12 —

Dans toute la longueur de cette tumeur l'aorte est dilatée, et offre un diamètre moitié plus grand que normalement. Ses parois sont plus minces. La veine cave est dilatée dans les deux tiers postérieurs de la tumeur ; son diamètre, à cet endroit, est presque double de celui à l'état normal. Cette dilatation recèle un caillot formé par la fibrine du sang ; seulement il est adhérent aux parois de la veine.

— La séance est levée à quatre heures et demie.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

ADDITION A LA SÉANCE DU 16 AVRIL 1855.

Cure radicale des fistules à l'anus profondes. — M. Gerdy lit sur ce sujet un travail qu'il résume en ces termes :

« Jusqu'en 1852, nous ne savions pas traiter les fistules à l'anus profondes, et nous étions obligés de les abandonner à la nature pour ne pas exposer les malades à la mort par l'incision. Et ce principe paraît remonter jusqu'à l'école d'Alexandrie, peut-être même à la chirurgie grecque. La ligature est également impuissante ou dangereuse. Le danger vient toujours alors de la possibilité d'ouvrir un vaisseau de l'intestin au delà de la longueur du doigt, tandis que les doigts n'y peuvent parvenir pour lier et cautériser le vaisseau lésé et arrêter l'hémorrhagie. Il vient aussi de la possibilité de blesser le péritoine, ce qui peut encore amener la mort.

» Dans cet état peu consolant de la chirurgie, m'étant trouvé en face d'une difficulté pratique de ce genre en 1852, je n'hésitai pas d'abord à rejeter toutes les méthodes connues, et le hasard et la réflexion m'inspirèrent assez heureusement pour me faire improviser une opération que l'expérience a montrée moins douloureuse, moins effrayante que les autres méthodes, et d'une sécurité et d'une innocuité remarquables. C'est ce que prouve l'expérience clinique ou pratique.

» Dans la première observation, un homme entré à l'hôpital fut opéré par un de nos plus habiles chirurgiens, mais incomplétement et par prudence, de peur qu'en incisant plus profondément l'opéré ne fût exposé à une hémorrhagie mortelle.

» Le malade m'étant revenu non guéri, je dus rejeter toutes les méthodes connues et en chercher une nouvelle. Heureusement le hasard me servit. On pense un jour, mieux qu'on ne l'aurait fait la veille ou le lendemain, à un moyen qui ne serait pas venu à l'esprit dans tout autre moment. C'est ce qui m'est arrivé pour le malade en question. Après l'avoir examiné, je reconnus tout de suite que je ne pouvais le guérir, sans danger, sans douleurs vives, sans fièvre ni accidents graves, qu'en détruisant par la compression au moyen du mors d'une pince la cloison intestino-fistulaire.

» L'entérotome pouvant atteindre ce but, je l'employai immédiatement, et, comme ce cas particulier exigea trois fois l'application de l'instrument, je pratiquai réellement trois fois l'opération avec le même succès sur le même malade.

» Enfin, peu de temps après, je trouvai l'occasion d'expérimenter une quatrième fois la même opération et avec le même succès sur un second malade. Tous deux guérirent sans accident, sans fièvre et presque sans douleur. »

Races humaines de Hongrie, etc. — M. le ministre de l'instruction publique transmet un mémoire de M. Th. Valerio ayant pour titre : *Etudes ethnographiques et anthropologiques sur les races humaines de Hongrie, de Croatie et des provinces danubiennes.*

Une commission, composée de MM. Serres, Flourens et Rayer, est invitée à prendre connaissance de l'ensemble du travail de M. Valerio et à en faire l'objet d'un rapport.

Origine du sucre dans l'économie animale. — M. Poggiale présente sur ce sujet un mémoire dont nous avons reproduit les conclusions dans le compte rendu de la dernière séance de l'Académie de médecine.

Fonction glucogénique du foie. — M. Leconte communique le résultat des recherches qu'il a faites sur ce sujet soit en préparant le cours de M. Cl. Bernard au Collége de France, soit dans d'autres circonstances.

Tous les animaux qui m'ont servi, dit l'auteur, ont été rapidement sacrifiés par la section du bulbe rachidien. Une incision pratiquée au flanc droit permettait de lier la veine porte. L'abdomen était alors ouvert ; on liait la veine cave inférieure au-dessous du diaphragme ; puis, faisant une incision à ce muscle, on appliquait une seconde ligature sur la veine cave inférieure, au-dessus du diaphragme : il était alors facile de recueillir sans mélange le sang des veines hépatiques en introduisant un tube de verre dans la portion de la veine cave comprise entre les deux ligatures ; en introduisant de même un tube de verre dans la portion de la veine porte comprise entre la ligature et les intestins, on recueillait sans mélange le sang provenant de ces derniers organes.

L'expérience m'a démontré qu'en recueillant le sang entre la ligature et le foie, ce fluide contenait toujours une quantité notable de sucre par suite d'un reflux déjà et depuis longtemps signalé par M. Cl. Bernard.

L'auteur, après avoir fait connaître les procédés chimiques qu'il a employés pour constater la présence du sucre, rapporte plusieurs expériences desquelles il conclut :

1° Qu'en se plaçant dans les conditions indiquées plus haut et en opérant rapidement la section du bulbe rachidien et la ligature des vaisseaux, on ne trouve pas de sucre dans le sang de la veine porte d'animaux nourris de viande crue ou cuite ;

2° Que dans les mêmes circonstances le sang frais des veines hépatiques contient de un à quatre millièmes de son poids de sucre, ce qui prouve que l'intervention des substances amylacées n'est pas nécessaire à la formation du sucre dans le foie ;

3° Que le foie est bien un organe formateur de sucre et non un organe condensateur, comme on l'avait avancé ;

4° Que le sang des veines hépatiques laisse plus de substances sèches et fournit plus d'extrait alcoolique que la même quantité de sang de la veine porte. (Commission nommée pour les communications de M. Figuier.)

Mouvements de la respiration dans le chant. — M. Marchal (de Calvi) communique la note suivante au sujet du travail récemment présenté sur ce sujet à l'Académie par M. Mandl (séance du 12 mars) :

« J'ai observé le même fait que M. Mandl ; mais je m'en suis rendu compte autrement, et j'ai institué un traitement qui remédie à ce que j'appelle la brièveté de la respiration chez les chanteurs.

» Le chanteur ne prend pas assez d'air, d'où il résulte que le soufflet respiratoire ayant moins d'ampleur et de force, il faut que le larynx y supplée. Ainsi le larynx se fatigue, et la voix avec lui. Voilà le fait dans toute sa simplicité. Mais d'où vient ce mode vicieux et pernicieux de respiration ? Chez quelques-uns, c'est un fait naturel ; chez d'autres, c'est un fait acquis, et voici alors comment il se produit : l'artiste ne reste pas maître de lui-même, craint de ne pas arriver, de manquer la mesure, et ne prend qu'un tiers de respiration (ce que M. Mandl appelle respiration claviculaire) ; il s'ensuit, d'une part, que le larynx s'efforce pour ménager et faire durer cet air insuffisant ; d'autre part, que l'artiste, pressé de finir, tourne court et mutile ses phrases. Prendre le temps de respirer, respirer largement, voilà une des principales règles de l'art du chanteur ; et, en vérité, il ne faut guère plus de temps pour une ample et bonne respiration, qui fournit le moyen de bien développer une phrase avec tranquillité, avec sûreté, avec expression, que pour une respiration timide, incomplète, dans laquelle le chanteur prend de l'air en se cachant et en se pressant, et qui ne lui laisse d'autre préoccupation que le désir d'en finir le plus tôt possible, vaille que vaille.

» Quand l'habitude est prise, il y faut le secours de la médecine, aussi bien que dans le cas où la brièveté de la respiration est un fait naturel. Les moyens que j'emploie pour agrandir le champ de la respiration sont de deux sortes. Ils agissent de dehors en dedans ou de dedans en dehors.

» 1° De dehors en dedans. Je prescris des exercices gymnastiques partiels, journaliers, qui ont pour effet de dilater la cage thoracique.

» 2° De dedans en dehors. Je fais respirer deux ou trois fois par jour, par séries de vingt à trente respirations, lentes, larges et profondes, dans un appareil très simple, imaginé par M. Duroy pour la respiration des vapeurs iodées. Cet appareil consiste en un flacon fermé par un bouchon en liége au travers duquel passent deux tubes de verre : l'un de ces tubes est vertical et sert à la prise d'air ; l'autre, coudé à angle droit, est introduit dans la bouche pour servir à l'aspiration. Il va de soi que ces tubes ne doivent pas descendre jusqu'à toucher le fond du flacon. On met dans le flacon une certaine quantité de liquide jusqu'à une hauteur qui est indiquée sur le verre. Je me sers généralement d'eau de goudron additionnée de teinture de benjoin. Si la membrane muqueuse laryngienne est malade, je varie ce liquide de différentes manières.

» J'ai obtenu de très bons résultats de ce simple moyen, que j'ai souvent employé seul, c'est-à-dire sans le secours de la gymnastique. Non-seulement il donne à la voix plus d'ampleur, plus de sûreté, mais il lui donne aussi plus de solidité et plus d'éclat. C'est au point que je le recommanderais volontiers à tous les chanteurs indistinctement, à titre d'exercice hygiénique.

» La brièveté de la respiration n'est qu'une des causes très nombreuses qui fatiguent et altèrent la voix chez les chanteurs. » (Commissaires : MM. Magendie, Serres, Flourens.)

Influence de l'ozone sur l'état sanitaire de l'homme. — M. Wolf, directeur de l'Observatoire de Berne, adresse un opuscule sous ce titre. La lettre d'envoi renferme le passage suivant :

« Ce n'est qu'après l'impression de ce mémoire que j'ai reçu la liste journalière et officielle des morts du choléra à Aarau, en Suisse, depuis le 13 août au 14 octobre 1845. En groupant les jours où il n'y avait eu aucun cas de mort, ceux où il y en avait eu un ou deux, et enfin les jours où il y avait eu trois morts et au delà, j'ai trouvé que la moyenne correspondante des réactions de l'ozone à Berne est :

Pour les jours de la première classe.	6,48
— — seconde —	5,48
— — troisième —	4,58

» J'en conclus qu'effectivement le choléra est pour le moins extrêmement favorisé par la diminution de l'ozone. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La *Gazette médicale de Montpellier* du 15 avril se termine par une longue note signée de son rédacteur en chef, M. le docteur Chrestien, et qui commence ainsi :

« ICI FINIT LA GAZETTE MÉDICALE DE MONTPELLIER. — Pourquoi continuerions-nous, en effet, une publication qui nous a empêché, par son indépendance, d'arriver au professorat, et qui même nous a fait assigner devant le conseil académique ? Pourquoi continuerions-nous une publication qui, par son indépendance, a été exclue de la bibliothèque de notre Faculté ? Pourquoi continuerions-nous une publication qui, par son indépendance, nous a empêché d'être présenté au ministre de l'instruction publique comme candidat à la modeste place de conservateur des collections de notre Faculté ? Pourquoi continuerions-nous une publication qui, par son indépendance, nous a attiré tout récemment le double affront de voir notre modeste place d'agrégé en exercice mise au concours avant que notre temps fût écoulé, de n'être que juge suppléant dans le concours où devait être nommé notre successeur, et de nous voir préférer comme juges vrais deux de nos collègues dont l'un avait été vaincu par nous dans un concours de 1842-43, et dont l'autre est encore bien plus jeune que nous dans l'agrégation ? » . . .

LE SOUEB.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr.
Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Cachexie hydrargyrique.

On peut voir en ce moment dans les salles de M. Gendrin, à l'hôpital de la Pitié, un exemple d'une affection jadis assez commune, et qui, sans être absolument rare aujourd'hui, l'est du moins relativement beaucoup plus qu'elle ne l'était autrefois : nous voulons parler de la cachexie mercurielle. Cette rareté relative de la maladie mercurielle tient, d'une part, à ce que l'on abuse généralement beaucoup moins qu'on ne le faisait autrefois du mercure dans le traitement des affections vénériennes. Elle tient aussi, d'autre part, à ce que les progrès de l'industrie ont diminué beaucoup aussi la manipulation du mercure en substituant aux anciens procédés de dorure des procédés d'où l'usage du mercure est exclu. Mais il reste encore un certain nombre de professions, telles que celle des ouvriers employés dans les exploitations de mines de mercure, et celle des miroitiers, qui continuent, comme par le passé, à faire de temps à autre des victimes de l'intoxication hydrargyrique. C'est à cette dernière catégorie qu'appartient le malade dont il s'agit.

Cet homme, âgé de trente et quelques années, d'une assez bonne constitution, exerce le métier de glacier-miroitier depuis treize ans. Sa santé a toujours été bonne jusqu'à l'année dernière. S'étant livré, il y a un an environ, à un travail forcé (il faisait ce qu'on appelle deux pierres, c'est-à-dire qu'il passait huit glaces au tain par jour ; il en fit quatre à cette époque), il contracta, au bout de quelques jours, un tremblement mercuriel qui l'obligea à s'arrêter. Il entra alors dans un hôpital, d'où il sortit guéri après un séjour de trois à quatre mois. Il n'avait plus ressenti depuis aucun symptôme de la maladie, bien qu'il eût repris ses occupations habituelles. Mais au mois de février dernier, s'étant livré de nouveau à un travail insolite et excessif, consistant à déménager les grosses pierres tout imprégnées d'émanations mercurielles qui servent au travail de l'étamage, il ne tarda pas à éprouver de nouveau les mêmes accidents. C'est à la suite de cette seconde atteinte de tremblement mercuriel qu'il est entré à la Pitié.

Ce malade, qui était dans les salles depuis trois ou quatre jours seulement au moment où nous l'avons vu pour la première fois, nous a présenté les symptômes suivants :

Lorsqu'il est au repos on ne remarque rien de particulier, mais sitôt qu'il exécute un mouvement, s'il lève un bras ou une jambe, le membre mis en mouvement est pris aussitôt d'un tremblement qui dure aussi longtemps que les muscles sont maintenus en contraction. Le membre replacé dans l'état de repos, le tremblement cesse aussitôt. Cette sorte de trémulation est bornée à la partie du corps en état de mouvement ; quelle que soit sa durée, elle ne se communique point à la totalité du corps, ainsi que cela arrive chez les sujets qui sont dans un état d'intoxication mercurielle élevée à son maximum ; ainsi que cela arrive aussi d'ailleurs dans d'autres intoxications et dans certains cas de chorée, car cette propagation ou cette généralisation du tremblement n'est pas exclusivement propre au mercure.

On remarque en outre chez cet individu une légère tuméfaction des gencives et un liséré grisâtre tout autour du collet des dents. Il n'y a point d'aphthes ni de salivation. Enfin les téguments présentent un teint blafard ; les chairs sont molles, et il y a une légère infiltration des tissus sous-cutanés. L'état des voies digestives est plutôt de la constipation que de la diarrhée.

Tel est l'état de cet homme. C'est à un faible degré l'état qui caractérise l'intoxication mercurielle.

En effet, si l'on rapproche ce fait du tableau qu'ont tracé de cette affection les médecins qui ont été le mieux à même de l'étudier sur une grande échelle et de la bien connaître, on y retrouvera, au degré d'intensité près, la plupart des caractères qu'on lui a assignés.

Les individus qui exercent l'une des professions où l'on manipule le mercure, supposés bien portants et doués d'une bonne constitution, peuvent travailler quelquefois impunément pendant une et même plusieurs années ; mais tôt ou tard, suivant une foule de circonstances qui peuvent hâter ou retarder ces effets, leur santé s'altère ; ils sentent leurs forces diminuées ; leur teint devient blafard, leurs chairs s'amollissent, les gencives se tuméfient ; voilà le premier degré de la cachexie mercurielle. A un jour donné, sous l'influence d'une émotion morale, d'un accès de colère ou d'un excès quelconque, on voit survenir tout à coup un tremblement des membres, et plus particulièrement des membres supérieurs, qui dure parfois pendant plusieurs semaines sans augmenter ; puis ce tremblement cesse, et si le malade a complétement interrompu ses travaux, s'il ne les reprend point, on le voit peu à peu revenir à son état normal.

Mais s'il retourne au mercure, ce qui est le cas le plus ordinaire, les accidents, un instant conjurés par le seul fait du repos et de l'éloignement de la cause qui les avait produits, ne tardent pas à reparaître, et le malade retombe dans la cachexie mercurielle, d'autant plus facilement qu'il y est déjà tombé un plus grand nombre de fois. Les accidents gagnent, en effet, en intensité à mesure qu'ils se répètent plus souvent. Surviennent alors tous les signes de la cachexie mercurielle complète : teint cachectique et décoloration de la peau, mollesse et flaccidité des chairs, amaigrissement graduel, faiblesse musculaire extrême, lenteur et affaiblissement de l'intelligence, sugillations de la peau, chute des dents et des cheveux ; les malades présentent, en un mot, tous les signes d'une sénilité anticipée et finissent par tomber dans un état d'épuisement complet, semi-scorbutique, qui les conduit bientôt au tombeau.

Deux ordres principaux de symptômes caractérisent plus particulièrement cette affection, la stomatite et la série de désordres nerveux groupés sous le nom de *tremblement mercuriel*. M. le docteur Th. Roussel, qui a fait de la cachexie mercurielle l'objet d'une étude spéciale chez les ouvriers mineurs des mines de mercure d'Almaden pendant un voyage en Espagne, a donné une description des plus détaillées de cette maladie. En complétant ainsi les notions acquises sur ce point, il a fait connaître en même temps quelques caractères nouveaux qui distinguent d'une manière plus spéciale la maladie mercurielle des mineurs.

M. Roussel distingue les affections de la bouche qui surviennent dans ce cas en stomatite aiguë et en stomatite chronique. La première, qui survient chez les ouvriers nouveaux venus, a en général la plus grande ressemblance avec les accidents qui résultent de l'usage intérieur du mercure à haute dose. Mais il n'en est pas de même de la stomatite chronique. Celle-ci débute sans douleur, sans fièvre, presque sans ptyalisme ; elle se borne à un peu de tuméfaction aux gencives avec dépôt d'une matière grisâtre, puis plus tard quelques ulcérations sur le bord gengival, le tout sans que les ouvriers soient obligés de s'arrêter. La chute des dents en est, comme pour la stomatite aiguë, le terme définitif.

Mais de tous les effets morbides produits chez les mineurs par l'absorption du mercure, les plus intéressants à connaître sont les désordres nerveux, le tremblement. M. Th. Roussel admet trois formes distinctes ou, pour parler plus exactement, trois degrés de tremblement mercuriel :

1° Le *tremblement proprement dit*, qui, à un faible degré, se concilie avec la continuation du travail, et même avec toutes les apparences de la santé, ce qui est si commun parmi ces ouvriers, qu'aucun n'y échappe. Cet état peut persister longtemps sans s'accompagner d'autres accidents, si les individus mènent une vie régulière et s'astreignent aux précautions hygiéniques que nécessite leur profession. Ce symptôme, du reste, n'est pas continuel ; il varie beaucoup d'intensité. Ainsi il cesse dans l'intérieur des mines ; il augmente sous l'influence des émotions morales, des excès de boisson, de certains états de l'atmosphère, etc.

2° *Tremblement mercuriel avec convulsions et douleurs.* — Les symptômes précédents durant depuis longtemgs, il s'y joint des phénomènes convulsifs et de la douleur. A ce degré le tremblement proprement dit est remplacé par des contractions muscu-

BIBLIOGRAPHIE

Médecine et hygiène des Arabes. Etudes sur l'exercice de la médecine et de la chirurgie chez les musulmans de l'Algérie ; leurs pratiques hygiéniques publiques et privées, etc. ; par le docteur BERTHERAND, ancien médecin de l'hospice musulman d'Alger (1).

Tout ce qui se rattache à notre colonie d'Afrique est de nature à nous intéresser profondément. Déjà, il n'y a pas bien longtemps, nous avons eu occasion de rendre compte dans ce journal de plusieurs travaux remarquables relatifs à divers points de l'histoire médicale de l'Algérie, travaux parmi lesquels nous citerons ceux de MM. Cambay, Haspel, Armand, Catteloup, etc. Nous avons dit ce que chacun d'eux présentait de renseignements utiles et d'études pratiques, envisagé au point de vue auquel s'était placé leur auteur. Aujourd'hui, voici un nouveau livre que nous offre M. Bertherand, sous le titre de *Médecine et hygiène des Arabes*. Voyons en quoi il diffère de ceux qui l'ont précédé.

Dans leurs intéressantes publications, MM. Cambay, Haspel et Catteloup ont décrit avec le plus grand soin les maladies des pays chauds, et principalement de l'Algérie. Ce sont de véritables cliniques des hôpitaux de l'Algérie, et c'est exclusivement de pathologie qu'ils se sont occupés.

M. Armand a considérablement élargi son cadre, et l'on se rappelle que son *Algérie médicale* renferme des notions fort étendues sur la géographie, la climatologie de ce pays. La théorie des fièvres, l'hygiène y sont l'objet d'importantes considérations, mais envisagée plutôt au point de vue de la colonisation et de l'acclimatement des Européens. Deux sections fort importantes ont été consacrées par M. Armand à la pathologie interne et externe.

(1) Un vol. in-8°. Chez Germer Baillière.

Le livre de M. Bertherand, quoique touchant par beaucoup de points aux sujets traités par les confrères que nous venons de citer, n'est conçu ni sur le même plan, ni dans le même esprit. Ce n'est plus aux maladies des Européens jetés par des circonstances quelconques sur le sol africain, aux conditions de leur acclimatement qu'il s'attache. Ce qu'il nous a voulu faire connaître principalement, c'est la médecine des Arabes, les connaissances qu'ils possèdent en anatomie, en physiologie, en thérapeutique ; leurs maladies et la manière dont ils les traitent ; c'est leur hygiène privée, leurs mœurs, leurs coutumes, leurs usages. Enfin il s'est promis de nous initier, autant que faire se peut toutefois dans un pays où règnent tant de préjugés séculaires, de pratiques superstitieuses, où l'existence individuelle est si mystérieuse, de nous initier, dis-je, à la vie intime de l'Arabe ; de nous faire pénétrer sous sa tente, de nous renseigner sur ses besoins, ses tendances, ses sympathies, et d'examiner le parti qu'une sage et prudente politique doit tirer de ces connaissances au profit de l'intérêt général. En deux mots, les autres auteurs ont parlé de l'Européen en Algérie ; M. Bertherand s'est exclusivement occupé de l'Arabe et des moyens de le rapprocher de la population conquérante.

Sous ce dernier rapport, il pense, et peut-être avec raison, que la médecine pourrait être employée avec le plus grand succès. « La médecine, dit-il, levier puissant qui permettra tout à la fois de satisfaire » aux intérêts physiques des masses, de saper insensiblement leur superstitieuse apathie, de détruire peu à peu la torpeur rétrograde, » l'immobilité intellectuelle de ce peuple musulman. » C'est qu'en effet toutes les castes mahométanes professent la plus grande vénération pour quiconque se présente à elles avec le titre de médecin. D'où vient ce respect si général parmi les populations musulmanes ? M. Bertherand n'hésite pas à l'attribuer à un passage du Koran, cette seconde édition de l'Évangile, pour nous servir de l'expression de M. Cousin. « Celui qui aura rendu la vie à un homme, a dit le prophète, sera regardé comme s'il avait rendu la vie à tout le genre humain. » Voilà donc une influence dont l'utilité et l'importance sont incontestables et incontestées pour tout homme qui s'est trouvé en contact avec les peuples dont nous parlons. Pourquoi la négligerait-on ? Les résultats qu'il est permis d'attendre de son intervention dépendent évidemment de l'intelligence de son application ; il est donc nécessaire de bien connaître au préalable les notions et pratiques médicales qui ont cours chez les Arabes ; la manière, en un mot, dont la médecine est, doit être et peut être exercée chez eux. Tel est le but du travail de M. Bertherand.

Employé pendant plus de six ans en Algérie près de différents Bureaux arabes, cette sorte de trait d'union précieux et nécessaire entre l'autorité gouvernementale et le peuple soumis ; chargé de la création du service médical de l'Asile musulman d'Alger, l'auteur a été en position de recueillir bien des renseignements sur les connaissances médicales des indigènes arabes, kabyles et sahariens. Son livre est le résumé des notes nombreuses que lui ont fournies ses constantes études poursuivies avec ardeur dans la même direction.

L'ouvrage de M. Bertherand est divisé en trois livres : du médecin arabe ; de l'hygiène des Arabes ; maladies et médecine des Arabes.

Ce qui frappe tout d'abord lorsque l'on se trouve en contact avec quelques-uns des médecins arabes, avec ceux qui se décorent du nom de *tolbas* (savants), c'est l'ignorance profonde dans laquelle ils sont aujourd'hui, non pas seulement des œuvres, mais même du nom de ces grands hommes qui, du treizième au seizième siècle, nous ont conservé les traditions des célèbres médecins de l'antiquité ; je veux parler des Rhazès, des Avicenne, des Averrhoès, des Albucasis, etc. Cette ignorance est la suite inévitable de la dégradation intellectuelle générale dans laquelle se sont trouvés plongés les sectateurs de Mahomet, moins par l'influence d'un mysticisme exagéré que par celle éminemment dissolvante de querelles intestines entre des chefs rivaux, et par l'exercice longtemps prolongé d'un pouvoir exclusivement théocratique. Et pour le dire en passant, M. Bertherand cherche à laver le Koran de ce

laires plus fortes, plus étendues et plus générales, qui offrent la plus grande ressemblance avec la chorée. Le caractère convulsif que prennent alors les contractions musculaires dépend surtout de la prédominance marquée des fléchisseurs sur les extenseurs, plus ou moins paralysés. Les douleurs qui surviennent dans ce cas, aiguës, lancinantes, et quelquefois d'une vivacité intolérable, entraînent l'insomnie et l'inappétence.

3° Cet état faisant des progrès, survient le troisième degré, qui est la *paralysie mercurielle avec altération de l'intelligence*. Il reste toujours dans ce cas, malgré la paralysie, un tremblement presque continuel et parfois convulsif, mais sans douleurs. L'intelligence est très affaiblie. Mais M. Th. Roussel n'a pas observé d'exemple de folie proprement dite. Les choses se passent du reste comme dans l'état de cachexie extrême que nous avons décrit plus haut.

Le traitement de cette affection est très simple tant qu'on n'a affaire qu'au premier degré. En général, dans le tremblement simple, il suffit de cesser le travail et de se soumettre à un régime sobre pour voir la maladie guérir d'elle-même. Mais il n'en est plus de même déjà pour le deuxième degré, et *à fortiori* pour le troisième degré. Rarement parvient-on, même pour le second degré, à amener les malades à un rétablissement complet. Le traitement sulfureux est le plus généralement en usage dans ce cas. Quelques médecins y joignent, pour combattre les douleurs, les antispasmodiques et les narcotiques. On a proposé aussi l'iodure de potassium comme moyen à la fois prophylactique et curatif; mais nous n'en connaissons pas encore les effets.

M. Gendrin a eu recours, chez ce malade, au traitement sulfureux; il a prescrit la fleur de soufre à l'intérieur, les bains sulfureux et les purgatifs. Nous en suivrons les résultats.

Fistule recto-vaginale. — Opération.

M. le professeur Jobert a pratiqué ces jours derniers une opération de fistule recto-vaginale. La disposition particulière de cette fistule, l'état de la malade, les conditions dans lesquelles l'opération a été faite, le procédé opératoire mis en usage et le résultat immédiat de l'opération, tout cela demanderait des détails dans lesquels il ne nous serait pas possible d'entrer en ce moment. Mais il nous a paru utile, à l'occasion de ce fait, d'exposer sommairement l'état de la science sur cette espèce de fistule dont les auteurs s'étaient si peu occupés jusque dans ces derniers temps, et sur laquelle les travaux de M. Jobert ont appelé depuis peu l'attention des chirurgiens.

Nous laisserons de côté les fistules congéniales pour ne nous occuper que des fistules accidentelles, celle qui est l'occasion de ce rapide examen appartenant à ce dernier genre.

Le travail de l'accouchement est la cause occasionnelle principale de ce genre de lésion. Les rétrécissements du bassin, l'excès de volume de la tête de l'enfant ou son séjour prolongé dans l'excavation, l'inertie utérine, en un mot, la violence de la compression des tissus intra-pelviens qui tend à éteindre la vitalité dans ces tissus, telles sont, suivant M. Jobert, les causes qui le plus souvent donnent lieu à des fistules recto-vaginales.

Ces causes peuvent agir simultanément sur toute la circonférence vaginale et intéresser et désorganiser à la fois la vessie, le rectum, le péritoine et les parties latérales du vagin; c'est heureusement le cas le plus rare. Le plus ordinairement c'est la cloison vésico-vaginale qui est seule lésée; mais dans quelques circonstances, et c'est le cas qui nous occupe en ce moment, c'est la cloison recto-vaginale qui est atteinte.

Le mécanisme des fistules recto-vaginales varie suivant que la solution de continuité est primitive ou consécutive, qu'elle résulte d'une déchirure ou d'un travail désorganisateur, tel qu'une gangrène.

Dans le premier cas, elles ont lieu à la suite d'une distension considérable des parties; elles présentent tous les caractères des plaies récentes et les suites qui appartiennent aux lésions d'un réservoir.

Dans le second cas, elles ne succèdent pas à une distension outre mesure de la cloison, mais à une pression violente et prolongée qui a déterminé la formation d'une eschare gangréneuse. L'eschare en tombant laisse après elle une perte de substance.

Toutes autres causes mécaniques agissant de l'une ou de l'autre de ces deux manières peuvent, on le conçoit, produire les mêmes effets.

Mais il est un autre ordre de fistules dont le mode de production est tout différent; ce sont les fistules que M. Jobert appelle *constitutionnelles* et qui reconnaissent pour origine le virus syphilique, le vice scrofuleux, le cancer, etc. Ces dernières résultent tantôt d'indurations de diverses natures développées dans l'épaisseur de la cloison recto-vaginale, indurations fréquemment liées à une inflammation folliculaire ou résultant d'une inflammation chronique, spécifique ou non, des muqueuses rectale et vaginale; et qui se terminent par un travail de suppuration et d'ulcération. D'autres fois ce sont des abcès de peu d'étendue, ordinairement circonscrits, aigus ou chroniques, qui, en s'ouvrant soit dans le rectum, soit dans le vagin, donnent lieu à ces fistules. Il en est, enfin, qui surviennent à la suite de rétrécissements du rectum déterminés par le cancer.

Les fistules recto-vaginales se comportent à plusieurs égards très différemment des fistules vésico-vaginales. La cloison recto-vaginale n'est pas nécessairement détruite dans toute son épaisseur, comme cela a lieu dans la fistule vésico-vaginale. Le vagin peut être gangréné partiellement en différents points sans que le rectum le soit nécessairement. Cela tient à ce que le rectum et le vagin ne sont que lâchement unis entre eux et qu'ils peuvent glisser facilement l'un sur l'autre; tandis que la paroi antérieure du vagin et la partie correspondante de la vessie, se déplaçant ensemble et subissant la même pression à la fois en vertu de leur union intime, présentent toujours le même degré d'altération.

Par suite de cette même disposition anatomique, le trajet des fistules recto-vaginales est très variable : tantôt elles sont directes, tantôt indirectes; quelquefois elles sont remarquables par leur obliquité.

La différence dans la direction du trajet s'explique également, d'après M. Jobert, par la différence des causes qui ont donné lieu à la fistule. Ainsi les fistules directes avec perte de substance, représentant un trou ou une fente large, sont ordinairement produites par la gangrène et les ulcérations. Les fistules indirectes, ayant presque toujours plusieurs orifices, reconnaissent toutes pour causes des ramollissements partiels, des abcès ou un effort mécanique sans perte de substance.

Les follicules muqueux, les muqueuses et la cloison sont le siége d'altérations diverses que M. Jobert a étudiées avec un grand soin.

Les follicules muqueux sont plus développés et souvent en suppuration. Les muqueuses de l'intestin et du vagin sont rouges, engorgées. La cloison est épaissie lorsque la fistule est récente; lorsqu'elle est ancienne, les bords de l'ouverture sont durs et couverts d'un tissu cicatriciel. Il résulte de là que les tissus dans la première période sont fragiles, imprégnés de liquide, et que dans la seconde ils sont consistants, blancs, à cause du retrait du sang par oblitération des vaisseaux. La membrane qui tapisse l'intérieur du trajet organisé offre elle-même des différences suivant l'époque à laquelle on l'observe. Elle est rouge, friable dans le principe, blanche, résistante et organisée par la suite.

Toutes ces circonstances sont de la plus grande importance à connaître pour l'appréciation des procédés chirurgicaux à mettre en usage et de leurs résultats. Mais ce qui n'est pas moins important à prendre en considération avant de déterminer l'indication d'opérer et le choix du moyen, c'est la nature de la cause et l'état général diathésique des malades.

C'est ainsi, par exemple, que, si l'on négligeait de tenir compte d'une affection syphilitique qui aurait été le point de départ des accidents ou qui ne serait même simplement que coïncidente, on s'exposerait à voir échouer l'opération. C'est justement ce qui est arrivé chez la malade qui fait le sujet de ces réflexions.

Opérée déjà une première fois il y a deux ans (en 1853), elle a vu peu de temps après son infirmité se reproduire. Sans être en mesure d'affirmer que cet insuccès soit dû uniquement à cette circonstance et qu'il n'y ait pas eu d'autres causes dans le procédé opératoire même ou toute autre condition qui a pu échapper, il est permis de présumer du moins que la diathèse syphilitique dont cette femme était atteinte et le mauvais état des fonctions plastiques qui en est la conséquence n'ont pas été étrangers à ce résultat. Aussi M. Jobert a-t-il eu le soin de soumettre cette malade à un traitement antisyphilitique complet avant de lui faire subir cette nouvelle opération. C'est une des circonstances sur lesquelles M. Jobert a insisté le plus, et avec le plus de raison suivant nous.

Un mot seulement sur le traitement de ces fistules, que nous reprendrons plus en détail dans une autre circonstance.

Les quatre propositions suivantes, formulées par M. Jobert, résument toutes les indications que peut présenter le traitement de cette affection :

1° Dans tous les cas il faut détruire le trajet organisé, sans quoi on ne pourra obtenir l'oblitération de la fistule;

2° Les fistules larges ne peuvent être guéries que par l'autoplastie aidée de la suture;

3° Il convient de détruire la cause constitutionnelle qui peut avoir produit la maladie et qui peut l'entretenir;

4° Tous les obstacles à l'accomplissement des fonctions des organes malades doivent d'abord être levés avant d'entreprendre la guérison de la fistule. On doit donc commencer par rétablir le cours des matières fécales si le rectum est cloisonné ou oblitéré, et par faire disparaître les callosités et les indurations qui pourraient avoir leur siége autour de la fistule ou de son trajet.

Le traitement institué par M. Jobert, en conséquence de ces principes, repose tout entier sur ce fait, que l'on ne peut obtenir la guérison d'une fistule recto-vaginale que par la réparation de la perte de substance et par la destruction de la membrane de nouvelle formation qui tapisse le trajet organisé.

Si les cautérisations ou le simple ravivement ont pu suffire dans quelques cas pour les petites fistules plus ou moins obliques et linéaires (*fistulettes*), elles ne sauraient convenir dans aucun cas pour les fistules directes d'un certain diamètre et à plus forte raison celles qui représentent un véritable *trou*. La fistule recto-vaginale avec perte de substance ne peut être guérie que par une opération anaplastique.

Les procédés que M. Jobert met en usage en pareil cas ont pour but de déplacer le vagin, qui seul offre de la résistance, le rectum cédant de lui-même avec une grande facilité. Ils ont tous cela de commun qu'ils se composent :

1° Du ravivement des lèvres de la fistule ;

2° De la suture entrecoupée ou de la suture entortillée ;

3° De leur relâchement par des incisions dont la longueur et le nombre sont en rapport avec l'étendue de la lésion;

---

reproche d'obscurantisme qu'on a voulu faire peser sur lui. Les fréquentes citations qu'il en fait, et qui prouvent qu'il l'a étudié avec un soin tout particulier, démontrent en effet clairement que les maximes contenues dans le livre du prophète ne sont nullement incompatibles avec le progrès intellectuel et les connaissances scientifiques les plus élevées. Cette déplorable ignorance a été uniquement l'œuvre de quelques hommes qui ont trouvé dans l'abrutissement d'une race tout entière une facilité plus grande à gouverner sans mettre de frein aux passions mauvaises dont ils étaient agités.

Ceci établi, l'auteur passe en revue tout ce qui concerne l'exercice de la médecine chez les Arabes, et leurs connaissances en sciences médicales et naturelles. Rien n'est plus triste que l'état de la médecine et de la chirurgie chez les musulmans de l'Algérie; à peine possèdent-ils quelques notions de petite chirurgie, la saignée, le vésicatoire, le cautère actuel surtout, dont ils font le plus fréquent usage, comme aussi le plus irrationnel; ce qui domine leur thérapeutique, ce sont les pratiques superstitieuses, les amulettes, les incantations, etc. Pour les grandes opérations de la chirurgie, les musulmans y sont complétement opposés et préfèrent la mort à la perte d'un membre, à une difformité résultant d'une opération qui leur aurait sauvé la vie.

On trouvera dans ce chapitre *Du médecin* les détails les plus curieux sur la responsabilité médicale, les honoraires des médecins, la reconnaissance des Arabes envers les médecins, l'organisation des médecins militaires dans ces derniers temps par Abd-el-Kader, le redoutable émir qui a fait revivre de nos jours le héros de Salluste.

Cette première partie du livre se termine par l'étude de la jurisprudence musulmane dans ses rapports avec la médecine, et par un exposé de la médecine légale chez les Arabes, par un résumé rapide des connaissances actuelles des *toubibes* (médecins) en anatomie, physiologie, chimie, physique et matière médicale; enfin par une énumération des rares livres de médecine que l'on a trouvés dans les bibliothèques d'Alger au moment de la conquête; rares, en effet, puisque l'on comptait à peine dix-huit manuscrits relatifs à notre art. Cependant M. Bertherand est porté à croire que les ouvrages des médecins arabes ont dû être assez nombreux; il se fonde sur ce précepte du prophète : La science est un gibier, et l'écriture sert à le retenir. Mais il faut croire que l'essor donné aux publications scientifiques s'arrêta à partir du moment où les khalifes, inhabiles à gouverner, cessèrent de prodiguer des encouragements aux savants et tient aussi à la prohibition de l'imprimerie sous peine de mort faite en 1515 par Selim et renouvelée en 1698 par les janissaires.

Le second livre est tout entier consacré à l'hygiène; après quelques considérations, un peu abrégées peut-être, sur le climat de l'Algérie, l'auteur étudie l'organisation physique et morale des habitants, les caractères distinctifs des indigènes, leur constitution, leur tempérament, et passe bientôt à l'examen des coutumes hygiéniques telles qu'elles résultent et du peu de civilisation, d'une part, et, d'autre part, des obligations imposées par les pratiques minutieuses d'une religion sévère. L'hygiène publique et tout ce qui a rapport à la vie en commun, à la vie sociale, et l'hygiène privée, comprenant tout ce qui se rattache à l'individu, forment l'objet de deux sections importantes et qui captivent d'autant plus l'attention que l'auteur entre dans des détails extrêmement peu connus jusqu'à présent, même de ceux qui ont vécu pendant longtemps en Afrique.

Le troisième et dernier livre contient les maladies et la médecine des Arabes. On comprend facilement que la pathologie du *toubibe* arabe se ressent profondément de son ignorance en anatomie et en physiologie. Aussi tout accuse-t-il ici la pénurie complète de la plus vulgaire observation; c'est de l'empirisme brut au premier chef. Peu importent la nature, le siége, la cause de l'affection; il n'y a qu'une formule de traitement invariable pour tous les cas donnés, et transmise par la tradition. D'ailleurs le fatalisme est là, qui a jusqu'à présent empêché bien des progrès, et qui s'opposera encore bien longtemps à la marche de la science. Que peut un médecin dans un pays où tout se réduit, pour le diagnostic et le pronostic, à ces deux formules qui se reproduisent à chaque instant : *Dieu sait tout! S'il plaît à Dieu!* C'est donc principalement à la fréquence des maladies, aux formes qu'elles affectent, aux modifications que leur impriment le climat, les conditions d'habitation, le genre de vie qu'a rapport tout ce troisième livre, plutôt qu'à l'exposé d'une véritable thérapeutique.

Comme conclusion générale de son ouvrage, M. Bertherand cherche à démontrer le rôle civilisateur de la médecine au point de vue politique, humanitaire et scientifique, établit la nécessité de la création d'hôpitaux arabes, et pense que l'on retirerait d'excellents résultats de la propagande faite au moyen des livres d'hygiène, d'histoire naturelle, etc.

Le livre de M. Bertherand est un travail rempli d'intérêt, d'une véritable valeur scientifique, d'une haute portée, à notre avis, quant à ce qui touche l'avenir de la population indigène de notre colonie d'Afrique. Sa lecture est des plus attachantes, et nous lui prédisons un beau et légitime succès, principalement auprès de ceux qui, par une cause quelconque, seront exposés à se trouver en rapport avec les habitants de l'Algérie.

Dr A. Foucart.

La plupart de nos abonnés de Paris ont déjà échangé leurs numéros de l'année 1854 contre la collection reliée de cette même année.

Pour ceux de la province, cet échange est moins facile. Cependant, l'exposition universelle devant sans doute en faire venir un grand nombre à Paris, nous leur rappelons que nous aurons toujours des volumes reliés à leur disposition.

Le prix de la reliure est de 2 francs. — Le prix des numéros qui auraient été perdus est de 10 centimes.

4° D'un régime approprié à l'état de la malade.

Nous nous bornons pour l'instant à cette exposition des principes sur lesquels reposent les procédés opératoires adoptés par M. Jobert, les détails d'exécution, ainsi que les diverses modifications qu'il leur fait subir suivant les circonstances, ne pouvant être compris qu'à l'occasion de chaque fait particulier. Nous reviendrons sur le procédé qu'il a suivi dans ce dernier cas lorsque nous serons en mesure de publier cette observation.

Rétrécissement du larynx produit par la formation de brides cicatricielles.

Dans le service de M. le professeur Nélaton, à l'hôpital des Cliniques, se trouve une femme à qui ce chirurgien a pratiqué il y a quelques années la trachéotomie dans les circonstances suivantes :

Dans le courant de 1848, cette femme se présenta à l'hôpital Saint-Antoine pour se faire traiter d'une tumeur qu'elle portait à la partie latérale du cou, sur le trajet du muscle sterno-mastoïdien. La voûte palatine et le voile du palais présentaient en plusieurs points des ulcérations; quelques-unes donnèrent passage à des esquilles détachées de la voûte palatine. Ces ulcérations parurent à M. Nélaton être de nature syphilitique, et la tumeur développée à la région cervicale était une de ces tumeurs développées dans le tissu cellulaire sous l'influence de la même cause, et qu'on désigne sous le nom de *tumeurs gommeuses*. Pendant que cette femme se trouvait dans le service, une autre tumeur de même nature se développa à la région frontale.

La malade, qui paraissait être de bonne foi, déclara n'avoir jamais eu, à sa connaissance, d'accidents syphilitiques. M. Nélaton n'en persista pas moins dans son opinion, et formula un traitement antisyphilitique. Son efficacité vint confirmer la justesse du diagnostic; les tumeurs diminuèrent, et les ulcérations commencèrent à se cicatriser. Tous ces accidents commençaient à disparaître, et la malade se considérait comme guérie, lorsqu'elle fut prise assez rapidement de dyspnée; la respiration devint de plus en plus difficile; on fit une saignée qui fut presque sans effet; la dyspnée augmenta; on proposa à la malade l'opération de la trachéotomie; elle s'y refusa d'abord, mais bientôt elle fut obligée de céder, et cette opération fut pratiquée. Depuis, les accidents du côté des voies respiratoires disparurent; l'opération réussit et la malade recouvra la santé.

On rechercha ensuite quelle était la cause des phénomènes qui s'étaient montrés du côté de la respiration, et voici l'explication qu'en donna M. Nélaton. Il existait dans la trachée des ulcérations de même nature que celles qui se trouvaient sur la voûte palatine et sur le voile du palais. Ces ulcérations s'étaient cicatrisées sous l'influence du traitement antisyphilitique. Ce travail de réparation avait donné lieu à la formation de tissu cicatriciel, qui en se rétractant avait diminué le calibre de la trachée. Les accidents s'étaient montrés au moment où les altérations étaient à peu près guéries, et le développement rapide de ces brides cicatricielles avait produit une dyspnée qui s'était accrue en peu de temps et était arrivée au point de rendre l'asphyxie imminente.

Cette femme se présente de nouveau à l'observation de M. le professeur Nélaton, sept ans après l'opération; elle porte encore la canule qui avait été placée dans l'incision trachéale, incision qui se trouve à la partie inférieure du cou, aussi près que possible de l'extrémité supérieure du sternum. La malade a plusieurs fois essayé de retirer la canule; mais la respiration devient aussitôt embarrassée, et lorsqu'elle nettoie la canule elle est obligée d'exécuter assez rapidement cette manœuvre.

Lorsque la malade veut parler, elle est obligée de fermer la canule avec son doigt pour que l'air puisse passer par la glotte. La voix, même quand la malade ferme la canule, est faible, mais facilement intelligible. Elle ne peut parler longtemps de suite, parce que la respiration se trouve gênée par suite de l'occlusion de la canule.

Les détails que nous venons d'exposer, et qui ont été recueillis avec soin par M. Rouyer, élève du service, confirment l'exactitude de l'explication donnée par M. Nélaton.

Cette observation est curieuse à plus d'un égard, et on pourra en outre vérifier sur la malade qui en fait l'objet l'influence de l'occlusion de la glotte dans le mécanisme de l'effort. Quelques expériences seront faites dans ce but, et nous les ferons ultérieurement connaître.

HOPITAL SAINTE-CATHERINE, A MOSCOU. — M. GROS.

De l'atrophie musculaire progressive au point de vue du traitement électrique.

L'atrophie musculaire est le symptôme ou l'effet de lésions en apparence fort diverses, qui devraient cependant pouvoir se ramener, en dernière analyse, à un chef commun, une nutrition insuffisante. A la vérité, la vie et le développement de la fibre musculaire sont la résultante de plusieurs agents solidaires, innervation, hématose, endosmose, exosmose, etc. Qu'une de ces fonctions vienne à dévier ou à faire défaut, on en voit résulter l'atrophie, la dégénérescence.

L'atrophie musculaire est accompagnée d'une moindre irritabilité de la fibre. Il est cependant des états où la masse musculaire diminue sensiblement sans perdre de son irritabilité, par exemple, dans les convalescences prolongées ou dans les maladies organiques.

Il en est de l'irritabilité musculaire comme de la percussion, ce n'est que par comparaison qu'elle peut fournir un élément positif de diagnostic. Elle est très variable, selon l'âge, le sexe, l'éducation, les individus, sans qu'on puisse y voir quelque trace morbide.

Tous les muscles ne jouissent pas du même degré d'irritabilité chez l'homme sain ou malade. Ils n'ont pas les mêmes dimensions dans leurs éléments microscopiques, et par suite non plus une composition moléculaire identique. Bien qu'ils se ressemblent tous au point de vue de leur contractilité, ils offrent cependant des nuances appréciables dont l'anatomie comparée nous montre des exemples frappants. La consistance, la couleur, la saveur des muscles du thorax chez les oiseaux, par exemple, sont autres que dans les muscles des membres.

Une diminution marquée de contractilité électro-musculaire est l'indice de l'atrophie; mais l'absence complète de contractilité ne peut nous autoriser à admettre une dégénérescence; car il est des états où la fibre rouge et striée ne répond pas à l'agent électrique comme si elle était déjà transformée en tissu fibreux ou graisseux.

Comme l'a dit heureusement M. Duchenne (de Boulogne), on peut faire de la fibre de toutes pièces, soit qu'il y ait atrophie ou dégénérescence partielle.

Les faisceaux musculaires, de même que la peau, peuvent offrir trois sortes de perceptions: la sensation du tact, de la pesanteur (état moléculaire des muscles correspondant au tact, au froid, au chaud dans la peau), la sensation de douleur et la sensation électrique. On est autorisé à admettre cette division ou gradation, ou manière d'être des perceptions nerveuses dans la peau et les muscles, parce qu'elles peuvent se rencontrer distinctes chez le même individu. Le tact peut se trouver là où il n'y a pas de sensation de douleur; c'est un fait de banale expérience. La douleur est, comme le tact, élevée à la seconde puissance. Enfin, chose assez ordinaire et toujours frappante, la sensibilité ou la douleur électrique peut faire défaut là où il y a tact et douleur.

Les muscles, de même que la peau, peuvent offrir des degrés différents de sensibilité électrique. La peau ne manifeste pas seulement de la sensibilité, mais aussi de la contractilité dans ses muscles organiques. Les muscles proprement dits manifestent leur sensibilité et leur contractilité spéciales. Généralement la peau a moins de sensibilité sur les muscles atrophiques. Il semblerait que la raison en est facile à trouver, puisque les mêmes faisceaux nerveux fournissent la peau et les muscles sous-jacents. Cependant le fait anatomique ne serait pas toujours exact, comme on le voit évidemment dans le trajet de la 5e et de la 7e paire.

Le degré d'insensibilité n'est pas toujours proportionné au degré d'atrophie. Si le degré de contractilité électro-musculaire indique assez bien le degré où se trouvent des muscles en voie d'atrophie, il n'indique nullement le point où se trouvent ces muscles quand ils sont en voie de se régénérer. Rien n'est plus vulgaire que de voir des masses musculaires se refaire, atteindre un beau volume, et ne répondre nullement aux excitations électriques. Il est de règle même, dans de certaines paralysies, que la contractilité volontaire se manifeste dans des muscles atrophiques ou déjà bien nourris, longtemps avant la contractilité électro-musculaire.

Ce fait paradoxal, qui a surpris les premiers observateurs, et qui attend encore son explication, se retrouve ailleurs que dans la manifestation nervo-musculaire, la contractilité. On sait que le galvanisme direct a la propriété de faire parler la spécificité des nerfs : ici des contractions, là des saveurs, ailleurs des *sons*, etc. Dans l'œil, il éveille des sensations lumineuses. Eh bien! il est des amaurotiques qui ont encore perception de la lumière, et chez qui le galvanisme, même à fortes doses, ne donne aucune perception lumineuse.

L'atrophie musculaire peut être partielle ou générale. Elle commence toujours, il est vrai, par être partielle, mais elle ne finit pas toujours par devenir générale.

C'est de l'atrophie générale que nous voulons aujourd'hui rapporter deux exemples. Elle se caractérise par un frémissement fibrillaire plus ou moins général, et par une diminution successive de la sensibilité électrique dans les muscles envahis. L'étiologie de cette maladie est encore à trouver; la lésion mentionnée par MM. Cruveilhier, Aran, etc., c'est l'atrophie des cordons antérieurs de la moelle. Cette atrophie est-elle primitive ou consécutive?

Dans l'atrophie musculaire locale, attribuée par beaucoup de médecins à l'excès de fatigue, on remarque que les muscles affaiblis tremblotent en se contractant. Dans l'atrophie progressive, on voit un frémissement.

Dans les deux cas, c'est une innervation anomale : dans le premier, une innervation saccadée dans des fibres atrophiques; dans le second, une innervation partiellement irritée. Avec l'excitation électrique, on peut produire à volonté ce frémissement. Si nos sens ne nous trompent, on est en droit de conclure à une irritation périphérique provenant de... je ne sais quoi.

S'il arrive assez souvent que l'atrophie débute sans douleurs, il est assez ordinaire d'entendre parler de douleurs vagues ou aiguës dans les membres. Tout exercice musculaire amène dans la trame fibrillaire une plus grande quantité de liquides qui s'équilibrent plus ou moins vite. Le sentiment particulier appelé courbature n'est-il pas dû à un excès de cette accumulation liquide non encore résorbée?

Dans les diverses myopathies avec ou sans gonflement appréciable, n'y aurait-il pas une exsudation interstitielle produite soit par une piqûre, une déchirure, soit par le froid, le chaud, un obstacle quelconque de circulation, exsudation qui pourrait finir par former un tissu cellulaire ou sarcolemme plus dense, comme inodulaire? Cette trame plus dense autour des tuyaux nerveux ne pourrait-elle pas se comporter, comme tous les tissus de nouvelle formation, en se coarctant et par suite en étranglant les ramifications nerveuses, d'où le symptôme de la douleur?

La constriction ne manquerait pas d'intéresser aussi les capillaires nourriciers et de paralyser ainsi les deux facteurs de la vie musculaire, l'innervation et l'hématose.

Quoi qu'il en soit de cette théorie, que nous donnons pour ce qu'elle vaut, il n'est peut-être pas sans intérêt de remarquer les douleurs et courbatures, l'hyperesthésie qui se manifestent dans les muscles en voie de réparation, où l'on ose sans trop d'imagination placer un plus grand afflux de liquides.

Si l'atrophie musculaire devait reconnaître pour cause une atrophie nerveuse centrale, il serait toujours surprenant de voir une série de phénomènes qui se passent dans la trame musculaire seule. Il faudrait de nouvelles hypothèses ou des recherches opiniâtres pour expliquer comment un muscle reste seul vivant au milieu de ses congénères ruinés, le même tronc nerveux se distribuant dans une même région, à l'avant-bras ou à la main, par exemple. C'est un sujet sur lequel on aura occasion de revenir assez souvent.

Les deux cas que nous allons choisir se trouvaient simultanément couchés côte à côte, et ont offert des contrastes assez frappants pour légitimer le rapprochement que nous en faisons ici.

Le premier paraît devoir faire pendant aux cas lamentables publiés par MM. Cruveilhier, Aran, etc., et montrera la valeur de l'électricité à cette période de la maladie.

Le nommé Grégori, Italien, faisait métier de porter sur sa tête des figures de plâtre à vendre par les rues. Il ne peut se souvenir d'aucun antécédent fâcheux. Il a cinquante et un ans, et est de forte constitution.

Le 7 septembre 1853, il se trouve dans le service de M. le professeur Pohl, qui veut bien nous inviter à examiner le malade et à faire quelques essais de traitement. Il nous dit que deux mois et demi auparavant il a été exposé à l'action du froid, qu'il a eu des douleurs dans les membres, et qu'il en éprouve encore au moment de son entrée.

Ce qui frappe tout d'abord sur ces reliefs athlétiques, c'est le frémissement fibrillaire, véritable ondulation des muscles des bras, du tronc et des cuisses. Les jambes et les avant-bras sont moins ondoyants.

Les deux éminences thénar sont atrophiques. Les pouces ne peuvent plus s'opposer aux petits doigts. Les extenseurs des trois derniers doigts de la main droite sont paralysés et insensibles à l'électricité, ce qui donne à cette main une physionomie de paralysie saturnine. L'extenseur de l'index est contractile. Les cubitaux et radiaux sont affaiblis. L'abducteur de l'index droit est insensible et atrophié; celui du gauche fonctionne encore.

Les muscles de l'épaule sont encore contractiles, mais la sensibilité électro-musculaire est diminuée.

La peau des fesses est flasque et recouvre des muscles contractiles qui doivent avoir eu plus de volume.

Les muscles des cuisses et des jambes sont sensibles à l'électricité.

Le malade est électrisé tous les jours pendant environ *cinq mois*, et sans aucun succès. Au contraire, si le frémissement fibrillaire semblait quelquefois diminuer dans le trapèze, le grand dorsal, le deltoïde, il ne faisait qu'augmenter, s'il était possible, dans les muscles des membres et des fesses.

Pendant ce temps, le malade a fait usage de préparations réputées antirhumatismales, de fer, de bains, de frictions, sans aucun avantage. Il se plaignait de douleurs intermittentes pongitives dans les muscles en voie d'atrophie, et nous répétait tous les matins : *Sempre girà la testa*. Nous avons donc vu la maigreur générale progresser, les muscles s'atrophier successivement, la sensibilité électro-musculaire diminuer partout. Au mois de janvier 1854, les muscles des mains ne fonctionnaient plus; ceux de l'avant-bras et du bras avaient diminué si rapidement que le malade pouvait à peine manger seul. Au mois de mars, il ne peut plus porter ses mains à la bouche; il ne peut que jeter ses bras sur sa tête. Les jambes, jusque-là encore musculeuses, s'atrophient rapidement; le frémissement fibrillaire y est toujours énorme. Il quitte l'hôpital pour entrer dans un hospice.

Vers la mi-avril, il nous revient avec les membres supérieurs hors de service, où il n'y a plus de traces de contractilité musculaire, ni de frémissement fibrillaire. Les cuisses sont en pleine voie d'atrophie et conservent encore leur frémissement et de la contractilité.

Que la cause du mal se trouve dans les centres nerveux ou à la périphérie, c'est un exemple frappant d'insuccès, malgré la patience du malade et du médecin. Du côté des centres nerveux, on n'a constaté sur le vivant que des vertiges incommodes et continuels qui ont fini par passer.

Puisque le malade qui va faire le sujet de notre deuxième observation s'est présenté dans un état plus déplorable que celui de notre Italien, rien n'empêche de faire des essais ultérieurs de guérison.

Chez notre second malade, le succès a été lent mais complet, et contraste avec le cas que nous venons de décrire.

Grégoire (de Golowine), charpentier de vingt-deux ans, marié, n'a eu ni syphilis, ni antécédents fâcheux. Il paraît qu'au mois de février 1853 il aurait eu une fièvre probablement typhoïde; mais ce ne serait qu'au mois de juin qu'il aurait ressenti des douleurs dans les membres.

Quoi qu'il en soit des causes occasionnelles de sa maladie, il est apporté le 26 août 1853 dans le service de M. Pohl, qui veut bien nous en confier l'examen. L'amaigrissement est général; les membres inférieurs sont contracturés et mobiles seulement dans l'articulation coxo-fémorale; les bras n'ont de mouvement que dans l'articulation de l'épaule; les tendons des biceps forment des cordes tendues sur les avant-bras; les poignets sont pendants. Il ne peut porter lui-même sa nourriture à sa bouche.

Sans entrer plus avant dans la topographie de ces ruines musculai-

res, il suffira d'ajouter que l'atrophie va croissant du tronc vers les extrémités.

Les muscles larges du tronc sont eux-mêmes amaigris et peu sensibles à l'électricité. On remarque du frémissement fibrillaire dans les muscles le moins atrophiés. Le grand dentelé droit et le tiers inférieur du trapèze ne répondent pas aux plus fortes charges.

Les deltoïdes atrophiques se contractent encore.

Les extenseurs à l'avant-bras ne sont point irritables ; ils sont si amaigris qu'on peut loger le pouce dans l'espace interosseux.

Les jambes n'ont aucun mouvement sur la cuisse, les pieds tombent par leur propre poids.

Les pieds et les mains ont une teinte veineuse, venant de la dilatation passive des capillaires par suite de la paralysie des nerfs trophiques.

Les plus forts courants ne réveillent aucune contraction dans les muscles jambiers.

La sensibilité cutanée va décroissant du tronc aux extrémités. Sous la plante des pieds il y a tact et douleur, mais point de sensibilité électrique.

Les nerfs péroniers roulent sous le doigt comme de petits cordons atrophiques ; les cubitaux de même.

Le frémissement fibrillaire ne se voit que dans les muscles en voie d'atrophie, et ne se remarque plus dans les muscles ruinés. Notre Italien nous a montré un éclatant spécimen de ce frémissement qui cesse au dernier degré de l'atrophie.

Sur les membres droits du malade on fait des applications de tissus métalliques, qui ne manifestent guère d'autre action que d'augmenter l'innervation, la chaleur et la nutrition locale.

Il est électrisé tous les matins. Dès la dixième séance, le frémissement fibrillaire a cessé ; la contracture des bras et des jambes est en voie d'amélioration ; les poignets commencent à se mouvoir sans que les muscles aient de contractilité électro-musculaire.

Dans le courant de septembre, les abducteurs des petits doigts se contractent.

Le 26 septembre, pour la première fois, il se soutient sur les pieds comme sur des échasses, les muscles de la jambe ne fixant pas encore l'articulation tibio-tarsienne.

Le malade ne prend que de l'huile de foie de morue. Toutes les fonctions organiques sont bien.

Le 27 octobre, on voit une apparence de contraction volontaire dans les jambiers antérieurs, sans aucune contraction électrique.

Dans le courant de novembre, le pied se joint plus solidement à la jambe ; le malade peut marcher sans appui, mais non se tenir debout à une même place, ses deux pieds étant encore dans un état analogue à deux amputations de Chopart.

En décembre, il relève assez librement les poignets, mais la main est encore une griffe.

Je cesse l'électricité pendant vingt et un jours, afin de voir si l'organisme abandonné à lui-même ferait quelque progrès.

Le 22 janvier, il en est exactement au point où je l'avais laissé.

A partir du tronc, les membres avaient pris rapidement de l'ampleur à la faveur de notre traitement. Le tiers supérieur de la cuisse avait 33 centimètres le 26 août, 35 le 10 septembre, 37 le 6 octobre, 42 le 11 décembre, 46 en février, 47 en mars.

A la reprise du traitement électrique, il continue à progresser. Au mois de mars, il peut se tenir ferme debout. Les muscles ont repris leur tonicité ; les pieds jouent dans l'articulation, mais les plus fortes charges provoquent à peine une contraction.

Les interosseux des mains ont repris aussi leur jeu ; les doigts s'allongent, et depuis longtemps il se suffit à lui-même. Les éminences sont encore atrophiés, mais donnent un soupçon de contraction.

Une nouvelle interruption de seize jours, pendant ma maladie, nous prouve encore une fois de plus qu'il ne fait pas le moindre progrès sans l'électricité.

Malgré l'état avancé d'atrophie où se trouvait notre malade, nous avons vu ses muscles se refaire peu à peu, et nous espérons parvenir à lui rendre ceux qui lui manquent encore.

Serons-nous aussi heureux dans le traitement de notre Italien, dont les bras sont à peine au degré d'atrophie où se trouvaient ceux de notre charpentier ?

SUR LA NATURE ET LE TRAITEMENT de l'infection purulente.

Par M. le docteur BONNET (de Lyon).

Voici sur quelles bases l'éminent chirurgien de Lyon assoit sa théorie sur l'infection purulente, théorie à laquelle on ne pourra contester le mérite de s'adresser, non plus comme les anciennes, au mécanisme anatomo-physiologique selon lequel le sang est vicié, mais à la cause même qui vicie le sang ; d'où découlent naturellement les plus importantes conséquences pratiques.

D'abord, quant à sa nature, l'infection n'est point une maladie simple ; elle comprend plusieurs éléments morbides.

Les uns, primitifs, sont : la pénétration dans le sang de globules purulents, l'absorption des produits fétides, l'abaissement de la calorification qui survient chez les opérés soumis à la double influence de la perte de sang et de la commotion morale.

Les autres, consécutifs, sont : la fièvre qui se manifeste peu de temps après les blessures, et qui tend à rétablir la chaleur affaiblie ; et la fièvre éliminatrice qui se développe plus tard, et qui a pour but naturel l'expulsion incessante des globules purulents et produits fétides qui ont pénétré dans la circulation. Si cette expulsion s'accomplit sans obstacle, et si, en même temps, l'absorption ne dépasse point une certaine mesure, la guérison peut avoir lieu. Dans le cas au contraire où l'absorption, soit purulente, soit putride, introduit des matériaux trop abondants d'intoxication, ou si la fièvre, réellement compensatrice d'élimination, est troublée dans son cours par quelque cause accidentelle, par quelque infraction à l'hygiène, la chaleur animale s'abaisse, le frisson fatal se déclare, et dès lors les globules purulents se déposent dans les viscères.

Un traitement préventif peut être institué en vue de cette éventualité redoutable. D'abord on doit veiller attentivement à ce que rien ne vienne entraver cette fonction de l'organisme, qui chez les opérés élimine le pus à mesure qu'il entre dans les voies circulatoires. Puis l'expérience générale apprend que la cautérisation bien faite met à l'abri de l'infection purulente. On peut se rendre compte de ce résultat en remarquant que dans les ulcères produits par les caustiques l'oblitération des vaisseaux précède la suppuration, qu'il n'y a pas production de produits fétides, enfin que la calorification générale et locale est moins abaissée qu'à la suite des plaies par incision. Donc, les phénomènes générateurs, ou éléments primitifs de l'infection purulente, étant ainsi prévenus, il est naturel que les phénomènes secondaires, c'est-à-dire la maladie ellemême, ne se développent point.

La cautérisation de la plaie est encore le moyen le plus efficace à opposer au développement de la pyémie, soit qu'on l'exécute avant le premier frisson et, dans ce cas, comme adjuvant des médications pharmaceutiques, soit qu'on ait été réduit à n'y avoir recours qu'après l'invasion de ce symptôme de si funeste présage.

Dans ce dernier cas, en même temps que les remèdes appropriés doivent provoquer, mais sans affaiblir l'organisme, l'expulsion des éléments purulents et putrides qui l'infectent, en même temps, disons-nous, la cautérisation se présente encore comme le seul moyen d'empêcher l'absorption, qui viendrait augmenter le danger, en ajoutant incessamment de nouveaux agents d'empoisonnement à ceux qui ont déjà été introduits dans l'économie.

La cautérisation peut être faite soit avec des caustiques, tels que le chlorure de zinc, de préférence, soit avec le fer rouge. On peut se borner aux premiers lorsqu'il n'y a pas de foyers profonds à découvrir ; mais le cautère actuel est indispensable lorsqu'il faut poursuivre des sinuosités qui sillonnent l'épaisseur d'un membre.

A l'appui de ces doctrines, M. Bonnet cite plusieurs exemples vraiment décisifs de cas où il a pu par la cautérisation mettre un terme heureux à des symptômes de pyémie déjà bien caractérisés. En résumé, il a ainsi sauvé cinq malades sur douze, et a prolongé pendant trois mois la vie de deux des sept opérés, qui ont néanmoins succombé. (*Gaz. médic. de Lyon* et *Gaz. hebd.*)

FORMULES DIVERSES DE M. RICORD, communiquées par M. le Dr Calvo.

1° *Liniment sédatif.*

Huile de jusquiame.	200 grammes.
Camphre.	4 —
Laudanum de Rousseau.	4 —
Extrait de belladone.	4 —
Chloroforme.	4 —

Mêlez. — Ce liniment s'emploie en frictions, plusieurs fois par jour, contre les douleurs névralgiques, les affections rhumatismales aiguës ou chroniques, le rhumatisme goutteux, enfin toutes les fois que, dans une maladie, l'élément *douleur* domine.

2° *Pommade fondante.*

Extrait de belladone.	4 grammes.
Camphre.	4 —
Laudanum de Rousseau.	4 —
Onguent mercuriel double.	30 —

Mêlez. — On se sert de cette pommade pour combattre les engorgements chroniques, surtout ceux de l'épididyme.

Lorsqu'il s'agit d'un engorgement strumeux, M. Ricord ajoute 4 grammes d'iodure de plomb et substitue l'axonge à l'onguent mercuriel double.

3° *Pilules calmantes.*

Beurre de cacao.	3 grammes.
Baume de Tolu.	3 —
Poudre de racine de belladone.	1 —
Miel de Narbonne.	1 —
Extrait de réglisse.	1 —
Extrait de jusquiame blanche.	15 centigr.
Chlorhydrate de morphine.	10 —

Mêlez. — F. s. a. trente pilules, à prendre trois par jour.

Ces pilules sont fort utiles dans toutes les affections de poitrine où la toux domine. Nous les avons vues très bien réussir dans les bronchites aiguës ou chroniques, la phthisie pulmonaire, l'emphysème pulmonaire, l'asthme, le catarrhe simple et la bronchorrhée.

4° *Sirop antirhumatismal.*

Sirop des cinq racines diurétiques.	500 grammes.
Teinture de bulbe de colchique.	15 —
Iodure de potassium.	15 —

Mêlez. — Ce sirop se prend par cuillerées à bouche, trois fois par jour, dans une tasse de tisane de bourrache.

On peut arriver graduellement à en doubler la dose.

Il est employé par M. Ricord pour combattre les rhumatismes chroniques, le rhumatisme goutteux, la goutte même à l'état subaigu ou chronique ; mais il réussit surtout admirablement contre les engorgements si rebelles qui succèdent aux arthropathies blennorrhagiques. (*Répert. de pharm.*)

HUILE DE FOIE DE MORUE. Nouveau mode d'administration.

Par M. SAUVAN.

L'huile de foie de morue est un médicament si précieux, surtout chez les enfants, que tous les artifices imaginés pour en rendre l'usage plus commode ont, à nos yeux, une véritable valeur.

Voici donc une formule présentée comme un moyen de masquer complétement la saveur et l'odeur désagréables de l'huile de foie de morue :

Jaune d'œuf.	N° 1.
Sucre.	60 grammes.
Eau de fleurs d'oranger.	30 —
Huile de foie de morue.	90 —
Essence d'amandes amères.	1 goutte.

(*Journ. de chim. méd.*)

BIÈRE AMÈRE.

Par M. LANEAU, pharmacien de l'hôpital Saint-Jean à Bruxelles.

Bière de ménage.	1 litre.
Teinture amère composée.	20 grammes.

Cette teinture est ainsi préparée :

Racines de gentiane.	1,500 grammes.
Racines d'Angélique.	180 —
Racines de gingembre.	180 —
Ecorces d'orange curaçao mondées.	750 —
Cônes de houblon.	250 —
Fleurs de centaurée.	250 —
Chardon bénit.	255 —
Alcool à 65 degrés centésimaux.	q. s.

pour avoir par déplacement 24 litres de teinture.

Cette bière est fort salutaire et sert de boisson aux malades atteints d'affections aiguës.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Depuis la publication de la lettre de M. Rennes (de Bergerac), inspirée par le louable désir de faciliter les rapports des médecins des départements qui se rendront à Paris à l'occasion de l'Exposition universelle, nous avons reçu plusieurs lettres d'adhésion, qui nous prouvent que la pensée de notre honorable confrère a été parfaitement comprise, et que le projet qu'il a exposé est assuré de la sympathie générale. Comme il y a toute apparence que ces lettres ne seront pas les seules, et que nous pourrions nous exposer à des répétitions inutiles en les publiant dès qu'elles arrivent, nous attendrons, pour examiner dans un travail d'ensemble les idées qui y auront été émises.

— Le concours pour la place d'aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris commencera le mardi 15 mai, à une heure. Dans cette première séance, les candidats inscrits recevront le sujet de leurs préparations anatomiques.

— Par arrêté du 20 avril, MM. Moutet et Garimond sont institués agrégés près la Faculté de médecine de Montpellier pour la section de chirurgie.

—Les épreuves préparatoires du concours pour deux places de médecins au Bureau central des hôpitaux viennent de se terminer.

Ont été déclarés admissibles : MM. Matice, Woillez, Rotureau, Simonis-Empis, Cahen, Mesnet, Laboulbène, Racle.

— M. le docteur Veyrat, médecin de l'établissement thermal et de l'hôpital d'Aix en Savoie, vice-président de la commission médicale d'inspection des eaux, vient d'être nommé membre correspondant étranger de la Société d'hydrologie médicale de Paris.

— M. le docteur Caffe a reçu de Puerto-Cabello (république de Venezuela) deux magnifiques serpents : un *boa constrictor* et un *botrops jararraca*, appelé dans le pays serpent-tigre, un des plus dangereux et des plus terribles. M. Caffe s'est empressé de les offrir à la ménagerie du jardin des Plantes de Paris.

M. le docteur Caffe avait déjà fait cadeau à la galerie anthropologique du Muséum d'histoire naturelle d'une riche collection composée de trente-quatre têtes arabes, parfaitement conservées, et ayant appartenu à des individus qui rappellent les principaux types de la race africaine. (*La Science.*)

— Le journal la *Clinique allemande* rapporte le fait suivant : M. le docteur Santlas affirme qu'il connaît un vieux chasseur très renommé pour l'éducation des chiens, qui, depuis dix-sept ans, inocule à ses jeunes élèves du virus-vaccin sur le nez, et dit ne pas avoir observé un seul cas de maladie des chiens depuis ce temps.

— M. Coste, professeur au collége de France, a ouvert son cours d'embryologie comparée mardi 24 avril. Il le continuera tous les mardis et samedis à 1 heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. DECQ;
A Genève, à la librairie de JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Mémoires concernant la pathologie et la thérapeutique des organes de la respiration, par le docteur Louis MANDL. — Première partie : Anatomie pathologique de la phthisie tuberculeuse. — Première livraison. Prix : 1 fr. 25 c. — A Paris, chez Labé, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine.

LE SOUAD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 51. — MARDI 1er MAI 1855. (28e ANNÉE.) N° 51. — MARDI 1er MAI 1855.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 30 AVRIL 1855.

Séance de l'Académie des Sciences.

La discussion sur l'origine de la monstruosité double chez les poissons se continue. La série de mémoires que M. Coste prépare sur ce sujet, et dont il a déjà lu une première partie dans la dernière séance, jettera sans aucun doute une vive lumière sur cette intéressante question d'embryogénie tératologique. Nous attendrons qu'elle ait été publiée pour revenir sur ce sujet.

Les lectures ou communications de candidats au fauteuil chirurgical ont tenu la plus large place dans cette séance. M. Jules Cloquet a lu un mémoire sur la cautérisation méthodiquement appliquée à la guérison des ruptures du périnée et de la cloison recto-vaginale. C'est une application aux lésions spéciales dont il s'agit d'une méthode qui n'est assurément rien moins que nouvelle en elle-même, et qui a été depuis longtemps employée avec plus ou moins de succès pour toutes sortes de fistules et de pertes de substance en général, et notamment par M. Cloquet lui-même pour la restauration du voile du palais ; mais ce qui constitue l'originalité de cette application, c'est la limitation de la cautérisation à un point des bords de la division, à leur angle de réunion, et la répétition successive de ces cautérisations ainsi limitées au fur et à mesure que le dernier point cautérisé est cicatrisé.

La deuxième lecture est de M. Bouvier; elle a pour sujet la détermination des caractères des plaies sous-cutanées. Nous regrettons d'avoir à signaler dans ce travail deux erreurs capitales à nos yeux : une erreur de fait et une erreur théorique. L'erreur de fait consiste à dire que les plaies réputées sous-cutanées ne sont réellement telles qu'après que la piqûre qui a livré passage à l'instrument est fermée, et que dans la première phase, c'est-à-dire avant l'occlusion complète de cette piqûre, ces plaies communiquent à l'extérieur. Nous avons vu trop souvent, quand l'opération sous-cutanée est bien faite, la preuve *physique* du contraire, c'est-à-dire la dépression immédiate des téguments venant s'appliquer sur les parois de la plaie sous-cutanée sous l'influence de la pression atmosphérique, par suite du vide résultant soit de la séparation des deux bouts d'un tendon ou de l'évacuation d'un liquide, pour que nous ne nous croyions suffisamment autorisé à dire que c'est là une erreur de fait. Quant à ce que nous avons cru devoir qualifier d'erreur théorique, c'est cette autre proposition de M. Bouvier, qu'il nous suffira, croyons-nous, d'énoncer, pour que chacun la juge comme nous, savoir: que les plaies sous-cutanées guérissent, comme toutes les plaies, *au moyen de l'inflammation*, et qu'elles ne se distinguent des plaies à ciel ouvert que par le faible degré de l'inflammation consécutive.

Nous aurions enfin à signaler une communication de M. Laugier sur le traitement d'une fracture ancienne de l'humérus par la suture des fragments après leur résection oblique; mais son intérêt tout pratique nous a engagé à la reproduire textuellement, ce qui nous dispense pour le moment de tout commentaire. — Dr Brochin.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

M. BECQUEREL, professeur agrégé.

Du typhus des camps et du typhus fever.

Leçon clinique recueillie par M. H. LEGRAND DU SAULLE.

Une question médicale non encore résolue, et que nous allons trancher dans cette séance, est celle du typhus des camps; peut-être emprunte-t-elle aux événements un certain caractère d'actualité.

Est-ce une maladie spéciale ou bien seulement une variété de fièvre typhoïde ?

Les plus illustres médecins des siècles derniers rangent le typhus parmi les fièvres putrides ou malignes, et il faut arriver au commencement de ce siècle, à J. Frank, pour le voir considéré comme une maladie spéciale. M. Chomel avait regardé comme *probable* l'identité du typhus et de la fièvre typhoïde, lorsque l'Académie de médecine mit la question au concours en 1837, et couronna le beau travail de M. Gaultier de Claubry, qui conclut sans hésitation à la parfaite identité de ces deux maladies.

Le typhus est une infection qui exerce ses ravages dans les armées, sur les navires, dans les hôpitaux, les prisons, partout enfin où il y a une grande agglomération d'hommes. Le typhus n'est autre chose qu'une fièvre typhoïde suraiguë, épidémique et contagieuse, mais se différenciant tellement de la fièvre typhoïde la plus généralement observée, que ces deux affections doivent être désormais séparées nosologiquement.

Caractères anatomiques. — Les lésions pathologiques sont, dans le typhus, identiques à celles de la fièvre typhoïde ; elles existent dans la grande majorité des cas, et si parfois les autopsies n'ont révélé aucun désordre, c'est que les victimes du typhus ont trop rapidement succombé, au bout de trente-six, de quarante-huit, de soixante heures, par exemple, tandis que les altérations dans la fièvre typhoïde ne commencent à se former que du troisième au quatrième jour. Lorsqu'on ouvre le cadavre d'un sujet chez lequel l'invasion du typhus remonte à six ou sept jours, et à plus forte raison à quatorze jours, comme cela s'est vu quelquefois, les lésions pathologiques existent immanquablement.

Etiologie. — Les causes du typhus se différencient notablement de celles de la fièvre typhoïde. Le typhus est déterminé par une accumulation d'hommes considérable sur un même point, dans un même lieu, par des fatigues excessives, le défaut de sommeil, une alimentation mauvaise et insuffisante, et surtout l'élévation de la température. Les matières animales en décomposition ont été, avec raison, regardées comme favorisant le développement du typhus. C'est ainsi que de légères atteintes de ce fléau ont été récemment observées en Crimée par suite de l'inhumation d'un grand nombre de cadavres à peu de profondeur du sol.

L'influence du moral des troupes a été également notée, et bien que le typhus ait décimé plusieurs fois les rangs d'une armée victorieuse, il n'en est pas moins vrai que le découragement et la honte d'une défaite prédisposent sensiblement les vaincus à l'infection. Le typhus, qui s'attaque indistinctement à tous les âges, reconnaît enfin comme principale cause la contagion ; cela n'est plus contesté aujourd'hui.

Symptômes. — Ici encore nous retrouvons une grande identité entre les débuts du typhus et ceux de la fièvre typhoïde : céphalalgie, prostration des forces, stupeur profonde avec subdelirium, etc. Dans le typhus cependant, l'éruption des taches rosées lenticulaires se montre du troisième au quatrième jour, les pétéchies existent presque constamment, tandis que les sudamina sont de la plus grande rareté. Vous savez au contraire que dans la fièvre typhoïde les taches rosées apparaissent au septième jour, que les pétéchies s'observent dans un très petit nombre de cas et que les sudamina manquent peu fréquemment. Quant aux troubles des organes digestifs, quant aux symptômes abdominaux, ils font complétement défaut. Dans le typhus, vous n'avez ni coliques, ni diarrhée, ni météorisme, ni gargouillement dans la fosse iliaque. Enfin les hémorrhagies, les perforations intestinales et les eschares sont des accidents qui ne viennent presque jamais compliquer le typhus.

Traitement. — Les émissions sanguines et les purgatifs échouent constamment. Le médecin appelé à soigner un cas de typhus doit prescrire l'usage du vin et employer les préparations de quinquina, ainsi que le carbonate d'ammoniaque, qui est un stimulant diaphorétique très énergique.

SOURCES MINÉRALES DE WILDBAD ET DE GASTEIN.

Les deux notices que nous publions sur Wildbad et sur Gastein sont extraites de la troisième édition du *Guide aux eaux* de M. Constantin James, qui doit paraître sous peu de jours (1). Ces deux notices nous ont semblé offrir un intérêt tout particulier ; d'abord, parce que les eaux dont elles font mention ne se trouvent décrites dans aucun ouvrage d'hydrologie français, et ensuite parce que ces eaux paraissent réellement exercer une action spéciale sur le système nerveux rachidien.

WILDBAD (WURTEMBERG).

Wildbad est situé dans le royaume de Wurtemberg, à quelques lieues de Stuttgard, au fond d'une des vallées les plus pittoresques de la forêt Noire, que dominent de hautes collines couvertes de sapins. La ville, qui se compose d'une rue unique, peut être divisée en ville haute et en ville basse, offrant chacune un aspect bien différent. D'un côté, des maisons habitées par de pauvres familles; de l'autre, d'élégantes constructions avec tout le luxe et le confortable de la vie des bains. Au milieu de la vallée coule la rivière d'Enz, dont les bords, plantés d'arbres, constituent la promenade publique.

L'établissement thermal occupe la partie la plus élevée de la ville. Il est d'une très belle architecture. Son style sévère, la teinte sombre et rougeâtre de la pierre dont il est bâti, lui donnent un caractère en rapport avec la nature même de la localité. C'est là que logent la plupart des malades; c'est là également que les sources minérales se trouvent réunies, de sorte qu'on peu suivre la cure sans presque sortir de chez soi.

Les sources sont toutes le produit de forages artésiens. Elles jaillissent du granit même. Leur nombre aujourd'hui est d'environ cinquante. Il suffit, du reste, de creuser le sol à une profondeur de 20 à 25 mètres pour en obtenir immédiatement de nouvelles.

Cette extrême facilité de se procurer l'eau minérale dans une même enceinte a été utilisée de la manière la plus heureuse pour l'aménagement des bains de piscine et des bains de baignoire. Ainsi, le Kurhaus a été édifié sur le griffon des sources; chaque piscine en renferme plusieurs, dont le nombre varie suivant la quantité de malades qui peuvent y être admis; de même dans chaque bain particulier jaillit une source particulière. Dans tous ces bains, un fond de sable fin et léger forme une sorte de tapis moelleux sur lequel les malades peuvent s'asseoir ou s'étendre. L'eau des sources s'échappe à travers ce sable en bouillonnant; en même temps des bulles de gaz, dans une agitation continuelle, glissent le long du corps du baigneur et y produisent une légère titillation qui n'est pas sans charme; aussi le bain forme-t-il un des plus délicieux passe-temps de la journée.

L'établissement renferme six belles piscines, dont trois pour hommes et autant pour femmes, puis une piscine commune aux deux sexes; seulement on s'y baigne alternativement à des heures séparées. Ce dernier bain, appelé bain des Princes (*Furstenbad*), est le plus élégant; il représente une jolie rotonde que surmonte un dôme décoré dans le style byzantin. Toutes ces piscines sont munies de douches disposées dans autant de compartiments particuliers, et elles sont précédées de petits salons qui servent de vestiaires pour les baigneurs.

Sans doute cette coutume de se baigner plusieurs ensemble dans le même bassin a toujours quelque chose qui blesse la délicatesse. Toutefois, quand on songe que l'eau se renouvelle sans cesse pendant le bain, que dans l'intervalle chaque piscine est vidée et le sable nettoyé à grande eau; enfin, que tout nouveau baigneur est obligé, avant d'y être admis, d'avoir pris un bain de propreté, on ne tarde pas à faire comme tout le monde. L'exemple est un si puissant argument ! Ajoutons que les compartiments destinés aux hommes occupent un bâtiment tout à fait isolé de celui des femmes.

Cependant on peut prendre aussi des bains particuliers dans les petites piscines groupées autour des bassins communs.

Constatons de plus, à l'honneur de Wildbad, que la même sollicitude s'étend aux bains des pauvres. Ainsi les piscines de l'hôpital ont également leurs sources à part, leur fond de sable et leur eau vierge, sans cesse renouvelée.

Voilà pour les bains. Quant à la buvette, elle représente deux robinets disposés sous le péristyle de l'établissement. C'est le matin surtout que les malades s'y rendent. Toutefois la boisson ne constitue qu'un des éléments tout à fait secondaires du traitement.

L'eau minérale de Wildbad a une température de 30 à 37° centigr.; par conséquent elle est admirablement appropriée à la chaleur la plus convenable du bain, de sorte qu'il n'est besoin ni de la réchauffer ni de la refroidir. Cette eau est remarquable par sa transparence et sa limpidité parfaites; elle n'a aucune odeur, sa saveur est presque nulle. Analysée, elle n'a fourni par litre que 0gr,46 de principes fixes, dont :

Chlorure de sodium.	19 centigr.
Carbonate de chaux.	11 —
— de soude.	6 —

Ce sont donc, chimiquement parlant, des eaux tout à fait insignifiantes. Cependant leur action est très réelle, et elle se traduit par une série de phénomènes dont j'ai pu apprécier sur moi-même la gradation. Ainsi, à la première impression du bain, que nous avons dit être délicieuse succèdent des sensations plus franches, plus nettes, plus vives : on se sent fortement surexcité; des étincelles lumineuses scintillent devant le regard; les tempes battent; il semble qu'un sang plus subtil afflue vers le cerveau; on voudrait rester au bain, et toutefois quelque chose d'insolite et d'étrange vous avertit d'en sortir.

(1) *Guide pratique du médecin et du malade aux eaux minérales et aux bains de mer.* 3e édition. Un vol. in-18, avec une carte itinéraire de toutes les eaux minérales de l'Europe, et seize vignettes gravées sur acier. Paris, Victor Masson, éditeur, place de l'Ecole-de-Médecine.

Du typhus fever. — Le typhus fever, maladie inconnue en France, a, pour berceau l'Irlande, où elle règne endémiquement. Nous savions peu de chose sur le typhus fever avant que M. le docteur Valleix insérât dans les *Archives générales de médecine* une très intéressante communication, et surtout avant que deux médecins français, MM. les docteurs Rodier et Henri Gueneau de Mussy, envoyés en mission, nous transmissent la relation de leur voyage, qui a failli leur coûter la vie.

Le typhus fever est une fièvre éminemment contagieuse, d'une durée moyenne de deux à trois septénaires, caractérisée par les symptômes les plus graves et principalement par une éruption pétéchiale très distincte des taches rosées lenticulaires de la fièvre typhoïde.

Causes. — Le typhus fever, qui semble être produit en Irlande par la misère, les privations, les fatigues et le découragement, s'attaque à tous les âges sans distinction de sexe. Nous n'insisterons pas sur son mode d'invasion, car là encore il y a identité avec la fièvre typhoïde, excepté toutefois pour les symptômes abdominaux qui manquent toujours dans le typhus fever. Mais si dans cette dernière maladie nous n'observons ni sudamina, ni taches rosées, nous voyons en revanche apparaître vers le quatrième ou cinquième jour, à la surface de tout le corps, des taches nombreuses d'une couleur rouge lie de vin, disposées en grappes, arrondies et d'un diamètre assez variable, et presque en même temps une coloration sous-épidermique toute particulière que M. Rodier a comparée à celle que produirait du jus de mûre sous l'épiderme.

L'analyse du sang a présenté les mêmes résultats que dans la fièvre typhoïde.

Les lésions cadavériques manquent toujours; les glandes de Peyer, les follicules de Brunner, les ganglions mésentériques sont intacts.

Le pronostic est des plus graves. En effet, la mortalité est plus considérable dans le typhus fever que dans la fièvre typhoïde.

Traitement. — Les médecins anglais avaient d'abord paru bien se trouver de l'emploi du calomel, mais ils y ont complétement renoncé, ainsi qu'aux émissions sanguines. Les préparations de quinquina, de carbonate et d'acétate d'ammoniaque, les excitants toniques, tels que le thé, les vins de Madère et de Porto, l'eau-de-vie même, rendent d'éminents services.

MÉMOIRE SUR L'ÉPITHÉLIOMA DU REIN

et sur les minces filaments granuleux des tubes urinipares expulsés avec les urines (1);

Par le Dr Charles Robin,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine, etc.

Cette disposition a été bien décrite par Simon. Il y a même quelquefois des cylindres tellement pauvres en granulations ou qui en sont tellement privés qu'ils sont très transparents, difficiles à apercevoir, si ce n'est lorsque, pris dans le bassinet, il y a des cellules d'épithélium rénal accumulées autour d'eux, qui les font se dessiner en clair sur le champ opaque et granuleux que représentent les cellules. Je ne doute pas que ce ne soient eux que Lehmann considère comme espèce à part et n'étant rien autre chose que la *membrane propre des tubes urinaires* expulsée. Il les a rencontrés dans l'urine sur des sujets atteints de la forme chronique de la maladie de Bright, avec altération graisseuse du rein (2). Funke les a exactement figurés sous les noms de *cylindres urinaires* et de *corps hyalins en forme de tube*, non plus chez les albuminuriques, mais dans un cas de phthisie aiguë avec tubercules miliaires (1).

Dans l'épaisseur de ces cylindres on trouve presque toujours des noyaux libres d'épithélium rénal, soit finement grenus, soit dépourvus de granulations presque complétement, et alors clairs, transparents. Il y a aussi assez souvent des cellules proprement dites de cet épithélium. Bien que je n'aie jamais vu les globules du sang dont parlent Lehmann et Funke, il est fort possible qu'il s'en trouve quelquefois, puisqu'il n'est pas rare d'y observer des grains d'hématoïdine décrits plus loin.

On y voit, dans quelques circonstances, des cellules de pus, ou pyocytes, signalées par Simon sous le nom de globules de mucus; mais l'action de l'acide acétique sur les filaments du rein me portent à croire que lui et ses successeurs ont quelquefois donné ce nom aux épithéliums nucléaires décrits plus haut, car ces derniers sont bien plus fréquents que les pyocytes. L'acide acétique gonfle en effet les cylindres et les pâlit en attaquant une partie de leurs granulations, sans toutefois les faire disparaître. Il met ainsi en évidence des épithéliums nucléaires et même des cellules qui auparavant n'étaient pas visibles. Le contour des noyaux devient plus foncé, et ils sont un peu resserrés par ce réactif; tandis que les pyocytes, lorsqu'il y en a, sont pâlis, et on aperçoit alors le noyau ou les deux noyaux qu'ils renferment ordinairement.

Tous ces cylindres granuleux, lorsqu'on les observe dans les tubes urinipares, peuvent être isolés en certain nombre par dilacération, bien que pour la plupart ils restent ordinairement dans la cavité du tube même. On peut constater alors que les cylindres granuleux sont plus petits que les gaînes épithéliales, parce qu'ils en remplissent la cavité. Dans de rares circonstances ordinairement morbides, ou seulement dans un petit nombre de tubes, les cylindres granuleux de la substance corticale sont immédiatement contigus à la paroi propre de ceux-là, sans interposition de l'épithélium. Ce fait est plus commun dans la substance tubuleuse et peut même, quoique rarement, y être observé dans des conditions normales.

Les filaments ou cylindres remplissant les tubes urinipares dont il est question ici se rencontrent surtout dans la substance tubuleuse; ils s'y trouvent non-seulement dans des conditions morbides, mais on peut les observer sur des sujets adultes ou de douze à quatorze ans morts de maladies quelconques n'ayant aucunement affecté la sécrétion urinaire. Il est vrai qu'il y a moins de tubes qui en renferment que dans les cas d'albuminurie, de fièvre typhoïde, de choléra, fièvre puerpérale, éclampsie, etc.; mais on les trouve dans les tubes du rein des animaux domestiques tués pour l'usage de la viande de boucherie (mouton, bœuf, porc): on peut donc les considérer comme normaux ou au moins accidentels, sans être morbides, à proprement parler. Chez les mammifères domestiques, ils sont toujours plus finement granuleux que dans notre espèce.

Il arrive quelquefois que l'on trouve à la coupe du rein la substance tubuleuse ou la corticale, et plus souvent le niveau de leur jonction parsemé de taches ou de traînées d'un pourpre noirâtre se fondant insensiblement sur les bords avec la substance saine. Lorsqu'on cherche à l'aide du microscope à reconnaître la cause de cette coloration, il est facile de voir qu'elle est due à des granulations d'hématoïdine amorphe larges de 1 à 8 millièmes de millimètre environ, éparses dans la substance des cylindres granuleux. Il en existe souvent en même temps dans l'épaisseur des cellules épithéliales, mais en petite quantité dans chaque cellule, et moins que dans les cylindres eux-mêmes.

De l'expulsion des cylindres granuleux avec les urines. — On vient de voir que l'accumulation d'une matière amorphe granuleuse, ou de granulations accumulées les unes contre les autres sous forme de cylindre remplissant un certain nombre de tubes urinipares est un fait normal. S'il est accidentel, il se rencontre trop souvent et dans des circonstances trop variées, et même sans que la sécrétion urinaire soit troublée, pour qu'il soit possible de considérer la présence des cylindres comme caractérisant un état morbide quelconque.

Mais il est d'autres faits qui montrent mieux encore quelle est la signification physiologique de ces cylindres, et leur peu de valeur comme symptôme lorsqu'ils sont expulsés. Leur situation et leur nature montrent que pour arriver aux bassinets l'urine doit filtrer en quelque sorte au travers de cette matière amorphe dans les tubes qui en renferment. Or leur présence dans l'urine tient à ce qu'il en est quelques-uns d'entraînés de temps à autre, probablement par suite de réplétion et distension d'un tube urinifère par l'urine.

Ce fait est aussi normal que leur présence dans les tubes. Il est peu de sujets, quel que soit leur genre de mort, chez lesquels, si l'on fait deux ou trois préparations de l'urine troublée par les épithéliums en suspension dans les bassinets, on ne trouve des cylindres ou fragments de cylindre granuleux plus ou moins longs. Lorsqu'on n'en rencontre pas, il suffit souvent de comprimer le rein pour en faire sortir avec l'urine qu'on voit sourdre par les mamelons du rein. On en trouve aussi quelquefois dans l'urine de la vessie des cadavres, mais plus difficilement que dans les bassinets.

On en rencontre aussi assez fréquemment dans les dépôts rougeâtres d'urate, de soude et d'ammoniaque, fréquents en hiver ou dans les temps humides, lors même qu'ils ne s'accompagnent d'aucun dérangement de la santé.

Il est vrai, du reste, qu'ils sont rejetés plus abondamment lorsque la sécrétion urinaire ayant été ralentie, comme dans la rougeole, la scarlatine, la fièvre typhoïde, la dyssenterie, le choléra, etc., elle vient à reprendre avec une certaine activité lors de la convalescence. Leur expulsion est enfin, à ce qu'il paraît, soumise à des conditions très variables, car on les observe dans les affections les plus diverses (phthisies, affections aiguës ou chroniques, etc.), et on ne les trouve d'une manière régulière et constante dans aucune maladie, ainsi que l'ont signalé plusieurs observateurs.

Le peu de régularité de leur production dans la maladie de Bright, dont on les a d'abord considérés comme un caractère constant, a déjà été noté, mais toutefois par des auteurs qui ont certainement exagéré leur rareté (1). Je les ai rencontrés dans diverses sortes de dépôts urinaires qui m'étaient apportés par des malades se croyant atteints de pertes séminales, chez d'autres atteints de gravelle urique, chez des diabétiques, etc.

Dans les urines normales, dont j'observais les nubécules après les avoir laissées se déposer et après décantation de la partie claire surnageante, je n'ai pas rencontré les filaments granuleux dont il est ici question. Toutefois, je n'ai pas fait d'essais assez nombreux pour

(1) Fin. — Voir les numéros des 21 et 26 avril.

(2) Lehmann. *Lehrbuch der physiologischen Chemie.* Leipzig, 1850, in-8°, t. II, p. 393. Il décrit trois espèces de filaments dans les urines: 1° les gaînes épithéliales signalées plus loin; 2° les filaments granuleux; 3° les filaments pâles indiqués ici.

(1) O. Funke. *Atlas der physiologischen Chemie.* Leipzig, 1853, in-8°, p. 34. Atlas, in-4°, pl. XIV, fig. 2. Il figure les trois formes de filaments décrites par Lehmann. Sans se prononcer sur la nature des filaments pâles, l'exactitude de ses figures, faites toutefois à un trop faible grossissement, et les noms qu'il leur donnent portent à croire qu'il ne les regarde pas comme des parois propres de tubes urinipares, mais bien pour ce qu'ils sont, c'est-à-dire des filaments contenant surtout de la matière amorphe pâle et fort peu de granulations foncées.

(1) Frick, *Renal affections their diagnosis and pathology.* Phyladelphia, 1850. In-12, p. 82. — Becquerel, *Recherches sur la nature des lésions élémentaires des reins* (Archives générales de médecine. Paris, 1855. In-8°, t. V, p. 402.)

A quelles causes attribuer de semblables phénomènes? Ce ne saurait être à la minéralisation de l'eau, puisque nous venons de voir qu'elle est à peu près nulle. Ce n'est pas non plus à sa température, celle-ci étant plutôt un peu basse que trop élevée. Enfin ce n'est pas aux gaz qu'elle tient en dissolution, ces gaz étant presque exclusivement formés par de l'air atmosphérique. Il y a donc là un principe que l'analyse n'a pas encore pu isoler, et qui doit être extrêmement fugace; car si, au lieu d'employer l'eau minérale à son point d'émergence, on essaye de lui faire parcourir les tuyaux, ne fût-ce qu'à quelques pas de distance, son action s'évanouit, et ce n'est plus que de l'eau ordinaire.

Quoi qu'il en soit de la nature même de ce principe, les eaux de Wildbad exercent sur l'économie une action tonique qui, de passagère qu'elle était d'abord, ne tarde pas à devenir définitive. Ce n'est donc pas sans quelque raison que le docteur Kerner a pu dire de ces eaux « qu'elles rajeunissent les vieillards, et rendent aux personnes épuisées » par le travail et les fatigues de nouvelles forces et une nouvelle » jeunesse. »

Mais les eaux de Wildbad ne sont pas seulement des eaux hygiéniques; elles sont surtout des eaux médicinales. Pour quelles classes de maladies devront-elles être conseillées?

Ce qui constitue la spécialité de ces eaux et les range dans une catégorie à part, c'est l'action quelquefois merveilleuse qu'elles exercent sur les affections de la moelle épinière. Jetez un coup d'œil sur le personnel des malades qui les fréquentent: ce sont presque tous des paraplégiques. Interrogez-les: la plupart sont améliorés ou en voie de guérison. Or la paraplégie est devenue une maladie tellement fréquente de nos jours, et les moyens pour la combattre sont si incertains, que je ne saurais me dispenser d'entrer ici dans quelques développements.

Ce qu'on se propose avant tout à Wildbad dans le traitement de la paraplégie, c'est que l'excitation minérale pénètre, je dirais presque s'imbibe lentement et par degrés dans les organes, et que son action se traduise par des effets à peine sensibles, mais soutenus. On n'emploiera donc d'abord que des bains de dix à quinze minutes; puis on en augmentera la durée de manière à arriver à des bains d'une heure, les abrégeant ou même les suspendant tout à fait dès l'instant où il se manifesterait des indices de réaction. C'est en général de la première à la seconde semaine que le mieux commence à se faire sentir. Ainsi la torpeur des extrémités diminue; quelques mouvements reparaissent dans les orteils et dans les membres; les malades accusent des chaleurs inaccoutumées sur le trajet des nerfs paralysés; enfin ils cessent d'éprouver la sensation d'une barre leur serrant douloureusement l'abdomen.

A cette période de la cure, on fait quelquefois intervenir la douche. Celle-ci, qui, par son volume et sa chute, ne possède qu'un très faible degré de percussion, vient en aide au traitement et, par son intervention discrète, ajoute aux bons effets du bain.

On continue ainsi pendant plusieurs semaines, ordinairement cinq ou six, l'emploi de ces moyens jusqu'à ce que la paralysie ait complétement cédé ou que l'action thermale paraisse épuisée. On a vu guérir ainsi, sans secousses et sans crises, les affections les mieux caractérisées de la moelle épinière, depuis le simple engourdissement des membres jusqu'à la perte la plus absolue de la sensibilité et du mouvement. Toutefois il est rare qu'une seule saison suffise pour un pareil résultat: presque toujours on doit revenir à Wildbad plusieurs années encore, soit pour achever la cure, soit pour la consolider.

Je n'essayerai pas d'expliquer le *modus agendi* des eaux de Wildbad, car il me faudrait quitter le domaine des faits pour celui des hypothèses, c'est-à-dire la réalité pour la fiction. Bien entendu que ces eaux ne peuvent être employées que contre la paraplégie dite essentielle, contre celle par conséquent qui est complétement indépendante d'une affection organique de la moelle épinière ou de ses annexes, et qui dépend d'un simple affaiblissement de l'innervation. Un fait important à noter, c'est que, chez les malades en traitement, le mieux coïncide presque toujours avec la réapparition d'anciennes douleurs goutteuses ou rhumatismales, ou avec le retour à leur ancien siége d'exanthèmes brusquement répercutés. Les eaux agiraient donc tout à la fois comme médication stimulante et comme médication dérivative.

Ce que je viens de dire du traitement de la paraplégie est également applicable aux paralysies partielles des membres et à ces perturbations de la sensibilité connues sous le nom générique de névralgies. J'ai été témoin moi-même de fort belles cures.

En sera-t-il de même de l'hémiplégie? Le professeur Heim, qui a écrit un bon traité sur les eaux de Wildbad, raconte à ce sujet les guérisons les plus remarquables. « Il n'y a, dit-il, aucun apoplectique » qui quitte Wildbad sans que son état se soit considérablement amélioré: » ils reprennent tous plus de liberté dans la démarche, déposent ordinairement leurs béquilles de bonne heure et peuvent au moyen d'une » canne s'aider dans leurs mouvements. » Pour quiconque connaît les caractères anatomiques de l'hémiplégie de semblables assertions ne peuvent être acceptées sans contrôle, et je sais que pour mon compte je n'ai rien vu d'aussi positif ni d'aussi concluant.

En résumé, c'est donc seulement contre la paraplégie que les eaux de Wildbad me paraissent jouir d'une incontestable spécificité. Sous ce rapport, elles offrent la plus grande analogie avec celles de Gastein et de Pfeffers, avec cette différence toutefois qu'elles sont moins actives que les premières et plus actives que les secondes. Je ne puis du reste que renvoyer pour plus de détails à ce que je dis de ces deux eaux, et tout particulièrement de celles de Gastein.

Wildbad offre peu de distractions de société. Mais la beauté des sites qui l'entourent, ses richesses géologiques, l'air vif et pur qu'on y respire au milieu des bois sont de puissantes compensations. Au lieu de vanter sans cesse, comme on le fait, les douceurs de la vie des champs, ne devrait-on pas plutôt apprendre à les goûter?

(La fin à un prochain numéro.)

Le concours du Bureau central est terminé. MM. Matice et Woillez ont été nommés.

dire qu'on ne les trouve pas en dehors de toutes conditions morbides; je suis même porté à croire, d'après la fréquence de leur présence dans les bassinets, indépendamment de toute perturbation de la sécrétion urinaire, que leur issue est tout aussi naturelle, sinon normale, que leur production et leur présence dans les tubes urinipares, de la substance tubuleuse surtout, chez l'homme et divers animaux domestiques.

De la nature des cylindres ou filaments des tubes urinipares au point de vue de leur composition. — La matière amorphe, qui dans les filaments du rein est parsemée de granulations moléculaires et englobe des épithéliums, n'a point les caractères de la fibrine. Elle n'est pas striée ou fibrillaire comme la fibrine récemment coagulée; elle n'est pas si finement grenue, ni aussi uniformément granuleuse que la fibrine anciennement coagulée, ayant perdu sa disposition fibrillaire.

On ne comprend vraiment pas qu'une hypothèse aussi peu fondée en fait que celle de la nature fibrineuse de ces filaments et de leur analogie avec les fausses membranes du croup ait pu être émise (Henle, Scherez, Virchow) et adoptée encore récemment (Lehmann, Hunke, etc.). Il est probable que, s'ils eussent été observés d'abord dans le rein, tant chez les individus morts sans troubles urinaires, dont un grand nombre étaient bien portants, que chez les animaux domestiques, on n'eût point tant insisté sur la prétendue *nature croupale* de ces filaments. Il serait singulier, en effet, de voir un organe de l'économie produire dans les conditions les plus diverses des formations de même nature que les pseudo-membranes du croup, qui apparaissent dans des conditions si spéciales.

Ils n'ont également rien de la finesse et de l'uniformité d'aspect granuleux que présente l'albumine coagulée; il ne se trouve, d'autre part, jamais dans le rein une seule des conditions qui amènent la solidification de l'albumine. Aussi l'hypothèse de leur nature albumineuse n'est pas plus fondée que celle de leur nature croupale.

La substance amorphe, homogène de ces cylindres, avec ses granulations rares ou abondantes, de volume uniforme ou varié, distribuées également ou inégalement, offre les caractères des *substances amorphes* accompagnées de granulations diverses qu'on rencontre sous des formes variées dans un grand nombre de produits de sécrétions, mais dont la nature dans chaque organe n'est pas encore déterminée. Il est donc plus avantageux pour la science et moins dangereux pour les conclusions qu'on en peut tirer de se borner à constater ces analogies, ces conditions d'expulsion normales et morbides, tout en reconnaissant les lacunes qui restent à combler, que d'émettre des hypothèses qui sont insoutenables devant l'examen et la comparaison les plus élémentaires. Parmi ces lacunes, il faut signaler celle qui concerne le mode de production de cette substance amorphe et des granulations.

Il reste pour terminer à comparer ces cylindres ou filaments soit à la paroi propre hyaline des tubes du rein, soit à la gaîne épithéliale qui tapisse celle-ci et qu'on trouve en effet quelquefois dans l'urine vésicale.

Les filaments des tubes urinipares et des urines, soit granuleux comme à l'ordinaire, soit plus rarement hyalins et transparents, parce qu'ils ne renferment qu'un très petit nombre de granulations, ne ressemblent en rien à la paroi propre des tubes dont ils sortent. Ils s'en distinguent d'abord par la parfaite transparence et homogénéité de la paroi propre des tubes sans qu'on voie jamais traces de granulations dans leur substance. En outre, ces tubes s'aplatissent et se plissent ou se recourbent d'une façon toute particulière qu'on n'observe pas sur les filaments; on peut, en outre, constater sur les bords de ceux-ci deux lignes très nettes parallèles, longitudinales, écartées de 2 à 3 millièmes de millimètre indiquant l'épaisseur de la paroi propre et se montrant en outre transversalement ou obliquement partout où le tube est plissé. Ce sont là autant de caractères qui n'ont pas d'analogues sur les filaments granuleux. Enfin, l'acide acétique ne dissout ni ne fait disparaître les tubes propres; il ne fait que les pâlir un peu en rendant aussi un peu plus pâles les bords de leur paroi; tandis qu'il gonfle, pâlit beaucoup et rend presque diffluents les cylindres granuleux.

Les gaînes épithéliales des tubes urinipares signalées dans la première partie de ce travail, et qu'on trouve fréquemment dans les bassinets, ou qu'on expulse assez facilement en comprimant le rein pour faire suinter l'urine par les mamelons, se rencontrent quelquefois dans les urines. Leur présence est moins commune que celle des cylindres granuleux, et on ne les trouve qu'en petit nombre. J'en ai observé sur des enfants atteints de scarlatine, mais aussi dans la vessie d'individus morts de pleurésie avec épanchement purulent, de tubercules pulmonaires et de maladies indéterminées; aussi je crois que leur issue est moins exclusivement liée à la scarlatine, l'érysipèle, etc., que ne semble l'indiquer une phrase de Lehmann. Frank les a figurées d'après une observation faite dans un cas de fièvre typhoïde (pl. XIV, fig. 1). Elles se distinguent facilement des filaments de matière amorphe, soit hyalins peu granuleux, soit très granuleux, par la disposition polyédrique des cellules juxtaposées, par l'uniformité de l'écartement de leurs noyaux, par la finesse et l'uniformité de volume de leurs granulations. Il arrive quelquefois que les gaînes épithéliales ainsi expulsées en contiennent dans leur cavité, qu'elles sont remplies en un mot par un filament granuleux semblable à ceux qu'on trouve libres. On distingue alors facilement la couche de cellules polyédriques enveloppant le filament granuleux. L'acide acétique gonfle celui-ci, et en fait sortir la substance à l'extrémité de la gaîne épithéliale, qui quelquefois se rompt, mais dont en général les cellules sont seulement pâlies, tandis que leur noyau devient très évident.

Tel est l'ensemble des productions qu'on peut voir se former dans les tubes du rein, et être expulsées avec les urines, dans le dépôt desquelles on peut les retrouver.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 23 avril 1855. — Présidence de M. Regnault.

Origine de la monstruosité double chez les poissons osseux. — M. Coste lit un mémoire sur ce sujet. Le but de ce travail est de démontrer que non-seulement la monstruosité double chez les poissons osseux n'est pas le résultat de la fusion de deux embryons primitivement entièrement séparés sur un double vitellus vasculaire, c'est-à-dire sur deux vésicules ombilicales conjuguées, mais qu'il est impossible que deux vésicules ombilicales se forment et par conséquent coexistent dans un même œuf.

L'auteur en emprunte les preuves à l'étude des premières phases du développement.

Cautérisation appliquée à la guérison des ruptures du périnée et de la cloison recto-vaginale. — M. J. Cloquet expose dans ce mémoire les résultats qu'il a obtenus de l'emploi de la cautérisation dans le traitement des ruptures du périnée et de la cloison recto-vaginale, méthode à laquelle il a été conduit par les succès qu'il avait déjà obtenus par l'emploi de ce moyen pour la restauration du voile du palais.

« L'application des caustiques, et en particulier du cautère actuel, à la guérison des fistules est bien connue sans doute et de date ancienne. Ainsi Collot, au rapport d'Heister, traitait par ce moyen les fistules urinaires qu'il ne pouvait guérir, méthode renouvelée plus tard avec succès par M. Lallemand; ainsi Sédillot, puis Dupuytren l'employèrent pour les fistules vaginales. Ainsi M. Martin Saint-Ange l'a appliquée par un procédé fort ingénieux aux fistules à l'anus. Mais dans tous ces cas la cautérisation porte sur toute l'étendue des bords de l'ouverture, quelquefois même sur toute la surface du trajet fistuleux; aussi la forme du cautère doit-elle être autant que possible adaptée à celle de la fistule, et Dupuytren recommandait-il l'emploi d'un cautère ayant la forme d'un haricot.

» La méthode que je propose consiste, au contraire, à agir sur un seul point des bords de la division, sur leur angle de réunion, à attendre la chute de l'eschare et la cicatrisation de la petite plaie pour pratiquer une nouvelle cautérisation et à recommencer ainsi autant de fois que la nature des désordres l'exige; c'est le tissu cicatriciel qui par sa rétraction rapproche les bords de la plaie; c'est, comme j'avais l'honneur de le dire à l'Académie dans un précédent mémoire, une série de points de suture qu'on place successivement sur la division qu'il s'agit de réunir. En 1832, dans la première édition de sa *Médecine opératoire*, M. Velpeau a décrit cette manière d'appliquer le cautère actuel et les caustiques à la restauration du périnée et de la cloison recto-vaginale.

» Les premières cautérisations ont ordinairement pour effet de déterminer une réunion assez étendue; mais plus on approche de l'extérieur, plus le résultat obtenu chaque fois est faible, de sorte que la réunion des extrémités de la division se fait souvent longtemps attendre : faible inconvénient d'ailleurs, puisque les accidents les plus graves de l'infirmité disparaissent avec les premières cautérisations.

» M. Velpeau pense qu'il y a plutôt abaissement graduel de la cloison recto-vaginale qu'une réunion réelle de la division; de sorte que la cautérisation produirait le même effet que l'autoplastie par glissement, mais avec cet avantage de le procurer par une opération simple, peu douloureuse, que tous les chirurgiens peuvent pratiquer, et de permettre par conséquent aux malades de se soustraire aux inconvénients si graves de leur infirmité, sans aller chercher au loin des secours qu'on ne peut trouver que dans les grandes villes. Mon expérience personnelle me permet d'affirmer que, dans certains cas au moins, les deux bords de la division se réunissent bien réellement. La cicatrice, reconnaissable à sa couleur particulière, peut être facilement distinguée des tissus normaux, et occupe l'espace primitivement béant par suite de la division. Quel que soit d'ailleurs le mode suivant lequel la réunion a lieu, le fait certain c'est qu'elle s'opère, pourvu que le traitement soit assez longtemps continué. Une opération légère, à peine douloureuse, d'une réussite assurée, vient aussi remplacer une opération longue, très pénible, qui peut déterminer des accidents graves, et est trop souvent suivie d'insuccès. »

M. Cloquet termine son mémoire par l'analyse de plusieurs observations, dont voici le resumé :

« La première a été recueillie en 1828, à l'hôpital Saint-Louis. Il s'agissait d'une femme de vingt-deux ans, qui avait éprouvé une rupture profonde du périnée, en accouchant un an auparavant de son premier enfant. Les bords de la division s'étaient ulcérés sous l'influence d'une affection syphilitique, et la maladie générale étant guérie, s'étaient cicatrisés isolément en laissant une large perte de substance. Au moyen de cautérisations successives par le nitrate acide de mercure j'obtins une guérison complète.

» Dans la seconde observation, il s'agit d'une femme de vingt-six ans, qui avait éprouvé pendant un premier accouchement une rupture de la cloison recto-vaginale et du périnée, remontant à 3 centimètres au-dessus du sphincter, et que j'opérai par le cautère actuel à l'hôpital des Cliniques, en 1837. Le traitement, qui dura quatre mois, fut terminé par M. Aug. Bérard, qui a consigné cette guérison dans un article sur les ruptures du périnée, publié par lui dans le *Dictionnaire de médecine*.

» Le sujet de la troisième opération, qui fut opéré par MM. Guérard et Jarjavay, est une femme de trente-huit ans, qui, dans les mêmes circonstances que les deux premières, avait éprouvé une rupture du périnée et de la cloison recto-vaginale remontant à 4 centimètres. La suture, pratiquée avec le plus grand soin par M. Jarjavay, échoua, et la position de la malade se trouva aggravée. Des cautérisations successives faites par M. Guérard avec le caustique de Vienne solidifié procurèrent une guérison complète.

» La quatrième observation, qui appartient à M. Nélaton, a été recueillie en 1847 à l'hôpital Saint-Antoine, sur une femme de trente ans, accouchée six mois auparavant. M. Nélaton, ayant constaté une rupture du périnée et une procidence consécutive de la muqueuse vaginale, proposa la suture; mais la malade ne voulut jamais s'y soumettre. Elle avait eu connaissance d'un cas de mort après cette opération, et restait inébranlable dans sa détermination. M. Nélaton lui fit alors accepter la cautérisation par la pâte de Vienne. Quatre applications successives du caustique suffirent pour amener une guérison complète.

» La cinquième observation a été recueillie sur une malade que j'ai soignée avec M. Paul Dubois, et qui a été opérée par ce professeur. Il s'agit ici d'une fistule recto-vaginale de 15 millimètres environ de diamètre, située à 3 centimètres au-dessus du périnée, et produite chez une jeune femme pendant un premier accouchement. Plusieurs applications successives du cautère actuel procurèrent une guérison solide. »

Détermination des véritables caractères des plaies sous-cutanées. — M. Bouvier lit sous ce titre un mémoire dont voici le résumé :

1° Les plaies sous-cutanées, comme tous les autres genres de blessures, sont une cause d'irritation traumatique, et provoquent une inflammation locale qui se lie au mécanisme de leur guérison.

2° Ce qui fait leur caractère spécial, c'est le faible degré d'irritation et d'inflammation qu'elles déterminent, c'est la cicatrisation immédiate ou sans suppuration qui en est la suite; d'où les avantages reconnus par divers chirurgiens depuis 1816 aux opérations sous-cutanées, et en particulier à celles qui ont pour objet la section des muscles et des tendons.

3° L'occlusion des plaies sous-cutanées produit leur innocuité relative et leur mode de cicatrisation en appliquant les tissus les uns contre les autres, en excluant tout contact étranger, en multipliant les rapports du liquide organisable ou blastème avec la matière organisée et vivante.

4° L'inflammation suppurative s'empare exceptionnellement des plaies sous-cutanées par suite d'irritations locales accidentelles, d'une diathèse générale, de la prédisposition inflammatoire de certains tissus, d'un épanchement sanguin trop considérable, ou du défaut d'occlusion de la plaie, qui rentre alors dans la classe des lésions traumatiques communiquant avec l'extérieur.

5° Les cicatrices des différents tissus, os, muscles, tendons, nerfs, etc., dans les plaies sous-cutanées guéries par cicatrisation immédiate, ne sont point d'une autre nature que celles qui succèdent à beaucoup de plaies suppurantes; la formation du pus ne nuit que dans certaines conditions à la production ou à la perfection de ces cicatrices.

Traitement d'une fracture ancienne de l'humérus par la suture des fragments après leur résection oblique. — M. Laugier présente sous ce titre une observation que nous publierons dans un prochain numéro.

Polypes de l'oreille. — M. Triquet adresse pour le concours Montyon un mémoire intitulé *Recherches historiques et pratiques sur les polypes de l'oreille*.

— M. Duchaussoy adresse pour le même concours deux mémoires relatifs, l'un à l'*absence de l'absorption chez les cholériques*, l'autre à l'*injection des médicaments par les veines dans les cas de suspension de l'absorption*.

— M. Poey présente une note en réponse à la réclamation adressée par M. Vergnès relativement à une méthode d'extraction par voie électrochimique des substances métalliques séjournant dans l'organisme.

La note reproduit deux passages d'articles insérés dans les journaux américains par M. Vergnès, et où il reconnaît la part qu'a eue M. Poey au perfectionnement de cette méthode, qu'ils appliquaient dans un établissement fondé conjointement par eux à New-York. M. Poey, en outre, annonce qu'il soumettra à la commission chargée de l'examen de sa première note des certificats qui établissent complétement ses titres au perfectionnement d'une méthode dont il a toujours rapporté à M. Vergnès l'invention première. (Commission précédemment nommée : MM. Dumas, Rayer, Cl. Bernard.)

— M. Charrière fils soumet au jugement de l'Académie la description d'un instrument de lithotritie, un brise-pierre, dont il a simplifié le mécanisme sans rien changer à la manœuvre, le nombre des pièces qui composaient primitivement l'instrument étant réduit de près de moitié dans celui-ci.

M. Civiale est invité à prendre connaissance de cette note et à en faire s'il y a lieu l'objet d'un rapport.

— M. Duroy, à l'occasion d'un rapport fait récemment à l'Académie, rappelle qu'antérieurement aux communications de M. Alvaro Reynoso et de MM. Braynard et Green, il avait été conduit par l'examen des propriétés déjà constatées de l'*iode* à proposer d'essayer l'emploi de cet agent comme moyen de combattre les virus et les venins, ainsi que les empoisonnements miasmatiques.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 19 avril 1855. — Présidence de M. Huguier.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. Boinet, à propos du cas de nystagmus communiqué dans la dernière séance par M. Larrey, revient en quelques mots sur la guérison de cette affection par les sections musculaires. Il rappelle que Dieffenbach prétendait avoir obtenu quelques succès en coupant les muscles droits, et, selon M. Philipps, il aurait réussi deux fois. Mais Dieffenbach assurait que plus on s'éloigne du moment de l'opération, plus on voit la convulsion musculaire s'arrêter, et au bout d'un temps plus ou moins long la guérison arrive.

M. Gosselin. Si l'on guérit le nystagmus par la section des muscles, on le remplace par l'exophthalmie ou par le strabisme.

M. Lenoir ne pense pas qu'on doive craindre l'exophthalmie. D'ailleurs, dans l'opération sur les deux yeux, on aurait une exophthalmie double, et la difformité n'existerait plus. Mais il faut plutôt craindre l'insuccès de cette tentative opératoire. M. Lenoir rappelle alors le jugement qu'il a porté sur cette opération dans sa thèse intitulée *Des opérations qu'on pratique sur les muscles de l'œil*. Les faits qu'il avait recueillis quand il publia ce travail lui permirent d'avancer que la *myotomie appliquée au traitement du nystagmus simple n'a pas encore une valeur démontrée*.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Middeldorpf (de Breslau) adresse, pour obtenir le titre de membre correspondant, un travail sur l'emploi en chirurgie de la

cautérisation par le galvanisme. (Renvoi à M. Broca, chargé du rapport.)

— M. Decès, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Reims, adresse, pour obtenir le titre de membre correspondant, un mémoire sur la ligature de la carotide primitive et sur la restauration des cicatrices vicieuses.

— MM. Comaille et Blondel (de Douera) adressent une lettre au sujet d'un rapport de M. Danyau. (Renvoi à ce dernier.)

— M. Bonjean, pharmacien à Chambéry, adresse un travail sur les modifications des propriétés irritantes du perchlorure de fer par son union avec l'ergotine.

« Je regrette, ajoute M. Marjolin à cette occasion, que M. Debout, qui était chargé de vous rendre compte de ce travail, soit absent aujourd'hui pour un motif bien pénible. Notre collègue, qui avait déjà eu le malheur de perdre, il y a peu de temps, au siége de Zaatcha, un de ses frères, officier distingué, vient d'apprendre la mort de son plus jeune frère, capitaine d'artillerie, tué devant Sébastopol. La Société s'associera certainement à la douleur de notre collègue. »

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Robert expose les modifications qu'il a fait subir aux procédés de MM. Clémot (de Rochefort), Malgaigne et Mirault pour réparer l'encoche labiale dans l'opération du bec-de-lièvre. M. Robert détache de chaque côté de la fente et de haut en bas un lambeau; il avive l'un d'eux par sa face cutanée, le réunit à l'autre, et répare ainsi cette perte de substance qui persiste si souvent après l'affrontement des deux bords avivés du bec-de-lièvre.

M. Robert présente en même temps un malade sur lequel on constate l'application de ce mode opératoire.

M. Guersant demande si un enfant opéré suivant ce procédé, et présenté il y a un an environ à la Société par M. Robert, avait été opéré en une ou plusieurs fois.

M. Robert répond que cet enfant avait été opéré en deux ou trois fois.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. Lenoir présente une tumeur fibreuse qu'il a enlevée en même temps que le testicule, et qui siégeait dans l'épaisseur du cordon, vers sa partie moyenne. Elle datait d'un an environ. Il restait quelque indécision sur sa nature. Pendant l'opération, on put voir que cette production nouvelle avait dissocié les éléments du cordon. Les veines et les nerfs étaient en avant, et le canal déférent en arrière.

M. Vidal fait remarquer que dans des tumeurs moins considérables il est assez souvent facile de conserver le testicule en l'énucléant, et il se demande s'il n'eût pas été possible d'opérer de la sorte dans ce cas.

M. Gerdy rapporte qu'il a pu enlever, en l'isolant du testicule, une tumeur analogue par son siége à celle de M. Lenoir, mais qui contenait une bouillie sanguine et de la cholestérine. Le malade guérit.

M. Lenoir reconnaissait l'importance de la conservation du testicule, mais il n'a point cru que la chose fût praticable dans ce cas.

M. Vidal assure qu'il n'est point entré dans sa pensée de blâmer M. Lenoir de n'avoir point conservé le testicule; mais il croit qu'au seul point de vue de la gravité de l'opération il faut tenir compte de cette circonstance.

— M. Robert. La Société s'est à diverses époques occupée des hématocèles rétro-utérines, et dans ces derniers temps cette question vient d'être le sujet de nouvelles recherches. On a attribué ces tumeurs à de petites hémorrhagies ovariques qui coïncideraient avec les phénomènes menstruels. M. Robert a eu l'occasion d'examiner une pièce relative à ces collections sanguines, et il vient en communiquer les détails à la Société.

Une femme éprouva, il y a un mois environ, une vive douleur dans l'aine droite; il s'y manifesta une tumeur qui occupa au bout de quelque temps le tiers de la fosse iliaque. Cette tumeur était fluctuante. M. Robert y plongea un trocart, et n'en put faire sortir que quelques morceaux de fibrine. On essaya d'arrêter le mouvement hémorrhagique à l'aide de la glace et d'une saignée; mais la tumeur ne cessa pas de s'accroître, et la malade a fini par succomber. A l'autopsie, on a trouvé une tumeur sanguine entre le péritoine et le *fascia iliaca*. Elle avait le volume d'une tête d'adulte et s'étendait jusqu'à l'ovaire. Mais on n'a pu constater aucune altération ni dans l'ovaire, ni dans les artères, ni dans la veine iliaque. Quant au plexus pampiniforme, on n'a pu y rien découvrir, car il était entièrement affaissé. Il resterait cependant à rechercher si quelque altération du plexus pampiniforme ne rendrait pas compte de ces vastes collections sanguines.

M. Verneuil. On a eu tort de vouloir donner une cause unique à ces hématocèles, et c'est en scrutant profondément les observations qu'on a pu toujours rattacher cette maladie à l'ovulation spontanée. Il y a des pièces qui contredisent cette dernière origine. Sur l'une d'elles, examinée par M. Verneuil, le point de départ était sous le péritoine. On avait attribué l'épanchement sanguin à l'ovulation spontanée, mais M. Verneuil s'est assuré que les ovaires étaient sains.

M. Laborie, sans nier que ces hématocèles ne puissent être en rapport avec quelque rupture de varice, fait remarquer qu'on voit ces collections augmenter à l'époque menstruelle.

M. Michon. L'origine de ces tumeurs est une question très obscure. On n'a pas encore démontré que ces collections aient lieu dans le péritoine. Récamier pensait que ces épanchements ne se faisaient point dans la séreuse abdominale. M. Michon cite un fait d'hématocèle rétro-utérine emprunté à son service; il existait une tumeur volumineuse et bien limitée. Il se demande comment une fausse membrane pourrait arrêter une aussi vaste tumeur. D'ailleurs, s'il existe un obstacle à la menstruation, les vaisseaux utérins peuvent bien exhaler du sang dans le péritoine. M. Hervez, au dire de M. Michon, aurait dans un cas prévenu des accidents analogues en plaçant dans le col utérin des sondes qui permettaient l'écoulement sanguin des règles. Il y a au moins trois sources pour ces hématocèles, et les dissections n'ont encore rien prouvé sur leur origine.

M. Robert. La marche de certaines hématocèles prouve que ces épanchements n'ont point lieu dans le péritoine. Tel est le fait suivant :

Une femme était atteinte d'un de ces épanchements sanguins. M. Robert plonge un trocart courbe dans la tumeur, et retire 700 grammes de liquide. L'instrument resté en place, on extrait de nouveau le soir même 300 grammes de liquide, et le lendemain 300 grammes encore. Comment une telle quantité de sang pourrait-elle provenir de la vésicule de Graaf?

M. Denonvilliers rappelle qu'il a présenté à la Société un fait dont on ne tient pas suffisamment compte. Dans ce cas l'hémorrhagie, quoique considérable, provenait bien des ovaires, qui tous deux présentaient quelques ruptures. La tumeur avait eu la marche des tumeurs rétro-péritonéales; elle faisait si bien saillie dans le vagin, qu'elle s'est ouverte *de ce côté*.

— A cinq heures, la Société se réunit en comité secret.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société : E. Follin.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 1er mars 1855. — Présidence de M. Magne, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Variole chez des sujets vaccinés. — M. Bossu cite deux cas de variole confluente suivis de mort observés chez des sujets déjà vaccinés. Le premier cas était relatif à une jeune fille de dix-huit ans; le second à une femme de vingt-huit ans dans un état de grossesse assez avancé.

M. Foucart rapporte à cette occasion un fait tout récent analogue à ceux de M. Bossu. Il a donné des soins, il y a trois semaines, à un homme de trente-cinq ans, lequel avait été vacciné dans son enfance.

Le 6 du mois de février, ce malade présenta quelques phénomènes généraux qu'il était difficile de rattacher à un état bien déterminé, et qui semblèrent, au bout de trois ou quatre jours, revêtir la forme typhoïde. Bientôt la tête se prit; il y eut de l'agitation, du délire avec mouvement fébrile intense. Sur le front, près de la racine des cheveux, s'étaient montrés les 15 deux boutons de la largeur d'une lentille, que M. Chomel, appelé en consultation, crut pouvoir rapporter à une variole commençante.

Le 16 au matin, quatre autres boutons ont paru, deux sur le poignet droit, un sur chaque cou-de-pied.

Le 17, les six pustules existantes sont remplies d'un pus sanguinolent. Délire effrayant; la mort survient le 18 à deux heures du matin.

Mon opinion fut que dans ce cas on avait eu affaire à une variole maligne, dont l'ensemble symptomatologique avait été fort incomplet.

M. Terrier demande si les deux premiers malades dont il s'agit portaient les traces d'une bonne vaccination.

M. Bossu répond que les cicatrices dont il a constaté la présence lui ont paru de nature à ne lui laisser aucun doute à cet égard.

M. Vergne pense que les faits de ce genre sont moins rares qu'on ne le croit généralement.

Dans le courant de novembre dernier, ajoute-t-il, j'ai été appelé à donner des soins à Mme Th..., âgée de cinquante-quatre à cinquante-six ans, présentant une variole des plus confluentes, laquelle a suivi sa marche régulière. Cette dame avait été parfaitement vaccinée, et les cicatrices qu'on voyait à l'un et l'autre bras paraissaient résulter d'une bonne vaccination.

Le mari de cette dame et sa domestique, quoique vaccinés l'un et l'autre, craignant d'être atteints, me demandèrent à être revaccinés, et je leur inoculai le pus pris sur un des nombreux boutons qui couvraient les bras de la malade.

Le cinquième jour, M. Th... présentait à chaque bras trois boutons parfaitement développés, nombre égal à celui des piqûres pratiquées; quant à la domestique, deux boutons seulement parurent vouloir se développer, mais ne tardèrent pas à se dessécher.

Le huitième jour, il survint du malaise, un peu de fièvre, et cette femme fut forcée de se mettre au lit.

Deux jours plus tard, c'est-à-dire le dixième jour après l'inoculation, se déclarait une variole excessivement discrète, qui se termina de la manière la plus simple.

J'ajouterai qu'au moment où la variole se montrait chez la domestique de Mme Th..., la fille de cette dame, âgée de vingt-huit ans, mère de deux enfants, et qui avait été vaccinée, fut à son tour prise de tous les symptômes prodromiques de la variole, moins l'éruption; malgré une transpiration abondante qui dura près de quarante-huit heures, il fut impossible de découvrir un seul bouton; au bout de quatre jours, tout était rentré dans l'ordre.

Enfin, justement alarmée, la famille désira faire revacciner les deux jeunes enfants et leur père, ce dernier âgé de trente-six à trente-sept ans. Je me servis à cet effet de vaccin fourni par l'Académie de médecine; je pratiquai quatre piqûres à chaque bras, et nous eûmes beau attendre, pas un bouton ne parut.

Au bout de six à huit jours, il ne restait plus aucune trace de la petite opération.

Croup et trachéotomie. — M. Guersant présente un relevé des opérations de trachéotomie qu'il a pratiquées dans des cas de croup à l'hôpital des Enfants depuis l'année 1850.

Voici ce relevé :

Année 1850.	Opérations,	20	Guérisons,	6
— 1851.	—	31	—	12
— 1852.	—	59	—	11
— 1853.	—	61	—	7
— 1854.	—	45	—	11
		216		47

Ces opérations, ajoute M. Guersant, ont toutes été pratiquées par moi ou par des internes de mon service; tous les malades étaient *in extremis*, étouffant depuis plusieurs heures, quelques-uns depuis la veille, se trouvant dans les conditions les plus fâcheuses; quelques-uns sont morts sous l'instrument.

Je dois dire qu'à l'hôpital des Enfants on s'attache à ne pas opérer des diphthérites générales; on ne soumet à l'opération que le croup proprement dit, lequel n'est qu'une diphthérite localisée et limitée au larynx; cette affection n'est propre qu'à l'enfance; ne la suffoque pas encore, et dès lors on peut espérer la guérison.

Mais dans la diphthérite générale, indépendante des fausses membranes du larynx, des fosses nasales, etc., on en voit se former sur les petites ulcérations, derrière les oreilles, sur la vulve chez les petites filles, à la surface des vésicatoires, etc. Ces enfants n'étouffent pas seulement, mais ils meurent comme les chevaux de la morve; ils sont *empoisonnés*. Dans ces cas, on le comprend, la trachéotomie est inutile, la mort est constante; tout ce qu'on peut faire, c'est de cautériser la gorge et l'arrière-gorge pour les débarrasser des fausses membranes, puis recourir aux toniques, vin de quinquina, etc.

M. Dupertuis fait remarquer que le nombre des cas de croup semble avoir été en augmentant, car celui des opérations a été croissant d'après le relevé présenté plus haut.

M. Guersant pense que ces affections ont réellement augmenté. Depuis le 1er janvier, dit-il, j'ai pratiqué trois fois la trachéotomie en ville et deux ou trois fois à l'hôpital; un confrère vient de m'apprendre l'avoir pratiquée ces jours derniers sur deux malades, qui ont succombé. En 1825, pendant mon internat, j'entendais parler de trois ou quatre cas d'opération par année; aujourd'hui le nombre en est autrement considérable, et encore une vingtaine de cas au moins restent sans être opérés. Peut-être cela tient-il à ce que les confrères sont aujourd'hui plus portés que par le passé à adresser à l'hôpital les cas qu'ils rencontrent dans leur pratique.

M. Dupertuis constate une grande différence entre le nombre des opérations et celui des guérisons de chaque année, et demande s'il n'y aurait pas une raison qui expliquerait cette différence, ainsi que le grand nombre d'insuccès.

M. Guersant répond que les nombreux insuccès lui semblent tenir à ce que la trachéotomie est souvent pratiquée pour des affections autres que le croup. Quant à la différence signalée par M. Dupertuis, elle ne peut guère s'expliquer, à moins qu'on n'admette de bonnes et de mauvaises chances. Ainsi, ajoute M. Guersant, les 24 premières opérations que j'ai pratiquées ont été suivies de la mort des sujets; plus tard, je dois le dire, j'ai été beaucoup plus heureux.

M. Caron, à propos de la distinction établie par M. Guersant entre le croup et la diphthérite générale, rapporte le cas d'un enfant chez lequel il a combattu cette dernière affection par une application de sangsues à l'anus, vésicatoire, potion à l'ipéca, laquelle fut suivie d'expulsion de fausses membranes. Le lendemain, la surface du vésicatoire et les piqûres de sangsues en étaient recouvertes; il survint une conjonctivite, et celle-ci présenta des fausses membranes. L'enfant finit par se rétablir; mais longtemps encore le vésicatoire se recouvrit de pseudo-membranes, et la trachée conserva une disposition particulière à se recouvrir d'un enduit muqueux.

M. Archambauld regarde comme mal fondée l'opinion de M. Guersant sur la nécessité d'un grand nombre de faits pour pouvoir se fixer sur la valeur de la trachéotomie. Depuis sa première opération en ville (1832), M. Guersant a pratiqué 74 fois la trachéotomie, sur lesquelles il a obtenu 14 succès, ce qui donne 1/5 environ; à l'hôpital, sur 216 opérés, il y a eu 47 réussites, ce qui donne encore à peu près 1/5. Eh bien! ce qu'il importe aux médecins de savoir, c'est que dans une année il y a eu 1/4 de guérisons, tandis que l'année suivante il n'y en a eu que 1/8, c'est-à-dire moitié moins; ce qu'il importe d'étudier, c'est cette loi de variations; ce qu'il importe de connaître, c'est la cause qui les produit.

M. Guersant croit pouvoir attribuer cette différence dans les résultats de l'opération à la différence des opérateurs, aux soins secondaires que les opérés reçoivent de la part des garde-malades, des infirmiers, etc., et enfin à une foule d'autres circonstances qu'il est assez difficile d'établir d'une manière bien précise.

M. Archambauld pense qu'il serait utile de savoir si le croup a commencé par le haut du larynx ou par sa partie inférieure; cette connaissance permettrait d'expliquer la différence que l'on signale.

M. Terrier espérait que les explications auxquelles a donné lieu la distinction de croup et de faux croup conduiraient à l'examen de la poitrine. Selon notre confrère, il ne peut y avoir de succès à espérer dans le cas de pneumonie double; et si l'on perd les malades lorsque cette dernière affection survient à la suite du croup, il est évident que la mort est encore bien plus fréquente lorsque la pneumonie et le croup existent en même temps. De là l'indication de se livrer à l'auscultation et à la percussion pendant la vie du malade, et enfin à l'autopsie lorsqu'il a succombé.

M. Guersant. Pas une opération de trachéotomie n'a été pratiquée par moi ou dans mon service sans qu'au préalable on se fût assuré de l'état de la poitrine; mais on comprend que dans ces conditions où l'air est arrêté par un obstacle plus ou moins puissant, on ne peut connaître l'existence des râles crépitants ou autres, et que cela n'a lieu qu'immédiatement après l'opération. Du reste, celle-ci ne peut être contre-indiquée par leur présence, puisque l'opération a pour premier résultat de rendre la respiration plus facile. Des enfants ont expulsé jusqu'à un verre de fausses membranes et ont pu guérir; seulement alors, au lieu d'affaiblir les malades, il faut les tonifier.

M. Coursserant trouve que le relevé fourni par M. Guersant pourrait être accompagné de renseignements qui seraient d'une grande utilité pour éclairer la discussion, sans lesquels cette discussion menace d'être toujours la même, c'est-à-dire peu profitable aux praticiens.

Je ne crois pas, par exemple, que nos confrères puissent trouver une grande utilité à ce que je leur apprenne que j'ai pratiqué cent opérations de cataractes, sur lesquelles j'en ai réussi vingt. Cela ne leur dira pas dans quels cas ils devront opérer et dans quels cas ils devront s'abstenir. Eh bien! il en est de même pour la trachéotomie. M. Guersant croit à la fatalité des séries. Je crois, pour mon compte, que l'âge et le grand nombre de trachéotomies qu'il a eu à pratiquer ont donné à M. Guersant un tact et une expérience qu'il n'avait pas dans les premiers temps. Si donc l'année prochaine M. Guersant venait nous dire : J'ai pratiqué tant d'opérations de trachéotomie, sur ce nombre il y a eu tant de guérisons, et parmi les opérés tel nombre se trouvait dans telles conditions, tel autre nombre se trouvait dans telles autres; dès lors la comparaison deviendrait possible, et la discussion pourrait peut-être déterminer les cas où l'opération aurait quelques chances de succès et ceux où il faudrait s'en abstenir.

M. Guersant reconnaît tout ce que sa statistique laisse à désirer. En la donnant, il n'a eu d'autre intention que de faire remarquer qu'il y a eu peu de diphthérites générales qui aient guéri par la trachéotomie, et qu'enfin cette opération a été bien perfectionnée, surtout si on la compare aujourd'hui avec ce qu'elle était à son origine.

Le secrétaire annuel : Dr Vergne.

Le Sousd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 2 MAI 1855.

Séance de l'Académie de Médecine.

La séance d'hier a été presque exclusivement consacrée à des lectures de candidats. M. Tardieu a lu un mémoire sur la mort par suffocation considérée au point de vue médico-légal. L'objet principal de ce travail est d'exposer des signes anatomiques propres non-seulement à caractériser la mort par suffocation, mais encore à la faire distinguer de la mort par submersion, par pendaison ou par strangulation. Ces signes consistent en extravasations sanguines disséminées sous la plèvre et sous le cuir chevelu, en taches ecchymotiques sous le péricarde, rupture de quelques vésicules pulmonaires superficielles et présence d'écume fine et blanche dans les voies aériennes. Ces diverses lésions, qu'on ne retrouve ni dans les autres genres de mort qui viennent d'être indiqués, ni dans la mort par suicide, permettraient même, d'après M. Tardieu, suivant leur multiplicité et leur étendue, de mesurer jusqu'à un certain point l'énergie de la résistance opposée par la victime. On conçoit l'importance que peuvent acquérir ces signes en médecine légale.

La seconde lecture est de M. Boudin; elle est relative aux effets de la foudre. Aux curieuses recherches qu'il a déjà publiées sur ce sujet, et dont nous avons donné dans le temps un résumé, M. Boudin a ajouté dans ce nouveau travail des faits d'un vif intérêt, et dont une étude attentive pourrait effectivement, comme le pense l'auteur, présenter plus d'un genre d'utilité au double point de vue de l'hygiène publique et de la médecine légale.

L'analyse que nous faisons de ces deux mémoires dans le compte rendu de la séance en donnera une idée suffisante.

Dr Brochin.

M. le ministre de la marine avait ordonné l'ouverture, le 15 mars, dans les ports de Brest, Rochefort et Toulon, d'examens pour l'admission à un certain nombre d'emplois vacants dans le corps des officiers de santé entretenus. Les propositions des jurys de concours recevront prochainement leur consécration officielle, et l'on peut constater, dès à présent, qu'elles concernent plusieurs chirurgiens auxiliaires ou étudiants qui, appelés sous les drapeaux, avaient sollicité leur incorporation dans les régiments d'infanterie de marine ou dans les divisions des équipages de ligne. Il ne leur a pas été difficile d'obtenir de leurs chefs de corps l'autorisation de se présenter aux concours pour lesquels ils remplissaient les conditions d'âge.

De même, chaque jour encore, des étudiants en médecine faisant partie de l'armée active parviennent, après l'accomplissement de certaines formalités, à soutenir avec avantage les examens pour l'emploi de chirurgien auxiliaire; puis, lorsque les ministres de la guerre et de la marine se sont concertés entre eux, ils passent dans le second de ces départements et y continuent leur service en qualité de médecin de troisième classe.

Nous savons que la marine peut encore offrir plusieurs emplois de chirurgien auxiliaire aux étudiants qui sont munis du diplôme de bachelier ès lettres ou ès sciences, pourvu qu'ils justifient des connaissances indiquées par le programme du concours. Les *officiers de santé* nommés par les jurys départementaux sont exonérés de l'obligation de fournir le titre de bachelier. Quant aux docteurs en médecine, il leur est délivré directement une nomination et l'ordre de se rendre dans un port indiqué.

En se présentant au bureau de l'inspection générale du service de santé (ministère de la marine), on pourra recevoir des détails plus complets. — A. Bernard.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

De l'épilepsie (1).

Leçon clinique recueillie par M. H. LEGRAND DU SAULLE.

Quelle influence le vertige peut-il exercer sur l'intelligence et sur le caractère du malade ? Après la grande attaque, je vous ai dit que l'épileptique se livrait souvent à mille extravagances, devenait dangereux pour les autres et nuisible à lui-même; ce n'est plus du tout cela que nous observons ici. A la suite du vertige, les individus conservent pendant quinze, vingt ou trente minutes des troubles notables de l'intelligence; ils ont la tête lourde, embarrassée, leurs idées sont confuses. Si léger que soit le vertige, et je vous en ai cité de très légers, il apporte des troubles dans les manifestations du cerveau, non-seulement pendant l'attaque, mais encore après elle.

A la suite de spasmes, d'accidents nerveux, il peut bien exister de la fatigue, du brisement des membres, mais l'intelligence est saine. Déjà, chez la femme hystérique dont la mémoire chancelle après l'accès, il y a un *trouble relatif* des facultés.

Le vertige constitue-t-il une forme unique d'épilepsie ? Non; car un malade vivra dix ans, quinze ans avec des attaques seulement vertigineuses, et un jour viendra où de grandes attaques alterneront d'abord avec les vertiges, puis où elles se succèderont à fort peu d'intervalles.

PHÉNOMÈNES HYSTÉRIQUES. — Je suppose que vous rencontriez une première jeune fille atteinte de très légers vertiges à peine d'une durée de trois secondes, puis une deuxième jeune fille se roulant à terre en différents sens, poussant des cris, cassant et brisant tous les objets qui lui tombent sous la main, ayant *besoin* d'être contenue par quatre, cinq et même six personnes (des hommes de préférence), il vous semblera, au premier abord, que l'une a fort peu de chose et que l'autre est très malade. Détrompez-vous; dans le premier cas, c'est un chien qui mord sans aboyer, et dans le second, un chien qui aboie sans mordre.

L'attaque hystérique ordinairement a des précédents. En effet, les malades éprouvent un sentiment de suffocation, de plénitude vers l'estomac, un agacement nerveux indéfinissable, et toutes ou presque toutes accusent l'existence d'une boule qui leur monterait à la gorge. L'attaque survenant, vous observez des mouvements désordonnés. Les deux côtés du corps sont convulsés dans l'accès hystérique; vous savez, au contraire, qu'il y a presque toujours convulsion unilatérale chez l'épileptique.

L'hystérique a des convulsions très énergiques; il lui faut de la place pour se débattre, et il y a, en somme, beaucoup de bruit, beaucoup de besogne pour fort peu de danger. L'épileptique est un malade plus paisible, qui reste là où il tombe. Si par malheur c'est dans le feu, il brûle et passe même à l'état de charbon, comme cela s'est vu. Et puis, ce cas exceptionnel à part, sa crise dure une minute ou une minute et demie, tandis que l'hystérique, *choisissant un peu ses places,* ne tombe pas dans le feu et se roule à terre pendant un temps assez long.

ÉCLAMPSIE. — L'éclampsie est l'épilepsie sans retour; l'épilepsie est l'éclampsie avec retour. L'attaque d'éclampsie est identique en tous points à l'attaque d'épilepsie, et cependant il y a entre ces deux maladies une différence capitale. L'éclampsie est épileptiforme et ne dure pas, l'épilepsie est éclampsiforme et dure toujours. Voyez une femme en couches prise d'une attaque d'éclampsie avant ou pendant le travail : elle pousse un cri, renverse la tête, tord ses membres; sa bouche est entr'ouverte et distordue, la face se congestionne, les veines du cou se gonflent en nœuds, puis les convulsions cessent, la langue est lacérée, etc. N'est-ce pas une véritable attaque d'épilepsie? Une heure ou deux heures après de nouvelles attaques surviennent, les accès se répètent, se rapprochent, et la malade meurt, comme meurt l'épileptique, dans l'*état de mal*.

Chez les enfants, on observe fréquemment des convulsions éclampsiformes, et on les a regardées comme symptomatiques de la rougeole, de la variole et de la scarlatine; je crois bien que c'est peut-être un peu à tort. Néanmoins, au début d'une rougeole, l'enfant a une légère convulsion précédée d'un petit cri et du renversement de sa tête, puis une minute après il revient à lui et prend le sein de sa nourrice comme auparavant. Ces convulsions-là s'arrêtent d'elles-mêmes, sans le secours de l'art, et malheur à vous si vous le faites intervenir, car le plus souvent l'enfant mourra. Si cet état se reproduit, il arrive alors ce que les nourrices appellent les *convulsions internes :* l'enfant est haletant, ferme les yeux, puis les rouvre, fait entendre un petit râle guttural, rougit et se rendort. C'est un vertige épileptique. Quelquefois on a observé des convulsions dites laryngées à cause des spasmes du larynx qui les produisent.

On arrive donc dans l'éclampsie exactement aux mêmes manifestations que dans l'épilepsie; seulement ces manifestations sont transitoires.

Si les convulsions éclampsiformes ont été regardées comme symptomatiques, chez les enfants, de la rougeole, de la variole ou de la scarlatine, elles ont été, pour les adultes, regardées comme symptomatiques de l'albuminurie.

En traitant donc, messieurs, des scarlatines et des albuminuries, vous ferez attention aux accès convulsifs, que vous ne prendrez pas étourdiment pour de l'épilepsie, et vous verrez qu'après la guérison de l'une et de l'autre de ces maladies, vous n'aurez plus des convulsions que le souvenir.

Nous venons de voir que la brièveté de l'attaque était un caractère exclusif à l'épilepsie. Cela est vrai dans tous les cas, même dans l'*état de mal, status epilepticus,* où l'on observe un grand nombre de crises se succédant l'une à l'autre à fort peu d'intervalle, et cela quelquefois pendant quarante-huit heures.

La rapidité, la soudaineté de l'attaque est encore un élément de diagnostic très sûr dans le vertige épileptique, la plus commune de toutes les variétés d'épilepsie, et en même temps la plus fréquemment méconnue par la presque universalité des médecins.

Citons des exemples.

Un enfant, ayant toute la gaieté de son âge et les apparences de la meilleure santé, s'arrête brusquement en jouant, ferme les yeux, reste immobile, fixe, dans l'attitude où le mal l'a pris; puis, au bout de sept ou huit secondes et après une longue inspiration, il reprend ses jeux. D'autres fois, la durée du vertige est bien moindre, et c'est après être resté deux secondes immobile et les yeux fermés que l'enfant continue à s'amuser. Les accidents éprouvés par cet enfant décèlent un indice certain de l'épilepsie; c'en est une forme très sérieuse et qui finit par troubler davantage l'intelligence que la grande attaque elle-même.

— Un adulte jouant aux cartes fait le geste de lancer sa carte sur le tapis, quand soudain *elle se fige* entre ses doigts. Après quelques secondes d'immobilité et d'occlusion des paupières, il reprend sa partie.

Au lieu de rester immobile, le malade se dresse quelquefois, fait d'une marche mal assurée quelques pas dans sa chambre, se heurte au premier obstacle, puis revient à lui. Dans quelques cas des signes plus grossiers, plus évidents que ceux-là se manifestent. Ainsi vous pouvez entendre très distinctement l'épileptique prononcer quelques paroles sans suite ou bien le même mot un assez grand nombre de fois, et cela avec une étrange volubilité. Il s'arrête tout à coup, l'attaque est terminée. Quelques circonstances pourront certainement se présenter où il vous sera facile de constater que pendant les courts instants de sa crise votre malade n'aura rien vu, rien entendu, rien senti, et qu'il sera resté complètement en dehors des choses extérieures.

Le président d'un tribunal de première instance, homme d'une intelligence élevée et historiographe des plus distingués, vient un jour me consulter. Il lui arrivait quelquefois de se lever brusquement de son siége pendant une plaidoirie, d'aller dans la chambre du conseil, de s'apercevoir de sa méprise et de rentrer bien vite dans la salle d'audience. Tout cela s'exécutait en une minute ou en une minute et demie. Suivi une fois, entre autres, par des huissiers, il fut trouvé urinant en pleine salle du conseil.

Je crus de mon devoir d'avertir son beau-père; je le prévins que M. X... était épileptique, que les accidents pouvaient très certainement augmenter d'intensité, et qu'afin de ne point l'exposer à compromettre sa position de magistrat, il valait mieux qu'il donnât de suite sa démission. Il s'y refusa. A peu de temps de là, et un jour qu'il présidait une audience, M. X... se lève, fait quelques pas dans la salle et tient le plus bizarre langage. Le public de rire. Bien qu'il eût prestement regagné son fauteuil et que sans trouble appréciable de l'intelligence il eût continué à diriger les débats, les juges et le procureur du roi le prévinrent avec ménagements qu'il avait donné lieu à une scène de désordre. Il donna sa démission.

M. X... était membre d'une Société d'historiographes qui tenait ses séances à la préfecture de la Seine. Un jour il quitte brusquement la réunion, articule quelques mots inintelligibles, descend l'escalier, traverse rapidement la place de l'Hôtel-de-Ville et arrive sur le quai de Gèvres. Saisi par le froid (c'était en hiver), il s'arrête, s'aperçoit qu'il n'a ni son paletot ni son chapeau et rentre au

(1) Suite. — Voir le numéro du 26 avril.

plus vite à la préfecture. Sa femme, qui veillait sur lui avec la sollicitude la plus tendre et la plus éclairée, me rendait compte de toutes les circonstances qui marquaient les vertiges épileptiques de M. X.,...

Faisait-il le soir une lecture, elle le voyait s'arrêter à un certain moment, rester sur le dernier vers ou sur le dernier membre de phrase, le répéter avec volubilité, et après quelques secondes, qui avaient suffi pour troubler l'expression ordinaire de sa physionomie, il reprenait son livre.

— Je connais à Paris un architecte qui est pris quelquefois d'un vertige épileptique en visitant des constructions. Il a assez de fermeté pour se diriger sur des échafaudages sans tomber, bien qu'il accélère sensiblement sa marche. Il prononce alors huit, dix ou douze fois son nom, et s'aperçoit à l'anxiété des ouvriers qui l'environnent qu'il vient d'avoir une crise.

— J'ai été appelé en consultation, il y a quelques années, pour un enfant âgé de huit ans que l'on me déclara atteint d'une gastrite. Le père me raconta que plusieurs fois par semaine et souvent plusieurs fois par jour le petit malade était pris d'un hoquet qui pouvait durer environ quarante-cinq secondes, pendant lesquelles l'enfant était d'une pâleur livide, et qu'à la suite de ce hoquet il survenait un peu de céphalalgie et même d'hébétude, toutes choses attribuées au mal d'estomac. Dans la consultation, je dis que l'enfant était atteint du *mal comitial*. Après s'être renseigné sur la signification de ces deux mots, le père vint me trouver et se montra presque insolent vis-à-vis de moi. Je ne l'en priai pas moins cependant d'apporter une scrupuleuse attention à la maladie de son fils, que je déclarai de nouveau être une forme d'épilepsie. De nouvelles consultations furent provoquées, auxquelles prirent part des confrères très distingués cependant, mais moins aptes peut-être que moi à discerner tout ce qui est du domaine de l'épilepsie. Cette fois encore une maladie d'estomac expliqua tout; mais un an après, l'épilepsie ayant progressé, je vis revenir le père. Depuis trois ans, je traite cet enfant; les accès sont réduits presque à rien; je vous en reparlerai.

Aura epileptica. — On entend par *aura epileptica* une sensation partant d'un point du corps et remontant comme un courant d'air, comme une vapeur, de ce point du corps vers la tête. Tantôt cette sensation s'accompagne de douleur, tantôt d'un simple fourmillement, comme chez le malade, par exemple, qui est couché au n° 10 de notre salle Sainte-Agnès. Souvent la brusque invasion de l'*aura* est marquée par une petite secousse convulsive, momentanée, fugace, qui dans certains cas constitue l'intégralité de l'attaque, et qui dans d'autres est le prélude de la grande attaque. Quand il s'agit de la grande attaque, l'*aura epileptica* commence habituellement par envahir le pouce, qui se place alors dans l'adduction, puis tout le bras frémit, et le malade tombe soudainement frappé et comme foudroyé. Notre malade du n° 10 éprouve tout d'abord une contraction convulsive dans la jambe, puis bientôt dans le côté, dans le bras, dans le visage, et alors il perd connaissance et tombe, mais toujours unilatéralement frappé. Chez cet homme nous pouvons tout observer, depuis le vertige jusqu'à la grande attaque. « Quand je sens, nous dit-il, que le frémissement » me vient par le pied, je me serre fortement la cuisse au-dessus » du genou, et cela ne va pas au delà. » Cela est vrai, et les malades le savent en général si bien qu'ils parviennent souvent à enrayer la marche de l'*aura epileptica* par la compression.

J'ai dit que l'*aura* s'accompagnait la plupart du temps d'un simple fourmillement (rien ne ressemble plus en effet à une course de fourmis sous la peau) que les malades comparent à l'engourdissement d'un membre que l'on a laissé immobile dans une fausse position; mais quelquefois c'est par un sentiment de suffocation cardiaque que l'on est averti de la présence de l'aura.

Il arrive à un médecin d'être consulté, dans le cours de sa carrière, pour une *maladie du cœur*, disent les malades. Ils éprouvent une violente palpitation, la pâleur est sur leurs traits; *ils ont presque failli tomber, ils croyaient mourir.* Mais dans la palpitation de cœur le malade a conscience de ce qu'il ressent, tandis que dans la palpitation épileptique ce n'est plus du tout cela. Si vous pouvez suivre les malades qui vous auront demandé des conseils pour des maladies de cœur comme celles-là, vous ne tarderez pas à apprendre qu'ils éprouvent des attaques nocturnes, etc.

(*La suite à un prochain numéro.*)

HOTEL-DIEU. — M. LAUGIER.

Traitement d'une fracture ancienne de l'humérus par la suture des fragments après leur résection oblique.

J'ai pratiqué le 9 mars dernier, à l'Hôtel-Dieu, une opération assez rare et assez importante par ses résultats pour qu'un exemple de plus de sa réussite soit digne d'attirer l'attention des savants (1). J'ai fait pour une ancienne fracture de l'humérus droit non consolidée, datant de deux ans et traitée sans succès en divers pays, la suture des fragments après leur résection. Aujourd'hui la consolidation est déjà avancée, et avec une régularité parfaite du membre.

On compte les exemples de résection et de suture des fragments de fractures. Kearny Rodgers, en 1825, fit pour une ancienne fracture de l'humérus chez un jeune homme de quinze ans la résection des deux fragments, les perfora près de leur extrémité et les réunit à l'aide d'un fil d'argent; l'anse métallique tomba au bout de seize jours, et au soixante-neuvième jour la consolidation était complète. Il paraît que Valentine Mott obtint en 1831 un pareil succès sur l'humérus. M. Flaubert (de Rouen), en 1838, après la résection des fragments, fit la suture avec une ligature formée de quatre fils cirés, et assura ainsi un contact très exact; la ligature tomba le vingtième jour, mais la consolidation n'eut pas lieu.

Il est à remarquer que jusqu'ici la résection des fragments a toujours été faite dans une direction perpendiculaire à l'axe de la diaphyse. M. Flaubert a émis la pensée qu'il y aurait peut-être plus de chances de guérison si l'on sciait chaque fragment obliquement pour les faire correspondre par une plus large surface, idée qui n'avait pas été mise à l'épreuve.

L'opération que je viens de pratiquer a réalisé cette pensée; mais j'ai été conduit à remarquer que l'avantage signalé par M. Flaubert n'est point le véritable, et même n'est pas réel, au moins d'une manière générale. La section oblique a deux avantages d'une plus grande importance :

1° De ne pas produire un raccourcissement de l'os;

2° De rendre l'opération plus facile, moins longue et moins dangereuse.

En effet, voici ce qui arrive dans ces fractures anciennes non consolidées : l'un des fragments est plus saillant, plus superficiel, ou du moins plus facilement accessible; l'autre est plus difficile à amener à l'extérieur. Pour faire leur coupe perpendiculaire à l'axe, il faut préalablement dépouiller de parties molles l'extrémité que l'on veut réséquer sur toute sa circonférence; pour la section oblique, au contraire, il suffit d'amener au dehors le côté du fragment profond qui répond au fragment superficiel, et de l'entailler latéralement dans une longueur égale à celle de la section pratiquée sur l'autre fragment. Cela fait, on perfore les deux fragments pour passer la ligature à deux chefs qui sert à les réunir.

Le malade que j'ai opéré est un homme de quarante et un ans, bien constitué. La fracture de son humérus droit avait eu lieu à la partie moyenne de l'os, au-dessous de l'insertion deltoïdienne, de sorte que le fragment supérieur était attiré en haut et en dehors par le deltoïde, le fragment inférieur en bas par le poids du membre, et en dedans par le triceps brachial. Les deux fragments, depuis longtemps cicatrisés isolément, restaient à une distance de quatre à cinq centimètres, et les mouvements très étendus du fragment supérieur faisaient varier en tous sens leur inclinaison réciproque. En somme, ce membre n'était guère qu'un poids incommode. Diverses tentatives avaient été faites pour la guérison de cette pseudarthrose.

Dans un autre hôpital de Paris, le malade avait subi l'opération du séton sans aucun succès; moi-même, à l'Hôtel-Dieu, j'ai répété cette opération en la combinant avec le grattage du bout des fragments par la méthode sous-cutanée, et je n'ai produit aucun changement favorable dans l'état de la fracture. Je me suis décidé alors à faire la suture des fragments après la *résection oblique*. L'extrémité du fragment supérieur, de forme conique, attirée à travers une incision des parties molles pratiquée au côté externe du bras, fut taillée en biseau aux dépens de son côté interne. L'extrémité du fragment inférieur était restée cylindrique; son volume était un peu plus grand que celui de la diaphyse de l'os au point correspondant à la fracture à l'état normal. Elle fut à son tour amenée au dehors à travers la plaie; mais, au lieu de la séparer des parties molles sur toute la circonférence de l'os, je traçai avec le bistouri, sur le côté externe de son sommet, une zone dont la base était à peu près égale à la tranche de l'autre fragment, et de forme elliptique comme elle. Après l'action de la scie, le canal médullaire des deux fragments était largement ouvert. Une perforation pratiquée à chaque fragment permit de le traverser par une ligature composée de plusieurs fils cirés, dont les deux chefs furent ensuite noués sur l'os par un double nœud. Après l'adaptation aussi exacte que possible des tranches des fragments, les deux chefs de la ligature furent laissés dans la plaie entre les bords, et cette plaie fut rapprochée doucement.

A dater de l'opération, les fragments restèrent en contact. La ligature tomba d'elle-même au bout de trois semaines, et l'anse de fil sortit entière. Donc elle avait usé et coupé les bouts d'os qu'elle traversait. Cependant aucune parcelle d'os nécrosée ne s'est présentée à la plaie; la suppuration a toujours été peu abondante, et il n'y a eu aucun accident général. Dès les premiers jours qui ont suivi l'opération, le malade a pu manger les trois quarts de la portion d'aliments que l'on accorde aux sortants. Depuis quinze jours le bras a été placé dans un appareil inamovible en gutta-percha, dont une valve amovible permet d'examiner le bras sans imprimer de mouvement aux fragments. Le bras conserve sa rectitude parfaite. On constate encore un peu de mobilité au siége de la fracture, mais le travail de consolidation, au quarante-deuxième jour depuis l'opération, paraît en très bonne voie, et il est très probable que d'ici à un mois il sera achevé.

On peut conclure de cette observation que la section oblique des fragments, si elle ne donne pas toujours une plus large surface d'adaptation (car cela dépend du degré d'obliquité de la section de l'os et de l'épaisseur de la portion d'os retranchée), permet de conserver à l'os sa longueur, et qu'elle n'exige pas la dénudation circulaire des fragments avant leur résection, manœuvre ordinairement très laborieuse, quelquefois très dangereuse par le voisinage d'organes importants, et nécessairement suivie, toutes choses égales d'ailleurs, d'une inflammation plus étendue et plus grave.

Elle a d'ailleurs un avantage particulier, c'est de permettre la suture des fragments dans le cas de leur chevauchement considérable. L'extrémité d'un fragment répond alors non pas à l'extrémité libre de l'autre fragment, mais à une partie de la diaphyse, plus ou moins distante de cette extrémité.

Il serait facile alors, après la section oblique du fragment le plus superficiel, de pratiquer sur la diaphyse de l'autre fragment une entaille longitudinale au niveau du fragment réséqué, et d'établir par le rapprochement de ce fragment et de cette entaille une sorte de greffe *par approche* comme dans les végétaux.

(1) Ce travail a été lu à l'Académie des sciences (séance du 29 avril).

DES MODIFICATIONS SUBIES PAR L'UTÉRUS à l'époque menstruelle.

Dans le numéro de la *Gazette des Hôpitaux* du 3 avril, M. Ch. Judée a publié trois observations dont il a cru pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Que le sang qui s'échappe par le vagin à l'époque menstruelle ne provient ni de la cavité du corps, ni de celle du col de l'utérus;

2° Qu'il provient seulement des lèvres du col qui se congestionnent alors fortement.

Ce sont ces conclusions que j'essayerai de réfuter dans l'article suivant.

M. Judée commence son travail en écrivant qu'on n'a pas noté, à sa connaissance du moins, le point précis de l'utérus qui fournit le sang menstruel. Il me semble, au contraire, que ce point d'origine a été depuis longtemps précisé et qu'il n'existe guère actuellement de dissidence à cet égard.

Disons-le de suite : « Le sang menstruel est versé par la surface interne de l'utérus et surtout par celle du corps de cet organe; c'est un fait dont il n'est plus permis de douter. » Ce sont là les paroles de M. le professeur P. Dubois (*Répert. gén. des sc. méd.*); mais elles expriment notre opinion et, nous le croyons aussi, celle de tout le monde. Quelques anciens anatomistes ont bien voulu placer le siége de l'écoulement dans le vagin, d'autres exclusivement dans la cavité du col, et à l'appui ils ont cité des exemples de règles persistant dans quelques cas de grossesse; mais ces exemples, révoqués en doute par Désormeaux, admis comme de très rares exceptions par M. Dubois, ne peuvent en rien infirmer la règle générale. Voyons si les observations de M. Judée auront plus de valeur.

Dans la première, il est dit que *le corps de l'utérus est volumineux*, que *ses parois sont épaisses;* ces signes n'indiquent-ils pas une congestion de l'organe ? A la surface de la muqueuse, raclée avec le manche du scalpel, on trouve une *couche gélatineuse* présentant l'aspect d'une *bouillie rougeâtre;* cette bouillie est-elle autre chose que du mucus fourni par les glandes utérines dont l'action sécrétoire est activée par le molimen périodique, et mélangé à une petite quantité de sang fourni par la muqueuse elle-même? Rappelons-nous que quelques gouttes de sang seulement ont paru à l'extérieur, les règles commençaient à s'établir, et nous ne nous étonnerons pas qu'une plus grande quantité de sang n'ait pas été trouvée dans la cavité utérine.

Dans la deuxième observation, les règles ont cessé de couler six jours avant la mort.

Comme dans le premier cas, l'utérus est plus volumineux, ses parois semblent épaissies; la surface interne présente des particularités différentes : elle est recouverte d'*une espèce de membrane assez épaisse et dure, rouge-brun foncé.* Cette espèce de membrane me semble être la muqueuse utérine, mais la muqueuse congestionnée par la menstruation précédente.

Ici encore il n'est point surprenant que la cavité du corps n'ait point renfermé de sang; les règles ne coulaient plus depuis six jours.

Il n'y a donc pas jusqu'à présent de motif suffisant pour destituer la muqueuse utérine de ses fonctions. Dans le premier cas, je la vois disposée à les remplir; dans le second, je trouve la preuve qu'elle les a remplies; dans d'autres cas d'ailleurs elle a été prise sur le fait. M. le professeur P. Dubois, M. Pétrequin citent des exemples de fistules utérines persistant après l'opération césarienne. Dans ces cas le sang des menstrues passait par l'ouverture anomale, et s'écoulait sur la paroi abdominale. D'autres observateurs ont vu, chez des femmes affectées de prolapsus, le sang des règles s'écouler par l'orifice du col. J'ai observé moi-même un cas de ce genre sur une jeune fille qui portait un prolapsus rebelle à tous les moyens contentifs qui furent dirigés contre lui. Pour remédier à cette dangereuse infirmité, M. Huguier pratiqua sur cette malade, en 1852, à l'hôpital Beaujon, une opération très ingénieusement conçue, et dont le temps principal consista dans l'ablation de la portion sous-vaginale du col. J'ai revu depuis cette femme dans un des services médicaux de l'hôpital Necker; elle était guérie de son prolapsus, et n'avait pas cessé de voir ses règles. En eût-il été ainsi si les lèvres du col seules eussent été chargées de fournir l'excrétion cataméniale, et M. Judée objectera-t-il que la cavité de l'utérus n'a agi que par supplément dans ce cas?

Mais j'arrive à la troisième observation, et je la sépare des deux premières, parce que je crois qu'elle a une tout autre signification. Les caractères fournis par les organes génitaux internes me paraissent se rapporter à un cas de grossesse commençante plutôt qu'à une menstruation récente, si je puis toutefois asseoir cette opinion sur des détails rapportés par un observateur attentif sans doute, mais préoccupé de faire valoir un fait nouveau et ne s'occupant que secondairement des détails étrangers à son sujet.

Dans ce cas, l'utérus semble plus volumineux, ses parois sont épaissies, sa cavité plus grande qu'à l'état normal et tapissée par une membrane molle, rougeâtre, de 5 à 6 millimètres d'épaisseur, facile à enlever, et présentant à la loupe un réseau capillaire très beau et très abondant renfermé dans une membrane d'apparence muqueuse.

M. Judée ne connaît pas les antécédents de cette femme; il suppose seulement, d'après l'examen d'un corps jaune et l'état du col, que les règles ont dû couler quelques jours avant la mort. Mais c'est là, au moins pour ce qui regarde le col, une pétition de principes, et, quant au corps jaune, son évolution complète donne à penser que la chute de l'ovaire remonte à une époque plus reculée; en outre, l'agrandissement de la cavité utérine, la présence d'une membrane épaisse de 5 à 6 millimètres et très vasculaire rappelle les modifications que subit la muqueuse pour constituer ou pour sécréter la caduque. Il est vrai que l'œuf n'a pas été rencontré, mais on sait quels soins exige la recherche de ce corps, et je ne sache pas que dans le cas présent les trompes aient été ouvertes.

Arrivons à l'examen de la partie inférieure du col. Dans les trois observations qui précèdent, les lèvres du col ont présenté une coloration *bleue, noirâtre dans quelques points* et l'aspect d'une *portion de poumon* frappée d'apoplexie. Je ne veux pas contester l'exactitude des faits observés par M. Judée, et je n'ai pour ma part aucune autopsie à opposer à celles dont il nous a donné le détail; mais je lis dans les *Archives* de l'année 1854 (t. III, série 5ᵉ) une série de quinze observations recueillies par le professeur Bischoff (de Giessen) sur les organes de femmes frappées pour la plupart de mort violente peu de temps avant ou après l'apparition de leurs règles, et dans aucun de ces cas je ne retrouve les signes, si frappants cependant, que M. Judée a notés du côté de l'extrémité inférieure du col et sur lesquels il se fonde principalement pour placer dans cette partie le siége de la menstruation.

Je vois, au contraire, dans la première de ces observations et dans la quinzième empruntée à M. le professeur Hirtl (de Vienne) un fait qui confirme pleinement l'opinion que je crois généralement admise, je veux parler de la présence de sang dans la cavité de l'utérus. Je trouve, en effet, dans la première observation la phrase suivante: « Non-seulement les organes étaient turgescents et dans un état de congestion générale, mais il y avait encore du sang dans le vagin et dans la cavité de l'utérus. »

Et dans la seconde « on constata par l'autopsie que l'utérus était assez volumineux, son tissu serré, sa cavité remplie par une quantité de sang assez considérable. »

Si nous ajoutons à ces faits ceux que nous fournit la physiologie pathologique de la menstruation; si l'on se rappelle les cas de règles retenues dans la cavité utérine par l'imperforation du col ou l'agglutination de ses lèvres, et distendant l'organe jusqu'à simuler une grossesse; les cas de dysménorrhée par étroitesse des orifices du col, et guérissant quand ces orifices ont été agrandis par la dilatation ou par l'incision; les exemples rapportés par Morgagni, Chaussier, Burns, et vérifiés par les observations modernes de Pouchet, Oldham, Dalton, et dans lesquels le flux cataménial entraîne avec lui des pseudo-membranes, des sortes de caduques revêtant exactement l'aspect de la cavité utérine, ne devra-t-on pas conclure, à l'exemple de ceux qui reconnaissent le parcours d'un fleuve à la nature des débris végétaux qu'il prend à ses rives et qu'il charrie, que le flux menstruel prend sa source principale dans la cavité utérine, puisqu'il apporte des produits qui ne peuvent avoir un autre point de départ?

E. Legendre.

PLAQUES D'ÉPONGES COMME TOPIQUES MÉDICAMENTEUX.

M. le docteur Demeaux, de Puy-l'Evêque (Lot), qui nous a plusieurs fois adressé des communications fort intéressantes, vient d'envoyer à M. le ministre de la guerre la lettre suivante:

« J'ai l'honneur d'adresser à Votre Excellence une communication qui devait être l'objet d'un mémoire que j'avais le projet de soumettre à l'Académie impériale de médecine, mais que, dans les circonstances actuelles, je n'ai pas voulu exposer à des lenteurs.

» J'ai l'honneur de proposer l'usage des plaques d'éponges comme *topiques médicamenteux*, comme *substance absorbante*, dans le traitement des plaies d'armes à feu.

» Je n'ai pas la prétention d'établir et de faire admettre que les moyens proposés par moi sont supérieurs et doivent être préférés à ceux qui sont généralement mis en usage dans les hôpitaux ordinaires et dans la pratique civile; loin de moi cette pensée; mais je veux établir que, malgré leur infériorité relative, ces moyens peuvent rendre de très grands services, surtout en temps de guerre, dans les hôpitaux militaires, dans les ambulances, sur le champ de bataille, dans les transports des blessés, et suppléer avec avantage à l'insuffisance ou à l'absence complète d'autres ressources.

» L'usage des plaques d'éponge dans le traitement des plaies d'armes à feu rend les pansements plus faciles, plus prompts, plus économiques et, dans quelques cas, beaucoup plus efficaces.

» Les chirurgiens qui exercent dans les campagnes, comme les chirurgiens d'armée, sont quelquefois forcés d'inventer des moyens nouveaux pour suppléer à l'insuffisance ou à l'absence totale des moyens ordinaires; c'est à cette circonstance que je dois d'avoir mis en usage ceux que je propose et d'avoir pu en apprécier la valeur par les résultats pratiques que j'en ai obtenus.

» L'éponge brune est celle qui me paraît avoir les plus grands avantages.

» 1° Cette substance abonde dans le commerce; elle est d'un prix peu élevé, facile à transporter, parce qu'elle ne s'altère pas, qu'elle fait peu de poids et que son volume peut être considérablement réduit par la pression.

» 2° Lorsqu'elle a été mouillée elle devient molle, souple, peut parfaitement s'appliquer sur les plaies, sur les surfaces enflammées, soit médiatement, soit immédiatement, sans causer plus de douleurs ni plus d'accidents que les objets ordinaires de pansement.

» 3° Cette substance absorbe avec une grande facilité les divers liquides, soit le sang, soit le pus, soit les préparations des solutions médicamenteuses.

» 4° Après avoir été imbibée d'un liquide quelconque, l'éponge peut être exprimée, lavée; elle n'a subi presque aucune altération, et peut pendant longtemps servir pour le même usage.

» Dans la première période des plaies d'armes à feu, soit dans les fractures des os, soit dans les solutions de continuité des parties molles compliquées de contusion, de déchirure, de broiement, etc., il se produit une série de phénomènes, inflammation, gonflement, gangrène, contre lesquels les médications topiques sont généralement d'une grande utilité.

» Aux cataplasmes, aux irrigations froides, aux compresses résolutives ou émollientes, etc., etc., qu'on emploie dans les hôpitaux ordinaires, on peut substituer avec beaucoup de succès les plaques d'éponge, qui seront imbibées d'eau froide, d'un liquide émollient, narcotique, résolutif, tonique, aromatique, etc., suivant l'indication.

» Ces topiques ont l'avantage de pouvoir être appliqués dans toutes les conditions, dans tous les lieux, de pouvoir être entretenus sans déranger les pièces d'appareils et par les soins d'hommes étrangers à la médecine.

» Dans la seconde période, surviennent les suppurations abondantes, l'élimination des eschares, la sortie des esquilles, la pourriture d'hôpital, et beaucoup d'autres accidents très graves: c'est dans cette période surtout que les plaques d'éponge ont un avantage réel; comme la charpie, elles absorbent les liquides; comme la charpie, elles protégent les parties malades; mais de plus leur emploi exige moins de temps, moins de précautions, moins de dextérité, et d'ailleurs, sans perdre de leur souplesse, de la facilité d'emploi, elles peuvent être préalablement imbibées de liquides médicamenteux ou désinfectants.

» Cette dernière circonstance me paraît avoir une importance majeure, surtout dans la saison des fortes chaleurs et dans les établissements encombrés de malades.

» Dans un moment, monsieur le ministre, où nos armées d'Orient excitent l'admiration de l'Europe par leur courage, la sympathie de tous les cœurs généreux par leurs souffrances, je serais heureux de payer mon faible tribut d'admiration et de sympathie en contribuant pour une petite part à pallier quelques douleurs, à procurer quelques soulagements à nos braves et malheureux blessés. »

ONGUENT AU CARBONATE DE ZINC,

comme abortif de la variole;

Par M. Bennett.

M. Bennett a déjà antérieurement fixé l'attention des praticiens sur les résultats remarquables qu'il a obtenus avec l'emplâtre mercuriel, auquel il ajoute de l'amidon, et qu'il applique sur la figure dans les cas de petite vérole; il a rapporté des cas nombreux où non-seulement il prévenait toute trace de petite vérole dans le cas où elle était confluente, mais encore où la douleur, le gonflement, la suppuration, la fièvre générale, l'insomnie et la violence de la maladie étaient diminués de beaucoup par ce traitement local; il a employé aussi le carbonate de zinc mêlé à l'huile d'olive qui forme une croûte solide qui reste adhérente à la face. Il a traité ainsi plusieurs cas de petite vérole, et non-seulement il a évité que la maladie laissât des traces, mais il a encore diminué les symptômes locaux et généraux, comme avec l'emplâtre mercuriel, avec cet avantage, qu'il n'a pas couru le danger de la salivation, ainsi qu'on l'observe quelquefois.

PILULES DE STORAX CONTRE LES CATARRHES.

Par M. Clossœus.

Storax, oliban, myrrhe, opium brut, suc épaissi de réglisse, de chaque . . . . 4 grammes.
Safran. . . . . 2 —

Faites une masse avec quantité suffisante de sirop de nerprun, et divisez en pilules de 15 centigrammes. Chacune de ces pilules contient 2 centigrammes 1/2 d'opium brut, et ce dernier étant estimé renfermer moitié seulement de son poids d'extrait, il résulte de là que quatre des pilules précédentes équivalent, en fait, à la dose de 5 centigrammes d'extrait thébaïque.

M. Clossœus donnait ces pilules avec succès aux femmes enceintes qu'une toux fréquente met en danger de faire une fausse couche. Il est étonnant, dit Schroder, qu'on les ait retranchées de la Pharmacopée royale, d'autant plus qu'elles sont un remède excellent contre les catarrhes. Elles possèdent les mêmes vertus que les pilules de cynoglosse; mais elles contiennent le double d'opium. On ne devra donc pas donner plus de trois à six pilules de storax par jour.

HYGIÈNE PUBLIQUE.

Du moyen de juger si une maison récemment bâtie est assez sèche pour être habitée impunément.

Cette question extrêmement importante, et qui intéresse à un haut degré l'hygiène publique, n'a pas encore été, que nous sachions du moins, l'objet d'un examen sérieux, et il n'est pas un livre d'hygiène qui en traite, même superficiellement. Chargé par l'administration des prisons de Genève de juger jusqu'à quel point était habitable une nouvelle maison cellulaire que l'on venait de construire dans cette ville, M. le docteur Marc d'Espine vient d'exposer, dans un savant mémoire publié dans les *Annales d'hygiène*, les moyens dont il s'est servi pour apprécier le degré d'humidité des diverses parties du bâtiment en question, un an après son entier achèvement.

Dans deux premières visites, la commission dont M. Marc d'Espine faisait partie put s'assurer facilement, et par la simple inspection et par l'hygromètre à cheveu, que l'édifice était encore inhabitable. A une troisième visite, après six mois de desséchement par la ventilation extérieure et par les calorifères, voici le procédé dont on fit usage. De la chaux vive fut broyée peu après sa sortie du four; on en plaça dans quarante-sept bocaux en terre cuite de même forme et de même grandeur, un poids exactement pareil (500 grammes); trente-deux de ces bocaux furent placés dans autant de cellules de la prison; les quinze autres furent disposés dans plusieurs locaux situés en ville, choisis dans toutes les expositions, et comprenant depuis les logements les plus secs et les plus salubres jusqu'aux chambres les plus humides, les plus privées d'air et de soleil, jusqu'à des caves enfin.

Les bocaux furent portés le 4 août, de quatre à sept heures du soir. Les portes et les fenêtres de chaque chambre furent immédiatement fermées, et le lendemain à la même heure ils furent recueillis dans l'ordre où ils avaient été déposés, et apportés au lieu de réunion de la commission, où ils furent de nouveau pesés dans une balance très sensible. Dans ces vingt-quatre heures, tous les bocaux avaient subi une augmentation de poids très sensible. Ceux qui avaient été placés dans les locaux les plus salubres donnaient 1 gramme 90 c. d'augmentation; ceux qui l'avaient été dans les plus malsains pesaient 5, 6, et même 6,30 de plus. Les caves donnèrent 7; les cellules de la prison fournirent de 6 à 12 grammes d'augmentation de poids.

De ces différences il fut facile de conclure que l'établissement était encore trop humide pour être habité. On continua de chauffer et de ventiler, et le 5 octobre on procéda à une nouvelle expérience. Les bocaux placés en ville pesaient tous de 1/2 à 2 grammes de moins qu'à la première épreuve. L'été avait été sec et chaud. Les bocaux des cellules avaient baissé de même, mais dans une beaucoup plus forte proportion; ceux qui donnaient 12 ne donnaient plus que 4,90 au maximum.

La commission déclara la prison habitable, après avoir toutefois répété la même expérience avec des bocaux disposés de la même manière et remplis d'acide sulfurique du commerce, qui donnèrent les mêmes résultats.

Le transfert des prisonniers se fit en novembre, et la prison fut habitée sans qu'aucun d'eux ait offert de symptômes qui puissent se rapporter à un état d'humidité insalubre de la prison.

En résumé, dit M. Marc d'Espine, nous avons été conduits à imaginer les procédés dont je viens de faire l'exposé, après avoir cherché en vain dans les publications relatives à l'hygiène quelque moyen satisfaisant d'éclairer la question qui nous était posée. Et comme ils me paraissent parfaitement suffisants et utiles à signaler dans un temps où de nombreuses constructions s'élèvent dans la plupart des grandes villes, je crois rendre service en les indiquant sommairement.

Ainsi, pour savoir si une maison récemment bâtie est assez sèche pour être habitée sans danger pour la santé de ceux qui doivent y entrer, il faut procéder de la manière suivante:

1° Choisir dans une maison neuve un certain nombre de chambres, depuis celles qu'on suppose être les plus humides, jusqu'à celles que l'on croit devoir être les plus sèches;

2° Choisir aux alentours un certain nombre d'appartements habités depuis assez longtemps pour qu'on puisse juger par l'état de santé de ceux qui y vivent de leur degré de salubrité. Parmi ces derniers, il est utile d'établir une gradation, depuis des appartements parfaitement aérés, secs, salubres, jusqu'à des logements mal aérés et assez humides pour que les habitants s'en soient ressentis.

3° Lorsque l'on a fait choix d'une vingtaine de chambres ou plus, tant dans la maison même qu'en dehors, il faut remplir autant de bocaux de même forme et offrant des ouvertures dont les aires soient parfaitement égales avec de la chaux vive récemment cuite, de la même fournée et suffisamment pulvérisée, ou avec de l'acide sulfurique du commerce. La quantité de 500 grammes par bocal est parfaitement suffisante, qu'on emploie la chaux ou l'acide sulfurique; seulement, il faut que le produit chimique soit pesé au moyen d'une balance bien exacte.

4° A mesure que les doses sont prises et les bocaux chargés, ils doivent être portés et déposés au milieu de chaque chambre choisie par divers commissaires, lesquels ont soin, en sortant de chaque chambre, de fermer les fenêtres, cheminées et portes. Pour les chambres dans lesquelles on se proposerait de placer des lits contre les parois, il faudrait placer les bocaux d'expérience contre les parois des chambres.

5° Vingt-quatre heures après le moment où le premier bocal a été déposé, il faut procéder à la levée successive des bocaux, qui sont rapportés les uns après les autres, et selon l'ordre dans lequel ils ont été déposés, dans le lieu où le premier pesage a été fait. On procède alors au deuxième pesage des bocaux à mesure qu'ils arrivent, et l'on inscrit pour chaque bocal, avec le nom de la chambre où il a séjourné, le poids initial et le poids au bout de vingt-quatre heures.

En parcourant les chiffres obtenus, on trouve que tous les bocaux ont augmenté de poids, et en comparant l'augmentation des bocaux de la maison neuve avec celle des bocaux qui viennent des diverses chambres habitées et plus ou moins salubres, on juge très vite si une partie ou la totalité des chambres de la maison neuve sont assez sèches pour être habitées sans danger.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 1er mai 1855. — Présidence de M. Jobert (de Lamballe).

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Épidémies. — M. le ministre du commerce transmet les rapports suivants :

1° Sur les maladies qui se sont déclarées en 1854 dans le département de l'Orne ;

2° Sur une épidémie de varioloïde qui a régné dans plusieurs communes de la Moselle, par M. Guillemin ;

3° Sur une épidémie de fièvre pernicieuse à Peyrehorade (Landes), par M. Serres ;

4° Sur des épidémies de petite vérole, par MM. Degen et Sclafer ;

5° Sur une épidémie d'angine couénneuse qui règne dans la commune d'Autainville (Loir-et-Cher), par M. Yvonneau ;

6° Sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné depuis 1853 dans la commune de Sérécourt, arrondissement de Neufchâteau (Vosges), par M. Menestrel ;

7° Sur l'épidémie de choléra qui a régné en 1854 à Provins (Seine-et-Marne), par M. Raphaël ;

8° Sur l'épidémie de choléra qui a régné dans la commune de Valognes (Manche), par M. Sebire.

Eaux minérales. — Le même ministre transmet pour être joints aux éléments du rapport annuel de l'Académie sur les eaux minérales une lettre de M. Borelli (de Serres) contenant des renseignements sur l'établissement thermal de Bagnols-les-Bains (Lozère) ;

Plus divers documents relatifs aux remèdes secrets et à la vaccine.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Portrait de M. Husson. — Mme veuve Husson et M. Husson fils font hommage à l'Académie du portrait de M. Husson, par Géricault.

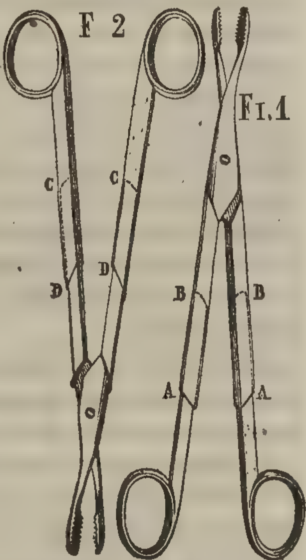
Ce portrait sera placé dans l'une des salles du local de l'Académie.

Emprisonnement cellulaire. — M. Lélut adresse une lettre sur l'emprisonnement cellulaire ou individuel. (Renvoi à la commission nommée.)

Spirée ulmaire dans l'hydropisie. — M. Obriot, curé de Marne-Tremilly, adresse de nouveaux documents au sujet de l'emploi de la spirée ulmaire dans l'hydropisie.

Polype sarcomateux de la fosse nasale. — M. Malgaigne dépose sur le bureau, au nom de M. Sirus Pirondy, chirurgien en chef à l'Hôtel-Dieu de Marseille, l'observation d'un polype sarcomateux occupant la totalité de la fosse nasale droite, le sinus maxillaire, une grande partie de l'orbite, les sinus frontaux et le sinus sphénoïdal.

Pinces à pansement. — M. Charrière fils présente une pince à pansement qui peut être allongée suffisamment pour servir au pansement de l'utérus et être employée dans les cas où il faut déployer beaucoup de force, tout en conservant les avantages de la pince ordinaire de trousse.



Les branches pleines entre l'entablure et les anneaux ont été remplacées par des tubes solides contenant des branches pleines, entrant à coulisses et s'arrêtant aux trois points différents de longueur, ainsi qu'on le voit figures 1 et 2 ; l'un reçoit à volonté les tiges internes par le bout inférieur, et l'autre par le bout supérieur.

Mort de M. Macartan. — M. le président fait part à l'Académie de la perte qu'elle vient de faire de l'un de ses membres fondateurs, M. Macartan, qui appartenait à la section de pathologie médicale.

LECTURES.

Histoire médico-légale de la mort par suffocation. — M. le docteur Ambroise Tardieu, candidat à la place vacante dans la section d'hygiène et de médecine légale, donne lecture d'un travail dans lequel il s'est proposé de tracer l'histoire médico-légale d'un genre de mort violente extrêmement commun, dont les caractères ne sont cependant indiqués nulle part, et sont restés confondus avec ceux des asphyxies en général, la *mort par suffocation*, quoiqu'elle se présente avec des signes anatomiques constants et tout à fait distincts.

On ne saurait douter de l'utilité de ces recherches, si l'on songe à l'extrême fréquence des crimes commis par suffocation, et aux difficultés qui entourent trop souvent l'appréciation de faits de cette nature. Sur 116 enfants nouveau-nés chez lesquels M. Tardieu a été chargé par la justice de rechercher les causes de la mort, il a pu constater que 58 de ces faibles créatures avaient péri étouffées. C'est pourquoi, pénétré de l'importance de cette question, et frappé de la constance et de la spécificité des lésions propres à ce genre de mort, ainsi que du silence de tous les auteurs, excepté H. Bayard, qui les avait entrevues, il n'a pas voulu s'en tenir aux seules données de l'inspection cadavérique, et il a entrepris un grand nombre d'expériences dans lesquelles il a varié autant que possible, sur plusieurs espèces d'animaux, les modes de suffocation, en les comparant à d'autres genres de mort analogues.

La mort par suffocation comprend tous les cas dans lesquels un obstacle mécanique autre que la strangulation, la pendaison ou la submersion, est apporté violemment à l'entrée de l'air dans les organes respiratoires. Pour faciliter leur étude, M. Tardieu les rattache à quatre groupes principaux, dont il indique les signes particuliers :

1° Occlusion directe des voies aériennes ;

2° Compression des parois de la poitrine et du ventre ;

3° Enfouissement du corps vivant ;

4° Séjour forcé dans un espace confiné.

Afin de ne pas laisser incomplet et stérile le travail qu'il avait entrepris, M. Tardieu a comparé les signes de la mort par suffocation avec ceux des autres genres d'asphyxie, et, par une expérimentation suivie, il est arrivé à établir que les signes anatomiques qu'il a étudiés non-seulement caractérisent la mort par suffocation, mais encore les distinguent de la mort par submersion, par pendaison ou par strangulation.

Les conclusions qui terminent et résument ces recherches en précisent la valeur médico-légale. Nous les reproduisons textuellement.

La seule présence des altérations qui ont été décrites, et notamment des extravasations sanguines disséminées sous la plèvre et sous le cuir chevelu, à quelque degré et en si petit nombre que ce soit, suffit pour démontrer d'une manière positive que la suffocation est bien en réalité la cause de la mort.

A ces lésions viennent s'ajouter souvent, mais d'une manière moins constante, les taches ecchymotiques sous le péricarde, la rupture de quelques vésicules pulmonaires superficielles et la présence d'écume fine blanche ou légèrement rosée dans les voies aériennes ; ainsi que les diverses traces extérieures de violences, telles que l'aplatissement du nez et des lèvres, l'excoriation des téguments, la dépression et l'écrasement des parois de la poitrine et du ventre, etc., etc.

La multiplicité et l'étendue de ces différentes lésions peuvent jusqu'à un certain point mesurer, sinon la durée, du moins l'énergie de la résistance opposée par ceux qui sont morts étouffés.

Il est juste, dans cette appréciation des circonstances de la mort, et notamment de la plus ou moins grande rapidité, de tenir compte de la constitution et de la force de la victime, et du mode suivant lequel a été opérée la suffocation.

Ces signes permettent de distinguer sûrement la mort par suffocation de la submersion, de la pendaison et même de la strangulation, et fournit ainsi dans plus d'un cas un moyen précieux de ne pas confondre l'homicide avec le suicide.

Effets de la foudre. — M. Boudin lit un mémoire intitulé *De la foudre considérée au double point de vue de l'hygiène publique et de la médecine légale.*

L'hygiène publique, qui a voué une attention sérieuse à l'examen de l'influence des agents physiques sur l'homme, dit M. Boudin, a laissé jusqu'ici en dehors de son cadre l'étude d'un des agents les plus destructeurs, la foudre.

D'autre part, la médecine légale moderne, après avoir répandu une vive lumière sur le diagnostic différentiel des divers genres de mort violente, avait oublié jusqu'ici l'examen scientifique du corps des victimes de la foudre.

C'est en vue de combler cette lacune que M. Boudin s'est proposé d'appeler sur cette question l'attention de l'Académie.

D'après un relevé recueilli dans les archives du ministère de la justice, M. Boudin a trouvé plus de 1,300 victimes tuées roides seulement en France de 1835 à 1852, et plus de 100 incendies en une seule année dans une faible portion recensée de nos départements.

M. Boudin étudie successivement dans ce travail les proportions des cas de fulguration de jour ou de nuit, la simultanéité de la fulguration de plusieurs personnes sur des points éloignés ; l'influence des lieux, des sexes, etc. ; enfin les effets de la foudre sur l'homme.

Voici sur ce point quelques-uns des principaux résultats de ses recherches.

Les effets de la foudre sur l'homme se traduisent par trois ordres de phénomènes :

1° Par la guérison de maladies préexistantes ;

2° Par la production de blessures et d'infirmités ;

3° Par la mort.

Parmi les affections dont la foudre a produit la guérison, nous avons trouvé :

Des affections rhumatismales ;

Des paralysies des membres ;

L'amaurose ;

La surdité.

En ce qui concerne les phénomènes pathologiques produits par la foudre, il est très digne de remarque que l'on y retrouve sans aucune exception tous ceux que la foudre guérit.

En passant en revue les phénomènes dont il s'agit, nous avons constaté les accidents ci-après :

1° Brûlures plus ou moins étendues du tégument cutané ;

2° Exanthèmes divers ;

3° Epilation partielle ou totale du corps ;

4° Hémorrhagies nasales, buccales, auriculaires ;

5° Paralysies passagères ou persistantes des membres ;

6° Amaurose ;

7° Surdité avec ou sans perforation du tympan ;

8° Mutisme ;

9° Imbécillité ;

10° Avortement.

Enfin, nous avons trouvé une seule citation de cataracte.

Mais parmi les phénomènes dus à l'action de la foudre, le plus curieux, le plus inattendu est sans contredit la production sur le corps de quelques foudroyés d'images représentant divers objets qui au moment de la chute du météore se trouvaient dans le voisinage de la personne frappée.

M. Boudin termine en passant en revue quelques faits observés sur le cadavre des individus foudroyés.

Tantôt un individu foudroyé est tué roide sur place, le mort restant assis, à cheval ou debout ; tantôt, au contraire, on voit l'individu foudroyé lancé à une grande distance (à 23 mètres dans un cas) ; tantôt la foudre déshabille ses victimes, détruit leurs vêtements et respecte le corps ; tantôt, au contraire, elle brûle le corps et laisse intacts les vêtements.

Ici les désordres anatomiques atteignent des proportions effrayantes, avec déchirure du cœur et broiement des os ; d'autres fois l'examen le plus attentif aboutit à une autopsie négative.

Ici c'est la flaccidité des membres, le ramollissement des os, l'affaissement des poumons, la fluidité du sang ; là, c'est la dilatation des poumons, le sang coagulé, la rigidité des membres avec serrement des mâchoires.

Quelquefois le corps des foudroyés semble braver les lois de la décomposition ; tantôt, au contraire, la plus rapide et la plus horrible putréfaction s'empare immédiatement des cadavres.

Enfin, la foudre, qui brise un arbre et même une muraille, semble ne produire que très difficilement des mutilations chez l'homme avec séparation des parties du corps.

Sur près de mille observations d'individus foudroyés, nous n'avons rencontré que six cas de mutilation proprement dite ; mais dans ces six exemples se trouvent, la chose est à peine croyable, quatre arrachements partiels ou totaux de la langue.

En résumé, de l'ensemble des faits qui précèdent, M. Boudin tire les conclusions générales suivantes :

1° La foudre fait chaque année un grand nombre de victimes parmi les hommes ;

2° Sur terre, elle cause un grand nombre d'incendies ; sur mer, elle occasionne des dommages immenses et donne fréquemment lieu à la perte complète des navires.

A ces divers titres, l'hygiène publique doit rechercher tous les moyens capables de diminuer le mal.

Sous le rapport médico-légal, l'étude des effets de la foudre offre un grand intérêt, et on ne saurait trop la recommander à la sérieuse attention des médecins.

PRÉSENTATIONS.

Appareils pour l'emploi des eaux thermales. — M. Constant Despine, médecin des eaux d'Aix en Savoie, présente des appareils pour l'emploi des eaux thermales.

Ces appareils consistent :

1° En un bain de siége à double effet ayant pour but d'obtenir une douche vaginale qui peut être graduellement refroidie, en même temps que la malade reçoit une douche extérieure autour du bassin, laquelle est graduellement réchauffée ; d'où résulte une action révulsive à la peau d'une part, et, de l'autre, une action intérieure calmante et en quelque sorte répercussive. Cet appareil est utile dans la leucorrhée, ainsi que dans les engorgements passifs et les ulcérations du col de l'utérus.

2° Un appareil fumigatoire dans lequel le malade peut laisser des heures entières les doigts des mains en contact avec la vapeur d'eau thermale, et destiné à combattre les nodosités goutteuses et les engorgements de nature rhumatismale des mains et des pieds.

3° Un appareil destiné à produire une douche révulsive à 45 degrés sur les pieds et les mains d'un malade plongé dans le bain, sans augmenter toutefois la température ordinaire du bain, qui reste à 32 degrés, applicable aux malades sujets aux suffocations nerveuses dans le bain, ou aux congestions de la tête et de la poitrine :

4° Un tube d'aspiration graduée permettant d'adapter la vapeur d'eau thermale à la sensibilité particulière de chaque malade ;

5° Une sonde vaginale destinée à l'injection des eaux sulfureuses dans les cas d'aménorrhée, de leucorrhée et d'ulcération du col utérin ;

6° Une boîte fumigatoire pour les vapeurs simultanées d'eau thermale et de cinabre, employée dans le traitement des syphilides rebelles.

Instruments pour l'extraction des ovaires chez les vaches. — M. Charlier met sous les yeux de l'Académie les instruments à l'aide desquels il pratique l'ablation des ovaires chez les vaches.

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le professeur Heyfelder (d'Erlangen) est nommé médecin en chef de l'armée russe en Finlande.

— La cour de cassation, sections réunies, vient de décider que le lait n'est pas seulement une boisson, mais un aliment, et sa décision se trouve ainsi d'accord avec la saine physiologie. Maintenant, le vendeur qui falsifie le lait ne commet plus une simple *contravention* entraînant 15 fr. d'amende et un emprisonnement de vingt-quatre heures à huit jours, mais il se rend coupable d'un délit prévu par la loi du 22 mars 1851 et l'article 423 du Code pénal, et puni par 50 francs d'amende et de trois mois à un an de prison.

— Il résulte des recherches de M. le directeur de l'assistance publique que la population des aliénés (dans le département de la Seine) s'est accrue en dix années de 1,073 ou de 107 par an. Mais si l'on remonte plus haut, on est bien plus frappé encore de cette progression ascendante. Ainsi, en 1801, le nombre des aliénés existant au 1er janvier était de 946 ; il s'élevait à 2,392 à la fin de 1820, à 2,445 en 1838, à 2,602 en 1844, et à 3,189 au 31 décembre 1853.

Si l'on recherche quelles peuvent être les causes de cet accroissement extraordinaire et hors de proportion avec celui de la population générale, on voit qu'elles sont de diverses natures.

D'abord, la législation y a contribué en rendant les admissions de plus en plus fréquentes, en assimilant aux aliénés les idiots et les imbéciles, et en admettant les enfants de tout âge. D'un autre côté, il faut tenir compte du droit de séquestration appliqué aux aliénés dangereux, de la facilité donnée aux familles de faire traiter les malades dans les asiles du département ; enfin l'abaissement de la mortalité par suite des soins dont les aliénés sont l'objet, contribue à l'accroissement de la population survivante. (*Annales médico-psychologiques.*)

— M. le docteur Clerc a commencé mardi 1er mai, à midi, à l'Ecole pratique, amphithéâtre n° 1, son cours public de syphilis ; il le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues à la Faculté de médecine par MM. :

Champetier, né le 22 juillet 1827 à Lorient (Morbihan) ; *De la coqueluche.*

Ducoin, né le 25 octobre 1818 à Beaumont (Tarn-et-Garonne) ; *Recherches sur les matières albuminoïdes.*

Courot, né le 15 janvier 1824 à la Chapelle-Saint-André (Nièvre) ; *Recherches sur la revaccination.*

Maynier, né le 21 mars 1824 à Champdeniers (Deux-Sèvres) ; *Etudes sur la nature de la grenouillette et sur son traitement.*

Nous rappelons à MM. les docteurs que leurs thèses seront annoncées dans l'un des numéros qui suivra la remise qu'ils en auront faite à notre bureau.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Sur quelques cas de paralysie dite puerpérale.

Existe-t-il des accidents paralytiques spéciaux que l'on puisse considérer comme inhérents à l'état puerpéral, ou bien les hémiplégies, paraplégies ou paralysies partielles qui se manifestent pendant la période de puerpéralité, c'est-à-dire pendant la grossesse, pendant ou après le travail de l'accouchement, procèdent-elles des causes communes à ce genre d'accidents? Quelle est, dans ce cas, la part de l'état puerpéral, soit comme circonstance prédisposante, soit comme circonstance modificatrice?

Cette question, soulevée naturellement par plusieurs cas de paralysie survenue dans ces conditions, chez des malades du service M. Sandras, à l'Hôtel-Dieu, et sur lesquels ce médecin a appelé l'attention des personnes qui suivent sa clinique, nous a paru mériter d'autant plus d'être posée, qu'elle a été récemment l'objet de recherches cliniques spéciales de la part d'un savant praticien irlandais, M. le docteur Churchill. Avant de parler des faits dont nous avons été témoin, nous croyons devoir rappeler les propositions énoncées dans le travail de ce médecin :

« L'hémiplégie, la paraplégie ou la paralysie partielle, dit M. Churchill, peuvent se montrer avant, pendant ou quelque temps après le travail de l'accouchement.

» Pour quelques auteurs, la paralysie et la paraplégie principalement seraient dues à la pression exercée sur les muscles ou sur les nerfs pendant un travail prolongé; mais cela n'est rien moins que prouvé, cette même maladie pouvant suivre un travail facile ou se montrer quelques jours après l'accouchement.

» La paralysie peut terminer des convulsions ou les accompagner.

» Elle peut être la conséquence d'une maladie organique ou d'un épanchement dans le cerveau, la moelle épinière ou à la surface de ces deux centres nerveux.

» Elle peut résulter de l'action réflexe.

» Elle peut dépendre de causes temporaires; et parmi ces causes figure au premier rang l'albuminurie.

» L'hémiplégie peut aboutir rapidement à l'apoplexie, ou n'y arriver qu'après des semaines ou plus lentement encore. La paraplégie peut laisser après elle une faiblesse temporaire ou assez durable. Les paralysies locales, amaurose, surdité, etc., ne durent, en général, que très peu de temps.

» Une paralysie nerveuse ou hystérique peut se montrer parfois en dehors de la grossesse ou pendant la durée de celle-ci; mais elle continue rarement après la délivrance. »

Ces propositions sont déduites de 34 observations de paralysie dans lesquelles 22 fois l'attaque de paralysie est survenue pendant la grossesse, et 12 fois pendant ou après le travail.

En poursuivant l'analyse que M. Churchill a faite de ces 34 observations, nous voyons que pour les 22 cas dans lesquels la paralysie est survenue pendant la grossesse, il n'existe aucune régularité relativement à la période de la grossesse à laquelle l'attaque a eu lieu. Le plus grand nombre de ces femmes ont guéri avant ou immédiatement après la délivrance; chez les autres la maladie a continué un temps plus ou moins long après la délivrance.

Une seule des malades de cette catégorie a succombé, et l'autopsie a démontré que la mort était évidemment due à une maladie du cerveau plus ancienne que la grossesse.

Dans un très petit nombre de cas (3 fois sur 22) la paralysie avait été précédée de convulsions; dans la plupart des autres il n'y a eu aucun symptôme précurseur qui ait fixé l'attention.

Les caractères de cette paralysie, ajoute M. Churchill, ressemblaient beaucoup à ceux d'attaques semblables qui n'ont aucun rapport avec la grossesse : la motilité était affaiblie ou entièrement perdue; dans quelques cas la sensibilité était augmentée, diminuée ou modifiée. L'intelligence paraît avoir conservé son intégrité dans tous les cas. Enfin on a constaté la présence de l'albumine dans les urines toutes les fois que cet examen a été fait.

Pour les faits de la seconde catégorie (au nombre de 12), ceux dans lesquels l'attaque de paralysie est survenue pendant ou après le travail, 3 fois seulement elle est survenue dans le travail même, et dans 2 de ces cas après des convulsions. Dans tous les autres cas, non-seulement elle n'a pas succédé immédiatement au travail, mais elle en a été séparée par un intervalle quelquefois considérable, de plusieurs jours jusqu'à un mois.

Dans l'un des cas de cette seconde catégorie, la paralysie du mouvement d'un côté était accompagnée de perte de sensibilité de l'autre. Dans quelques-uns la sensibilité était diminuée; sans altération dans d'autres; elle n'était augmentée dans aucun. Dans le plus grand nombre l'attaque était survenue sans avertissement, sans prodromes et sans aucune cause connue. Une fois seulement la paralysie avait précédé les convulsions.

La durée de la maladie a été très variable. Dans la plupart des cas la paralysie a diminué d'une manière graduelle. La mort a eu lieu dans 3 cas. L'autopsie, faite dans un seul cas, a fait voir les traces d'une méningite partielle. Il est à regretter que l'examen nécroscopique chez les autres sujets n'ait pu être fait.

Il suffit de jeter un coup d'œil sur cette rapide analyse de ces 34 faits de paralysies dites puerpérales, dont nous n'avons rappelé ici que les principaux traits, pour voir qu'il n'est pas possible de les rattacher à une seule et même cause. Pour un grand nombre d'entre eux il faut recourir aux causes communes diverses qui produisent la paralysie en dehors des conditions puerpérales, telles que des congestions cérébrales, des méningo-encéphalites générales ou partielles, l'hystérie, la chloro-anémie, etc., toutes circonstances dans lesquelles la grossesse ou le travail de l'accouchement n'aurait eu qu'une influence prédisposante, et dans quelques cas peut-être un effet occasionnel. De sorte que la plupart de ces paralysies seraient plus justement qualifiées en disant que ce sont des paralysies survenues par des causes diverses chez des femmes en état puerpéral, que par la désignation inexacte de *paralysies puerpérales*.

Les trois faits actuellement en observation dans le service de M. Sandras nous paraissent venir à l'appui de cette conclusion. On en jugera par la relation sommaire que nous allons en faire :

La première de ces malades est une femme de vingt-six ans, couturière, entrée à l'Hôtel-Dieu le 25 septembre de l'année dernière pour une hémiplégie durant depuis quatre ans et survenue à la suite de sa dernière couche. Rien d'anomal n'avait eu lieu pendant la grossesse; ce ne fut que quinze jours après ses couches qu'elle fut prise d'abord d'un certain degré de faiblesse dans les muscles de l'épaule droite, laquelle s'étendit graduellement aux muscles du bras et de l'avant-bras du même côté. En même temps il se manifesta dans ces mêmes muscles une certaine rigidité, un léger degré de contraction permanente.

Cette paralysie du bras droit a persisté ainsi pendant deux ans; puis au bout de ces deux ans elle a commencé à disparaître; mais, à mesure qu'elle se dissipait à droite, elle envahissait le bras gauche, puis le membre inférieur de ce côté. Il y avait dix-huit mois que la paralysie avait envahi ce côté lorsque la malade est entrée à l'hôpital. Elle était alors dans l'état suivant:

Presque tous les muscles de l'épaule gauche, le deltoïde, les sus et sous-épineux, le triceps brachial et la plupart des muscles de l'avant-bras étaient paralysés. Les muscles paralysés étaient en même temps le siége d'un léger degré de roideur ou de contracture. La malade pouvait exercer encore quelques mouvements du bras et de l'avant-bras, mais ces mouvements ne se faisaient qu'avec une extrême lenteur. La main était presque entièrement immobile, assez semblable à une sorte de patte d'oiseau, les mouvements de flexion et d'extension des doigts étant presque complétement abolis.

La jambe gauche, maintenue dans une extension forcée, présentait le même état de rigidité dans la plupart de ses muscles; elle ne soutenait que très difficilement le poids du corps et ne pouvait servir pour la marche.

Le côté droit était encore dans un état d'affaiblissement et de contracture permanente assez marqué, mais beaucoup moins prononcé toutefois qu'à gauche.

Quant à la sensibilité, elle était un peu engourdie seulement aux

---

SOURCES MINÉRALES DE WILDBAD ET DE GASTEIN. (1)

GASTEIN (AUTRICHE).

Gastein est situé sur les confins du duché de Salzbourg, de la Styrie et du Trol, et comme perdu à l'extrémité d'une des vallées les plus sauvages des Alpes Noriques. Pour quiconque a visité la Suisse et les Pyrénées, il semblerait que les pays de montagnes ne puissent plus offrir de paysages dignes d'exciter l'admiration. J'avoue cependant que les merveilles semées sur la route de Gastein à Salzbourg et que la route elle-même m'ont très vivement impressionné. Ainsi c'est le délicieux château de Hellbrunn, où se plaisait Napoléon; ce sont les salines de Hallein avec leurs prodigieux travaux souterrains; c'est le défilé de Pass-Lueg, où se succèdent les *Oefen* ou abîmes; c'est le périlleux passage de la Klamm, avec sa chaussée taillée dans le roc et sa petite chapelle votive; enfin c'est Gastein, dont les blanches maisons, qu'on aperçoit au loin, sont groupées en amphithéâtre autour de la chute de l'Enz, immense cascade, la plus belle peut-être de toutes celles qui existent en Europe.

Gastein mérite donc, à tous égards, d'être visité par quiconque n'est pas insensible aux beautés d'une nature grandiose et pittoresque. Il mérite surtout, et c'est là pour nous le point essentiel, il mérite surtout de fixer l'attention des médecins à cause de ses sources minérales.

Celles-ci, au nombre de six, ont une température qui varie de 39 à 47° c. Elles jaillissent du granit même, à travers un lit d'ardoises, et paraissent toutes avoir la même composition chimique et la même action médicinale. Aussi admet-on généralement qu'elles proviennent d'un même foyer.

Celle qui occupe le plan le plus élevé est la source dite du Prince. Température, 46° c. Pour arriver à son griffon, il a fallu creuser dans l'épaisseur de la montagne jusqu'à une profondeur de plus de 30 mètres. Le couloir voûté qui y mène m'a rappelé, par l'air étouffant qu'on y respire et le nuage de vapeur qui s'en échappe, les fameuses étuves de Néron, près de Naples.

Cette source, dont les eaux se réunissent à celles de la source du Docteur, fournit aux quatre principaux établissements de bains, qui sont: l'hôtel Straubinger, la Prélature, la Provinciale et la Solitude. Du milieu de la cascade (1) où elle a été captée jaillit aussi une source dont on aperçoit la vapeur à travers l'écume du torrent. Température, 39° c. Des tuyaux la transportent à un abreuvoir placé dans le voisinage et qui sert à baigner les chevaux.

Deux autres sources se trouvent à droite de la cascade, mais sur un plan inférieur à la précédente. La principale, appelée la Grande-Source, a une température de 48° c. et est surtout remarquable par son excessive abondance. Elle alimente les deux belles piscines de l'hôpital, de nombreux bains particuliers, et fournit au village de Hof-Gastein, distant d'une lieue et demie, un vaste approvisionnement d'eau minérale que charrient des canaux de bois.

Enfin, au bas de la vallée, se trouve la source du Boulanger, qui se distribue aux deux piscines de l'établissement de ce nom. Sa température est de 39° c.

La réunion de ces diverses sources forme l'étonnant volume de 424,000 pieds cubes d'eau en vingt-quatre heures. Comme cette eau serait trop chaude pour être immédiatement employée en bain, on la fait refroidir au degré convenable dans d'immenses réservoirs. Quant à la disposition des bains, elle est la même pour tous les établissements : ce sont de grandes cuves de bois enfoncées dans le sol, et contenant chacune un ou plusieurs siéges sur lesquels on se tient assis pendant le bain.

L'eau de Gastein sort de terre sans le moindre bruit et sans former de bouillonnement. Elle est brillante et pure comme la plus belle eau de roche. Son odeur est nulle; elle n'a également aucune saveur, au point qu'elle défierait les palais les plus impressionnables. Recueillie dans un vase et exposée à l'air pendant plusieurs jours, elle ne subit aucune altération et ne dépose aucun sédiment.

La chimie, malgré la délicatesse de ses procédés actuels d'analyse, n'a constaté dans l'eau de Gastein que des traces à peine sensibles des sels alcalins les plus insignifiants. Quelques centigrammes par litre de carbonates de soude et de chaux! Autant dire, par conséquent, qu'elle n'y a rien rencontré. Cette eau ne contient non plus aucun gaz. Aussi Berzelius, qui l'avait analysée, et, après lui, le professeur Wolf (de Salzbourg), déclarent-ils que, chimiquement parlant, l'eau de Gastein est de l'eau distillée. Et cependant combien elle en diffère au point de vue médical! Voyons plutôt ce qui se passe pour le bain pris à la température de 26 à 27° R., température qu'on dépasse très rarement.

La première impression a quelque chose de désagréable. Au lieu de s'épanouir, la peau se resserre sur elle-même comme par l'effet d'une légère astriction. Il y a un peu de dyspnée; les parois abdominales se rapprochent, les testicules remontent vers l'anneau. Bientôt une chaleur insolite, accompagnée de secousses et de tressaillements, se répand dans tous les membres. Le pouls, en même temps qu'il se ralentit, devient dur et vibrant; le visage se colore, les oreilles bourdonnent : hâtez-vous de sortir du bain, car il y aurait danger à le prolonger davantage.

Comment expliquer, en l'absence de tout agent chimique appréciable, ce resserrement de la peau et cette excitation générale? Paracelse, qui professait avec un éclat de parole extraordinaire la médecine à Salzbourg (1), et qui, à travers ses divagations d'alchimiste, de magi-

(1) Fin. — Voir le numéro du 1er mai.

(1) Une galerie vitrée jetée hardiment au-dessus de la cascade offre, sur une longueur de plus de 300 mètres, un magnifique promenoir aux malades. On jouit, de cette galerie, d'un coup d'œil véritablement féerique.

(1) On montre à Salzbourg sa maison et son tombeau. On y montre égale-

membres inférieurs; il y avait en outre de l'analgésie aux deux épaules, où l'on pouvait enfoncer des épingles sans déterminer de douleur.

Ces divers phénomènes s'étaient ainsi développés, comme nous venons de le dire, d'une manière graduelle et successivement d'un côté et de l'autre. Ajoutons que cette malade présente tous les caractères d'une chloro-anémie assez prononcée; ses règles, suspendues depuis plusieurs mois, sont revenues depuis qu'elle est à l'hôpital. Sous l'influence des excitations électriques, les symptômes paralytiques se sont sensiblement améliorés; le bras gauche a récupéré en partie sa mobilité. Cette malade est encore en cours de traitement.

— La deuxième malade est une femme de trente-cinq ans, entrée le 7 mars. Cette femme était enceinte de son sixième enfant; elle était au huitième mois de sa grossesse, lorsqu'elle fut prise tout à coup, sans perte de connaissance, ni éblouissement, et sans aucun prodrome qui ait appelé l'attention, d'une hémiplégie du côté gauche, hémiplégie bornée à la motilité, sans lésion aucune de la sensibilité. Cet état n'eut aucune influence sur la grossesse, qui se termina heureusement un mois après, au terme naturel. La paralysie datait de quatre mois à l'époque où la malade se décida à entrer à l'hôpital; elle avait été en décroissant depuis l'attaque, et depuis l'entrée de la malade dans le service cette décroissance était de plus en plus appréciable.

Voilà un exemple de paralysie du mouvement survenue brusquement pendant la dernière période de la grossesse, sans prodromes, sans altération de l'intelligence ni de la sensibilité, et qui tend sensiblement à décroître; forme de paralysie assez différente, sous ce dernier rapport au moins, de la précédente.

— Le troisième cas ne diffère pas moins, comme on va le voir, de l'un et de l'autre. Il s'agit dans celui-ci d'une femme de vingt-neuf ans, enceinte pour la troisième fois et qui a été prise, au septième mois de sa grossesse, d'une paralysie précédée des signes manifestes d'une congestion cérébrale avec tendance prononcée à la somnolence. La paralysie atteignait à la fois les membres, la face et la langue. Il y avait perte de la parole. La sensibilité générale n'était point lésée. L'accouchement, comme dans le cas précédent, n'en eut pas moins lieu à terme. Deux mois après la paralysie de la face se dissipa, la parole revint; mais les membres restaient paralysés. Cette malade présente, en outre, une hypertrophie assez prononcée du cœur, avec des palpitations et un bruit de râpe très marqué.

On voit de suite les différences que présentent ces trois cas. Dans le premier, on a affaire à une de ces paralysies de forme ascendante, progressive, avec des troubles de la sensibilité, envahissant successivement différentes parties du corps et paraissant plus ou moins liée à un état chloro-anémique.

Dans les deux autres cas, au contraire, la paralysie est subite, et à dater du moment de l'accès les symptômes paralytiques vont graduellement en décroissant. Mais ils présentent entre eux cette différence notable que dans l'un l'attaque a eu lieu sans prodromes, tandis que dans l'autre elle a été précédée de symptômes congestifs du côté du cerveau.

Enfin, dans le premier de ces deux cas on a affaire à la forme la plus simple de paralysie sans aucune complication apparente, tandis que dans le second on constate une affection organique du cœur qui n'a certainement pas dû être étrangère à la production de cet accident.

En présence de ces trois faits de paralysie, dont l'origine, le début et la marche diffèrent à tant d'égards, nous le demandons avec M. Sandras, est-il possible de faire de la paralysie puerpérale une sorte d'espèce à part? Nous ne le pensons pas. Que l'état puerpéral constitue une prédisposition à la paralysie, soit par les hémorrhagies, les congestions ou les stases sanguines ou séreuses qu'il détermine sur divers points du système nerveux, ainsi que cela est établi par des faits nombreux que nous rappelions récemment, soit par l'effet de pressions directes exercées pendant un travail laborieux sur les nerfs et les muscles du bassin, ce qui pourrait rendre compte d'un certain nombre de cas de paraplégie observés à la suite de l'accouchement, cela ne saurait être douteux. Mais il est certainement un grand nombre de cas de paralysie survenue pendant la grossesse qui sont étrangers à l'un ou à l'autre de ces deux genres d'influences et qui ne doivent être considérés que comme de simples coïncidences.

Il nous resterait à dire un mot de l'albuminurie, à laquelle M. Churchill fait jouer un rôle important dans la production des paralysies puerpérales. Il serait trop long d'examiner ce point en ce moment. Qu'il nous suffise de dire que l'albuminurie, à laquelle on a fait jouer un si grand rôle dans la production de l'éclampsie, n'est plus considérée aujourd'hui par les cliniciens les plus compétents, et notamment par M. le professeur Paul Dubois, que comme un effet des convulsions éclampsiques, et non comme leur cause.

La conclusion pratique qui ressort de tout ceci, c'est que la paralysie dite puerpérale ne saurait être considérée, d'une manière générale au moins, comme une espèce particulière, entraînant des indications thérapeutiques spéciales; que les indications du traitement sont les mêmes que celles qui sont fournies par la recherche des causes organiques de la paralysie, recherche à laquelle il faut toujours remonter, comme dans toutes les paralysies communes, sauf à tenir compte, bien entendu, des conditions inhérentes à l'état de puerpéralité comme source d'indications secondaires.

Œdème de la glotte. — Asphyxie menaçante. — Guérison.

M..., fille de vingt mois, couchée au n° 5 de la salle Sainte-Marguerite, est entrée le 25 décembre 1854 à l'hôpital Sainte-Eugénie (service de M. Bouchut) et en est sortie le 5 janvier 1855.

Cette enfant est née de parents sains, n'ayant jamais eu de syphilis. Le père est âgé de trente-sept ans, la mère de vingt-six; elle a été mal réglée dans sa jeunesse; accouchée six fois, elle n'a pas revu ses règles depuis son dernier accouchement, et le flux menstruel a été remplacé par une leucorrhée continue abondante. La famille se compose de six enfants; les cinq autres jouissent d'une bonne santé. Tous ont eu la rougeole.

La petite fille dont nous rapportons l'histoire a été nourrie au sein par sa mère et est sevrée depuis quatre mois. Il y a six semaines qu'elle est malade. D'abord elle a eu de la fièvre, de l'abattement, de la diarrhée sans vomissements. Cette diarrhée n'a pas cessé depuis ce moment; elle est devenue verte, fétide, et l'enfant a perdu l'appétit. Toux depuis quinze jours, et à chaque secousse l'enfant pleure et paraît souffrir. Elle s'agite et dort peu la nuit, tant la toux est fréquente.

Lors de son entrée à l'hôpital la toux était très fréquente, quinteuse, sans reprises; à chaque secousse l'enfant devient bleue et menace de périr d'asphyxie; l'inspiration est sifflante et l'expiration facile. Le fond de la gorge est rouge, congestionné; les amygdales peu saillantes; la luette et l'épiglotte rouges, gonflées, œdémateuses; langue blanche, assez d'appétit, fièvre modérée. Râles sibilant et ronflant dans la poitrine.

Au moment de l'entrée d'urgence à l'hôpital les symptômes étaient si alarmants en apparence que l'on crut à la nécessité d'une trachéotomie immédiate. L'enfant suffoquait et paraissait à demi asphyxiée.

Un vomitif débarrassa beaucoup la poitrine, et le lendemain 30 décembre l'enfant allait mieux; la respiration était plus facile, l'inspiration moins pénible; le visage avait repris sa teinte naturelle. Le fond de la gorge était encore rouge sans œdème visible.

Des boissons émollientes suffirent pendant les jours suivants; il n'y eut plus d'accès de suffocation; la toux diminua tous les jours un peu, et avait presque complétement cessé le 5 janvier, jour de la sortie de l'hôpital.

S'il avait fallu prononcer seulement d'après l'état extérieur de cette enfant lors de son admission, on l'eût crue irrévocablement perdue, tant était profonde l'altération des traits sous le double rapport de l'expression et de la couleur, et tant était grande la difficulté de respirer. Teinte bleue du visage et des lèvres, respiration sifflante chez une enfant de vingt mois, c'est toujours là l'indice d'un grand danger. A distance, on devait croire à un vrai croup pseudo-membraneux. L'examen de l'arrière-bouche dissipa toute incertitude et permit de constater seulement une inflammation assez vive avec gonflement œdémateux du pharynx, de la luette et de l'épiglotte. Existait-il autre chose dans le larynx et n'aurait-il pas renfermé par hasard des fausses membranes? C'est à la rigueur possible; mais la terminaison heureuse et si rapide de la maladie, autant que ses symptômes nous font considérer cette supposition comme hypothétique.

En admettant qu'il eût existé des fausses membranes, elles n'auraient pas été bien étendues ni bien adhérentes, puisqu'un vomitif les fit disparaître sans retour. Cela n'est ni possible, ni vraisemblable. La ténacité de la phlegmasie couenneuse, partout où elle prend siége, ajoute, on le sait, à la gravité qui ressort de sa nature. Une fausse membrane qui tombe est remplacée par une autre, et en tout cas les surfaces occupées par la fausse membrane sont toujours assez malades, érodées, ou même ulcérées, pour ne pas guérir aussitôt après l'expulsion du produit anomalement sécrété. Ce sont là autant de raisons négatives pour rejeter l'existence d'un croup pseudo-membraneux chez notre petite malade. Il y a d'ailleurs des motifs tout directs de repousser cette hypothèse. Les symptômes observés, et particulièrement la facilité de l'expiration, ne sont pas ceux du croup, affection dans laquelle les deux efforts opposés de la respiration sont tout aussi embarrassés l'un que l'autre, et s'accompagnent d'un bruit particulier de sifflement bas, dont l'homme expérimenté reconnaît facilement la cause. L'inspection directe des parties donnait la meilleure idée de la nature phlegmasique, œdémateuse, sus-glottique du mal. La marche des accidents, leur disparition si rapide en moins de vingt-quatre heures ont achevé de former notre conviction à cet égard.

Il ne fallait pas moins de circonstances réunies pour nous faire admettre l'existence d'un œdème de la glotte chez cette jeune enfant, car ce fait est sans précédents à cet âge, et même à une période plus avancée de l'enfance. L'œdème de la glotte ne se montre guère que chez l'adulte, comme effet d'une phlegmasie pharyngo-laryngée simple ou produite par la syphilis et par la nécrose du larynx. A cette occasion, nous avons dû rechercher si chez cette enfant la syphilis était pour quelque chose dans la détermination des accidents. Nulle circonstance directe ou indirecte n'a pu nous éclairer à cet égard, et il en résulte cette conséquence, que la maladie doit être considérée ici comme étant de nature purement inflammatoire.

SUR L'INFLUENCE DE LA COMPRESSION DU FOIE

par les parties molles dans l'accouchement naturel,

Par M. le D[r] Ancelon.

« La tête du fœtus a toujours été, en obstétrique, un objet par-

---

cien et d'astrologue, a écrit d'excellentes choses sur les eaux minérales, Paracelse attribue cette action des eaux de Gastein à la *force de l'arsenic qu'elles tiennent en dissolution.* C'est un fait assez singulier que dès le commencement du seizième siècle la présence de l'arsenic dans les eaux minérales ait été, empiriquement sans doute, mais enfin ait été annoncée. Tout porte à croire, en effet, qu'il existe de l'arsenic dans les eaux de Gastein (on s'occupe aujourd'hui d'analyses dans ce sens); car à peu de distance de ces sources se trouve, dans la vallée de Böckstein, des mines de cuivre, d'or et d'argent fortement arsenicales. Il y a même un lac, le lac Pockart, désigné plus communément dans le pays sous le nom de *Lac empoisonné*, dont les eaux contiennent de l'arsenic en telle abondance qu'aucun poisson ne peut y vivre, qu'aucune plante ne croît sur ses bords et que les animaux qui s'y désaltèrent meurent en peu d'instants. Enfin ce qui me ferait croire encore que les eaux de Gastein renferment un principe arsenical, c'est que, ingérées dans l'estomac, elles provoquent presque toujours des nausées et des vomissements.

Mais dirons-nous avec Paracelse que la présence de l'arsenic dans les eaux de Gastein suffirait pour expliquer leurs propriétés si énergiquement stimulantes? J'avoue que, quelque faveur que cette opinion puisse rencontrer dans beaucoup d'esprits qui veulent voir l'arsenic partout, elle me satisfait d'autant moins que l'arsenic est un agent hyposthénisant.

Le premier effet de l'eau de Gastein est donc de resserrer la peau à la manière d'une solution d'alun (cette comparaison est encore de Paracelse) et de réveiller les forces de l'organisme. L'usage est d'aller après le bain se mettre au lit et d'y rester trois quarts d'heure à une heure, afin que le calme se rétablisse peu à peu dans l'économie: on ne transpire pas, les pores étant plutôt fermés qu'ouverts. Ces bains constituent même un excellent remède pour les personnes dont la peau est habituellement moite par la faiblesse et le relâchement de son tissu.

Au bout de quelques bains, l'action stimulante de l'eau minérale tend à se localiser et à se concentrer tout entière sur le système nerveux. Ainsi il semble au malade qu'un surcroît de vitalité s'empare de tout son être; il se sent plus agile et plus fort; à peine les marches les plus longues lui causent-elles un peu de fatigue, que le sommeil a promptement réparée. Mais c'est vers l'appareil génital que cette influence devient le plus manifeste, influence qui, même chez les personnes les plus chastes et les plus réservées, se traduit par des rêves érotiques, des pertes séminales répétées, d'étranges et insolites surexcitations, absolument comme par l'effet des cantharides. Ce sont par conséquent des eaux aphrodisiaques.

Indiquer l'action physiologique d'une eau minérale, c'est presque dire pour quel ordre de maladies cette eau doit être conseillée.

Vous prescrivez Gastein contre ces états morbides que caractérisent la langueur et l'atonie générale, et auxquelles il est impossible d'attribuer d'autre cause qu'un défaut d'innervation. On ne saurait à cet égard assez admirer l'espèce de transformation que les eaux de Gastein opèrent dans la *machine humaine*, et c'est avec intention que j'emploie un terme aussi vague, car il est impossible de spécifier de semblables effets. Le célèbre Kopp a raconté lui-même la manière dont ces eaux lui rendirent l'existence. Atteint de souffrances cruelles et continues vers le cerveau, et sentant tout à la fois son intelligence s'affaiblir, sa mémoire s'éteindre et en quelque sorte la vie s'échapper (on avait diagnostiqué un commencement de ramollissement cérébral), il était tombé dans une hypocondrie des plus sombres. Après avoir essayé de tout inutilement, il se rendit à Gastein. La première année lui procura un soulagement notable, et il lui suffit d'une seconde année passée aux mêmes sources pour recouvrer en même temps que la santé l'intégrité de ses hautes et belles facultés.

Les paralysies, celles, bien entendu, qui sont indépendantes d'une lésion organique, trouvent dans les eaux de Gastein une médication dont l'efficacité tient quelquefois du prodige: telles sont surtout les paralysies des membres inférieurs. Sous ce rapport, les eaux de Gastein ne le cèdent en rien à celles de Wildbab; elles leur sont même supérieures, à cause de leur activité plus grande, toutes les fois qu'il s'agit de frapper un grand coup sur le système nerveux, ou que la paraplégie se complique de l'abolition plus ou moins complète des facultés viriles.

Je n'hésite pas à placer Wildbad et Gastein tout à fait au premier rang des sources utilement conseillées contre la paraplégie. Elles me paraissent même mériter à cet égard l'épithète de *spécifiques*. Remarquons en effet que tandis que Baréges, Luchon, Bourbonne, Balaruc, Gurgitello et les deux Aix empruntent leur activité à leur forte minéralisation, à leur température élevée ainsi qu'au choc énergique de la douche, au contraire, les eaux de Gastein et de Wildbad ne sont pour ainsi dire point minéralisées, on les emploie à peine tièdes, et il est rare qu'on ait recours à la douche. Il y a donc en elles quelque chose qui agit plus *spécifiquement* sur le système nerveux rachidien, et qu'on ne rencontre pas dans les autres sources.

Quant à la manière d'administrer les eaux de Gastein, ce que j'ai dit en parlant de Wildbad, du nombre et de la durée des bains, de leur degré de température, des phénomènes qu'ils déterminent et des précautions dont il faut user, tout cela leur est également applicable. Ces eaux diffèrent toutefois entre elles par quelques particularités qu'il importe de signaler.

Ainsi, nous avons vu qu'à Wildbad les bains n'ont d'efficacité qu'à la condition qu'ils sont pris à la température native des sources et sur les griffons eux-mêmes; dès l'instant où il y a quelque chose de changé à cet égard, on n'a plus, au lieu d'un bain médicinal, qu'un simple bain domestique. A Gastein, au contraire, non-seulement il faut faire

ment son crâne, dont un des pariétaux, entièrement brisé, rappelle le genre de mort de Paracelse, qui dans un accès de folie se tua en se précipitant d'un des étages supérieurs de l'hôpital Saint-Etienne, où on le tenait renfermé. Une nouvelle édition de ses œuvres vient d'être publiée par Rademacher, médecin à Goth, lequel le proclame le véritable inventeur de l'homœopathie et par suite le premier médecin du monde.

» ticulier d'étude ; » malheureusement le haut intérêt qu'elle inspire, eu égard aux précieuses données qu'elle fournit, a fait négliger aux accoucheurs des organes ayant aussi leur importance à un autre point de vue.

On s'est peu occupé de l'état du foie, que des circonstances particulières exposent, non moins que l'extrémité céphalique, à l'action des parties molles dans l'accouchement.

Les membres de la Société de chirurgie ne me semblent pas avoir attaché assez d'importance aux lésions qui trop souvent atteignent l'organe hépatique; c'est du moins ce qui résulte du rapport fait à cette Société par M. Danyau (*Gazette des Hôpitaux* du 24 avril 1855), sur le travail fort intéressant de M. Charrier. Ce dernier, interne de la Maternité, en rapportant trois cas de mort arrivés peu de jours après la naissance, à la suite de signes de compression et de congestion cérébrale, accuse de ces tristes résultats la protection insuffisante du cerveau pendant le travail, par des os trop minces ou trop écartés au terme de la grossesse. D'un autre côté, M. Danyau, appelant le doute sur les explications de M. Charrier, les rejette sans y rien substituer de sérieux.

Cependant rien n'est plus réel que le fait de la tardive ossification invoqué, à juste titre, par M. Charrier ; seulement il a une tout autre portée que celle qu'il lui assigne.

L'incomplète ossification de la boîte crânienne et, par suite, les dimensions exagérées des fontanelles ont été constatées par tous les accoucheurs, et ceux-là mêmes pour qui l'expérience n'est pas un vain mot ont dû observer en même temps un développement exagéré du foie chez le fœtus, d'abondantes eaux de l'amnios, la rapidité relative du part ; en d'autres termes, la constitution détériorée de la mère et du fruit de ses entrailles.

En cherchant à me rendre compte des causes assez puissantes pour influencer la vie intra-utérine au point de produire cette diathèse signalée par M. Charrier, j'ai trouvé : cinq fois abus longtemps prolongé des emménagogues les plus énergiques ; trois fois père phthisique, mère profondément affectée de maladie strumeuse (l'une d'elles, horriblement scrofuleuse, perdit successivement trois enfants de la même manière peu de temps après la naissance); douze fois l'influence prolongée de l'humidité et de l'effluve paludéen; une fois chute de voiture sur le sacrum vers le milieu du troisième mois.

Le fœtus, dans ces différentes circonstances, était loin des communes conditions normales, et le défaut de rénitence accusé dans le cerveau se faisait nécessairement remarquer dans les autres organes, sans en excepter le foie, qui avait pris un développement morbide relativement fort exagéré. Aussi, quoique dans tous les cas la parturition eût été céphalique, facile et rapide, 7 fœtus sur 21 portaient des céphalœmatomes ; tous une ecchymose remarquable de 5 à 6 centimètres à la partie convexe et moyenne du foie, extraordinairement friable.

A coup sûr, la tête, par défaut de résistance du crâne incomplétement ossifié et de rénitence de la pulpe cérébrale en cédant avec trop de facilité sous la pression des parties molles de la filière maternelle, ne peut ouvrir une voie facile à l'organe hépathique relativement moins compressible : dès lors ce dernier organe contus expose le nouveau-né à tous les genres de suffusion, d'hémorrhagies dans les organes préparés comme peut l'être un cerveau inconsistant après la parturition.

La conclusion de ce qui précède est celle-ci :

1° Une diathèse facile à saisir dans ses causes et dans ses résultats retarde l'ossification chez le fœtus et prive toutes ses parties de la rénitence nécessaire pour résister à l'action du part ;

2° Les parties molles dans l'accouchement exercent sur le foie une pression d'autant plus fâcheuse que l'ossification du crâne est moins avancée au terme de la grossesse ;

3° La diathèse signalée, jointe à la contusion du foie, explique la mort du fœtus dans les cas mentionnés par M. Charrier.

POMMADE OPIACÉE ET RÉSOLUTIVE AU CHLOROFORME.

Dans les cas de prurit de la vulve, M. Vaneedem fait frictionner les parties siége de la démangeaison avec la pommade suivante :

Fleur de soufre.	8 grammes.
Carbonate de soude.	4 —
Axonge.	30 —
Chloroforme.	4 —
Acétate de morphine.	50 centigrammes.
Huile d'olive.	Q. S.

On donne en même temps à l'intérieur une poudre composée de soufre doré d'antimoine, de fleur de soufre et de poudre de réglisse.

(*Journ. de chim. méd.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 25 avril 1855. — Présidence de M. Huguier.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Richard présente un enfant auquel il a ouvert un kyste dermoïde de la partie supérieure de l'orbite qui repoussait l'œil en avant et en bas. L'incision de cette tumeur a donné issue à une matière tout à fait analogue à la matière méliçérique, mais sans poils ; et le doigt porté dans la plaie s'est assuré que le plancher osseux de la paroi supérieure de l'orbite avait disparu et qu'on pouvait sentir le cerveau. Une mèche a été maintenue dans l'ouverture, à travers laquelle on injecta dans la cavité du kyste de la teinture d'iode. Sous l'influence de ce traitement, la tumeur a subi une très grande diminution. M. Richard rapproche ce fait de ceux qu'a rassemblés M. Lebert dans son mémoire sur l'hétéroplie plastique.

M. Richet demande si l'on pouvait à l'aide du doigt porté dans la cavité sentir les battements du cerveau.

M. Richard. On ne sentait point de battements, mais bien la mollesse habituelle du cerveau recouvert de la dure-mère.

M. Giraldès demande qu'on modifie le titre de ce fait qualifié par M. Richard de *kyste dermoïde*. Dans les kystes dermoïdes, il y a des poils ; or on n'en a point trouvé dans ce cas. Il y a, d'ailleurs, dans cette région des organes qui peuvent se développer et donner lieu à des tumeurs analogues à celle-ci.

M. Guersant demande s'il y avait bien là de la substance méliçérique. Ne s'agirait-il pas plutôt de matière tuberculeuse ramollie ?

M. Richard répond qu'il ne tient pas au mot *kyste dermoïde*, mais il rappelle avoir trouvé avec M. Robin des cellules épithéliales comme élément fondamental de cette collection morbide.

M. Verneuil pense aussi qu'il faut être très réservé sur le nom à appliquer à cette tumeur, car le caractère des kystes dermoïdes c'est de contenir du derme. Ces kystes de la région orbitaire ont en général un siége assez distinct à la partie interne ou à la partie externe de l'orbite. Ils se distinguent des tumeurs hétéroplastiques du scrotum et d'autres parties en ce qu'elles ne renferment que des poils, de la graisse, de l'épithélium et jamais de dents. M. Verneuil se demande si ces kystes n'auraient point pour origine une anomalie dans le développement de la peau. Les deux fissures, qui chez l'embryon partent de la région externe de l'orbite, ne pourraient-elles pas amener une occlusion intempestive d'une portion des téguments qui sécréteraient ainsi dans un kyste les produits habituels de la peau ?

— Lecture et adoption du procès-verbal.

A l'occasion du procès-verbal, M. Danyau, après avoir pris connaissance de la lettre de MM. Commaille et Blondel et des nouveaux détails dans lesquels ils sont entrés, reconnait que la version a été faite avec un seul pied et que le chloroforme a facilité une opération qui n'avait pu être terminée avant l'emploi de ce moyen.

— M. Larrey rend compte à la Société de ce qu'il a tenté pour améliorer l'état du malade atteint de nystagmus et présenté par lui. Il a appliqué les louchettes, et par leur aide le malade s'est trouvé très soulagé ; il a moins de fatigue et voit mieux les objets.

— M. Denonvilliers demande à rétablir quelques détails d'un fait auquel M. Verneuil, dans la dernière discussion sur les hématocèles rétro-utérines, a fait allusion. Il s'agit d'une observation de M. Laugier. M. Verneuil avait prétendu que les ovaires étaient sains. Voici comment M. Laugier décrit lui-même l'état de ces organes : « Dans une autre pièce présentée il y a quelques semaines à la Société anatomique, la question de l'origine de l'hématocèle avait été omise. Dans un examen superficiel on avait cru d'abord les ovaires sains ; mais un examen mieux fait, sur mes instances, prouva à M. Boulard que l'ovaire gauche, déformé, globuleux et réduit au volume d'une noisette, faisait partie de la paroi du kyste sanguin et s'ouvrait dans sa cavité. Son tissu était friable, de couleur jaune rougeâtre, et tout à fait semblable aux débris fibrineux contenus dans le kyste de l'hématocèle. »

M. Verneuil répond qu'il a examiné la pièce en question le jour même de l'autopsie ; M. Boulard n'a pu en faire la dissection qu'au bout de huit à dix jours. Il y a peut-être dans cette circonstance la cause de divergences dans l'appréciation du fait. La tumeur principale était dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, et les ovaires ont paru sains à M. Verneuil. Quoi qu'il en soit, c'est là, selon lui, un fait douteux et dont on ne peut se servir ni dans un sens, ni dans l'autre.

M. Chassaignac signale l'erreur de diagnostic qu'on peut facilement commettre en confondant ces hématocèles avec une grossesse extra-utérine. Il cite un fait à l'appui de son opinion. Une femme entra à l'hôpital Lariboisière pour une tumeur dans la fosse iliaque. On crut à un abcès ; mais la ponction ne révéla que du sang pur. La mort survint, et l'on trouva une grossesse extra-utérine.

M. Marjolin. Je ne crois pas qu'il faille rapporter toutes les hémorrhagies désignées dans ces derniers temps sous le nom d'hématocèles rétro-utérines à la ponte de l'ovule, ce serait être trop exclusif. Je pense, comme l'ont fait justement observer MM. Robert et Michon, que ces épanchements peuvent dépendre de plusieurs causes, ce qui pourrait ainsi expliquer la différence de leur siége jusqu'à ce jour encore douteux. Mais, d'un autre côté, vouloir nier que la menstruation n'ait pas, dans la majorité des cas, une influence manifeste sur ces épanchements, ce serait aussi aller trop loin. Pour ma part, j'ai eu occasion d'observer plusieurs cas de ce genre, et d'après l'ensemble des symptômes, j'ai toujours pensé qu'il s'agissait d'une sorte d'apoplexie ovarique. Un signe sur lequel j'insisterai, c'est la congestion utérine et la métrorrhagie qui existaient chez ces malades, entrées à l'hôpital pour une perte. Chez une d'entre elles, que j'ai fait voir à M. le professeur Chomel et à M. Danyau, la tumeur était tellement volumineuse qu'elle dépassait l'ombilic de plusieurs travers de doigt. Chez cette malade, à chaque époque menstruelle, on voyait l'épanchement augmenter sensiblement et la fluctuation devenir plus manifeste. En palpant la tumeur, on éprouvait une sensation analogue à celle d'un sac anévrismal distendu par des caillots résistants et une certaine quantité de sang fluide. J'ajouterai que je me suis toujours bien trouvé d'assimiler pour le traitement ces hémorrhagies périodiques à de véritables épanchements sanguins traumatiques. De plus, dès que l'époque menstruelle était sur le point d'arriver, une saignée était pratiquée ; c'est ainsi que je suis parvenu à prévenir et à diminuer ces accidents, et à faire disparaître d'énormes tumeurs sanguines sans recourir à aucune opération.

RAPPORT.

M. Danyau lit un rapport sur les deux observations suivantes communiquées à la Société par M. le docteur Depaul:

Oblitération de 5 ou 6 centimètres de l'intestin grêle. — Cœcum entièrement séparé de l'intestin grêle et ne communiquant pas avec lui. — Création d'un anus artificiel. — Mort. — Autopsie. — La nommée Paillot, journalière, âgée de quarante ans, d'une bonne constitution, ayant déjà eu huit enfants à terme et tous bien portants, entre à la Clinique d'accouchements de la Faculté, service dont je suis tem-

---

refroidir l'eau minérale avant de s'en servir, mais, de plus, on peut la faire voyager dans des tuyaux, souvent à de grandes distances, Hof-Gastein (1), par exemple, sans que ses propriétés thérapeutiques paraissent en éprouver aucune atteinte. Ceci prouve déjà que le principe actif de ces eaux ne saurait être le même. Enfin, tandis qu'à Wildbad on prend habituellement l'eau minérale en bains et en boisson, il est rare qu'à Gastein on la prenne autrement qu'en bains.

Un fait assez curieux relativement à l'eau de Gastein, c'est que, d'ordinaire, quand on la boit chaude, elle constipe ; si au contraire on la boit refroidie, elle relâche.

Ce que nous venons de dire de l'efficacité des eaux de Gastein dans le traitement de la paraplégie est-il également applicable au traitement de l'hémiplégie? Je me suis déjà expliqué, à propos d'autres sources, sur les prétendus miracles qu'on obtient dans ce cas par l'effet des eaux. J'ajoute que ce que j'ai vu à Gastein n'a fait à cet égard qu'accroître mes scrupules. Sans doute les eaux de Gastein ont amélioré des hémiplégies stationnaires, ou hâté la guérison de celles qui étaient déjà en voie de guérir ; mais voilà tout. Quant à faire disparaître comme par enchantement des hémiplégies véritables, ayant le caractère pathognomonique *de la paralysie de la jambe et du bras correspondant*, je n'ai rien observé de semblable ; je crois même que les cures annoncées, ici comme ailleurs, n'ont eu souvent d'autre explication raisonnable que des erreurs de diagnostic.

Mais Gastein n'est pas uniquement le refuge des paralysies. Vous y verrez également bon nombre de jeunes hommes, dont au premier abord vous vous expliquerez difficilement la présence. Ce qu'ils viennent demander à ces eaux, c'est qu'elles leur restituent une partie de cette séve qu'ils ont follement dépensée dans des excès de toute nature, et qui, par un châtiment mérité, se trouve maintenant tarie dans sa source. Plus d'une fois, du reste, leur confiance dans les eaux a été couronnée par d'éclatants succès. Sans la réserve que m'impose la délicatesse du sujet, je pourrais citer des faits très nombreux dans lesquels les eaux de Gastein ont triomphé, sur différents âges, de l'impuissance virile même arrivée à sa période la plus extrême.

Mais, pour que cette action des eaux ne soit pas une action éphémère, pour qu'elle devienne bien réellement durable, il est essentiel que le malade ne se hâte pas d'user trop tôt, avant deux ou trois mois, par exemple, du bénéfice du traitement. Une imprudence, ou seulement un simple essai de forces pourrait, à cet égard, tout compromettre.

Si les eaux de Gastein exigent les plus grands ménagements dans leur emploi pendant et après la cure, elles ne réclament pas moins de précautions dans le croix des malades auxquels elles devront être conseillées. Autant, en effet, ces eaux seront utiles aux tempéraments lymphatiques, autant elles deviendraient nuisibles aux constitutions sanguines et irritables. C'est au point que le docteur Proell, un des médecins les plus distingués de Gastein, me disait que quand il était question d'envoyer une personne à ces eaux, il fallait, avant même de s'enquérir de sa maladie, s'informer de son caractère : est-il colère et emporté, ce sera une contre-indication positive. La durée est également subordonnée à certaines considérations du même genre ; ainsi, pour les organisations impressionnables, quinze ou vingt bains pourront suffire, tandis qu'il en faudra vingt-cinq ou trente pour les individus flegmatiques. Du reste, les malades ont parfaitement eux-mêmes la conscience du moment où il convient d'interrompre le traitement, la saturation thermale se manifestant presque subitement chez eux par une répulsion telle pour le bain, que la vue seule de l'eau minérale leur devient odieuse.

Ce que je dis ici de la nécessité, pour le médecin, d'étudier avant tout le caractère des malades trouve sa confirmation dans la manière dont l'eau impressionne jusqu'aux animaux eux-mêmes. Observons ce qui se passe sur les chevaux qu'on baigne dans l'abreuvoir alimenté par la source de la Cascade, et dont l'eau n'a qu'une température de 18 à 20 degrés. Tant qu'ils travaillent, le bain ne fait que réparer leurs forces et leur en donner de nouvelles. Restent-ils oisifs, au contraire, aussitôt ils offrent tous les signes de la plus vive surexcitation. L'animal déjà difficile devient inabordable ; celui qui avait un naturel calme et paisible se met, sans motifs excusables, à ruer et à mordre. Il n'y a plus de sommeil chez aucun ; plusieurs même sont pris d'une sorte de fureur érotique. Il faut alors ou les faire travailler de nouveau, pour qu'ils puissent dépenser cette exubérance de forces, ou interrompre les bains. Dira-t-on encore, en face de semblables faits, que l'action des eaux minérales est une simple affaire d'imagination?

J'en ai fini avec ce qui a trait à l'action des eaux de Gastein sur le système nerveux. Un mot seulement encore sur les autres effets thérapeutiques de ces eaux.

M. le docteur Snétiwy voulut bien me faire visiter, à l'hôpital de Gastein, de nombreux malades auxquels il faisait suivre le traitement thermal. Parmi les affections qui me parurent se trouver le mieux de ce traitement, je citerai la goutte atonique, les rhumatismes torpides, les anciennes luxations ou fractures, les fistules, les nécroses, les ulcères variqueux et les affections scorbutiques de la peau ou des muqueuses. C'est à l'action styptique et détersive de l'eau minérale qu'il faut en partie rapporter ici les heureux effets du traitement. La syphilis est encore une de ces maladies pour lesquelles on devra conseiller Gastein ; seulement les eaux agiront comme pierre de touche, à la manière de Loëche et des sources sulfureuses, en appelant et fixant au dehors le moindre atome de virus caché dans les tissus.

Tel est Gastein. Si je me suis étendu un peu longuement sur ces eaux, c'est que, malgré l'immense vogue dont elles jouissent en Allemagne, je ne sache pas qu'elles se trouvent décrites dans aucun de nos traités d'hydrologie.

(1) Hof-Gastein n'est qu'une succursale de Gastein. Il y a des bains dans toutes les maisons, et leurs effets rappellent à peu de chose près ceux qu'on observe aux sources mêmes.

porairement chargé, le 28 septembre 1854, à neuf heures et demie, pour accoucher de son neuvième enfant. L'accouchement fut naturel, ainsi que la délivrance. Cet enfant est une fille bien développée, à terme, pesant 3,000 grammes.

Longueur totale.	$0^m,49$
— du sommet à l'ombilic.	$0^m,26$
— de l'ombilic au talon.	$0,^m23$
Diamètre occipito-frontal.	$0^m,11$
— mentonnier.	$0^m,13$
— bi-pariétal.	$0^m,09$
— sous-occipito-bregmatique.	$0,^m09$

La naissance eut lieu le 29 septembre 1854, à une heure du matin.

La mère ayant eu des suites de couches très ordinaires et s'étant parfaitement rétablie, il n'en sera plus question dans le courant de cette observation, qui sera entièrement consacrée à l'enfant.

Depuis le moment de sa naissance jusqu'au 30 septembre à huit heures et demie du matin, l'enfant n'a pas encore été à la garde-robe; elle a bien teté jusqu'à présent, mais la nuit dernière elle a beaucoup crié; et quand on nous la montre, à neuf heures, le 30, au moment de la visite, voici dans quel état nous la trouvons :

Ventre ballonné, ayant au-dessus de l'ombilic $0^m,36$ de tour, rendant un son clair à la percussion; cris exprimant la souffrance, quelques vomissements de matières verdâtres. Ma première idée fut naturellement d'examiner l'anus; il est trouvé normal, complétement ouvert. Une sonde de femme pénètre dans une étendue de $0^m,05$, et ne peut pas parvenir plus haut. Rien ne sort par l'orifice anal, ni matières fécales ni gaz. Le doigt auriculaire introduit va jusqu'au delà de l'angle sacro-vertébral, qu'on sent très facilement. On ne trouve pas au niveau de l'endroit où il s'arrête de tumeur molle et comme fluctuante, ainsi qu'il arrive quelquefois, lorsque l'obstacle est membraneux et se trouve situé vers cette région. L'irritation causée par l'introduction de ces corps étrangers, et surtout du doigt, fait naître des contractions, des efforts de défécation sous l'influence desquels l'enfant rend par l'anus un bouchon de mucus blanchâtre, nullement coloré par la bile. La quantité ainsi expulsée équivaut à peu près à ce que pourrait contenir un grand dé à coudre. L'eau d'un lavement poussée dans le rectum revient au fur et à mesure qu'elle est introduite. Il n'y a donc plus de doute sur l'existence d'un obstacle au cours des matières fécales, mais à quel niveau, c'est ce qu'il est impossible de dire d'une manière positive. Tout ce dont on était sûr, c'est que cet obstacle existait sur un point assez éloigné de l'anus.

Immédiatement, on donne par la bouche une demi-cuillerée de sirop de chicorée. A deux heures de l'après-midi, le même jour, l'examen se renouvelle; mêmes résultats. Depuis ma première visite, l'état général n'a pas sensiblement empiré, quoiqu'il n'y ait eu aucune garde-robe et que l'enfant ait vomi de nouveau et en plus grande quantité des matières verdâtres. Je prescris des bains et des cataplasmes, et je renvoie au lendemain l'opération que je me proposais de faire.

Le 1er octobre, à neuf heures, les vomissements ont continué depuis hier; l'enfant n'a plus voulu teter; le ventre semble un peu moins tendu.

Avant de décrire le procédé opératoire auquel je crus devoir donner la préférence, j'ai besoin de faire connaître les raisons particulières qui dictèrent mon choix.

Tous les chirurgiens savent que si les difficultés sont grandes, même dans certains cas où l'obstacle existe près de l'extrémité inférieure du rectum, elles le sont bien plus encore lorsque cette portion de l'intestin est libre dans toute son étendue. En admettant qu'aucun doute ne puisse plus persister sur l'existence d'une oblitération (et c'était mon cas), quel en est le siége précis? Question toujours embarrassante, mais d'une importance capitale, puisque le succès de l'opération en dépend.

Pour mon compte, si je m'en étais tenu aux résultats fournis par mon exploration avec la sonde et le doigt, j'aurais pu être conduit à supposer que l'obstacle se trouvait vers la partie inférieure du gros intestin. Le peu de profondeur à laquelle pénétrait l'eau des lavements, aussi bien que la petite quantité de matière grisâtre dont il a été question et qui était sortie par l'anus, était de nature à me faire adopter cette opinion.

Mais, d'un autre côté, j'avais été frappé de ce que le ballonnement du ventre n'était pas aussi considérable qu'il l'est en général lorsque l'oblitération est près de l'anus, et cette circonstance me porta à rechercher par la percussion si je pouvais constater sur les côtés de la colonne vertébrale la présence d'un tube plein de matières et rendant par conséquent un son mat.

L'enfant fut placée sur le ventre et examinée avec soin sous ce rapport. Mais le résultat fut complétement négatif; la sonorité était la même partout. Dès ce moment, je n'hésitai plus. Le procédé de Callisen, avec ou sans la modification de M. Amussat, ne me parut pas applicable, et je me décidai pour le procédé de Littre, avec lequel on est toujours à peu près sûr d'attaquer un point de l'intestin qui permette l'écoulement des matières. Voici comment l'opération fut pratiquée: une incision d'environ 4 centimètres fut faite sur la partie latérale gauche de l'abdomen, partant du milieu de l'espace compris entre les fausses côtes et l'épine iliaque antéro-supérieure, aboutissant vers le tiers externe du pli de l'aine. J'arrivai couche par couche jusqu'au péritoine, qui fut trouvé *doublé d'une couche assez épaisse de graisse*, dont plusieurs petites masses vinrent faire hernie et qu'un instant je pus prendre pour une portion d'épiploon.

Dans le cours de la section des différents plans de la paroi abdominale, je fus obligé de tordre une artère et d'en lier trois; l'épigastrique, accompagnée de deux veines satellites, fut nettement aperçue dans l'angle inférieur de la plaie, et je la ménageai avec soin. Enfin, le péritoine fut incisé en dédolant, après l'avoir soulevé au moyen d'un ténaculum; immédiatement écoulement d'une petite quantité de sérosité citrine et sortie brusque de plusieurs circonvolutions de l'intestin grêle, distendues par quelques matières fécales verdâtres et surtout par des gaz. L'incision agrandie suffisamment, je cherchai à réduire les intestins, mais je ne pus y parvenir facilement qu'après avoir fait une incision à l'une des anses de manière à permettre la sortie des gaz. Afin de ne pas m'exposer à voir rentrer dans le ventre la portion ouverte, j'avais eu soin de passer dans le mésentère un fil destiné à maintenir l'intestin au dehors.

Une fois l'incision intestinale faite, il sortit une assez notable quantité de liquide vert foncé accompagné de gaz, mais pas du tout de méconium solide ou demi-solide. Le liquide qui s'écoule ressemble à du méconium délayé dans de la sérosité. Les anses intestinales vidées furent alors assez facilement réduites.

Le pansement consista à fixer l'anse ouverte à la plaie extérieure à l'aide de deux points de suture entrecoupée. Deux autres points de suture entortillée servirent à rapprocher les bords des angles supérieur et inférieur de la plaie abdominale; afin d'éviter la sortie des intestins, un linge largement troué et cératé fut appliqué sur la plaie. Par-dessus on plaça de la charpie, et le tout fut maintenu avec un petit bandage modérément serré.

Toute la journée se passa sans que l'enfant voulût teter; il cria beaucoup dans la nuit du 1er au 2; le 2 au matin, il commença seulement à prendre le sein.

Premier pansement dans la journée du 1er octobre. — Il s'est écoulé des matières verdâtres.

Deuxième pansement le 2 octobre à neuf heures du matin. — Les matières contenues dans les pièces de pansement sont d'une couleur jaune verdâtre, très différentes de celles rendues au moment de l'opération. La plaie est en bon état; l'enfant semble un peu amaigrie; le ventre est notablement moins développé; il a recouvré sa souplesse normale. — Même pansement. Etat satisfaisant.

Dans la journée elle tetta une dernière fois vers deux heures; mais une demi-heure après elle succomba assez brusquement, sans qu'on ait pu me donner des détails sur la manière dont elle avait fini.

Autopsie quarante heures après la mort.

Abdomen. — Aucun épanchement n'existe dans l'abdomen; il n'y a pas le moindre vestige de sang ou de matière fécale. La soudure de l'anse intestinale, au pourtour de la plaie péritonéale, est complète. La cavité du ventre est entièrement isolée et ne communique plus avec l'extérieur. Les adhérences sont celluleuses et offrent déjà une certaine résistance. Aucune rougeur, aucune injection inflammatoire ne se trouve sur le péritoine, dans le voisinage de la plaie, ni ailleurs.

Tube digestif. — L'estomac, modérément distendu, contient une petite quantité (une cuillerée environ) d'un liquide pulpeux d'une couleur jaunâtre. Une insuflation pratiquée par l'œsophage distend l'estomac et une partie assez considérable de l'intestin grêle, et bientôt l'air se perd par l'anus artificiel, preuve qu'il a été fait au-dessus du rétrécissement; je reviendrai d'ailleurs bientôt sur le siége précis de cet anus artificiel.

Le gros intestin existe dans toute son étendue naturelle, mais avec un volume infiniment plus petit; c'est ainsi qu'il égale à peine en grosseur les dimensions d'une plume à écrire. Il présente de toutes petites bosselures très rapprochées les unes des autres, qui lui donnent l'apparence d'un petit cordon moniliforme. Son diamètre est d'ailleurs à peu près le même dans toute son étendue. Il commence dans la partie supérieure de la fosse iliaque droite par un petit cul-de-sac d'où se détache l'appendice vermiculaire avec sa forme et sa longueur ordinaires. Il monte à peu près verticalement, devient transversal au niveau de l'estomac, descend ensuite à gauche, pour décrire au niveau de la fosse iliaque de ce côté une S italique très prononcée, et se termine par un rectum qui, ainsi que cela a déjà été dit, s'ouvre à l'extérieur par un anus tout à fait normal. On cherche vainement le point de jonction de l'intestin grêle avec le gros intestin. Ces deux portions du tube digestif sont entièrement isolées et sans aucune communication; un filament celluleux long de 3 à 4 centimètres, et qui se porte un peu en bas et en avant, est le seul lien qui semble les unir. Au-dessous d'une anse intestinale située dans le voisinage de la fosse iliaque droite, et dont les bords sont unis par des adhérences celluleuses et anciennes, existe un autre cul-de-sac plus volumineux que le précédent, contenant très peu de matières verdâtres : c'est la fin de l'intestin grêle. Ce cul-de-sac se continue sous la forme d'un canal du volume du petit doigt, et se recourbe bientôt en anse. Mais après un trajet de 8 à 10 centimètres il se rétrécit brusquement, de manière à devenir encore plus petit que le gros intestin, et cesse d'une manière absolue d'être perméable dans l'étendue de 6 centimètres environ. Sur cette portion complétement oblitérée existent deux petits renflements solides, un peu jaunâtres à l'extérieur et du volume d'un gros pois. Du milieu de son étendue environ part une bride aplatie de 5 à 6 millimètres de large et de 2 centimètres de long, qui est solidement fixée par son autre extrémité à la paroi antérieure de l'abdomen, un peu à gauche et au-dessous de l'ombilic.

L'anse intestinale qui avait été ouverte pendant l'opération se trouve assez rapprochée du point où finit cette oblitération : quelques centimètres seulement l'en séparent. L'incision se trouve ainsi pratiquée sur le lieu le plus favorable, puisque d'une part elle a été faite au-dessus des deux obstacles, et que de l'autre elle a laissé au-dessus d'elle toute la portion du tube digestif qui pouvait encore être utile.

Tous les autres organes ont été examinés, et n'ont rien présenté qui mérite d'être signalé.

— Le fait suivant, qui offre une certaine analogie avec le mien, m'a paru digne d'être mis sous les yeux de la Société de chirurgie.

Occlusion intestinale complète produite par une cloison située au niveau de l'union du cœcum avec le côlon. — Anus artificiel établi au niveau de la fosse iliaque gauche. — Mort. — Autopsie.

Au commencement de l'année 1854, un enfant naquit à la Clinique d'accouchements, qui d'abord ne présenta rien de particulier. Sa mère, saine et bien portante, était accouchée à terme. Cependant deux jours après on s'inquiéta de ce que du méconium n'avait pas été rendu. Des lavements et des purgatifs furent administrés sans résultat.

Le sixième ou le septième jour les choses n'ayant pas changé, et l'état général s'aggravant, cet enfant fut confié aux soins de M. le professeur Nélaton. Cet habile chirurgien constata que le ventre était tendu et ballonné. L'anus était bien conformé, et le petit doigt put être profondément introduit dans le rectum, de manière à venir faire saillie au-dessus du pubis. Cependant on ne pouvait aller plus loin; on croyait sentir une résistance, un obstacle, comme si on eût été dans un cul-de-sac. L'enfant criait, se livrait à des efforts, mais le doigt ne sentait rien de tendre au-dessus de lui. On essaya alors d'introduire une sonde de femme, puis une sonde en gomme élastique; mais on ne pénétra pas plus loin qu'avec le doigt, et on resta dans l'incertitude sur le siége de l'obstacle.

On se décida à attendre encore. Cependant, douze jours après la naissance de cet enfant aucune évacuation n'ayant eu lieu par l'anus, et l'état général devenant de plus en plus grave, M. Nélaton se décida à pratiquer un anus artificiel.

Une incision fut faite au côté gauche et inférieur de l'abdomen, et la première anse intestinale tuméfiée qui se présenta fut attachée aux parois du ventre et ouverte; c'était une portion d'intestin grêle. Des gaz et des matières fécales s'échappèrent en abondance par les deux bouts.

L'enfant succomba quarante-huit heures après l'opération.

A l'autopsie, on constata les traces d'une péritonite (fausses membranes, injection, etc.). Tous les organes avaient une conformation normale, à l'exception du cœcum. A son union avec le côlon ascendant existait une cloison transversale complète, qui, tendue par les gaz, faisait une saillie du côté du côlon. La valvule iléo-cœcale n'existait pas.

MM. Robin et Lorrain ont examiné avec soin la structure de cette cloison, et se sont assurés qu'elle n'était composée que de deux muqueuses accolées, offrant tous les éléments caractéristiques de la muqueuse intestinale. Partout ailleurs le gros intestin était vide, mais bien conformé.

(Nous donnerons la fin de cette séance dans le prochain numéro.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret impérial du 2 mai sont nommés ou promus dans le corps des officiers de santé de la marine, à la suite des concours ouverts dans les ports :

Au grade de chirurgien-professeur : M. le chirurgien de 1re classe Beau.

Au grade de chirurgien de 1re classe : MM. les chirurgiens de 2e classe Vesco, Arnoux, Sabatier, Vastel-Lemarié, Daniel, Lalluyeaux d'Ornay, Couffon.

Au grade de chirurgien de 2e classe : MM. les chirurgiens de 3e classe Roulland, Porte, Marion, Bonte, Guyonnet-Duperat, Salis, Terrin, Bonnaud, Décugis, Auvély, Bourgarel, Caurant, Grégoire, Amouretti, Dauvin, Brusson.

Au grade de chirurgien de 3e classe : MM. Bompar, Villeprand, Chauvin, Segol, Chastang, Nadeaud, Grand, Gauber, Page, Baquié, Gillet, Audibert, Henriot, Erdinger, Normand, Fornc.

Parmi les candidats promus au grade d'officier de santé de 3e classe, on remarquera M. Villeprand, chirurgien auxiliaire depuis le 23 mars 1854; M. Page, chirurgien auxiliaire depuis le 13 juin 1854; M. Erdinger, caporal au 4e régiment d'infanterie de marine; M. Nadeaud, soldat au 3e régiment d'infanterie de marine; M. Forne incorporé comme matelot à la division des équipages de ligne.

— Par décret impérial du 28 avril, M. Lanton, chirurgien de 2e classe de la marine, vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur, pour sa courageuse conduite devant Sébastopol.

— L'Académie des sciences est autorisée à accepter, aux clauses et conditions imposées, le legs qui lui a été fait par le docteur Lallemand, d'une somme de 50,000 fr., pour la fondation d'un prix qui sera décerné par cette académie à des travaux relatifs au système nerveux.

— Hier les professeurs du Collége de France se sont réunis pour présenter deux candidats à la chaire d'histoire naturelle des corps organisés, fondée autrefois pour Cuvier, et occupée en dernier lieu par M. Duvernoy. M. Flourens a été présenté au premier rang, et M. Valenciennes au second. M. Quatrefages avait obtenu une voix au premier tour et quatre voix au second.

— Par arrêté du 30 avril, sont nommés professeurs à l'Ecole préparatoire à l'enseignement supérieur des sciences et des lettres de Rouen, les fonctionnaires dont les noms suivent :

Physique. — M. Preisser, docteur ès sciences physiques.

Chimie. — M. Girardin, membre correspondant de l'Institut.

Histoire naturelle. — M. le docteur Pourchet, membre correspondant de l'Institut.

Préparateur d'histoire naturelle. — M. Pourchet fils.

Préparateur de chimie. — M. Ducastel (Edmond).

Préparateur de physique. — M. Albert (Charles).

M. Girardin, professeur de chimie, est nommé directeur de l'Ecole.

M. Vincent, professeur de mécanique, est nommé secrétaire.

— M. le docteur François Cadit vient de mourir à Lyon à l'âge de quatre-vingt-quatre ans.

— Un procès correctionnel avait été intenté au docteur Bessems (d'Anvers) pour avoir refusé dans une déclaration de naissance de faire connaître le nom de la mère, qui lui avait été confié sous le sceau du secret. Le tribunal l'a mis hors de cause, se fondant principalement, d'une part, sur ce que l'article 56 du Code civil (le seul contre l'inobservance duquel l'article 346 du Code pénal commine une peine) n'exige pas l'indication du père ni de la mère; d'autre part, sur ce que l'article 378 du Code pénal défendait au prévenu de révéler un fait dont aucune loi ne l'obligeait à se porter dénonciateur.

— M. Cl. Bernard, membre de l'Institut, suppléant M. Magendie, a commencé son cours le vendredi 26 avril, à midi. Le professeur traitera dans ce semestre *des fonctions des glandes.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. Decq;
A Genève, à la librairie de Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Recherches naturelles, chimiques et physiologiques sur le curare, poison des flèches des sauvages américains; par M. Alvaro Reynoso. — In-8°. Prix : 2 fr. Chez Victor Masson, place de l'Ecole-de-Médecine.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 » | POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 7 MAI 1855.

Séance de l'Académie des Sciences.

Nous avons reproduit dans le compte rendu de la séance du 26 mars dernier un extrait d'une notice intéressante de M. le docteur Herpin (de Metz) sur les bains et les douches de gaz acide carbonique administrés dans quelques établissements thermaux de l'Allemagne. Dans ce travail il signalait comme un fait physiologique curieux et encore peu connu la sensation particulière de chaleur que produit le gaz acide carbonique par son contact avec la peau. A cette occasion M. Boussingault a rappelé à l'Académie les phénomènes du même genre qu'il avait constatés sur lui-même dans des conditions analogues, il y a bientôt trente ans, pendant son voyage dans les Cordillières. On lira avec intérêt au compte rendu les détails de ces faits.

M. Baudens, en tournée d'inspection dans les divisions militaires du Midi, a saisi cette occasion pour étudier les résultats de la congélation des pieds, observés sur des militaires revenus de Crimée. Cette étude lui a démontré, contrairement à l'opinion reçue, que le chirurgien doit s'abstenir d'opérer dans ce cas, et laisser aux efforts de la nature le soin d'éliminer les parties sphacélées. Le travail de M. Baudens a pour objet de développer cette observation.

L'Académie a reçu une nouvelle communication sur la sécrétion du sucre dans le foie. Dans une lettre à M. Cl. Bernard, M. Moleschott (de Heidelberg) rapporte une série d'expériences qu'il a faites il y a plusieurs années sur des grenouilles, dans le double but de vérifier les propositions émises par M. Bernard sur la sécrétion du sucre par le foie, et par M. Müller, sur la sécrétion de la bile. L'auteur s'est principalement proposé de rechercher si le foie est bien réellement l'organe de sécrétion de ces deux substances, ou s'il n'est qu'un simple appareil de filtration, comme le rein, par exemple, par rapport à l'urée. Les conclusions auxquelles il a été conduit par les expériences dont on trouvera la relation dans le compte rendu sont conformes à celles de MM. Bernard et Müller. Le mode de démonstration que M. Moleschott a mis en usage lui a révélé un fait qui aurait lui-même, s'il était suffisamment constaté, un certain intérêt physiologique, c'est la diminution sensible dans la quantité d'acide carbonique exhalé chez les animaux privés de foie, et le rapport que l'auteur a cru apercevoir entre ce fait et la fonction glucogénique du foie. — Dr Brochin.

HOPITAL NECKER. — M. DEPAUL.

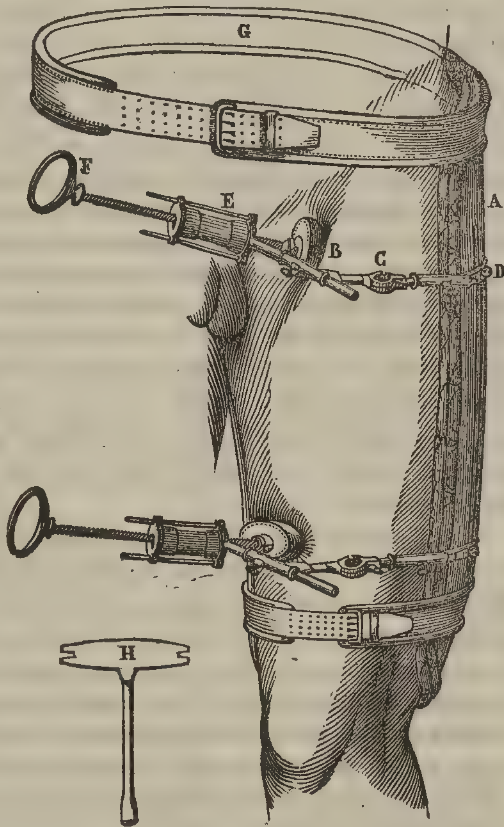
Anévrisme spontané de l'artère poplitée gauche, guéri en cinq jours par la compression indirecte alternante (1).

Le 24 juillet 1854, le nommé Brun (Jean-Pierre), âgé de trente-quatre ans, employé dans un bureau, entré à l'hôpital Necker, fut reçu dans le service dont j'étais provisoirement chargé.

Ce malade est doué d'une bonne constitution, de tempérament lymphatique; il jouit habituellement d'une bonne santé, et n'a eu d'autres maladies qu'une pneumonie, un eczéma des deux jambes et une blennorrhagie accompagnée de bubons. Tout cela remonte à plusieurs années. Il a habité les colonies pendant sept ans, et en est revenu en 1840. Depuis cette époque il a toujours été occupé dans un bureau et ne s'est jamais livré à des exercices pénibles. Il faisait peu d'exercice, et ne sortait guère de chez lui que pour se rendre à son travail, dans un lieu situé près de sa demeure. Il n'a jamais reçu de coup sur le jarret, n'a jamais fait de chutes; aussi ne peut-il indiquer d'une manière certaine la cause de sa maladie. Toutefois, il tend à la rapporter à quelques efforts qu'il fit un mois environ avant son entrée à l'hôpital, dans les circonstances suivantes : il était assis, le membre abdominal gauche étendu, lorsqu'une femme qu'il tenait assise sur ce membre fit un mouvement violent; il sentit alors une sorte de tiraillement pénible dans le creux poplité, mais sans douleur vive et sans être obligé de changer promptement de position. Cinq ou six jours après, il éprouva dans cette région une démangeaison, un léger endolorissement qui le portait à gratter fréquemment sur ce point, et il crut qu'il allait y survenir une adénite, d'après ce qu'il avait éprouvé quelque temps avant dans l'aisselle droite, où il avait eu un engorgement ganglionnaire. Bientôt le mal s'aggrava; quinze jours plus tard le malade ne pouvait plus rester assis si la jambe ne reposait sur une chaise, et il découvrit alors dans le creux poplité une petite tumeur du volume d'une noisette; puis survinrent des fourmillements dans le pied, des crampes qui se propageaient du gros orteil au jarret. Ce dernier point devint le siége d'une douleur permanente; la claudication apparut et augmenta chaque jour. Enfin le 24 juillet, en se levant, Brun ne put mettre le pied à terre ni étendre complétement la jambe sans éprouver de vives souffrances.

A son entrée à l'hôpital, il me fut facile de constater que le creux poplité du côté gauche était moins déprimé que du côté sain; il représentait, dans une extension incomplète, plutôt une surface un peu saillante qu'une dépression; les muscles qui le circonscrivent n'étaient ni déformés, ni déjetés en dedans ou en dehors. Au centre de cette région et dans sa partie inférieure existait une tumeur assez régulièrement arrondie, non bosselée, rénitente, du volume d'un petit œuf de poule, et qui est le siége de battements avec expansion, assez forts pour soulever la main, et isochrones aux battements du pouls. Sur cette tumeur, pas de frémissements, pas de susurrus, mais bruit de souffle intermittent très rude. Les battements et la tumeur disparaissaient par la compression de l'artère crurale au pli de l'aine. Nous n'avons pas pu nous assurer si la compression directe produisait le même résultat à une des douleurs ressenties par le malade dans le creux poplité. En effet, cette région, où la peau n'était ni rouge ni œdémateuse, était le siége de douleurs très vives, rendues intolérables par la moindre pression, par l'extension du membre et tout mouvement étendu. Elles firent craindre à M. Lenoir, qui ne vit le malade qu'au moment de son entrée, la formation d'un abcès autour de l'anévrisme. Très fréquemment le malade éprouvait dans le pied des fourmillements et même des élancements, surtout perçus au niveau du talon et le long du tendon d'Achille. La jambe était un peu fléchie sur la cuisse, comme dans le cas d'hydarthrose avec épanchement considérable; elle présentait des veines devenues variqueuses depuis une quinzaine de jours; la peau y était plus rouge, plus congestionnée qu'à droite, et l'extrémité inférieure du membre était le siége d'un léger œdème. Enfin, je dois noter la présence dans le pli de l'aine de chaque côté de cicatrices de bubons anciens et de petits ganglions lymphatiques engorgés. Avant de songer à aucun moyen de guérison, il était nécessaire de chercher à calmer cette douleur assez vive qui existait dans la région poplitée, et pour cela je prescrivis des cataplasmes sur la tumeur, des bains tous les deux jours, le repos au lit et peu de nourriture.

Sous l'influence de ces moyens, la douleur au niveau de l'anévrisme diminua très notablement, pour reparaître de manière à produire l'insomnie pendant les deux nuits qui précèdent l'application du traitement curatif. Toutefois, durant les quelques jours pendant lesquels on a tenté de diminuer les douleurs, l'examen de la tumeur fut renouvelé un certain nombre de fois par moi et quelques autres chirurgiens que je priai d'examiner mon malade. Enfin, il fallait prendre un parti et le 1er août, assisté de mon collègue M. Broca, j'appliquai un appareil de compression spécial, qui avait été exécuté par M. Charrière fils, dont l'obligeance et l'habileté rivalisent déjà avec celles de son père. (*V.* la fig. ci-contre) Il est composé de deux compresseurs fixés sur une gouttière et placés l'un au niveau du pli de l'aine, l'autre vers la partie inférieure de l'artère crurale. La première compression fut faite à neuf heures du matin, au moyen de la pelote supérieure, et de manière que les battements de la tumeur ne fussent pas plus forts que ceux de la crurale saine, et que ceux de la pédieuse devinssent à peine sensibles, tandis que la pédieuse droite battait à peine comme la radiale.



Il fallut alterner huit fois le point où portait la compression pendant les premières vingt-quatre heures; chaque fois, avant de desserrer la vis qui comprimait, on avait soin de comprimer avec l'autre pelote. Le temps le plus long pendant lequel le malade supporta la même compression fut de 3 heures 45 minutes, le plus court de 45 minutes. Les deux pelotes avaient une forme ellipsoïde; la supérieure a son grand diamètre parallèle à l'axe de l'artère, l'inférieure est appliquée transversalement. La première appuie sur la cicatrice ancienne; aussi est-elle plus douloureuse, moins longtemps supportable que la seconde. Le malade serra lui-même son appareil pendant la nuit, et comme il ne put porter la main dans le creux poplité, il comprima jusqu'à ce qu'il sentit à peine les battements de la tumeur. Il fut averti de la nécessité de changer le point comprimé par une douleur gravative, bientôt cuisante, au niveau de l'endroit où portait la compression, et ordinairement accompagnée d'engourdissements et de douleurs vers le tendon d'Achille.

Le 2 août, pendant la nuit, Brun a dormi deux heures, ce qui ne lui était pas arrivé depuis trois jours. L'immobilité le fatigue, la compression lui paraît pénible; toutefois il est moins inquiet, plus confiant et plus disposé que la veille à faire pour guérir tout ce qui dépend de lui. Il est à remarquer que la tumeur est bien moins douloureuse; il n'existe plus de douleurs spontanées, et elles ne reviennent que sous l'influence de la pression. L'œdème du pied et de la jambe a presque entièrement disparu. La peau n'est plus congestionnée; les varices de la jambe n'ont pas augmenté de volume, quoique la saphène interne soit très distendue lorsque la compression est faite au pli de l'aine. — Saignée de 250 grammes; julep gommeux avec 15 gouttes de teinture de digitale; deux pilules d'extrait d'opium de 0,025 chaque; deux portions.

Le 3, la compression a été changée neuf fois depuis la visite précédente; le malade a dormi plus de deux heures pendant la nuit. Il est très rassuré et se réjouit de ce que son traitement ne soit pas plus pénible. Il a très bien remarqué que les battements reviennent plus forts quelques minutes après l'application de la compression; sur mon indication, il serre alors un peu plus la vis, et la pression devient suffisante. Il continue à supporter plus facilement la pression inférieure que l'autre, quoiqu'elle fasse naître un peu de douleur le long du trajet du nerf saphène. — Même prescription, même régime, moins la saignée.

Le 4, le malade a très bien dormi pendant quatre heures; il a même pu pendant son sommeil se coucher sur le côté droit : l'appareil a suivi les mouvements du bassin et est resté en place. L'état général est très satisfaisant. On enlève quelque temps l'appareil pour faire le lit du malade et changer les courroies. Avant de rétablir la compression, il me semble très évident que les battements de la tumeur ont beaucoup perdu de leur force, que l'anévrisme est plus dur et que la palpation n'est plus douloureuse. Sur l'indication de M. Broca, je comprime un peu plus fortement que je ne l'avais fait jusqu'ici et de façon à faire disparaître les battements aussi complétement que possible. Le malade pendant la journée renouvelle la compression lui-même, en prenant soin qu'elle soit toujours complète; et pour s'assurer qu'il n'y a pas de battements dans le creux poplité, il y porte l'extrémité du pied droit, de façon que le gros orteil lui sert de doigt explorateur. — Teinture de digitale; opium.

Le 5, la journée d'hier s'est bien passée; la nuit a été calme, quoique sans sommeil. La compression complète est maintenue depuis vingt-quatre heures et continuée aujourd'hui, quoiqu'elle ait amené un certain gonflement de la jambe et des veines variqueuses; le mollet a un centimètre et demi de circonférence de plus que le droit. L'anévrisme est moins volumineux, ne comble plus le creux poplité; celui-ci commence à se reformer, et il faut enfoncer les doigts dans la dépression qu'il présente pour sentir une tumeur dure, dépourvue de battements expansifs et offrant seulement, en l'absence de toute compression, des battements semblables pour la force à ceux de l'artère radiale. — Teinture de digitale; deux pilules d'opium.

Le 6, la compression complète a été maintenue hier jusqu'à minuit; mais alors le malade, ne pouvant plus sentir de soulèvement dans le jarret, s'est décidé à enlever l'appareil afin de dormir toute la nuit, ce qu'il a pu faire. A la visite, je constate que le doigt placé sur l'anévrisme n'est plus du tout soulevé. Il n'y a plus de battements; à peine dans certains moments, et sur un point borné de la tumeur, peut-on sentir un très petit battement qui pourrait bien se passer dans le doigt qui explore. L'auscultation ne révèle la résonance d'aucun bruit; la pédieuse ne présente pas de battements sensibles, tandis que celle du côté opposé bat assez fortement; les pulsations des deux crurales sont égales à leur partie supérieure. Quoique la guérison soit obtenue, je soumets encore pendant quelques jours le malade à une compression légère.

Le 9 août, l'appareil est définitivement enlevé, et je me borne à prescrire le repos au lit. La tumeur est petite, très dure, difficile à circonscrire, profonde, sans pulsations, sans bruits à l'auscultation. Je trouve un battement artériel évident au niveau de l'anévrisme; mais il est limité à un point de sa surface, sans soulèvement notable, impossible à trouver dans certaines positions, et est certainement dû au passage du sang dans quelque artère sous-cutanée plus développée que dans l'état normal. Je trouve, en effet, autour du genou les artères articulaires du volume d'une plume de corbeau. Les battements de l'ar-

(1) Cette observation a été lue à la Société de chirurgie, dans la séance du 25 avril.

tère pédieuse restent toujours imperceptibles. La crurale gauche a des pulsations plus faibles que la droite à sa partie supérieure, et presque nulles en bas. Il n'y a plus de douleur dans le jarret ; mais les mouvements du genou ne se font pas sans roideur, et la jambe ne peut être complétement étendue. Le malade reste encore plusieurs jours à l'hôpital; il commence à marcher peu à peu, et enfin je lui permets de sortir, sa guérison me paraissant complète. Depuis cette époque je l'ai revu plusieurs fois, et cette guérison ne s'était pas démentie. Le creux poplité a repris sa forme et sa profondeur normales. Vers sa partie inférieure on sent un petit noyau dur, sans aucun battement. Les mouvements du membre sont aussi libres que ceux du côté opposé ; il n'y a plus de gonflement appréciable.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

Empyème.

Au n° 8 de la salle des hommes se trouve un individu d'une quarantaine d'années, fondeur en rails sur le chemin de fer de Saint-Germain, qui fut pris, il y a sept mois environ, d'une violente douleur dans le côté gauche avec fièvre, malaise, etc. Selon toute apparence, c'était le début d'une pleurésie; il la négligea; puis, son état empirant, il se confia aux soins d'un médecin. On le traita d'une manière méthodique. L'inflammation fut arrêtée, mais il lui resta un épanchement considérable, et aujourd'hui il nous est adressé par M. le docteur Lapiez dans l'état suivant :

Il est pâle, d'une teinte cachectique, sa peau est sèche, écailleuse, émaciée, comme elle l'est toujours chez ceux qui sont en proie à une abondante suppuration; le thorax présentait des altérations remarquables; à gauche une voussure considérable en augmentait notablement le diamètre ; les espaces intercostaux étaient largement écartés; les côtes maintenues dans le sens de leur plus grande ampleur; le médiastin déjeté à droite; le cœur, refoulé au moins à 30 centimètres de sa position normale, faisait sentir les mouvements de son sommet à 10 centimètres du mamelon *droit*.

Dans de telles circonstances, pour nous, le diagnostic n'est pas douteux : la déformation de la poitrine accusait un épanchement; les conditions au milieu desquelles il s'était produit annonçaient qu'il devait être purulent. En effet, chaque fois qu'un épanchement pleural dure aussi longtemps, ce n'est plus de la sérosité, c'est du pus qui le caractérise. Constamment après trois ou quatre mois le liquide, au lieu d'être séreux et clair, devient purulent et franchement phlegmoneux, même chez les sujets les mieux constitués et en dehors de toute prédisposition due à un vice de constitution tuberculeuse ou autre. Dans ces cas l'épanchement séreux, qui était la conséquence immédiate de la phlegmasie et de l'état inflammatoire, disparaît et se laisse remplacer par du pus, qui persiste et qui reste dans la cavité de même qu'un amas de pus qui s'est formé dans les tissus à la suite d'une phlegmasie du tissu cellulaire, d'un phlegmon resté déposé dans ces tissus, alors même que l'état phlegmasique a disparu entièrement. Dans la plèvre, comme dans les tissus, il se forme alors une véritable membrane pyogénique. Chez ce malade, la durée du mal, son apparence cachectique auraient suffi pour donner la connaissance la plus complète de son état; mais il présentait, en outre, un signe dont la connaissance remonte à Hippocrate, signe qui n'est pas constant, mais dont la signification n'est jamais douteuse, c'est l'œdème des parois de la poitrine. Chez lui, on peut voir en effet, à gauche, en arrière et sur le côté de sa poitrine, un engorgement du tissu cellulaire, un empâtement tout à fait analogue à ce qu'on voit dans les parties qui sont le siége des suppurations de longue durée. De plus, il a des frissons renouvelés, de la fièvre à apparitions intermittentes avec redoublements, c'est-à-dire une fièvre hectique parfaitement caractérisée.

La quantité de liquide contenue nous avait paru devoir être considérable; car, ainsi que vous l'avez vu, non-seulement la cavité thoracique gauche était démesurément amplifiée latéralement, mais le diaphragme était refoulé, la rate manifestement descendue, etc.

En pareil cas, il faut se hâter de le dire, tout traitement qui ne s'adresse pas directement au mal est non avenu. Les vésicatoires, les exutoires, les dérivatifs, utiles relativement au malade et pour ceux qui l'entourent, parce qu'ils sont des moyens d'accommodement avec leur impatience si naturelle d'ailleurs, doivent être jugés dans l'esprit du médecin. Il n'y a en réalité que deux partis à prendre : ou abandonner le mal à lui-même en espérant que le pus se fera jour au dehors en perforant soit les parois thoraciques, soit les bronches, ou recourir à une opération chirurgicale.

On conçoit sans peine combien est grave la position du malade chez qui le pus est arrivé à se faire ainsi une voie de la cavité pleurale au dehors; que ce soit par l'érosion de l'un des conduits de l'organe respiratoire, ou en usant successivement la plèvre, le tissu pleural, les muscles intercostaux, et en se frayant enfin une route entre les muscles et la poitrine, il est certain qu'en pareil cas la vie est toujours compromise au plus haut point, et pourtant il y a quelques exemples d'individus ayant survécu à de pareilles lésions. J'ai vu dans le service de M. Bricheteau, à Necker, un homme chez qui un tel épanchement sortit par deux issues à la fois; l'une dans le deuxième espace intercostal, l'autre dans le quatrième, et il a guéri. Une autre fois, je fus appelé par M. le docteur Borde, pour opérer un fruitier, rue des Gravilliers, pour un empyème. Quand j'arrivai, il venait de rendre par la bouche cinq litres de pus; le lendemain il en avait rejeté onze. J'avais prévu et annoncé chez cet homme un hydro-pneumo-thorax mortel. Il eut effectivement un hydro-pneumo-thorax, mais il survécut, et il existe encore. De tels cas, hâtons-nous de l'affirmer, sont exceptionnels; presque toujours on voit la mort survenir après un temps plus ou moins long.

Autrefois on pratiquait l'opération de l'empyème d'une manière très simple : on ouvrait la poitrine d'un coup de bistouri, et après avoir tant bien que mal évacué le liquide on détergeait le foyer, et le malade était, comme on dit, livré aux ressources de la nature. Il pouvait alors se présenter deux cas : ou le liquide s'était réellement amassé dans la plèvre, et il était bien rare que le malade survécût; ou, au contraire, il s'était formé au sein même d'une cavité due à des fausses membranes anciennes, et alors, comme la cavité pleurale n'était vraiment pas intéressée, le sujet pouvait résister. Cette considération si importante, qui est due aux fausses membranes anciennes dans les cas d'épanchement thoracique, a été trop mise de côté jusqu'ici ; c'est par elles seules pourtant que l'on comprend comment des blessures très graves, telles que des coups de sabre ou des coups d'épée dans la poitrine, qui auraient dû être suivis d'épanchements inévitablement mortels, ont pu guérir sans donner lieu à des accidents sérieux. C'est par ces fausses membranes qu'il a pu se faire des cavités supplémentaires où se sont amassés du sang et du pus, qui, bien que dans la cage du thorax, n'ont porté aucune atteinte aux fonctions du poumon lui-même. M. Richet est le premier qui ait jeté un véritable jour sur la question, en proscrivant, d'après ces données, les débridements dans les plaies de poitrine, contrairement aux idées qui furent professées dans ce même amphithéâtre par Dupuytren lui-même, à l'occasion de l'assassinat du duc de Berry.

Aujourd'hui on se sert du trocart; on prend des précautions pour que l'air n'entre pas dans la cavité, on irrite l'intérieur de celle-ci avec de la teinture d'iode ; enfin on traite la plèvre enflammée comme on a commencé par traiter les abcès, puis les membranes articulaires, puis le péritoine lui-même.

Mais il y a toujours une grande distinction à établir suivant l'âge du sujet. Chez l'enfant, chez l'adulte même, l'opération de l'empyème réussit assez bien, au bout de quelques années, toute trace de la maladie peut avoir disparu. Quand le sujet, au contraire, est déjà d'un âge avancé, elle ne sert presque jamais qu'à prolonger plus ou moins la vie ; il est très rare qu'elle sauve d'une manière absolue. Ce pronostic, malheureusement, est confirmé par le raisonnement physiologique et par l'observation des faits. En effet, ainsi qu'on le sait, les poumons sont appliqués contre les parois de la poitrine, à l'état normal, et ils se resserrent ou se dilatent avec elles sans jamais s'en séparer, les mouvements d'ampliation ou de contraction de la cage thoracique entraînant le développement ou la diminution de la masse des poumons ; de même que dans leurs mouvements d'expansion ou de retrait ces organes sont suivis par les parois thoraciques qui leur sont, non accolées, mais exactement contiguës. Or, comme les poumons ne sont ainsi constamment dilatés et développés dans la poitrine qu'en raison du vide virtuel qui règne dans cette cavité, vide que l'air extérieur tend constamment à combler en se répandant dans leurs vésicules, quand, par une cause quelconque, l'air extérieur pénètre dans la plèvre, il fait équilibre à celui qui est disséminé dans l'intérieur, et ces organes, délivrés de la tension qui pesait sur eux en dehors et en dedans, sont rendus à leurs propriétés organiques, se contractent et se condensent par le fait seul de leur élasticité. Si l'on ouvre la poitrine d'un animal, d'un chien, d'un cheval, par exemple, ces animaux n'ayant pas de médiastin, on voit les deux poumons s'affaisser sur eux-mêmes et immédiatement. Mais il est notable que quand on ouvre la poitrine d'un animal qui vient de succomber à l'instant, les poumons s'affaissent bien plus que quand l'autopsie n'a lieu que longtemps après ; ceci tient à ce que, immédiatement après la mort, le tissu contractile du poumon conserve encore assez d'élasticité pour chasser le sang qu'il contenait, propriété qui s'éteint dans le cadavre avec le temps.

Chez l'enfant, chez le jeune adulte, quand par l'opération on fait le vide, en raison de la flexibilité dont ils sont doués, les cartilages costaux et les côtes elles-mêmes se courbent, s'infléchissent, entraînés par les mouvements d'inspiration ; ils tendent enfin à rejoindre le poumon accolé, fixé, aplati sur le côté de la colonne vertébrale. Chez les très jeunes sujets même, il en résulte rapidement une déformation; cependant qu'arrive-t-il ? Le poumon est débarrassé du liquide qui le comprimait au dehors ; à chaque inspiration, il reçoit en dedans le choc d'une ondée d'air atmosphérique ; il cède, il se laisse pénétrer graduellement ; enfin il a repris bientôt son volume normal ; alors, à son tour, profitant de la flexibilité des côtes et des cartilages, il les refoule au dehors et en somme la poitrine en un temps qui varie, reprend sa configuration de l'état normal.

Chez l'homme fait, les choses ne se passent pas ainsi ; les côtes et les cartilages, déjà ossifiés, ne se prêtant pas à l'application des parois thoraciques sur les poumons, l'évacuation du liquide est moins complète; de plus, à la place du liquide écoulé, il s'est introduit une colonne d'air dont la présence s'opposera à la dilatation ultérieure du poumon ; car s'il est possible d'évacuer le liquide contenu dans une plèvre sans pénétration de l'air extérieur, c'est quand il s'agit de la sérosité claire et limpide, ou un peu purulente, qui suit immédiatement une inflammation aiguë; que le poumon n'est qu'appliqué, refoulé contre la colonne vertébrale et qu'il n'y adhère pas ; qu'il n'y est pas fixé par une couche de fausses membranes, une membrane pyogénique telle que l'on en voit dans les épanchements purulents qui remontent à longue date.

Pour parer à ces inconvénients, on a eu la pensée de substituer en quelque sorte à la condition d'un épanchement chronique celle d'un épanchement aigu. On avait un liquide incapable de se résorber; on le retire, et à sa place on en met un autre tout à fait susceptible d'être entraîné dans l'économie. On compte alors qu'il se passe quelque chose d'analogue à ce qu'on voit dans les cas d'épanchement aigu avec refoulement du poumon. A mesure que l'épanchement diminue, le poumon, sollicité par l'air extérieur, revient sur lui-même et reprend proportionnellement son volume. Chez notre malade, nous avons retiré six litres de pus; nous avons injecté de l'eau iodée. Il est probable qu'il sera soulagé, et même que sa vie en sera prolongée; mais nous maintenons notre pronostic : d'ici à quelques mois cet homme doit succomber.

GONFLEMENT DES EXTRÉMITÉS DES NERFS COUPÉS

dans les moignons des amputés.

Par le professeur C. WEDL.

Les petites intumescences nerveuses qui surviennent aux extrémités des nerfs coupés dans le moignon des amputés ont été l'objet d'études attentives de la part de M. Wedl.

Ces intumescences contiennent souvent un grand nombre de tubes nerveux qui se croisent dans tous les sens et se trouvent également à la partie supérieure, à la base et près de la partie libre de la petite tumeur. Ces branches nerveuses peuvent ou bien être en rapport de continuité avec les nerfs adjacents, ou se terminer dans le tissu cellulaire ; ailleurs, on les suit jusque dans la cicatrice.

On ne peut hésiter à admettre, dit M. Wedl, qu'à la suite des amputations, du tissu nerveux se forme à l'extrémité des nerfs coupés; la physiologie, comme la chirurgie, n'a-t-elle pas depuis longtemps démontré la reproduction du tissu nerveux dans les troncs volumineux ? C'est un fait démontré depuis Fontana, et surtout depuis les belles expériences de J. Müller, Schwann, Steinrück, Bidder, A. Waller, etc. (*Gaz. hebd.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 30 avril 1855. — Présidence de M. REGNAULT.

Sensation de chaleur produite par le gaz acide carbonique en contact avec la peau. — M. Boussingault, au sujet de la note sur les bains et les douches de gaz acide carbonique de M. le docteur Herpin (de Metz), dans laquelle il était question de l'impression qu'on éprouve en pénétrant dans la couche de gaz, raconte en ces termes comment il a eu l'occasion de constater la singulière sensation de chaleur que le contact du gaz acide carbonique *froid* développe sur la peau, à une époque où elle n'avait pas encore été signalée, et dans des circonstances dignes de fixer l'attention des praticiens, qui y trouveront peut-être un utile avertissement.

Il existe dans le Quindiu (*Nueva-Granada*) un gisement de soufre dont l'exploitation a lieu à ciel ouvert, quelquefois par galeries dont la longueur n'atteint jamais plus de 2 mètres, par la raison qu'une fois engagé dans les travaux, le mineur est obligé de refénir sa respiration. Dans les excavations faites à la surface du sol, on voyait des insectes, des serpents, des oiseaux, qui avaient été tués par les vapeurs méphitiques. Dans une ancienne fouille ouverte un peu au-dessus du torrent, ayant $1^m,6$ de longueur, $0^m,7$ de largeur et une profondeur de $1^m,7$, j'ai porté un tube gradué disposé pour recueillir du gaz et un thermomètre. En descendant, et pendant le temps très court que j'employai à établir les instruments, je ressentis une chaleur suffocante que j'évaluai à 40 degrés centigrades, et un picotement très vif dans les yeux. Un jeune botaniste qui m'accompagnait dans cette expédition était resté au bord de la crevasse; il remarqua que mon visage était devenu fortement coloré. Lorsque je sortis, je transpirais abondamment. Nous attribuâmes le premier effet à la suspension de la respiration, et la transpiration nous parut résulter tout naturellement de la température du milieu dans lequel j'avais été plongé.

Après que les instruments eurent séjourné pendant une heure dans l'excavation, je redescendis pour les retirer. J'éprouvai précisément la même sensation pénible occasionnée par la chaleur, le même picotement dans les yeux. Mais quelle ne fut pas ma surprise lorsque je reconnus que le thermomètre indiquait seulement 19°,5. Au même instant, sur un thermomètre exposé à l'air libre et à l'ombre, on lisait 22°,2. Ainsi l'atmosphère dans laquelle, d'après mes sensations, j'avais éprouvé une chaleur accablante, était en réalité moins chaude que l'atmosphère extérieure.

Une analyse faite sur place a donné, pour la composition du gaz que j'avais puisé dans l'excavation :

Acide carbonique	95
Air atmosphérique	5
Acide sulfhydrique	traces
	100

A peu de distance du lieu où cette première observation avait été faite, je remarquai une autre fouille dirigée sur une fissure d'où sortait du gaz acide carbonique. Lorsqu'on plongeait le bras dans cette cavité, on ressentait une chaleur que l'on estimait à 40 degrés. Cependant au fond de la tranchée la température ne dépassait pas 18°,2, tandis qu'à l'air libre et à l'ombre un thermomètre indiquait 23°,3.

En pénétrant dans une crevasse plus large située à quelques mètres plus haut, j'eus la même sensation de chaleur, le même picotement dans les yeux que j'avais éprouvés dans la première excavation; l'effet était même plus prononcé lorsque l'on tenait seulement la partie inférieure du corps dans la crevasse : on s'imaginait alors prendre un bain d'air chauffé à 45 ou 48 degrés. Mais je ne ressentis pas cette sorte d'ardeur que M. Herpin compare à celle qui accompagne les désagré-

bles commencements d'un sinapisme. Peut-être le bain n'avait-il pas été suffisamment prolongé, peut-être aussi, et c'est là le plus probable, que la vie des forêts et des Cordillières, que les habitudes que l'on contracte en résidant au milieu d'un monde très intéressant sans doute, mais chez lequel le vêtement le plus indispensable est considéré comme un objet de luxe, font perdre à la peau une partie de sa sensibilité.

Le 26 mai 1826, j'étais de nouveau à l'azufral. Pour arriver à la soufrière, j'avais été obligé de traverser, non sans peine, le torrent de l'étroite vallée; les eaux, très hautes en ce moment, étaient à 14 degrés, température relativement froide si on la rapporte à celle de la vallée de la Magdalena (27 à 28 degrés) que je venais de parcourir. En sortant du torrent, je m'empressai de me réchauffer en prenant un bain froid de gaz acide carbonique; j'en éprouvai l'effet le plus agréable.

Enfin, M. Boussingault signale des inconvénients graves qui paraissent assaillir les mineurs lorsqu'ils travaillent dans une atmosphère de gaz acide carbonique. Les azufreros du Quindiu m'ont assuré, dit-il, qu'ils finissent pour la plupart par éprouver un affaiblissement des organes de la vue, qui chez quelques-uns va jusqu'à la cécité. J'ai, en effet, rencontré plusieurs aveugles parmi les anciens mineurs de l'azufral du Quindiu.

Nouvelle substance alimentaire. — M. Boussingault lit au nom d'une commission un rapport sur une substance alimentaire présentée par M. Justin Callamand. Cette substance alimentaire, désignée sous le nom de *biscuit-viande*, est préparée avec de la farine de pur froment, de la viande cuite et des légumes.

D'après l'inventeur, un biscuit-viande du poids de $0^{k},25$ donnerait, avec deux litres d'eau et un assaisonnement convenable de poivre et de sel, six rations de soupe grasse.

En faisant bouillir pendant quinze à vingt minutes, dans deux litres d'eau, un biscuit-viande pulvérisé du poids de $0^{k},25$, on obtient un potage analogue à la soupe préparée avec du biscuit ordinaire trempé dans du bouillon gras; mais il y a dans ce potage toute la chair cuite à laquelle le bouillon doit ses qualités. C'est là un point important, parce qu'avec le biscuit-viande on se procure en très peu de temps une nourriture substantielle, assez agréable, dont les avantages ne sauraient manquer d'être appréciés dans les circonstances que font naître l'état de guerre ou les expéditions maritimes.

La commission n'admet pas que, sous le rapport de la valeur alimentaire, le biscuit-viande soit nécessairement l'équivalent de la farine et de la viande qu'il contient; des expériences sur l'alimentation de l'homme permettraient seules de fixer cette valeur avec quelque certitude. Mais elle reconnaît néanmoins que l'auteur du travail soumis à son examen a atteint le but qu'il s'était proposé, celui de rendre le biscuit plus nutritif, en y introduisant une proportion notable de chair de bœuf amenée à un degré très avancé de siccité.

Des remercîments sont adressés à M. Callamand pour son intéressante communication. (Adopté.)

Elimination par les seuls efforts de la nature des parties sphacélées par suite de congélation. — M. Baudens adresse sur ce sujet la lettre suivante :

« Les résultats de la congélation des pieds observés sur des militaires venant de Crimée donnent à la mission que j'accomplis dans les 10e et 9e divisions un intérêt scientifique sur lequel je crois devoir appeler l'attention de l'Académie des sciences. Il m'est démontré, contrairement à l'opinion reçue :

» 1° Que le chirurgien doit s'abstenir et réserver exclusivement aux efforts réparateurs de la nature le soin d'éliminer les parties mortes par suite de congélation ;

» 2° Que la nature trace le cercle de démarcation entre le vif et le mort bien mieux que la main du chirurgien, et surtout au prix de moins grands sacrifices.

» Le grand nombre des congélations n'ayant pas permis de pratiquer l'amputation partielle des pieds à tous ceux qui en étaient atteints, force a été de renvoyer bon nombre de ces malades sans les opérer. Or, voici ce que j'ai vu dans le seul hôpital de Marseille. Malades évacués porteurs de congélations partielles des pieds, 303; sur ce chiffre de 303, 300 sont ou guéris, ou en voie de guérison. L'art n'est pas intervenu, c'est la nature qui seule a fait tous les frais de la cure. Trois seulement, parmi ceux qui ont subi des amputations partielles de la main de l'opérateur, sont arrivés à l'hôpital de Marseille. Sans doute, il faudrait savoir au juste la proportion des malades opérés et non opérés. Mais comme il est de précepte d'agir quand la gangrène est limitée, et qu'il n'est pas douteux que ce précepte n'ait été mis en pratique sur une assez grande échelle, ainsi que le constatent d'ailleurs les rapports qui me sont parvenus, l'extrême disproportion de 300 à 3 conserve tout son enseignement.

» J'ai dit que la nature trace le cercle de démarcation entre le vif et le mort mieux que la main du chirurgien. En effet, l'art assigne aux amputations des lieux d'élection qui souvent obligent à sacrifier des portions de membres susceptibles d'être conservées; la nature n'enlève que ce qui rigoureusement ne peut vivre. Naguère encore, et cette pratique est restée celle de beaucoup de chirurgiens, on coupait la jambe au-dessous du genou pour une lésion qui ne dépassait pas le pied, et cependant on sait que plus on s'éloigne du tronc, plus grandes sont les chances de guérison. Il y a une vingtaine d'années, on ne limitait encore qu'à un petit nombre les amputations partielles du pied. J'ai démontré que les lieux dits d'élection n'étaient que des vues de l'esprit, non motivées par la pratique, et après avoir prouvé qu'il y a avantage à toujours amputer sur la ligne rigoureuse de démarcation des parties saines et malades, j'ai créé une série de nouvelles amputations partielles du pied.

» Mes idées ont fini les unes par prévaloir, tandis que les autres sont restées à l'état de doute; le doute n'est plus permis en présence de ce fait de 300 cas de congélation avec perte partielle du pied.

» La nature procède de la manière suivante : la portion d'os à éliminer se dessèche, devient noire et fait saillie; à sa base les chairs conservées se boursouflent, se couvrent de bourgeons et empiètent sur l'os, qui bientôt tombe de lui-même, séparé, soit dans sa continuité, par un travail de nécrose, soit dans sa contiguïté, par la destruction des liens; après sa chute, il y a un trou profond que bouchent rapidement les bourgeons, et le moignon aussi bien matelassé de portions molles est dans les conditions les plus favorables. »

Emploi du bicarbonate de soude contre l'angine couenneuse. — M. Lemaire, à l'occasion d'une note récente de M. Marchal (de Calvi) sur ce sujet, adresse la réclamation suivante :

« Une observation sur l'emploi du bicarbonate de soude sur un malade atteint d'angine couenneuse a été récemment présentée à l'Académie. Qu'il me soit permis de réclamer près d'elle la priorité de cette application. J'ai publié en 1853 un mémoire intitulé *De l'emploi du bicarbonate de soude comme antiphlogistique*. Ce travail contient six observations d'angine couenneuse et de croup guéries rapidement par le bicarbonate de soude à haute dose. J'ai formulé dans ce travail une potion et un bain antiphlogistiques. Depuis cette époque, j'ai recueilli un plus grand nombre d'observations d'angine couenneuse guéries rapidement par ce même médicament. J'ajouterai que presque tous les journaux de médecine de Paris ont reproduit mon travail soit en entier, soit par extrait en 1853. » (Renvoi à l'examen des commissaires nommés pour le mémoire de M. Marchal : MM. Andral, Rayer, Bernard.)

Sécrétion du sucre et de la bile dans le foie. — M. Jac. Moleschott (de Heidelberg) adresse à M. Cl. Bernard, sur ce sujet, une lettre dont nous extrayons ce qui suit :

« J'ai, sur un grand nombre de grenouilles, extirpé le foie, qui, comme on le sait depuis vos travaux, contient du sucre tout aussi bien que celui des mammifères, et j'ai réussi à garder ces animaux vivants pendant deux ou trois semaines après l'opération. Après ce laps de temps assez considérable, j'ai examiné le sang, les muscles, le suc gastrique et l'urine de ces grenouilles, sans y pouvoir trouver aucune trace de bile, ni de sucre. Or, c'est un fait avéré en physiologie qu'après l'extirpation des reins l'urée s'accumule dans le sang. On devrait donc s'attendre à trouver les acides organiques et la matière colorante de la bile, ainsi que du sucre, dans le sang ou dans les tissus d'animaux privés du foie pendant quinze à vingt et un jours, si le foie n'était pour ces substances qu'un appareil de filtration. Puisqu'il n'en est rien, j'en conclus que la bile et le sucre sont formés dans le foie, ce qui vient appuyer un fait dont, pour le sucre, la science est redevable à vous, tandis que pour la bile, M. J. Müller l'a fait connaître le premier, et MM. Kunde et Lehmann l'ont constaté avant moi.

» Après avoir rangé la fonction glucogénique du foie parmi les vérités les plus fécondes de la science, en démontrant que le sucre formé dans le foie est détruit par la respiration, vous accorderez peut-être quelque intérêt à ce que j'ai trouvé que le foie ne contribue pas peu à la métamorphose rétrograde des substances animales. Si l'on a ôté le foie aux grenouilles, ces animaux exhalent pour la même unité de poids et de temps beaucoup moins d'acide carbonique que des animaux intacts. J'ai comparé des grenouilles chez lesquelles j'avais fait l'excision du foie à d'autres auxquelles j'avais amputé les deux jambes pour leur faire perdre une quantité plus grande de sang qu'il ne s'en perdait par l'extirpation du foie. 100 grammes de grenouilles intactes ont donné en moyenne, pour vingt-quatre heures, $0^{gr},566$ d'acide carbonique; 100 grammes de grenouilles amputées en ont exhalé $0^{gr},457$, et 100 grammes de grenouilles sans foie n'en ont produit que $0^{gr},332$. On voit donc que l'excision du foie diminue la quantité d'acide carbonique exhalée par les grenouilles d'une manière bien plus intense que ne pourrait l'expliquer la perte du sang inévitable dans une opération si grande. Le rapport entre ce fait et la fonction glucogénique du foie me paraît assez bien établi pour oser vous prier de communiquer cette lettre à l'Académie des sciences. »

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Fin de la séance du 25 avril 1855. — Présidence de M. Huguier.

Rapport. — Messieurs, M. le docteur Depaul, agrégé de la Faculté, chirurgien des hôpitaux, membre et secrétaire annuel de l'Académie impériale de médecine, etc., se porte candidat à l'une des places de membre titulaire vacantes dans le sein de la Société de chirurgie, et, à l'appui de sa candidature, adresse, avec la liste complète de ses titres et plusieurs de ses ouvrages imprimés, deux observations dont MM. Lenoir, Huguier et moi sommes chargés de vous rendre compte.

La première observation est relative à un cas d'oblitération complète de la fin de l'intestin grêle, qui a nécessité chez un enfant nouveau-né la création d'un anus artificiel (1). Bien différent de ces vices de conformation dans lesquels l'obstacle au cours des matières est facile à constater par la simple inspection, par le toucher ou par une exploration plus profonde à l'aide d'instruments mousses, celui observé par M. Depaul était tout à fait hors de la portée du doigt et tellement inaccessible à tous les moyens d'investigation que son siége, sa nature et son étendue n'ont pu être reconnus pendant la vie et ne pouvaient l'être en effet que par l'ouverture du ventre après la mort. Le doigt pénétrait dans le rectum jusqu'au niveau de l'angle sacro-vertébral et ne rencontrait pas l'obstacle; l'oblitération était donc au-dessus de cette portion du gros intestin; mais à quelle distance? La promptitude avec laquelle ressortait un petit lavement devait faire croire que ce n'était pas dans un point très élevé; mais pourtant, d'une part, la tuméfaction du ventre, au lieu d'être générale, était presque limitée à sa partie supérieure; de l'autre, la sonorité de la région lombaire gauche était contraire à l'idée d'une accumulation de méconium dans le côlon descendant. Cette circonstance, bien appréciée par M. Depaul, n'était point favorable à l'établissement d'un anus artificiel par la méthode de Callisen; il a dû écarter cette méthode dans le choix qu'il avait à faire et donner la préférence à celle qui consiste à pénétrer en avant par la partie inférieure et latérale gauche, et à inciser une anse d'intestin attirée et fixée dans l'ouverture faite à la paroi abdominale.

Ainsi fit-il, en effet, le plus habilement et le plus heureusement possible, ce qui n'empêcha pas pourtant l'enfant de succomber un peu plus de vingt-quatre heures après l'opération.

L'anse intestinale adhérait exactement au pourtour de l'incision dans laquelle elle avait été engagée, si bien que la cavité péritonéale, qui d'ailleurs n'offrait pas de trace d'inflammation, se trouvait tout à fait close. L'intestin grêle et le gros intestin étaient séparés et ne tenaient

(1) Voir cette observation dans notre dernier numéro.

plus ensemble que par un petit cordon fibreux; ils étaient complétement oblitérés, l'un à sa terminaison et dans une assez grande étendue, l'autre à son origine. Normal dans toute sa longueur au-dessus de cette oblitération, l'intestin grêle avait heureusement été ouvert tout près de sa fin, de sorte que les matières auraient conservé le parcours le plus considérable possible avant d'arriver à l'anus artificiel. Libre, mais excessivement rétréci dans toute son étendue, le gros intestin n'avait pu admettre, on le comprend maintenant, qu'une très petite quantité de liquide qui avait été immédiatement rejetée.

Cette observation, fort détaillée et très bien faite, est suivie de la relation (1) beaucoup plus abrégée d'un autre fait emprunté à la clinique de M. le professeur Nélaton, et qui se rapproche de celui de M. Depaul par le siége très profond de l'oblitération (diaphragme complet à l'origine du côlon ascendant), et malheureusement aussi par l'issue funeste de l'opération pratiquée également suivant la méthode de Littre.

En rendant compte de ce premier travail, nous avons dû nous borner au rôle de narrateur. C'est presque le seul, en effet, que réclame de nous la relation de notre savant confrère. Cette relation est un peu nue peut-être, mais elle est faite de main de maître; les circonstances capitales sont habilement mises en relief, les éléments du diagnostic bien posés, le choix de la méthode opératoire établi sur de sages considérations. Au lecteur intelligent, M. Depaul a laissé le soin de faire les réflexions que cette observation suggère, et de tirer à son profit quelques conclusions pratiques. Le fait est, suivant nous, remarquable et instructif à plusieurs égards. Il montre que l'impossibilité de faire pénétrer au delà de quelques centimètres au-dessus de l'anus une petite quantité d'eau et le reflux immédiat du liquide n'indiquent pas nécessairement une situation peu élevée de l'obstacle, et que le rétrécissement considérable d'une longue portion d'intestin, sans communication avec la partie supérieure du tube digestif, peut produire les mêmes effets. Il prouve l'importance d'explorer avec le plus grand soin par la percussion la région lombaire avant de se décider à y établir un anus artificiel, quand on ignore où siége l'oblitération ou qu'on n'en connaît pas l'étendue. Quelles difficultés M. Depaul n'eût-il pas rencontrées si, moins réfléchi, moins soigneux, il eût entrepris d'opérer par la méthode de Callisen, ou plutôt l'opération n'eût-elle pas été à peu près impraticable, et, si enfin elle eût été accomplie, n'eût-elle pas été sans résultat?

L'autopsie a pleinement justifié la préférence donnée à la méthode de Littre; elle a en outre prouvé une fois de plus que l'opération ainsi faite n'expose pas nécessairement l'opéré à la péritonite. Le péritoine était sain partout, et la seule trace d'inflammation qu'on y aperçût était celle qui faisait adhérer exactement l'intestin au pourtour de la plaie de la paroi abdominale, et qui avait ramené la séreuse un instant ouverte à l'état d'un sac clos de toutes parts. Et pourtant l'enfant a succombé sans qu'on puisse, comme dans le cas de M. Nélaton, expliquer cette fâcheuse issue par le développement d'une péritonite. Quelle a donc été la cause de la mort? Faut-il l'attribuer au trouble profond apporté dans les principales fonctions de l'économie par l'obstacle prolongé au cours des matières, à la gêne de la respiration, au ralentissement de la circulation, à l'abaissement de la chaleur, conséquences ordinaires des oblitérations intestinales? Faut-il l'imputer à l'absence presque complète d'alimentation avant l'opération, à la petite quantité de nourriture prise après l'établissement de l'anus artificiel? Ces diverses causes ont pu être invoquées ensemble ou séparément dans un certain nombre de cas où la mort a eu lieu, comme dans celui de M. Depaul, sans la moindre trace de péritonite. Ne semble-t-il pas qu'on en puisse tirer cette conclusion pratique, à savoir : qu'une opération trop différée a moins de chances de succès qu'une opération faite peu de temps après la naissance? Opérer de bonne heure, quand la nécessité d'opérer est démontrée, semble donc de précepte rigoureux, et il est à regretter que dans la pratique on s'y conforme trop rarement. C'est une tentative préalable faite pour atteindre par le périnée l'intestin terminé en cul-de-sac; c'est l'espoir, quand on n'a pas réussi dans cette recherche, d'être plus heureux en attendant qu'avec le méconium poussé par des efforts réitérés de défécation l'intestin fasse saillie au fond de la plaie; c'est la statistique, assez incomplétement faite il est vrai, et déjà telle qu'elle est peu encourageante, des opérations d'anus artificiel; c'est l'hésitation, le consentement tardif des parents; c'est, enfin, pour certains chirurgiens la crainte d'une responsabilité en effet assez lourde (2); ce sont, en un mot, des motifs divers, légitimes ou non, qui font malheureusement ajourner et perdre le moment opportun. Aucun de ces motifs n'empêchait M. Depaul d'agir, et pourtant il a tardé un peu dans l'espoir sans doute que les matières retenues à une certaine hauteur pourraient descendre encore et déterminer par leur arrêt définitif dans un point plus inférieur de l'intestin le siége précis de l'obstacle mécanique.

Nous avons vu une fois le méconium arrêté dans le gros intestin à une grande distance d'un obstacle simplement membraneux situé presque au-dessus de l'ouverture anale normalement conformée. Quelle facilité n'aurions-nous pas eue pour établir notre diagnostic et pour opérer si l'intestin, conservant son ressort, se fût contracté sur le méconium et, le poussant de plus en plus bas, l'eût accumulé au-dessus de l'obstacle! Des faits du même genre sont peut-être à la connaissance de M. Depaul et ont pu l'engager à une temporisation de vingt-quatre heures.

D'ailleurs ne restait-il pas encore dans des limites de temps compatibles avec un heureux résultat? Comme lui, n'était-ce pas le troisième jour que Duret avait opéré, en 1793, un enfant qui vivait encore en 1835? Serrant n'avait-il pas réussi en opérant soixante heures après la naissance, et malgré un état très grave? Et Miriel père et Klewitz n'ont-ils pas été également heureux l'un et l'autre sur des enfants de plus de trois jours et demi? Enfin Tüngel n'a-t-il pas sauvé un nouveau-né opéré le troisième jour? Mais peut-être une détermination plus prompte offre-t-elle plus de chances encore. Tüngel compte un succès à la suite d'une opération faite vingt-quatre heures après la naissance. Il en est de même de M. Amussat; et Hasse, opérant après trente-six heures, obtient une guérison complète en trois semaines. Il est permis d'espérer qu'en opérant de très bonne heure, après ou sans tentatives

(1) Cette relation se trouve également dans notre dernier numéro, page 212.

(2) Voy. Tüngel (*Künstliche Afterbildung*).

préalables à la recherche du rectum, on grossirait assez vite cette liste, et il est en tout cas certain qu'on risque d'allonger beaucoup celle des insuccès par une intervention, volontairement ou involontairement trop tardive. Combien d'enfants n'ont été opérés qu'à une époque où les inévitables conséquences de l'oblitération intestinale les avaient déjà et d'avance condamnés à une mort certaine? Combien de péritonites, imputables plutôt à une fâcheuse temporisation qu'à l'opération elle-même? Le cas même de M. Depaul, qui avait, pour ne rien précipiter, de plausibles motifs et des exemples encourageants, n'aurait-il pas pu compter parmi les succès, si dès le premier, ou tout au moins dès le second jour, l'habile opérateur eût sans hésitation établi un anus artificiel?

Nous avons vu que M. Depaul avait préféré la méthode de Littre. C'était évidemment la seule possible. Mais celle de Callisen eût-elle été praticable? la première, d'une exécution plus facile et plus simple chez l'enfant nouveau-né, et peut-être moins dangereuse par elle-même qu'on ne le pense généralement, eût encore mérité la préférence. Il n'est point de notre objet d'entrer ici dans les détails d'un parallèle déjà fait d'ailleurs par l'un de nos collègues. Je rappellerai seulement que l'unique succès de M. Amussat, grand promoteur de la seconde méthode, laisse à désirer, puisque au bout d'un an l'anus artificiel avait une tendance très prononcée à se rétrécir, et ne pouvait être entretenu qu'à l'aide de fréquentes dilatations.

On peut considérer comme des procédés de la méthode adoptée par M. Depaul les variétés de situation et de direction indiquées par les auteurs pour l'incision de la paroi abdominale. Il s'en faut bien en effet qu'il y eût entre eux identité de vues à cet égard. Sabatier parle un peu vaguement de *faire une ouverture au ventre, près d'une de aines*. On a proposé, dit Boyer, de faire au côté gauche du ventre, dans l'endroit qui correspond à l'extrémité inférieure du côlon, entre *la dernière côte et la crête de l'os des iles*, une incision longitudinale *à cet intestin*, ce qui n'apprend pas grand'chose sur la situation exacte, la direction et l'étendue de la paroi abdominale. Ce défaut de précision n'empêche pas d'apercevoir une différence considérable entre les indications des deux illustres chirurgiens que nous venons de citer. M. Velpeau et M. Malgaigne semblent s'être plus rapprochés de celle de Sabatier en conseillant une incision de 2 pouces au-dessus du ligament de Fallope, entre l'épine iliaque antéro-supérieure et le pubis, incision qui semble propre à donner tout aussi bien, sinon plus facilement, issue à une anse d'intestin grêle qu'au côlon lui-même. Chélius, sur les traces de Boyer, mais plus précis, conseille une incision de 1 pouce et demi à 2 pouces, oblique d'arrière en avant et légèrement de haut en bas, et dont l'angle inférieur vient tomber au-dessous et un demi-pouce en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure. Tüngel (*Ueber Künstliche Afterbildung*) rejette toute incision immédiatement au-dessus du ligament de Fallope, et se rapproche davantage encore de l'indication de Boyer. Il conseille d'opérer, et a opéré lui-même *entre les fausses côtes et la crête iliaque*. Son incision, commençant à l'union des deux tiers antérieurs de cette crête, presque horizontale, s'abaisse un peu à son extrémité antérieure, qui s'arrête sur le trajet d'une ligne verticale tombant sur l'épine antéro-supérieure. Il est certain qu'on se rapproche plus du côlon, et qu'on a même toutes les chances possibles d'arriver directement sur cet intestin, en se conformant au conseil de Boyer, de Chélius, de Tüngel. Or, il n'est point indifférent, pour le succès de l'opération, de rencontrer immédiatement le côlon, de n'avoir point à le chercher à l'aide du doigt plus ou moins profondément introduit, ou à faire rentrer, par des manœuvres répétées peut-être, une anse d'intestin grêle qui se serait présentée et engagée à sa place. C'est à la condition d'être simple, courte, exempte de contacts prolongés sur des parties délicates et faciles à enflammer, que l'opération peut réussir, et M. Depaul l'a bien senti en plaçant son incision de la paroi abdominale sur le point le plus propre à lui faire trouver tout de suite l'intestin distendu. En la faisant partir du milieu de l'espace compris entre les fausses côtes et l'épine iliaque antéro-supérieure, pour la terminer vers le tiers externe du pli de l'aine, à peu près comme le veut Chélius, il avait toutes les chances possibles d'arriver de prime abord sur le côlon, si l'obstacle n'eût pas existé beaucoup plus haut. Une anse d'intestin grêle s'est présentée. Il n'en pouvait être autrement. M. Depaul, qui trouvait dans cette circonstance la confirmation des présomptions que certaines particularités avaient fait naître dans son esprit, n'a pas poussé plus loin ses recherches, et avec la promptitude, la délicatesse, l'habileté qu'une semblable opération exige, il a établi l'anus artificiel, si bien que le péritoine, nullement fatigué et à peine touché dans les parties voisines de la plaie, presque aussitôt soustrait au contact de l'air dans les parties plus profondes, devait être presque infailliblement préservé, et n'a en effet présenté à l'autopsie aucune trace d'inflammation.

Le second travail de M. Depaul (1) ne consiste, comme le premier, que dans une observation; mais le cas qu'elle vous fait connaître est d'une telle importance, les considérations que l'auteur aurait pu présenter à ce sujet ont été si savamment, si complétement exposées par notre honorable collègue M. Broca, dans un remarquable mémoire connu et apprécié de tous les chirurgiens, qu'il y avait à la fois modestie et bon goût à ne rien ajouter à la relation détaillée d'un fait qui n'a plus besoin de commentaires. Ce fait, dont vous avez eu les prémices, et qui a déjà produit une grande impression dans cette enceinte lorsque le malade vous a été présenté à la fin du traitement, est un cas d'*anévrisme spontané de l'artère poplitée gauche guéri par la compression indirecte alternante*.

Telle est l'idée que les chirurgiens, les chirurgiens français surtout, étaient arrivés à se faire de la prééminence de la ligature dans le traitement de cette maladie, que les autres méthodes ne comptaient guère depuis longtemps parmi les ressources de la pratique, et ne faisaient plus partie que de l'histoire de l'art, lorsqu'une série de succès obtenus en Angleterre par la compression éveilla de nouveau l'attention du monde chirurgical de ce côté-ci du détroit, et la question, reprise dans son ensemble, dans son historique complet, dans ses développements successifs, fournit à M. Broca une série d'articles dont la réunion forme aujourd'hui un volume que vous avez tous entre les mains. Mais quel que soit le talent dont notre éminent collègue ait fait preuve dans la rédaction de cet important travail; quelque habileté qu'il ait montrée dans la mise en œuvre des immenses matériaux colligés par lui; à quelque perfection qu'il ait porté, par d'heureuses combinaisons, l'appareil instrumental, tant d'efforts seraient peut-être restés stériles, si un succès éclatant n'était venu confirmer parmi nous les succès obtenus en Angleterre. C'est à M. Depaul que revient l'honneur d'en avoir enrichi la chirurgie française, et nous ne pouvons mieux répondre à l'hommage qui nous en a été fait, qu'en lui donnant le plus de publicité possible. En attendant la conclusion spéciale que nous vous proposerons plus tard à ce sujet, nous allons vous faire connaître, dans un court extrait, les points essentiels de ce fait important.

Un employé âgé de trente-quatre ans, d'un tempérament lymphatique, d'une bonne constitution, entre le 24 juillet 1854 à l'hôpital Necker, dans le service dont M. Depaul est provisoirement chargé, pour se faire traiter d'un anévrisme de l'artère poplitée gauche. La vie tranquille de cet homme, qui non-seulement ne se livre à aucun exercice violent, mais encore n'use de ses jambes que pour franchir lentement matin et soir le court espace qui sépare son domicile de son bureau, semblait devoir le préserver d'une semblable maladie. Faut-il en attribuer le développement à un mouvement violent fait par une femme assise sur son membre inférieur fortement allongé et tendu? Un tiraillement pénible qu'il sentit en ce moment dans le creux poplité tendrait à le faire croire, en l'absence de toute autre cause que puissent lui fournir ses souvenirs. Quoi qu'il en soit, on constate à l'entrée de cet homme que dans une extension incomplète le creux poplité gauche présente une surface un peu saillante plutôt qu'une dépression. On sent au centre et à la partie inférieure de cette région une tumeur arrondie, du volume d'un œuf de poule, offrant à la main des battements avec expansion assez forte pour soulever les doigts, isochrones aux battements du pouls, disparaissant par la compression de l'artère crurale au pli de l'aine, et un bruit à l'oreille de souffle intermittent très rude. Toute la région poplitée est douloureuse, à la pression surtout et par un mouvement un peu étendu du membre. Des cataplasmes, des bains, le repos au lit, une nourriture légère sont d'abord prescrits pour combattre cette complication, et le 1er août, après des examens répétés qui ne laissent à aucun des chirurgiens consultés le moindre doute sur la nature de la maladie, M. Depaul, assisté de M. Broca, fait l'application de l'appareil compresseur dont notre collègue nous a expliqué il y a quelques mois les heureuses combinaisons et l'ingénieux mécanisme, et qui est maintenant bien connu de vous tous. Vous savez qu'à l'aide de cet appareil la compression peut être exercée alternativement par deux pelotes à la partie supérieure et à la partie inférieure de l'artère crurale. Pendant les premières vingt-quatre il fallut alterner huit fois le point sur lequel portait la compression, qui, en somme, fut bien supportée, et eut pour premier effet de diminuer sensiblement la douleur du creux poplité. Dès la première nuit il y a eu un peu de sommeil. Les jours suivants et les nuits suivantes sont meilleurs encore; le malade, plein de confiance, se conforme à toutes les indications qui lui sont données pour porter la compression au point voulu et pour l'alterner d'une pelote à l'autre.

Le 4 août, on enlève l'appareil pour faire le lit du malade, et M. Depaul constate déjà une amélioration sensible dans l'état de l'anévrisme. La tumeur est plus dure; la palpation n'est plus douloureuse; les battements sont notablement moins forts. La compression est alors portée jusqu'à l'effacement complet des pulsations et continuée ainsi pendant vingt-quatre heures. Le volume de l'anévrisme diminue; la tumeur ne comble plus le creux poplité, et ce n'est qu'en enfonçant les doigts dans la dépression qu'il présente qu'on sent une tumeur dure, dépourvue de battements expansifs et n'offrant plus que des pulsations semblables à celles de l'artère radiale.

Continuée au même degré le 5 jusqu'à minuit, la compression est tout à fait suspendue par le malade, qui, fatigué de l'insomnie de la nuit précédente, espère trouver et trouve en effet le sommeil après avoir enlevé l'appareil compresseur. Malgré cette suspension, il ne perd rien de l'amélioration considérable qu'il avait obtenue. Le 6, le doigt placé sur l'anévrisme n'est plus soulevé du tout; le très léger battement qu'on perçoit est peut-être étranger à la tumeur, et pourrait bien provenir d'une des artères digitales. Aucun souffle ne se fait entendre, et l'on peut dire que la guérison est obtenue.

On continue néanmoins d'exercer une compression légère pendant trois jours, et le 9 août l'appareil est définitivement enlevé. Il n'y a plus alors qu'une tumeur petite, profonde, difficile à circonscrire, sans pulsations, sans bruit aucun. Un petit battement superficiel, évidemment dû au développement exagéré d'une petite artère sous-cutanée, est tout ce qu'on peut percevoir.

Le repos gardé encore quelques jours assure cette guérison; un peu d'exercice fait ensuite promptement disparaître une légère roideur dans les mouvements du genou, et le malade sort de l'hôpital dans l'état le plus satisfaisant. Vous avez constaté, messieurs, ce beau résultat.

Depuis lors la guérison du malade, revu plusieurs fois par M. Depaul, ne s'est pas démentie.

Pas plus que M. Depaul nous n'ajouterons de réflexions à la suite de ce récit. Le fait n'est-il pas assez significatif par lui-même? Il comptera certainement parmi l'un des plus beaux succès obtenus par une méthode heureusement réhabilitée et qui est appelée à prendre place à côté de la ligature, sinon à la primer définitivement.

DISCUSSION SUR LE RAPPORT DE M. DANYAU.

M. Chassaignac, à propos de la première observation de M. Depaul, communique à la Société un fait d'oblitération probable de l'intestin, chez une femme adulte qui depuis deux mois et demi n'a point eu de garde-robes. Depuis le 7 avril, des vomissements intestinaux ont aggravé l'état de la malade, et il paraît indiqué de pratiquer un anus artificiel. M. Chassaignac se propose de mettre en usage ici la méthode de Littre, et il tiendra la Société au courant de ce fait.

M. Lenoir fait remarquer que chez le malade atteint d'anévrisme, et qui a guéri par la compression, il y avait un phénomène insolite. Ainsi, autour de la tumeur, on trouvait de la chaleur et du gonflement inflammatoire. M. Lenoir avait même songé à traiter d'abord ce gonflement inflammatoire, puis à comprimer ensuite. Il faut ici tenir compte de ces symptômes dans l'appréciation qu'on peut faire du mode de traitement.

M. Gerdy entre dans quelques détails sur l'anatomie chirurgicale de la région lombaire, à propos de l'opération de l'anus contre nature selon la méthode de Callisen. L'on peut arriver facilement au rein en incisant suivant le sillon latéral des lombes, et l'on entraînerait ainsi ces calculs rénaux. L'on pourrait aussi arriver sur le côlon à travers les deux feuillets du mésocôlon lombaire.

M. Gerdy sollicite des expériences pour montrer si l'on ne peut pas, sur le cadavre, écarter par l'insufflation de l'intestin les deux feuillets du mésocôlon.

M. Vidal a fait ces expériences, et il n'a jamais pu produire cet écartement des feuillets du mésocôlon. L'opération de l'anus contre nature lui paraît plus difficile et ses suites plus dangereuses dans la méthode de Callisen que dans la méthode de Littre. La défécation est facile dans la méthode de Littre; dans celle de Callisen, au contraire, l'incision se rétrécit assez souvent, puis l'intestin s'engorge, et il devient nécessaire d'enlever par la curette les matières fécales.

Revenant au fait de M. Chassaignac, M. Vidal croit que ce serait là le cas d'appliquer le principe des opérations en plusieurs temps. On pourrait ouvrir le ventre, mettre le cœcum à découvert par sa face que ne recouvre pas le péritoine, et lorsque des adhérences se seraient établies entre l'intestin et les lèvres de la plaie, on devrait ouvrir l'intestin.

M. Cloquet a fait une série d'expériences sur la distension forcée des intestins avec des gaz et des liquides. Il a constaté que les feuillets du péritoine s'écartent peu. Quand on pousse la distension très loin, la couche musculaire se rompt d'abord, et la muqueuse en dernier lieu. Quant à l'écartement des deux feuillets du mésocôlon lombaire, il est très variable suivant les individus, et si l'on pratique l'opération de l'anus artificiel suivant la méthode de Callisen, on ne sait point ce qu'on trouverait. M. Cloquet préférerait la méthode de Littre.

— La discussion close, M. le rapporteur lit de nouveau les conclusions de son rapport. Ce sont :

1° D'adresser des remercîments à M. Depaul;

2° De renvoyer sa première observation à la publication du *Bulletin*, et sa deuxième au comité de publication.

Après quelques remarques de différents membres et l'agrément du rapporteur, la Société renvoie les deux observations de M. Depaul et le rapport de M. Danyau au *Bulletin* de la Société.

PRÉSENTATION DE PIÈCES ET D'INSTRUMENTS.

M. Richet présente une tumeur du sein qui augmentait à chaque période menstruelle, et laissait couler par le mamelon un peu de sérosité sanguinolente. Son tissu était celui des hypertrophies mammaires avec infiltration gélatiniforme des lobules.

— M. Bourjeaud présente une nouvelle espèce de bandage herniaire.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société : E. Follin.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret impérial du 5 mai, M. Petit, chirurgien principal de la marine à Cherbourg, a été nommé second chirurgien en chef à la Réunion, en remplacement de M. Dauvin, appelé à d'autres fonctions.

—M. Raymond, médecin aide major de 1re classe, vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Le gouvernement anglais vient de nommer les jurés qui doivent représenter leurs compatriotes exposants dans le jury international pour l'exposition universelle de 1855.

Dans la classe XII (hygiène, pharmacie, médecine et chirurgie), ont été nommés :

Jurés titulaires: Sir Joseph Olliffe, docteur en médecine, médecin de l'ambassade anglaise à Paris; et M. le docteur Royle, professeur de matière médicale au Collége royal (King's College) de Londres.

Juré suppléant : M. Chadwick, ancien membre du conseil de salubrité de Londres.

— *La España* annonce que le choléra vient de se manifester avec une grande intensité à Jaen et à Jimena, en Andalousie. Sur différents points de la province de Logrono (vieille Castille) il y en a eu aussi quelques cas. Le reste de l'Espagne jouit d'un état sanitaire satisfaisant.

— La Société médicale des hôpitaux de Paris a procédé, dans sa dernière séance, au renouvellement de son bureau et de ses comités. M. le professeur Rostan a été élu président, et M. Guérard, médecin de l'Hôtel-Dieu, vice-président pour l'année 1855-1856. Ont été réélus: trésorier, M. Labric; secrétaire général, M. Roger (Henri); secrétaires particuliers, MM. Hérard et Moutard-Martin. Ont été nommés membres du conseil d'administration : MM. Beau, Bourdon, Bouvier, Grisolle et Legroux; membres du conseil de famille: MM. Baillarger, Barth, Bricheteau, Gillette et Guillot (Natalis).

La Société se compose de membres titulaires, de correspondants et d'associés. Peuvent être admis comme correspondants les médecins attachés comme chefs de service à un hôpital civil ou militaire, soit en province, soit à l'étranger, et qui auront rempli les conditions spécifiées dans le règlement (présentation d'un mémoire original inédit, demande écrite d'admission et acquittement d'un droit de diplôme). Les membres associés ne sont assujettis qu'à ces dernières conditions.

La Société se réunit en séance publique les deuxième et quatrième mercredis de chaque mois, à trois heures et demie, dans l'amphithéâtre de l'administration générale de l'assistance publique, rue Neuve-Notre-Dame, 2. Ses procès-verbaux sont publiés dans un *bulletin* et dans des *actes*.

La plupart de nos abonnés de Paris ont déjà échangé leurs numéros de l'année 1854 contre la collection reliée de cette même année.

Pour ceux de la province, cet échange est moins facile. Cependant, l'exposition universelle devant sans doute en faire venir un grand nombre à Paris, nous leur rappelons que nous aurons toujours des volumes reliés à leur disposition.

Le prix de la reliure est de 2 francs. — Le prix des numéros qui auraient été perdus est de 10 centimes.

(1) Voir ci-dessus, page 213.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 9 mai 1855.

Séance de l'Académie de Médecine.

M. Devergie, candidat à la place vacante dans la section d'hygiène et médecine légale, dans une lecture qui a captivé l'attention de l'Académie, a soulevé une question de doctrine médico-légale d'une haute importance. Le médecin légiste, dans les questions qu'il est appelé à résoudre devant les tribunaux, doit-il se guider uniquement d'après les faits et les principes de l'art, faisant entièrement abstraction du point de vue légal pour lequel il est consulté, sans se préoccuper du sens ni de la portée que doit avoir sa réponse, laissant ainsi à la magistrature toute la responsabilité d'interprétation? Ou bien, au contraire, doit-il se pénétrer de l'esprit de la loi à laquelle se rapporte le fait soumis à son appréciation, afin de conformer sa réponse aux principes de cette loi et aux besoins des magistrats? Grave question qui ne conduit pas à moins qu'à mettre en doute l'existence de la médecine légale en tant que science spéciale. Dans le premier cas, en effet, tout médecin, tout chirurgien possédant une somme suffisante de connaissances sur les divers points de diagnostic ou de pronostic qui peuvent être utiles à l'édification de la justice, est suffisamment apte à remplir auprès d'elle le rôle d'expert. Dans le second cas, au contraire, si l'on admet la nécessité d'interprétation des faits médicaux au point de vue de leur application aux besoins de la loi, ce n'est qu'à des médecins spécialement versés dans l'étude des documents de la science appliquée à l'interprétation des faits judiciaires que doit incomber cette mission. Il existe alors une science médico-légale.

Si nous soulevons cette question, ce n'est pas que nous ayons la prétention de la résoudre; mais il était nécessaire d'en poser nettement les termes, afin de bien faire saisir la portée de la solution qui lui a été donnée par M. Devergie. Pour M. Devergie, les médecins ne doivent le peu de prépondérance qu'ont, en général, leurs déclarations dans l'esprit des juges qu'à leur tendance à ne raisonner qu'au point de vue exclusivement médical, au lieu de rattacher leurs principes aux principes de la loi. Ayant eu à traiter devant une juridiction civile une question de viabilité qui pouvait recevoir des interprétations différentes, suivant qu'on se plaçait au point de vue médical seulement ou qu'on l'interprétait conformément à l'esprit de la loi (il s'agissait de résoudre la question de viabilité dans un cas de vice de conformation, en vue de l'application de la loi sur les donations et successions), M. Devergie s'est demandé, à cette occasion, quels sont les principes généraux d'après lesquels doivent se guider les experts. Pour lui, ces principes ne sont pas douteux. Au lieu de résoudre les questions médico-légales d'après les principes de l'art, comme l'ont fait les médecins jusqu'ici, il les résout selon les besoins judiciaires et l'esprit de la loi. On trouvera dans l'analyse du travail de M. Devergie, reproduite au compte rendu, des exemples de l'application de cette doctrine. Elle serait susceptible sans doute d'une longue discussion; mais nous avons cru devoir nous borner à l'énoncer.

L'Académie a entendu ensuite un très intéressant rapport de M. Bousquet sur un travail de l'un des candidats, M. le docteur Moreau (de Tours), relatif au délire considéré au point de vue anatomo-pathologique. Ce rapport devant être discuté dans la séance prochaine, nous aurons à y revenir.

Dr Brochin.

Dans notre numéro du 15 mars dernier, nous avons appelé l'attention de nos lecteurs sur les déclarations de vacances qui avaient été faites à l'Académie de médecine. Ils se rappellent sans doute que les sections d'anatomie pathologique, de médecine vétérinaire, et d'hygiène et de médecine légale étaient celles qui devaient être complétées par l'élection d'un membre dans chacune d'elles.

La section d'hygiène et de médecine légale a lu son rapport dans la séance d'hier. On trouvera au compte rendu la liste des candidats présentés au choix de l'Académie. Nous n'avons aucune remarque à faire sur ce choix. Nous nous permettrons cependant une réflexion qui n'est pas sans une certaine importance relativement à la question de principe que nous avons déjà posée précédemment.

Nous avons fait, en effet, remarquer que la médecine légale ne se trouvait plus représentée à l'Académie que par M. le professeur Adelon, et que les médecins hygiénistes s'y trouvaient en assez grand nombre. Nous n'avons certainement pas la prétention de critiquer la détermination de la commission; mais nous pensons qu'en raison de l'état actuel des choses, tout en tenant compte du mérite relatif des candidats, il eût été possible de présenter, au moyen des *ex æquo*, deux listes pour ainsi dire parallèles, composées d'hygiénistes et de médecins légistes, afin de donner à l'Académie la possibilité de séparer nettement les hommes qui ont donné leurs soins à telle ou telle partie de la science, et de lui permettre de fixer son choix sur le candidat qui répondait le mieux, par ses travaux spéciaux, aux besoins de la savante Compagnie. — Dr A. Jamain.

HOTEL-DIEU. — M. Trousseau.

De l'épilepsie (1).

Leçon clinique recueillie par M. H. Legrand du Saulle.

Bien que je vous aie prévenu de l'identité qui existe constamment entre une attaque d'épilepsie et un accès d'éclampsie, je n'en dois pas moins aujourd'hui, et cela pour vous faire éviter une erreur possible de diagnostic, entrer dans quelques considérations à ce sujet. Oui, les convulsions épileptiques et éclampsiques se ressemblent, sont même identiques; mais vous trouverez toujours dans l'éclampsie une forme particulière et qui devra être pour vous un trait de lumière, c'est la *forme continue.* Je vous ai fait connaître l'épileptique dans l'*état de mal*, et vous n'avez pas oublié ces attaques de dix minutes en dix minutes pendant quelquefois 48 heures; quand le malade est dans le carus, après chaque crise, les membres sont dans la plus parfaite résolution, et l'on ne trouve pas même l'apparence de la plus légère convulsion épileptiforme. Dans l'éclampsie, et chez les enfants, par exemple, l'accès sera continu, absolument continu. La forme continue dans l'épilepsie est extrêmement rare, et si elle a été signalée, c'est que les convulsions, ayant persisté pendant très longtemps, avaient amené une phlegmasie des méninges ou des désordres pathologiques dans l'encéphale lui-même.

L'éclampsie dégénère quelquefois en véritable épilepsie. Un enfant qui aura montré une tendance trop facile aux accès convulsifs éclampsiformes au début d'une phlegmasie, de la rougeole, de la variole, de la scarlatine ou d'une simple évolution de dents, vient-il à être repris à l'âge de cinq ou six ans, au début d'un mouvement fébrile léger, d'accidents nerveux, lors même que la santé de l'enfant n'aurait en rien souffert dans l'intervalle, soyez sûrs, dans ce cas, que l'épilepsie fait invasion et qu'elle se développe plus franchement après.

Qu'est-ce donc que l'épilepsie? C'est chose difficile à dire. Les auteurs la rangent parmi les névroses, parmi les états particuliers du système nerveux, où l'anatomie pathologique ne démontre rien ou presque rien. Lorsqu'une femme pour une cause quelconque est soudainement prise d'une attaque d'hystérie, nous savons très bien qu'elle n'a pas une lésion organique de l'encéphale; tout au plus constatons-nous un mouvement congestif. Dans les pays équatoriaux, lorsque à la suite d'une blessure légère le tétanos enlève les enfants, l'anatomie pathologique ne trouve rien. Lorsque après une importante opération chirurgicale votre malade est pris de ce tremblement tout particulier que vous n'avez pas été sans remarquer, croyez-vous que les plus minutieuses recherches nécroscopiques vous expliqueront la cause de cet état? C'est une erreur. Lorsque nous voyons l'éclampsie s'emparer de jeunes enfants au début d'une phlegmasie quelconque ou d'une fièvre éruptive, nous sommes bien certains qu'une heure avant la production de la crise convulsive il n'existait aucun trouble, aucune lésion appréciable dans le système nerveux; nous sommes au moins aussi certains que l'éclampsie n'a point laissé de traces après sa disparition. Il y a quelque chose cependant, mais ce *quelque chose* nous ne le connaissons pas.

Quelles sont les conditions de l'épilepsie? Nous avons vu qu'un individu affecté d'anasarque ou d'albuminurie était disposé à l'éclampsie; guérissez l'anasarque ou l'albuminurie, et vous aurez prévenu l'éclampsie. Chez les enfants, après la cure de la variole ou de la scarlatine, que devient l'éclampsie? Elle a disparu. Dans l'épilepsie (où les choses ne se comportent pas malheureusement ainsi), il y a des conditions pathologiques; les unes sont permanentes, les autres accidentelles. L'épilepsie est une maladie diathésique, l'éclampsie une maladie accidentelle. Voici trois hommes: le premier a la peau très nette; le second n'éprouve aucune douleur dans les articulations; il n'y a pas chez le troisième la moindre bourrelure à l'anus, et cependant vous dites: Le premier est un dartreux, le second un goutteux, le troisième un hémorrhoïdaire. Vous le dites, parce que vous avez puisé à une source certaine de renseignements, parce que vous connaissez les antécédents de ces trois hommes.

Un quatrième se présente-t-il, c'est un épileptique, vous écriez-vous. C'est qu'en effet l'épilepsie est une maladie diathésique, ce qui n'empêche nullement qu'il ne puisse y avoir dans l'encéphale quelque chose de local qui appelle là la diathèse. Deux individus sont-ils atteints d'une phlegmasie articulaire, celui-ci va guérir parfaitement, tandis que chez celui-là il va survenir une tumeur blanche. Rien de bien étonnant à cela: le premier est dans des conditions générales excellentes; dans le second, au contraire, vous trouvez une diathèse strumeuse.

L'épilepsie est une diathèse qui se manifeste par elle-même à l'occasion d'un état particulier que nous ne connaissons pas. Cette diathèse, nous pouvons l'atteindre quand la cause nous est connue. Si les ressources de l'art peuvent s'opposer à la manifestation d'un accès de goutte ou d'une éruption dartreuse, malgré le notable préjudice qui peut en résulter pour les malades, elles luttent avec une puissance au moins égale contre l'épilepsie, puisque dans des cas très heureux elle s'annihile sans que le sujet en souffre.

L'épilepsie a été taxée d'incurabilité. C'était un châtiment de Dieu, *morbus sacer*, contre lequel ne pouvaient rien et la médecine et les médecins. Ce triste pronostic n'est que trop souvent vrai. — Si, en traitant avec le plus grand soin l'état général d'un strumeux, vous empêchez d'aboutir la tumeur blanche qui le menace, croyez-vous que vous ne puissiez pas combattre l'état épileptique en vous en prenant à la lésion locale, en remontant à la cause? Ecoutez cet exemple: il y a quelques années, je fus consulté par un riche étranger chez lequel un petit nombre d'attaques épileptiques s'étaient déjà produites avant cette fatale soirée où il tomba frappé au milieu des salons de l'ambassade anglaise. Cet homme s'était toujours bien porté, quoique, disait-il, appartenant à une famille *nerveuse.* Il apporta d'abord peu d'attention à sa maladie; mais, un jour qu'il se promenait à cheval aux Champs-Elysées, il tomba foudroyé. Reconduit chez lui un peu blessé et craignant de voir se renouveler de semblables accidents, il résolut de se faire traiter; je fus donc consulté. Cet étranger avait éprouvé tous les accidents d'une affection syphilitique fort intense, lorsque deux ans après il souffrit cruellement d'un côté de la tête; l'épilepsie parut alors pour la première fois. Je crus à l'existence d'une exostose vénérienne intra-crânienne; je soumis le malade au traitement le plus approprié: il guérit.

Des cures de ce genre sont encore assez nombreuses dans la science (1). Aussi, lorsque vous traiterez des épileptiques chez les-

---

(1) Fin. — Voir les numéros des 26 avril et 3 mai.

(1) Un fait assez récent et qui confirme en tous points l'opinion de M. le professeur Trousseau est celui dont j'ai entretenu la Société médico-psychologique et que je viens de publier. Le voici en quelques mots:

Une petite fille de neuf ans, en se promenant dans la campagne, s'amusa à cueillir un bouquet de fleurs des champs; elle en respira l'odeur parfumée à de fréquentes reprises. Dans les jours qui suivirent, la petite fille fut prise d'une céphalalgie frontale très intense, d'éblouissements, de vertiges. Six semaines après, elle rendit avec le mucus nasal des larves remuant imperceptiblement. Un entomologiste très distingué, M. Brullé, détermina scientifiquement, après une étude faite au microscope, la famille et le genre des insectes qui lui avaient été apportés (chrysomélines, diptères, etc).

L'état de l'enfant ne tarda pas à s'aggraver; un jour elle tomba dans des convulsions d'une nature si grave qu'elle fut envoyée comme épileptique à l'asile public d'aliénés de la Côte-d'Or, où j'étais alors interne en médecine. Je recueillis des larves et observai de nouveaux accidents épileptiformes. Mon chef de service, M. Dumesnil, n'hésita pas à admettre que des larves avaient pu s'introduire dans les sinus frontaux et qu'elles avaient pu y vivre et s'y développer.

quels se seront manifestés des accidents du côté des os, ne craignez pas d'administrer l'iodure de potassium. Dans beaucoup de cas la guérison ne se fera pas attendre. Mais, quand la cause de la maladie vous restera cachée, attaquez la névrose par tous les moyens dont dispose la thérapeutique.

Traitement. — La valériane, tant vantée par Tissot, échoue constamment; il en est de même de l'indigo, du bleu de Prusse, etc. Les sels de cuivre ont peut-être joui d'un peu plus de succès. Un très recommandable médecin, M. Herpin, a prétendu obtenir de bons résultats de l'oxyde de zinc et du valérianate de zinc; mais Esquirol a tenté ces moyens sans succès et moi-même je n'en ai pas eu plus que mon maître. En 1750, Stork vanta le datura stramonium. En 1796, un médecin suédois mit en honneur les préparations de jusquiame et de belladone. Les pilules de Méglin (extrait de jusquiame, oxyde de zinc et extrait de valériane) furent beaucoup préconisées. Quelques faits assez probants en établirent la fameuse réputation.

M. de Brène, médecin de la Trappe, trappiste lui-même, et M. Bretonneau entreprirent, il y a vingt-cinq ans, l'un dans le département de l'Orne, l'autre dans l'Indre-et-Loire, de patientes recherches sur les résultats fournis par l'administration de la belladone dans l'épilepsie. Ces confrères, s'appuyant sur des cas apparents de guérison assez concluants, proclamèrent la supériorité de cet agent thérapeutique, mais sa supériorité n'est que *tristement relative.*

Depuis douze ans, j'ai toujours en traitement, tant à Paris que dans les départements, de huit à dix épileptiques. Chez les uns la belladone a complétement échoué; chez les autres, elle a amené quelques soulagements; mais il en est, c'est le petit nombre, il est vrai, qui en ont retiré le plus grand avantage.

Le remède n'est rien, la médication est tout; et le mode d'administration principalement a quelque chose de sacramentel. Voici comment je procède : je fais faire des pilules contenant 1 centigramme d'extrait de belladone et 1 centigramme de poudre de belladone; j'administre une seule de ces pilules pendant le premier mois, et le soir de préférence, à cause des inconvénients produits par le médicament d'abord, et parce que l'épilepsie, comme je vous l'ai dit, est très fréquemment nocturne. Je donne deux pilules à la fois pendant le second mois, trois pilules toujours à la fois pendant le troisième mois. Mais si la belladone est difficilement supportée, je n'augmente plus d'une pilule que tous les soixante jours. Les familles ont le soin de tenir un registre sur lequel les grandes attaques et les vertiges sont rigoureusement indiqués. Si au bout de six mois, de neuf mois, d'un an de traitement, je vois décroître la fréquence, la durée et la force des grandes attaques et des accès simplement vertigineux, j'insiste, et j'insiste bien davantage sur la belladone, car je *tiens* la maladie. Lorsque mon malade est sans attaques pendant un an ou dix-huit mois, et que la belladone d'ailleurs est péniblement tolérée, je lâche un peu prise et suspends le traitement pendant trente, quarante ou cinquante jours, mais je ne manque jamais d'y revenir.

En procédant ainsi, messieurs, vous modérerez l'épilepsie dans un grand nombre de cas; mais je dois cependant vous prévenir que dans beaucoup d'autres vous n'obtiendrez rien, ou fort peu de chose. Depuis douze ans, j'ai par cette méthode traité 150 malades, et sur ce nombre j'en ai guéri 20. Mais ne rechuteront-ils pas?

HOPITAL COCHIN. — M. GOSSELIN.

Sur les fractures en V du tibia.

M. Gosselin a depuis quelques semaines appelé deux fois l'attention des élèves de l'hôpital Cochin sur une variété rare de fracture de la jambe, dont il avait observé déjà deux autres exemples, l'un à l'hôpital Saint-Antoine, en 1847, l'autre à l'Hôtel-Dieu, en 1851, et que les auteurs lui paraissent n'avoir pas mentionnée suffisamment. Il s'agit d'une solution de continuité du tibia dans laquelle la fracture n'est ni transversale, ni dentelée, ni oblique, comme cela a lieu dans la plupart des cas, mais présente une direction un peu transversale en arrière, puis très oblique en avant, et disposée de telle sorte que les fragments supérieur et inférieur, vus en avant, présentent tous deux, sur leur face interne, un V à pointe tournée en bas. Le V du fragment supérieur est plein, celui de l'inférieur est ouvert. Les deux branches de ce dernier, qui peuvent être de longueur égale ou inégale, interceptent un espace en forme de fourche derrière lequel on aperçoit le canal médullaire, ou plutôt la substance spongieuse; car la lésion, dans les cas qu'a observés M. Gosselin, occupait le tiers inférieur du tibia. Si ce genre de de fracture n'offrait rien de plus, il ne serait que curieux et bizarre; mais en étudiant davantage les deux derniers faits recueillis dans son service de l'hôpital Cochin, et qui se sont terminés par la mort, M. Gosselin a trouvé des détails qui ne sont pas sans intérêt pour la pratique.

Dans les deux cas, le fragment supérieur était net, sans esquille, sans fissure, tandis que le fragment inférieur présentait quelques lésions secondaires. Sur l'une des pièces, on voit partir du sommet du V une fracture qui ne comprend d'abord que la substance compacte; et qui contourne en spirale la face interne, puis la face postérieure, et en dernier lieu la face externe du tibia, où elle se bifurque pour se terminer dans l'articulation tibio-tarsienne, en circonscrivant un fragment qui comprend une lame assez épaisse des faces postérieure et externe de l'os, au niveau de l'extrémité articulaire. Sur la seconde, il part du V plusieurs fratures qui subdivisent le fragment inférieur en cinq ou six autres; l'un d'eux est formé par la malléole, en sorte que la fracture communique, comme la précédente, avec l'articulation. On trouve de plus, sur cette pièce, une attrition considérable du tissu spongieux, et on reconnaît aisément sur ce tissu une excavation dont la forme et les dimensions s'adaptent parfaitement à celles du fragment supérieur, et il est évident que ce dernier a dû, à un certain moment, pénétrer dans le premier, écraser la substance spongieuse et faciliter l'éclatement de la substance compacte.

La disposition en V a donc rendu possible la pénétration du fragment supérieur du tibia dans l'inférieur, pénétration qui est impossible dans les fractures habituellement décrites, et qui explique la multiplicité des fragments sur la partie inférieure du tibia, comme elle les explique dans les fractures étoilées de l'extrémité inférieure du radius.

Les deux malades avaient en même temps une fracture dentelée du péroné.

Le mécanisme de ces sortes de fractures n'a pu être saisi dans les faits dont M. Gosselin vient d'être témoin. Le premier malade a attribué son accident à une chute sur la glace, chute pendant laquelle le pied avait été pris sous les fesses, le second au passage d'une roue de voiture. Il est vraisemblable que la fracture prend cette direction singulière par suite d'une cohésion et d'une résistance toutes spéciales, sans qu'on puisse dire dans quel sens agit la cause vulnérante pour la produire. Une fois la solution de continuité en V opérée, on comprend très bien que si une forte flexion du pied a lieu, ou si une contraction musculaire très énergique intervient, le fragment inférieur peut venir presser par son contour ou par sa partie centrale sur la pointe résistante du V supérieur; si c'est le contour qui presse ainsi, il se produit une fissure ou une fracture longitudinale qui peut se prolonger loin de la lésion première; si c'est la partie centrale, il y a écrasement du tissu spongieux et éclatement du tissu compact par suite de la pénétration dont le mécanisme et les effets s'ajoutent à ceux de la cause directe ou indirecte qui a commencé la blessure.

Tout en établissant que cette variété de fracture n'a pas été assez étudiée, M. Gosselin reconnaît cependant que les ouvrages de MM. Gerdy (*Maladies des organes de mouvement*) et Malgaigne (*Traité des fractures*) en présentent l'indication sous les dénominations de fractures en pointe et de fractures dentelées. En effet, le V supérieur représente une pointe analogue à celles dont a parlé M. Gerdy, ou une dentelure très allongée comparable à celle dont M. Malgaigne a si bien montré la fréquence et l'importance. Mais ce qui a manqué à ces auteurs, ainsi qu'à leurs prédécesseurs, c'est de faire ressortir la disposition bizarre en V ou en fourche du fragment inférieur et les conséquences qui en découlent, savoir : des fractures secondaires par pression réciproque ou par pénétration des fragments, et le prolongement de la solution de continuité vers l'articulation du pied. M. Gosselin attache, pour les suites et la gravité de la blessure, une grande importance à la fracture articulaire concordante, et une plus grande encore à l'écrasement du tissu spongieux. La première de ces lésions peut être suivie d'une de ces arthrites prolongées que l'on voit compliquer assez souvent les fractures. La seconde expose à une suppuration de la substance spongieuse et aux infections graves qui peuvent en provenir; accidents imminents surtout dans les cas où la fracture est compliquée de plaie. Le premier des malades de M. Gosselin avait eu une fracture sans plaie; il a été pris au trentième jour d'un érysipèle léger et d'une fièvre grave qui l'ont emporté rapidement. A l'autopsie, on a trouvé du pus entre les deux fragments et dans l'articulation tibio-tarsienne. Le second avait sa fracture compliquée de plaie, et une attrition considérable du tissu spongieux. Il fut pris au bout de quarante-huit heures d'une fièvre grave accompagnée de délire, et succomba au milieu du troisième jour. On n'a trouvé aucune lésion des viscères, pas même du cerveau, et la mort a été attribuée à une infection toute spéciale qui arrive pendant les premiers jours des blessures graves, surtout lorsque le tissu spongieux est en communication avec l'air extérieur. Cette infection, que les chirurgiens admettent volontiers dans les cas où la blessure se complique de gangrène rapide, ou seulement d'emphysème, peut, selon M. Gosselin, exister aussi sans ces deux maladies, et est prise à tort pour une fièvre traumatique compliquée d'accidents nerveux. Pour lui, il s'agit ici de l'infection putride des premiers jours, laquelle est plus grave et plus rapidement mortelle que l'infection purulente et l'infection putride.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 8 mai 1855. — Présidence de M. JOBERT (de Lamballe).

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Eaux minérales. — Le ministre du commerce transmet une demande d'avis sur divers projets d'exploitation d'une fabrique d'eaux minérales à Lyon.

Le même ministre transmet le rapport de M. le docteur Chapelain, médecin inspecteur des eaux minérales de Luxeuil (Haute-Saône); sur les malades qui ont fait usage de ces eaux pendant l'année 1853.

Le même ministre transmet, avec deux mémoires à l'appui, un modèle d'une marmite de campagne et une nouvelle seringue à injections présentées par M. Pauli, médecin-major au 90e de ligne.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Coagulation du muco-pus syphilitique par le perchlorure de manganèse et de fer. — M. le docteur Lebel adresse un travail contenant des expériences relatives à la coagulation par le perchlorure double de manganèse et de fer des muco-pus syphilitique et blennorrhagique. (Commissaires : MM. Chevallier et Lagneau.)

Opération césarienne. — M. Velpeau présente, au nom de M. le docteur Hubert (de Louvain), un mémoire sur un cas d'opération césarienne pratiquée avec succès chez une femme atteinte d'ostéomalaxie et qui avait eu auparavant plusieurs accouchements spontanés. L'auteur se loue dans ce cas de l'application continue de l'eau froide.

Ceinture hypogastrique. — M. Pouillien présente une ceinture hypogastrique qu'il a faite d'après les indications de M. le docteur Amussat.

Elle se compose de deux pelotes latérales en forme de croissant, terminée par des ressorts qui se fixent derrière.

Un double mouvement de bascule et de refoulement obtenu par une boucle à vis qui fait mouvoir chaque pelote à volonté et séparément, individualise cette dernière. Elle permet d'obtenir plus de pression d'un côté que de l'autre dans les cas où cela est avantageux. On peut facilement se rendre compte des services que peut rendre cet appareil dans le déplacement de l'utérus.

LECTURE.

Question de viabilité du nouveau-né. — M. Devergie lit un travail intitulé *Note sur une question de doctrine en matière de viabilité de l'enfant nouveau-né au point de vue des donations et des successions.*

Un enfant parfaitement développé naît à neuf mois de grossesse avec un vice de conformation auquel l'art peut remédier. Cet enfant doit-il être apte à recevoir ou à succéder, quoiqu'il succombe après un temps donné de vie extra-utérine, aux suites du vice de conformation qu'il a apporté en naissant, ou aux suites des opérations qui ont pu être pratiquées pour y parer? Telle est la question en vue de laquelle M. Devergie a soulevé l'examen des doctrines qui doivent, suivant lui, guider le médecin légiste dans l'accomplissement de ses devoirs vis-à-vis de la justice.

La solution de cette question d'une grande portée au point de vue économique, dit l'auteur, n'a pas encore été abordée par les médecins légistes. On s'est borné jusqu'ici à faire connaître les conséquences de chacun des vices de conformation, mais on n'a pas posé les principes d'après lesquels le médecin devait procéder à l'interprétation des faits.

La loi n'a pas défini la viabilité. La généralité des médecins qui se sont occupés de cette matière est d'accord, il est vrai, pour donner un sens uniforme à la définition de la viabilité; mais si l'on est d'accord là-dessus, on ne l'est plus lorsque les maladies ou vices de conformation, qui abandonnés à eux-mêmes entraîneraient la mort, peuvent être l'objet d'un traitement ou d'une opération capables d'y remédier.

Parmi les vices de conformation, il en est de si profonds, si compromettants pour la vie, qu'on en peut mesurer à l'avance toutes les conséquences et qu'à cet égard il ne s'élève jamais de divergence d'opinion; mais en opposition avec cette catégorie de monstruosités, il est des désordres fort légers dans l'organisation qui peuvent cependant entraîner la mort. Ainsi, il existera à l'anus ou un peu au-dessus de l'anus une petite membrane mince, presque transparente, à laquelle il suffit de faire la plus légère ponction pour donner issue aux matières fécales. Si cette ponction n'est pas faite, la mort de l'enfant est imminente, etc.

Était-ce un enfant viable celui qui, né dans les plus belles conditions de maturité et de santé, meurt au huitième ou au dixième jour par suite de la rétention des matières fécales par une semblable cause?

Est-ce un enfant viable celui qui, né avec les mêmes apparences de force et de vie, apporte en naissant une intersection de l'intestin avec ou sans plicature du rectum, état auquel un hasard heureux peut dans quelques cas permettre à un instrument tranchant de remédier en rétablissant la communication des deux bouts de l'intestin, etc.?

Mêmes questions à poser à l'égard des maladies nées dans le sein de la mère, que l'on peut quelquefois guérir et qui souvent aussi se terminent par la mort.

C'est dans cet ensemble de faits que se montrent les divergences d'opinion parmi les médecins. Il est donc important de poser à cet égard des principes nets d'après lesquels on puisse se diriger.

Dans une circonstance qui rappelle le cas d'intersection de l'intestin qui vient d'être supposé, M. Devergie a résolu la question en déclarant l'enfant non viable.

Voici d'après quelles données il se dirige pour émettre cette manière de voir :

Au lieu de résoudre les questions médico-légales d'après les principes de l'art comme l'ont fait les médecins jusqu'ici, M. Devergie les résout selon les besoins des magistrats. Ainsi, en fait de blessures, il rejette les classifications admises dans la science, classifications bonnes en médecine, mauvaises en médecine légale; et, prenant pour base le texte de la loi, il distingue les blessures en celles qui, prises en elles-mêmes et en dehors de toutes les éventualités, entraînent la mort ou une incapacité de travail pendant tel ou tel temps, sauf à entrer dans l'esprit de la loi, qui admet des circonstances atténuantes.

Les vices de conformation rentrent dans le même mode d'appréciation. Il faut, dit M. Devergie, les juger tels qu'ils se montrent, se demander s'ils étaient de nature à entraîner la mort dans l'hypothèse où ils auraient été abandonnés à eux-mêmes et non dans l'hypothèse de l'administration possible de secours d'une efficacité plus ou moins éventuelle.

Cela posé, partant de ce fait consacré par les magistrats qu'il y a présomption de viabilité toutes les fois qu'il y a vie, nous dirons, ajoute l'auteur, que, si à l'aide des secours de l'art un enfant a été soustrait à

Dans cette hypothèse, il fit fumer à la petite fille des cigarettes d'arséniate de soude; mais il veilla à ce que, après de lentes aspirations, elle rendît la fumée par le nez. Les larves périrent et furent toutes rendues. L'affection convulsive et les accidents de manie aiguë qui se manifestaient après chaque série d'attaques épileptiques cessèrent complétement, et ne reparurent plus jamais. Le vieil axiome : *Sublata causa, tollitur effectus*, exprime donc une bien grande vérité dans l'histoire de l'épilepsie. H. L. du S.

des chances certaines de mort, cet enfant, qui en l'absence de ces secours aurait succombé, doit être déclaré viable.

Mais il n'en doit plus être de même lorsque l'art a été impuissant à remédier au vice de conformation soit que l'on ait épuisé une partie seulement de ses ressources, soit que toutes les ressources aient été tentées. Alors le fait doit être jugé non pas en raison des chances possibles des secours médicaux ou chirurgicaux, parce que tout est problématique dans leurs résultats et dans leur application, mais bien en raison de l'altération organique ou pathologique que l'enfant a apportée en naissant.

En ne jugeant que d'après l'altération telle qu'elle se montre à la naissance et selon les résultats qu'elle doit forcément amener quand elle est abandonnée à elle-même; en laissant aux enfants que le hasard ou les conditions sociales entourent de soins éclairés les éventualités et le bénéfice de ces circonstances, on pose des doctrines nettes, précises et justes à la fois, puisque en somme l'histoire du parcours de la vie humaine n'est qu'un enchaînement de conditions heureuses ou malheureuses.

RAPPORT.

Du délire au point de vue pathologique et anatomo-pathologique. — M. BOUSQUET lit, en son nom et celui de MM. Ferrus et Londe, le rapport suivant, sur un mémoire de M. Moreau (de Tours), intitulé *Du délire au point de vue pathologique et anatomo-pathologique*.

Chargé, avec MM. Ferrus et Londe, de vous rendre compte de ce mémoire, nous venons, un peu tardivement peut-être, nous acquitter de notre mission, mais heureusement assez tôt pour fournir à l'auteur un titre de plus à sa candidature à la section d'anatomie pathologique.

A la manière des grands raisonneurs, M. Moreau commence par nous initier à ses desseins. Il dit d'abord où il en veut arriver, afin qu'on y regarde de plus près. Il se propose de prouver que la folie est une maladie de l'organisation comme toutes les autres maladies; d'où il infère la nécessité de l'étudier, comme toutes les autres, dans les parties qu'elle affecte : dans le cerveau.

Il ne maintient que l'usage où sont les aliénistes de l'étudier presque exclusivement pour la mieux connaître, et d'en faire l'objet particulier de leur pratique pour la traiter plus heureusement. Ainsi la science rapproche, et l'art divise.

Quel que soit le but de M. Moreau, il y a pour nous trois questions distinctes dans le mémoire soumis à notre examen : une question de mots, une question de principes et une théorie.

Nous appelons question de mots la confusion que fait M. Moreau du délire et de la folie. « L'habitude, dit-il, les distingue dans le langage; mais la raison doit les confondre, parce qu'il n'y a nulle différence entre ces deux états, ou plutôt ces deux états n'en font qu'un sous des noms différents. »

Tel est, si nous l'avons bien compris, le raisonnement de M. Moreau. Il est vrai, et cette remarque ne lui a pas échappé, que la plupart des aliénistes font entrer le délire dans la définition qu'ils donnent de la folie. C'est pécher contre la première règle des définitions, car il reste à dire ce que c'est que le délire. Mais il n'est pas digne de M. Moreau de s'autoriser d'un vice de raisonnement pour se donner raison et faire passer une proposition qui a besoin d'être solidement prouvée.

Il est juste de dire que M. Moreau distingue soigneusement le délire symptomatique d'avec le délire idiopathique. C'est celui-ci, c'est le délire idiopathique qu'il confond avec la folie. A la bonne heure! Mais il a oublié de dire à quels signes on les distingue l'un de l'autre. Et quand il eût été plus explicite, cela ne changerait pas, ce nous semble, la nature des choses. Qu'importe après tout le point initial, le point de départ du délire? Il y a d'autres raisons que l'origine qui séparent le délire de la folie. Pourquoi confondre deux états, dont l'un est ordinairement court, passager, tandis que l'autre dure en général longtemps et ne finit trop souvent qu'avec la vie; deux états dont l'un éclate inopinément, tandis que l'autre, préparé, élaboré de longue main dans l'économie, se forme lentement, mystérieusement, et se montre ensuite de lui-même ou à l'occasion de la cause la plus insignifiante et la plus imprévue; deux états dont l'un n'est qu'un accident fortuit, sans conséquence, tandis que l'autre se transmet plus sûrement avec le sang; deux états enfin dont l'un se rencontre ordinairement avec la fièvre et le trouble général des fonctions, au lieu que l'autre s'allie avec la plus parfaite santé?

Telles sont, à notre avis, les principales différences entre le délire et la folie. Elles ne toucheraient pas au fond des choses qu'elles nous paraîtraient encore à considérer; mais il faut bien qu'elles aient leur cours dans l'organisme. Essentiel ou symptomatique, le délire d'un jour ne suffira jamais pour faire un fou.

Mais c'est trop insister sur les mots, d'autant que M. Moreau poursuit un autre objet. Il s'est persuadé qu'en raison des fonctions lésées, on s'est accoutumé à considérer la folie *en dehors de l'organisation*; il voudrait la ramener à sa véritable place : c'est l'idée dominante de son mémoire.

Les médecins en sauraient-ils donc moins que le peuple? A l'aspect d'un caractère bizarre, passionné, à plus forte raison d'un fou déclaré, le peuple dit que cet homme a la *cervelle* dérangée. La vérité a passé de la science dans les croyances populaires. Les médecins n'ignorent pas davantage qu'il y a quelque chose d'insolite, quelque chose d'altéré dans celui qui a perdu l'usage de la raison. Mais où est précisément cette altération? En quoi consiste-t-elle? Sur ces points nous convenons qu'il y a beaucoup d'incertitude dans la science, beaucoup d'hésitation parmi ceux qui la cultivent. Il est des esprits timides à l'excès qui aiment mieux se réfugier dans l'observation que de s'engager dans la voie où les pousse M. Moreau. En respectant la réserve des uns, nous ne blâmons pas la hardiesse des autres. Il ne faut pas que la crainte de tomber empêche de marcher. En logeant l'âme dans la glande pinéale, Descartes provoqua plus de recherches sur le cerveau qu'il n'en avait été fait depuis Hippocrate. A la vérité, tous les savants n'ont pas l'autorité de Descartes. Willis lui-même, ce médecin dont un roi d'Angleterre a dit qu'il lui avait enlevé autant de sujets que tous ses ennemis ensemble, Willis a produit des travaux qui n'ont pas été sans utilité. Il a le premier essayé de distinguer les fonctions du cerveau et celles du cervelet. Des méthodes plus rigoureuses ont donné des résultats plus solides, mais nous n'avons pas le dessein d'y entrer.

Nous n'avons à nous occuper ici que de M. Moreau et du mémoire qu'il vous a adressé. Il ne lui suffit pas de savoir qu'il y a un organe lésé dans l'homme en délire, il veut connaître cet organe, et il nomme le cerveau. Oui sans doute, le cerveau; car, bien qu'il soit incapable de penser par lui-même, il n'en est pas moins la condition matérielle de la pensée. Mais cette atteinte à l'activité du cerveau réside-t-elle toujours en lui ou vient-elle quelquefois d'ailleurs?

M. Moreau est du premier sentiment; nous sommes des deux; nous pensons que ni l'une ni l'autre hypothèse n'embrasse tous les faits. Il faut les réunir pour avoir toute la vérité. Les états pathologiques les plus divers et les plus éloignés des centres nerveux peuvent réagir sur le cerveau et l'entraîner dans leur orbite. En ce cas, la folie ne serait qu'un effet éventuel, contingent. C'est ainsi qu'en pense Jacobi, le plus célèbre aliéniste de toute l'Allemagne. Et M. Pariset, à qui on accorderait plus d'autorité dans la science s'il avait moins d'esprit, M. Pariset était dans les mêmes principes. Il ne les a pas exposés *ex cathedra* ou dans un ouvrage dogmatique, mais il les laisse assez voir dans les beaux éloges qu'il a faits de Pinel et d'Esquirol. Ce sont, dit-il, les changements, les attouchements intérieurs, les impressions des viscères qui montent au cerveau, l'obsèdent et le déconcertent. Et en preuve de cette doctrine il parle, d'après Van Swieten, d'une femme, mère de huit enfants, qui, lorsqu'elle était grosse d'un garçon, était épileptique et ne l'était pas lorsqu'elle avait une fille. Cabanis cite des folies qui tiraient leur origine de l'état des organes de la reproduction; qui ne connaît l'influence du vin, des esprits, de l'opium et de tant d'autres substances sur les troubles de l'intelligence? ou bien encore les caprices, les bizarreries de caractère que suscite quelquefois la grossesse ou la présence des vers dans l'intestin? Suivez l'analogie, et dites si ces exemples presque artificiels et choisis à cause de cela entre beaucoup d'autres n'autorisent pas à penser que la cause de la folie agit peut-être aussi souvent loin de l'organe qu'elle met en mouvement que dans cet organe même. La présomption augmente quand on considère les enseignements de la physiologie. La physiologie nous apprend qu'il se fait dans le système nerveux comme un double courant, dont l'un, de la périphérie au centre, porte les matériaux de la sensation, et l'autre, du centre à la périphérie, transmet les volitions du cerveau et détermine les mouvements. Or, veuillez le remarquer, les altérations du cerveau conduisent à la paralysie bien plus sûrement qu'aux troubles de l'intelligence.

Telle n'est pas cependant la manière de voir de M. Moreau. Il ne subordonne la folie à aucun autre état pathologique qu'à celui-là même du système dans lequel il en place l'origine et le siége. Il faut que cette conviction soit en lui bien profonde, car il la défend contre le témoignage des sens si souvent trompés dans leurs recherches sur le cadavre; mais, alors même qu'ils découvrent ce qu'ils cherchent, l'esprit n'y comprend rien : quels rapports pourraient-ils saisir entre un peu de rougeur, un peu d'épaississement ou de ramollissement de la matière cérébrale et ces fausses sensations, ces raisonnements sans suite qui constituent la folie? Les aliénistes ont l'air de croire qu'ils y verraient plus clair si les fonctions cérébrales étaient moins délicates; nous sommes fâché de leur enlever cette consolation, mais nous leur en apportons une autre : c'est que l'anatomie pathologique ne jette pas plus de lumière sur les maladies des autres organes. A part ces gênes, ces empêchements mécaniques qu'elles apportent quelquefois à l'exercice des fonctions, les lésions anatomiques ne conservent d'ordinaire aucun rapport appréciable à nos sens avec les lésions fonctionnelles.

Encore si ces lésions, toutes récentes qu'elles sont, existaient toujours, elles n'excluraient pas, du moins, l'idée de causalité, mais elles manquent souvent; d'où l'on voit que celui qui affirme d'autorité que la folie naît de l'altération matérielle du cerveau affirme ce qu'il est hors d'état de démontrer. Et, ce qu'il y a de plus étrange, il l'affirme contre l'esprit même de son système, qui lui défend de rien admettre contre le témoignage des sens.

Tous les aliénistes qui se sont occupés sérieusement des rapports des lésions anatomiques avec les diverses formes de l'aliénation, Pinel, Esquirol, Lelut, Georget, etc., tous en ont signalé l'inconstance et les contradictions, ce qui a arraché à M. Falret cette exclamation : Ce qu'il y a de plus désespérant, dit-il, c'est qu'on rencontre des lésions de fonctions sans lésion *saisissable* d'organe, et des altérations d'organe sans trouble *marqué* des fonctions! L'argument était accablant; on l'a senti, et pour en atténuer la force, les uns, comme M. Falret, insinuent que, pour n'être pas sensible aux yeux, la lésion n'en existe pas moins; les autres font mieux encore, ils disent qu'elle a disparu. C'est la ressource de M. Moreau. L'expédient n'est pas nouveau, mais l'explication est nouvelle. La maladie, dit-il, c'est de la folie qu'il parle, la maladie étant passée à l'état chronique, il a pu survenir dans l'organe malade telle modification qui, en laissant subsister le délire, aura détruit les signes matériels de l'état aigu.

De ce que les maladies mentales ont une origine commune dans le cerveau, M. Moreau infère qu'elles ne peuvent beaucoup différer entre elles; mais il y a de leur analogie de meilleures raisons, c'est qu'on les voit tous les jours se succéder, se mêler, se transformer; de sorte que dans le cours de la même maladie on observe successivement toutes les formes du délire. Et de là vient que les aliénistes le plus consommés éprouvent souvent tant d'embarras à caractériser, à classer les cas qu'ils ont actuellement sous les yeux. Ils ne sont à l'aise que dans les livres. Il se mêle presque toujours un peu de manie dans le délire partiel, et il est bien rare que les délires maniaques soient sans prédominance d'une ou de plusieurs séries d'idées particulières, d'où M. Moreau conclut très justement que si les formes adoptées de manie, monomanie, délire général et partiel ont leur utilité au point de vue historique, elles sont sans fondement dans la nature.

Après ces considérations sur le rôle du cerveau dans l'aliénation, M. Moreau cherche à s'expliquer comment elle se produit; et dans son ambition il se place tout d'abord à sa naissance. Il disait tout à l'heure que toutes les formes de la folie se touchent; il lui cherche maintenant des analogies dans les fonctions les plus naturelles : est-il, en effet, rien de plus naturel que le sommeil? Sans doute il est plus tranquille quand il est sans rêves qu'avec rêves; mais la différence n'est pas grande, et ne pouvait, dans aucun cas, autoriser M. Moreau à lui assimiler la folie.

Et en effet, dans cette hypothèse, nous perdrions donc tous la raison pendant la nuit, car tout le monde rêve, et nous la retrouverions tous les matins à notre réveil.

Les fous n'ont pas cet avantage; ils sont fous nuit et jour.

Et, d'autre part, s'il n'y a pas de folie sans lésion cérébrale, il faut donc dire la même chose du sommeil. M. Moreau se contente de parler des *modifications* du cerveau, et il cite le sommeil comme une des plus profondes; tandis que la lésion serait des plus légères dans la folie. En forçant l'une, en atténuant l'autre, il espère rapprocher les deux états; mais est-elle donc si légère la maladie qui dépouille l'homme de ses plus nobles attributs et le réduit à la condition de la brute? Est-elle donc si légère la maladie qui se transmet par voie de génération et prend si bien possession de sa victime qu'elle ne le quitte souvent qu'avec la vie?

Que pour donner une idée de la folie à ceux qui n'ont pas vu de fous, on la compare au songe, tout est permis pour se faire comprendre; mais il ne faut pas trop presser la comparaison. Il y a en réalité si peu d'affinité entre la folie et le sommeil qu'elle l'exclut au lieu de l'appeler. En général, les fous dorment peu.

Abusé par les apparences, M. Moreau a conclu à l'identité des états intérieurs; c'est là son tort, son erreur. Et le talent même qu'il a mis à défendre le rapprochement n'a fait qu'ajouter à l'illusion. Il en faut beaucoup, de talent, pour faire paraître vraisemblable ce qui choque toutes les vraisemblances.

Son embarras ne commence que quand il veut exposer nettement sa pensée. « La folie, dit-il, est un état mixte, résultant de la fusion de » l'état de sommeil avec l'état de veille, de l'*immixtion* des phénomè- » nes psychiques appartenant à l'état de sommeil dans l'état de veille.» Ce qui revient à dire qu'il n'y a de différence entre celui qui a sa raison et celui qui ne l'a pas, sinon que l'un rêve en dormant et l'autre rêve en veillant. Mais n'est-ce donc rien? L'embarras de l'explication trahit la faiblesse de la théorie. M. Moreau a trop de lucidité dans l'esprit, il est trop maître de sa langue pour parler ainsi s'il n'avait dans la pensée quelque chose de louche qui gêne sa parole et l'obscurcit.

Heureusement sa haute raison reprend bientôt son empire et se dégage des entraves de la théorie. Quelques efforts qu'il ait faits pour rapprocher les désordres nerveux, il n'en veut pas moins qu'on étudie à part ceux de l'intelligence; quelques soins qu'il ait mis à les ramener au cerveau, il consent qu'on les étudie en eux-mêmes. C'est qu'en effet la règle est plus facile à poser qu'à appliquer. On ne peut douter que les organes ne soient merveilleusement appropriés à leurs usages, nous le voyons par les organes des sens et par quelques autres; mais, en général, cette belle concordance nous échappe; nos yeux n'y voient rien : de sorte que l'organisation, qui contient peut-être l'explication de tout, ne nous explique rien; ce qui a fait dire excellemment à Gall qu'on va de la fonction à l'organe au lieu de descendre de l'organe à la fonction, comme le voudrait l'ordre logique. On passerait sa vie devant un estomac, qu'on ne devinerait peut-être jamais à quoi il est bon. Aujourd'hui même que le principal usage en est connu, quelle lumière sa structure répand-elle sur les mystères de la digestion? Et de même du cerveau, il prend certainement une part quelconque à l'exercice des facultés de l'entendement; mais nous ne devons à l'organe que la plus petite partie de ce que nous savons de la fonction.

On nous comprendrait mal si on inférait de nos paroles que nous dédaignons l'étude de l'organisation; rien n'est à dédaigner dans une science comme la nôtre. Le but de ces réflexions est d'en marquer l'état présent, afin de dissiper toute illusion et de faire voir que rien ne peut suppléer l'observation des phénomènes.

L'anatomie pathologique n'est ni moins discrète ni plus facile à se laisser surprendre que l'anatomie physiologique; le secret est aussi bien gardé d'un côté que de l'autre. La physiologie croit savoir que la folie répond à une altération du cerveau. Sur la foi de la physiologie, l'anatomie se met à la recherche de cette altération. Tantôt elle la trouve, et tantôt elle ne la trouve pas. Quand elle ne la trouve pas, elle n'en affirme pas moins qu'elle existe; quand elle la trouve, l'embarras n'en est que plus grand, tant il y a de variations : la vérité semble fuir à mesure qu'on croit en approcher. M. Bayle est peut-être le seul qui ait signalé une constante coïncidence entre les folies d'ambition et la lésion des méninges, entre la lésion des méninges et la paralysie générale; et ce fait passe pour une des plus belles acquisitions de la science moderne.

Quant à la nécessité de rattacher les maladies aux organes, qui pourrait le contester? Nous sommes donc tous d'accord quoique peut-être nous n'ayons pas tous les mêmes espérances. A l'insistance de M. Moreau, on croirait presque que tout est là. « Sur ce point capital, dit-il, » le médecin ne peut se dispenser d'avoir une opinion fixe, arrêtée, » soit dans un, soit dans un autre. Nulle hésitation n'est permise, sous » peine d'impuissance absolue en matière de thérapeutique. »

La menace est grave, comme on voit. Si on flotte sur le siége de la folie, si on ne la met pas à sa véritable place, on ne peut rien pour les malades. Nous ne voyons pas trop la rigueur de la conséquence. Mais l'anathème lancé par M. Moreau ne retombe-t-il pas un peu sur lui? Il n'a pas toujours eu, ce nous semble, les mêmes principes. Depuis qu'il en a changé a-t-il changé aussi de conduite? a-t-il répudié l'ancienne règle? a-t-il de nouveaux moyens à nous proposer? dirige-t-il mieux les aliénés confiés à ses soins? est-il plus heureux dans sa pratique?

Pour nous, confondus de l'impuissance de notre raison pour entrer dans tous ces mystères, nous laissons voir nos doutes et nous cachons nos espérances. Qu'on ne croie donc pas que nous repoussons les recherches où M. Moreau s'est hardiment engagé. Loin de le détourner, nous serions des premiers, s'il en était besoin, à l'engager à persévérer; et dès à présent nous applaudissons à ses succès futurs. Tout ce qui tend à éclairer l'esprit humain, à agrandir ses connaissances, mérite d'être encouragé; et d'autant plus que la science où il s'exerce connaît mieux ses imperfections et ses besoins.

M. Moreau est du petit nombre de ces esprits hardis qui dédaignent les sentiers battus. Il ne se plaît que dans les régions nouvelles. Tout ce qu'il a écrit porte un cachet d'originalité qui lui a fait la place qu'il occupe parmi les aliénistes les plus distingués de notre temps. L'Académie l'a déjà honoré de ses éloges. Nous proposons aujourd'hui de lui

faire adresser les justes remercîments dus à tant d'efforts, et d'ordonner le renvoi du mémoire dont nous venons de vous rendre compte au comité de publication.

— MM. Baillarger, Ferrus et Londe demandent la parole.

Vu l'heure avancée, la discussion du rapport est renvoyée à la séance prochaine.

— A quatre heures l'Académie se forme en comité secret pour la présentation des candidats à la place vacante dans la section d'hygiène en médecine légale.

L'Académie, sur la proposition de la section, a arrêté la liste suivante, par ordre de mérite :

MM. Guérard,
Devergie,
Tardieu,
Boudin,
Bouchut,
Brierre de Boismont.

L'élection aura lieu dans la séance prochaine.

Divers motifs nous ont obligé à ajourner l'insertion de la lettre suivante de M. le docteur Mordret, que nous avons depuis assez longtemps entre les mains. Nous croyons devoir en faire la déclaration pour ne pas laisser peser sur son auteur la responsabilité de ce retard.

Quant à ce qui concerne le fond du débat soulevé entre M. Mordret et M. Bayard, nous croyons nos lecteurs suffisamment éclairés, et nous nous abstiendrons en conséquence de le prolonger plus longtemps.

S'il ne s'agissait ici que de défendre mon œuvre, je m'abstiendrais de faire une deuxième réponse aux sept nouvelles observations de M. le docteur Bayard; mais des intérêts d'un ordre bien plus élevé sont en cause. Devant ceux-ci, toute question personnelle disparaît, et par cette considération les lecteurs me pardonneront de les occuper un instant de moi.

8° Les chiffres disent *indifféremment oui et non*. M. Bayard a oublié d'ajouter : dans les questions qui se rattachent aux sciences naturelles, et plus spécialement peut-être aux sciences médicales. « Un nombre, ai-je dit (page 84 de ma brochure), ne saurait être la formule d'une loi vitale ou pathologique, par la raison que les phénomènes de la vie ont trop d'indépendance et trop de mobilité dans leur succession pour qu'on les puisse emprisonner dans une expression algébrique.»

9° M. Bayard me paraît bien pointilleux à propos de l'expression de *fièvre secondaire*, qu'il a bien dû voir que je n'employais que pour exprimer que je faisais de la fièvre l'un des éléments de la variole auquel je n'attachais pas un pronostic aussi grave qu'à l'éruption. J'ai dit que cette fièvre, qui d'après Stoll caractérise seule la variole, pouvait manquer quelquefois, et je comprends mal comment les citations que mon confrère a dû lire (page 99) ont pu lui laisser aucun doute sur le fond de ma pensée. « Le stade de l'*invasion* de la variole n'a aucun signe particulier; c'est ce que nous apprend l'*absence de fièvre*, des nausées, des vomissements, de la douleur à l'épigastre, des convulsions, qui a signalé quelques épidémies (J. Franck). » — « L'éruption (il est vrai qu'il est ici question de la variole inoculée) était ordinairement si peu laborieuse, que le malade s'apercevait à peine de son indisposition (Dr Timone). » — « Quand la petite vérole est discrète et bénigne, sa marche douce et régulière, l'enfant bien constitué, qu'il y a *très peu ou point de fièvre*, etc... (Dimsdale). » A ces citations, j'en puis encore ajouter une qui n'est guère moins explicite, et qui appartient à quelqu'un dont M. Bayard ne contestera pas l'autorité : « Or, cette fièvre, qui est spécifique, faisant seule la petite vérole, puisque l'inflammation et la suppuration qui ont lieu ensuite en sont les effets, quoique *fort petite très souvent*, et jugée sans pustules ou avec infiniment peu, garantit pourtant de la maladie (Stoll, *aph.* 522 et 523). » Il me semble bien évident que partout ici il n'est question que de la fièvre d'invasion; et comme d'autre part M. Bayard ne nie pas que la fièvre de suppuration manque très souvent, il en résulte que sa critique n'a d'autre portée que celle d'une querelle de mots.

10° M. Bayard part, dit-il, de cette base, que la variole *élémentaire*, isolée, est *toujours* bénigne; que sa complication avec des maladies ayant leur siége dans les voies digestives fait toute sa malignité... Nul doute assurément que la variole compliquée d'un affection gastro-intestinale ne soit, toutes choses égales d'ailleurs, plus grave que la variole simple. Stoll nous l'avait appris depuis longtemps déjà : « La variole se joint très facilement aux autres fièvres, aux populaires surtout ; et par cette union seule elle menace souvent de danger (*aph.* 524). »

Ce qui appartient à M. Bayard, c'est de dire que cette maladie ne tire son danger *que de cette union;* et c'est justement ce qu'il a négligé de démontrer. Du reste, ce n'est pas précisément là le sujet de la dissidence. Mon confrère avance (et voilà le fait capital) que la vaccine, en diminuant le nombre des petites véroles et leur mortalité, a augmenté dans une proportion semblable le nombre des affections intestinales et leur mortalité. C'est cette proposition dont le public médical et moi attendons la démonstration rigoureuse. De deux choses l'une : ou, pour M. Bayard, la fièvre typhoïde est une transformation de la variole, et dès lors ces deux affections doivent se suppléer l'une l'autre, ce qui n'est pas, des faits nombreux en font foi; ou la fièvre typhoïde et la variole sont deux maladies parfaitement distinctes, pouvant exister isolément, mais qui, j'en conviens, se rencontrent souvent unies chez le même sujet, et sont alors l'une et l'autre beaucoup plus graves, ainsi que l'ont observé Sydenham, Stoll, etc.; ainsi que l'a répété M. Serres il y a quelques années; et dans ce dernier cas il ne faut pas un grand effort de logique pour conclure avec lui « que la vaccine, en isolant la » fièvre typhoïde de la variole, a rendu un immense bienfait. »

11° 12° 13° 14° Que M. Bayard veuille bien me dire si la prospérité d'une nation ne doit pas, avant tout, s'évaluer par l'augmentation de sa population, et si, dans un résultat général qui comprend cinquante années, il se peut qu'il n'y ait pas quelques oscillations!...

15° M. Bayard me prête très gratuitement l'opinion « que la France » entière fut vaccinée de bras à bras et d'un seul coup à l'origine du » siècle. » J'ai dit que c'est à partir de 1814 seulement que l'influence de la vaccine a pu *commencer* à se faire sentir sur la population adulte. Mon confrère veut que ce ne soit qu'à partir de 1825 dans les points éloignés de Paris. Eh bien! soit. Alors le rapport des décès aux naissances doit s'élever depuis cette époque, et j'ai montré que dans la Sarthe ce rapport continue de baisser jusqu'en 1843, où il tombe à 50 décès pour 100 naissances; puis, en 1844 et 1845, il s'élève brusquement à 73 décès pour 100 naissances. Nouvelle baisse en 1837 et 1838; nouvelle hausse en 1847 et 1848; après quoi j'ajoute : « Comment se fait-il que la vaccine, puissance progressivement continue, » donne lieu à des effets intermittents? »

16° A cela, mon contradicteur répond que la variole est une *épidémie des plus intermittentes*. D'accord; mais cette intermittence n'empêchait pas le fléau de frapper à peu près tout le monde, à ce point que Lacondamine a pu dire « qu'il n'y a d'exempts de la petite vérole que ceux qui ne vivent pas assez pour l'attendre. » Cette intermittence n'empêchait pas que dans *les temps ordinaires* la variole comptât au moins pour 1/10 dans les causes des décès, et que cette proportion doublât et au delà, ce qui n'était pas rare. M. Bayard, qui sait ces choses tout aussi bien que moi, aurait-il donc l'intention de nous faire croire que la variole est toujours intermittente, et surtout qu'elle le fût toujours avant la vaccine?

17° Nier que la vaccine se propage chaque jour de plus en plus, c'est nier le soleil. Il y a lieu de croire que les états de vaccine arrivaient assez exacts à l'Académie lorsque cette pratique n'était pas populaire, mais aujourd'hui que médecins, sages-femmes, dames de charité et d'autres encore vaccinent, il ne parvient à l'Académie que des états très incomplets. Sous ce rapport, comparer ceux de 1848 avec ceux de 1824, c'est commettre une erreur évidente. D'ailleurs, qui ne sait que la plupart des mères réclament avec empressement le bénéfice de la vaccine pour leurs enfants! D'autre part, il est plusieurs circonstances où l'on exige que ceux-ci présentent un certificat de vaccine, de sorte que bien peu sont dispensés de le produire. Enfin, si M. Bayard eût été comme moi pendant dix ans médecin militaire, il eût remarqué, ainsi que je l'ai fait plusieurs fois, qu'il n'y a qu'un très petit nombre de conscrits qui n'aient pas été vaccinés. Je suis donc très en mesure de démontrer et d'affirmer que la vaccine a été jusqu'à ce jour une puissance progressivement continue.

18° J'ai relevé les décès du département de la Sarthe sur les registres de l'état civil. Or, comme l'état civil est assez bien tenu dans toutes les communes de France, il n'est pas admissible qu'il y ait une erreur *considérable* dans les chiffres qu'il fournit. M. Bayard m'a demandé la moyenne de la mortalité des dix dernières années, je la lui ai donnée (*Gazette des Hôpitaux*, 1851); que peut-il exiger de plus? Je lui ai aussi démontré (*loc. cit.*) que sa manière d'évaluer les populations partielles et leur mortalité correspondante était essentiellement fautive, ce qui me dispense d'y revenir ici.

19° Pour ce qui est des maladies gastro-intestinales, je ne crois pas non plus qu'il y ait rien de bien important à rectifier dans le dénombrement que j'en ai fait. D'ailleurs, M. Bayard n'infirme pas mes chiffres. Il veut seulement que j'y ajoute 20 mille décès cholériques, ou que je retranche ces derniers de la somme totale des décès; de cette manière, dit-il, je me trouverai d'accord avec MM. Trébuchet et Carnot: ce n'était donc pas la peine de les contredire. Mon honoré confrère n'a sans doute pas lu les trois lignes où je dis que l'épidémie cholérique n'a pas fait varier sensiblement les rapports obtenus, ainsi que je m'en suis assuré en répétant le calcul sur les années où il n'y a pas eu de choléra.

(Suit ce calcul dont nous n'avons pas cru devoir surcharger ces colonnes, et duquel il résulte que la différence des deux rapports égale 0,43 centièmes.)

Maintenant je ferai remarquer que j'ai recherché quelle était la proportion des décès généraux et celle des décès par telle et telle cause pour un nombre donné d'individus vivants, et non pas quel était le rapport d'une espèce de décès au nombre total des décès. Je suis ainsi arrivé à ce double résultat, savoir :

1° Que depuis l'introduction de la vaccine la mortalité générale a diminué, et que la mortalité de la jeunesse en particulier a diminué;

2° Que, pour un même nombre de vivants, les fièvres continues et les affections gastro-intestinales, prises en masse, causent moins de décès, et que depuis vingt ans ceux-ci ont diminué dans le rapport de 5 à 3 environ, soit 2/5.

Je n'ai, du reste, exprimé ces résultats que sous toutes réserves; je ne les ai donnés que comme des probabilités, ayant hautement reconnu que je ne croyais pas les documents dont la science dispose aujourd'hui assez complets pour conduire à un résultat précis. Il est aisé de voir que mes conclusions ne sont point en opposition avec celles de M. Trébuchet, que je n'ai nullement voulu contredire, comme le suppose M. Bayard.

Enfin, si je n'ai rien dit du choléra, c'est que M. Bayard n'avait pas encore avancé que cette maladie fût aussi complémentaire de la variole!.....

20° et 21° M. Bayard, s'appuyant sur l'autorité de M. Legoyt, récuse la validité du dénombrement fait par âge en 1851. Je l'attendais à cette déclaration précise : Le dénombrement a été mal fait; soit. Je ne suis pas compétent pour le juger; mais qu'on n'ait pas la prétention de remplacer cet acte authentique par des élucubrations conduisant à des résultats plus défectueux encore. Mon confrère accorde qu'il meurt aujourd'hui moins d'enfants qu'autrefois, et il ne comprend pas que cette diminution du chiffre de la mortalité puisse compenser et au delà la diminution du chiffre des naissances, de manière qu'à la rigueur un plus grand nombre d'individus puisse arriver à l'âge de se marier. Je suppose qu'autrefois il mourût la moitié des individus avant vingt ans, et qu'aujourd'hui il n'en meurt plus que le quart. Une population qui chaque jour donnait naissance à 100 enfants ne donnera plus naissance qu'à 80. Cependant n'est-il pas clair qu'il restera encore 60 de ces derniers au bout de vingt ans, tandis qu'il n'était resté que 50 des premiers?

MORDRET.

Un de nos spirituels confrères, M. le docteur Munaret (de Brignais), vient de proposer au comice agricole de Givors (Rhône) la création d'une *société protectrice de l'homme*, à l'instar de celles qui existent déjà aux Etats-Unis :

« Une motion des plus intéressantes pour le peuple des campagnes vient d'être faite et prise en considération dans la réunion préparatoire du comice agricole de Givors.

» Les bras manquent à la culture, et il y a dégénérescence physique parmi nos paysans, d'après le chiffre toujours croissant des réformes pour le service militaire.

» Un des membres du comice, le docteur Munaret, bien connu par son dévouement à tout ce qui peut intéresser la population rurale, s'est préoccupé des causes de cette dépopulation, et il croit les avoir trouvées dans la mortalité relativement plus grande à la campagne qu'à la ville, pendant la première enfance, et plus tard dans la désertion des travaux rustiques pour apprendre un *état* ou habiter la ville.

» Considérant que la production humaine est plus importante, au point de vue industriel seulement, que la production animale, et qu'on doit se soucier davantage de la santé des hommes que de celle des bœufs, il a proposé d'instituer des prix pour les petits propriétaires, fermiers, valets de ferme ou manœuvriers qui présenteront à l'examen d'un jury spécial les enfants les mieux constitués et les plus beaux, de l'âge de un à deux ans.

» Nous possédons déjà une société protectrice des animaux, et elle fonctionne à la satisfaction générale. Je l'approuve hautement, a dit l'auteur de la motion, mais je blâme nos philanthropes parce qu'ils abordent trop timidement une réforme aussi capitale que celle qui touche à la conservation et au perfectionnement physique de l'animalité. L'homme est et restera, pour son intelligence servie par sa force, à la tête de toutes les espèces vivantes et utiles; il fallait commencer par le commencement, en créant d'abord une *société protectrice de l'homme* faible, ignorant et pauvre, par l'homme fort, instruit et riche.

» Le concours proposé étant mis à l'essai, nous ne doutons pas qu'il se vulgarisera bien vite, et que le gouvernement, par une mesure législative nouvelle, lui donnera raison et autorité.

» L'idée mère appartient à un médecin écossais; Buchan écrivit en 1772 : « Si l'on intéressait les pauvres à soigner la vie de leurs enfants, nous en perdrions peu, etc. » Les cultivateurs américains ont été les premiers à comprendre tous les avantages de ce conseil, et ils le suivent depuis quelques années avec un plein succès.

» Le comice agricole de Givors peut acquérir une place glorieuse dans l'histoire des progrès de l'agriculture en France en suivant l'exemple que le Nouveau-Monde donne à l'ancien; il a nommé une commission pour étudier la proposition de M. Munaret, et en attendant le rapport de cette commission, qui sera lu à la séance publique du mois d'août, il a été décidé que le mémoire du savant médecin serait honorablement déposé dans les archives et analysé dans le procès-verbal du jour. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Un de nos anciens collaborateurs, aussi modeste que distingué, M. le docteur Masselot, ex-chef de clinique médicale au Val-de-Grâce, vient de succomber à une longue et bien douloureuse maladie, à l'âge de quarante-quatre ans.

Dès 1850, la santé de M. Masselot l'avait obligé à quitter le service militaire. Un congé lui fut accordé à cette époque; et l'administration, avec une bienveillance toute paternelle, le lui a continué pendant toute la durée de sa longue maladie.

— M. Deplanche, chirurgien major de l'aviso *le Rapide*, vient d'avoir le bonheur, dans une traversée d'Europe en Amérique, de trouver l'animal de la spirule, dont on n'avait pu jusqu'ici se procurer que la coquille vide.

— M. le docteur de Beauvoys, dont nous avons plusieurs fois exposé les expériences d'anesthésie des abeilles, a fait connaître dernièrement à la Société d'acclimatation les nouveaux résultats qu'il a obtenus pour cette opération. « Les vapeurs de filasse imbibée de sel de nitre, dit-il, endorment si vite les abeilles, qu'elles ont à peine le temps de s'en apercevoir; ce procédé est donc essentiellement pratique et très économique; on pourra y avoir recours partout et renoncer à la coutume barbare de tuer ces utiles mellifères, pour récolter leurs produits. »

— L'Académie royale de médecine de Belgique propose les questions suivantes pour le concours de 1855-1856 :

Première question. — « Exposer les causes, les symptômes, le caractère et le traitement des maladies propres aux ouvriers employés aux travaux des exploitations houillères et métallurgiques du royaume. »

Prix : Une médaille d'or de 600 francs.

Deuxième question. — « De la coïncidence et de l'antagonisme des maladies au point de vue de la géographie médicale, et des modifications que les affections les plus répandues dans nos climats ont subies à certaines époques quant à leur fréquence et à leur forme. »

Prix : Une médaille d'or de 500 francs.

Troisième question. — « Quelles sont les indications et les contre-indications des évacuations sanguines dans les maladies fébriles? »

Prix : Une médaille d'or de 500 francs.

Quatrième question. — « Exposer l'état actuel de la science quant aux maladies du système nerveux chez le cheval, en insistant plus particulièrement sur le diagnostic différentiel et ses affections. »

Prix : Une médaille d'or de 500 francs.

Les mémoires en réponse à ces questions doivent être écrits en latin ou en français, et leur remise devra avoir lieu avant le 15 mars 1856; ils devront être adressés *francs de port* au secrétariat de l'Académie, place du Musée, n° 1, à Bruxelles.

— M. Cailleux, secrétaire de la Société vétérinaire du Calvados et de la Manche, rapporte le fait suivant : vingt-sept oiseaux de basse-cour, poules et canards, ont péri chez un fermier, très peu de temps après avoir mangé, dans un cimetière voisin de la ferme, des feuilles d'un if dont on avait abattu quelques branches.

LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 56. — SAMEDI 12 MAI 1855. (28e ANNÉE.) N° 56. — SAMEDI 12 MAI 1855.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Du typhus et de la fièvre typhoïde. — Question d'identité.

Nous avons eu l'occasion plusieurs fois, en parlant des maladies régnantes, de signaler des cas de fièvre typhoïde qui, par la présence insolite ou la prédominance de quelques symptômes, semblaient rappeler plus particulièrement la physionomie propre à certaines formes épidémiques de la fièvre typhoïde, et peut-être même au typhus. Depuis longtemps la question d'identité de ces deux affections s'est présentée à notre esprit, entourée de doutes et d'incertitudes, que la lecture des travaux importants publiés sur ce sujet et des savantes leçons de plusieurs de nos maîtres n'ont pu complétement dissiper. On se rappelle peut-être que nous avons laissé percer notre disposition à cet égard en analysant il y a quelques mois un travail de M. le professeur Forget (de Strasbourg). Ces doutes n'ont fait que s'accroître par la méditation, et nous sommes resté de plus en plus convaincu que ce n'est que par de nouvelles observations comparatives qu'ils peuvent être complétement levés. Plusieurs fois, en voyant annoncer l'explosion d'une épidémie de typhus dans diverses localités, nous avons cru toucher au moment de voir surgir l'occasion de résoudre cette importante question. Mais ou les relations de ces épidémies n'ont pas été publiées, ou la maladie s'est promptement dissipée sans qu'il ait été possible de l'observer et de vérifier si l'on avait eu réellement affaire ou non à une épidémie de typhus; de sorte que la même incertitude continue à planer sur ce point important de nosologie.

Nous ne nous dissimulons pas de quel poids est à nos yeux l'opinion presque unanime aujourd'hui de nos premiers cliniciens en faveur de l'identité, si habilement défendue dans l'ouvrage de M. le docteur Gaultier de Claubry. Mais de quelque rigueur que soit empreinte la savante analyse comparative des symptômes et des lésions caractéristiques de ces deux affections, et en admettant même leur identité au point de vue nosologique, nous n'en persistons pas moins à penser qu'au point de vue pratique ces deux affections doivent être distinguées ; et nous partageons pleinement à cet égard l'opinion exprimée par M. Becquerel dans une leçon récemment reproduite dans les colonnes de ce journal. Nous irons plus loin encore, et les praticiens nous comprendront : la fièvre typhoïde elle-même, que nous admettons, avec toute l'Ecole, comme une unité nosologique, envisagée sous ce point de vue, ne présente plus à nos yeux qu'un groupe d'affections analogues, mais non identiques, une famille pyrétologique ayant un fond commun auquel s'adaptent des formes variées, plutôt qu'une maladie une, spécifique, toujours identique à elle-même.

Nous nous fondons pour cela sur deux conditions essentielles dont les partisans de l'identité ne nous paraissent pas généralement avoir assez tenu compte : les conditions d'étiologie, qui ne sont évidemment pas les mêmes ; les différences dans les indications thérapeutiques et dans les résultats des divers modes de traitement en usage, indépendamment de la différence inhérente au degré respectif de gravité des deux maladies.

On conçoit qu'avec cette manière de voir, que nous croyons la plus vraie et la plus pratique, il ne nous est plus possible d'envisager l'identité du typhus et de la fièvre typhoïde sous le même jour que les maîtres et les auteurs que nous citions tout à l'heure.

Nous croyons le moment opportun d'appeler sur cette importante question l'attention des praticiens, et en particulier de nos confrères de l'armée, en vue des éventualités qui peuvent surgir par suite de l'agglomération de nos troupes et de toutes les conditions inhérentes à la vie des camps. Si, ce qu'à Dieu ne plaise, le typhus, dont quelques cas ont déjà été signalés, venait à sévir épidémiquement sur nos troupes, après le premier devoir d'humanité auquel ils n'ont pas besoin d'être incités, nos confrères en auraient un autre à remplir vis-à-vis de la science ; ce serait d'étudier non-seulement dans les symptômes et dans les lésions anatomiques, mais dans la marche de la maladie, dans l'action des agents thérapeutiques et surtout dans les conditions étiologiques accessibles, les ressemblances et les dissemblances du typhus soit avec la fièvre typhoïde, soit avec le *typhus cérébral* ou la méningo-encéphalite épidémique, avec laquelle aussi quelques médecins le confondent.

Nous croyons devoir nous borner, en ce moment, à ce simple énoncé. Si les circonstances l'exigeaient, nous reprendrions cette question avec tous les développements nécessaires, et nous formulerions une série de questions vers lesquelles il nous semblerait plus particulièrement utile de diriger l'observation... *Dii avertant!*

Pleurésie aiguë avec épanchement considérable. — Thoracentèse. — Quelques mots sur l'indication de la thoracentèse et sur le procédé opératoire.

Nous avons rapporté, il y a quelques jours, un cas de thoracentèse pratiquée par M. Trousseau pour un empyème. Nous avons à entretenir aujourd'hui nos lecteurs du résultat de la même opération pratiquée pour une pleurésie aiguë avec épanchement considérable. Autant les suites de l'opération sont chanceuses, incertaines dans le premier cas, à cause des obstacles qui s'opposent à l'ampliation du poumon et de la tendance incessante à la réproduction de l'épanchement purulent, autant elles sont simples et promptement heureuses dans le second cas. Tandis que chez le malade opéré d'empyème dont il est question dans la clinique de mardi dernier (8 mai), le poumon reste immobile, fixé au fond de la cage thoracique par des adhérences solides et que la sécrétion purulente continue d'une manière incessante, malgré l'action modificatrice de l'iode que l'on a fait intervenir, chez l'autre, au contraire, la convalescence arrivait au bout de trois ou quatre jours.

Voici en peu de mots l'histoire de ce malade :

Un homme, à la suite de nombreux excès (quatre jours d'ivresse continue), se sent pris de point de côté avec fièvre. Après deux jours de malaise, il entre à l'hôpital le 27 avril ; les signes de la pleurésie étaient alors si peu manifestes que deux médecins de l'Hôtel-Dieu ne l'eussent point reconnue sans un signe récemment signalé par Skoda. Mais dès le lendemain tous les signes de l'épanchement étaient des plus évidents, et celui-ci s'accrut avec une telle rapidité qu'en quatre jours il était devenu énorme ; si bien que le sixième jour du séjour du malade à l'hôpital, huitième de la maladie, bien qu'il n'y eût point une oppression intense (nous nous expliquerons bientôt sur la valeur de ce symptôme), M. Trousseau crut devoir pratiquer la thoracentèse.

L'opération a été faite à l'aide du trocart armé de baudruche, dont on se sert habituellement dans ce cas. Une simple petite incision faite préalablement à la peau permet de diriger plus facilement le trocart sans risque de rencontrer les côtes, et de le pousser brusquement par un coup sec dans la cavité pleurale.

Avant d'aller plus loin, arrêtons-nous un instant sur ce petit détail opératoire, qui est loin d'être sans importance. M. Trousseau, disons-nous, une fois bien assuré de la bonne direction de son trocart, le pousse brusquement et d'un coup sec dans la poitrine. Pourquoi? Le voici. C'est que dans d'autres circonstances, et avant qu'il eût été éclairé par l'expérience à cet égard, ayant poussé doucement son trocart, dans la crainte de léser le poumon, il lui était arrivé plusieurs fois de ne pas donner issue à une seule goutte de liquide, bien qu'il ne fût pas possible de mettre en doute l'existence d'une vaste collection dans la cavité pleurale. Le trocart avait bien été poussé effectivement dans la cavité thoracique, mais la pointe de l'instrument avait rencontré une fausse membrane épaisse et solide qu'elle avait déplacée et refoulée devant elle sans la traverser, de manière à arriver ainsi jusque sur le poumon sans avoir atteint la collection liquide. La preuve qu'il en était bien ainsi, c'est que en retirant l'instrument et le plongeant de nouveau dans la même direction avec force et par un mouvement brusque et sec, le liquide jaillissait aussitôt par la canule. La fausse membrane avait été traversée alors sans déplacement, et la cavité directement atteinte du premier coup. C'est là en particulier ce qui est

---

BIBLIOGRAPHIE.

Traité d'anatomie chirurgicale, ou de l'Anatomie dans ses rapports avec la pathologie externe et la médecine opératoire; par M. le docteur JARJAVAY, chef des travaux anatomiques (1).

L'anatomie chirurgicale ou topographique est une science de création toute nouvelle, et qui date d'une trentaine d'années au plus. Tout d'abord elle se produisit sous le patronage de noms qui sont devenus les gloires de la chirurgie de notre époque, nous voulons parler des Velpeau, des Blandin, des Malgaigne; mais, entrepris à un moment de leur vie scientifique où une clientèle encore peu nombreuse laissait à ces auteurs de fréquents loisirs, leurs ouvrages, dont le moins ancien remonte à près de vingt ans, sont aujourd'hui ou complétement épuisés ou devenus excessivement rares. Succombant à l'excès du travail, Blandin a disparu emporté par une mort prématurée, et il n'est guère possible d'espérer que ses deux collègues, absorbés par une pratique étendue, qui ne cesse de s'accroître avec leur réputation, trouvent désormais le temps de donner de nouvelles éditions de ces savants et utiles traités. Il était donc à souhaiter qu'un des jeunes chirurgiens de la génération qui s'élève, un des disciples de ces grands maîtres, nourri des fortes études faites sous leur direction, encouragé par leur exemple, marchât sur leurs traces et fît pour les étudiants d'aujourd'hui ce que ses professeurs avaient essayé avec tant de bonheur pour ceux de leur temps.

Ancien aide d'anatomie et prosecteur de la Faculté, actuellement agrégé et chef des travaux anatomiques de l'Ecole de médecine, chirurgien des hôpitaux, entraîné depuis dix ans par une vocation toute particulière vers l'étude spéciale des détails si nombreux et si délicats de l'organisation humaine, M. Jarjavay a voulu à son tour entrer dans la lice, et il vient de publier, sur le sujet illustré par les remarquables travaux de ses devanciers, un nouveau traité qui, s'il ne les fait pas oublier, prendra place dignement, nous l'espérons, à côté des livres que nous venons de citer.

Ce n'est pas une copie, une imitation servile des traités d'anatomie chirurgicale qui ont précédé le sien qu'a voulu faire le jeune chirurgien qu'un brillant concours a porté au poste éminent qu'il occupe aujourd'hui. Préoccupé depuis longtemps de cette idée que, s'il ne pouvait pas faire mieux, il pouvait faire autrement, il a recueilli de nombreuses observations avec une ardeur soutenue et un zèle infatigable. Pendant six ans, il a fait des cours assidûment suivis par les élèves, et c'est le résultat de ses recherches, de son enseignement qu'il vient soumettre au jugement de ses maîtres et de ses condisciples.

Nous disons qu'il a essayé de faire autrement que ses prédécesseurs, et en effet l'ordre qu'il a suivi s'éloigne de celui qui avait été jusqu'ici généralement adopté. Il a pensé qu'en étudiant successivement les divers appareils d'une manière générale, il y avait grand avantage pour les applications à la chirurgie.

Ce qu'il a voulu faire, ç'a été de fondre, autant que possible, l'anatomie et la pathologie, en plaçant toujours la déduction pratique à côté du fait anatomique ; en rapprochant l'étude des diverses parties d'un appareil ou des couches qui entrent dans une région, des conséquences pathologiques et des détails de la méthode ou du procédé opératoire, seul moyen d'enlever à l'anatomie son aridité et de lui substituer l'attrait de considérations utiles.

C'est assez dire qu'il a évité de traiter à part les questions de pathologie ou de médecine opératoire, questions qui appartiennent aux traités spéciaux de ces deux sciences ; qu'il ne s'est laissé entraîner à discuter ni la valeur des procédés, ni les questions de pathologie qui surgissaient à chaque pas. Ces digressions, l'auteur en convient, seraient utiles sans doute, mais elles n'entrent pas dans l'idée qu'il s'est faite de l'anatomie chirurgicale.

Il ne faudrait cependant pas croire, d'après cela, qu'il n'a point nettement exposé son opinion sur chacun de ces points lorsque l'occasion s'en est présentée ; mais il l'a fait en quelques lignes, de la manière la plus concise, et sans entrer dans des développements que ne comporte pas, à son avis, le genre de travail qu'il avait entrepris.

Toutes les fois, également, qu'il a cru devoir le faire, il a présenté les considérations d'anatomie de structure et de physiologie qui pouvaient offrir quelque intérêt et surtout avoir un but pratique incontestable, mais toujours de la manière la plus sobre et sans s'écarter jamais du plan qu'il s'était tracé.

L'anatomie microscopique, cette source féconde à laquelle ses devanciers n'avaient pu puiser et dont les progrès sont si nouveaux, lui a prêté plus d'une fois son concours ; il n'est pas jusqu'à l'embryogénie qu'il n'ait mise, en plusieurs circonstances, largement à contribution pour expliquer un grand nombre de lésions congénitales.

Nous croyons en avoir dit suffisamment sur l'esprit général qui a présidé à la composition du livre de M. Jarjavay. Sans prétendre, ce qui serait impossible, faire l'analyse d'un traité d'anatomie des régions, fixons un moment notre attention sur quelques-uns des points où il nous a semblé reconnaître ou des aperçus nouveaux, ou des données originales.

Au nombre de ces dernières, nous mentionnerons des recherches propres à l'auteur sur la disposition des vaisseaux de certaines parties de l'appareil génital de la femme, un plexus veineux sous-ovarique, petite masse érectile qui communique largement avec les plexus veineux des bords de la matrice et du vagin, et dont la blessure aurait pour conséquence des hémorrhagies redoutables si l'on voulait tenter l'extirpation de l'ovaire; on lira avec intérêt l'exposé de dissections mi-

(1) 2 vol. in-8. — Chez Labé.

arrivé à M. Trousseau vers la fin de l'année dernière chez un malade de l'Hôtel-Dieu, et dans une autre circonstance chez un enfant auquel il pratiquait la ponction du péricarde.

Peut-il y avoir quelque inconvénient à pousser ainsi brusquement le trocart? Il ne saurait y en avoir de sérieux, au moins en ce qui concerne la ponction de la cavité pleurale; car de deux choses l'une : ou le diagnostic est juste, et avec quelque force que l'instrument soit poussé, il ne sera jamais poussé assez loin pour que la couche de liquide épanchée entre la paroi thoracique et le poumon ne protége suffisamment cet organe contre l'atteinte de la pointe du trocart; ou le diagnostic était erroné, et dans ce cas, que l'instrument ait été poussé avec énergie ou doucement, il n'en pénétrera pas moins dans le poumon, et la lésion de cet organe n'en sera ni plus ni moins grave.

Nous ne nous arrêterons pas sur quelques autres précautions à prendre, telles que celle de faire soutenir le malade pour prévenir un mouvement brusque au moment de la ponction, etc., toutes choses connues ou que le plus simple bon sens indique suffisamment.

Ces précautions prises et l'opération pratiquée d'après le procédé très simple qui vient d'être indiqué, on a retiré environ trois litres et demi de sérosité citrine. Le liquide, qui s'écoulait d'abord mollement, est sorti ensuite par un jet continu et de plus en plus intense à mesure que la respiration acquérait plus d'amplitude. Vers la fin on a fait faire des efforts d'expulsion au malade afin de provoquer l'issue de la totalité du liquide, et non pas seulement de l'excédant, comme le font quelques praticiens.

L'opération terminée, la matité a aussitôt disparu, les parois thoraciques se sont affaissées; le cœur, qui était dévié à droite, a repris sa situation normale; la respiration s'est faite librement, sauf un peu de bruit de souffle à la partie inférieure du poumon. Ainsi a disparu en un instant un épanchement énorme, qui eût certainement demandé un laps de temps considérable et le concours de moyens thérapeutiques extrêmement actifs pour être résorbé. Quant aux suites, elles ont été des plus simples. Le liquide évacué, on n'a plus eu à combattre qu'une pleurésie simple, qui a cédé très rapidement à l'emploi de quelques prises de digitale et de calomel. Le liquide ne s'est point reproduit, et au bout du troisième ou quatrième jour le malade était si bien qu'il eût pu se lever si on ne l'en eût empêché par pure précaution.

Nous avons dit que ce malade n'avait que très peu d'oppression, bien qu'il eût un épanchement tellement considérable que non-seulement le liquide montait jusqu'à la clavicule, mais encore qu'il refoulait le médiastin dans le côté droit de la poitrine. Il avait eu une oppression très grande les premiers jours, mais elle avait graduellement diminué, et il n'en avait presque plus au moment où M. Trousseau s'est déterminé à l'opérer. Cette absence d'oppression est une des circonstances les plus dignes d'attention dans ce fait. On est assez généralement porté à mesurer l'étendue et la gravité du mal au degré de l'orthopnée. C'est l'intensité de l'orthopnée qui sert ordinairement d'indication au praticien pour opérer.

D'après M. Trousseau, on courrait le risque de commettre de graves erreurs si l'on ne se guidait que d'après ce symptôme. Il existe des exemples, et celui-ci en est un, d'épanchements extrêmement considérables sans oppression, sans gêne apparente bien notable de la respiration; mais, qu'on ne s'y méprenne pas, ce n'est pas là un motif suffisant de sécurité. Ce malade n'avait pas d'oppression, il est vrai, mais la veille ou l'avant-veille de l'opération il avait eu une syncope. Or, c'est assez souvent à une syncope de ce genre que succombent les sujets affectés d'épanchement pleural considérable, bien qu'ils n'aient point d'orthopnée. M. Trousseau a rappelé à cette occasion plusieurs faits de ce genre, notamment celui d'une femme de l'hôpital Necker, à laquelle l'interne, d'après sa prescription, devait pratiquer la thoracentèse. La malade refuse de se laisser opérer, sous le prétexte qu'elle n'a point d'oppression. L'interne se retire. A peine quelques heures s'étaient-elles écoulées, que cette femme succombe à une syncope.

Ce n'est donc point l'oppression qui doit servir de guide pour l'indication d'opérer, mais l'étendue de l'épanchement, toujours facile à apprécier par les signes physiques.

Ce qui vient d'être dit de l'oppression peut s'appliquer aussi à d'autres symptômes et à l'ensemble des phénomènes généraux qui accompagnent l'épanchement. Il est en effet des formes spéciales de pleurésie qui présentent des différences notables dans leurs phénomènes réactionnels. Telle pleurésie provoque un appareil fébrile des plus intenses avec une orthopnée et une anxiété extrêmes, qui s'accompagne d'un épanchement dont la limite supérieure atteint à peine au delà de l'angle inférieur de l'omoplate; tandis qu'il existe, au contraire, de ces pleurésies latentes, *sournoises*, pour employer l'expression de M. Trousseau, sans fièvre, sans oppression, sans malaise même considérable et qui s'accompagnent d'épanchements énormes, que l'on méconnaîtrait à coup sûr si l'on n'auscultait avec soin. Ce n'est donc pas, encore une fois, dans l'acuité des phénomènes généraux, dans l'intensité des symptômes directs ou réactionnels que gît l'indication de la thoracentèse, mais dans la quantité du liquide épanché. Or c'est justement assez souvent dans ces cas de pleurésie apyrétique qu'on voit survenir ces épanchements rapides et considérables qui réclament impérieusement l'opération.

Nouveau cas de tremblement hydrargyrique traité par le sulfate de strychnine.

Nous appelions tout récemment l'attention de nos lecteurs sur un cas de tremblement mercuriel observé dans le service de M. Gendrin, à la Pitié. Quelques jours après nous en observions un second cas à peu près pareil dans les salles de M. Valleix, chez un fouleur de feutre, sorte d'industrie dans laquelle on se sert de nitrate de mercure; et plus récemment enfin, ces jours derniers, un cas tout semblable s'est présenté dans le service de M. Trousseau. Ce dernier est, comme le malade de M. Valleix, un fouleur de feutre.

Nous n'insisterons pas sur les caractères et les symptômes de cette affection, que nous avons décrits dans une de nos dernières *Revues* et qui dans ce cas particulier présentaient la plus grande analogie avec ceux du malade de M. Gendrin. Nous nous bornerons à signaler la rapidité de la guérison obtenue chez ce malade par l'emploi du sulfate de strychnine après que divers moyens en usage avaient été employés sans succès. Les bains sulfureux, les bains simples, les opiacés successivement essayés sans aucun résultat, M. Trousseau s'est décidé à recourir chez ce malade à la médication qui lui a paru réussir contre une affection ayant quelque analogie avec celle-ci : la chorée. Il emploie dans ce cas le sulfate de strychnine en sirop. Voici de quelle manière il le formule :

Sirop.	500 grammes.
Sulfate de strychnine. . . .	25 centigrammes.

Chaque cuillerée, contenant environ 20 grammes de ce sirop, représente 1 centigramme de sulfate de strychnine.

Telle est la médication qu'il a prescrite à ce malade :

Il lui a fait prendre le premier jour une cuillerée de ce sirop; l'effet en a été nul. Le deuxième jour, il a prescrit deux cuillerées, une le matin et une le soir; rien encore. Le troisième et le quatrième jour le malade a pris trois cuillerées par jour, réparties à distances égales dans les vingt-quatre heures, c'est-à-dire 3 centigrammes par jour de sulfate de strychnine. A dater de ce moment il a commencé à éprouver les effets du médicament, traduits par un certain degré de roideur incommode dans tous les membres. Le cinquième jour la dose a été élevée à quatre cuillerées, toujours distribuées à intervalles sensiblement égaux; la roideur tétanique des membres a augmenté. Enfin on est allé jusqu'à cinq cuillerées par jour, équivalant à 1 grain (5 centigr. de sulfate de strychnine). Le malade en a pris pendant deux jours à cette dose élevée. Le deuxième jour il a voulu se lever, mais il n'avait pas plutôt abandonné les barreaux de son lit, qu'il a été pris d'une roideur tétanique telle qu'il a été lancé comme par la détente d'un ressort, et est allé tomber à quelques pas la face contre terre.

Bien que portée jusqu'à ce point, l'action du sulfate de strychnine, suivant M. Trousseau, ne soit point encore dangereuse, comme il était au moins inutile de la maintenir à ce degré, la dose du médicament a été diminuée. Le jour suivant le malade n'en a pris que quatre cuillerées. Bref, le tremblement mercuriel, qui avait graduellement diminué à dater des premiers effets de la médication strychnique, avait complétement cessé le dixième jour de son administration. Après deux ou trois jours de repos dans les salles, le malade a dû sortir hier ou aujourd'hui de l'hôpital.

Nous ignorons encore quel a été le résultat du traitement sulfureux mis en usage chez le malade de M. Gendrin à la Pitié; nous nous informerons également de ce qui a été fait chez le malade de M. Valleix et de ce qui s'en sera suivi, et il pourra être intéressant de rapprocher ces trois observations sous le point de vue des résultats thérapeutiques obtenus.

Pneumonie double. — Traitement par la vératrine à haute dose. — Guérison rapide.

On connaît déjà quelques-uns des faits que M. Aran a publiés sur l'emploi de la vératrine dans le traitement de la pneumonie, et en général des affections inflammatoires aiguës fébriles. Rien n'est dangereux comme les conclusions hâtives en thérapeutique; aussi nous sommes-nous abstenu de nous prononcer jusqu'ici sur la valeur générale de ce mode de traitement et sur son efficacité en particulier dans le traitement de la pneumonie. Mais cette réserve même nous fait un devoir d'accueillir tous les faits, toutes les observations qui peuvent avoir pour effet d'éclairer sur ce point l'opinion de nos lecteurs. C'est à ce titre que nous publions ici l'observation suivante, que M. Aran a bien voulu nous communiquer. Cette observation a d'autant plus d'importance au point de vue de la question à juger, qu'il s'agit d'une pneumonie double, et que, sauf une saignée faite au début et l'emploi de quelques agents accessoires, la vératrine a fait à elle seule à peu près tous les frais de la cure.

On comprendra qu'il importait de maintenir ici l'observation dans tous ses détails, l'effet du médicament demandant à être apprécié jour par jour, et en quelque sorte symptôme par symptôme.

A. M..., âgé de trente ans, est entré à l'hôpital Saint-Antoine le 17 avril dernier.

C'est un homme fort et robuste, d'un tempérament lymphatico-sanguin et d'une santé excellente. Il est malade depuis le 13 avril; mais depuis quelques jours il avait du malaise, de la courbature, lorsque dans la soirée du 13 avril, sans autre cause connue que l'ingestion d'un peu d'eau sucrée lorsqu'il avait chaud, il a été pris d'un frisson violent qui a duré dix minutes et à la suite de fièvre et de gêne de la respiration. Pas de sommeil la nuit, et le lendemain il s'est aperçu d'un point de côté à gauche, pour lequel il s'est fait mettre 15 ventouses scarifiées. N'éprouvant que peu de soulagement, il s'est posé un vésicatoire le 15. Mais le 16 avril la toux a commencé avec des crachats sanglants, la respiration est devenue

---

nutieuses et d'injections qui ont conduit M. Jarjavay à une connaissance exacte du plexus veineux connu sous le nom de *bulbe* du vagin, plexus qui communique par des vaisseaux nombreux avec la partie inférieure du corps du clitoris et qu'il compare au tissu spongieux des corps caverneux chez l'homme. Ceux qui fréquentent les cabinets de la Faculté ont pu voir dans les collections du musée Orfila les pièces qui ont servi à l'auteur dès 1843 à démontrer cette curieuse disposition.

L'étude de l'appareil de l'audition lui a fourni l'occasion de tracer l'histoire inconnue avant lui d'une lésion curieuse du pavillon de l'oreille : le thrombus traumatique. Ici, nous pourrions peut-être faire à M. Jarjavay le reproche dont il se défend dans sa préface, d'avoir fait un peu trop de pathologie à propos de l'anatomie chirurgicale. Mais ces considérations, entièrement neuves, sont assez intéressantes et par elles-mêmes et par l'attrait qu'elles empruntent à leur originalité même, pour que nous croyions devoir insister sur ce qui pourrait passer pour une mauvaise chicane.

Après avoir fait ainsi d'une manière bien complète et bien détaillée l'anatomie des appareils, qui occupe tout le premier volume, M. Jarjavay passe à l'anatomie des régions et à l'examen des rapports des organes qui composent ces appareils. Ici des coupes conventionnelles sont devenues nécessaires, *naturelles* quand les limites sont bien dessinées par la disposition même des parties, *artificielles* dans le cas contraire.

Le premier soin qu'a pris l'auteur, ç'a été de déterminer clairement les limites de chaque région; et comme, ainsi que nous l'avons dit plus haut, il n'a pas voulu faire autrement que les autres pour le seul plaisir de faire du nouveau, il s'est attaché autant qu'il l'a pu à respecter la tradition, convaincu que les meilleures dénominations sont celles que tout le monde connaît et que tout le monde comprend du premier coup.

Ici nous signalerons entre autres, dans les régions du bassin, des coupes nouvelles qui, vu la multiplicité des organes, ont l'avantage et d'être naturelles et d'être chirurgicales : la région pelvi-trochantérienne, placée entre l'aine, située en avant, et la fesse, à la partie postérieure, est un des exemples les plus frappants et les plus utiles de cette innovation.

L'anatomie des formes, pour laquelle M. Jarjavay a fait de fréquents emprunts au beau Traité de M. Gerdy, occupe une place importante dans cette seconde partie de son ouvrage, et l'auteur n'a pu faire ressortir avec bonheur l'importance que l'on doit attacher à la conformation extérieure des parties dans le diagnostic de certaines lésions profondes qui passeraient inaperçues si l'on ne faisait une grande attention aux indications qu'elle peut fournir au praticien. Nous devons rendre à M. Jarjavay cette justice, que nul avant lui n'avait donné à cette étude une place aussi étendue.

L'anatomie des formes une fois faite, M. Jarjavay passe pour chaque région à l'étude couche par couche des éléments qui la composent; il suit avec le même soin les éléments de chaque couche, et toujours, comme il en a pris l'engagement dans son avant-propos, il accompagne le fait anatomique de la déduction chirurgicale. Dans toute l'économie existent toujours trois couches partout constantes : la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et l'aponévrose d'enveloppe. Si au-dessous d'elles se présentent des éléments disparates, l'auteur s'efforce de les distribuer en groupes, pour présenter un ensemble de chacune des parties qu'on y rencontre.

La description de chaque région se termine par un tableau complet des vaisseaux et des nerfs, auquel l'auteur rattache des considérations relatives aux ligatures. Enfin, un dernier paragraphe comprend l'énumération et la description des variétés anatomiques. Nous ne connaissons pas d'ouvrage où l'étude de ces variétés ait été faite plus longuement et avec plus de détail que dans le traité que nous avons sous les yeux. La position de l'auteur dans les amphithéâtres de la Faculté depuis qu'il est sorti des bancs de l'École lui avait permis de recueillir sur ce point des notes nombreuses et des renseignements précieux. Mais ce qui donne à son livre sous ce rapport un véritable cachet d'originalité, c'est le soin qu'il a pris de réunir ainsi dans un article spécial toutes les variétés anatomiques d'une même région, au lieu de les indiquer çà et là et sans ordre chaque fois que l'organe, siége ou objet de l'anomalie, s'est trouvé dans l'épaisseur d'une couche. Cette disposition a encore l'avantage de faciliter les recherches.

Un point sur lequel nous ne saurions trop attirer l'attention, c'est la simplification que s'est efforcé de faire M. Jarjavay, toutes les fois qu'il l'a pu, des divisions et des subdivisions établies généralement dans la description des régions. Nous avons déjà signalé celles qu'il a faites à l'occasion des coupes du bassin; nous en signalerons un nouvel exemple dans la dissection des aponévroses de la région parotidienne et des aponévroses du cou. Cette simplification rend l'étude de ces membranes beaucoup plus claire, et nous ne pouvons que louer l'auteur d'avoir fait justice de cette multiplicité des feuillets aponévrotiques dont on a fort abusé dans ces derniers temps.

Nous bornons ici ce compte rendu; un livre du genre de celui-ci ne peut être surtout apprécié que par les chirurgiens, habitués à porter tous les jours le couteau ou le bistouri sur le corps de l'homme, ou par les élèves pendant le cours des dissections qui sont la base de leurs études. Le succès a déjà couronné les efforts de notre savant ami, et l'on peut dire qu'aujourd'hui le *Traité d'anatomie chirurgicale* de M. Jarjavay est devenu le livre classique par excellence.

Dr A. Foucart.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. Decq;
A Genève, à la librairie de Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Traité de médecine opératoire, bandages et appareils (quatrième et dernière partie), par M. le professeur Sédillot. Un volume grand in-18 de 280 pages. L'ouvrage complet forme deux tomes publiés en 4 volumes in-18, avec 604 figures dans le texte. Prix : 16 fr. — Chez Victor Masson, place de l'Ecole-de-Médecine, 17.

plus gênée, et le point de côté s'est déplacé et a passé à droite. Enfin, les accidents augmentant toujours, le malade est entré à l'hôpital le 17 avril.

Le 17, à la visite du soir, l'interne de service le trouva dans l'état suivant :

Peau chaude, face animée; pouls à 100; respiration, 44 par minute. Souffle tubaire de haut en bas à gauche, plus prononcé vers la racine des bronches. Une saignée de 450 grammes lui fut pratiquée immédiatement; elle se couvrit d'une couenne épaisse, résistante et amena un soulagement marqué. Néanmoins le 18 avril, à la visite du matin, la face était animée et les pommettes colorées, bien que le fond du teint fût un peu jaunâtre, ainsi que les sclérotiques. La peau était chaude, le pouls à 112, développé; 64 respirations courtes, gênées par un point de côté placé au-dessus des fausses côtes droites. Pas de douleur à gauche. Toux quinteuse amenant des crachats sanglants, visqueux, aérés, adhérents. Peu de céphalalgie; pas de sommeil, à cause de la toux; soif, langue blanche, collante. Ventre souple, indolent. Pas de garde-robes depuis avant-hier, pas de vomissements. Respiration fortement soufflante dans la gouttière vertébrale droite, se percevant également en dehors et en bas avec quelques bulles de râle crépitant; matité ou plutôt aucune augmentation de sonorité; matité à gauche depuis l'épine scapulaire jusqu'en bas; souffle tubaire très intense avec râle crépitant après la toux.

Traitement. — 8 pilules de vératrine de 5 milligrammes chacune; une toutes les heures; tisane de fleurs pectorales chaude; 1 pilule d'opium de 0,05; diète.

Le 19, nausées et vomissements à partir de la cinquième pilule seulement; garde-robes fréquentes. Dans l'après-midi, prostration considérable, nez et membres supérieurs froids; pouls très irrégulier, dépressible, à 68. 48 respirations plaintives, bruyantes; sueur visqueuse. L'interne lui a fait prendre 4 grammes de rhum et appliquer des sinapismes. Les trois autres pilules ont été prises à l'intervalle de plusieurs heures. Bon état dans la nuit, sommeil; ce matin état mauvais et vomissements bilieux; décubitus dorsal, accablement; tendance au sommeil. Le nez, les mains sont réchauffés; pas de chaleur à la peau; pouls à 56, avec quelques retards, vif, dépressible; 36 respirations avec encore un peu de gêne; expectoration plus facile, crachats moins visqueux et moins colorés, en grande partie blancs et aérés; peu de point de côté, peu de toux. Le malade se trouve mieux qu'hier. Il ne reste plus du côté gauche en arrière qu'un peu de souffle à la racine des bronches. A droite, la pneumonie ne s'est pas étendue, mais le souffle est encore fort intense dans les mêmes points qu'hier. — 6 pilules de vératrine de 0,005; une toutes les heures; 1 pilule d'opium de 0,05; tisane pectorale chaude; bouillons.

Le 20, cinq vomissements bilieux; pas de garde-robe; hoquet dans la nuit. Hier son pouls à 60, irrégulier, dépressible; un peu de refroidissement des mains, plaintes; toux quinteuse incessante empêchant de compter la respiration.

Ce matin, face calme, douce chaleur à la peau; pouls à 48 ou 50, dépressible; 30 ou 32 respirations par minute; moins de toux; pas de point de côté. Pleine résolution de la pneumonie; râle crépitant de retour de haut en bas à droite et en arrière; persistance du râle crépitant dans le tiers inférieur de la gouttière vertébrale gauche. — 4 pilules de vératrine de 0,005; tisane pectorale chaude; bouillon.

Le 21, hier peu de vomissements, un peu de toux. Hier soir, pouls à 56, 36 respirations, sommeil la nuit. Ce matin, face calme; point de côté à droite; pouls à 52, régulier; 28 respirations; chaleur naturelle; langue humide, d'un blanc jaunâtre. Un peu d'appétit. Moins de toux; crachats entièrement blancs, spumeux, non visqueux, peu abondants. Râle crépitant de haut en bas à droite en arrière. Un peu de faiblesse; respiration en avant et tout à fait en bas à gauche. Les râles crépitants sont secs dans une grande partie du poumon à droite. — Tisane pectorale chaude; 3 pilules de vératrine de 0,005, une toutes les quatre heures; 1 pilule d'opium; bouillons, potages.

Le 22, bonne journée et bonne nuit. Le malade a souffert un peu du point de côté; 36 respirations. Pouls à 56 ou 60. Pas de chaleur. Crachats muqueux. Epistaxis de quelques gouttes. Trace de souffle en arrière et à droite à la partie moyenne; râle crépitant dans une grande étendue. — 2 pilules de vératrine; 1 pilule d'opium; bouillons, potages.

Le 23, le malade se trouve bien; moins de point de côté; toux très diminuée; crachats muqueux, peu abondants; pas de chaleur; pouls à 60; 28 respirations. Le râle crépitant se circonscrit, et la respiration vésiculaire reparaît. Plus de souffle. Appétit. Pas de garde-robes depuis trois jours. — Même prescription. Une portion d'aliments.

Le 25, très bon état; pouls à 60; 32 respirations; pas de chaleur à la peau; appétit; langue blanche, humide; sommeil; encore du râle crépitant autour de l'angle de l'omoplate droite. La respiration vésiculaire se rétablit de jour en jour. On supprime les pilules. — Deux portions.

Le 27, la convalescence continue. Pouls à 68, 26 respirations; chaleur à la peau; crachats muqueux; respiration rétablie partout, un peu rude à droite; appétit.

Le 29, la convalescence est confirmée; pouls à 72; respiration rétablie partout.

Le 30 avril, sort guéri.

HOTEL-DIEU. — M. GRISOLLE.

Angine de poitrine. — Autopsie.

Quand, à la suite d'une affection aussi peu commune que l'angine de poitrine, on a pu pratiquer l'autopsie, il est bon, je crois, d'en faire connaître les résultats. Dans le cas actuel, l'examen cadavérique a permis de constater l'existence de quelques-unes des lésions qui ont été données par divers auteurs comme appartenant en propre à la maladie en question; telles sont : l'accumulation de graisse sur le péricarde et sur le cœur, et l'ossification des artères coronaires, à laquelle un auteur allemand, Kreysig, attache une si grande importance comme cause organique de l'angine de poitrine. D'autres auteurs, et parmi eux M. Grisolle, pensent que l'angine de poitrine n'est essentiellement liée à aucune lésion organique. Pour M. Grisolle, ces altérations, quand elles existent, doivent être considérées comme des complications qui rendent la maladie presque nécessairement incurable.

Je ne me bornerai pas à relater ici les résultats de l'autopsie; mais je donnerai l'observation complète, afin que la réalité du diagnostic ne puisse être contestée.

Obs. — Le 8 décembre 1854, est entré au n° 16 de la salle Saint-Benjamin, le nommé B..., âgé de quarante-six ans, coutelier, né à Coulommiers.

Cet homme est grand, bien constitué, assez coloré, doué d'embonpoint; il a toutes les apparences d'une bonne santé. Il a toujours vécu dans une certaine aisance. A sa profession de coutelier il joignait celle de suisse dans une église. Quoiqu'il semble jouir d'une belle santé, il est cependant atteint depuis un an d'une affection cruelle qui se manifeste sous forme de crises extrêmement douloureuses.

Dans le mois de novembre 1853, il a été pris subitement, au milieu de son travail, d'une douleur très vive dans la région du cœur. Cette douleur, accompagnée d'un sentiment de constriction et de suffocation, s'est irradiée au bras gauche principalement, un peu au bras droit, et a duré pendant dix minutes environ. Au bout de ce temps il s'est trouvé un peu fatigué.

Quelques jours avant cette première atteinte, il était sorti de ses habitudes de sobriété. On l'avait ramené à moitié ivre d'un dîner où l'on s'était fort animé.

Depuis lors ces crises se sont renouvelées un grand nombre de fois; d'abord à des intervalles assez éloignés : tous les mois, puis tous les quinze jours, enfin toutes les semaines. Elles ne revenaient jamais d'une façon régulièrement périodique, se montraient la nuit comme le jour, jamais à une heure réglée; elles ne semblaient être influencées en rien par le repas. Le malade n'a pas remarqué qu'elles lui arrivassent plus tôt lorsqu'il marchait *contre le vent*.

Depuis trois mois ces crises se sont rapprochées de plus en plus et sont devenues de plus en plus longues. Depuis trois mois, en effet, il a de trois à six crises dans les vingt-quatre heures, et leur durée ordinaire est d'une demi-heure.

Il n'en a jamais eu, jusqu'ici, qui aient duré plus d'une heure.

Quoiqu'il ait des couleurs et de l'embonpoint, il dit avoir perdu de sa mine, et surtout avoir maigri, depuis que ses crises se sont tellement rapprochées. Les fonctions digestives restent bonnes. Il ne vomit jamais pendant ses crises. Il tousse un peu depuis quelque temps sans cracher. Il dit ne pas éprouver de palpitations. Depuis trois mois il a de la peine à monter les escaliers, à faire une longue course à pied.

La percussion de la poitrine donne un son normal dans toute l'étendue des poumons. La matité précordiale, très prononcée, dépasse un peu les limites ordinaires. La respiration s'entend bien partout. Quelques râles sibilants dans le côté gauche, en arrière et vers la base.

L'auscultation du cœur ne fait pas constater de bruits de souffle; l'impulsion du cœur n'est pas exagérée; le pouls est régulier; sa force et sa fréquence sont normales.

Plusieurs médecins ont déjà été consultés. Le malade porte les traces d'un large emplâtre stibié qui a été récemment appliqué sur le devant de la poitrine, et que, dans une de ses crises, il a enlevé avant le temps prescrit.

D'après les renseignements fournis par le malade, à la visite du soir, je diagnostique une angine de poitrine, et me trouvant de garde ce jour-là, je recommande qu'on vienne m'appeler dès qu'une crise se montrera.

A dix heures du soir on m'appela. J'arrivai auprès du malade, qui venait d'être pris de sa crise.

Il était assis sur son lit, poussant des gémissements continuels. Le pouls n'était en rien modifié. La face exprimait une vive douleur; elle n'avait point pâli.

La respiration n'était pas accélérée; le malade ne faisait pas d'efforts pour respirer comme aurait fait un asthmatique, mais poussait seulement, comme je l'ai dit, des gémissements continuels, comme ferait, par exemple, une femme en travail après les cris et les efforts violents qui ont accompagné de grandes douleurs. Il avait d'ailleurs toute sa connaissance, et put, dans sa crise même, répondre à mes questions. Il éprouvait une douleur déchirante vers le milieu du sternum. Cette douleur s'étendait au bras gauche, et était presque nulle dans le bras droit. La douleur du bras gauche était surtout marquée à l'avant-bras, où elle occupait principalement le côté cubital, ayant son maximum d'intensité au niveau de l'épitrochlée.

Cette crise dura vingt minutes environ, et vers la fin, au moment où les douleurs devinrent moins vives, le malade fut pris d'une éructation presque incessante, qui, me dit-il, accompagnait presque toujours ses crises, mais qui habituellement n'arrivait pas plus spécialement vers la fin qu'à un autre moment de la crise.

La douleur cessa en même temps dans la poitrine et dans le bras. Une douleur de tête très vive qui avait débuté avec la crise, ce qui était chose assez habituelle, cessa avec la douleur sternale; après quoi le malade dit se trouver seulement très fatigué.

Il y eut dans la même nuit deux nouvelles crises un peu plus longues.

Le lendemain, 9 décembre, on prescrivit deux pilules d'opium de 0,05 centigr. chacune; frictions laudanisées sur la région du cœur; deux portions.

Il y eut six crises dans la journée du 9 et la nuit du 9 au 10.

Le 10 décembre, on prescrit 20 centigr. d'opium en quatre pilules; le reste comme la veille.

Le 11 décembre, M. Grisolle est témoin, à huit heures du matin, d'une crise qui a débuté vers minuit, et qui a duré sans interruption depuis cette heure. Jusqu'ici leur durée n'avait pas dépassé une heure. Mêmes symptômes que dans la dernière crise; éructation presque continuelle.

A dix heures la crise n'a pas cessé; le malade, qui s'est assis à côté de son lit, pâlit tout à coup et tombe à terre sans connaissance.

On le couche, et il se ranime au bout de quelques minutes.

Une demi-heure après, le malade étant couché, nouvelle syncope dans laquelle il succombe.

Autopsie. — Le tissu cellulaire sous-cutané est très abondamment pourvu de graisse. L'épiploon et le mésentère en sont aussi fortement chargés. Les poumons sont engorgés dans les parties déclives. Quelques adhérences aux deux sommets; pas de tubercules; un peu de sérosité citrine dans les deux plèvres.

Le péricarde est entouré d'une grande quantité de graisse. Il contient très peu de sérosité. Le cœur est aussi fortement chargé de graisse et paraît volumineux, même en tenant compte de la haute stature du sujet. Le ventricule droit n'a guère que ses dimensions normales. L'augmentation de volume porte surtout sur le ventricule gauche, dont les parois sont peu épaissies, mais dont la cavité a subi une dilatation assez considérable. Dans le ventricule droit, un caillot fibrineux assez volumineux enlacé dans les colonnes charnues; *idem* dans le ventricule gauche.

Les orifices de l'aorte et de l'artère pulmonaire et les deux orifices auriculo-ventriculaires n'offrent rien d'anomal. Il y a seulement à la surface des valvules sigmoïdes de l'aorte et des valvules mitrale et tricuspide de petites taches blanchâtres. Ces taches se trouvent aussi sur l'origine de l'aorte. Cette artère est notablement dilatée au niveau de sa courbure.

Enfin, l'ossification des artères coronaires est ici on ne peut plus manifeste.

L'artère coronaire gauche, à 1 centimètre environ de son origine, est ossifiée dans tout son pourtour et dans l'étendue de 3 centimètres environ; elle est d'ailleurs perméable.

L'artère coronaire droite ne présente d'ossification qu'en un point très limité, à 1 pouce de son origine; mais il y a en ce point oblitération presque complète de l'artère.

Les symptômes offerts par le malade ont bien été ceux de l'angine de poitrine. Le début brusque de l'affection, une douleur vive et lancinante au niveau du sternum, la propagation de cette douleur au bras gauche et particulièrement au côté cubital; le sentiment d'angoisse et de constriction qui accompagnait les crises, la cessation de toute douleur après l'accès, voilà de quoi caractériser l'angine de poitrine. On peut y joindre l'éructation gazeuse, qui a été souvent observée et qui quelquefois annonce la fin des accès. La marche de la maladie a été ce qu'elle est habituellement. Les crises, assez courtes et assez éloignées d'abord, se sont rapprochées et sont devenues de plus en plus longues.

Enfin, la mort est arrivée dans une des crises, et elle a été causée par une syncope, ce qui est la terminaison la plus ordinaire.

Si les accès s'étaient reproduits d'une façon périodique, on aurait dû tenter l'emploi du sulfate de quinine, qui dans un cas analogue a parfaitement réussi entre les mains de M. Grisolle.

M. Duchenne (de Boulogne), qui a pu un certain nombre de fois suspendre un accès d'angine de poitrine en appliquant l'électricité au niveau du mamelon, avait été prévenu de la présence du malade dans les salles de M. Grisolle. Il est arrivé trop tard pour que l'expérience pût être tentée : le malade avait succombé la veille.

O. MASSON. (*G. hebd.*)

CLINIQUE DE L'ALGÉRIE.

Luxation coxo-fémorale en avant et en bas, réduite au trente-troisième jour avec l'aide du chloroforme.

Par le docteur A. BERTHERAND, médecin principal de l'hôpital militaire du Dey, à Alger.

Le 2 mars 1855, je fus appelé à visiter une jeune fille atteinte de douleur dans la hanche et de claudication, accidents qui avaient résisté depuis un mois à divers traitements. On désirait avoir mon avis avant de faire confectionner un bandage dispendieux dont l'acquisition était conseillée.

Mlle M..., sujet de l'observation qui va suivre, est déjà une belle personne, vive, intelligente, élancée, mais pâle, non encore réglée, malgré ses quatorze ans révolus, condition assez rare en Algérie, chez les Espagnoles surtout.

Le jeudi 1er février dernier, s'exerçant à la danse, et voulant imiter une pose de la catchucha, Mlle M... avait brusquement élevé, aussi haut que possible, la pointe du pied gauche, quand tout à coup elle éprouva un craquement pénible dans l'articulation coxo-fémorale correspondante, et tomba sur le parquet. Vainement elle essaya de se redresser; il fallut la porter sur un canapé. Le lendemain et les jours suivants, mêmes difficultés dans la station : progression impossible. Un médecin fut mandé. Il prescrivit le repos, des bains, des cataplasmes, des embrocations, des sangsues, un vésicatoire, enfin, contre ce qu'il appelait un *rhumatisme aigu*. La sensibilité s'émoussa un peu par le temps et l'habitude; Mlle M... réussit même à se mouvoir, mais d'une manière singulière. La claudication persistait et semblait augmenter.

1° *Examen antérieur dans la station verticale.* — Incurvation du

tronc avec convexité latérale gauche, apparente surtout sur le trajet de la ligne blanche. Le poids du corps repose exclusivement sur le membre pelvien droit. Le membre gauche ne peut être rapproché de son congénère ; il est dans une extension complète. Le pied gauche touche le sol par la pointe, à douze centimètres environ de distance et un peu en avant du pied droit. Il n'y a donc pas d'inclinaison appréciable du tronc sur la cuisse ; ainsi que cela a été observé dans des cas analogues par la plupart des chirurgiens, A. Cooper entre autres. L'illustre praticien anglais attribuait cette flexion à la tension forcée des muscles psoas et iliaque ; on comprend, en effet, que cette tension puisse devenir prépondérante quand la luxation s'accompagne de rotation prononcée du membre, soit dans l'adduction, soit dans l'abduction. Chez Mlle M..., le pied ne dévie ni en dedans ni en dehors de son axe normal.

La hanche gauche est aplatie, et au lieu d'une saillie trochantérienne, présente au contraire une excavation. En dedans du fémur, les muscles adducteurs sont transversalement plus développés que de coutume; on observe à leur face antérieure, sous l'arcade crurale, une légère dépression. La fente vulvaire, violemment déjetée de haut en bas et de gauche à droite, se rapproche bien plutôt de la direction horizontale que de la verticale ; deux causes expliquent cette déviation : 1° la proéminence de la masse musculaire fémoro-pubienne ; 2° l'obliquité générale de l'axe transversal du bassin.

Par suite de cette obliquité, l'épine iliaque antéro-supérieure gauche descend quatre à cinq centimètres plus bas que celle du côté opposé. En portant le doigt indicateur sous le pubis, vers la racine du membre, je sentis distinctement au sein des parties molles une tumeur globuleuse, dure, très résistante, beaucoup plus volumineuse que l'ischion droit. Je n'eus pas de peine, en imprimant avec attention quelques mouvements au fémur, à reconnaître deux éléments dans cette tumeur : l'un *fixe*, c'était l'ischion projeté en bas par l'inclinaison du bassin ; l'autre *plus mobile*, la tête du fémur descendue au-devant du trou ovale et appliquée contre la portion montante de l'ischion.

2° *Examen postérieur, le sujet restant debout.* — Incurvation du rachis correspondant à celle notée en avant sur la ligne blanche : même déclivité gauche de l'ilium. L'omoplate droite est beaucoup plus élevée que la gauche ; le dos, par suite, offre une voussure qui en imposerait facilement pour une gibbosité réelle. Le pli de la fesse gauche paraît repoussé en bas, mais surtout effacé.

3° *Examen horizontal, la malade couchée sur le dos.* — Abandonnée à elle-même, Mlle M... prend, ou mieux *conserve* l'attitude générale que nous venons de décrire, et qu'on serait d'abord tenté de croire définitivement acquise. Rien de plus aisé pourtant que de constater, dans cet aspect contourné, la seule influence de la contraction musculaire. La malade cesse de se roidir, et me laisse disposer comme je l'entends son bassin sous la colonne vertébrale. En un instant il est replacé dans son axe normal, et les deux épines iliaques antéro-supérieures ont la même élévation. Mais, par suite de cette manœuvre, la jambe gauche s'écarte tellement de la ligne médiane, que la pointe du pied déborde la surface du lit.

Pour peu qu'on y réfléchisse, la cause de la déformation du tronc est là tout entière. C'est en effet dans la position verticale surtout, par l'inclinaison forcée de la hanche gauche, que Mlle M... parvient à joindre au sol l'extrémité inférieure de ce membre, qui ne se meut plus suffisamment dans son articulation pelvienne. Dans la marche, elle reporte autant qu'il est en elle le poids du tronc sur la jambe droite. On peut dire que le bassin n'est plus suspendu que sur la tête du fémur droit seul. Un bâton supplée au défaut de sustentation à gauche. Le membre de ce côté, s'agitant dans un mouvement de circumduction incomplet, *fauche*. La flexion du fémur sur le bassin offre tant de difficultés, que, s'agit-il chez la pauvre malade de s'accroupir sur un bassin pour satisfaire un besoin naturel, la jambe droite se ferme bien en deux parties, comme il convient dans cette attitude, mais l'obstacle est tel à gauche, que le membre préfère s'étendre par une abduction forcée, d'où résulte en définitive une pose des plus étranges.

4° *Diagnostic et pronostic.* — L'intérêt de ce cas pathologique m'engagea à le soumettre à l'observation de mon honorable confrère le docteur Négrier, chirurgien en chef de l'hôpital civil d'Alger. Chacune des considérations exposées ci-dessus fut de nouveau vérifiée et discutée. Nous tombâmes d'accord sur la détermination du genre de luxation : luxation *en bas et en avant*, luxation *sous-pubienne*, luxation *dans la fosse ovale* de différents auteurs. Bien que l'aspect extérieur de la malade permît de croire à une prédisposition du côté des surfaces articulaires, toutefois la production soudaine de l'accident, l'absence de tout signe antécédent nous autorisaient amplement à le considérer comme traumatique. L'ancienneté de la lésion, qui datait déjà de plus d'un mois, laissait bien quelque appréhension sur le succès de la réduction; il fallait la tenter du moins, et nous prîmes jour pour l'opération.

5° *Réduction.* — Mlle M... fut couchée sur un lit un peu élevé, assez dur, et dont les montants en fer se prêtaient fort bien à l'attache d'un lac contre-extenseur passé en bricole entre les deux cuisses, de manière à retenir solidement le bassin en haut. J'appliquai au-dessus des malléoles et au-dessus des condyles fémoraux deux séries de liens extenseurs que je confiai à deux aides intelligents, puis j'administrai le chloroforme.

L'anesthésie obtenue en quelques secondes, j'ordonnai aux aides de tirer le membre doucement et graduellement dans le sens de sa direction présente, pendant que de mes mains, saisissant le fémur, je me disposais à agir selon l'opportunité. Ce ne fut pas sans une grande anxiété que nous vîmes les premières tractions demeurer inefficaces : mais tout à coup un craquement sec se fit entendre suivi d'une vive secousse dans la cuisse. Obéissant à mon impulsion, mes aides ramenèrent alors brusquement sa jambe dans l'adduction, et un second bruit plus clair, plus net que le premier annonça que la tête fémorale, séparée d'abord du trou suspubien, puis ramenée en face de la cavité cotyloïde, y avait entièrement repris sa place. Pour m'en assurer, je pratiquai la flexion complète du membre sur le bassin.

Ce mouvement s'exécuta sans difficulté, aussi bien que la rotation du fémur et le rapprochement normal des pieds et des genoux sur la ligne médiane, mouvements impossibles quelques instants auparavant. Une seule irrégularité persistait encore : le tronc demeurait incurvé et le bassin encore incliné à gauche, quoique dans des proportions moindres qu'avant la réduction. Je crus pouvoir rassurer les assistants en pronostiquant que cet effet d'une contraction musculaire forcée pendant trente-trois jours disparaîtrait avec le temps. Effectivement deux jours après, grâce au repos et à quelques bains, la rectitude des diverses parties du tronc était parfaitement rétablie. Au bout d'une semaine, Mlle M... a commencé à marcher avec une canne ; cette marche, d'abord lente, douloureuse et limitée, n'a cessé de progresser, et aujourd'hui elle est aussi sûre, aussi libre que si aucun accident n'en avait jamais interrompu le mécanisme.

En résumé, l'observation qui précède offre les particularités suivantes :

1° Au point de vue *étiologique*, une rupture de la capsule à son endroit le plus faible et un déboîtement de l'os dus à la pression du fémur accrue par la vitesse acquise dans un mouvement d'abduction exagérée. Ce mécanisme n'avait pas, que je sache, encore été signalé. Ici, en effet, il n'y a ni choc du bassin ni action immédiate du poids du tronc poussant directement la tête fémorale, ainsi que cela a lieu quand la luxation est causée par une chute d'un endroit élevé, les cuisses se trouvant écartées. Dans les cas de cette espèce et tous ceux analogues, le fémur est pour ainsi dire passif : il a au contraire agi seul et très énergiquement chez Mlle M...

2° Les signes *diagnostiques* s'éloignent par plusieurs aspects de ceux assignés au déplacement de la tête du fémur sur la fosse ovale. Sans doute l'absence de rotation du membre sur son axe peut bien expliquer le phénomène ; mais, d'une autre part, pour que la contraction des muscles qui s'insèrent au petit trochanter n'ait point été sensiblement influencée, il faut admettre, ce nous semble, que la tête luxée du fémur soit venue se fixer sur le limbe externe du trou obturateur en s'écartant peu du sourcil cotyloïdien. C'est ce que nous avons aussi relaté dans le compte rendu de notre examen. L'ischion et la tête fémorale, palpés à travers une couche épaisse de muscles, paraissaient d'abord ne former qu'une seule tumeur globuleuse.

3° J'ai insisté sur les circonstances générales de la constitution du sujet, parce qu'il était permis par induction de croire à une prédisposition pathologique des surfaces articulaires ou de leurs ligaments, présomption qui ne nous a pas arrêté et heureusement ne s'est pas réalisée.

4° Le succès et la promptitude elle-même de la réduction après un accident qui datait de trente-trois jours ne sont pas moins dignes de remarque que le rétablissement intégral des rapports et des fonctions sans aucune complication, aucun trouble consécutif. Une grande part de ces résultats revient certainement à l'emploi de l'anesthésie. Nous noterons enfin, comme considération physiologique intéressante, l'influence de l'*habitude*, influence qui a régi assez longtemps encore la contraction musculaire viciée par l'anomalie, alors que les rapports naturels avaient été restaurés.

TRAITEMENT DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU par le bicarbonate de potasse à haute dose.

Par M. le Dr A.-B. GARROD.

M. Garrod, médecin de l'hôpital du Collége de l'Université de Londres, connu en Angleterre par de nombreuses et savantes recherches sur le rhumatisme et la goutte, propose de remplacer, dans le traitement du rhumatisme, l'azotate de potasse par le bicarbonate de la même base.

Dans un travail lu dernièrement à la Société royale médico-chirurgicale de Londres, M. Garrod a exposé à cet égard les résultats de sa pratique. Depuis plus de deux ans et demi, cinquante-neuf rhumatisants ont été traités par le bicarbonate de potasse à l'hôpital du Collége de l'Université; 2 grammes 40 centigramme du sel sont donnés en solution toutes les deux heures, la nuit comme le jour, jusqu'à ce que les articulations soient libres.

Grâce à cet agent thérapeutique, on put obtenir la guérison chez les hommes, en moyenne, en six ou sept jours de traitement, après onze ou douze jours de maladie ; chez les femmes, en moyenne, au septième ou huitième jour de traitement, au quinzième ou seizième jour du rhumatisme. Même, à ces doses élevées, le bicarbonate de potasse n'occasionne ni nausées, ni vomissements, ni diarrhée. Ce médicament a l'avantage, selon l'auteur, non-seulement de diminuer l'intensité et la durée de la maladie, mais encore de prévenir et de guérir les complications inflammatoires qui se manifestent du côté du cœur. (*Lancet* et *Gaz. hebd.*)

EMPLOI DU CHARBON DE BOIS EN CHIRURGIE,

Par M. ORMEROD.

Cet article est destiné à rappeler les propriétés antiseptiques d'un agent déjà souvent préconisé, et qui se trouve à portée de toutes les mains, du charbon de bois. L'auteur a fait des expériences pour constater son pouvoir désinfectant. Il a couvert de charbon pulvérisé le cadavre d'un chien ; et, quoique le temps fût très humide, aucune fétidité n'a été perceptible, bien que l'application dont il s'agit hâte plutôt qu'elle ne retarde la décomposition (chose précieuse pour la préparation des squelettes). Mais le point important, c'est qu'elle empêche toute mauvaise odeur. Il est même remarquable qu'après avoir d'abord laissé pendant quelque temps le corps en putréfaction couvert de charbon, il suffit ensuite de l'entourer de cette poudre pour que l'effet antiseptique continue à s'opérer.

M. Ormerod fait ressortir l'utilité de ce topique dans les salles de chirurgie, principalement à l'armée, où la multitude des plaies en suppuration et l'encombrement des salles produisent des miasmes offensifs et donnent souvent lieu à la pourriture d'hôpital. Des cataplasmes de charbon pilé sur les plaies gangréneuses, de la poudre de charbon projetée sur les pièces de pansement et les matelas, préviendraient ces conséquences, causes elles-mêmes de complications parfois si graves.

On peut aussi employer cette substance pour neutraliser la puanteur horrible qui s'exhale du linge des malades affectés d'incontinence d'urine. Mais, ainsi du reste que cela avait déjà été observé, il faut tenir compte de cette circonstance que le charbon, une fois mouillé, perd en grande partie son pouvoir désinfectant.

L'un des effets les plus utiles de ce topique est de *consumer*, de détruire les eschares en très peu de temps. En trois jours, l'auteur en a vu disparaître d'une étendue très considérable. Cette indication peut avoir son avantage dans des cas fort nombreux.

(*Medical Times and Gazette.*)

CORRESPONDANCE.

M. le docteur A. Mayer, rédacteur en chef de la *Presse médicale*, nous prie d'insérer la lettre suivante :

Paris, 11 mai 1855.

« La *Presse médicale* cesse de paraître sans que j'en aie eu connaissance lorsque j'ai signé mon dernier numéro. Je suis donc obligé de recourir à la bienveillance de mes anciens collègues pour faire parvenir ces quelques lignes d'adieux à mes honorés lecteurs.

» Il y a deux ans que, voulant assurer l'avenir de la *Presse médicale* contre les difficultés financières auxquelles succombent tant de journaux, j'en cédai *conditionnellement* la propriété à un homme que je croyais capable de faire grandir une entreprise déjà prospère dès son début. La rédaction et la direction du journal me semblaient d'ailleurs un fardeau assez lourd, et je ne voulais pas assumer d'autre responsabilité.

» Si j'ai à me repentir aujourd'hui d'avoir remis en des mains impuissantes les destinées de mon œuvre, il me reste du moins la consolation de savoir que personne ne doit en souffrir que moi-même, et de pouvoir compter encore sur les sympathies du corps médical pour le moment très prochain où j'aurai à les invoquer de nouveau, attendu que je ne renonce nullement à la carrière du journalisme, qui me plaît, malgré ses vicissitudes, et dans laquelle je crois pouvoir continuer à rendre des services à la science et à la profession.

» Je vous serai infiniment reconnaissant de vouloir bien insérer cette lettre dans votre numéro de demain.

» Agréez, etc, Dr Alex. MAYER.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La Faculté de médecine de Paris a désigné dans sa dernière réunion ceux de ses membres qui devront faire un rapport sur les titres scientifiques des candidats à la chaire de pathologie interne, vacante par suite du décès de M. le professeur Requin.

M. Andral est chargé du rapport sur M. Monneret;
M. Adelon, sur M. Bouchut;
M. Bouillaud, sur M. Fleury;
M. Cruveilhier, sur M. Hardy;
M. Grisolle, sur M. Beau;
M. Piorry, sur M. Barth;
M. Rostan, sur M. Natalis Guillot;
M. Trousseau, sur M. Behier.

— M. le docteur Michel Lévy, inspecteur général du service de santé de l'armée d'Orient, est depuis quelques jours de retour à Paris.

— M. le ministre de la guerre vient de désigner les médecins principaux qui dirigeront en chef cette année les hôpitaux thermaux. Ce sont :

Pour Vichy, M. Barthez; pour Baréges, M. Campmas; pour Bourbonne, M. Cabrol.

— La *Revue thérapeutique du Midi* annonce qu'elle prendra désormais le titre de *Gazette médicale de Montpellier*.

« Afin de rendre notre tâche plus facile, dit ce journal, nous nous sommes assuré la collaboration de plusieurs des médecins qui depuis sa fondation jusqu'à ce jour ont contribué à rédiger la *Gazette médicale*. La plus précieuse des promesses qui nous ont été faites à ce sujet est celle d'une active coopération du savant directeur de la *Gazette médicale de Montpellier*, de M. le docteur A.-T. Chrestien, dont nous publierons fréquemment les travaux.

» Grâce à ces puissants secours, unis à ceux qui lui viennent de ses collaborateurs habituels, la *Revue thérapeutique du Midi* sera tout à la fois un recueil de médecine et de chirurgie pratiques, et un journal où seront débattues toutes les questions doctrinales et philosophiques qui ont caractérisé de tout temps l'école de Montpellier. L. SAUREL. »

— Depuis quelque temps les ouvrières en soie fournissaient un nombre considérable de malades aux hôpitaux ; elles présentaient les mêmes symptômes. L'une d'elles observa que chaque fois qu'elle mouillait ses doigts ou qu'elle passait le fil de soie dans sa bouche pour resserrer les brins, elle éprouvait une saveur légèrement sucrée, puis des coliques quelques moments après. Ces indications arrivèrent à la connaissance de M. Chevallier, membre du conseil de salubrité, qui fit acheter de la soie dans un grand nombre de fabriques.

Cinquante échantillons, tous trempés séparément dans une petite quantité d'eau, abandonnèrent une forte partie de leur poids. Une matière pesante imprégnait donc la soie. Cette matière fut reconnue pour de l'*acétate de plomb*. La quantité de ce poison mêlée à la soie est en poids de 20 p. 100, soit un cinquième (on sait que la soie se vend au poids). Et, chose incroyable! un brevet d'invention a été pris pour ce mélange criminel!

LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière. 8.

N° 57. — MARDI 15 MAI 1855. (28e ANNÉE.) N° 57. — MARDI 15 MAI 1855.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Les ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de l'Ascension, la GAZETTE ne paraîtra pas jeudi.

PARIS, LE 14 MAI 1855.

Séance de l'Académie des Sciences.

C'est le sort commun de la plupart des découvertes, des faits scientifiques nouveaux et des méthodes qui en dérivent, de ne prendre définitivement leur place dans la science qu'après avoir passé par une série d'épreuves critiques, de dénégations d'abord, puis de contestations touchant leur origine et leur nouveauté. Aucune de ces épreuves n'a manqué à la méthode sous-cutanée. Niée d'abord comme méthode nouvelle et originale ; attribuée ensuite à tous ceux qui, à diverses époques, avec des vues différentes ou dans un but qui ne dépassait pas la portée d'une indication spéciale ou d'un fait particulier, ont pratiqué des opérations plus ou moins analogues aux opérations sous-cutanées; méconnue enfin par quelques-uns jusque aujourd'hui même dans ses principes et dans son véritable caractère physiologique et expérimental, la méthode sous-cutanée n'en a pas moins fourni déjà, malgré ces entraves, et quoique jeune encore, une rapide et brillante carrière. Témoin l'énoncé des opérations sous-cutanées contenu dans le mémoire de M. J. Guérin, dont nous avons reproduit un résumé dans nos numéros du 30 janvier et du 3 avril derniers.

Mais ce n'est pas tout que la vérité triomphe et que l'art bénéficie des progrès dus à la découverte d'un fait scientifique nouveau ; la vérité historique et l'équité veulent que le mérite en revienne, en raison de la part qu'il y a prise, à celui ou à chacun de ceux à qui l'on en est redevable. Quelque délicates, difficiles et souvent obscures que soient ces questions de priorité, il est toujours possible néanmoins, de les résoudre et de discerner, au milieu des prétendants, celui dont le nom restera plus spécialement attaché à la découverte. Il faut pour cela se placer, non pas au point de vue du fait brut et matériel que tout le monde a pu voir, mais dont personne n'avait jusque-là saisi le sens et la portée véritable, mais au point de vue de la signification physiologique de ce fait, de sa généralisation et de ses applications, en un mot de sa formule scientifique complète.

Or, quelle est, dans l'espèce, l'origine réelle de la méthode sous-cutanée? Ou, en d'autres termes, qu'est-ce que la méthode sous-cutanée ; quel est son caractère ; sur quel principe repose-t-elle ; à qui est due la découverte de ce principe, et partant la constitution réelle de la méthode?

Telles sont les questions que s'est proposé d'examiner et de résoudre M. le docteur Phillips, dans la lettre adressée à l'Académie des sciences sur l'origine et le caractère de la méthode sous-cutanée.

En posant la question en ces termes et la ramenant à son véritable point de vue, c'est-à-dire à la recherche du principe scientifique nouveau sur lequel repose tout entière la constitution de la méthode sous-cutanée, savoir : *l'organisation immédiate des plaies maintenues à l'abri du contact de l'air et la régularisation d'un manuel opératoire propre à assurer la rigoureuse application de ce principe à toutes les opérations de la chirurgie,* M. Phillips a pu lui donner la solution la plus vraie et la plus conforme aux véritables principes de la science et de l'équité. Sans méconnaître aucun titre et en faisant la part de chacun, il a reconnu et déclaré que si Delpech, Dupuytren, Stromeyer, Dieffenbach et lui-même ont contribué à préparer par leurs tentatives empiriques l'avénement de la méthode, celle-ci n'a réellement été constituée, et elle l'a été en quelque sorte d'emblée, que par la découverte et la démonstration du principe qui vient d'être formulé.

Cette appréciation de M. Phillips, à laquelle nous souscrivons sans réserve, est tout à la fois un témoignagne d'autant plus précieux et un hommage d'autant plus honorable pour le véritable auteur de la méthode sous-cutanée, qu'il émane d'un chirurgien spécialement compétent, et qui, tant dans la personne de son ancien maître, Dieffenbach, que par lui-même, pouvait se considérer comme partie intéressée dans la question. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. JOBERT (de Lamballe).

Des abcès froids.

J'ai à vous entretenir de plusieurs malades de mes salles affectés d'abcès chauds et d'abcès froids, sur lesquels je veux aujourd'hui appeler votre attention.

OBS. I. — La malade couchée au n° 9 de la salle Saint-Maurice est entrée à l'Hôtel-Dieu pour une affection carcinomateuse du col de l'utérus, compliquée d'un engorgement inflammatoire du ligament large droit. La méthode antiphlogistique, bien qu'appliquée avec une grande vigueur, n'a pu arrêter les accidents, et bientôt cette femme a présenté tous les symptômes d'un abcès dans le ligament large, siége de l'inflammation.

Le pus qui s'y est déposé a pénétré dans le cœcum et a été rendu avec les selles. Les accidents se sont calmés et la malade se trouve dans un état très satisfaisant.

OBS. II. — Une seconde malade, couchée au n° 34 de la même salle, portant au côté externe de l'articulation du genou un abcès enkysté, sans cause connue. Pour vider cette tumeur, j'ai pratiqué une ponction; un liquide séro-purulent mêlé de grumeaux s'est écoulé, et j'ai poussé une injection iodée · elle a tout à fait échoué, ainsi qu'une seconde injection de même liquide. J'en ai fait une troisième avec de l'eau alcoolisée, sans résultat; et enfin j'ai dû recourir à une injection ammoniacale, qui paraît avoir déterminé un travail sérieux, un travail suppuratif des parois du kyste. La piqûre de la ponction donne issue à un liquide séro-purulent; le kyste a diminué d'étendue par l'agglutination des parois du foyer à sa partie inférieure, et tout me fait espérer que le reste du foyer s'agglutinera de la même manière (1).

OBS. III. — Le malade n° 1 de la salle Saint-Côme portait à la région du cou trois abcès froids. J'ai incisé l'un de ces abcès ; et comme la peau qui recouvrait les deux autres était amincie et ne présentait pas les conditions de vitalité suffisantes pour la réunion, j'ai excisé toute la portion malade.

OBS. IV. — Les injections iodées ayant complétement échoué sur un malade de la salle Saint-Côme (n° 19) qui avait un ancien et vaste abcès froid à la partie antérieure de la cuisse, j'ai incisé le foyer dans toute sa longueur. La membrane qui le tapissait était solidement organisée ; je l'ai détruite avec le nitrate d'argent. Le pus s'est alors accumulé dans un clapier profond à la partie supérieure et interne de la cuisse. Un nouveau débridement, la destruction de la membrane pyogénique ont totalement changé la nature de la plaie ; le bourgeonnement s'est alors rapidement développé.

OBS. V. — Un autre malade, couché au n° 38 de la même salle, et qui a subi, il y a deux ans, l'extirpation du bras pour une tumeur blanche de l'articulation du coude, porte un vaste abcès à la région fessière gauche. Les injections iodées n'ayant point réussi, j'ai l'intention de débrider largement dans toute l'étendue du foyer.

Nous allons maintenant établir les différences qui existent entre les abcès chauds et les abcès froids, et parler du traitement de cette dernière affection.

L'abcès du ligament large, dont j'ai parlé en premier lieu (Obs. I, salle Saint-Maurice, 9), doit être considéré comme un abcès chaud, comme un véritable phlegmon. Son apparition a été accompagnée de symptômes de réaction, d'un mouvement fébrile très prononcé, comme celle de tous les abcès chauds; il en a suivi la marche ordinaire.

Cette marche est bien différente de celle des abcès froids, qui ne peuvent en aucune manière leur être comparés.

Au lieu que ceux-ci se développent avec une grande rapidité, causent un trouble fonctionnel plus ou moins sérieux, sont l'occasion et le siége de vives douleurs, se manifestent par la coloration des téguments ;

Les abcès froids, au contraire, se développent insensiblement, sans cause ordinairement appréciable, ne causent aucune irritation locale, n'ont d'autres signes extérieurs que la tuméfaction et l'hypertrophie de la région malade comparativement au côté sain, sont très fluctuants, mettent un temps plus ou moins long à se développer, sans que le malade accuse de douleur (bien que, s'ils sont placés dans le voisinage d'un nerf [Obs. 4, salle Saint-Côme, 19], ils pussent causer de la douleur dès le principe).

Quand on les presse avec précaution, on éprouve quelquefois une sensation particulière, celle de grains de riz, de neige que l'on écraserait.

On ne saurait comparer le membrane pyogénique des abcès chauds à celle des abcès froids. La première est mince, facile à détruire ; celle des abcès froids est, surtout quand l'abcès est un peu ancien, très solide, de couleur blanchâtre ; son organisation est simple, alvéolée. Elle sécrète un pus d'une nature particulière, qui n'est pas lié comme celui des abcès chauds, mais un peu visqueux, demi-transparent, mêlé de grumeaux blancs et caséeux, contient des débris de fausses membranes qui établissent quelquefois des adhérences entre les parois du foyer.

Bien loin de se comporter comme les abcès chauds, les abcès froids restent longtemps en contact avec les tissus environnants sans les altérer.

On dirait, en considérant ce travail insensible de sécrétion, que l'abcès froid est le résultat d'une sorte d'apathie locale à la région qu'il affecte.

Quelles sont les causes des abcès froids? Les malades n'indiquent jamais de cause qui paraisse être la véritable ; ils rapportent l'apparition des premiers symptômes à une chute, à une violence extérieure. On a posé en principe qu'ils se manifestent là où le système lymphatique est très développé, où les vaisseaux et les ganglions lymphatiques sont en grand nombre. Ces abcès sont, il est vrai, le plus souvent superficiels, et cependant on les observe fréquemment dans la profondeur des organes. Il y en a plusieurs exemples dans les salles.

MM. Velpeau et Meyer pensent que ces abcès reconnaissent pour cause un épanchement sanguin qui se transformerait en matière purulente.

On a dit qu'ils existaient chez les scrofuleux. Cette opinion, quoique le plus généralement vraie, est loin de trouver sa confirmation dans tous les faits qui se présentent.

Quoi qu'il en soit, les abcès froids ne surviennent que chez des individus affaiblis, débilités, et chez les scrofuleux.

Je crois, messieurs, que tout traitement des abcès froids doit avoir pour but de modifier ou de détruire la membrane pyogénique pour l'empêcher de sécréter le pus qu'elle fournit ; et il faut la modifier ou la détruire dans toute son étendue, autrement on s'exposerait à voir se reproduire ce qui arrive pour les abcès vulvaires dans lesquels on n'a pas totalement détruit cette membrane : on voit en effet la plaie se cicatriser, le malade paraît guéri ; mais au bout de quelque temps l'abcès se reproduit au même endroit comme si l'on n'avait soumis le malade à aucun traitement.

On a beaucoup vanté l'injection iodée pour obtenir la guérison des abcès froids ; elle agit en modifiant la membrane pyogénique, en lui faisant, au lieu de pus, sécréter une lymphe plastique dont la coagulation rapproche et unit les parois du foyer. Je l'ai expérimentée un grand nombre de fois, et, je dois le dire, je n'ai point toujours eu à m'en louer ; elle ne m'a réussi que dans les abcès récents et circonscrits à un petit espace.

Les grandes et longues incisions, préconisées par Lisfranc, me paraissent devoir convenir le plus souvent pour les abcès vastes et anciens ; mais il faut avoir bien soin de détruire tout à fait la membrane pyogénique. Encore ces grandes incisions ne suffisent-elles pas toujours.

Si la peau qui recouvre l'abcès est amincie, malade, ne présente point assez de vitalité pour se recoller avec les tissus sous-jacents, l'incision seule ne suffit plus, et j'ai l'habitude d'unir l'incision à l'excision, d'exciser le lambeau malade ; de faire ainsi une perte de substance que le bourgeonnement viendra réparer.

Je résumerai donc ainsi le traitement de cette affection :

1° Si l'abcès est récent et circonscrit à un espace peu considérable, injections avec l'iode. Si l'iode ne réussit pas, avec l'eau alcoolisée, puis avec l'eau ammoniacale. (Obs. II, salle Saint-Maurice, n° 34.)

2° Si l'abcès est vaste et ancien, tenter l'injection iodée, puis débrider largement dans toute l'étendue du foyer. Il faut alors éviter avec le plus grand soin que l'écoulement de sang soit considérable, parce qu'on a toujours affaire à des sujets affaiblis, débilités : et on y arrivera facilement en plaçant après les incisions des lamelles d'amadou entre les lèvres de la plaie ; détruire complétement la membrane pyogénique avec des mèches ou le nitrate d'argent, suivant l'étendue du foyer. (Obs. IV, salle Saint-Côme, n° 19.)

(1) L'oblitération du kyste est complète depuis quelques jours (13 mai).

3° Enfin si la peau qui recouvre la tumeur est malade, combiner l'incision à l'excision, exciser toute la portion malade : faire par conséquent une perte de substance ; détruire de même la membrane pyogénique.

NOTE

SUR LES VARIATIONS DU TON DES BRUITS, RESPIRATOIRES DANS LA PNEUMONIE, LA PLEURÉSIE ET LA PHTHISIE (1).

Par M. le docteur Austin Flint,

Professeur de médecine théorique et pratique à l'Université de Louisville (Amérique).

Outre les variations dans la qualité des sons que fournissent la percussion et l'auscultation, il faut aussi tenir compte de différences qu'ils offrent sous le rapport de la *gravité* et de l'*acuité* dans le sens qu'ont ces mots en langage musical; en d'autres ermes, il faut tenir compte des variations diatoniques.

Sous ce rapport, l'observation conduit à formuler les conclusions suivantes :

1° Dans la seconde période de la pneumonie, le bruit inspiratoire a un ton élevé; il est suivi d'un son expiratoire qui est souvent, si ce n'est toujours, plus haut en ton que le bruit de l'inspiration, ces traits se rencontrant joints à un plus ou moins grand nombre des autres caractères qui appartiennent à la respiration bronchique.

2° Dans les cas où il y a un dépôt tuberculeux peu considérable ou autrement dit dans les cas de phthisie commençante, la modification la plus frappante du bruit respiratoire est l'élévation du ton. Cette élévation de ton est un élément important de ce qui est généralement appelé respiration rude, dure. Si un bruit expiratoire est appréciable dans ces circonstances, le ton peut en être aussi haut ou plus haut que celui du bruit de l'inspiration; la variation de ton qui existe dans le premier est aussi grande que dans le murmure normal; le ton de l'expiration est plus bas que celui de l'inspiration. Ainsi donc il peut se faire que l'élévation du ton de l'expiration soit le meilleur signe d'une phthisie commençante dans quelques cas où la variation dans l'inspiration n'est pas sensible.

3° Si le dépôt tuberculeux est plus considérable, le ton de la respiration est plus sensiblement élevé. Le ton du bruit de l'expiration, quand il est appréciable, peut être soit aussi haut, soit plus haut que celui du bruit de l'inspiration. Plus ou moins des autres caractères de la respiration bronchique s'y rencontre aussi.

4° Dans la pleurésie avec épanchement, le ton du bruit respiratoire est élevé, et se lie à plus ou moins des caractères de la respiration bronchique, dans les parties de la poitrine situées au dessus du poumon comprimé. Dans les cas où il y a eu un grand épanchement, après son entière disparition par l'absorption, le côté affecté peut continuer à présenter une variation de ton; la symétrie des deux côtés se trouvant altérée d'une manière permanente, sous ce rapport, après que la qualité vésiculaire de la respiration est recouvrée.

5° Dans les cas où le tubercule est arrivé à la période d'excavation, le siége d'une cavité de grandeur considérable est indiqué par un bruit de soufflet, d'un ton bas, avec un bruit expiratoire (s'il est appréciable) dont le ton est plus bas que celui du bruit de l'inspiration. Ces traits constituent les éléments de la respiration caverneuse, et la respiration caverneuse est le signe le plus constant d'une excavation, et celui auquel on peut le plus s'en rapporter.

Si la cavité est très grande, ou s'il y a plusieurs cavités, la respiration peut être tellement modifiée qu'à l'auscultation immédiate sur tout le sommet de la poitrine elle présente les caractères caverneux. Ceci peut avoir lieu en même temps que de la matité en percutant indiquerait l'existence de plus ou moins de solidification jointe aux cavités. La coexistence de matité relative à la percussion et d'une respiration soufflante à ton bas dénote que l'excavation est prédominante.

La respiration caverneuse peut aussi exister dans les cas d'excavation causée par une gangrène circonscrite, et dans le pneumothorax avec perforation.

6° Dans la phthisie arrêtée, les traces de la maladie peuvent se manifester par une variation permanente dans le ton de la respiration, jointe à plus ou moins de matité à la percussion de l'un ou de l'autre côté du sommet de la poitrine.

7° Durant la pneumonie, l'exsudation qui a lieu dans les cellules aériennes finit, par suite de son accumulation, par remplir les cellules et devient la cause principale de l'augmentation de densité du tissu pulmonaire dans la seconde période de cette maladie. Cette exsudation est douée de beaucoup de ténacité, comme on le voit par l'*expectoration visqueuse* qui appartient à cette période de la pneumonie. Les parois des cellules sont agglutinées, à cause de cette viscosité, pendant que les poumons sont affaissés après l'expiration, et la séparation soudaine des *parois adhérentes* par l'acte de l'inspiration produit le *râle*.

Voilà en quelques mots la définition qu'a donnée le docteur Carr. Elle s'accorde avec la condition pathologique qui appartient à la première période de la pneumonie, et elle fait comprendre pourquoi le râle accompagne l'acte de l'inspiration seulement et est entendu principalement à la fin de l'acte inspiratoire; elle est d'accord aussi avec le caractère de *sécheresse* que possède le râle crépitant; enfin elle indique pourquoi le râle doit complétement, ou du moins à peu près, disparaître quand arrive la solidification des poumons.

Une définition offrant une très faible analogie avec la précédente fut présentée, peu de temps après la publication de celle du docteur Carr, par le docteur Walshe (de Londres). Ce dernier attribuait le râle à la compression de l'exsudation morbide contenue dans le tissu cellulaire du poumon. Cette théorie, avec laquelle les auteurs américains ont quelquefois confondu à tort celle du docteur Carr, est évidemment tout à fait différente; et outre qu'elle est intrinsèquement moins satisfaisante, elle est démentie par les observations microscopiques, qui démontrent que le produit morbide est contenu, pendant la pneumonie, dans les cellules aériennes, et non dans le tissu cellulaire et élastique intervésiculaire.

(1) Le travail dont nous donnons ici les principales conclusions, parce qu'il n'a pas été mentionné en France dans les recueils ni dans les traités d'auscultation, a été publié dans les *Transactions de l'Association médicale américaine* (1852) et couronné par ce corps savant dans l'année 1852.

DES MODIFICATIONS SUBIES PAR L'UTÉRUS

à l'époque des menstrues.

Dans un article paru le 2 mai, où sont réfutées les opinions que j'ai émises sur la source des menstrues, M. E. Legendre commence par dire qu'il n'est pas permis de douter du siége de l'écoulement cataménial, et cite textuellement M. P. Dubois. Je trouve cependant que la phrase de cet auteur peut laisser quelque indécision dans l'esprit, car enfin la surface interne de l'utérus est tapissée par une membrane muqueuse; on pouvait donc se demander si l'écoulement sanguin tirait son origine des parois mêmes de cet organe ou seulement de la muqueuse.

Ainsi il y avait déjà à choisir entre l'utérus et cette membrane : je crois donc que je n'avais pas tout à fait tort en disant que l'on n'avait pas précisé d'une manière bien exacte d'où provenait le sang menstruel, puisque l'autorité elle-même sur laquelle s'appuie M. Legendre n'est pas très explicite à cet égard.

L'auteur du même article passe ensuite en revue mes observations; il commence par en extraire tout ce qui peut être utile à la cause qu'il défend, puis, quand il a fait ce triage, il nie tout ce qui lui est contraire, s'appuyant sur des observations de femmes mortes *avant* ou après leurs règles dans lesquelles le professeur Bischoff ne parle pas des altérations que j'ai mentionnées.

Je ferai d'abord observer que chez la plupart d'entre elles les règles étaient déjà *passées* ou n'étaient pas encore *parues*, que dans aucune on n'a pu préciser la date de leur apparition; je me permettrai même de dire que dans toutes l'auteur passe assez légèrement sur la description de l'utérus et du col en particulier. Il mentionne sa congestion, ce qui ne veut pas dire pour cela que le sang provient de l'intérieur de l'utérus. Du reste, M. Bischoff a bien l'intention de décrire les particularités propres à l'utérus pendant la menstruation; ce qui semble le préoccuper surtout, c'est la recherche de l'œuf, que, par parenthèse, il n'a pas trouvé. Il n'est donc pas étonnant qu'il ait laissé échapper une chose que l'on ne découvre qu'avec beaucoup d'attention et seulement à l'*époque des règles*.

Mais je vais plus loin : j'accorde à M. Legendre que tous les faits qu'il cite sont plus que suffisants pour confirmer l'idée généralement reçue; seulement, en revanche, je lui demanderai la permission de me laisser croire que ce qui existe existe bien réellement.

Comment! je comprime très fortement le corps de l'utérus contenant cette espèce de membrane à laquelle il fait jouer un si grand rôle, et pas une goutte de sang ne s'échappe; je pratique au contraire la même opération pour le col, et je vois les lèvres se couvrir de gouttelettes de sang, et M. Legendre veut que je dise que le sang provient de la cavité utérine! Non; quand je devrais être englouti sous un monceau de citations, je ne me sentirais pas encore la force de renier la proposition que j'ai énoncée.

Je maintiens donc ce que j'ai avancé, mais seulement pour les trois ou deux observations que j'ai publiées, ainsi que je l'ai déjà fait observer; car qu'ai-je dit?

Que d'après ces observations il était permis, etc.

Et en finissant, j'ai ajouté que si d'autres venaient corroborer les premières, la question prendrait un certain intérêt. J'ai généralisé, mais seulement pour les observations qui m'étaient propres.

Du reste, que M. Legendre ou une autre personne me présente une observation prise dans des circonstances *identiques* à la première, car les deux autres, ou l'autre, si l'on le veut absolument, ne sont là que pour une chose : pour confirmer les modifications de structure subies par les lèvres du col à l'époque menstruelle, puisque le sang ne coulait déjà plus quand elles sont mortes; si dans cette observation on ne retrouve les particularités que j'ai indiquées, je serai le premier à dire que tout ce que j'ai avancé est faux et que ce que j'ai pris pour un fait physiologique était purement pathologique.

Ch. JUDÉE.

POTION AVEC LE CHLORURE AMMONIQUE.

Eau de tilleul.	200 grammes.	
Chlorure ammonique. . . .	1, 2, 3	—
Sirop de pavot blanc. . . .	16	—

A prendre une cuillerée à soupe d'heure en heure.

Déjà le chlorhydrate d'ammoniaque a été employé en Allemagne contre les bronchites; on le prescrivait à la dose de 5 grammes dans une infusion de réglisse. (*Journ. de chim. méd.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 7 mai 1855. — Présidence de M. Regnault.

Origine et caractère de la méthode sous-cutanée. — M. Phillips adresse à l'Académie la lettre suivante sur l'origine et le caractère de la méthode sous-cutanée :

« L'incertitude qui paraît encore régner dans quelques esprits sur l'origine et le véritable caractère de la méthode sous-cutanée, et par conséquent sur la nature des services qu'elle est appelée à rendre, fait un devoir à toutes les personnes qui ont concouru à son établissement de fournir leur contingent de lumières et d'expérience. Je viens donc, en ma qualité d'élève et de collaborateur de Dieffenbach, et comme auteur de plusieurs ouvrages relatifs aux opérations sous-cutanées, offrir à l'Académie mon faible tribut sur cette question.

» Qu'est-ce que la méthode sous-cutanée? J'ai cru d'abord et j'ai écrit que cette méthode consiste à couper sous la peau ce que naguère on coupait à ciel ouvert. Je ne crains pas de lè reconnaître, j'ai commis pendant longtemps et avec beaucoup de personnes une méprise que j'ai cherché depuis à faire cesser. La méthode sous-cutanée peut se réduire à ces termes : il y a des plaies sous-cutanées qui suppurent, il y en a qui ne suppurent pas; la découverte de la cause de cette différence, l'institution des principes et des règles qui sont propres à ne produire que des plaies sous-cutanées qui ne suppurent pas et à faire bénéficier de cet avantage toutes les opérations de la chirurgie qui peuvent être pratiquées sous la peau, voilà en quoi consiste la méthode sous-cutanée.

» Le caractère de la méthode sous-cutanée ne consiste donc pas dans son apparence extérieure, ni dans son manuel opératoire tel qu'il avait été institué et perfectionné par nos prédécesseurs, depuis Delpech jusqu'à Stromeyer et Dieffenbach, mais dans la découverte d'un principe nouveau : l'organisation immédiate des plaies maintenues à l'abri du contact de l'air, et dans la régularisation d'un manuel opératoire propre à assurer la rigoureuse application de ce principe à toutes les opérations de la chirurgie. Reconnaissons que si la première période de cette phase chirurgicale a été l'œuvre de Delpech, de Dupuytren, de Stromeyer et de Dieffenbach et de quelques autres encore, la seconde a été réalisée d'emblée par M. Jules Guérin et développée par tous les chirurgiens qui ont compris la fécondité de son idée et qui ont travaillé avec lui à tirer les conséquences pratiques qu'elle renferme.

» Avant la constitution de la vraie méthode sous-cutanée, on avait fait bon nombre de sections de tendons sous la peau, on avait lié des veines sous la peau, etc.; mais ces différentes opérations, pratiquées uniquement en vue de ménager l'enveloppe tégumentaire et de réduire les phénomènes inflammatoires en proportion de la dimension des plaies, laissaient en quelque façon au hasard de décider s'il y aurait ou non suppuration, et lorsque la guérison immédiate arrivait, on était bien plus disposé à l'attribuer à l'exiguïté de la plaie et à la nature du tissu tendineux divisé, tissu d'une vitalité obscure, qu'à toute autre circonstance étrangère à ces deux causes. Les opérations exécutées par mon illustre maître et ami Dieffenbach, celles qui ont été répétées en Allemagne par d'autres chirurgiens, et que j'ai répétées moi-même sur une assez grande échelle, n'ont pas eu d'autre but ni d'autre caractère. Les publications directes de Dieffenbach, celles que j'ai faites en son nom et sous sa dictée, celles que j'ai faites plus tard en mon nom particulier constatent de la manière la plus évidente non-seulement que personne de nous n'avait agi, pensé et écrit en vue des principes découverts depuis, mais que, faute d'avoir bien compris tout d'abord la haute signification de ces principes, nous nous sommes joints à ceux qui leur faisaient opposition. Mais Dieffenbach et moi nous n'avons pas tardé à reconnaître notre erreur; et mon illustre maître a donné dans cette circonstance un nouveau témoignage de la sûreté de son esprit comme de la loyauté de son caractère en venant déclarer lui-même à l'auteur du nouveau progrès qu'il l'admettait dans toute son étendue et qu'il en reconnaissait tout l'honneur à celui qui venait de l'instituer. »

Choléra. — L'Académie envoie à l'examen de la section de médecine et de chirurgie, constituée en commission du legs Bréant, les communications suivantes :

Mémoire sur le choléra et la suette, observés à Roumens et dans quelques communes voisines de la Haute-Garonne, par M. Martin-Duclaux;

Traité du choléra asiatique; description de la maladie dans toutes ses périodes et indication des remèdes qui ont été employés jusqu'ici avec le plus de succès, par M. Pelka, de Landser (Haut-Rhin);

Nouvelle doctrine physiologique sur l'épidémie asiatique, par M. Dain (de Bourges);

Formule d'un remède employé avec succès contre le choléra, par M. Ogniben (André), de l'Ecole de médecine de Padoue. (Note écrite en italien.)

Trichomonas vaginal. — MM. Scanzoni et Kœlliker adressent quelques remarques sur le trichomonas vaginal de Donné.

Malgré les nombreuses observations publiées sur le trichomonas vaginal décrit par M. Donné, la véritable nature de cet être ne paraît pas encore fixée. Les uns le regardent comme un animal et le placent soit parmi les infusoires (Donné, Dujardin, Raspail), soit parmi les acariens (R. Froriep, Ehrenberg). Les observateurs plus récents considèrent le trichomonas comme étant des cellules d'épithélium de l'utérus détachées et nient que ce soit un organisme animal (Lebert, Valentin, J. Vogel, de Siebold, R. Wagner).

Après avoir étudié sérieusement ces formations et le mucus des organes génitaux chez beaucoup d'individus, MM. Scanzoni et Kœlliker ont été à même de constater que le mucus du col de l'utérus ne contient jamais des trichomonas, ce qui devrait être le cas si ceux-ci n'étaient que des cellules vibratiles. Ils ont vu en outre que les trichomonas ressemblent en tous points aux véritables infusoires.

La forme des trichomonas est généralement allongée, soit ovoïde, soit piriforme, et leur grandeur assez variable (de 0,008 à 0,016 et à 0,018 de millimètre). Une des extrémités porte un, deux ou trois longs filaments flagelliformes de 0,015 à 0,030 de millimètre de longueur; à

la base desquels se trouvent un ou plusieurs cils vibratils généralement assez courts. L'autre extrémité du corps s'allonge le plus souvent en une queue ou en stylet mince assez rigide et non contractile, dont la longueur peut égaler celle du corps. Il a été impossible de trouver une ouverture buccale. L'intérieur est finement granulé, incolore, sans apparence de nucléus ou de vacuoles contractiles. Quant aux mouvements, ils sont très lents quand le mucus vaginal est délayé avec de l'eau ou avec une solution de sucre peu concentrée, car l'eau est très nuisible à ces animaux. Mis en contact avec elle, ils se gonflent, prennent une forme globuleuse et montrent des vacuoles à l'intérieur; les mouvements des cils vibratiles continuent encore pendant quelque temps, mais ils se font sans énergie, de sorte que les animaux ne changent pas de place et cessent de se mouvoir après un certain temps. De pareils trichomonas ont une ressemblance assez prononcée avec des cellules vibratiles, et les auteurs pensent que ceux qui ont émis l'opinion que ces organismes ne se rangent pas parmi les animaux se sont laissés induire en erreur par des préparations traitées avec de l'eau. Si, au contraire, on observe au microscope le mucus vaginal *pur*, on est étonné de la mobilité et de la vivacité de ces petits êtres, et nul doute ne reste sur leur nature.

MM. Scanzoni et Kœlliker ont trouvé les trichomonas sur beaucoup de femmes enceintes ou non enceintes, saines ou affectées d'écoulement, et d'après leur opinion, cet animal n'a aucune relation avec le principe vénérien. Néanmoins il est bien vrai, comme déjà M. Donné l'a fait ressortir, que les trichomonas ne se trouvent jamais dans un mucus vaginal qui ne contient point de globules muqueux ou purulents, et qu'ils se montrent souvent en très grand nombre dans un mucus jaunâtre, crémeux (non écumeux, suivant M. Donné) et fortement acide. Il sera donc toujours permis de dire que l'existence de ce parasite se rattache à une certaine altération du mucus vaginal, et qu'il acquiert son plus grand développement dans une sécrétion vraiment morbide.

— M. Baudens adresse une lettre relative à des observations générales qu'il a pu faire dans le cours de la mission qui lui a été confiée pour l'organisation d'hôpitaux destinés à recevoir des malades de l'armée de Crimée. Ces observations, consignées pour la plupart dans une note présentée au nom de l'auteur par M. le maréchal Vaillant, dans la séance du 30 avril, sont déjà connues de nos lecteurs.

— Dans le comité secret, la section d'anatomie et de zoologie a présenté M. Flourens et M. Valenciennes comme candidats pour la chaire d'histoire naturelle (corps organisés) vacante au collége de France, par suite du décès de M. Duvernoy.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 2 mai 1855. — Présidence de M. Huguier.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Michon présente un malade autrefois affecté de cancroïde et auquel il a pratiqué la rhinoplastie en replaçant dans sa position naturelle le pédicule du lambeau après sa section.

Le malade que je présente à la Société, dit-il, est connu de M. Broca. Je le présente surtout comme offrant un résultat de restitution à sa place anatomique du pédicule dans l'opération de la rhinoplastie. Cette modification que j'ai apportée à certaines autoplasties de la face et de la rhinoplastie en particulier est le troisième fait accompli de ce genre qui m'appartient. J'ai eu l'idée d'opérer de cette manière en novembre 1851 chez le nommé Robichon. Depuis cette époque j'ai enseigné publiquement et fait voir à un grand nombre d'élèves et de praticiens l'application et les avantages de ce procédé; j'en ai également exposé les règles basées sur l'observation et l'expérimentation. J'ai fait la première opération sur le nommé Guénard en juin 1852; la seconde sur le nommé Gaillart en août 1852. Le malade que je présente, le nommé Maret, a été opéré en décembre 1854. J'ai commencé hier 1er mai la quatrième opération de ce genre; je la regarde comme un progrès que je crois avoir introduit dans la pratique chirurgicale.

— M. Follin présente une jeune fille d'une vingtaine d'années atteinte de nystagmus latéral. A aucune époque de la vie chez cette fille la vision n'a été parfaite, mais c'est seulement depuis neuf ans que cette affection s'est développée. Aujourd'hui la malade ne distingue plus les objets, quoiqu'il n'existe aucune opacité des milieux de l'œil. La convulsion oculaire cesse parfois pendant un laps de temps très court; mais on ne l'arrête guère, comme dans quelques autres cas, en forçant la malade à fixer des deux yeux quelque objet.

— M. Boinet consulte la Société sur un malade qui présente dans la région carotidienne droite une tumeur animée de battements. S'agit-il ici d'un anévrisme ou d'un ganglion induré et soulevé par la carotide qui bat au-dessous de lui?

M. Morel pense que cette tumeur n'est qu'un ganglion induré. En effet, il est facile de l'isoler et de la saisir entre les doigts; on voit alors qu'elle n'est pas pulsatile, qu'elle n'est réductible à aucun degré. Enfin, elle n'est le siége d'aucun bruit.

M. Larrey pense comme M. Morel sur la nature de cette tumeur.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Ch. Dubreuilh écrit à M. le président pour obtenir le titre de membre correspondant; à l'appui de sa candidature, il adresse une série de mémoires sur divers points d'obstétrique, puis deux observations d'hydarthrose du genou et de fistule urinaire guéries par les injections iodées.

Ces travaux sont renvoyés à une commission composée de MM. Danyau et Voillemier.

— M. le docteur Niepce adresse un mémoire sur l'action thérapeutique de l'eau sulfureuse et iodée d'Allevard.

M. Boinet est chargé d'en rendre compte.

— La Société impériale d'agriculture adresse le tome 10e du bulletin de ses séances, son annuaire pour 1855 et le programme général des questions mises au concours.

— Lecture et adoption du procès-verbal.

M. Richard revient en quelques mots sur la tumeur présentée dans la dernière séance par M. Richet. Il rappelle que cette tumeur a été le siége d'un écoulement séro-sanguin par le mamelon, et il annonce que sur quatre tumeurs adénoïdes enlevées cette semaine dans les hôpitaux, et en particulier sur une d'entre elles provenant du service de M. Velpeau, on a noté le phénomène en question. En fixant l'attention de la Société sur cet écoulement séro-sanguin de certaines tumeurs mammaires, M. Richard demande à ses collègues ce qu'ils ont pu observer à cet égard.

M. Follin. La tumeur provenant du service de M. Velpeau et à laquelle M. Richard vient de faire allusion ne peut guère lui servir à prouver la valeur de l'écoulement sanguin comme signe des tumeurs adénoïdes. En effet, cette tumeur était composée de deux tumeurs secondaires, dont l'une était franchement cancéreuse : c'est même là un exemple remarquable d'éléments cancéreux déposés dans la trame d'une tumeur adénoïde. L'observation micrographique est ici tout à fait d'accord avec le diagnostic posé par M. Velpeau.

M. Follin cite ensuite un autre fait d'écoulement séro-sanguin par le mamelon observé sur une malade du service de M. Jobert et qui coïncidait avec un vaste encéphaloïde de la mamelle.

M. Richard a examiné au microscope cette tumeur avec M. Robin, et selon ce dernier il s'agirait seulement d'une tumeur hypertrophique dans laquelle on constaterait les culs-de-sac glandulaires de la mamelle.

M. Follin ne nie pas qu'on ne puisse constater ici les culs-de-sac glandulaires de la mamelle à côté des éléments cancéreux, puisqu'il reconnaît que ces éléments se sont déposés dans la trame primitive d'une tumeur adénoïde.

M. Guersant croit que le signe indiqué par M. Richard peut induire en erreur si l'on veut s'en servir pour distinguer une tumeur cancéreuse d'une tumeur hypertrophique. Il y a des tumeurs hypertrophiques qui ont donné lieu à cet écoulement, mais tout le monde a vu de semblables écoulements par le mamelon dans des cas de tumeurs franchement cancéreuses.

M. Broca. Je n'ai pas l'intention de prendre parti dans ce débat sur la valeur diagnostique de l'écoulement séro-sanguinolent par le mamelon. Si je m'en rapportais à ce que j'ai vu, je me sentirais peut-être disposé à adopter l'opinion de M. Richard. Mais un petit nombre de faits ne suffit pas, et je crois qu'il ne serait pas prudent d'écarter absolument l'idée de cancer d'après le seul caractère de l'écoulement en question.

D'ailleurs, M. Guérin vient de me dire qu'il avait constaté cet écoulement dans un cas de cancer véritable, reconnu tel après l'ablation par M. Robin, qui examina attentivement la tumeur au microscope.

J'ai dit que mes propres observations s'accordaient assez bien avec celles de M. Richard. J'ai eu en effet tout récemment l'occasion de constater l'écoulement séro-sanguinolent par le mamelon sur deux malades atteintes d'hypertrophie partielle de la mamelle. L'une de ces malades est une dame créole, âgée de cinquante-huit ans, qui depuis son enfance porte des tumeurs dans les deux seins. Ces tumeurs sont au nombre de cinq; une seulement occupe le sein droit, les quatre autres sont dans le sein gauche. La plus récente de ces tumeurs a paru vers l'époque où les règles se montrèrent pour la première fois. Depuis lors ces tumeurs sont restées stationnaires, indolentes et inoffensives; la malade, aujourd'hui encore, présente un état général très satisfaisant. Ainsi il ne peut y avoir aucun doute sur la nature non cancéreuse de son mal. Or, il y a quelques mois l'une des tumeurs du sein gauche a pris quelque accroissement; elle est devenue le siége d'une douleur sourde, et un écoulement séro-sanguinolent n'a pas tardé à se produire par le mamelon correspondant.

Ma seconde malade est une dame de trente-six ans. Une tumeur parut spontanément il y a deux ans dans la partie supérieure et externe de la mamelle droite. Cette tumeur s'accrut lentement, et atteignit le volume d'une noix. Il y a quelque temps le mamelon commença à laisser suinter un liquide séro-sanguinolent. Cet écoulement, assez abondant, se montra et disparut à plusieurs reprises. La malade s'en inquiéta beaucoup, et se décida à venir à Paris pour se faire opérer.

J'ai enlevé cette tumeur le 21 avril dernier. Je la fais passer sous les yeux de la Société, et elle est assez curieuse, je pense, pour que j'insiste sur les principaux détails de sa structure.

On peut voir que la masse morbide est entourée de toutes parts par un kyste, dont la surface interne présente l'apparence d'une membrane séreuse. Elle est pédiculisée dans l'intérieur de ce kyste, qui renfermait seulement quelques grammes de sérosité transparente. La surface extérieure de la tumeur est lisse et régulière; son pédicule est étroit, irrégulier, et constitué par des filaments assez résistants. En plusieurs points on aperçoit de petits tractus celluleux très distincts du pédicule proprement dit, qui font adhérer la surface externe de la tumeur à la surface interne du kyste. Quant à la tumeur en elle-même, elle présente à la coupe tous les caractères des hypertrophies glandulaires partielles, avec prédominance des culs-de-sac. L'examen microscopique a confirmé ce diagnostic.

L'étude de cette pièce est importante, parce qu'elle permet de comprendre l'origine de l'opinion professée par M. Paget sur la nature des tumeurs que nous désignons en France sous le nom d'hypertrophie partielle de la mamelle.

On sait que M. Paget ne considère pas ces tumeurs comme des hypertrophies, mais comme des néoplasmes, c'est-à-dire comme des productions entièrement nouvelles. Sous ce rapport son opinion se rapproche de celle de M. Velpeau, qui pense que ces tumeurs n'ont aucune connexion directe avec les éléments primitifs de la mamelle. M. Velpeau dit avoir vainement cherché entre ces tumeurs et les lobes de la glande voisine des communications qui, suivant lui, devraient toujours exister si ces tumeurs étaient d'origine glandulaire. Il ne conteste pas qu'il n'y ait dans leur structure des éléments semblables à ceux des glandes; il admet sans arrière-pensée le résultat fourni par l'examen microscopique, mais il attribue cette structure à une sorte d'influence régionnelle, à une cause semblable à ce que les Allemands appellent la *loi d'analogie de formation*. Le néoplasme se développant au voisinage d'une glande revêt la structure glandulaire, comme la lymphe plastique épanchée au voisinage des os s'organise en tissu osseux. Telle est l'opinion de M. Velpeau. Elle suppose, comme on voit, que les tumeurs adénoïdes ne communiquent jamais avec les conduits galactophores. Il est quelquefois difficile, en effet, de démontrer cette communication, parce qu'il est très fréquent de voir les conduits d'une glande hypertrophiée subir un travail d'atrophie qui les efface presque complétement. Malgré cela, j'ai bien des fois réussi à trouver cette communication de la manière la plus évidente. Et d'ailleurs les faits qui sont l'objet de la discussion actuelle démontrent sans réplique que les tumeurs adénoïdes dépendent directement de la glande mammaire. Comment expliquerait-on autrement l'existence, et jusqu'à un certain point la fréquence des écoulements séro-sanguinolents qui accompagnent les hypertrophies partielles de la mamelle?

Mais je reviens à l'opinion de M. Paget. M. Paget, comme M. Velpeau, considère les tumeurs hypertrophiques comme des néoplasmes. Suivant lui, le travail morbide commence par la formation d'un kyste. Les parois de ce kyste deviennent le siége d'une végétation intérieure qui fait saillie en se pédiculisant, et qui s'organise en revêtant à peu près la structure de la glande adjacente. A une certaine période, les tumeurs dites hypertrophiques présenteraient toujours cette disposition; voilà pourquoi M. Paget les décrit sous le nom de *kystes proligères*. Plus tard, la végétation intérieure, en s'accroissant, vient se mettre en contact avec la surface interne du kyste, et y contracte quelques molles adhérences celluleuses. C'est la disposition qui existe d'une manière très manifeste sur la pièce que je présente à la Société. Plus tard enfin, les adhérences deviennent générales; la cavité du kyste disparaît, et il ne reste plus qu'une membrane exactement appliquée à la surface de la tumeur, qui se trouve ainsi complétement isolée des tissus environnants.

Si on présentait à M. Paget la pièce que je tiens entre les mains, il ne manquerait pas d'y trouver une confirmation victorieuse de sa théorie; il y verrait une des phases intermédiaires du développement de ses kystes proligères, et il s'empresserait de dire qu'il a pris la nature sur le fait. Mais on pourrait lui faire une réponse bien simple; il suffirait de lui rappeler que cette tumeur a donné lieu à un écoulement séro-sanguinolent par le mamelon, et que par conséquent elle doit communiquer avec les conduits galactophores.

Quant au kyste qui environne la plus grande partie de la surface de la tumeur, je le considère comme une simple bourse muqueuse développée probablement sous l'influence de la pression du corset.

En terminant, j'adresserai une question à M. Richard, qui a particulièrement étudié les cas de ce genre: Quelle est à ses yeux, sous le rapport du pronostic, la signification des écoulements séro-sanguinolents dans l'hypertrophie partielle de la mamelle? Est-ce pour lui l'indice d'une aggravation dans la marche locale de la tumeur, et y voit-il une indication de recourir à l'opération? Pour ma part, je suis disposé à croire que ces écoulements dénotent l'existence d'un travail intérieur très défavorable. L'issue du sang semble indiquer qu'il s'est produit une érosion ou une sorte d'ulcération dans les cavités muqueuses de la tumeur, et que le mal est disposé à suivre une marche plus rapide. Sur l'une de mes deux malades, la tumeur s'est notablement accrue et est devenue le siége d'une douleur qui n'y avait pas encore paru. J'ai pensé qu'il était prudent d'en venir à l'opération; mais je serais désireux de savoir ce qui se passe lorsque en pareil cas on abandonne les tumeurs à elles-mêmes.

M. Robert pense que M. Richard a accordé beaucoup trop d'importance à cet écoulement séro-sanguinolent par le mamelon. L'examen des faits lui a montré que cet écoulement pouvait exister dans des cas de tumeurs cancéreuses. Ainsi il y a deux ans, M. Robert enleva à une femme un squirrhe du sein, dont M. Verneuil confirma par le microscope la nature cancéreuse. Cette malade avait eu un écoulement séro-sanguin par le mamelon. M. Robert avoue que depuis cette époque sa confiance dans le signe indiqué par son collègue a considérablement diminué.

M. Richard a parlé d'une dénomination incorrecte de ces tumeurs hypertrophiques du sein, et plus tard il les a qualifiées d'épithélioma de la mamelle; mais appliquer à ces tumeurs le mot épithélioma ce serait faire une grande confusion. Dans les épithéliomas, il y a infiltration des tissus par de l'épithélium, qui se substitue aux organes normaux. Ainsi dans les épithéliomas on voit l'épithélium s'étendre très loin; rien d'analogue ne s'observe dans les tumeurs adénoïdes. Il n'y a point d'épithélium qui se substitue aux tissus sains.

M. Robert soutient de nouveau la nature glandulaire des tumeurs adénoïdes. Quant à leur pédicule, il finit souvent par disparaître. D'ailleurs, dans bien des cas ces tumeurs paraissent isolées, mais elles ne le sont point. Ainsi M. Robert, examinant avec M. Verneuil plusieurs petites tumeurs hypertrophiques du sein qui paraissaient libres, les a trouvées adhérentes par de légers tractus qui n'étaient que des tubes remplis d'épithélium. M. Robert est resté convaincu d'avoir là sous les yeux les canaux galactophores qui réunissaient les tumeurs à la glande principale.

M. Verneuil. Le cadre de la discussion s'est tellement agrandi qu'il ne s'agit plus seulement de l'écoulement séreux par le mamelon, mais bien aussi de l'hypertrophie mammaire en général, des kystes du sein et des opinions qui dans ces derniers temps ont vu le jour pour expliquer l'apparition de ces maladies et pour interpréter leur nature; il est donc utile de suivre la discussion dans ses diverses phases et d'en examiner rapidement les points culminants.

L'écoulement séreux ou séro-sanguinolent par le mamelon coïncide réellement, dans un certain nombre de cas, avec l'existence d'une hypertrophie mammaire. C'est donc un symptôme dont il faut tenir un compte sérieux pour le diagnostic; mais par malheur c'est un signe clinique qui, comme la plupart des signes de ce genre, n'a qu'une valeur très relative. D'abord il manque dans beaucoup de cas d'hypertrophie mammaire; puis il peut se montrer dans des circonstances où réellement il s'agit de cancer bien confirmé. M. Verneuil a examiné des faits de ce genre à l'époque où M. Richard avait précisément appelé l'attention sur l'écoulement séreux comme signe à peu près pathognomonique de l'hypertrophie. D'ailleurs, il ne faut pas oublier qu'il n'est pas rare de voir se combiner dans une tumeur du sein le cancer et l'hypertrophie simple, ce qui atténue encore la signification absolue qu'on voudrait donner au symptôme en question.

Puisque au reste M. Richard appelle de nouveaux faits, il pourra joindre à ceux qu'il possède déjà celui d'une malade couchée récem-

ment dans le service de M. Denonvilliers, et chez laquelle un écoulement par le mamelon existait en même temps qu'une induration assez circonscrite formée par un lobe mammaire qui avait subi l'altération hypertrophique sous la forme de kystes multiples d'un très petit volume.

Un stylet introduit par un des orifices du mamelon s'engageait à une profondeur de 3 à 4 centimètres pour aller rejoindre la masse morbide. Le conduit galactophore qui fournissait l'écoulement avait environ 1 à 2 millimètres d'étendue; il ne paraissait pas communiquer avec les kystes, qui étaient bien clos et trop petits d'ailleurs pour fournir une quantité de liquide notable. M. Houel a constaté avec MM. Denonvilliers et Verneuil les mêmes particularités sur la pièce, qui, au reste, est déposée au musée Dupuytren.

D'après M. Richard, la dénomination d'hypertrophie mammaire imposée par les anatomo-pathologistes modernes à la tumeur mammaire chronique d'Astley Cooper ne serait point parfaitement convenable et devrait être remplacée par un autre nom. Ce vœu a déjà été exprimé, et la qualification en question a déjà été plus d'une fois attaquée. Cependant M. Richard ne propose aucune épithète à la place; il pense pourtant qu'on pourrait employer le mot d'épithélioma du sein, au moins pour quelques variétés de la maladie.

Les micrographes ne tiennent pas opiniâtrément à l'expression qu'ils ont introduite et vulgarisée; cependant, jusqu'à nouvel ordre, ils la croient préférable à toute autre comme terme générique. La mamelle, en effet, comme toutes les autres glandes, se compose d'éléments anatomiques nombreux qui peuvent tous se produire en quantité plus considérable que de coutume, et par conséquent devenir prédominants. C'est ainsi que l'hypertrophie peut successivement porter sur le tissu glandulaire, sur l'épithélium qui tapisse la cavité des acini, sur le tissu fibreux interlobulaire, etc. Tantôt la prédominance plastique ne porte que sur un seul élément, ou sur deux, ou sur trois; les autres éléments peuvent à leur tour rester à l'état normal ou s'atrophier plus ou moins complétement. De là résulte une foule de variétés qui se groupent très aisément et se font suite, de telle sorte que lorsqu'on a étudié un grand nombre de tumeurs de ce genre, il est facile de rallier par des intermédiaires presque insensibles les formes les plus disparates; depuis les kystes multiples jusqu'à la tumeur molle comme de l'encéphaloïde ou dure comme le corps fibreux utérin, on peut établir une série non interrompue.

Le nom d'hypertrophie partielle se comprend donc aisément et permet de ne pas scinder un groupe véritablement très naturel. Le mot partiel, à la vérité, prête un peu à l'équivoque, en cela qu'on peut l'attribuer à une tumeur n'altérant qu'un certain nombre des lobes de la mamelle, au lieu de s'en servir pour exprimer certains éléments glandulaires. Le vice du mot consiste en ce que la *totalité* de la mamelle pourrait être envahie par l'*hypertrophie partielle*, et qu'il paraît tout d'abord contradictoire d'admettre une *hypertrophie partielle générale* de la glande. Il serait facile d'obvier à ce défaut de langage en employant les mots d'*hypertrophie élémentaire* et d'hypertrophie partielle dans deux sens différents: le premier désignerait la tumeur mammaire chronique et ses différentes formes; le second indiquerait qu'une portion limitée de la glande est seule atteinte.

Mais si on veut conserver la dénomination d'hypertrophie partielle avec le sens que lui a donné M. Lebert, on peut encore être clair en la disant *circonscrite* ou *totale*, suivant l'étendue qu'elle affecte. Ces explications techniques ne sont pas inutiles; car, à ma connaissance, beaucoup de personnes ont incomplétement saisi le sens du mot créé par M. Lebert, et je pense que, pour s'entendre sur les choses, il est bon de s'accorder sur les mots.

Le nom générique étant accepté, il est utile d'admettre des espèces répondant aux formes anatomiques les plus tranchées, alors qu'on est prévenu de la possibilité des aspects transitoires; c'est ainsi que l'on peut dire hypertrophie élémentaire épithéliale, fibreuse, acineuse, kystique de la mamelle, suivant que l'épithélium ou le tissu fibreux prédomineront, suivant qu'il y aura production exagérée de grains glanduleux ou que ceux-ci seront distendus par du liquide.

Le mot d'hypertrophie mammaire a encore un avantage; c'est celui de rapprocher la mamelle des autres organes glanduleux, qui présentent *tous, sans exception*, les mêmes variétés de lésions. De cette façon, sous le nom d'hypertrophie glandulaire, on écrit un immense et très important chapitre de pathologie générale; on décrit un mode pathologique très commun du système glandulaire: on fait une synthèse utile et féconde, au lieu d'isoler les maladies des organes similaires.

Il serait facile d'appuyer par d'innombrables exemples les propositions générales qui précèdent.

La question des kystes du sein a également été soulevée dans ses relations avec l'écoulement séreux du mamelon et avec l'hypertrophie mammaire. Or, pour bien s'entendre à ce sujet, il faut reconnaître les divers genres de kystes qui peuvent se rencontrer dans la mamelle.

Or il existe:

1° Des dilatations des conduits galactophores. M. Jarjavay pourrait précisément nous en montrer un très bel exemple actuellement entre ses mains.

2° Des dilatations des grains glanduleux contenus dans une gangue fibreuse et ayant perdu ou conservé leurs connexions avec les conduits excréteurs; c'est cette lésion qui est le point de départ de la maladie connue sous le nom d'*hydatides de la mamelle*. M. Houel nous en montrait l'an dernier un très bel exemple; j'en ai plusieurs observations détaillées dans mes notes, et ils ont été bien étudiés en Angleterre.

3° On trouve très fréquemment autour de la mamelle ou dans son intérieur des bourses séreuses qui peuvent renfermer du liquide et qui constituent alors de véritables hygromas analogues à ceux que l'on rencontre dans toutes les régions du corps où existent à la fois du tissu cellulaire lâche et des conditions de mobilité. Ces tumeurs peuvent se rencontrer soit à la périphérie de la mamelle, soit dans son centre; et dans ce dernier cas elles coïncident avec l'hypertrophie partielle. M. Lebert avait déjà constaté cette particularité, et il avait donné le nom de kystes lacuneux à ces cavités creusées dans le tissu cellulaire interlobaire. Cette variété se rapporte également à ce qu'on trouve décrit dans quelques observations de kystes séreux de la mamelle; mais ce nom étant très défectueux, je préfère désigner sous le nom d'hygroma, sur la valeur duquel tout le monde s'entend, ces tumeurs liquides qui appartiennent en réalité au tissu cellulaire, et doivent être rangées dans les maladies de ce dernier système.

Un de mes élèves, M. le docteur Massot, a traité avec soin dans une bonne thèse (1) les conditions essentielles de la formation de ces bourses séreuses autour des tumeurs. En lisant ce travail, dont les points principaux ont été souvent discutés dans le sein de la Société anatomique, on comprendra que la mamelle atteinte d'induration hypertrophique réalise merveilleusement les conditions qui président au développement de ces productions, à savoir:

L'existence d'un point solide, résistant;

La présence d'un tissu cellulaire abondant;

La grande mobilité de la région;

L'absence de travail inflammatoire ou de tendance à l'envahissement.

Les modifications qui surviennent ainsi au voisinage des hypertrophies mammaires rendent un compte très satisfaisant de l'isolement, de l'enkystement, de la facile énucléation de ces dernières, sans qu'il soit besoin d'invoquer la théorie d'une formation nouvelle.

On sait que c'est précisément sur l'isolement apparent des tumeurs qui nous occupent qu'est surtout construite la théorie des tumeurs adénoïdes, au reste, déjà déduite des idées des pathologistes allemands, sur ce qu'ils appellent la *loi d'analogie de formation*.

Ces lacunes kystiformes n'ont pas échappé à M. Paget, et ont été également le point de départ de sa théorie sur la formation des tumeurs hypertrophiques, qu'il attribue à tort, suivant nous, à une végétation prolifère de la paroi de kystes persistants. M. Broca vient d'argumenter ici, comme il le fait déjà depuis longtemps, les opinions du savant chirurgien anglais, je n'y reviendrai pas; je ferai seulement remarquer que M. Paget a, à mon avis, interverti l'ordre des faits. Pour lui, la formation d'un kyste est le phénomène initial, la végétation glandulaire est consécutive. Dans ma pensée et d'après les faits, il y a bien masse glandulaire et poche kystique; mais cette dernière n'est qu'une conséquence de la formation de la tumeur hypertrophique; celle-ci ouvre incontestablement la marche. Ce point serait facile à démontrer à l'aide de quelques développements.

De la facilité avec laquelle on peut énucléer les tumeurs hypertrophiques de la mamelle, on a conclu qu'il n'y avait aucune continuité entre la tumeur et les lobes glandulaires circonvoisins, ce qui semblerait prouver l'indépendance primitive de la production morbide. Cependant, et dans un très grand nombre de cas, le pédicule a été déjà trouvé. M. Robert, il n'y a qu'un instant, démontrait qu'alors même que de simples brides, d'apparence purement fibreuse, ralliaient les lobules hypertrophiés, il était facile de constater l'existence d'éléments glandulaires et de conduits excréteurs dans ces minimes prolongements.

Ainsi, d'une part, et à l'aide du scalpel, il est commun de trouver le pédicule, comme M. Broca et moi-même l'avons plusieurs fois montré à la Société anatomique. En second lieu, là où l'œil nu est impuissant, le microscope découvre sans peine les éléments glandulaires inappréciables à première vue.

Au reste, à supposer que la dissection la plus attentive ne pût reconnaître le moindre prolongement ralliant la tumeur et les conduits galactophores voisins, cela ne prouverait nullement qu'il s'agit d'un néoplasme étranger à la glande, et que la communication qui n'existe plus n'a jamais existé.

L'histoire anatomique de l'hypertrophie des glandes présente, en effet, une particularité bien intéressante, et qui consiste dans l'espèce d'antagonisme de développement qui existe entre l'élément sécréteur et l'élément excréteur. En vertu de cette règle, tandis que le premier s'hypertrophie, le second tend à disparaître, et rien n'est plus commun que de voir dans une préparation de lobule mammaire hypertrophié un assez grand nombre de grains glanduleux qui sont tout à fait isolés les uns des autres, ou groupés deux à deux, trois à trois, mais ont perdu toute communication avec les conduits excréteurs très petits qui font immédiatement suite aux acini.

Cela montre, comme bien d'autres faits, du reste, l'indépendance qu'on observe au point de vue anatomique, physiologique et pathologique même, entre les glandes et leur conduit excréteur. Dans chaque organe glanduleux, l'appareil sécréteur et l'appareil excréteur sont à la vérité accolés, annexés, mais ils conservent leurs propriétés respectives. Des expériences de M. Cl. Bernard et des observations de M. Ch. Robin ont bien établi le fait pathologique que j'invoque, et que, pour ma part, j'ai souvent vérifié.

Il en résulte qu'une atrophie des conduits excréteurs coïncidant souvent avec une hypertrophie des lobes ou lobules correspondants, l'absence de communication qu'on constate plus tard ne prouve pas que cette absence a toujours existé.

J'ai communiqué à la Société de biologie la description d'une très curieuse tumeur du sein que M. Robert avait enlevée, avec mon aide, chez une jeune femme. Toute la mamelle était hypertrophiée, le tissu fibreux prédominait; la masse pesait environ trois livres. Les conduits galactophores, considérablement dilatés dans l'intérieur de la tumeur, allaient en s'effilant au voisinage du mamelon, et dans ce point ils avaient complétement disparu; de telle sorte que toute connexion étant abolie entre la tumeur, d'une part, la peau, le mamelon et les organes voisins d'autre part, on aurait pu croire que la tumeur était tout à fait distincte et procédait d'un néoplasme accidentel, si, se fiant seulement à la facilité d'énucléation, on avait méconnu ce fait important de la disparition spontanée des conduits galactophores.

M. Giraldès. Il y a dans toute cette discussion un fait d'anatomie normale oublié, c'est qu'il existe à la périphérie du sein des lobules glandulaires isolés, sortes de *vasa aberrantia*, qui, en se développant, peuvent former des tumeurs en apparence primitivement isolées de la glande.

M. Giraldès ne s'accorde point avec M. Verneuil sur l'étiologie des grands kystes, qui sont tapissés à leur intérieur d'épithélium mammaire.

M. Morel attaque la dénomination d'hypertrophie partielle appliquée à ce que M. Velpeau appelle *tumeur adénoïde*. Cette prétendue hypertrophie partielle ne ressemble point par son tissu à celui de la glande mammaire; si d'ailleurs, l'on appelle hypertrophie la tumeur adénoïde, comment désignera-t-on l'hypertrophie générale?

M. Verneuil soutient l'identité de structure entre le tissu mammaire et celui des tumeurs adénoïdes.

M. Lenoir revient à l'origine de cette discussion, l'écoulement sanguin par le mamelon. Pour que, selon lui, ce fût un signe clinique de quelque valeur, il faudrait qu'on le rencontrât seulement dans ces cas de tumeur mammaire chronique, et toujours dans ces cas. Or, cela n'est point. On voit des cancers du sein avec écoulement sanguin par le mamelon, et ce signe ne se rencontre pas dans un certain nombre de tumeurs adénoïdes. Depuis deux ans M. Lenoir a vu quatre cas de tumeurs adénoïdes où ce phénomène n'existait point. En résumé, cet écoulement séro-sanguin par le mamelon ne peut prétendre à être un signe pathognomonique.

M. Morel rappelle aussi avoir vu un cas d'écoulement sanguin par le mamelon où il ne s'agissait pas d'une tumeur adénoïde, mais d'un simple épanchement de sang dans la mamelle.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société, E. Follin.

(1) *Des hygromas profonds ou des kystes séreux qui compliquent les tumeurs.* Thèse de Paris, 1854.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Ont été nommés chevaliers de l'ordre de la Légion d'honneur:

MM. Dusseuil, médecin major du 36e de ligne;

Manes, docteur en chirurgie, attaché à l'hôpital civil de Pau.

— Les chirurgiens sous-aides pourvus d'un emploi d'aide-major commissionné vont être incessamment appelés devant un jury d'examen, à l'effet de constater leur aptitude au grade de médecin aide-major de 2e classe. Ces jurys se réuniront à Paris, Lille, Lyon, Rennes, Strasbourg et en Crimée.

— Les journaux politiques espagnols, ainsi que le *Semanario médico*, continuent à donner des nouvelles assez graves sur l'invasion du choléra dans quelques-unes des provinces méridionales de l'Espagne. Cependant le dernier numéro d'*El Heraldo médico* que nous venons de recevoir ne contient rien de nouveau à ce sujet. Il est rempli par le règlement d'une Société générale de secours mutuels pour tous les médecins de l'Espagne.

— Les bulletins du choléra ont reparu dans le journal de Saint-Pétersbourg. A la date du 29 mars on en accusait 188 cas dans cette ville.

— Mouvement dans la presse médicale anglaise. — Le docteur Parkes ayant été nommé superintendant du nouveau *Civil Hospital in the East*, le docteur Sieveking, *assistant-physician* à *St-Mary's Hospital*, succède à l'éditeur du *British and Foreign medico-chirurgical Review*.

A Edimbourg, deux journaux, l'*Edinburgh medical and surgical* et le *Monthly journal of medical science* se sont réunis, et ne forment plus qu'une seule publication.

Le professeur J. Hughes Bennett se retire du journalisme médical.

— La séance solennelle par laquelle se terminent chaque année les cours de l'Ecole féminine de médecine (*Female medical College*) de Philadelphie, a eu lieu récemment. L'amphithéâtre était en grande partie rempli de dames. Les diplômes de docteurs en médecine ont été décernés par le doyen, M. Cleveland, à six étudiantes.

Un très grand nombre de dames qui ne se destinent pas à la profession médicale ont suivi les cours de la Faculté.

— Le Jardin zoologique de Marseille s'est enrichi, par la voie des cadeaux, d'un oiseau remarquable par son plumage, sa tournure élégante, sa gentillesse et son excessive mobilité. Peu d'individus de cette espèce, ainsi que du genre auquel elle appartient, ont été possédés vivants en Europe. C'est donc une rareté heureusement acquise, rareté d'autant plus grande que le sujet dont il s'agit vient de sortir sain et sauf, à Marseille, de l'épreuve difficile d'un hiver rigoureux.

Les *touracous* forment un groupe intéressant dans l'ordre des grimpeurs. Ils sont, sans exception, originaires des contrées les plus chaudes du vaste continent africain. Le célèbre voyageur naturaliste Levaillant a fourni sur les habitudes et les mœurs de ces brillants oiseaux les détails les plus complets.

On en compte aujourd'hui quatre espèces parfaitement distinctes: le *touracou lori*, le *touracou Buffon*, le *touracou Pauline*, et le *touracou à joues blanches*.

C'est le *touracou lori* que le Jardin zoologique de Marseille possède aujourd'hui. (*La Science.*)

— M. le docteur Alph. Cazenave commencera ses leçons cliniques sur les maladies de la peau, dans l'amphithéâtre de l'hôpital Saint-Louis, mercredi 16 courant, à dix heures, et les continuera les mercredis suivants.

La visite des salles à neuf heures.

— M. le docteur Bouvier commencera des leçons cliniques sur les maladies chroniques de l'appareil locomoteur le vendredi 18 mai, à neuf heures du matin, à l'hôpital des Enfants, et les continuera tous les vendredis à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent:
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. Decq;
A Genève, à la librairie de Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Nouveau procédé de conservation du virus vaccin; par le docteur P.-D. Lalagade, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Montpellier, conservateur du dépôt du virus vaccin du département du Tarn. Un vol. in-8° de 60 pages. Prix: 1 fr. 50 c. — Chez J.-B. Baillière, libraire, rue Hautefeuille, 19.

Des injections faites par les veines dans le traitement du choléra épidémique, par M. le docteur Duchaussoy, ancien interne des hôpitaux. Broch. in-8° avec planche. Prix: 3 fr. 50. — Chez Hamel, libraire, rue Racine, 10.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 58. — JEUDI 17 ET SAMEDI 19 MAI 1855. (28e ANNÉE.) N° 58. — JEUDI 17 ET SAMEDI 19 MAI 1855.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 18 MAI 1855.

Séance de l'Académie de Médecine.

La première partie de cette séance a été consacrée à l'élection d'un membre dans la section d'hygiène publique et de médecine légale. M. Guérard a obtenu la majorité au premier tour, et a été proclamé membre de l'Académie. La nomination de M. Guérard est un acte de justice, et l'Académie ne pourra avoir qu'à se louer de s'être associé un savant laborieux dont les connaissances étendues et variées lui seront du plus utile concours.

A la suite de cette élection, M. Baillarger a engagé la discussion sur le rapport de M. Bousquet relatif au délire envisagé sous le point de vue pathologique et anatomo-pathologique. L'espace nous manque aujourd'hui pour apprécier l'œuvre du rapporteur et l'argumentation de M. Baillarger, dont il ne nous a été possible d'insérer aujourd'hui que la première moitié. La discussion n'est d'ailleurs pas terminée. M. Ferrus et M. Londe ont retenu la parole pour la prochaine séance. M. Bousquet aura probablement aussi à répliquer. Nous ne perdrons donc rien à attendre. — Dr Brochin.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Galactocèle enkysté chez un vieillard de soixante-quinze ans.

M. Velpeau a décrit, comme tout le monde le sait, dans son *Traité des maladies du sein*, sous le nom de galactocèle, ou de tumeurs caséeuses, un genre particulier de tumeurs dont on ne connaissait que de rares exemples disséminés çà et là dans la science, et dont il a le premier esquissé l'histoire. Mais tous les faits de cette nature qu'il a pu recueillir avaient été observés chez des femmes.

Le fait suivant, qui vient d'être observé dans son service chez un vieillard de soixante-quinze ans, est probablement unique dans la science ; aussi nous a-t-il paru mériter d'être rapporté dans tous ses détails.

L'observation, recueillie avec le plus grand soin, et les réflexions qui l'accompagnent nous ont été communiquées par M. Marcé, interne du service, à qui nous allons laisser la parole.

L..., âgé de soixante-quinze ans, homme de peine, entre à l'hôpital de la Charité le 14 avril 1855, salle Sainte-Vierge, n° 2, dans le service de M. Velpeau.

Ce vieillard, encore fort et bien constitué, est tombé la veille dans la rue. La tête à porté sur l'angle d'un trottoir, et il s'est fait à deux travers de doigt au-dessus du sourcil droit une plaie dont les bords sont légèrement ecchymosés et tuméfiés. L'état général est assez satisfaisant ; pas de fièvre. On panse la plaie avec un cataplasme et l'on donne une portion.

Le 16 avril, on découvre par hasard, en examinant le malade, que le sein gauche a un volume considérable ; et, en effet, il offre à peu près le volume du poing. Comme aspect et comme forme, il est tout à fait analogue à une mamelle de femme régulièrement développée. Lorsqu'on le presse d'avant en arrière ou de bas en haut, on a la sensation que donnerait une vessie distendue par une matière semi-fluide. La peau est saine, sans rougeur, sans lividité, sans adhérences, et il n'y a aucune douleur à la pression. Interrogé sur ses antécédents, le malade affirme porter cette tumeur depuis neuf ans au moins ; elle se serait développée à la suite d'une maladie grave qu'il ne peut préciser ; et comme elle n'a jamais causé ni de gêne, ni de malaise, il n'a point songé à lui opposer de traitement.

Le 18, M. Velpeau fait une ponction dans la tumeur avec un trocart explorateur ; rien ne sort par la canule. On la retire ; mais en cherchant à la nettoyer, on fait sortir par son orifice une goutte d'un liquide blanchâtre tout à fait analogue à du lait. Alors, à l'aide du bistouri, une incision de deux centimètres est pratiquée au point le plus déclive, et par là M. Velpeau fait sortir, à l'aide de pressions répétées, un verre et demi d'une matière blanchâtre, inodore, tout à fait semblable à de la crème grumeleuse mal liée ; les grumeaux, d'un blanc un peu jaunâtre, sont mous, faciles à écraser, et entrent pour une part considérable dans la composition du produit.

L'analyse chimique de ce produit, tentée par plusieurs hommes compétents, n'a donné que des résultats douteux, en raison de la grande difficulté qu'on éprouve à distinguer la caséine des autres matières protéiques. Mais l'examen microscopique, dont M. Robin a bien voulu nous faire constater les résultats, ne laisse aucun doute ; voici les éléments qu'il a rencontrés dans ce produit :

1° Une grande quantité de matière amorphe, demi-solide, granuleuse, à granulations fines, faciles à dissocier, solubles dans l'acide acétique.

2° Une assez grande quantité de globules graisseux qui ne diffèrent en rien des globules du lait. Leur diamètre varie d'un millième à deux millièmes de millimètre ; ils sont remarquables par leur centre jaunâtre et brillant, leur contour foncé est très net. On peut noter approximativement que ces globules entrent pour un huitième ou un dixième dans la composition du liquide.

3° Des cristaux de cholestérine en nombre considérable ; ils s'offrent sous forme de plaques lamelleuses superposées.

4° Quelques globules de pus ; par l'action de l'acide acétique, ils ne montrent en général qu'un seul noyau.

Dans la matière concrète de la tumeur se retrouvent les mêmes éléments ; mais on y rencontre, en outre, beaucoup de corps granuleux, analogues à ceux du colostrum, bien que composés de granulations plus fines. Dans cette masse, les éléments anatomiques sont maintenus réunis par une quantité considérable de matière amorphe demi-solide.

Ainsi donc dans ce produit se trouvaient réunis tous les éléments du lait, et c'était bien évidemment là un galactocèle, survenu, il faut l'avouer, sur un sujet chez lequel on ne devait guère s'attendre à le rencontrer. C'est à ce point de vue surtout que cette observation est curieuse ; aussi ne ferons-nous qu'indiquer rapidement les phénomènes morbides qui ont fini par entraîner la mort du malade.

Le 19, quelques grumeaux caséiformes s'échappent encore par la plaie ; la cavité du kyste commence à s'enflammer, et la réaction est assez vive, car il y a de la fièvre, de l'insomnie.

Le 21, la plaie donne issue à une suppuration fétide et noirâtre, et toute la région mammaire est fort douloureuse à la pression. En outre il est survenu une bronchite intense avec toux fréquente et expectoration de crachats jaunâtres ; la poitrine est sonore, et n'offre à l'auscultation que des râles sibilants et ronflants. Le pouls est faible et irrégulier ; urines involontaires, constipation. — Lavement purgatif ; looch diacodé avec oxyde blanc d'antimoine ; injections iodées dans le foyer purulent.

Les jours suivants l'adynamie va toujours en augmentant, et les symptômes généraux s'aggravent ; la petite plaie du front est entièrement cicatrisée.

Le 24, en explorant la région mammaire, on constate, au niveau du cartilage de la deuxième côte, de la tuméfaction et une vive douleur à la pression. Un examen plus attentif fait bientôt découvrir en ce point une crépitation rude et sèche. Evidemment il y a là fracture d'un cartilage ossifié. Mais quelle est l'origine de cette lésion qui avait échappé jusqu'ici ? A-t-elle été produite par l'accident qui a amené le malade à l'hôpital, ou bien a-t-elle été causée par une chute du haut de son lit qu'il a faite il y a quelques jours, pendant une nuit de délire et d'agitation.

Le 25, l'état général est toujours le même, sans qu'aucune lésion viscérale puisse expliquer sa gravité ; la plaie donne toujours issue à une suppuration noirâtre et sanieuse. — Potion cordiale, injections iodées.

Le 28, M. Velpeau pratique une contr'ouverture à la partie la plus déclive du foyer. — Même traitement.

BIBLIOGRAPHIE.

Mémoire sur la condition morbide de la luette et sur l'influence qu'elle exerce comme cause de nombreuses maladies, par M. le Dr FIÉVÉE DE JEUMONT.

Il y a à peine un mois qu'en rendant compte d'un mémoire de M. Fiévée sur l'action hygiénique de la flanelle, j'annonçai une série de nouveaux écrits de la même main ; mais je ne croyais pas, je l'avoue, que le zèle du critique aurait peine à suivre le zèle de l'auteur. Celui qui me fait reprendre la plume traite des maladies de la luette et de leur influence sur la santé générale.

Vous croyez peut-être que ce n'est rien que la luette. A en juger par le volume, c'est en effet peu de chose ; mais considérez la place qu'elle occupe, et vous changerez de sentiment. Partie essentielle du voile du palais, elle est là comme une sentinelle destinée, pour ainsi dire, à reconnaître la qualité des aliments avant de les laisser passer ; et d'autre part, elle concourt à diriger la colonne d'air qui porte la voix sur les lèvres. Ainsi, ce petit organe, si insignifiant en apparence, sert à deux grandes fonctions, et quelles fonctions! La digestion, qui est comme la racine de toutes les autres, et la parole, le plus bel attribut de l'homme et l'instrument le plus puissant et le plus actif de sa perfectibilité.

Cependant, la luette est assez négligée des pathologistes. On en parle dans les traités généraux ; mais on y glisse plutôt qu'on ne s'y arrête. Encore la médecine laisse-t-elle volontiers ce soin à la chirurgie.

M. Fiévée ne connaît pas ces fausses délicatesses. Il rend justice à la chirurgie ; mais il connaît ses habitudes de *localisation*. Sans cesse occupée de plaies, de blessures, de fractures, de luxations, la chirurgie s'est accoutumée à considérer le corps humain comme un assemblage de pièces distinctes, séparées, indépendantes les unes des autres. La conséquence de cette manière de voir se retrouve dans sa conduite. Un organe est-il malade, elle regarde s'il est de ceux dont la vie peut se passer ; s'il en est ainsi, elle le mutile, elle l'enlève, elle le brûle, elle le détruit enfin, pour ne pas se donner le souci de le rétablir dans son état naturel. Elle a fait à cet égard de véritables prodiges.

Ce n'est pas ainsi que raisonne la médecine. A ses yeux, notre frêle machine est quelque chose de merveilleux, dont toutes les pièces, semblables à la forge de Vulcain, se meuvent comme d'elles-mêmes et de la manière la mieux appropriée à leurs usages. C'est l'image de la société la plus parfaite. Tous les membres y travaillent avec le même zèle et concourent au bien général. Ici, point de mesquines jalousies, point de rivalités. Les rôles sont différents, mais les intérêts, le but est le même. Du reste, il règne entre eux un si bel ordre, une si touchante réciprocité, que chacun communique ses impressions à tous les autres.

M. Fiévée était sans doute dans ces idées en composant son nouveau mémoire. Il examine les désordres de la luette non-seulement en eux-mêmes, mais aussi dans leurs rapports avec les autres organes, l'estomac, les bronches, le poumon, le cœur, le cerveau, etc.

De toutes les lésions de la luette, la plus commune, sans comparaison, c'est son relâchement. Formée d'un tissu flasque, mou, elle se relâche, s'allonge au point de traîner sur la base de la langue. Outre une sensation insupportable qui provoque des efforts incessants de déglutition, il peut survenir vingt autres accidents plus ou moins fâcheux, quelquefois même dangereux. La parole devient lente, difficile ; la lecture à haute voix impossible. Il y a de la toux, des menaces de suffocation, des apparences d'asthme ou d'asphyxie. L'air, gêné à son passage, ne pénètre qu'imparfaitement dans le poumon ; l'hématose se fait mal, la face pâlit ou s'injecte de sang veineux ; d'autres fois ce sont des crachements de sang, des bronchites, des pneumonies, des lésions du cœur, des vertiges et jusqu'à des apoplexies. Tout ce que M. Fiévée raconte, il l'a vu de ses yeux. Et quelque longue que soit cette énumération, il fait entendre qu'il ne révèle pas tout ce que sa pratique lui a appris sur ce point. Témoin ce passage que j'extrais du résumé qui termine son mémoire :

« Nous n'avons pas signalé les hernies ombilicales, inguinales et crurales que nous avons vues se produire sous l'influence des maladies de la luette ; nous n'avons pas assez insisté sur les vomissements de sang qui se sont opérés si souvent sous nos yeux, ni sur les ruptures anévrismatiques ; nous n'avons point parlé d'un ozène datant de quinze ans, survenu par suite de nombreux coryzas, lesquels résultaient eux-mêmes de l'hypertrophie des tonsilles et de la luette. Et, en effet, la section de cet appendice mit fin à l'horrible fétidité qui s'exhalait des fosses nasales. »

Mais si M. Fiévée n'a pas dit tout ce qu'il sait, et je n'en doute pas, car il est dans l'ordre que l'auteur reste supérieur à son œuvre, il en a dit assez pour exciter l'émulation de ses confrères et les porter à suivre l'exemple qu'il leur donne.

M. Fiévée fait remonter à vingt ans le commencement de ses études sur la luette ; il rapporte des observations de tous les genres ; j'en ai compté jusqu'à cinquante qui témoignent de l'étendue et du bonheur de sa pratique. Lui-même s'effraye du nombre, puisqu'il s'en excuse. Je suis peut-être le seul pathologiste, dit-il, qui se soit appliqué à suivre toutes les conséquences des maladies de la luette. Mais qu'il se rassure. Sans doute, lorsqu'un auteur n'apporte que des idées connues et reçues, il est tenu d'être sobre de preuves : on perd son temps à prouver ce que personne ne conteste. Mais lorsqu'il s'engage dans une voie nouvelle, où, loin de trouver un guide qui le conduit, il a la noble ambition d'en servir à ceux qui viendront après lui, lorsqu'un médecin annonce des faits nouveaux, des idées nouvelles, il ne saurait trop prendre ses précautions pour leur donner accès dans la science et dans la pratique ; c'est le seul moyen de se faire croire et de se faire pardonner.

Dr BOUSQUET.

Pendant les quinze jours qui séparent ce moment de la mort du malade, arrivée le 13 mai, les symptômes sont restés à peu près les mêmes; la bronchite a persisté au même degré, sans envahir le parenchyme pulmonaire; la langue est devenue sèche, fendillée, et s'est recouverte d'un enduit brunâtre; les urines, coulant involontairement, ont amené des excoriations et même des eschares sur le scrotum. Le pouls est faible, intermittent, la prostration extrême et l'assoupissement continuel. La diarrhée survint seulement pendant les deux derniers jours. Quant à la suppuration, elle est restée toujours abondante et d'aussi mauvaise nature.

A l'autopsie, le cerveau n'a pu être examiné. La muqueuse intestinale, saine dans toute son étendue, n'offrait ni injection ni ulcération. Rien d'anomal au cœur. Les poumons, fortement congestionnés, surtout à leur partie postérieure, ne sont hépatisés en aucun point.

La dissection des parois thoraciques a fait voir une fracture du cartilage de la deuxième côte, tout près de son articulation avec le sternum : cette fracture est dentelée, très irrégulière; elle baigne dans un foyer purulent qui, limité exactement du côté de la poitrine par les muscles intercostaux indurés et épaissis et par la plèvre restée intacte, s'étend en bas, en suivant la face postérieure du grand pectoral, jusqu'au niveau du mamelon, et là communique avec le foyer du galactocèle. Les deux foyers purulents n'en formement donc plus qu'un, et par ce long trajet la fracture communiquait avec l'extérieur.

Le mamelon et les parties sous-jacentes ont été disséqués avec soin. Mais il n'a pas été possible de découvrir la moindre trace de structure glandulaire; tout au plus rencontre-t-on quelques tractus fibreux, qui, partant du mamelon, vont se perdre dans le tissu cellulaire. On ne trouve plus également la moindre trace de la membrane du kyste, dont les parois sont uniquement formées de tissu cellulaire.

Cette observation de galactocèle chez un vieillard de soixante-quinze ans est très probablement unique dans la science. Dans son *Traité des maladies du sein*, M. Velpeau indique la plupart des cas de galactocèle connus jusqu'ici; or tous les exemples qu'il cite ont été observés chez la femme. Récemment encore, dans ses leçons cliniques, à propos du cas dont nous nous occupons, il rappelait à son auditoire que jamais il n'avait rencontré de galactocèle chez l'homme et qu'il n'avait jamais eu connaissance d'un fait de ce genre observé par d'autres chirurgiens. Nous avons essayé quelques recherches qui ont été sans résultat, ainsi qu'on pouvait s'y attendre après une affirmation semblable.

Sans doute ici l'anatomie pathologique n'éclaire nullement l'origine et le mode de formation de cette tumeur, car l'existence d'un produit caséiforme suppose nécessairement que des grains glanduleux bien développés ont existé jadis dans le sein, et cependant le scalpel n'en a retrouvé aucune trace. Tout cela peut s'expliquer, il est vrai, par l'origine éloignée de la tumeur, qui, se développant lentement et progressivement, a dû faire disparaître toute trace de structure glandulaire; et de même la suppuration entretenue par cette complication inattendue d'une lésion osseuse éloignée permet sans peine de comprendre comment la membrane du kyste a fini par se ramollir et se détruire complétement.

Mais, quoi qu'il en soit, ce fait offre des particularités cliniques assez positives et assez importantes pour mériter d'être conservé et d'être mis à côté des observations peu nombreuses encore sur lesquelles repose l'histoire du galactocèle.

Emploi du chlorate de potasse dans la stomatite ulcéro-membraneuse et dans la stomatite mercurielle.

Il y a quelques mois que M. Blache faisait connaître les résultats avantageux qu'il a obtenus dans son service de l'hôpital des Enfants de l'emploi du chlorate de potasse dans le traitement de la stomatite ulcéro-membraneuse, de la stomatite mercurielle et de l'angine couenneuse, médication fort usitée depuis quelque temps par les médecins anglais, mais peu connue jusqu'alors en France, et sur laquelle M. le docteur Herpin (de Genève) a l'un des premiers appelé récemment l'attention des praticiens.

Sur onze enfants atteints de stomatite ulcéro-membraneuse qui se sont présentés dans son service du 1er mai 1854 au 15 janvier 1855, six ont été traités par la cautérisation avec l'acide chlorhydrique fumant ou par le chlorure de chaux. La durée moyenne du traitement a été de vingt jours. Cinq ont pris le chlorate de potasse. En cinq ou six jours la guérison a été complète, et il n'y a pas eu de récidives. Dans tous ces cas, on a vu les symptômes de la maladie se modifier jour par jour sous l'influence de cette médication. Dès le second jour, dit M. Blache, les ulcérations se détergent, les fausses membranes disparaissent et ne se reproduisent plus, la fétidité de l'haleine disparaît, et en cinq ou six jours la muqueuse se recouvre d'un nouvel épithélium.

M. Blache prescrit le chlorate de potasse à la dose de 2 à 4 grammes en solution dans un julep gommeux. A cette dose il ne l'a vu produire aucun effet physiologique appréciable, bien que son action thérapeutique ait été des plus manifestes; point de nausées, ni de vomissements, ni diarrhée. Les fonctions digestives lui ont paru s'activer sous l'influence de ce médicament; l'appétit devient plus vif et l'état général s'améliore rapidement.

En un mot, le traitement par le chlorate de potasse est, aux yeux de cet habile praticien, le plus sûr, le plus rapide et en même temps le plus facile de tous ceux dont on fait usage en pareil cas.

Telle est aussi l'opinion que M. Barthez a conçue de cette médication, depuis un an qu'il en fait usage à l'hôpital Sainte-Eugénie chez tous les enfants qui entrent dans ses salles pour des stomatites ulcéro-membraneuses. Témoin les deux faits suivants qu'il vient de publier dans le *Bulletin général de Thérapeutique* auquel nous les empruntons.

Un enfant de quatre ans, déjà traité et guéri deux fois par le chlorate de potasse, rentre une troisième fois à l'hôpital pour la même affection, une stomatite ulcéro-membraneuse, ayant son siége sur les joues et les gencives du côté droit. La joue est pendante, molle; les ganglions sous-maxillaires volumineux et sensibles au toucher. A l'intérieur, l'ulcération, plus large que haute, occupe toute la face interne de la joue, et les gencives inférieures et supérieures; elle s'étend depuis les incisions médianes jusqu'aux dernières molaires. Les dents sont noires, l'haleine est acide.

Pendant trois jours le malade est soumis, sans aucun résultat, à un régime tonique et à l'usage d'injections d'eau d'orge et de frictions avec la poudre dentifrice.

Le 18 février on commence l'usage du chlorate de potasse à la dose de 50, puis de 60 centigrammes. Dès le lendemain l'ulcération s'était détergée et avait diminué de moitié.

Le 20, l'ulcération n'avait plus que la largeur d'une pièce de 50 centimes; les bords étaient rosés, à peine tuméfiés; la fausse membrane faisait une légère saillie. Sur les gencives, disparition du bourrelet. Le cercle inflammatoire était moins rouge; l'ulcération ne s'étendait plus que des canines à la deuxième molaire; l'haleine avait perdu son acidité.

Le 21 l'ulcération des joues et des gencives n'offrait plus qu'un point de la grosseur d'une lentille.

Le 22, la guérison était complète; la joue ne présentait aucune trace de cicatrice et les tissus étaient réparés. Le petit malade est sorti le 2 mars.

Dans le seconde observation de M. Barthez, la guérison a été encore plus rapide. Il s'agit d'un enfant du même âge entré à la même époque (le 19 février) pour une ulcération de même nature de la joue gauche. L'ulcération pseudo-membraneuse irrégulière avait à peu près la dimension d'une pièce de 2 francs. Il y avait en outre quelques ulcérations aphtheuses du tissu gingivo-jugal et une gingivite s'étendant des canines droites aux dernières molaires gauches. Salivation, haleine acide, etc.

Le 25 février, après quatre jours de régime et de soins sans résultat, on prescrit 0,50 centigrammes de chlorate de potasse. Vingt-quatre heures après, amendement notable. L'ulcération n'avait plus que la moitié de son étendue primitive. La plaie était plus belle, la salivation moindre.

Le 26, l'ulcération était encore diminuée de moitié; il n'y avait plus que des traces ulcéreuses de quelques millimètres de largeur.

Le 27, même prescription, et le lendemain le malade était guéri. La face buccale de la joue était revenue à son état normal, la muqueuse était seulement comme marbrée sur les points où l'ulcération existait en dernier lieu.

C'est contre la stomatite mercurielle spécialement que M. Herpin a préconisé l'usage du chlorate de potasse, et il a rapporté, en effet, un exemple remarquable de guérison à l'aide de ce moyen d'une stomatite survenue à la suite d'un traitement par le calomel pour un cas de méningite tuberculeuse. M. Blache a également constaté plusieurs fois les bons effets de cette médication contre la stomatite mercurielle.

Dans le fait de M. Herpin, la stomatite extrêmement intense, développée après l'administration de 1 gramme 40 centigrammes de calomel, a cédé en cinq jours à l'usage du chlorate de potasse donné à la dose de 2 grammes le premier jour et de 4 grammes les quatre jours suivants. Dans l'un des faits observés par M. Blache, une stomatite de même nature développée en deux jours, pendant lesquels le malade avait pris 2 grammes de calomel, abandonnée à elle-même un seul jour, a cessé d'une manière complète après trois jours d'administration du chlorate de potasse à la dose de 3 grammes chaque jour.

Ces faits sont dignes de la plus grande attention. S'ils se multipliaient avec un aussi heureux résultat, on posséderait dans le chlorate de potasse une sorte de remède spécifique de la stomatite mercurielle, et il y aurait lieu, comme l'a proposé M. Herpin, de pousser plus loin l'expérimentation et d'étudier les effets de cet agent dans les autres accidents hydrargyriques, tels que le tremblement mercuriel, les paralysies, etc.

Appareil à extension continue pour les fractures de la jambe.

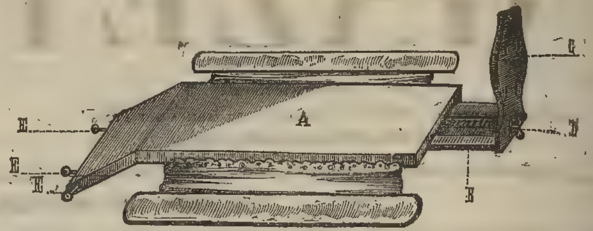
Le traitement des fractures de la jambe présente plusieurs indications, que remplissent plus ou moins complétement les appareils employés jusqu'à ce jour.

M. le professeur Laugier emploie dans son service de l'Hôtel-Dieu un nouvel appareil à extension continue de son invention, et qui nous paraît répondre à toutes les indications.

Nous devons les détails qui suivent à M. Lefort, interne du service.

La pièce principale consiste en une planchette, A, large de 14 centimètres, longue de 58 centimètres, brisée à angle obtus à une de ses extrémités, à l'endroit qui correspond au creux du jarret, et formant ainsi un plan incliné qui permet une légère flexion de la jambe sur la cuisse.

A l'autre extrémité, sa face inférieure est creusée d'une mortaise à bords obliques, dans laquelle glisse à frottement une planchette, B, plus petite, sur laquelle est clouée à angle droit une semelle de bois, C. Ces deux pièces glissent l'une sur l'autre au moyen d'une vis de rappel, D. La semelle C est percée de plusieurs ouvertures destinées à laisser passer, pour les fixer, les lacs extenseurs.



Sur les deux bords de la partie du plan incliné qui répond à la jambe, se trouvent fixées, soit par des courroies, soit par des lacs ou une large bande de toile, deux attelles latérales, qui se trouvent ainsi articulées.

Sur les bords de la portion qui répond à la cuisse, se trouvent deux crochets, E, destinés à retenir les liens contre-extenseurs.

Les parties accessoires se composent :

1° D'une genouillette, F, en toile, se laçant sur la partie antérieure du genou. A son bord supérieur sont cousus deux lacs destinés à faire la contre-extension en allant s'attacher au crochet E;



2° D'un coussin postérieur G sur lequel repose le membre;

3° De deux coussins latéraux intermédiaires aux attelles et à la jambe.

Dans les cas difficiles à maintenir réduits, et lorsqu'il est nécessaire d'appuyer sur un des fragments tendant à faire saillie, on peut ajouter à l'appareil une attelle antérieure, garnie d'un coussin et maintenue soit par un simple lacs, soit, quand la tendance au déplacement est considérable, par le tourniquet de J.-L. Petit.

Les liens extenseurs sont appliqués sur une bottine de gutta-percha divisée en deux valves afin de pouvoir être placée et enlevée à volonté, ou sur l'appareil inamovible de papier amidonné, afin d'empêcher la douleur ou même la production d'eschares superficielles si la pression portait sur des points très limités.

Cet appareil présente les avantages suivants : la face antérieure de la jambe est constamment sous l'œil du chirurgien. Il peut s'apercevoir ainsi sans changer l'appareil du moindre déplacement survenu entre les fragments. De plus on peut appliquer sur le membre des topiques résolutifs et les renouveler aussi souvent qu'on le désire.

Dans les fractures difficiles à réduire, l'extension permanente et graduée, aidée, quand on le désire, de la pression médiate sur le fragment déplacé, permet de combattre facilement cette complication si fréquente des fractures obliques du tibia.

Dans les cas de fractures compliquées de plaies (et sauf dans les blessures par armes à feu, ces plaies existent presque toujours à la face antérieure du membre), on peut facilement, sans déranger les fragments et sans toucher à l'appareil, employer pour les guérir les moyens que la chirurgie met à notre disposition.

Quant à l'extension, elle ne cause aucune gêne, car les lacs extenseurs fixés sur un appareil inflexible répartissent la pression, d'ailleurs assez peu considérable, sur toute la surface du pied.

Il en est de même de la contre-extension, qui se trouve répartie sur toute la surface du genou, et même sur toute la partie supérieure de la jambe par la pression des attelles latérales.

HOPITAL MILITAIRE DU ROULE. — M. ABEILLE.

Hydarthrose invétérée et rebelle à divers traitements, guérie par une injection de teinture d'iode.

Les applications de la médication iodée, qui se multiplient et se généralisent tous les jours de plus en plus, ont pour résultat d'accroître les ressources de l'art en nous apprenant à mieux préciser ses indications et de nous éclairer sur la manière d'agir de ce puissant agent thérapeutique. C'est sous ce double point de vue que le fait suivant nous a paru devoir intéresser nos lecteurs :

Le 26 décembre dernier, M. Abeille a opéré une hydarthrose du genou droit par l'injection iodée, et voici dans quelles circonstances :

Un nommé S..., tambour au 1er voltigeurs de la garde, était depuis quatre mois atteint d'un gonflement considérable du genou droit avec gêne prononcée dans les mouvements. Il rapportait son mal au frottement exercé sur l'articulation par la caisse dont il se sert depuis longtemps. La vérité est que S... a éprouvé et éprouve encore des douleurs rhumatismales sur divers points du corps.

Il a déjà fait un séjour d'un mois dans un service de blessés. Les traitements qu'il a subis n'ont point amélioré son état.

Entré à l'hôpital du Roule pour une laryngite le 4 novembre dernier, on constate sur le genou droit une hydarthrose volumineuse, avec quatre tumeurs en relief correspondant aux expansions de la capsule synoviale, et au milieu desquelles la rotule se trouve déprimée.

Plusieurs applications de collodion, des vésicatoires, des fric-

tions mercurielles, etc., ont échoué contre cette affection. Du 4 novembre au 26 décembre, M. Abeille a épuisé lui-même les ressources de la thérapeutique sans obtenir la moindre amélioration. Le 26 décembre il se décide à pratiquer une injection iodée.

Quoique la fluctuation fût bien dessinée sur les diverses tumeurs, la résistance qu'elles offraient à la pression laissait pressentir une induration de la synoviale articulaire. C'était là une raison de plus d'agir. La jambe, maintenue dans le quart de flexion sur la cuisse, était atrophiée, et les mouvements articulaires causaient de la douleur.

La ponction articulaire fut pratiquée en dehors et au-dessus de la rotule, à la base d'un pli préalablement fait à la peau, c'est-à-dire par la méthode sous-cutanée. Cette ponction donna issue à une centaine de grammes de synovie plus consistante qu'à l'état normal. Une injection iodée au tiers (environ 150 grammes), saturée par 10 centigrammes d'iodure de potassium, fut poussée dans l'articulation.

Pendant les dix minutes que ce liquide séjourna dans la cavité, dont les parois étaient malaxées en tous sens, le malade ne ressentit autre chose qu'une forte chaleur.

Après avoir évacué les deux tiers environ du liquide injecté, un morceau de dyachilon en sparadrap fut appliqué sur la plaie cutanée, et un bandage roulé simple jeté autour de l'articulation. La sensation de résistance qu'avait donnée le trocart en pénétrant à travers les tissus confirma M. Abeille dans sa prévision d'un épaississement de la synoviale articulaire. Le malade n'éprouva de douleurs réelles qu'au bout de dix minutes. Ces douleurs acquirent un tel degré d'intensité dans la journée, que le médecin de garde crut devoir faire une application de 10 sangsues sur le genou. Bref, le 26 au matin le calme plat était revenu; l'articulation était fortement tuméfiée. Un bandage compressif au moyen de bandelettes de dyachilon imbriquées fut appliqué à demeure.

Rien de particulier jusqu'au 11 janvier. A cette époque, le bandage étant devenu trop lâche par la diminution du genou, un nouveau bandage de même nature fut appliqué.

Le 30 janvier, trente-quatre jours après l'opération, le second bandage a été enlevé, et on a pu constater la disparition des quatre bosselures et la réduction du genou malade à peu près au même volume que celui du côté opposé. De plus, les mouvements sont devenus faciles et sans douleur; la jambe pouvait être amenée à l'extension complète.

Le malade a été gardé à l'hôpital jusqu'au 28 février suivant. A cette époque il était complétement et solidement guéri; il pouvait aller reprendre son service.

C'est la onzième opération de ce genre que M. Abeille a pratiquée : dix fois sur les articulations du genou, une fois sur l'articulation huméro-cubitale.

Sur ces onze cas, il a eu dix succès et un insuccès. Dans cette dernière circonstance, l'opération avait été faite sur un malade d'un service étranger, qui n'avait pu être observé suffisamment et qui offrait une complication d'ostéite tuberculeuse des condyles du fémur.

A part des douleurs plus ou moins vives qui ont parfois nécessité une application de sangsues, M. Abeille assure n'avoir jamais eu d'accident sérieux à la suite de ces opérations.

Certaines altérations de tissus, telles qu'épaississement avec induration de la capsule et même des franges synoviales, etc., non-seulement ne contre-indiquent pas, suivant lui, l'opération, mais elles bénéficient même des injections iodées.

C'est que la teinture d'iode, en modifiant profondément les fonctions de nutrition perverties, imprime aux surfaces morbides un travail de réparation qui ramène la synoviale à son état physiologique.

M. Abeille pense, et cette opinion a été émise par lui il y a huit ans, que ce n'est pas en détruisant l'oblitération du sac que l'injection iodée guérit l'hydarthrose, ainsi que l'enseigne M. Velpeau. Il résulterait, en effet, des faits qu'il a observés, et de celui-ci en particulier, qu'après quelques jours d'un épanchement consécutif à l'injection la résorption s'opère, et que les mouvements de l'articulation autrefois impossibles reviennent alors successivement et graduellement en tous sens; si bien que, quand la résorption est complète, l'entière liberté de tous les mouvements est acquise, ce qui n'aurait pas lieu si des soudures plastiques unissaient le double feuillet synovial, comme cela a lieu pour le double feuillet pleural à la suite de la guérison de la pleurite.

C'est d'après cette idée que M. Abeille a appliqué l'iode, il y a deux ans, à la cure de la kératite granuleuse et que d'autres s'en sont servis pour combattre certaines leucorrhées. Il pense, enfin, qu'elle devra conduire à substituer presque dans tous les cas, à l'exception de ceux où il s'agit de cautériser, l'attouchement iodé à l'attouchement du nitrate d'argent.

DE L'ACTION ANTHELMINTHIQUE DU SULFATE DE QUININE.

Par le docteur Prosper DELVAUX (de Bruxelles).

Depuis trois ans, dit M. Delvaux, j'ai constaté l'efficacité du sulfate de quinine comme anthelminthique.

Quelques jours après l'administration de ce sel dans les fièvres intermittentes des enfants, les parents venaient m'annoncer la guérison de la fièvre; mais dans un grand nombre de cas, les petits malades avaient eu des selles suivies de l'expulsion de vers intestinaux.

Dès lors je me demandai si le sulfate de quinine n'avait pas des propriétés anthelminthiques. Je le donnai donc à des enfants atteints de vers, et mes essais furent couronnés de succès. Toutes les fois que je fis usage de ce sel de quinine comme anthelminthique, il produisit cet effet, que j'ai constaté par un très grand nombre d'observations.

Déjà Van Doeveren, professeur à Groningue, rapportait en l'année 1764 deux observations fort curieuses sur la vertu anthelminthique de l'écorce du Pérou.

La première observation a pour sujet un enfant de douze ans, malade du tænia. On avait eu recours aux laxatifs, au mercure doux, à l'assa fœtida, etc., mais en vain. Enfin on lui fit prendre une once et demie d'écorce du Pérou en quatre jours. Après avoir pris cette poudre, il rendit un tænia tout entier avec la tête, et fut tout à fait délivré de son ennemi.

Dans la deuxième observation, il s'agit d'une petite fille de quatre ans, qui avait la fièvre. On lui fit prendre une once d'écorce du Pérou, réduite en conserve avec du sirop commun. Ce remède chassa de son corps trois vers ronds.

Il y a un grand nombre de cas, ajoute Van Doeveren, où les médecins ont donné ce spécifique fébrifuge dans la seule intention de chasser la fièvre et pas le moindre soupçon de vers; cependant il en a fait sortir.

Heister, dans son électuaire anthelminthique, a associé le quinquina au mercure, parce qu'il avait probablement entrevu la vertu anthelminthique du premier.

J'ai recueilli plus de quarante observations concernant des enfants atteints d'ascarides lombricoïdes et qui ont été guéris radicalement de cette affection par le sulfate de quinine. Ordinairement ce sel provoque, au bout de vingt-quatre à trente-six heures, plusieurs selles liquides qui entraînent avec elles ces entozoaires.

Le sulfate de quinine réussit aussi parfaitement contre les oxyures vermiculaires. Comme on sait, les oxyures sont logés dans le rectum, quelquefois dans le côlon, où les matières fécales leur servent de domicile. Ils paraissent en pomper un reste de suc, qui sert à les nourrir. C'est avec ces matières qu'ils sortent le plus souvent en peloton, ou bien ils s'échappent d'eux-mêmes, causent des démangeaisons insupportables, le ténesme et d'autres incommodités.

Des lavements au sulfate de quinine, répétés tous les soirs pendant un certain temps, suffisent pour détruire à tout jamais ces entozoaires.

J'ai eu l'occasion d'administrer deux fois le sulfate de quinine contre le tænia, et dans les deux cas le ver a été expulsé et ne s'est plus reproduit.

La première observation date du mois d'octobre 1853.

Une femme veuve, âgée de vingt-huit ans, était tourmentée depuis plusieurs années par un tænia, dont elle rendait à chaque instant un ou plusieurs segments.

Tous les anthelminthiques connus furent employés sans la débarrasser complétement du mal.

Cette malade, après avoir pris 3 grammes de sulfate de quinine, perdit plusieurs mètres d'un tænia dont les caractères se rapportaient à ceux du bothriocéphale large.

La quinine fut encore continuée pendant quelque temps, et depuis lors cette femme jouit d'une très bonne santé et n'a plus jamais ressenti les atteintes du ver.

La deuxième observation, datant du mois de mars 1854, est relative à un petit garçon âgé de quatre ans, qui depuis un an, au dire de ses parents, perdait à chaque instant des aunes entières d'un ver large et plat, que je reconnus être le tænia lata. Le sulfate de quinine est administré. Un ver de neuf mètres de longueur fut expulsé, et depuis lors il n'en a plus jamais reparu.

Ainsi le sulfate de quinine constitue un véritable anthelminthique. Souvent le médecin se trouve en présence de jeunes enfants malingres, débiles, dont la constitution porte le cachet de l'asthénie la plus profonde. Il recule ordinairement, lorsque ces enfants sont atteints en même temps d'affection vermineuse, devant la série des anthelminthiques, qui n'agissent le plus souvent sur le tube digestif qu'en lui imprimant des secousses fâcheuses, qui ont souvent du retentissement dans l'économie entière.

C'est spécialement dans des cas analogues que le sulfate de quinine présente des avantages, et jamais je n'ai vu des accidents résulter de son emploi.

Le sulfate de quinine produit des effets en vertu de ses propriétés amères; car les amers, comme on le sait, agissent avec d'autant plus d'énergie comme poisons sur les animaux que ceux-ci appartiennent à des classes plus inférieures.

N'est-ce pas en raison de leurs propriétés amères que Celse et Cœlius Aurelianus préconisent l'absinthe, la centaurée comme anthelminthiques, et que Rivière (*Praxis medica*, livre V, chap. IX) vante la racine de gentiane, l'absinthe, la petite centaurée, l'écorce d'orange contre les vers, surtout contre les ascarides lombricoïdes ?

Kluyskens, dans son *Traité de thérapeutique et de matière médicale*, dit « que les amers sont très nuisibles aux vers. C'est un fait très curieux, dit Kluyskens, que les amers végétaux sont généralement si vénéneux et si destructifs pour les animaux inférieurs; les mouches périssent presque aussitôt qu'elles ont été mouillées d'une infusion de quassia. »

Il n'est donc pas impossible que le sulfate de quinine tue les vers intestinaux. En agissant en outre comme tonique, ce sel rétablit le ton des organes digestifs, dont la faiblesse d'action prédispose beaucoup à la production des entozoaires.

Mode d'administration et doses.

La quantité de sulfate de quinine qu'il faut employer varie d'après l'âge des sujets.

De l'âge de deux à dix ans, la dose est de 2 décigrammes à 4 décigrammes dans les vingt-quatre heures.

Si le sujet est plus âgé, on porte la dose de 4 à 6 décigrammes dans les vingt-quatre heures.

Lorsque le sulfate a produit l'effet voulu, on diminue graduellement la dose.

Pendant l'administration de cet agent, on soumet le malade à une alimentation douce.

En général, il n'est pas nécessaire de recourir aux évacuants. Dans quelques cas cependant, il est bon d'administrer l'huile de ricin ou le sirop de rhubarbe.

Les formules suivantes ont été employées lors de son administration.

1° *Poudres anthelminthiques au sulfate de quinine.*

Sulfate de quinine. . . . . 3 à 6 décigr.
Sucre. . . . . q. s.

Divisez en paquets de 1 décigramme.
A prendre un paquet d'heure en heure.

2° *Pilules anthelminthiques au sulfate de quinine.*

Sulfate de quinine. . . . . . 3 à 6 décigr.
Miel, poudre d'althéa, de chaque. . q. s.

Faites des pilules de 1 décigramme.
A prendre 1 pilule d'heure en heure.

3° *Électuaire anthelminthique au sulfate de quinine,*

Sulfate de quinine. . . . . . 2 à 4 décigr.
Miel blanc. . . . . 60 gram.

A prendre par cuillerée à café d'heure en heure.

4° *Sirop anthelminthique au sulfate de quinine pour les jeunes enfants.*

Sulfate de quinine. . . . . . 2 à 3 décigr.
Sirop d'écorce d'orange. . . . . 40 gram.

A prendre par cuillerée à café.

5° *Lavement anthelminthique au sulfate de quinine.*

Sulfate de quinine. . . . . . . 3 à 4 décigr.
Acide sulfurique . . . . q. s.
Eau distillée. . . . . 250 gram.

(*Presse médicale belge.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 15 mai 1855. — Présidence de M. JOBERT (de Lamballe).

(L'abondance des matières nous oblige à renvoyer la correspondance au prochain numéro.)

ÉLECTION.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre dans la section d'hygiène et de médecine légale.

Le nombre des membres présents est de 75; majorité, 38.

Au premier tour, M. Guérard obtient. . . . . 39 voix.
— M. Devergie. 23
— M. Tardieu. 10
— M. Boudin. 2
— M. Brierre de Boismont. . . . 1

M. Guérard, ayant réuni la majorité des suffrages, est nommé membre de l'Académie.

Sa nomination sera soumise à l'approbation de l'Empereur.

Du délire au point de vue anatomo-pathologique. — L'ordre du jour appelle la discussion du rapport de M. Bousquet.

La parole est à M. Baillarger.

DISCUSSION.

M. BAILLARGER. Messieurs, le rapport lu par M. Bousquet dans la dernière séance sur le travail de M. Moreau me paraît avoir dans son ensemble une signification assez facile à apprécier. Il peut, à mon avis, se résumer assez exactement dans cette pensée, que les études si persévérantes entreprises sur la folie n'ont guère conduit jusqu'à présent qu'à des résultats négatifs.

De grands efforts ont été faits pour classer les délires si variés qui s'offrent à l'observation, pour mettre un peu d'ordre dans le chaos dont les asiles d'aliénés présentent l'image. Ces tentatives n'auraient pas été heureuses. En fait de classification, dit M. Bousquet, les médecins aliénistes ne sont à l'aise que dans les livres.

Les recherches d'anatomie pathologique sur le cerveau des aliénés ont été poursuivies avec la plus louable persévérance; beaucoup de travaux ont été publiés sur ce sujet : tout cela cependant n'a presque rien produit.

Les rapports des lésions anatomiques avec les diverses formes de l'aliénation n'offrent, d'après M. Bousquet, qu'inconstance et contradiction. Il ajoute d'ailleurs, comme une consolation pour les médecins aliénistes, que l'anatomie pathologique ne jette pas plus de jour sur les maladies des autres organes.

Depuis douze à quinze ans que l'activité s'est tournée vers l'examen du délire en lui-même. Il y avait là, au point de vue de la physiologie pathologique, de curieuses recherches à entreprendre. On a sous ce rapport interrogé les malades avec beaucoup de soin; on a obtenu d'eux après leur guérison des manuscrits dans lesquels ils décrivent les impressions qu'ils ont reçues, la succession des phénomènes qu'ils ont éprouvés. On ne s'en est pas tenu là, et M. Moreau en particulier s'est hardiment engagé dans la voie de l'expérimentation, en provoquant des délires artificiels. L'analyse a été ainsi portée dans l'appréciation

des désordres de l'intelligence. A quoi cependant cette étude nouvelle a-t-elle abouti? Ici encore, messieurs, je le dis à regret, la réponse de M. Bousquet est peu encourageante, et nous n'y trouverions guère qu'une négation.

C'est là, messieurs, que notre collègue s'est arrêté; il épargne aux médecins aliénistes son jugement sur la thérapeutique. Je ne veux donc sous ce rapport rien préjuger de son opinion.

En résumé, au point de vue nosologique, les médecins aliénistes ne sont à l'aise que dans les livres; l'anatomie et la physiologie pathologiques ne leur ont rien appris. Pour nous, dit M. Bousquet, confondu de l'impuissance de notre raison pour entrer dans tous ces mystères, nous laissons voir nos doutes et nous cachons nos espérances. Telle est ce qu'on pourrait appeler la conclusion générale du rapport de M. Bousquet.

Je crains, messieurs, que ce jugement ne soit bien sévère. D'accord en partie avec M. Bousquet sur quelques points, je ne saurais accepter la critique si générale à laquelle il s'est laissé entraîner.

L'étude des maladies mentales offrirait-elle tant d'attraits, la cultiverait-on avec tant d'ardeur, si elle était aussi complétement frappée d'impuissance?

Je vais essayer de démontrer qu'il n'en est pas tout à fait ainsi, et c'est ce qui ressortira, je l'espère, de l'examen de quelques-unes des questions que M. Bousquet a soulevées dans son rapport.

La première qui se présente, c'est l'idée qu'on doit se faire de la folie considérée d'une manière générale. C'est là d'ailleurs le but principal du travail de M. Moreau; son mémoire s'adresse surtout, comme il le dit, à certains médecins trop philosophes et à quelques philosophes trop peu médecins, qui, en raison des fonctions lésées, voudraient considérer la folie comme une maladie tout à fait à part, et la mettre, pour ainsi dire, en dehors de l'organisation. M. Bousquet reconnaît que telle est en effet l'idée dominante du mémoire qu'il avait à apprécier; mais il semble douter que de telles doctrines aient jamais été admises. Pourquoi dès lors combattre une thèse que personne ne soutient?

« Les médecins, dit l'honorable rapporteur, les médecins en sau-
» raient-ils donc moins que le peuple? A l'aspect d'un caractère bi-
» zarre, passionné, à plus forte raison d'un fou déclaré, le peuple dit
» que cet homme a la cervelle dérangée. La vérité a passé de la science
» dans les croyances populaires. »

Je ne nie pas, messieurs, que la science ne soit d'accord ici avec les croyances populaires, mais je crois que cet accord n'est pas aussi complet que paraît le croire M. Bousquet. Peut-être lui-même était-il, il y a peu de temps encore, bien près de se trouver parmi les dissidents.

Notre savant collègue reconnaît aujourd'hui, et comme une chose toute simple, que la folie est un dérangement du cerveau. Mais cette opinion a-t-elle toujours été la sienne? Le travail de M. Moreau n'aurait-il pas jusqu'à un certain point, et dans de certaines limites, modifié ses idées?

Il y a quelques mois à peine, et dans une autre discussion, M. Bousquet parlait aussi de la folie, et voici dans quels termes il le faisait:

« Vous connaissez, disait-il, le traitement moral dont M. Leuret se
» servait si heureusement. J'ai peine à voir une lésion matérielle dans
» une maladie qu'on guérit quelquefois par un simple raisonnement ou
» par quelques paroles. »

M. Bousquet invoque, comme on le voit, l'autorité de M. Leuret, et je demande la permission de rappeler ici les doctrines de ce médecin distingué.

Après avoir dit que le traitement moral est le seul qui soit propre à guérir la folie, M. Leuret déclare que l'emploi des préparations pharmaceutiques est aussi inutile dans cette maladie qu'il pourrait l'être à celui qui dans une discussion de philosophie et de morale s'aviserait de les employer pour convaincre ses adversaires.

Dans un autre passage il ajoute: « Que faisons-nous à ceux que nous
» croyons dans l'erreur? Leur opposons-nous des sangsues, des purga-
» tifs ou des objections? Des objections, répond M. Leuret. Faisons
» donc de même avec les aliénés, car les aliénés sont des hommes qui
» se trompent. »

Une telle doctrine, messieurs, est facile à caractériser. Elle supprime en effet l'un des deux éléments dont se compose la folie. Cet élément supprimé, c'est la névrose intellectuelle proprement dite, c'est l'idée fixe ou l'hallucination. Il ne reste donc plus que le second élément, c'est-à-dire l'erreur. Or, si nous savons quelque chose sur l'idée fixe et sur l'hallucination, si nous pouvons jusqu'à un certain point indiquer leur siége et la manière dont elles se produisent, il est vrai d'avouer que l'étude du second élément ne présente qu'embarras et obscurité.

Je ne dirai pas, messieurs, que la folie ainsi réduite à une simple erreur est placée en dehors de l'organisation, mais je dis que c'est la spiritualiser autant que possible, et cesser presque de l'envisager comme une maladie.

Cela est si vrai qu'on est conduit ainsi presque à son insu à considérer la folie comme une maladie de l'âme. C'est ce qui est arrivé à un médecin d'un grand mérite bien connu de M. Bousquet. Ce médecin donne de certaines folies la définition suivante:

« C'est, dit-il, une lésion des affections morales, *une maladie de*
» *l'âme*, une *erreur* dominante qui maîtrise plus ou moins la volonté
» des malades. »

Je m'empresse d'ajouter, messieurs, que ces mots de maladie de l'âme, ayant soulevé des critiques, ont bien vite été expliqués; mais l'explication ne détruit pas le fait que l'auteur a voulu exprimer et qui est la conséquence inévitable de cette opinion que la folie est une erreur et que l'aliéné est un homme qui se trompe.

Peut-être n'y a-t-il pas si loin qu'on pourrait le penser de ces opinions, à mon avis par trop spiritualistes, à celles d'Heinroth, qui considérait la folie comme un péché.

Pour prouver, en effet, que la transition n'est peut-être pas aussi impossible à établir qu'on pourrait le supposer, je citerai le passage suivant d'un ouvrage récemment publié par un professeur d'un grand mérite:

« Quelques médecins supposent, dit-il, qu'un certain genre de folie pousse au meurtre, et ils l'ont appelée monomanie homicide. Mais on voit dans les exemples qu'ils rapportent que cette espèce de folie est, *comme toutes les autres*, causée par une passion prédominante, par la cupidité, la débauche, la jalousie, la haine, la crainte du dernier supplice, le besoin d'exercer sa force physique; enfin par cet instinct carnassier qui existe dans l'espèce humaine, quoique à un plus faible degré que chez l'animal, et qui nous porte à nous emparer des animaux, à les dépecer et à nous en faire des aliments. Ce sont des causes semblables, et particulièrement la passion d'exercer son pouvoir physique, qui portent quelques malheureux à la destruction et à l'incendie, et il n'est pas nécessaire de supposer, comme le font quelques auteurs, une monomanie incendiaire. »

En oubliant ainsi l'influence de l'hérédité et des causes pathologiques pour voir surtout dans la folie le résultat des mauvaises passions, on se rapproche, à mon avis, de l'opinion d'Heinroth, quelque étrange qu'elle paraisse au premier abord, et il est impossible de ne pas voir que toutes ces doctrines se tiennent. C'est là surtout ce que j'ai pour but d'établir.

Voilà, messieurs, dans quelle voie dangereuse s'engageait, il y a deux mois, M. Bousquet quand il prétendait guérir la folie par de simples raisonnements, et surtout quand il invoquait l'autorité de M. Leuret.

Loin de moi la pensée de ranger notre collègue parmi ces médecins trop philosophes auxquels s'adresse le mémoire de M. Moreau. Mais n'est-il pas évident qu'à son insu peut-être il n'était pas éloigné de partager leurs doctrines?

En déclarant aujourd'hui que pour lui, comme pour le peuple, un fou est un homme qui a la *cervelle* dérangée, M. Bousquet nous prouve que, s'il a pu pencher vers l'erreur, son jugement si sûr l'a préservé d'y tomber.

J'ajouterai que M. Bousquet montre désormais une ardeur extrême pour défendre l'opinion populaire, opinion qui n'est autre en effet que celle de M. Moreau. Ce médecin est même bien près de n'être plus à ses yeux qu'un retardataire: il lui reproche, en effet, de trop atténuer cette maladie du cerveau dont la folie est le symptôme.

« Est-elle donc si légère, s'écrie M. Bousquet, cette maladie qui se
» transmet par voie de génération et qui prend si bien possession de
» sa victime qu'elle ne la quitte souvent qu'avec la vie? »

Tout cela est malheureusement exact, mais, je le demande, que peut le raisonnement pour guérir une affection si grave et qui jette dans l'organisation de si profondes racines?

Ai-je besoin de faire remarquer que l'insuffisance du raisonnement pour guérir la folie n'implique pas du tout l'inutilité du traitement moral? Une telle pensée n'a jamais été la mienne; et ce que je combats ici ce n'est pas le traitement lui-même, mais l'exagération à laquelle certains médecins se sont, je crois, laissés entraîner.

Qu'on ne puisse convaincre les aliénés par des sillogismes, cela ne veut pas dire qu'on ne puisse les émouvoir. Si les raisonnements nous manquent, les émotions nous restent. Ce qui nous reste surtout, c'est la diversion morale sur laquelle M. Leuret a écrit un si remarquable mémoire et dont il a tiré un si bon parti.

L'attention, d'après une belle expression de M. Garnier, l'attention est mortelle aux fausses conceptions, et rien n'est plus vrai si on veut rester dans de certaines limites. Personne ne songe donc à nier l'utilité de fixer l'attention par le travail, par les impressions sans cesse renouvelées d'un voyage, ou mieux encore en essayant d'éveiller chez le malade des passions nouvelles.

Il ne faut pas cependant exagérer les résultats qu'on peut attendre de ces moyens; ils ne peuvent être employés que dans des cas déterminés ou dans certaines périodes de la maladie; mais leur utilité n'est ni contestée ni contestable.

Je sais, messieurs, qu'il y a à tout cela une réponse: Vous ne pouvez, me dira-t-on, séparer complétement le raisonnement de l'émotion.

Or il y a des raisonnements qui font, on le sait, sur ceux auxquels ils s'adressent une forte impression.

Cela est vrai; mais pourquoi ne pas le dire? Pourquoi ne nous parler que d'une erreur à combattre par des raisonnements et des objections? Pourquoi comparer la lutte du médecin et du malade à une discussion de philosophie et de morale?

Au reste, même dans ces conditions les plus favorables où le raisonnement produit une forte impression, il ne faut pas se faire illusion. Presque toutes les tentatives se comptent par des insuccès. J'en rapporterai ici un nouvel exemple.

M. Trélat, chargé provisoirement du service de Bicêtre, avait à soigner un aliéné qui croyait avoir trouvé le mouvement perpétuel. Après avoir vainement lutté contre cette conception délirante, M. Trélat eut la pensée que peut-être la grande autorité d'Arago, en impressionnant son malade, aurait de plus heureux résultats pour détruire l'idée fausse. Arago, après s'être fait donner l'assurance que la folie n'est pas un mal contagieux, accepte la mission de combattre lui-même l'idée de l'aliéné.

Le malade est donc conduit dans son cabinet, où se trouvait ce jour-là M. de Humboldt. A peine le pauvre aliéné a-t-il entendu de la bouche d'Arago la négation ferme et raisonnée de son erreur qu'il est comme frappé de stupeur; il verse des larmes abondantes. Il pleurait la perte de son illusion.

Le but qu'on s'était proposé semblait atteint; mais à vingt pas de l'Observatoire, le malade, s'adressant au médecin, lui dit: « C'est
» égal, M. Arago se trompe, et moi seul ai raison. »

Malheureusement, messieurs, il en est trop souvent ainsi. Dans d'autres cas, l'idée détruite est bientôt remplacée par une autre: c'est l'histoire de la couleuvre et de ses petits.

(Nous publierons la suite du discours de M. Baillarger dans le prochain numéro.)

MM. Ferrus et Londe, inscrits pour parler après M. Baillarger, sont absents.

PRÉSENTATION.

Cric chirurgical. — M. Foucault présente un cric chirurgical ou appareil nouveau pour la réduction des fractures et des luxations des membres et pour l'extension prolongée. (Commissaires: MM. Depaul, Velpeau et Larrey.)

— La séance est levée à cinq heures.

Un dernier devoir restait à remplir envers la mémoire de l'ancien rédacteur en chef de la *Gazette des Hôpitaux*, M. Fabre. Quelques amis se sont joints à son fils pour lui élever un modeste tombeau. M. le docteur Félix Roubaud, qui a bien voulu prendre l'initiative de toutes les mesures adoptées à cet effet par une commission dont nous avons considéré comme un devoir de faire partie, nous prie d'insérer l'avis qui suit. Nous nous joignons à notre confrère pour inviter les amis de Fabre à assister à cette pieuse cérémonie. — Dr Brochin.

L'exhumation du corps du Dr Fabre et sa translation dans le tombeau que ses amis lui ont fait construire auront lieu le jeudi 24 mai à onze heures *précises*, au cimetière du Mont-Parnasse. Ceux qui voudront assister à cette cérémonie doivent considérer le présent avis comme une invitation.

On se réunira à dix heures au cimetière du Mont-Parnasse.

Pour la commission du monument: Félix Roubaud.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêtés du 14 mai, M. Binaut, professeur adjoint à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Lille, a été nommé professeur titulaire de la chaire d'accouchements, maladies des femmes et des enfants, dans ladite Ecole.

M. Pilat, suppléant, a été nommé professeur adjoint; il sera chargé, à ce titre, de la chaire de pathologie interne.

—M. Martin, chirurgien major de la *Jeanne-d'Arc*, vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur, en récompense de sa belle conduite dans une affaire contre les rebelles de Shang-Haï.

— Le banquet des internes en exercice et des anciens internes a eu lieu samedi dernier.

Cent cinquante convives se pressaient dans le plus grand salon des Frères Provençaux; et là, membres de l'Institut, de l'Académie de médecine, professeurs et agrégés de la Faculté, médecins et chirurgiens des hôpitaux sont venus se rappeler les émotions de leur premier concours à côté de leurs jeunes collègues.

Nous disons leurs collègues, car toute distinction avait disparu. Il n'y avait à table que des internes; maîtres et élèves étaient devenus égaux, tous partageaient les mêmes joies, comme tous s'étaient succédé dans les mêmes travaux.

Le banquet était présidé par M. Serres, savant distingué, aimable convive, maître bienveillant et dévoué. Etait-il possible de faire un meilleur choix?

Les toasts suivants ont été portés: par M. Serres, au présent, au passé et surtout à l'avenir de la médecine française; par M. Hardy, à l'union des internes et des chefs de service; par M. Dechambre, à l'interne de garde; par M. Depaul, au président du banquet.

M. Remilly a prononcé, au nom de la commission, une courte allocution, qui a été accueillie avec une vive sympathie, qui fait heureusement augurer des banquets de l'internat.

La commission a bien fait son devoir; tout a été parfaitement ordonné. Nous lui ferons cependant un reproche: nous croyons qu'elle s'est trop hâtée; qu'un retard d'un ou de deux mois aurait permis à quelques-uns de nos confrères de province de choisir l'époque fixée par les commissaires pour venir serrer la main de leurs anciens collègues et remercier ceux de leurs maîtres qui sont venus si gracieusement prendre leur part de joie et de gaieté à une réunion qui rappelle tant de souvenirs.

—Le docteur Wahu, chef de l'hôpital militaire de Cherchell, écrit à l'*Ami des Sciences* que l'asphodèle, dont on retire de très bon alcool, est en grande abondance et vient sans culture en Algérie. « On en peut
» ramasser de quoi fournir pendant des années à des distilleries éta-
» blies sur une grande échelle. » M. Wahu écrit aussi que le caroubier fournit également un des meilleurs alcools.

— La *España* donne les nouvelles suivantes:

Le choléra, dans la province de Jaen, vient d'envahir les villes de Torre-Dongimerro et de la Guardia; il reste stationnaire à Jaen et à Torre-del-Campo; mais il a disparu de Torre-Perogil, de Los Villares et de Castille-de-Locubin.

Dans la province d'Almeria, le choléra fait des ravages dans plusieurs villages, avec lesquels, par ordre de la junte sanitaire, toutes les communications par terre et par mer ont été interrompues. Les habitants de Baylen n'ont pas voulu permettre l'entrée dans leur ville d'une diligence venant de Jaen, où règne le choléra. Les nombreux voyageurs que cette voiture contenait, et qui pourtant jouissaient tous d'un parfaite santé, ont été obligés de retourner à pied à leur point de départ, et cela par une pluie battante, parce qu'on les repoussait partout comme des pestiférés.

— Notre confrère M. le docteur Sales-Girons, rédacteur de la *Revue médicale*, nous prie d'insérer l'erratum suivant, qui doit être fait au compte rendu de la séance de l'Académie de médecine du 20 mars, dans laquelle on a fait dire à M. le professeur Bouillaud que la doctrine vitaliste de la *Revue médicale* aurait des rapports d'origine avec les rêves d'Hanhemann.

Voici les paroles textuelles de M. Bouillaud:

..... « Que la *Revue* ne s'étonne pas si M. Bousquet n'est pas vita-
» liste comme M. Piorry, si M. Piorry ne l'est pas comme M. le pro-
» fesseur Cayol, si l'Ecole de Paris ne l'est pas comme celle de Mont-
» pellier, si M. Cayol lui-même ne l'est pas à la façon de ceux qui,
» adoptant les rêveries d'un cerveau malade (*ægri somnia*), se sont
» constitués les disciples du dynamisme homœopathique, et n'ont pas
» reculé devant l'énormité de placer Hanhemann et saint Thomas d'A-
» quin à côté l'un de l'autre. »

— M. le docteur Duchesne-Duparc ouvrira son cours public sur les maladies de la peau, mardi 22 mai, à sa clinique de la rue Larrey, 8, près de l'Ecole de médecine, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à onze heures précises du matin.

Chaque leçon sera précédée de l'examen des malades.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 59. — MARDI 22 MAI 1855. (28e ANNÉE.) N° 59. — MARDI 22 MAI 1855.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 21 MAI 1855.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'Académie a entendu dans cette séance un mémoire de M. Maisonneuve sur une nouvelle méthode de guérison radicale et instantanée des rétrécissements de l'urètre. Cette nouvelle méthode est une application du procédé ingénieux de cathétérisme que l'auteur a fait connaître il y a une dizaine d'années, et dont l'utilité est démontrée par la revendication qui en a été faite depuis par plusieurs chirurgiens. Nous publions une description détaillée de cette méthode, sur la valeur de laquelle nous nous abstenons de nous prononcer en ce moment, l'expérience ne l'ayant pas encore suffisamment sanctionnée.

On trouvera aussi dans le compte rendu une seconde note de M. Herpin (de Metz) sur le fait intéressant de l'action du gaz acide carbonique sur la peau, qu'il a signalé dans sa note précédente, et au sujet duquel M. Boussingault a fait connaître les résultats de son expérience personnelle.

L'Académie a reçu en outre un grand nombre d'autres communications médicales, destinées pour la plupart au concours pour les prix de médecine et de chirurgie. Nous ne pouvons qu'en reproduire les titres, le *Compte rendu* de l'Académie étant complétement muet sur le fond. — Dr Brochin.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. CHASSAIGNAC.

Étranglement interne datant de deux mois et demi. Opération de gastrotomie pour l'établissement d'un anus contre nature par la méthode de Littre. — Mort au bout de trente-six heures. — Autopsie.

La nommée Champenois, quarante-six ans, marchande de vin, entre à l'hôpital Lariboisière en avril 1855.

Cette femme, dont la santé est habituellement très bonne et dont les selles étaient régulières, les vit tout à coup se supprimer, il y a deux mois, à la suite de coliques très vives survenues spontanément et brusquement au milieu de la nuit. Ces coliques, accompagnées de gargouillement très sonore et de ballonnement du ventre, n'ont pas cessé de se reproduire pendant toute la durée de la maladie. Elles reviennent par accès le jour et la nuit à des intervalles qui varient de quelques minutes à un quart d'heure.

Traitée chez elle pendant les six ou sept premières semaines, la malade garda le repos au lit, prit des bains, des lavements, des purgatifs répétés, eut recours à des fomentations, tantôt stimulantes, tantôt narcotiques sur le ventre, sans éprouver aucune amélioration. Les lavements ramenèrent dans les premiers jours quelques fragments peu abondants de matières solides; mais bientôt la malade ne rendit guère que l'eau du lavement plus ou moins colorée en jaune, présentant parfois de petites pellicules et un peu de sang.

Les purgatifs (calomel, Sedlitz, scammonée, etc.), administrés à diverses reprises, donnèrent lieu à quelques déjections alvines, mais furent en grande partie rejetés par la bouche.

Il y a trois semaines survinrent tout à coup et pour la première fois des vomissements de matières liquides, jaunâtres, fétides, qui se répétaient plusieurs fois par heure et ne s'arrêtèrent qu'au bout de vingt-quatre heures et après l'emploi de quelques fragments de glace dans la bouche.

Dix jours s'écoulèrent ainsi sans autres symptômes que la persistance opiniâtre de coliques revenant par accès et de la constipation; puis, à la suite d'une selle assez copieuse, déterminée par un purgatif, nouvelle attaque de vomissements répétés de même nature que les premiers et qui s'arrêtèrent également au bout de vingt-quatre ou trente-six heures.

C'est alors que la malade entra à l'hôpital Lariboisière dans une salle de médecine. Elle y resta huit jours, au bout desquels, nulle amélioration n'étant survenue, on jugea une opération nécessaire et on fit passer la malade en chirurgie.

A son entrée (7 avril) cette femme est en proie à une troisième attaque de vomissements qui a débuté la nuit dernière à trois heures du matin. Les vomissements reviennent environ toutes les heures. Ils ne sont pas précédés de nausées ni accompagnés d'un malaise bien notable. Ils sont constitués par une matière de la consistance d'une bouillie très claire, jaunâtre, peu odorante, bien que la malade nous dise avoir conscience de sa fétidité pendant le vomissement; elle ressemble tout à fait aux matières fécaloïdes de l'intestin grêle. Le ventre est volumineux, médiocrement tendu, non douloureux à la pression, rend un son tympanique, excepté dans la fosse iliaque droite, où l'on constate une demi-matité. Du reste, en ce point pas plus qu'ailleurs on ne peut découvrir aucune tumeur appréciable, bien que l'exploration soit assez facile et puisse être portée assez profondément. Toutes les quatre ou cinq minutes surviennent des coliques qui ne sont pas extrêmement vives, mais s'accompagnent d'une tension prononcée des parois abdominales, à la surface desquelles se dessinent parfaitement dans ces moments les sinuosités et les bosselures intestinales dilatées. Aucune trace de tumeur herniaire. Le toucher rectal ne fait reconnaître aucun obstacle appréciable.

Une particularité qui nous frappe tout d'abord, c'est l'espèce de tolérance qu'offre la santé générale de cette femme pour des accidents de cette nature et des causes d'épuisement aussi prolongées. Les forces sont en grande partie conservées; le pouls calme, régulier; le facies est normal et n'exprime ni la souffrance, ni l'abattement. Malgré la conservation de l'appétit pendant les cinq premières semaines, la malade n'osait point prendre d'aliments, de crainte de les vomir. Cependant le bouillon de poulet est assez bien supporté par l'estomac depuis un mois. Bien qu'il n'y ait pas de dépérissement apparent bien notable, la malade dit avoir perdu beaucoup de ses forces et de son embonpoint.

Le 8, même état. — Bain; glace dans la bouche; douches froides ascendantes dans le rectum.

Le 9. Les vomissements ont cessé hier dans la matinée. Les douches n'ont point amené de matières; l'eau a été rendue simplement colorée en jaune. — On prescrit de nouvelles douches.

Le 10, dans le liquide rendu après les douches, nous constatons de petits flocons rougeâtres, de petites expansions membraniformes et quelques stries sanguines. — Les douches sont continuées les jours suivants; elles amènent de temps en temps de petits fragments de matières fécales de la grosseur d'une noisette.

Le 15, à onze heures du matin, vomissement de matières fécaloïdes, jaunâtres, peu odorantes, ressemblant à une purée très claire. Deuxième vomissement à midi; troisième vomissement à onze heures du soir.

Le 20. Depuis quelques jours la malade supporte assez bien les potages. Les selles restent toujours suspendues, malgré les lavements administrés chaque jour. Les coliques reviennent toutes les cinq ou six minutes, mais elles sont moins vives que les premiers jours de son entrée; la nuit, elles troublent rarement son sommeil.

Le 24. Trois vomissements de matières fécaloïdes dans la journée d'hier; ces matières sont toujours jaunâtres, presque inodores. La santé générale ne s'altère pas davantage. On attend de la nature tout ce qu'elle pourra faire avant de se décider à une opération d'anus contre nature.

Le 26. Hier, vomissement liquide et jaunâtre accompagné de malaise. La malade commence à s'affaiblir sensiblement. Le moment paraît arrivé de tenter quelque chose pour elle; elle le désire elle-même vivement.

Le 27, inhalation de chloroforme faite avec précaution; incision de 5 à 6 centimètres au voisinage de l'épine iliaque et parallèlement à l'arcade crurale. On procède couche par couche, et l'on rencontre enfin le péritoine. On l'incise sur une longueur de 2 à 3 centimètres. Alors apparaissent dans la fosse iliaque deux ou trois circonvolutions intestinales qui ne sont pas très volumineuses et n'offrent aucune tendance à faire saillie dans la plaie. M. Chassaignac porte alors le doigt dans l'abdomen, et après quelques recherches ramène au dehors l'anse qui lui paraît au toucher la plus volumineuse. Celle-ci peut avoir de 4 à 5 centimètres de diamètre; ses parois sont très épaisses, résistantes, et comme fibro-cartilagineuses. On passe dans le mésentère un fil double, que l'on fixe au dehors sur un morceau de sonde élastique; puis l'anse intestinale, d'un volume comparable à celui d'un gros œuf de dinde, est laissée à l'extérieur et recouverte d'un pansement simple. M. Chassaignac veut attendre la formation d'adhérences péritonéales avant d'ouvrir l'intestin.

Le soir, douleurs vives dans l'abdomen; point de vomissements. — Potion belladonée; emplâtre de belladone sur la partie gauche de l'abdomen. On ne dérange pas le pansement.

Le 28, les douleurs se sont beaucoup calmées après l'application de l'emplâtre. Le soulagement persiste ce matin. La malade est cependant très faible; les traits de la face sont amaigris, décomposés. Après avoir soulevé le pansement, on a sous les yeux une énorme masse intestinale du volume d'une tête de nouveau-né, laquelle masse a fait irruption au travers de l'ouverture depuis hier soir. Cette portion herniée a 2 ou 3 pieds de longueur; elle est rouge, enflammée, à parois épaissies, considérablement distendue par des gaz et des matières liquides. Son diamètre est de 2 pouces à 2 pouces et demi.

M. Chassaignac cherche en vain à réduire; malgré une ouverture de deux à trois centimètres faite à l'intestin au voisinage du lieu où le mésentère a été traversé d'un fil, malgré l'évacuation d'un litre à un litre et demi d'une bouillie fétide, épaisse et jaunâtre, la réduction continue à être impossible.

Le chirurgien se décide à laisser l'intestin au dehors, le soutenant seulement par quelques compresses longuettes fixées à un bandage de corps; il espère qu'il pourra s'établir quelques adhérences péritonéales protectrices contre la péritonite purulente dont on est menacé.

Le soir, état général très grave; point de vomissements; douleurs abdominales médiocres; pouls filiforme; facies décomposé; respiration fréquente, anxieuse; voix éteinte, intelligence conservée.

A huit heures du soir, la malade succombe.

Autopsie 36 heures après la mort. — Toute la portion d'intestin restée au dehors offre une surface légèrement dépolie et rugueuse, d'une teinte rouge brun et même noirâtre en certains points; son aspect rappelle très bien celui que l'on constate le plus souvent à l'ouverture du sac dans une hernie étranglée; elle n'a point contracté d'adhérences avec le pourtour de l'orifice abdominal. L'intestin grêle, dont la plus grande partie, bien entendu, est restée dans l'abdomen, offre sur toute sa longueur une distension analogue à celle des anses herniées, si ce n'est plus considérable encore; il renferme également un liquide épais, jaunâtre et des gaz infects; le péritoine enflammé est le siége d'arborisations vasculaires nombreuses et renferme un verre de sérosité purulente.

Dans la fosse iliaque droite, on découvre l'étranglement intestinal. Son siége précis est à l'extrémité terminale de l'intestin grêle, au moment où il se jette dans le cœcum. Masqué en partie, à l'ouverture de l'abdomen, par des pelotons graisseux infiltrés de lymphe plastique et par un prolongement du grand épiploon qui vient adhérer intimement en ce point de l'intestin, on reconnaît par l'enlèvement et la dissection de la pièce qu'il est ainsi constitué.

L'appendice vermiforme du cœcum, né en arrière de celui-ci, se dirige en haut et en avant de manière à recouvrir la demi-circonférence supérieure du calibre de l'intestin grêle dans l'angle rentrant qu'il forme par sa jonction avec le gros intestin. Cet appendice est là fortement adhérent; il est très dilaté, il peut avoir un centimètre de diamètre en certains points. Ses parois sont amincies, presque transparentes, distendues par une grande quantité de mucus gélatiniforme accumulé dans son intérieur, bien que la communication avec le cœcum ne soit pas complétement interrompue. L'épiploon paraît être l'agent principal de l'étranglement. Adhérant à l'extrémité terminale de l'intestin grêle en même temps qu'à l'appendice vermiforme qu'il recouvre en partie, il envoie en arrière un prolongement en forme de languette fibro-adipeuse qui contourne la partie postérieure et inférieure de la circonférence du petit intestin en lui adhérant intimement, de manière à aller jusqu'à la rencontre du mésentère et à former la presque totalité d'un anneau constricteur qui étrangle véritablement le tube intestinal. Celui-ci cependant n'est pas complétement oblitéré en ce point; il est possible en effet de faire pénétrer, non sans quelque difficulté, un corps cylindroïde, de la grosseur d'une plume d'oie, au travers de la partie étranglée, laquelle néanmoins, à cause de quelques sinuosités ou replis valvulaires, ne se laisse aucunement traverser par une certaine quantité d'eau versée dans le bout supérieur.

Le cœcum, le côlon offrent à peine huit à dix lignes de diamètre et sont tapissés à leur surface interne par des mucosités grisâtres.

MÉMOIRE SUR UNE NOUVELLE MÉTHODE DE CATHÉTÉRISME, et sur ses applications à la cure radicale et instantanée des rétrécissements de l'urètre.

(Lu à l'Académie des sciences le 14 mai 1855 par M. le Dr J.-G. MAISONNEUVE, chirurgien de l'hôpital de la Pitié.)

Il y a quelques années (en janvier 1845) j'eus l'honneur d'exposer à l'Académie un procédé très simple qui permettait de pratiquer facilement et sans danger l'opération du cathétérisme dans les cas les plus graves de rétention d'urine. Ce procédé consistait à introduire d'abord dans l'urètre une bougie fine et flexible qui, se moulant aux inflexions du canal, arrive toujours et sans difficulté dans la vessie, puis à se servir de cette bougie comme d'un conducteur sur lequel on faisait glisser une sonde élastique percée à ses deux bouts.

Ce procédé si simple est actuellement employé par tous les praticiens, et depuis lors non-seulement il n'est plus de prostate infranchissable, mais surtout il n'est plus question de ces fausses routes ni de ces accidents inflammatoires redoutables auxquels exposaient si fréquemment les procédés ordinaires.

Frappé des avantages considérables que cette méthode du *cathétérisme sur conducteur* avait réalisés dans le traitement des rétentions d'urine, j'ai cherché à en faire l'application aux rétrécissements de l'urètre. Mais ici les conditions étaient bien différentes. En effet, dans la rétention d'urine, le canal n'ayant rien perdu de son calibre, et l'obstacle à l'introduction du cathéter ne résidant que dans un changement plus ou moins brusque de direction produit par l'hypertrophie de la prostate, aussitôt que la bougie con-

ductrice était arrivée dans la vessie rien ne s'opposait plus à ce qu'on fît glisser sur elle une sonde plus volumineuse pour l'évacuation de l'urine. Dans les rétrécissements, au contraire, l'urètre permet à peine l'introduction d'une bougie filiforme, et son étroitesse oppose un obstacle invincible à ce que par-dessus cette bougie on puisse faire glisser un instrument de quelque volume.

En présence de cette difficulté je perdis longtemps l'espoir d'atteindre le but que je poursuivais, lorsque j'eus l'idée d'utiliser la bougie conductrice d'une autre manière :

Au lieu de faire glisser sur elle l'instrument que je voulais introduire, je vissai sur son extrémité libre le bec de cet instrument, qui, faisant ainsi corps avec elle, put facilement pénétrer à la suite dans les rétrécissements, pendant qu'elle-même s'enfonçait dans la vessie, où elle se repliait.

Ce résultat fixa vivement mon attention, et je ne tardai pas à comprendre qu'il ne s'agissait pas seulement d'une modification à la méthode du cathétérisme sur conducteur, mais bien d'une nouvelle méthode tout aussi simple et beaucoup plus féconde.

Cette méthode, en effet, également applicable aux instruments de toutes les formes, de tous les calibres, m'a permis de résoudre d'un seul coup deux des problèmes les plus complexes, les plus importants de la chirurgie des voies urinaires, celui de *l'exécution facile et sûre de toutes les opérations relatives au traitement des rétrécissements de l'urètre*, et surtout celui de la *guérison instantanée de ces affections sans aucune dilatation préalable ni consécutive.*

Exposé de la méthode. — *Instruments.* — La nouvelle méthode de cathétérisme que je propose n'exige aucun instrument spécial ; il importe seulement que la bougie conductrice et les instruments dont elle doit diriger l'introduction soient disposés de manière à s'articuler ensemble à la volonté du chirurgien.

Le moyen qui m'a paru le plus simple pour obtenir ce résultat consiste dans l'emploi d'un petit ajutage métallique fixé à demeure à l'extrémité externe de la bougie, et auquel l'instrument à introduire vient lui-même s'articuler à l'aide d'une vis dont son bec doit être muni à cet effet.

Tous les instruments usités dans les maladies de l'urètre se prêtent parfaitement à ce mode d'articulation.

Quand le chirurgien est fixé sur le genre d'opération qu'il veut pratiquer, il introduit d'abord dans l'urètre une bougie A munie de son ajutage B. Aussitôt que la bougie a pénétré jusque dans la vessie, on visse sur cet ajutage l'extrémité de l'instrument dont on a fait choix, puis on pousse avec lenteur l'instrument et la bougie qui le précède jusqu'à ce que celui-ci se trouve dans les conditions voulues pour le but que l'on se propose : pour l'exploration de l'urètre, l'introduction de sondes évacuatrices ; la dilatation brusque par les sondes coniques, par les sondes volumineuses de Mayor, par les dilatateurs mécaniques ; la cautérisation des rétrécissements ou du véru-montanum ; l'incision de l'urètre par les méthodes d'avant en arrière (Civiale), d'arrière en avant (Reybard), de dehors en dedans (Syme), de dedans en dehors (Maisonneuve).

Application de la nouvelle méthode à l'urétrotomie d'avant en arrière. — De toutes les méthodes d'urétrotomie, celle d'avant en arrière est sans contredit la plus importante. Tandis, en effet, que toutes les autres méthodes sont frappées d'impuissance tant que les rétrécissements n'ont pas le degré d'ouverture nécessaire à l'introduction des instruments volumineux, l'urétrotomie d'avant en arrière n'a besoin d'aucune dilatation préalable, et permet au contraire de créer instantanément une voie suffisante à l'introduction d'instruments destinés aux autres méthodes.

Malheureusement l'exécution de cette précieuse méthode était, jusqu'à présent, entourée de tant d'incertitude et de dangers, que les chirurgiens les plus habiles osaient à peine y avoir recours.

Grâce à la bougie conductrice, ces incertitudes et ces dangers ont complètement disparu. C'est là, sans contredit, une des plus heureuses applications de notre méthode, puisque c'est elle qui nous a permis d'arriver à la *guérison radicale et instantanée* des rétrécissements de l'urètre sans dilatation préalable ni consécutive.

Nous dirons seulement que pour réaliser ce résultat il nous a fallu modifier tellement cette opération, que nous en avons fait une opération toute nouvelle.

Nouveau procédé pour l'urétrotomie d'avant en arrière. — L'instrument nécessaire pour cette opération se compose d'un tube cannelé C et d'une lame tranchante D. Le tube cannelé, long de 25 centimètres, à 3 millimètres de diamètre. Il présente près de son extrémité externe un petit anneau qui lui sert de manche, tandis que son extrémité vésicale est munie d'un pas de vis pour s'articuler à l'ajutage de la bougie conductrice. La lame tranchante a la forme d'une demi-olive ; elle est tranchante sur sa convexité. Son dos est muni d'une crête qui le retient dans la cannelure. Elle se continue par une de ses pointes avec une tige mince qui glisse dans le tube cannelé, et qui, à son extrémité, se termine par un petit manche qui sert à la manœuvrer.

L'instrument ainsi composé peut être droit ou légèrement courbe à son extrémité vésicale. Dans ce dernier cas, la lame est placée du côté de la concavité ou de la convexité. Cette dernière forme est celle que je préfère d'habitude.

Manœuvre opératoire. — Pour exécuter l'urétrotomie par ce procédé, le chirurgien introduit d'abord dans l'urètre une bougie appropriée au degré d'étroitesse du rétrécissement, et dont l'extrémité externe est munie d'un petit ajutage à peine plus volumineux qu'elle. Ce premier temps s'exécute suivant les règles, avec les précautions ordinaires à cette espèce d'introduction. Aussitôt que la bougie a pénétré jusque dans la vessie, on visse sur son ajutage l'extrémité vésicale de l'urétrotome le plus convenable au cas particulier ; puis on le pousse doucement, de manière que, guidé par la bougie qui le précède, il franchisse tous les rétrécissements. On introduit alors dans la cannelure du tube la petite lame tranchante, à laquelle on fait parcourir sans hésitation toute la longueur de l'instrument, de manière à diviser d'un seul trait tous les rétrécissements. Ce dernier temps de l'opération est si rapide et si peu douloureux, que souvent les malades ne s'en aperçoivent même pas, et attendent qu'on l'exécute alors qu'il est déjà terminé.

Application de la nouvelle méthode à la guérison radicale et instantanée des rétrécissements de l'urètre sans dilatation préalable ni consécutive. — En considérant combien, dans l'état actuel de la science, les rétrécissements de l'urètre sont encore réfractaires à nos moyens thérapeutiques, l'idée d'une guérison radicale et instantanée de ces affections ne pourra certainement paraître au plus grand nombre des praticiens que comme une idée folle ou chimérique. Et cependant, quand on réfléchit sérieusement, on voit qu'elle n'est point absolument irréalisable. Bien plus, on voit que chaque jour et depuis longtemps elle est réalisée, pour quelques-unes au moins de ces affections. En effet, tous les chirurgiens savent avec quelle facilité on peut d'un coup de bistouri agrandir d'une manière permanente le méat urinaire accidentellement ou naturellement trop étroit pour admettre les instruments lithotriteurs ou les sondes de quelque volume. Ils savent qu'il n'est aucunement besoin pour obtenir ce résultat d'entretenir l'écartement des lèvres de la plaie au moyen de bougies ou de corps étrangers. La rétraction des tissus et le passage de l'urine suffisent à cet office. Or rien ne fait supposer qu'à une certaine profondeur dans l'urètre les choses ne puissent se passer de la même manière.

Déjà même les remarquables travaux de M. Reybard ont démontré que ce fait n'était plus seulement à l'état de supposition, mais bien à l'état de réalité. Ses expériences sur les animaux, ses opérations sur l'homme ont établi que l'incision longitudinale laissait au niveau de l'endroit rétréci une ampliation permanente. Mes recherches propres m'ont prouvé qu'il n'était pas besoin pour obtenir ce résultat d'entretenir l'écartement des lèvres de la plaie par un corps étranger. Bien plus, elles m'ont démontré que les accidents reprochés avec juste raison à la méthode des grandes incisions étaient dus presque toujours au contact de ces corps étrangers sur les surfaces saignantes. De sorte qu'en réalité la science possédait déjà le moyen d'obtenir *instantanément la cure radicale des rétrécissements de l'urètre.*

Mais, quand de la science expérimentale on descend à la pratique usuelle, on aperçoit bientôt une foule de circonstances de détail qui devaient s'opposer à la vulgarisation de cette méthode.

D'abord l'exécution de l'opération était entourée de difficultés extrêmes. Les instruments étaient compliqués dans leur structure et dans leur manœuvre. Leur aspect seul avait quelque chose d'effrayant pour le malade et pour l'opérateur. D'une autre part, on n'avait pas suffisamment insisté sur l'inutilité et le danger des bougies dilatateurs à la suite de l'opération, de sorte que l'instantanéité n'existait plus pour le malade, en même temps que des accidents réels dus à leur présence effrayaient le chirurgien. Enfin, et c'est peut-être là la principale raison, l'insuffisance des procédés opératoires rendait indispensable un traitement préparatoire fort long et fort pénible destiné à donner au canal les dimensions nécessaires pour l'introduction des instruments inciseurs.

Il résultait de tous ces motifs que, malgré son efficacité comme méthode curative, l'incision ne remplissait qu'une partie du programme, et celle précisément à laquelle les malades attachent le moins d'importance.

Mais du moment que, grâce à la nouvelle méthode de cathétérisme, il nous est possible d'attaquer d'emblée et sans dilatation préalable les rétrécissements les plus étroits, et cela avec autant de sécurité que s'ils étaient placés au méat urinaire ; lorsque, d'autre part, les instruments et la manière de s'en servir ont été simplifiés au point de n'exiger aucune étude, aucune habileté spéciale ; enfin, lorsqu'à ces perfectionnements on joint celui de ne faire aucun traitement dilatateur consécutif, la question se présente sous une tout autre face.

Au lieu d'une opération embarrassée d'instruments compliqués, et surtout de longs et pénibles traitements préparatoires et consécutifs, on n'a plus qu'une opération simple et rapide qui peut être tout entière pratiquée en quelques minutes, permet l'emploi du chloroforme, et par conséquent ne fait éprouver aucune douleur au malade.

Description de l'opération. — *Premier temps.* — Le malade étant couché, j'introduis dans l'urètre une bougie appropriée au degré d'étroitesse du rétrécissement, et dont l'extrémité libre est munie d'un petit ajutage à peine plus volumineux qu'elle.

Deuxième temps. — Aussitôt que la bougie a pénétré jusque dans la vessie, je visse sur son ajutage l'extrémité libre de mon urétrotome, que je pousse ensuite, ainsi que la bougie qui le précède, jusqu'à ce qu'il ait franchi tous les rétrécissements.

Troisième temps. — J'introduis alors dans la cannelure de mon urétrotome la petite lame tranchante qui en fait partie, et faisant rapidement parcourir à cette lame toute la largeur de la cannelure, j'incise d'un seul trait tous les rétrécissements.

Quatrième temps. — Je retire alors l'urétrotome n° 1, je le dévisse de dessus la bougie ; je lui substitue l'urétrotome à lame cachée E, que j'introduis dès lors sans difficulté.

Cinquième temps. — Puis quand l'urétrotome caché est amené à sa destination, je presse sur la bascule qui fait ouvrir la lame, et je retire le tout en incisant d'un seul trait et profondément tous les rétrécissements.

Sixième temps. — Enfin, pour m'assurer que l'opération a bien atteint son but, j'introduis dans l'urètre une bougie métallique du n° 48, que je retire aussitôt.

Ceci étant fait, je laisse le malade parfaitement tranquille, sans plus jamais lui introduire de sondes ni bougies. Immédiatement après cette opération, le malade urine à plein canal et presque sans aucune douleur. La sensation légère de cuisson qui a lieu au moment de l'émission de l'urine disparaît au bout de quelque temps. Il en est de même du suintement mucoso-purulent qui accompagne le rétrécissement.

Quant à l'hémorrhagie, elle se borne à quelques gouttes de sang qui s'arrêtent d'elles-mêmes au bout de quelques instants.

Par prudence, j'engage les malades à rester quelque temps au repos, à prendre un bain, des boissons adoucissantes ; mais plusieurs fois j'en ai vu qui ont repris immédiatement leurs habitudes, sans qu'il en soit résulté le moindre inconvénient.

DU DÉBRIDEMENT DANS LE TRAITEMENT DE QUELQUES PLAIES ANCIENNES ET REBELLES.

Nouvelle manière d'opérer le phimosis.

Par M. le docteur Faure.

Débridement dans les plaies. — Les débridements simples ou multiples de la peau sont très efficaces dans beaucoup de cas où des solutions de continuité, même en dehors de tout vice constitutionnel, durent indéfiniment, et particulièrement dans les conditions suivantes :

1° Lorsque le travail de réparation, arrivé à une certaine limite, s'arrête, laissant encore à vif une large surface ;

2° Si la plaie occupe une éminence acuminée ou arrondie, capable par sa forme de s'opposer au rapprochement des bords, telles sont celles du sommet de la tête, du talon, de la pointe d'une articulation ankylosée à angle droit, etc., quand il y a perte de substance ;

3° Lorsque la plaie est située dans une région affectée de varices, ou qu'elle est due à des varices elles-mêmes.

Les affections de ce genre présentent un nombre infini de variétés. En général, elles s'enflamment très souvent, donnent lieu à un écoulement abondant et sont très douloureuses, ou au moins très incommodes. Les malades demandent du soulagement à tous les moyens imaginables ; les emplâtres, les onguents, les topiques de toutes les espèces sont expérimentés tour à tour. Les médecins emploient les cautérisations, les bandages, les agglutinatifs, etc., et ils n'obtiennent pas plus de succès des uns que des autres. Si, en raison de cette loi d'alternatives qui régit tous les appareils physiologiques et pathologiques, l'état s'améliore ou s'aggrave, on attribue aussitôt au remède du moment des propriétés nuisibles ou utiles qui lui sont également étrangères. Quand par hasard la plaie vient à se fermer, le nouveau tissu cicatriciel, trop faible comparativement à son étendue, se rompt au moindre choc, et le mal est rapidement rétabli aussi fâcheux que jamais. Le savant Parent-Duchâtelet, dans un remarquable mémoire inséré aux *Annales d'hygiène*, a relevé la statistique des individus qui de son temps venaient au parvis avec des infirmités pareilles, et le nombre en est vraiment énorme.

Ayant eu l'occasion d'observer un bon nombre de ces maladies, j'ai reconnu que la tension de la peau environnante était le plus grand obstacle, et j'ai pu guérir, simplement en les isolant du reste du système cutané par des incisions d'une étendue suffisante pour les entourer entièrement, des plaies qui depuis bien des années avaient résisté à tous les moyens. Ces incisions sont courbes, distantes de 2 ou 3 centimètres de la plaie ancienne, légèrement obliques les unes sur les autres, de façon que leurs extrémités se correspondent sans se confondre. Elles ont une longueur variable ; elles sont assez profondes pour que leur bord correspondant à la plaie puisse être disséqué et détaché de ses adhérences avec les aponévroses d'enveloppe. Si le mal est très ancien et très étendu, on ajoute au relâchement déjà obtenu en pratiquant à distance quelques nouveaux débridements parallèles aux premiers. Si dans le voisinage de la plaie, soit au dedans, soit au dehors des incisions, il se trouve des brides cicatricielles ou des vaisseaux variqueux, on les divise entièrement et sur deux ou trois points de leur étendue. L'écoulement de sang cesse de lui-même ; on peut d'ailleurs l'arrêter par une compression méthodique. Comme pansement, on place quelques fragments d'agaric dans les plaies nouvelles pour en empêcher la réunion par première intention. Après le quatrième

jour on panse à plat; la plaie ancienne se ferme d'elle-même avec une rapidité remarquable, et pour ne plus se rouvrir.

La raison du succès est facile à saisir. La cicatrisation des plaies anciennes, comme on sait, se fait de la circonférence au centre, au moyen d'une membrane qui des bords de la plaie tend constamment à gagner le centre. Cette membrane, qui est mince, fibreuse, et d'une transparence telle qu'on peut à travers elle suivre le développement des vaisseaux, s'avance en envoyant entre les bourgeons charnus des prolongements et des languettes qui se réunissent progressivement les uns aux autres, entraînant la peau et les téguments voisins, qui sont forcés ainsi soit à s'étendre en s'amincissant, soit à glisser sur les parties sous-jacentes. Elle paraît être une dépendance du derme, ne se couvre jamais de poils, est attachée par des filaments fibreux aux tissus profonds, avec lesquels d'ailleurs elle ne se confond jamais, puisqu'il suffit d'un frottement ou d'une contusion pour l'en détacher; elle est contractile enfin, car avec le temps elle diminue d'étendue. Dans les circonstances que j'ai indiquées, le travail de réparation ne s'arrête que parce que cette membrane a forcé la peau à épuiser tout ce dont celle-ci pouvait disposer d'élasticité propre et de mobilité, et qu'elle se trouve dans l'impossibilité absolue d'avancer. On comprendra dès lors que pour qu'elle puisse de nouveau céder à la force qui l'attire incessamment en dedans, il suffira de la délivrer des liens qui la retiennent. Tel est le but, et, il faut le dire, le résultat constant des débridements circulaires. Immédiatement après l'opération, la membrane granuleuse revenant sur elle-même avec une énergie incroyable, la plaie se resserre et diminue à l'instant, tandis que les bords des incisions nouvelles s'écartent démesurément; les cicatrices de celles-ci sont ensuite bien plus larges qu'elles ne le seraient en toute autre circonstance. La trace de la plaie ancienne, au contraire, est réduite aux deux tiers de son étendue primitive.

Une telle force de contraction m'avait donné à penser que, dans quelques cas où on emploie les débridements de voisinage pour faciliter le rapprochement des bords d'une solution de continuité, il y aurait tout avantage à attendre pour les pratiquer que celle-ci fût en voie de cicatrisation, et quelques expériences me l'ont prouvé: c'est alors une véritable autoplastie dont le glissement s'opère de lui-même et dont on pourrait tirer parti pour diriger le travail de cicatrisation de certaines plaies, de manière à éviter après la guérison des difformités ou même des infirmités sur lesquelles il faut revenir quelquefois longtemps après.

Mme M..., trente-trois ans, bonne constitution, plusieurs enfants, ulcères aux jambes depuis dix-sept ans, varices énormes à la suite d'une première grossesse. Ces plaies, diminuant et s'agrandissant tour à tour, occupaient le quart inférieur de la face interne de la jambe; les parties voisines étaient rouges et tuméfiées; un liquide âcre et sanieux s'en écoulait constamment; des varices énormes serpentaient tout autour; la douleur était continue et intolérable. Je cerne ces plaies entre six ou sept incisions profondes à 3 centimètres de distance; quatre ou cinq varices très volumineuses sont coupées dans tout leur calibre: en très peu de temps la guérison est complète. Les jambes, soutenues par un bas lacé, qui jusque-là avait été inutile, ne se sont jamais rouvertes.

Plusieurs autres observations que je pourrais citer ne seraient que des redites de celle-ci.

Chez une femme également affectée d'ulcères variqueux, je fus à même de faire une remarque assez curieuse: indépendamment des troncs veineux principaux qui soulevaient la peau comme de véritables montagnes, on voyait un réseau excessivement riche de très petits vaisseaux hypertrophiés tout autour de la plaie. Après l'opération, ils se tuméfièrent, durcirent; la peau devint comme granuleuse; puis il en résulta un très grand nombre d'abcès à peine volumineux comme le plus petit grain d'une éruption d'acné, de chacun desquels il sortit enfin une gouttelette de pus, tenant en suspension un caillot de sang filiforme. Il n'y eut d'ailleurs ni fièvre ni réaction; tout était fini en moins de trois semaines.

J'ai ainsi traité avec succès un homme, ancien cavalier, affecté de varices, qui depuis plus de vingt ans portait à la jambe une plaie suite d'une blessure.

Chez une femme, que j'avais opérée avec M. le docteur Ferrand pour un énorme cancer du sein et chez qui la cicatrisation était suspendue par suite de la trop vaste étendue à réparer, je pus obtenir une guérison momentanée en incisant des brides qui se prolongeaient sur tout le thorax; et plus tard, quand le cancer reparut, ces incisions secondaires n'en furent pas atteintes.

L'opération, qui dure à peine quelques secondes, ne nécessite donc aucun pansement régulier, aucune autre précaution que le repos, et jamais je ne l'ai vue occasionner le moindre accident ou le moindre symptôme inquiétant; et, bien qu'elle paraisse un peu effrayante au premier abord, les malades, quand ils ont été à même d'en apprécier les avantages chez d'autres personnes, s'y résignent de grand cœur. Enfin, l'observation suivante est un remarquable exemple de l'opportunité de ces incisions circulaires dans certaines plaies qui sont situées d'une manière défavorable à la cicatrisation:

Eugène M....., douze ans; traces nombreuses de la maladie scrofuleuse; des abcès ont désorganisé presque toute la surface de son corps dans la première enfance; les uns suppurent encore, les autres ont laissé des cicatrices difformes. Par suite d'une luxation de la tête du fémur à gauche, avec raccourcissement considérable, la marche est très pénible, les mouvements mal assurés; il tombe à chaque instant. L'avant-bras droit est ankylosé à angle, et comme le coude fait une forte saillie en arrière, il porte presque constamment dans la chute, et depuis nombre d'années il y a là une plaie fongueuse dont le diamètre varie entre 3 et 4 centimètres, et à travers laquelle il semble toujours que va passer l'olécrâne. Tout autour, la peau, excessivement amincie, est luisante et enflammée. La suppuration considérable et constante fatigue l'enfant. Les onguents, les emplâtres de toutes sortes, les bandelettes agglutinatives, le collodion, les bandages inamovibles employés tour à tour, restent sans résultat.

Au mois d'août 1853, quatre incisions profondes avec dissection du bord correspondant à la plaie entourent celle-ci à 3 centimètres de distance; elle se ferme en peu de jours; la cicatrice s'est épaissie aux dépens des tissus voisins, qui ont considérablement cédé; et depuis, protégée comme auparavant par un bandage, malgré de nombreuses chutes et contusions nouvelles, il n'y a pas eu de récidive.

Le phimosis. Nouvelle manière de l'opérer. — Quand le phimosis est complet, il forme en avant du méat urinaire un bourrelet circulaire épais et plissé. Si on veut découvrir le gland, la peau seule cède à la traction; la membrane interne n'est que légèrement retournée en dehors; dans les autres cas, le gland peut être découvert dans une certaine étendue; mais alors ce n'est plus un bourrelet que forme le prépuce, c'est un anneau mince, fibreux et résistant, et l'on cause de très vives douleurs en cherchant à l'agrandir. Une telle disposition est due à ce que la membrane interne est trop exactement mesurée sur l'étendue de la surface du gland, et à ce qu'elle a trop peu d'élasticité pour se prêter au glissement en arrière, ses parties les plus étroites ne pouvant pas s'élargir lorsqu'elle doit franchir les diamètres les plus étendus de la tête du gland.

On connaît tous les inconvénients de cette conformation; on a imaginé un grand nombre de procédés pour y remédier; je ne sache pas qu'on ait songé à celui que je vais indiquer, bien qu'il soit de beaucoup préférable à tout autre.

Tout d'abord, comme il est constant que la peau du prépuce est toujours suffisante, et au delà, pour se mouvoir aisément sur le gland, il n'est pas nécessaire que le débridement porte sur elle; la muqueuse seule doit être débridée. Pour opérer, on tire la peau de la verge du côté du ventre aussi fortement que possible; puis sur un point de l'anneau opposé au frein, d'un coup de ciseaux à extrémités mousses on fait une incision dans le sens longitudinal, portant exclusivement sur la membrane muqueuse sans intéresser le tégument extérieur. Comme le tissu sous-cutané est lamellaire et très lâche, cette incision permet le glissement de la peau en arrière, tandis que la muqueuse reste appliquée sur le gland. On poursuit alors la section de cette dernière jusqu'à la couronne; par son élasticité propre, elle se contracte en raison inverse de son adhérence aux parties sous-jacentes, et l'on a une plaie angulaire dont le sommet est en arrière et la base en avant, la peau est intacte. Cette petite opération dure au plus une seconde, le malade la sent à peine; il ne s'écoule que quelques gouttelettes de sang. On ne fait aucun pansement; pour tout soin ultérieur, il suffit de découvrir le gland plusieurs fois par jour, particulièrement au moment de la miction. Le malade est donc à l'instant même débarrassé de son infirmité, tout en conservant son prépuce; or il n'est pas prouvé qu'il soit indifférent d'en être privé. La peau n'ayant subi aucune atteinte, il n'y a pas de mutilation; et comme la cicatrice finit par se confondre avec la muqueuse du prépuce, il ne reste même pas de trace de l'opération. En résumé, cette manière de traiter le phimosis, incomparablement plus simple et plus innocente qu'aucune de celles qu'on a employées jusqu'à ce jour, donne à l'opéré tous les avantages de la conformation la plus régulière et la plus parfaite, et elle me semble mériter la préférence.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

ADDITION A LA SÉANCE DU 15 MAI 1855.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Epidémies. — Le ministre du commerce transmet:

1° Le compte rendu des travaux de MM. les médecins cantonaux du département des Basses-Alpes pour l'année 1844 (commission des épidémies);

2° Divers rapports de M. Sclafer sur une épidémie de variole dans la commune de Remilfing en mars 1855;

3° Divers rapports des médecins des épidémies des arrondissements du Mans et de la Flèche;

4° Quatre mémoires de M. le docteur Jobert, de Guyonvelle (Haute-Marne), sur l'épidémie de choléra de 1854 dans plusieurs communes de ce département;

5° Un rapport de MM. les docteurs Vingtrinier et Duclos (de Rouen) sur l'épidémie cholérique de Rouen en 1854.

Eaux minérales. — Le même ministre adresse une demande en autorisation d'exploiter une source d'eaux minérales à Vals (Ardèche). (Commission des eaux minérales.)

— La correspondance officielle comprend, en outre, plusieurs communications relatives à des remèdes secrets ou nouveaux et des états de vaccination.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Choléra. — M. Peire, médecin à Void (Meuse), adresse un mémoire sur un mode de traitement du choléra.

— M. le docteur Blanc, d'Uzès (Gard), adresse un travail sur le traitement du choléra.

— M. le docteur Martin Duclaux adresse un rapport sur les épidémies de choléra et de suette qui ont régné en 1854 à Roumens et quelques communes voisines du canton de Revel (Haute-Garonne). (Commission du choléra.)

Statistique. — M. Devilliers soumet à l'examen de l'Académie un tableau statistique du service médical du chemin de fer de Paris à Lyon pour l'année 1854. (Commissaires: MM. Hervez de Chégoin et Gimelle.)

Soufre dans l'eau minérale de Bagnols. — M. Dufresse de Chassaigne, inspecteur des eaux thermales de Bagnols, adresse une note sur la détermination de la quantité de soufre ou de gaz hydro-sulfurique contenue dans les eaux thermales de Bagnols-les-Bains (Lozère). (Commission des eaux minérales.)

Hydro-ferro-cyanate de potasse et d'urée. — M. Baud, médecin inspecteur des eaux de Contrexeville, adresse une note sur l'usage thérapeutique de l'hydro-ferro-cyanate de potasse et d'urée, faisant suite à ses précédentes communications sur le même sujet.

Soufrage de la vigne. — M. Hoffmann, pharmacien, adresse une note sur le soufrage de la vigne, ou nouvelle méthode d'appliquer le soufre sur une grande échelle, pour la destruction de l'oïdium tuckeri. (Commissaire: M. Bouchardat.)

Nouveau cuissard. — M. Gillet, marchand tailleur à Aubagne (Bouches-du-Rhône), soumet à l'examen de l'Académie un appareil (cuissard) qu'il a imaginé pour son propre usage et qu'il juge pouvoir être utile pour les amputés de la cuisse. (Commissaires: MM. Bégin et Larrey.)

Huile de foie de morue. — M. Hogg, pharmacien, adresse un travail sur la préparation de l'huile de foie de morue. (Commissaires: MM. Guibourt et Robinet.)

ADDITION A LA SÉANCE DU 24 AVRIL 1855.

RAPPORT.

Eaux minérales. — M. O. HENRY lit plusieurs rapports sur diverses eaux minérales. Le plus important de ces rapports concerne une eau *bromo-iodurée* située près du village de Saxon (Suisse), dans la Belle Vallée.

Voici comment M. O. Henry rend compte de la composition de cette eau, d'après l'analyse d'échantillons qu'il a lui-même puisés à la source:

L'eau minérale de Saxon présente une thermalité de 23°,5 à 24° c.; elle est d'une abondance telle, qu'on peut la regarder comme une petite rivière minérale. Connue depuis longtemps dans le pays sous le nom de *Fontaine chaude*, elle était employée par les gens de la localité ou des endroits voisins, qui venaient y chercher un remède contre beaucoup d'affections, et y traiter même leurs bestiaux. Mais comme l'excédant de la source, privé d'un écoulement convenable, inondait toutes les terres du voisinage et en faisait un immense marais très malsain, l'eau resta ignorée au loin. Ce fut seulement en 1836 que M. le docteur Clévaz, propriétaire de la source, témoin de quelques effets presque extraordinaires, fit établir gratuitement pour les malades d'abord quelques baignoires et une piscine assez vaste. Ainsi commença l'établissement thermal qui aujourd'hui, sans être très important encore, offre pourtant un ensemble satisfaisant, qui doit bientôt, nous n'en doutons pas, acquérir un complet développement.

L'excédant de la source de Saxon, enfermée dans un petit pavillon, se perd, à l'aide d'un canal d'écoulement qui porte l'eau au Rhône, à un kilomètre de là. Cette précaution a permis de dessécher tous les terrains voisins, maintenant salubres et en pleine culture.

L'eau minérale est limpide, sans aucune saveur désagréable; son odeur, d'abord presque nulle, devient progressivement à l'air comme aromatique safranée, analogue au produit *bromé* et *iodé*. Quelquefois, par un temps humide surtout, cette odeur se remarque immédiatement, et l'eau conservée quelques jours en bouteilles la manifeste aussi d'une manière prononcée.

Par les réactifs appropriés: l'amidon, le chlore ou l'acide hypoazotique, l'hypermanganate de potasse, le chlorure de palladium et celui d'argent, de mercure, etc., la présence de l'iode dans l'eau est plus ou moins prompte à se manifester. Pour celle du brôme il faut quelques opérations subséquentes, mais le résultat n'est toutefois pas douteux. C'est à cause de circonstances semblables qu'on a dit qu'il existait des intermittences dans la production du principe iodique. Nous croyons qu'il n'en est pas ainsi.

Voici la composition chimique de l'eau que nous avons puisée nous-même le 22 mars dernier:

Bi-carbonate de chaux.			0,3200
— de magnésie.			0,0290
Sesqui-oxyde de fer.			0,0040
Acide silicique. / Alumine.			0,0500
Sulfate de chaux.	anhydres.	0,0200	0,3740
— soude.		0,0640	
— magnésie.		0,2900	
Iodure de calcium et de magnésium.			0,1100
Bromure — —			0,0440
Chlorure de sodium.			0,0490
Matière organique azotée.			très sensible.

L'eau minérale de Saxon est donc une eau iodée-bromée-calcaire-magnésienne.

A trois cents pas environ de la source, dans un point qui la domine et qui avoisine un des bâtiments de l'établissement thermal, on trouve entre deux bancs quartzeux et chisteux une couche épaisse d'un calcaire dolomitique de la nature de la roche nommée *cargneule*. Ce nouveau banc est d'une assez grande puissance, puisqu'on en reconnaît divers affleurements sur une étendue d'un kilomètre au moins dans la montagne; il est formé par une masse compacte d'un jaune sale, avec des veines noires et jaune-chamois et des cristallisations de carbonate calcaire. Ce qui est le plus remarquable, c'est l'odeur forte bromée et iodée qu'exhalent tous les fragments qu'on détache de la roche ou de ce banc. Réduits en poudre, ils fournissent par l'action de l'eau les mêmes produits iodo-bromés que fournit l'eau de la source. Il y a donc probabilité que la minéralisation de l'eau de Saxon se fait par le lessivage naturel de cette roche.

En résumé, tout fait reconnaître que l'eau minérale de Saxon est une eau remarquable à la fois par sa composition chimique et par ses propriétés médicales, que justifie pleinement la nature de ces éléments minéralisateurs. De plus, elle est facile à transporter au loin et à con-

server en bouteilles. On connaît sans contredit d'autres eaux chargées de bromures et d'iodures, mais aucune ne saurait entrer en comparaison avec elle; car, dans les autres, ces principes ne se trouvent qu'en très minime proportion. Nous croyons donc qu'il y a lieu de proposer à M. le ministre d'accorder l'entrée en France de l'eau iodo-bromurée de Saxon, et de permettre sa vente comme agent thérapeutique.

(L'Académie adopte à l'unanimité cette conclusion.)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 14 mai 1855. — Présidence de M. Regnault.

Nouvelle méthode de cathétérisme. — M. Maisonneuve lit un mémoire sur une nouvelle méthode de cathétérisme et sur son application à la cure radicale et instantanée des rétrécissements de l'urètre. (Voir ci-dessus.)

Action du gaz carbonique sur la peau et sur l'organe de la vue. — M. Herpin (de Metz) lit une deuxième note sur ce sujet.

Dans la première partie de cette nouvelle communication, l'auteur s'attache à faire voir que ce qu'il a dit de l'action exercée sur la peau par le gaz acide carbonique n'a rien qui ne s'accorde avec ce qu'a observé M. Boussingault.

« Pour ce qui a rapport à l'action du gaz sur l'organe de la vue, ajoute M. Herpin, les faits très remarquables rapportés par M. Boussingault me paraissent d'une haute importance au point de vue médical. Ce qu'il a dit de l'affaiblissement de la vue et de la cécité prématurée observées chez les ouvriers qui travaillent dans les mines des Cordilières, où se dégage une grande quantité d'acide carbonique, doit fixer d'une manière toute particulière l'attention des médecins attachés aux établissements où l'on administre le gaz carbonique sous forme de douches dans certaines maladies des yeux; car c'est précisément contre l'affaiblissement de la vue, ou l'amblyopie, que l'on fait usage en Allemagne des douches de gaz carbonique appliquées sur les yeux eux-mêmes (1).

» Lorsque l'on expose l'œil à l'action d'un jet de gaz carbonique, on éprouve un picotement très vif, une sensation d'ardeur et même de brûlure si intense que l'on peut à peine supporter pendant deux ou trois secondes l'action d'un faible courant de gaz: les larmes coulent en abondance; la cornée devient très brillante; les mouvements de l'iris sont plus rapides; la vue devient plus claire et plus perçante.

» Pour modérer l'action trop vive du jet de gaz sur les yeux, on agit d'abord sur les paupières fermées; on diminue plus ou moins la force du jet; on éloigne plus ou moins le malade de l'orifice par lequel s'échappe le gaz fluide; on interpose un écran de gaze ou de mousseline entre l'ajutage; on donne à celui-ci une forme évasée comme celle d'un entonnoir, etc.; enfin on suspend l'opération et on la recommence à plusieurs reprises et à des intervalles plus ou moins éloignés.

» On évite de donner des douches de gaz carbonique sur les yeux ou les oreilles lorsqu'il y a une disposition inflammatoire de l'organe ou même des parties avoisinantes, car la chaleur et l'excitation produites par le gaz pourraient quelquefois donner lieu à des congestions dangereuses. » (Commission précédemment nommée.)

— M. Guibert adresse de Cadix au concours pour le prix du legs Bréant un mémoire ayant pour titre: *Le choléra; thérapeutique indo-malaise*. (Renvoi à l'examen de la section de médecine constituée en commission du prix Bréant.)

— MM. Michelot et Arnold adressent au concours pour le prix annuel dépendant du même legs une indication du mode de traitement qu'ils emploient pour les *maladies dartreuses*. (Renvoi à la même commission.)

— M. Perrin adresse en double expédition une analyse raisonnée de l'ouvrage qu'il a précédemment présenté au concours Montyon, et qui a pour titre: *Note statistique sur la fièvre typhoïde dans ses rapports avec la vaccine et la variole*.

— M. Follet envoie pour le même concours un ouvrage imprimé intitulé *Considérations théoriques et pratiques sur l'oblitération et l'aberration de l'esprit*, etc., et y joint une indication de ce qu'il considère comme neuf dans son travail. (Renvoi à la commission des prix de médecine et de chirurgie.)

Applications du galvanisme comme agent thérapeutique. — M. Laverine adresse pour la bibliothèque de l'Institut un exemplaire d'un opuscule italien de M. Amoretti sur les premières applications qui ont été faites du galvanisme comme agent thérapeutique.

Ces expériences ont été faites par M. Laverine lui-même, alors chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Como. C'était en 1803, au moment où Volta, de retour de Paris, se trouvait aussi à Como. Le médecin français s'empressa de communiquer à l'illustre physicien italien les résultats de ces premiers essais. Celui-ci l'engagea fortement à les continuer et à leur donner de la publicité. Une note contenant plusieurs observations fut en conséquence adressée à l'Académie de Milan et analysée dans les mémoires de cette société savante par M. Amoretti. C'est un tirage à part de cet article qu'adresse aujourd'hui M. Laverine.

L'opuscule est renvoyé à l'examen de M. Velpeau avec invitation d'en faire, s'il y a lieu, l'objet d'un rapport verbal.

Galvanocaustique. — M. Schweitzer prie l'Académie de vouloir bien admettre au concours pour les prix de médecine et chirurgie un ouvrage de M. Middeldorpf sur la galvanocaustique récemment présenté par M. Civiale: c'est au nom de l'auteur qu'il adresse cette demande. (Renvoi à la commission des prix de médecine et chirurgie.)

Choléra. — M. Thomas adresse une nouvelle lettre sur la mention qui a été faite au compte rendu de la séance du 9 avril sur le choléra asiatique, ses causes et son traitement.

(1) Les effets physiologiques du gaz carbonique sur l'organe de la vue dans l'état de santé ou chez des ouvriers qui vivent continuellement dans une atmosphère très chargée de ce gaz ne peuvent en aucune manière nous faire connaître l'action qu'il peut avoir sur nos organes dans l'état de maladie; ils prouvent toutefois que le gaz carbonique exerce sur l'organe de la vue une action très énergique dont la thérapeutique pourrait peut-être un jour tirer un parti avantageux.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 9 mai 1855. — Présidence de M. Huguier.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Robert présente à la Société un enfant auquel il a pratiqué l'opération du bec-de-lièvre à l'aide du procédé dont il a déjà entretenu la Société.

— M. Denonvilliers montre un malade qu'il a opéré d'un cancroïde de la joue un peu en dehors de l'aile du nez, en enlevant la partie malade et réparant la perte de substance par déplacement d'un lambeau pris sur les parties latérales.

— Le même membre fait voir une jeune fille chez laquelle existe une énorme perte de substance de la joue droite. Cette lésion a succédé à une gangrène survenue à l'âge de treize ans, à la suite d'une fièvre typhoïde. Les arcades dentaires droites, n'étant plus soutenues par la joue, sont projetées en dehors. M. Denonvilliers expose la marche qu'il doit suivre pour restaurer successivement la lèvre supérieure, la lèvre inférieure et l'aile du nez. Cette malade sera plus tard présentée de nouveau à la Société.

CORRESPONDANCE.

M. Marjolin donne lecture d'une lettre adressée par M. le secrétaire de l'Académie royale de médecine de Belgique. Ce corps savant propose à la Société d'échanger ses Bulletins et ses Mémoires.

A la suite de cette communication, M. Huguier, après avoir fait ressortir combien ces nouvelles relations sont honorables, charge M. le secrétaire général de remercier M. le président de l'Académie royale de Belgique au nom de la Société.

— M. le professeur Sédillot fait hommage de la deuxième partie de son *Traité de médecine opératoire*.

— M. Broca dépose sur le bureau, de la part de M. le professeur Rizzoli, pour obtenir le titre de membre correspondant, dix mémoires sur divers points de chirurgie et de médecine opératoire. (Commission: MM. Larrey, Lenoir et Broca.)

— La Société reçoit la collection complète du *Journal de médecine et de chirurgie de Prague*.

LECTURES.

Étranglement interne datant de deux mois et demi. Opération de gastrotomie pour l'établissement d'un anus contre nature par la méthode de Littre. Mort au bout de trente-six heures. Autopsie. — M. Chassaignac communique à la Société l'observation suivante, recueillie dans son service par M. Eugène Nélaton, interne des hôpitaux. (*Voir* plus haut.)

— M. le docteur Davat, médecin de l'établissement thermal d'Aix (Savoie) et membre correspondant de la Société, lit une note explicative sur le travail qu'il a présenté à la Société, intitulé *De la valeur des eaux thermales d'Aix sur les maladies osseuses*.

L'idée de ce travail, comme son point de départ, ont eu pour base l'action des sources minérales diverses de cette ville sur la croissance rapide des enfants qui s'y baignent.

Il s'accomplit chez eux un phénomène d'ostéogénie remarquable qui n'a pu lui laisser de doute à l'endroit de la puissance de ces eaux sur la formation osseuse, soit que cette formation soit liée à une absorption des éléments minéraux contenus dans les sources, soit que la puissance thermale ne fasse que déterminer l'assimilation des éléments osseux existant dans le torrent circulatoire.

S'appuyant ensuite sur ce fait, qu'un os dépouillé de périoste, soit à l'aide du feu, soit à l'aide d'une macération longtemps prolongée dans de l'eau vive, absorbe (si, desséché, on le plonge dans un liquide) et se charge d'un poids beaucoup plus considérable que l'os sur lequel le périoste est conservé (qui s'imbibe simplement), il conclut à la pénétration du périoste externe et médullaire dans les couches osseuses; considère ce périoste comme le siége primitif le plus fréquent des maladies des os, et établit la classification qu'il a suivie dans l'étude des maladies qui le frappent.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. Cloquet montre un petit calcul duquel sortent des poils lanugineux.

Le secrétaire de la Société: E. Follin.

CORRESPONDANCE.

Dieuze, le 7 mai 1855.

A M. Max Simon.

Mon honoré confrère,

M. Carnot, dites-vous, dans votre ouvrage sur les travaux de Lepecq de la Clôture, ne connaît pas la médecine, c'est entendu, mais il sait admirablement bien l'arithmétique. Si les médecins qui contestent ses calculs connaissaient, outre le mécanisme brutal des quatre règles, la manière de s'en servir *convenablement*, ils ne donneraient pas le spectacle que quelques-uns d'entre eux nous ont donné récemment; ils auraient, comme leurs maîtres, l'esprit de se taire.

Rien n'est si dangereux qu'un imprudent ami.

Quant à vous, mon honoré confrère, vous évitez prudemment l'écueil sur lequel sont venues se briser plusieurs de nos notabilités; vous vous en tenez à quelques considérations vagues et vous vous efforcez vainement d'établir que les maladies *intestinales* ne sont pas aujourd'hui plus meurtrières qu'autrefois.

Hélas! vous ne pouvez réussir à le démontrer ni à vous ni aux autres, parce que c'est là une question de chiffres et que les chiffres vous condamnent sans appel.

Que votre passion pour la fille de Jenner égare votre jugement, c'est l'histoire de toutes les passions; mais en êtes-vous donc réduit à ne pas voir dans votre ouvrage (1) ce qui saute aux yeux de vos lecteurs? N'est-il pas évident, par exemple, que vous vous enferrez jusqu'à la garde avec l'argument unique dont je reproduis ici le sens, mais non les mots: « Dans le cours du siècle dernier, dites-vous, » les fièvres putrides parurent devenir de plus en plus fréquentes; » on en chercha la cause. Bientôt un examen attentif prouva que la » *miliaire* diminuait en même temps de plus en plus, et dès lors on » en conclut que cette dernière maladie n'était souvent qu'un épiphé-» nomène de l'autre. Les faits signalés par M. Carnot peuvent s'ex-» pliquer de même. »

(1) *Études pratiques, rétrospectives et comparées sur le traitement des épidémies au dix-huitième siècle*, chap. XIII.

Mais, mon honoré confrère, vous n'avez donc pas lu les écrits de M. Carnot ou vous ne les avez pas compris, car il ne dit pas autre chose!

Il répète à satiété que la mortalité *totale* est aujourd'hui la même qu'en 1784, qu'elle a été seulement déplacée dans les âges depuis l'usage de la vaccine et que la diminution des *varioles* a rendu les fièvres typhoïdes plus fréquentes.... Pourquoi donc le contredire?

Il y a plus, un médecin cette fois, et des plus savants, un membre de l'Académie des sciences, M. Serres, affirme que la fièvre typhoïde est *compagne inséparable* de la variole. Elle est donc plus encore qu'un épiphénomène de cette maladie! Donc votre unique argument retombe sur votre tête avec tout le poids qu'y ajoute l'Académie de Stockholm dans l'année 1786.

Bornons-nous donc, pour cette fois, aux faits irrécusables. Je serai bref. Voici deux périodes décennales, séparées par un intervalle moyen de vingt-quatre ans, qui sont bien dignes de votre attention.

On compte en France, d'après les relevés de l'état civil, en moyenne annuelle, savoir:

De 1816 à 1825 — 761,232 décès, morts-nés compris.
De 1840 à 1849 — 859,345 » » »

Augmentation. 98,113 » » »

Ignorez-vous en outre que de 1810 à 1840 le nombre des *conscrits* de la France a augmenté de 56,000, à égalité de naissances *correspondantes*, et vous paraît-il difficile d'en conclure que les décès des deux sexes ont diminué de 112,000 de 0 à 20 ans 1/2?

En définitive, il est évident que la mortalité des *majeurs* s'est accrue d'environ 210,000 décès de 1810 à 1850, en 40 ans!

Ce sont là des faits *officiels* contre lesquels ne saurait prévaloir la faconde intéressée des vaccinateurs! Il en faut prendre votre parti, mon honoré confrère, et répondre maintenant à ce terrible dilemme qui se dresse devant vous:

Les maladies sont-elles devenues plus graves ou les médecins plus mauvais? Choisissez!

Nous attribuons ce surcroît de mortalité aux fièvres essentielles, au typhus, au choléra, aux maladies, en un mot, dont les anatomo-pathologistes ont placé le siége dans les voies digestives. Eh bien! dites-nous, en propres termes, à quel autre ordre de maladies il faut l'attribuer?

La question est précise, elle est claire et nettement posée; veuillez y répondre en laissant la vaccine de côté.

Encore une fois:

1° Les maladies sont-elles devenues plus meurtrières ou les médecins moins habiles?

2° Quelles sont les maladies qui causent le surcroît des décès dans l'âge viril?

Agréez, etc. E.-A. Ancelon, D.-M.-P.

M. le docteur Lasnon, d'Alvimar (Seine-Inférieure), nous adresse la lettre suivante:

Monsieur,

Il y a un mois, j'ai envoyé à M. le ministre trois tubes de vaccin conservé par moi depuis quinze mois, avec la méthode que j'emploie depuis plus de vingt ans, et qui m'a toujours réussi. Depuis le même nombre d'années j'envoie de ce vaccin au comité de Rouen, et il n'a jamais manqué de se reproduire. Aujourd'hui je fais encore à Rouen l'envoi de vingt-cinq tubes du même vaccin. Je ne sais si mon envoi est parvenu à M. le ministre; cependant j'ai affranchi le paquet à la poste. Je serais bien fâché que mon procédé si simple ne fût pas connu; car je pense qu'il peut rendre de grands services pour la conservation du vaccin. A l'occasion, je pourrais mettre à la disposition du comité un certain nombre de tubes bien pleins; car dans toutes les saisons de l'année je vaccine quand nous avons à craindre la petite vérole.

Agréez, etc. Lasnon.

Alvimar, 13 mai 1855.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

— Il paraît certain que l'administration militaire se propose d'envoyer à Montpellier 4,000 malades provenant de l'armée d'Orient. Ces malades, si nous sommes bien informé, seraient logés, les uns dans des bâtiments affectés momentanément à cet usage, les autres dans des baraques construites exprès. Quarante médecins civils seraient chargés de faire le service de ces hôpitaux temporaires. (*Revue th. du Midi.*)

— A la suite du concours ouvert à Lyon le 7 mai, MM. les docteurs Chatin et Chappet ont été nommés médecins de l'Hôtel-Dieu de cette ville, et M. le docteur Garapon a été nommé médecin de l'Hôtel-Dieu de Saint-Etienne.

— Un arrêté, provoqué par l'accroissement des charges des hospices de Lyon et par l'augmentation des denrées alimentaires, vient d'être pris par l'administration des hôpitaux de cette ville. Il est ainsi conçu: « Tout individu qui ne sera pas porteur d'un certi-» ficat du maire de sa commune attestant qu'il ne peut payer 1 fr. » 25 centimes par jour, prix des salles payantes, ne sera pas admis » gratuitement à l'Hôtel-Dieu, à moins d'accidents. » L'administration se réserve la faculté de faire constater l'authenticité et la sincérité du certificat.

— M. le docteur Duchesne-Duparc ouvre son cours public sur les maladies de la peau, aujourd'hui mardi 22 mai, à sa clinique de la rue Larrey, 8, près de l'École de médecine, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à onze heures précises du matin.

Chaque leçon sera précédée de l'examen des malades.

Le Serre.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 60. — JEUDI 24 MAI 1855. (28e ANNÉE.) N° 60. — JEUDI 24 MAI 1855.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 Un an. 30

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. — Sur la séance de l'Académie de médecine. — HÔPITAL SAINT-LOUIS (M. CAZENAVE). Leçons cliniques sur les maladies de la peau. — Quelques considérations sur les apoplexies de cause gastrique. — Explication de la fréquence relative des quatre présentations principales du sommet dans l'accouchement. — ACADÉMIE DE MÉDECINE, séances des 15 et 22 mai. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 23 MAI 1855.

Séance de l'Académie de Médecine.

La plus grande partie de la séance a été occupée par la suite de la discussion sur la folie. Cette discussion, ainsi que nous l'avions prévu, paraît devoir prendre d'assez importantes proportions. On a successivement entendu MM. Londe, Ferrus, et M. Piorry, à qui le temps a manqué pour terminer sa lecture. M. Collineau a retenu la parole pour la prochaine séance. M. Bousquet aura inévitablement à répondre. Nous ne sommes donc pas au bout.

L'étendue du compte rendu ne nous permet pas encore aujourd'hui d'apprécier ces diverses argumentations.

Nous avons dû, par le même motif, ajourner ou abréger quelques communications qui ont pu trouver place avant ou après la discussion. Nous mentionnerons notamment une intéressante note de M. Delondre sur la vératrine, un travail de M. Reynal sur l'action toxique de la saumure et une présentation de M. Chassaignac, relative à sa méthode d'écrasement des tumeurs.

M. Soubeiran, en présentant le travail de M. Delondre, a signalé de vive voix quelques-uns des effets de la manipulation de cette substance sur l'organisme, que ce chimiste a constatés sur lui-même et sur ses ouvriers. « Chaque fois, dit M. Delondre, que j'ai remué la matière sèche provenant de ces opérations, j'ai été en proie à de violents éternuments qui se répétaient jusqu'au sang, et avec des secousses au cerveau qui me causaient une sorte d'anéantissement. Il leur succédait un coryza des plus intenses, puis survenaient une salivation abondante, une toux sèche, une chaleur brûlante dans la gorge et une transpiration subite depuis la nuque jusqu'aux reins. Bientôt je ressentais des coliques qui provoquaient des évacuations abondantes. Chaque évacuation était accompagnée d'une douleur atroce qui prenait son origine dans le scrotum, que je comparais à une compression violente des testicules, et qui remontait jusque dans les aines.

» Mais ce qui m'a le plus incommodé, c'est qu'après avoir couvert ma bouche et mon nez afin de pouvoir détacher plus à mon aise la vératrine des assiettes sur lesquelles je l'avais fait sécher, quelques parcelles imperceptibles se sont introduites dans mes yeux, et j'ai ressenti une douleur que je ne puis comparer qu'à celle qui aurait été produite par une étincelle brûlante. La cuisson atroce que j'ai ressentie ne s'est calmée successivement qu'au bout de trois jours, au moyen du lavage avec du lait, etc. »

Dans le mémoire dont il a lu un résumé à l'Académie, et dont on trouvera les conclusions au compte rendu, M. Reynal a fait connaître les résultats des recherches et des expériences multipliées qu'il a faites, tant sur les propriétés physiques et chimiques de la saumure que sur l'action plus ou moins manifestement toxique qu'elle exerce sur l'économie, et sur le traitement qui lui paraît expérimentalement le plus utile pour combattre cette intoxication.

Quant à la présentation de M. Chassaignac, elle demanderait une description spéciale. Nous y reviendrons. — Dr Brochin.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. CAZENAVE.

Leçons cliniques sur les maladies de la peau.

GÉNÉRALITÉS. — Je ne ferai pas un long historique des maladies de la peau, sujet qui demanderait trop de temps; je dirai seulement que jusqu'à ces temps derniers on s'est toujours posé la même question, à savoir : si l'on devait considérer les maladies de la peau au point de vue de leurs formes ou bien si l'on ne devait s'attacher qu'à en rechercher la cause; ces deux doctrines sont représentées par deux écoles, celle d'Hippocrate et celle d'Alexandrie.

Au commencement du siècle dernier les maladies de la peau ne présentaient qu'un vaste chaos. Ce fut alors que Willan, marchant sur les traces de l'Allemand Plenk, établit une classification comprenant huit ordres basés sur les lésions primitives de la peau. Ces ordres portent les noms d'exanthèmes, de bulles, de vésicules, de pustules, de papules, de squammes, de tubercules et de macules. Cette classification a été vivement attaquée : on lui a reproché de n'être pas naturelle, reproche étrange, car pour faire une classification naturelle il faut que la science dont on s'occupe soit bien connue; or les maladies de la peau ne l'étaient pas à cette époque et ne le sont pas toutes encore aujourd'hui. Le but de Willan était de faire une classification qui facilitât l'étude de ces maladies, qui simplifiât le diagnostic et qui les mît en dehors de la pathologie générale. Ce but, il l'a rempli. En effet, avec lui nous savons ce que c'est qu'un eczéma, qu'un impétigo, sans toutefois en connaître la cause.

Quant à ceux qui ont voulu faire des classifications basées sur la cause de ces maladies, ils n'ont pu rien créer, car pour y arriver il faudrait connaître mieux qu'on ne la connaît encore la structure intime de la peau. Ce ne serait qu'à cette condition qu'on pourrait formuler des lois physiologico-pathologiques.

On a dit, et moi-même j'ai eu cette idée en 1841, qu'on devait faire rentrer quelques-unes des maladies de la peau dans la pathologie générale. Oui, cela est vrai pour les maladies de la peau bien connues. Il en est, par exemple, qui tiennent au système nerveux; faites-les rentrer dans cette partie de la pathologie.

La classification de Willan, que les Allemands critiquent, tout en accusant ce dernier de l'avoir prise à Plenk sans pouvoir rien mettre à sa place, sera encore la source de tous les progrès qui seront faits dans le traitement de ces maladies. En effet, pour bien les connaître il faudrait savoir leur nature, et si nous recherchons avec Willan les lésions élémentaires, nous arriverons à connaître le siége de ces maladies; alors nous pourrons comparer l'influence de certaines causes sur la production de certaines maladies de la peau. Cette classification est une voie pour arriver à trouver la nature de ces maladies. Je prends pour exemple ce que l'on appelait dartre pustuleuse. Dartre, c'est trop dire; pustuleuse, pas assez. Mais si avec Willan nous disons acné, nous voyons qu'il range l'acné dans les pustules. C'est déjà quelque chose. Sachant que les pustules ont leur siége dans les follicules sébacés, nous avons alors une classe nombreuse de maladies de la même nature : acné *simplex*, *indurata*, *rosacea*, etc. Prenons un autre exemple pour montrer l'utilité de la classification de Willan :

Il y a dans les maladies de la peau une éruption caractérisée par une élévation plane de la peau; elle était rangée dans les dartres squammeuses ou humides : Willan l'appelle papule. Une papule vue cliniquement présente une élévation ayant pour base une papille, là où aboutissent les nerfs, les vaisseaux et la matière colorante de la peau. Or les affections papuleuses ne sont que des états morbides de ces éléments. S'il y a congestion, c'est le lichen; s'il y a inflammation, c'est le prurigo; si la papille s'ulcère, la matière colorante se détruit. Ainsi donc le point de départ c'est la papille. Ces affections se conduisent comme des maladies nerveuses et naissent des mêmes causes. Aussi notre thérapeutique n'est-elle plus empirique; nous avons recours aux purgatifs et aux antispasmodiques. Pour les affections vésiculaires, elles me paraissent avoir leur siége dans l'appareil sudorifique. On finira par trouver ainsi le siége de toutes les maladies de la peau.

Dire que les maladies de la peau ont pour origine une diathèse, c'est émettre une opinion pour laquelle on ne peut faire valoir aucune preuve. Dire que c'est un virus, parce qu'elles sont longues à guérir et qu'elles récidivent souvent, n'est pas mieux fondé. Quelles sont les maladies qu'on guérit vite et pour toujours? Le nombre en est bien restreint. Invoquer l'hérédité! mais ce ne sont pas les seules maladies qui peuvent venir des parents. N'en est-il oas certaines, telles que les maladies de foie, du système nerveux, etc., qui sont héréditaires? Quant à la répercussion, je ne la nie pas; mais il ne faut pas se faire illusion, elle n'a pas lieu davantage pour les maladies de la peau que pour bien d'autres. La répercussion pourra être la même pour un eczéma que pour un catarrhe. Pour finir, je dirai que ces maladies doivent être étudiées au point de vue des lésions intérieures, qu'il faut tenir compte de celles qui peuvent être produites par un trouble des organes profonds. Alors on arrivera à établir un traitement qui ne sera plus basé sur l'empirisme, mais bien sur une théraqeutique rationnelle et sensée.

Nous avons, nous aussi, établi une classification des maladies de la peau, non pour en faire un système, mais pour les étudier plus facilement. Notre classification pourra bien ne pas rester telle qu'elle est; à mesure que la science avancera, il faudra la modifier. Nous rangeons toutes les maladies de la peau sous huit groupes. Le premier, embrassant les inflammations, comprend quatre genres : éruptions spécifiques, pouvant exister soit à l'état aigu, soit à l'état chronique; éruptions non spécifiques, existant soit à l'état aigu, soit à l'état chronique; éruptions spécifiques aiguës, éruptions spécifiques chroniques.

Le second groupe comprend les lésions de sécrétion divisées en trois genres : lésions de la sécrétion folliculaire, lésions de la sécrétion de la matière épidermique, lésions de la sécrétion de la matière colorante.

Le troisième groupe, hypertrophie ou développement des parties affectées.

Le quatrième groupe, dégénérescence tendant à détruire les parties affectées.

Le cinquième groupe, maladies hémorrhagiques caractérisées par la présence du sang plus ou moins altéré hors des vaisseaux qui doivent le contenir.

Le sixième groupe, lésions de la sensibilité de la peau.

Le septième groupe, maladies causées par des corps étrangers.

Le huitième groupe, maladies des annexes.

Nous passerons successivement en revue ces huit groupes, en indiquant les maladies que nous y faisons rentrer et le traitement que nous suivons pour chacune d'elles. G. B.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

sur les apoplexies de cause gastrique.

Par M. le docteur L. HAMON.

Il est dans le traitement de l'apoplexie une pratique banale qui consiste à tirer au plus vite du sang au malade sans s'enquérir avec le plus grand soin si l'affection est idiopathique ou symptomatique. Une telle pratique peut avoir de très grands inconvénients et même compromettre la vie des sujets, car les attaques d'apoplexie idiopathique qui réclament impérieusement les émissions sanguines sont peut-être plus rares qu'on ne se l'imagine vulgairement; celles, au contraire, qui sont symptomatiques d'une autre affection sont assez fréquentes, et dans ces dernières la pratique de la saignée constitue souvent une faute grave.

Ira-t-on, en effet, tirer du sang alors que les désordres cérébraux reconnaissent une cause éminemment nerveuse (épilepsie, hystérie, etc.), lorsqu'ils sont sous la dépendance d'une intoxication saturnine, miasmatique, lorsqu'ils sont même liés quelquefois à la diminution de la masse du sang?

Aura-t-on enfin recours à la phlébotomie lorsque les symptômes apoplectiques sont déterminés par des troubles gastriques? Or les *attaques d'apoplexie* survenant dans de telles conditions sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne se l'imagine peut-être. Pour ce qui me concerne, sur sept cas d'apoplexie qu'il m'a été donné d'observer dans le cours de ces trois dernières années, pas un seul ne reconnaît une autre cause. Toutefois, je dois à la vérité de dire que les mêmes accidents se sont reproduits trois fois dans ce laps de temps chez le même sujet, dont l'estomac est devenu très mauvais à la suite d'un traitement iodé trop énergique.

On conçoit dès lors combien il importe d'établir un diagnostic rigoureux dans de semblables circonstances, car saigner inconsidérément un malade dont l'affection primordiale contre-indique la saignée, c'est s'exposer à compromettre ses jours.

Pour ce qui me concerne, *expertu sapiens*, en raison de l'extrême fréquence des apoplexies de cause gastrique, lorsque je ne puis recueillir de documents précis ni de la bouche du malade, qui est le plus souvent hors d'état d'en fournir aucun, ni de celle des personnes qui l'assistent, mon premier soin est de m'assurer au moyen du plessimètre de l'état de l'estomac. Lorsque cet organe est distendu, lorsque la résistance au doigt est considérable, lorsque surtout la plénitude gastrique indique que la digestion n'est pas aussi avancée qu'elle devrait l'être en raison de l'heure déjà éloignée du dernier repas, on peut soupçonner avec quelque raison une apoplexie de cause gastrique.

Le diagnostic acquiert encore un plus haut degré de précision si l'on sait d'avance ou si l'on apprend que le sujet est doué d'un mauvais estomac, qu'il est sujet aux digestions laborieuses, que son dernier repas a été trop copieux, qu'il a ingéré des aliments crus, indigestes le jour de l'accident, voire même la veille; qu'une

violente contrariété a pu être la cause de la perturbation gastrique, etc., etc.

On sera encore plus porté dans de telles conditions à croire à une apoplexie de cause gastrique si le malade est d'un tempérament nerveux, s'il n'est pas habituellement gêné par le sang; si, enfin, il ne vit pas dans des conditions hygiéniques mauvaises et susceptibles de provoquer de tels accidents (effluves marécageux, émanations saturnines, etc.).

Il est d'une extrême importance de recueillir tous les documents nécessaires avant de prendre une détermination; car, ainsi que je le disais plus haut, saigner inconsidérément un malade pour céder aux obsessions des personnes qui l'entourent, c'est s'exposer à compromettre son existence. Si la phlébotomie réussit dans certains cas d'apoplexie symptomatique, le succès n'est le plus souvent que momentané et doit surtout être attribué à la commotion organique qu'elle détermine, commotion qui a pour effet de produire une secousse violente et perturbatrice susceptible de procurer un amendement subit, mais de courte durée. Si la cause morbifique n'est pas très intense, cette simple commotion peut suffire, la nature aidant, pour la détruire. S'il en est autrement, la même cause ne tarde pas à produire les mêmes effets.

Dans la congestion cérébrale de cause gastrique, la saignée peut et doit même soulager momentanément un malade; mais cette amélioration n'est que trop souvent de courte durée. Que se passe-t-il, en effet, dans de tels cas? Analysons la série des phénomènes dont l'enchaînement constitue cet état pathologique :

Digestion difficile; décomposition des matières diverses (aliments, sécrétions gastriques) contenues dans l'estomac; développement de fluides gazeux dans cet organe; dilatation gastrique; refoulement en haut du diaphragme; compression des poumons et du cœur; hématose incomplète; obstacles apportés à la circulation; hémostoses diverses, et notamment cardiaque, pulmonaire et cérébrale; finalement, troubles de la circulation, de la respiration et de l'innervation.

Telle est la succession des phénomènes multiples dont l'ensemble constitue l'apoplexie de cause gastrique.

Comment agit la saignée en pareille circonstance? En enlevant une certaine quantité de sang au torrent circulatoire, elle facilite la circulation et diminue pour un temps variable les hypérémies cardiaque, pulmonaire et cérébrale. Mais la même cause devant produire les mêmes effets, le trouble gastrique persistant, les mêmes accidents ne tardent pas à se manifester de nouveau. Le seul moyen de procurer aux malades un amendemsnt durable, c'est de faire disparaître la cause efficiente du mal. *Sublatâ causâ, tollitur effectus.*

Je me contenterai de relater ici sommairement l'observation suivante, car je la crois propre à démontrer la justesse des réflexions précédentes, qu'elle m'a en partie suggérées.

Appelé il y a quelque temps auprès d'une dame frappée d'apoplexie, et qui venait d'être saignée à l'instant même par un honorable confrère arrivé quelques minutes avant moi, j'annonçai, après avoir exploré la malade, que le soulagement allait être de courte durée, et que la même série d'accidents ne tarderait pas à se reproduire. J'avais déjà été témoin de quelques cas analogues; je craignais donc moins de me prononcer. Dans l'intérêt même de la patiente, j'engageai donc la famille à administrer immédiatement l'émétique, certifiant que les accidents n'étaient conjurés que pour un temps.

Ainsi que je l'avais annoncé, le soulagement fut de courte durée. Au bout de dix minutes à peine les accidents se reproduisirent avec une nouvelle et effrayante intensité. Fallait-il pratiquer une nouvelle saignée? C'eût été exposer la malade à une mort presque certaine, en augmentant encore l'atonie de l'estomac. On se hâta d'administrer, suivant mon conseil, une forte dose d'émétique, l'absorption du médicament devant être plus difficile en raison de l'état de plénitude de l'estomac.

Après de longues et cruelles angoisses, tous les moyens artificiels de produire le vomissement ayant été vainement employés par nous, la malade rejeta enfin une énorme quantité d'aliments mal digérés. Quelques instants après elle était plongée dans un sommeil paisible et réparateur.

Je crois le fait assez saisissant pour n'avoir besoin d'aucun commentaire.

Il est toutefois des degrés dans cette variété de l'apoplexie; tous les cas ne présentent pas le même degré d'intensité. Quelquefois de simples potions stimulantes suffisent pour conjurer tous les accidents. Il m'est arrivé plusieurs fois, notamment avec la personne dont je parlais plus haut, et qui est exposée à éprouver trop fréquemment de telles attaques, de recourir avec succès à de semblables moyens. Lorsque le danger de mort n'est pas imminent, j'administre de cinq en cinq minutes une cuillerée de potion stimulante. Si au bout d'une demi-heure les accidents n'ont pas diminué d'intensité, j'ai recours à l'émétique. Il va de soi-même que de telles temporisations peuvent entraîner des suites fâcheuses, et qu'elles ne trouvent leur raison que dans des considérations tout individuelles et idiosyncrasiques.

En résumé, les apoplexies de cause gastrique étant d'une extrême fréquence, on fera bien, dans quelque condition que ce soit, d'explorer l'estomac avant de recourir à la saignée. Si telle n'eût pas été notre conduite, la malade dont je viens de tracer en quelques mots l'observation eût sans doute payé de sa vie une erreur de diagnostic. On n'eût pas manqué d'attribuer sa mort à une hémorrhagie cérébrale au-dessus des ressources de l'art!

EXPLICATION DE LA FRÉQUENCE RELATIVE

des quatre présentations principales du sommet dans l'accouchement,

Par M. Edouard Gouriet.

Plusieurs personnes ont bien voulu m'adresser des objections au sujet de ma théorie sur les présentations du sommet, publiée dans la *Gazette des Hôpitaux* du 12 avril dernier. Je ne dois pas plus longtemps faire attendre la réponse, et je vais discuter une à une les objections qui m'ont été faites.

Objection relative au rôle assigné à l'S iliaque du côlon et à celui du cœcum. — On m'a fait le reproche de donner exclusivement à l'S iliaque du côlon le rôle de diminuer l'un des diamètres obliques du détroit abdominal.

« Le cœcum, m'est-il écrit, diminue pour sa part le diamètre » oblique correspondant, et cet effet contre-balance celui de l'S » iliaque sur le second diamètre oblique. »

De prime abord, cette objection paraît fondée; elle n'est pourtant que spécieuse, et une analyse attentive va le faire voir jusqu'à l'évidence.

1° Le cœcum se trouve toujours dans la fosse iliaque et ne descend jamais au niveau du détroit supérieur. Non content de m'en être assuré par de nombreuses autopsies d'enfants et d'adultes, je me suis livré à des expériences sur ce sujet; j'ai insufflé plusieurs fois le gros intestin, j'ai fait refluer dans cette partie du tube digestif tout le contenu de l'intestin grêle, augmenté encore d'injections aqueuses introduites par l'estomac, et jamais je n'ai amené le cœcum au détroit.

Je m'étais déjà convaincu de ces faits, lorsqu'à la séance de la Société de chirurgie du 25 avril dernier, MM. Vidal (de Cassis) et Jules Cloquet, à propos d'une discussion sur l'anus artificiel, développèrent cette opinion, que les plus grands efforts d'injections ne sauraient décoller le mésocœcum.

2° Le développement de l'utérus tend à repousser excentriquement le cœcum. Or, celui-ci est maintenu par le péritoine de façon à ne pouvoir pas sensiblement descendre (je viens de le démontrer), mais à pouvoir quelque peu s'élever. (Bien entendu que je ne parle pas des cas pathologiques. Quelques-uns, en effet, comme les hernies, offrent parfois un déplacement considérabie.)

3° La constipation des femmes enceintes est causée par la présence de matières dures dans la fin du côlon et dans le rectum. Le cœcum est rempli de matières peu consistantes qu'une assez faible pression ferait monter très aisément dans le côlon ascendant, et qui ne peuvent, par conséquent, opposer assez de résistance pour faire dévier le fœtus.

4° Le cœcum d'ailleurs, et je ne saurais trop insister sur cet argument, se trouve en avant de la terminaison postérieure du diamètre oblique qui lui correspond; n'étant pas sur son trajet, il ne peut, sans contredit, en diminuer la longueur.

Voilà autant de raisons qui ruinent l'objection tirée de l'action du cœcum.

Objection tirée du fœtus lui-même. — « Vous vous inquiétez » bien peu du corps du fœtus, me fait-on observer; vous faites » placer la tête dans sa situation la plus favorable, et vous expli- » quez ce phénomène sans vous occuper le moins du monde com- » ment va s'arranger le reste du corps. » Et pourquoi donc m'en inquiéterai-je? Faut-il aussi rappeler ce qui saute aux yeux? Tandis que le fond de l'utérus est éminemment susceptible de se mouler sur son contenu, quelles qu'en soient les positions, et trouve dans les parties extérieures des résistances à peu près égales, rien de cela n'existe à la partie inférieure; des os, des muscles font résistance; on y trouve une ouverture à diamètres inégaux. L'extrémité céphalique, venant à butter contre un obstacle, transmet l'impulsion à la matrice, qui se contracte comme par l'effet d'un stimulus jusqu'à la parfaite adaptation de la tête et de l'orifice. Dans toutes ces évolutions, le fœtus est mu d'une seule pièce; car le pelotonnement ovoïde qui résulte de l'agencement de ses parties en fait un tout rigide et compacte qui pivote librement sous l'influence des contractions utérines, du moment que la tête trouve un point d'appui solide.

Objection tirée d'une autre théorie. — Deux personnes m'ont fait observer qu'un de nos meilleurs auteurs classiques, M. Cazeaux, donne une théorie plus simple et aussi complète des présentations du sommet.

Je ne crois pouvoir mieux faire que d'ouvrir le livre et de reproduire ce passage :

« Il est bien plus difficile de dire pourquoi l'occiput est plus » souvent en avant qu'en arrière. Il est infiniment *probable* que » cela dépend des mêmes causes qui déterminent les présentations » du sommet. Ainsi, la moitié postérieure de la tête pèse beaucoup » plus que la moitié antérieure; la partie postérieure du tronc offre » aussi un poids plus considérable que la partie antérieure. De » plus, lorsque la femme est debout, assise ou à genoux, même » couchée sur le côté, la paroi abdominale antérieure est le point » le plus déclive vers lequel doivent se tourner les parties les plus » pesantes, c'est-à-dire le plan postérieur du fœtus. » (4e édition, 1853, page 447.)

J'ai souligné un mot de ce passage; il fait voir que l'auteur ne donne cette explication qu'à défaut de théorie certaine; il n'en fait qu'une possibilité, une *probabilité*, comme il le dit lui-même. Les personnes qui m'ont fait cette objection n'ont pas convenablement interprété les paroles de l'auteur et n'ont pas vu le mot sur lequel j'insiste.

Il me suffirait d'avoir rappelé le texte du maître; mais je veux aller plus loin, et je vais discuter pied à pied pour ceux qui ont cru y voir une théorie irrévocable.

1° Est-il besoin de rappeler ce fait bien vulgaire, que la femme chargée du produit de la conception se jette fortement en arrière dans la marche et la station sur les pieds? Je demande si dans ces deux cas la partie déclive est en avant ou en arrière.

2° Je fais appel à tout le monde : la femme enceinte se couche-t-elle toujours de préférence sur le côté gauche? Telle femme ne peut en pareil cas souffrir sur l'estomac la pression du foie..... Puisque rien n'est si variable suivant les individus, il serait peu logique d'en tenir compte.

3° Si d'ailleurs les choses se passaient de la sorte, si la position du fœtus dépendait de l'attitude de la mère, cette position varierait sans cesse avec l'attitude, et on devrait indifféremment trouver l'occiput à gauche ou à droite, en avant ou en arrière.

4° En invoquant l'action de la pesanteur pour les diverses présentations du sommet, on s'expose à tous les arguments dirigés contre l'explication par la même cause de la présentation céphalique en général..... Or M. le professeur Dubois a porté à cette théorie d'aussi terribles coups que Smellie, Baudelocque, etc., en ont porté jadis à la *théorie de la culbute*.

La tête, plus lourde que chacune des autres parties, mais moins lourde que leur ensemble pelotonné, ne devrait-elle pas, d'après de telles conditions, se porter en haut? Je traduirai volontiers cet argument par ce principe de mécanique : toutes les fois que la pesanteur agit en liberté, le centre de gravité doit être le plus bas possible pour produire l'équilibre stable.

5° Examinons dans un atlas les planches qui représentent un fœtus de profil dans le sein de sa mère : le centre de gravité de la tête et celui du reste du corps ne sont pas tout à fait sur la même verticale; si la pesanteur n'était pas contrariée, un pareil système, un *couple*, comme on dit en statique, ferait tourner l'enfant jusqu'à identité de verticale pour les deux centres de gravité, c'est-à-dire jusqu'à satisfaction de la *loi d'équilibre des corps flottants*. Et cependant il n'en est rien; le fœtus peut demeurer tel que nous le voyons figurer.

C'est qu'en effet la pesanteur est entravée; son jeu ne peut s'exercer en liberté. Le fœtus est mobile (c'est même la condition *sine quâ non* de ma théorie); mais il n'est déplaçable que par les contractions utérines. L'action de la pesanteur tendrait vainement à le faire dévier; elle a toujours pour antagoniste une force vive qui annule son effet, qui dispose le fœtus dans la situation la plus heureuse, et qui le place avec avantage dans les conditions d'un équilibre indifférent susceptible de suppléer à l'impossibilité d'un équilibre stable.

A cette argumentation j'ajoute un dernier mot : en lisant ma théorie du 12 avril, on pourra voir que la présence de l'occiput en avant, plus fréquente que sa présence en arrière, n'est pas si difficile à expliquer que veut bien le dire M. Cazeaux.

Objection tirée de l'instinct du fœtus. — Je m'attendais presque à cette remarque, qui tend à appliquer aux variétés de la présentation céphalique ce qu'un illustre professeur, déjà cité dans cet article, a dit de la présentation céphalique en général.

Certes, quand un marsupial ébauché depuis trente jours se suspend spontanément aux mamelles de la mère, que n'attendre d'un fœtus humain de neuf mois? Mais tout en prenant l'instinct avec l'acception la plus large que lui donne la psychologie, tout en voyant bien en lui une *tendance naturelle et irréfléchie à l'accomplissement de certains actes*, je crois que ce n'est pas le cas de faire intervenir ce précieux agent. L'avant-coureur de l'intelligence ne doit être invoqué qu'avec la réserve la plus grande : il n'a pas besoin de présider aux faits quand ces faits s'expliquent complétement par les considérations mécaniques les plus simples.

Telles sont les objections qui m'ont été faites et que je crois avoir suffisamment réfutées. Je ne parlerai pas de quelques-unes basées sur les *causes premières* qu'on m'a aussi adressées,.. je me réserve d'y répondre lorsqu'on m'aura appris auparavant pourquoi la racine s'enfonce dans le sol et la tige dans l'atmosphère.

Je pourrais invoquer en faveur de ma théorie la succession des divers temps de l'accouchement naturel, temps qu'on peut regarder comme autant de précautions partielles et qui s'expliquent d'une façon si merveilleuse par le principe de la tendance à l'adaptation des parties. Je ne saurais trop répéter, en terminant, que la découverte de ce principe revient tout entière à M. Jacquemier.

— Dans un prochain article j'appliquerai les faits qui précèdent à tous les temps de l'accouchement, et je me propose d'aborder immédiatement après la théorie des présentations dans la part de nos animaux domestiques.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Fin de la séance du 15 mai 1855. Présidence de M. Jobert (de Lamballe).

Du délire au point de vue anatomo-pathologique.—M. Baillarger termine son discours en ces termes :

Le traitement moral ne consiste pas seulement, dira-t-on, à provoquer ainsi à un moment donné une impression plus ou moins forte; il doit être longtemps continué. Il faut tenir longtemps le malade en haleine, le harceler, pour ainsi dire, et ne pas lui laisser de répit jusqu'à ce qu'on ait modifié ses idées. Tout cela est vrai; mais la maladie qui cède, en partie au moins, à ces luttes longues et opiniâtres, n'est déjà plus celle qu'on guérit par un simple raisonnement ou par quel-

ques paroles. Or, ce que je combats ici, c'est surtout l'opinion que M. Bousquet a formulée dans les termes que je viens de rappeler.

En résumé, ne voir dans l'aliéné qu'un homme qui se trompe, assimiler la folie à une erreur qui domine l'esprit et dont l'origine est presque toujours une mauvaise passion; prétendre guérir les fous par de simples raisonnements, c'est arriver presque à son insu à spiritualiser les désordres de l'intelligence à ce point que la dénomination de *maladie de l'âme* s'est présentée naturellement. Soit qu'on envisage la folie au point de vue de la philosophie, de la morale ou de la médecine, c'est là, à mon avis, une tendance fâcheuse.

Il faut donc s'en tenir à l'opinion populaire, et reconnaître tout simplement dans la folie une maladie du cerveau.

Je passe à la question nosologique.

M. Bousquet, après avoir critiqué la division du délire partiel et de la manie, après avoir rappelé les transformations que présente souvent la folie, ajoute d'une manière générale que les médecins aliénistes, en fait de classification, ne sont à l'aise que dans les livres.

Il y avait ici deux choses à distinguer : d'une part, les classifications établies pour séparer les unes des autres les différentes maladies mentales; et d'autre part, les distinctions qu'on a faites entre les diverses variétés de la folie proprement dite.

M. Bousquet, je n'en doute pas, eût atténué la sévérité de son jugement s'il eût envisagé ces deux points au lieu de ne voir que le dernier. C'est surtout, en effet, dans la classification des maladies mentales considérées d'une manière générale que la science a réalisé d'assez grands progrès.

Je me bornerai à citer les deux faits suivants :

Sous le nom d'*idiotisme*, Pinel réunissait trois maladies différentes, et qu'Esquirol a très nettement séparées. Ce sont l'idiotie congéniale, la démence au dernier degré, et enfin ce qu'on a appelé depuis démence aiguë, stupidité ou mélancolie avec stupeur.

Esquirol, en établissant ces distinctions, en débrouillant ce chaos où se trouvaient confondues sous la même dénomination des choses si différentes, Esquirol n'a-t-il pas rendu un véritable service à la science? Ces distinctions ont-elles jamais été contestées; ne sont-elles pas faciles à établir dans la pratique? Poser ces questions, c'est en même temps les résoudre, et toute discussion à cet égard serait superflue.

Je passe au second exemple :

Il y a trente ans environ, une maladie nouvelle a été découverte dans les asiles d'aliénés. Elle a été d'abord considérée comme une complication de la folie. Esquirol et Georget, qui ont commencé à la décrire, voyaient chez l'aliéné paralytique deux affections distinctes : la folie d'une part, la paralysie générale de l'autre. Plus tard, M. Bayle a montré que ces deux maladies ne devaient pas être considérées comme deux ordres de symptômes d'une seule et même unité morbide, et la paralysie générale a été ainsi définitivement constituée.

Aujourd'hui, quand on nous amène un aliéné, notre premier soin est de rechercher s'il est atteint de folie simple ou si c'est un fou paralytique, et dans l'immense majorité des cas le diagnostic n'offre point de difficultés.

Voilà donc encore une aliénation facile à distinguer, et que Pinel confondait avec toutes les autres. Quand on voit tout ce que cette confusion entretenait d'erreurs dans l'histoire générale de la folie, n'est-on pas forcé d'admettre que la science a véritablement réalisé ici encore un très grand progrès?

J'arrive maintenant à l'objection véritable présentée par M. Bousquet. « Il se mêle, dit-il, presque toujours un peu de manie dans le délire partiel, tandis qu'il est bien rare que les délires maniaques soient sans prédominance d'une ou de plusieurs séries d'idées particulières. » Cette objection, je le dis à regret, ne me paraît pas bien choisie, et je vais essayer de le démontrer.

M. Bousquet semble croire, en effet, que l'étendue du délire est le seul caractère important de la manie. Or il n'en est pas ainsi, et il me suffira pour le prouver de citer un auteur dont personne ne méconnaît la grande autorité, M. Guislain.

« Le caractère pathognomonique le plus général de la manie consiste, dit-il, dans l'exagération, l'exaltation, l'agitation, les passions agressives. »

Puis il ajoute que cette maladie porte généralement avec elle la pétulance, la force, la puissance.

On le voit, il n'est pas même question du délire et de son étendue.

Esquirol avait aussi très bien remarqué que la manie existe le plus souvent sans que le délire soit véritablement général. Il suffirait pour ne pas laisser de doutes à cet égard de rappeler la manière dont il a répondu aux critiques qu'avait déjà soulevées le mot monomanie.

Les traitements si différents employés contre la manie et contre le délire partiel démontrent d'ailleurs que l'embarras qu'on éprouve dans la pratique pour distinguer ces deux maladies n'est pas aussi grand que paraît le croire M. Bousquet.

Quel est le traitement le plus généralement adopté pour combattre la manie? Ce sont les bains prolongés.

Comment, au contraire, combat-on le délire partiel? Personne n'a songé ici aux bains prolongés, et l'on a surtout préconisé le traitement moral, et dans ces dernières années l'influence de la religion. Or si les médecins ne sont pas d'accord sur la part plus ou moins grande qu'il convient de faire à ces derniers moyens dans le traitement du délire partiel, tous cependant reconnaissent leur utilité. Il en est tout différemment pour la manie.

Comment supposer que deux maladies, dont l'une réclame l'emploi de bains prolongés et l'autre celui des moyens moraux, sont si difficiles à distinguer dans la pratique?

La différence si tranchée des indications ne suffit-elle pas pour prouver toute la distance qui sépare les deux maladies?

Au reste, je n'ai en aucune façon la pensée de nier les difficultés qu'on éprouve dans un certain nombre de cas pour classer les différents genres de folie. Ces difficultés existent dans toutes les maladies; elles sont plus grandes dans les névroses, et les vésanies en particulier constituent moins que les autres une exception. Il y a partout, on le sait, entre les types véritables des cas intermédiaires qui établissent une sorte de transition, et c'est là le véritable terrain des difficultés.

En résumé, je crois que la critique de notre collègue pour ce qui a trait à la question nosologique a été trop générale et son jugement trop sévère. En outre, il eût fallu, comme je l'ai dit en commençant, avoir soin de distinguer la classification des maladies mentales en général, et celle des différents genres de folie en particulier.

Je partage en grande partie l'opinion de l'honorable rapporteur sur la question anatomo-pathologique; je n'aurais donc ici qu'à reproduire en les développant les arguments qu'il a présentés.

J'arrive à la question de physiologie pathologique.

M. Bousquet a réservé ses critiques les plus vives pour combattre le rapprochement fait entre la folie et le sommeil. A ses yeux il n'y a nulle affinité entre ces deux états, et l'opinion émise par M. Moreau lui paraît choquer toutes les vraisemblances.

Avant de discuter ce point, il importe, à mon avis, de le bien préciser.

Il ne s'agit pas de savoir, en effet, si l'état cérébral d'un homme qui dort est *identiquement* le même que celui d'un autre homme en proie au délire; autant vaudrait demander si les conditions sont les mêmes dans l'insomnie complète et opiniâtre et pendant la veille ordinaire. Il est évident que rien n'est plus anomal que l'insomnie opiniâtre; rien de plus anomal surtout que la continuation pendant la veille d'une partie des conditions du sommeil. Il faut, pour que cela ait lieu, un dérangement très grave et un état organique nouveau. Cette objection du savant rapporteur que « s'il n'y a pas de folie sans lésion cérébrale il faut dire la même chose du sommeil », cette objection me fait craindre qu'il n'ait peut-être pas suffisamment compris ce qu'il s'agit réellement de discuter.

On peut parfaitement admettre, en effet, qu'il y a une lésion dans la folie sans que la même lésion existe pendant le sommeil. Est-il donc nécessaire de supposer qu'il y a une lésion cérébrale pendant la veille parce qu'il en existe une pendant l'insomnie prolongée?

Disons donc que ce qu'il s'agit de faire admettre, ce n'est pas l'identité de l'état organique dans les deux cas, mais seulement l'analogie extrême que présentent au point de vue psychologique l'état de sommeil et l'état de folie, et les précieux enseignements qu'on peut tirer de cette étude comparée. Je vais donc chercher à démontrer qu'il y a sous ce rapport plus qu'une simple comparaison tout au plus propre à faire comprendre sa pensée, et qu'on trouve au contraire des rapports intimes et étroits entre les deux états.

Quelle est la condition principale des rêves? C'est l'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination qui, abandonnées à elles-mêmes, forment mille combinaisons bizarres auxquelles nous assistons sans pouvoir les modifier; c'est ce que M. Maury a appelé l'automatisme de l'intelligence.

Cette condition d'exercice involontaire des facultés se retrouve dans les rêveries de la veille et pendant les distractions prolongées. On l'observe souvent chez les hommes livrés à de profondes méditations. Elle est chez eux le résultat de la fatigue, car pour l'intelligence l'indépendance c'est le repos.

Beaucoup d'hommes célèbres ont été, comme on le sait, cités pour leurs distractions, distractions qui vont parfois si loin qu'elles ôtent toute conscience du monde extérieur et portent souvent aux actes les plus étranges. Témoin Newton saisissant un jour la main de sa fiancée placée auprès de lui, et avec un doigt de cette main, que la jeune fille lui a abandonnée sans défiance, enfonçant dans sa pipe le tabac enflammé.

En présence d'un tel acte ne peut-on pas dire que celui qui l'a commis rêvait tout éveillé et qu'il n'a rien moins fallu qu'un cri de douleur pour l'arracher à son rêve?

Voilà donc l'automatisme pendant les rêves du sommeil, pendant les distractions et les rêveries de la veille. Nous allons le retrouver comme condition principale et comme point de départ du délire et de la folie, car à ce point de vue nous n'établissons aucune différence.

Dans la folie, l'exercice involontaire des facultés affecte deux formes et se présente dans deux conditions très différentes.

Pour bien faire comprendre ces deux conditions, il suffit de rappeler que dans l'état normal nous avons à lutter contre deux tendances contraires.

Tantôt nous cherchons à fixer telle ou telle série d'idées, à la retenir plus ou moins longtemps et à comprimer, pour ainsi dire à éloigner les idées étrangères qui se présentent involontairement.

Dans l'autre cas, lorsque par l'effet des passions et des préoccupations qu'elles entraînent nos idées tendent à s'immobiliser, nous sommes obligés de lutter pour les faire disparaître et pour les remplacer par d'autres.

La manie et la monomanie nous présentent l'automatisme des facultés dans les deux conditions opposées que je viens d'indiquer.

Le maniaque ne peut fixer les idées qui surgissent en foule et pêle-mêle dans son cerveau; il est débordé par elle, et ses impressions se succèdent sans ordre et sans suite.

Le monomaniaque, au contraire, en proie à des idées fixes, est aussi impuissant que le maniaque, mais d'une manière différente. En vain cherche-t-il à chasser les préoccupations qui le dominent; elles reviennent sans cesse avec une opiniâtreté contre laquelle échouent tous ses efforts.

Le renouvellement trop rapide des idées ou leur fixité trop grande tiennent assurément à deux états différents, mais dans les deux cas il y a également perte du pouvoir personnel et l'exercice des facultés est également involontaire.

Je sais que le mode de production du délire a été envisagé d'une manière différente.

Esquirol a beaucoup parlé des lésions de l'attention, et on peut voir que ses idées sous ce rapport, adoptées par presque tous les auteurs, l'ont été en particulier par M. Flourens dans son *Essai physiologique sur la folie*. Cependant je dois avouer n'avoir jamais bien pu comprendre la nécessité d'admettre des lésions de l'attention. Ces lésions sont à mon avis une pure hypothèse, et une hypothèse superflue, puisque nous avons une explication satisfaisante du délire.

Je vais essayer de faire bien comprendre ma pensée sous ce rapport par une comparaison.

Un homme porte un certain fardeau, et le porte facilement. Huit jours après il prend une charge trois fois plus forte, et à peine a-t-il fait quelques pas qu'il tombe. Pour se rendre compte de sa chute, cet homme peut recourir à deux explications :

Il peut l'attribuer à la pesanteur trop grande de la charge qu'il avait entrepris de porter;

Il pourrait, au contraire, admettre que pendant les huit jours qui se sont écoulés ses forces ont diminué.

Quand on parle des lésions de l'attention, on raisonne à mon avis comme le ferait cet homme oubliant l'augmentation considérable et bien connue du fardeau pour s'en prendre surtout à la diminution de ses forces, créant ainsi une pure hypothèse.

Nous pouvons apprécier avec certitude la résistance que nous éprouvons à diriger nos idées sous l'influence d'une excitation cérébrale plus ou moins vive.

Nous voyons croître par degrés cette résistance jusqu'au moment où le délire s'établit, c'est-à-dire jusqu'au moment où commence l'exercice involontaire des facultés.

A quoi donc attribuer la perte du pouvoir personnel, si ce n'est à cette condition nouvelle, résultat de l'excitation? Pourquoi recourir à de prétendues lésions de l'attention, en faisant une supposition toute gratuite?

Quand vous êtes auprès d'un fébricitant qui sent, comme on le dit, que ses idées lui échappent, et qui vous demande de continuer à lui parler pour maintenir son attention et l'empêcher d'être débordé par les idées qui l'assiégent en foule, vous viendrait-il à la pensée de supposer une lésion de l'attention? Pourquoi donc faire pour la folie ce qu'on ne fait pas pour le délire fébrile?

L'exercice involontaire des facultés est donc le point de départ et la base du délire; il peut en expliquer toutes les variétés, et il n'est point nécessaire de recourir à des hypothèses qui ne peuvent s'appuyer sur rien de fondé.

En cherchant à établir que l'automatisme de l'intelligence est la condition première du délire et de la folie, j'ai en même temps essayé de démontrer l'analogie qui existe entre ces états et les rêves, puisque dans les deux cas la condition principale serait la même.

Mais l'automatisme, ce n'est pas encore la folie; ce qui la caractérise surtout, ce sont les convictions délirantes, et c'est, en effet, la seconde condition à étudier dans les rêves et la folie.

Le rêveur croit fatalement à son rêve comme l'aliéné à son délire. Or, la manière dont se produit cette erreur est la même dans les deux états, et c'est une seconde analogie importante à signaler.

Cette erreur peut s'expliquer, à mon avis, par la suppression de ce que Pariset, à propos de l'éducation, appelait les *idées intermédiaires*. Quand une idée fausse se présente tout à coup à notre esprit, il en surgit immédiatement d'autres qui tendent à nous en démontrer la fausseté. Si c'est une impulsion qui nous arrive, elle est aussitôt combattue ou favorisée par un certain nombre d'idées qui s'y rapportent, ce sont ces idées qui séparent la conception de la croyance ou l'impulsion de l'acte que Pariset appelait les idées intermédiaires. Ce sont aussi ces idées qui cessent de se présenter et sont comme supprimées dans les rêves et dans la folie. La conception fausse se trouvant ainsi isolée devient inaccessible au raisonnement, et s'impose fatalement par l'absence de tout contrôle. Ainsi, les deux conditions principales du rêve, l'automatisme de l'intelligence et la suppression des idées intermédiaires, se retrouvent aussi dans la folie.

Mais ce ne sont pas là les seules analogies que je dois indiquer.

L'état intermédiaire à la veille et au sommeil a surtout cela de curieux, qu'il nous permet d'assister, pour ainsi dire, pendant la veille, à des rêves anticipés. Nous ne sommes pas encore endormis, nous apprécions jusqu'à un certain point ce qui se passe autour de nous, et cependant la mémoire et l'imagination, déjà abandonnées à elles-mêmes, forment des associations bizarres que nous pouvons, jusqu'à un certain point, étudier. C'est alors que se produit ce phénomène des images fantastiques si bien décrites par les physiologistes allemands. Cette production si facile des hallucinations dans l'état intermédiaire à la veille et au sommeil n'est-elle pas un rapprochement de plus à invoquer entre les rêves et la folie. Ce même phénomène des hallucinations n'est-il pas, en effet, l'un des plus fréquents et des plus importants du délire?

Parmi les variétés de l'aliénation mentale, il en est une qui offre avec les rêves une analogie si grande que tous les convalescents ne manquent pas d'en faire la remarque; je veux parler de la mélancolie avec stupeur. Les malades déclarent qu'il leur semble sortir d'un long sommeil qui a été troublé par des hallucinations nombreuses; ils n'appréciaient plus ce qui se passait autour d'eux ou ne l'appréciaient que de la manière la plus imparfaite, tout était transformé à leurs yeux; ils se croyaient transportés dans des régions lointaines et n'avaient plus conscience ni des temps, ni des lieux. Comment nier l'extrême ressemblance de cet état et des rêves? Et la mélancolie avec stupeur n'est-elle pas une sorte de cauchemar prolongé pendant plusieurs mois?

M. Baillarger cite ici des faits dans lesquels le délire partiel n'est évidemment qu'un rêve continué. Il rappelle les idées fixes qui persistent parfois après le délire général de la fièvre typhoïde, puis il termine ainsi :

En résumé, disons qu'il y a entre les rêves et la folie plus qu'une simple comparaison tout au plus permise pour faire comprendre sa pensée, comme l'a dit notre savant collègue M. Bousquet. Il y a là des conditions semblables, des rapprochements intimes et, de plus, de précieux enseignements à tirer pour l'étude physiologique du délire. Je regrette donc que l'honorable rapporteur ait été jusqu'à prétendre que ces rapprochements choquaient toute vraisemblance.

Telles sont les observations que j'avais à présenter sur le rapport de notre honorable collègue.

J'ai essayé de démontrer que ses critiques ont été trop sévères et trop générales, surtout au point de vue de la nosologie et de la physiologie pathologique.

J'ai aussi essayé de prouver qu'il n'était peut-être pas aussi inutile que M. Bousquet a paru le penser d'appuyer par de nouveaux arguments l'opinion populaire qui explique la folie par un dérangement du cerveau.

Séance du 22 mai 1855.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

Épidémies. — 1° Deux rapports sur les maladies épidémiques qui ont régné en 1854 dans les arrondissements du Havre et de Dieppe. (Commission des épidémies.)

2° Un rapport de M. le docteur Carel, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Napoléonville, sur une épidémie de dyssenterie qui a régné dans la commune de Berni en septembre, octobre et novembre derniers.

3° Un mémoire de M. le docteur Trinquier (de Marseille), sur l'épidémie choléra qui a régné dans cette ville en 1854.

4° Un grand nombre d'états de vaccinations.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Buste de Nacquart. — M. Raymond Nacquart fait hommage à l'Académie, en son nom et celui de Mme veuve Nacquart, du buste en marbre de son père, ancien président de la savante Compagnie.

Appareil pour provoquer l'accouchement prématuré. — M. Mathieu soumet à l'Académie un instrument destiné à provoquer l'accouchement prématuré chez les femmes dont le bassin rétréci ne permet pas la délivrance à terme. (Commissaires : MM. Depaul et Danyau.)

Eaux minérales de Savoie. — M. le docteur Domanget (de Châlles) transmet six exemplaires du rapport que la Société de médecine de Chambéry a publié sur les eaux minérales de la Savoie.

Système pénitentiaire. — M. Boileau de Castelnau (de Nîmes) transmet plusieurs brochures sur le système pénitentiaire et sur plusieurs points de l'aliénation mentale. (Commissaires : MM. Londe, Adelon, Baillarger, Ferrus, Gueneau de Mussy, Ségalas et Collineau.)

Vératrine. — M. Soubeiran présente, au nom de M. A. Delondre, un travail sur la vératrine. (Voir à l'article *Paris*.)

LECTURE.

Propriétés toxiques de la saumure. — M. Reynal, chef de clinique à l'Ecole vétérinaire d'Alfort, lit un mémoire intitulé : *De la saumure et de ses propriétés toxiques.*

L'auteur résume son mémoire par les conclusions générales suivantes.

De l'ensemble des faits cliniques et des expériences contenues dans ce travail il résulte :

1° Que la saumure, trois ou quatre mois après sa préparation, contracte des propriétés toxiques ;

2° Qu'en moyenne, à la dose de deux litres pour le cheval, d'un demi-litre pour le porc et de deux décilitres pour le chien, la saumure produit l'empoisonnement ;

3° Qu'à des doses bien moins élevées elle provoque le vomissement chez le chien et le porc ;

4° Que l'emploi de cette substance mélangée aux aliments continué pendant quelque temps, même en petite quantité, peut occasionner la mort.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le délire et la folie.

DISCUSSION.

Du délire et de la folie. — M. LONDE. Dans l'avant-dernière séance, j'ai entendu exprimer, sinon sous mon nom, du moins comme si je leur avais donné mon adhésion, des opinions qui ne sont pas tout à fait les miennes, et sur lesquelles, malgré la forme élégante et piquante dont elles sont revêtues, je me trouve aujourd'hui dans l'obligation de donner quelques explications.

Nous appelons, dit M. Bousquet, question de mots la confusion que fait M. Moreau du délire et de la folie.

J'en demande pardon à M. Bousquet, mais l'Académie jugera si les différences suivantes, dont il a d'ailleurs parfaitement saisi quelques-unes, sont, oui ou non, une question de mots.

Les troubles intellectuels constituent essentiellement la folie ; les autres fonctions sont, à peu de chose près, dans l'état normal.

Dans le délire, au contraire, qu'il soit idiopathique ou symptomatique, les troubles intellectuels ne constituent pas la maladie ; aucune des fonctions n'est à l'état normal.

Certains fous tiennent des discours suivis, soutiennent une discussion quelquefois comme le meilleur et comme le plus subtil dialecticien ; ils ont souvent une volonté de fer et commettent des actions motivées auxquelles il ne manque qu'un point de départ plus juste, des prémisses mieux fondées.

Dans le délire, au contraire, il y a abolition plutôt que déviation de l'intelligence ; il n'y a plus de volonté ; les actes sont automatiques et sans rapport avec les objets environnants.

Les fous ont les sensations extérieures nettes et précises ;

Les délirants sont presque toujours au contraire assoupis, somnolents, paraissent rêver lorsqu'ils font un effort intellectuel.

Les fous, une fois guéris, se rappellent les circonstances de leur maladie.

Rien de semblable, au contraire, chez les gens qui ont été atteints de délire ; ils n'en conservent qu'un souvenir fugace.

Un fou, parvenu même au dernier degré de la maladie, à l'état de démence, ne prend jamais une fenêtre pour une porte, une pierre pour du pain.

On voit tous les jours, au contraire, des délirants se jeter par les fenêtres sans savoir ce qu'ils font, et prendre un objet pour un autre.

Dans la folie, avant l'invasion de la paralysie générale qui signale l'incurabilité et dont quelques aliénistes veulent faire une maladie nouvellement découverte, les mouvements volontaires ne sont point altérés : les fous marchent et courent parfaitement ;

Dans le délire, au contraire, il n'existe plus de mouvements réguliers ; on n'observe plus que de l'agitation convulsive.

Les fous boivent et mangent généralement comme les gens bien portants, et cela jusqu'à ce qu'ils soient parvenus à la démence, et même souvent dans cet état pendant lequel ils engraissent.

Les malades atteints de délire, au contraire, sont hors d'état de supporter les moindres aliments solides, et peuvent à peine user de liquides non nutritifs.

La folie, comme le dit avec tant de vérité M. Bousquet, constitue un état préparé, élaboré de longue main dans l'économie, se formant lentement, mystérieusement, se montrant ensuite de lui-même et à l'occasion de la cause la plus insignifiante et la plus imprévue, s'alliant avec la plus parfaite santé, ne finissant trop souvent qu'avec la vie et se transmettant avec le sang.

Le délire, au contraire, comme l'exprime encore si justement M. Bousquet, éclate inopinément, n'est qu'un accident fortuit que l'on rencontre ordinairement avec la fièvre et le trouble général des fonctions.

Le point capital enfin du traitement de la folie consiste dans les moyens qui agissent directement sur les fonctions lésées, ce qu'on appelle, en un mot, *traitement moral*, et en tête desquels on place avec tant de raison l'*isolement.*

Quel est, au contraire, je le demande, le médecin sensé qui s'aviserait de vouloir combattre le délire d'un fébricitant par les moyens moraux ?

J'en ai dit assez sur ce premier point, je pense, pour faire bien comprendre qu'il n'y a point seulement simple question de mots dans la confusion du délire avec la folie. Je m'efforcerai d'expliquer, dans un instant, pourquoi ont lieu les différences que je viens de signaler. Je continue :

M. Bousquet prétend que le cerveau est incapable de penser par lui-même.

Mais l'observation journalière de ce qui se passe dans la veille, le sommeil et le rêve, mais la physiologie comparée des divers âges, des divers animaux, mais l'expérimentation physiologique, mais la pathologie elle-même, nous apprennent que les fonctions du cerveau, chez l'homme comme chez les animaux pourvus de cet organe, sont de percevoir les sensations, de penser et d'ordonner des mouvements ; et si le langage métaphysique et le jargon physiologique disent autre chose que la physiologie, cela tient à ce qu'ils transforment en êtres réels des mots dont l'objet est de soulager l'entendement.

M. Bousquet, qui a trop d'esprit et de savoir pour ne pas revenir au cerveau lorsqu'il s'agit de folie, se demande si, dans cette maladie, l'atteinte portée à l'activité du cerveau réside toujours en lui ou vient quelquefois d'ailleurs. M. Moreau, ajoute-t-il, est du premier sentiment. Nous sommes des deux. Les états pathologiques les plus divers et les plus éloignés des centres nerveux, dit M. Bousquet, peuvent réagir sur le cerveau et l'entraîner dans leur orbite. En ce cas, continue-t-il, la folie ne serait qu'un effet éventuel, contingent. A l'appui de cette opinion, M. Bousquet cite l'autorité de Jacobi.

Au lieu de citer des autorités, voyons les faits : une femme se croit pendant de longues années en proie aux obsessions amoureuses du démon. A l'autopsie, on trouve une altération de la matrice. On en conclut que la maladie de la matrice causait la folie. Mais si cette femme, je le demande, n'eût pas eu le cerveau affecté eût-elle rapporté ses douleurs de matrice à l'obsession du diable ? Non certainement, et la preuve c'est que MM. Velpeau, Jobert, Ricord, qui peuvent me démentir si le fait est inexact, soignent chaque jour des centaines de femmes atteintes de profondes et quelquefois douloureuses altérations de matrice, et que ces femmes ne se croient pas le moins du monde victimes des caresses amoureuses du diable.

Le même raisonnement peut être appliqué aux histoires de ces femmes qui deviennent folles pendant la grossesse, à la suite de la suppression de la sécrétion lactée ou autre cause déterminante qui laisse la raison à la majorité des femmes ; il peut encore être appliqué aux histoires de folies que Cabanis, suivant M. Bousquet, fait dépendre des organes de la reproduction.

Je pourrais même ajouter mille faits semblables à ceux-ci relatés pour prouver l'existence des folies sympathiques ; mais dans tous ces cas, si l'on en fait un examen bien exact, si l'on remonte aux antécédents des sujets et de leurs parents, ce à quoi on ne manque plus aujourd'hui, on trouve toujours et sans exception une prédisposition cérébrale quelquefois fort ancienne et qui est le véritable point de départ de la maladie.

M. Bousquet repousse l'analogie de la folie avec le sommeil, c'est-à-dire avec le repos complet de la vie de relation, et il a pleinement raison ; car, ainsi qu'il l'a fort bien dit, le propre de la folie est souvent d'éloigner le sommeil. Mais il repousse l'analogie de la folie avec le rêve, c'est-à-dire avec l'exercice partiel de certaines parties du cerveau lorsque les autres reposent, et il a tout à fait tort.

Quelles sont, en effet, les causes du repos complet du cerveau ? La fatigue de la veille lorsqu'elle n'est pas portée au point de faire souffrir et l'absence des excitants. Quelles sont, au contraire, les causes du rêve ? Une forte excitation du cerveau pendant la veille. Quelles sont maintenant celles de la folie ? Une excitation forte ou prolongée du cerveau.

Supposons à présent à un homme une cause de chagrin assez forte pour lui donner des rêves ; supposons que cette cause se renouvelle souvent, se prolonge longtemps, qu'y aura-t-il d'étonnant que cet homme finisse par devenir fou ? Rien, et j'ai vu souvent ce résultat. L'analogie n'est donc pas si éloignée que le prétend M. Bousquet.

Quels rapports, dit M. Bousquet, peut-on saisir entre un peu de rougeur, un peu d'épaississement ou de ramollissement de la matière cérébrale, et ces fausses sensations, ces raisonnements sans suite qui constituent la folie ?

Je réponds à M. le rapporteur : les mêmes que l'on saisit entre l'épaississement et le ramollissement de la membrane muqueuse de l'estomac et les troubles de la digestion ; l'organe n'est plus ce qu'il était à l'état normal : la fonction ne peut plus être ce qu'elle était à l'état physiologique.

M. Bousquet ou M. Baillarger a rapporté la prétention bizarre de Leuret, qui voulait ne voir dans le fou qu'un homme qui se trompe, et rejeter l'un des deux éléments du traitement de la folie : la partie pharmaceutique. Mais Leuret avait été poussé par un noble motif à émettre de pareilles assertions. Frappé de l'insuffisance du traitement moral dans la plupart des établissements d'aliénés, Leuret, pour ressusciter ce traitement moral que Pinel nous apprend avoir été mis en pratique avec tant de succès dans l'antiquité, Leuret, dis-je, met tout en œuvre ; il ne recule ni devant le sarcasme, ni même devant la négation de ce qui est plus clair que le jour. Lorsqu'il dit, par exemple : « Que faisons-nous à ceux que nous croyons dans l'erreur ? Leur administrons-» nous des purgatifs, leur appliquons-nous des sangsues ? » Leuret se sert d'une arme qu'il sait déloyale. La preuve, c'est que d'abord il a trop de savoir et d'expérience pour croire qu'un fou n'est qu'un homme qui se trompe, pour méconnaître l'influence puissante des purgatifs et autres révulsifs sur l'excitation cérébrale d'un maniaque ; ensuite, c'est que, ainsi que j'en ai été le témoin, il les emploie lui-même. Leuret voulait une chose excellente : pour obtenir ce qu'il voulait, il demandait davantage, et, contradiction trop ordinaire, ce qu'il eût été fâché qu'on lui accordât. Ne le blâmons pas trop.

On a aussi rappelé l'insuccès de M. Trélat transgressant ce principe d'éternelle vérité thérapeutique proclamé par Georget : « Ne jamais exercer l'esprit des aliénés dans le sens de leur délire ; ne jamais attaquer ouvertement leurs idées. » Mais M. Trélat ne fit alors que ce que font tous les médecins qui n'ont pas encore acquis une longue expérience de l'aliénation mentale ; ce que nous avons tous fait en commençant cette étude ; ce que pour mon compte j'ai fait dix fois avec autant d'insuccès que M. Trélat, et ce que ni lui ni moi ne ferions aujourd'hui.

Par un raisonnement d'un quart d'heure, en effet, fût-on l'illustre Arago, on ne détruit que pour un quart d'heure (je suppose qu'on la détruise) l'idée fausse d'un aliéné ; de même que par la douche cruelle de Leuret pour faire renoncer un malade à la prétention de se croire le fils de Napoléon, on ne le fait renoncer qu'en paroles à la prétention, et le malade y revient dès qu'il n'a plus Leuret sur les talons. Je vais plus loin : sous l'action même de la douche, il n'a jamais *in petto* abandonné sa prétention.

Pour consoler, dit-il, les aliénistes, M. Bousquet ajoute que l'anatomie pathologique ne jette pas plus de lumières sur les maladies des autres organes.

Je pourrais m'arrêter ici, et prier nos honorables collègues de la section d'anatomie pathologique de répondre à M. Bousquet.

Je ne crois pas que M. Bousquet, qui, plus d'une fois déjà dans cette enceinte, a d'ailleurs fait preuve de tant d'esprit dans ses attaques contre l'anatomie pathologique, soit en droit de dire « que cette science n'est ni moins discrète, ni plus facile à se laisser surprendre que l'anatomie physiologique, et que l'une garde aussi bien le secret que l'autre. »

Avant de conclure, et pour tenir parole, j'ai à dire pourquoi, par les symptômes auxquels il est réuni, par le traitement qu'il réclame, le délire des maladies aiguës diffère de la folie, ainsi que je crois l'avoir nettement établi. Bonne ou mauvaise donc, voici mon explication :

Dans la folie encore curable, les portions du cerveau présidant aux fonctions ou à quelques-unes des fonctions intellectuelles et morales sont seules atteintes, et, la plupart du temps, atteintes par l'influence d'une cause directe, fonctionnelle, et agissant avec plus ou moins de durée, chagrins prolongés, contention d'esprit, etc.

Dans le délire, au contraire, s'il est dû à une fièvre de mauvais caractère, l'atteinte portée au cerveau par la cause morbide, altération du sang, etc., ne peut plus être aussi limitée. Il en est de même si le délire est dû à une commotion cérébrale ; de même encore s'il est dû à une maladie aiguë d'un organe éloigné, inflammation de la séreuse du péricarde, etc. Enfin le cerveau n'est-il pas atteint, en quelque sorte, en totalité chez l'individu qui a ingéré outre mesure soit des alcooliques, soit des décoctions de datura, de belladone, etc., et, outre le délire dont est atteint cet individu, n'y a-t-il pas encore chez lui vacillation dans la marche, trouble des sens, etc., symptômes que n'éprouve pas le fou ? Voilà mon explication ; voici mes conclusions :

1° Par ses causes, ses symptômes, sa marche, sa durée, la limitation de son siége, la nature du traitement qu'elle réclame, la folie diffère du délire des maladies aiguës.

2° La folie est toujours une affection du cerveau et toujours une affection idiopathique de cet organe.

3° Enfin l'anatomie pathologique doit être invoquée dans l'étude de cette maladie comme dans celle des autres organes.

(Nous donnerons la fin de cette séance dans le prochain numéro.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

D'un tableau statistique publié dans la *Gazeta medica de Lisboa* sur le mouvement de l'école médico-chirurgicale de Lisbonne, il résulte que 49 élèves y ont été inscrits pour subir divers examens au doctorat pendant l'année scolaire 1853-1854.

Sur ce nombre, 45 se sont présentés et un seul a été refusé sur le second examen.

A l'Ecole de pharmacie, sur 6 élèves inscrits 2 de seconde année se sont présentés et ont été reçus.

Enfin, sur 8 élèves du cours d'accouchement pour les sages-femmes 2 de seconde année se sont présentées et ont été reçues avec la note *pleinement satisfait.*

— M. de Backer, doyen d'âge des médecins belges, est mort à Gheel, le 7 mai, à l'âge de 90 ans. En 1790 il avait été reçu docteur de l'Université de Louvain, dont il fut plus tard un des lauréats. Dans son *Traité sur la folie*, Esquirol cite de Backer comme un des hommes les plus savants qui se soient consacrés à l'étude des maladies mentales.

— M. Gavin, président de la commission médicale pour l'enquête ordonnée par le gouvernement anglais en Crimée, vient de succomber par suite d'accident. Au moment où il allait faire sa tournée dans les tranchées, il pria son frère de lui prêter son revolver ; par un déplorable hasard cette arme lui partit entre les mains, et il reçut toute la charge en pleine poitrine.

— M. A. Devergie commencera demain vendredi, à l'hôpital Saint-Louis, son cours clinique sur les maladies de la peau. La visite à huit heures ; la leçon à neuf heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. DECQ ;
A Genève, à la librairie de JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Traité d'éducation physique et morale, par le docteur CLAVEL, accompagné de plans d'ensemble indiquant la disposition principale des établissements d'instruction publique, par E. MULLER, ingénieur civil. Paris, 1855. 2 vol. grand in-18 de XXXVI-498 et 408 pages, avec 2 cartes. — Prix : 7 fr. Chez Victor Masson, libraire.

LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Ramollissement aigu du cerveau à forme apoplectique.

Dans la *Revue clinique* du 24 mars dernier, nous avons rapporté sous le titre suivant : *Hémiplégie survenue brusquement chez une femme récemment accouchée; mort; absence de lésion appréciable*, une observation dont nous avions recueilli les principaux détails dans une leçon clinique de M. le professeur Rostan. Les réflexions qui accompagnent la relation de ce fait, et qui nous sont toutes personnelles, nous avaient été inspirées par l'absence de l'épanchement hémorrhagique que l'on s'était attendu à trouver dans le cerveau, circonstance qui nous avait fait rapprocher ce fait de quelques autres analogues. Quant à telle autre lésion du cerveau qui pût expliquer les phénomènes pathologiques observés chez cette femme, nous nous sommes borné à dire qu'il n'en existait point d'une manière appréciable, autant qu'un examen rapide et un peu superficiel permettait de l'affirmer.

M. de Beauvais, chef de clinique du service de M. Rostan, après un examen minutieux, a constaté l'existence d'une altération de la substance cérébrale, qui change à certains égards la signification de ce fait. Nous nous rendons avec empressement au désir de cet honorable confrère, en insérant la rectification qu'il nous a adressée; nous le faisons d'autant plus volontiers que cela nous donne l'occasion de publier dans tous ses détails un fait très intéressant et dont nous n'avions pu indiquer que les traits les plus saillants. Nous reproduisons textuellement l'observation rédigée par M. de Beauvais et la note qui la précède.

« A l'heure où tout est mis en question, où les principes de l'organicisme le plus sage et le plus rationnel sont vivement controversés, il nous paraît important de rendre à l'observation suivante toute sa valeur anatomo-pathologique. Ceci fait, liberté pleine et entière aux interprétateurs d'en tirer le parti et les déductions qu'ils jugeront convenables, et surtout en harmonie avec leurs idées spéculatives.

OBS. Le 5 mars 1855, vers dix heures du matin, on apporte à la salle St-Antoine, n° 9, une femme de quarante et un ans, frappée d'une hémiplégie de tout le côté gauche du corps depuis quelques heures. La malade nous donne elle-même les renseignements suivants :

Accouchée depuis quinze jours, elle avait repris ses occupations de couturière après une semaine de convalescence; elle ne nourrissait pas son enfant, et avait recouvré la plénitude de sa santé habituelle.

Le 5 mars, vers six heures du matin, elle fut tout à coup prise dans son lit d'une céphalalgie violente. Elle voulut se lever, mais à peine debout un étourdissement survint; elle tombe sur le parquet et perd connaissance. Un médecin, appelé aussitôt, pratique immédiatement une large saignée, et fait conduire la malade à l'Hôtel-Dieu.

Voici les phénomènes qu'elle nous présente à son arrivée :

Décubitus dorsal, immobilité complète et résolution de tout le côté gauche du corps. La motilité est abolie, la sensibilité persiste. La face est rouge et peu déviée. L'intelligence est nette. Une certaine exaltation se traduit par un regard très mobile; les pupilles sont égales. La céphalalgie ne consiste plus qu'en une sensation de lourdeur de tête. La parole, supprimée tout d'abord, est revenue, mais la malade se plaint d'une certaine roideur dans les muscles masséters, et d'un peu d'embarras dans la langue, qui augmente par moments; la parole est saccadée, brusque. Cette femme agite d'une façon étrange, nerveuse, le bras droit, pour se faire plus facilement comprendre, et indique qu'au besoin elle pourrait écrire. La peau est modérément chaude. Le pouls donne 68 pulsations; il est régulier, assez développé. La respiration est régulière.

A la visite du soir, le trismus est augmenté, la parole impossible; cependant l'intelligence est conservée, et la malade agite encore plus impatiemment le bras droit, cherchant à répondre par gestes avec une certaine brusquerie et même de l'exaltation. — Vingt sangsues aux oreilles ont été appliquées; un lavement purgatif est prescrit; sinapismes.

Le 6, au matin, M. Rostan trouve la malade dans le même état qu'hier soir, mais aggravé. L'intelligence est presque nulle; l'agitation a cessé; impossibilité d'ouvrir complétement la bouche; paralysie de la vessie. Les caractères de l'hémiplégie sont toujours très nettement accusés. — Révulsifs aux extrémités, réfrigérants sur la tête.

Le soir, nous trouvons la malade avec le visage très rouge, la langue hors de la bouche, pressée entre les arcades dentaires, qui s'impriment sur elle. Les yeux sont fixes et entr'ouverts. Abolition complète de l'intelligence et des sens. Pas de distorsion des traits. Au moment de pratiquer une saignée, qui s'écoule largement, je constate une contracture violente du bras droit et du membre inférieur correspondant. Je suis obligé de fixer solidement sous mon aisselle le bras, qui se convulse et se tord énergiquement sous mes doigts. La respiration est bruyante et un peu accélérée; la peau est chaude; le pouls s'élève de 72 à 76 pulsations. Je rentre avec une cuiller la langue entre les arcades dentaires. Les phénomènes de contracture semblent céder un peu sous l'influence de la saignée.

Le 7 au matin, résolution complète des deux côtés du corps. Cessation du trismus; la bouche est entr'ouverte; la salive s'écoule des lèvres, qui présentent, ainsi que les pommettes, une teinte livide. Les yeux sont fermés; la respiration est stertoreuse; le pouls accéléré; la peau visqueuse. Selles et urines involontaires. Cette agonie se prolonge jusqu'à quatre heures du soir.

Le diagnostic porté par M. le professeur Rostan et par moi fut : hémorrhagie cérébrale forte de l'hémisphère droit ayant fait irruption dans les ventricules et comprimant l'hémisphère sain.

Autopsie, 36 heures après la mort. — *Thorax.* — Adhérences anciennes, internes du poumon droit avec les côtes supérieures. La portion correspondante du parenchyme est gorgée d'un sang noir. Quant au reste, la surface des deux poumons offre un aspect moucheté, bleuâtre.

(Le cœur est hypertrophié, et présente des lésions intéressantes à étudier. Mais l'intérêt de ces lésions étant étranger au fait qui nous occupe, nous en supprimons les détails, qui devront trouver place ailleurs, pour passer immédiatement à l'examen du crâne.)

Crâne et cerveau. — Les téguments et les os du crâne ne présentent rien de particulier.

Pas d'épanchement sous-méningien.

L'arachnoïde est moins translucide, plus épaisse, de couleur opaline. La pie-mère est fortement congestionnée. La substance grise, qui est très injectée, tranche nettement sur la substance blanche. Celle-ci est poisseuse au toucher.

Découpé du sommet à la base par tranches assez fortes, et examiné rapidement, le cerveau semble n'offrir aucune lésion ni dans son centre, ni dans les ventricules, ni à la base.

Cette absence de lésions en face de phénomènes si accusés et si violents pendant la vie frappa vivement M. Rostan, qui prononça dans sa leçon clinique, sous toutes réserves, le mot d'apoplexie nerveuse liée à un état puerpéral. Mais en nous quittant, il nous dit avec instance. Cherchez bien, cherchez encore. C'est ce que je fis.

En dépliant alors avec soin les circonvolutions cérébrales, je trouvai vers la partie moyenne et latérale du tiers antérieur de l'hémisphère droit, sous une portion rouge, injectée des méninges, dans toute la profondeur et l'étendue d'une anfractuosité, une altération notable de la substance grise correspondante, qui présente une teinte rouge vineux avec un pointillé sanguin irrégulier. De petites lignes sinueuses rougeâtres circonscrivent cette portion de substance grise ramollie à ce point qu'elle s'enlève sous la simple pression de l'ongle sous forme de bouillie colorée. La substance blanche sous-jacente a perdu un peu de sa consistance; mais cette espèce de ramollissement s'étend plus en surface qu'en profondeur, et semble affecter la substance grise particulièrement.

Les circonvolutions voisines sont normalement consistantes, comme le reste du cerveau; elles sont rapprochées d'une façon plus intime par l'arachnoïde un peu épaissie et par les vaisseaux légèrement hypertrophiés de la pie-mère.

CONCLUSION. — La lésion précédente était si nette et si tranchée que je la fis constater avec empressement aux élèves restés après la leçon, et n'hésitai pas publiquement à lui rapporter les accidents apoplectiformes qui s'étaient passés pendant la vie.

Quel rapport de causalité y avait-il entre l'état puerpéral, la

BIBLIOGRAPHIE.

Chirurgie de Paul d'Egine, texte grec restitué et collationné sur tous les manuscrits de la Bibliothèque impériale, accompagnée des variantes de ces manuscrits et de celles des deux éditions de Venise et de Bâle, avec traduction française en regard, précédée d'une introduction sur la vie et les écrits de Paul d'Egine, par M. le docteur René BRIAU (1).

L'exemple donné par M. Littré dans la publication de sa magnifique édition des *Œuvres d'Hippocrate* n'a pas tardé à trouver des imitateurs : hier c'était Oribase dont nous examinions les deux premiers volumes, aujourd'hui nous sommes appelé à rendre compte de la *Chirurgie de Paul d'Egine*.

Avant d'aller plus loin, nous devons dire à nos lecteurs que M. René Briau n'a pas publié une traduction des œuvres complètes de Paul d'Egine, qu'il n'a pas même publié toute la chirurgie telle que nous la comprenons aujourd'hui : le savant helléniste ne nous a donné que le livre sixième de l'auteur grec.

A la vérité, ce livre était sans contredit le plus important pour le chirurgien; il renferme la description de tous les procédés opératoires connus à l'époque où l'auteur écrivait. Mais dans une autre partie de son ouvrage, l'auteur grec consacre à la chirurgie de longs chapitres fort importants : ainsi dans le livre III, chapitres 23, 24, 25, il traite des maladies des yeux, des oreilles et du nez; au chapitre 45, il est question des calculs et des maladies de la vessie; aux chapitres 53 et suivants, il décrit les maladies du testicule et de ses enveloppes, celles de l'utérus, les hernies, le panaris. Le livre IV n'est pas moins important pour le chirurgien : l'inflammation et les abcès, la gangrène, le furoncle, les ulcères, etc., y sont décrits dans les chapitres 17, 18, 19, 23, 25, etc. Enfin, dans le livre V, où Paul d'Egine décrit les poisons et leur action sur l'économie, on trouve la description des plaies par morsure, des plaies empoisonnées et envenimées.

On ne peut se dissimuler que les chapitres que nous venons de signaler ne soient pour la plupart du plus haut intérêt. Mais il nous semble qu'il n'y avait pas possibilité de donner une traduction particulière de ces chapitres. D'abord, en les isolant, on aurait détruit la physionomie toute particulière des œuvres de Paul d'Egine, et cet isolement n'eût pas été possible, car ces chapitres se trouvent liés à d'autres où il n'est question que de médecine; souvent même ils sont très courts et sont pour ainsi dire les corollaires de ceux qui les précèdent. Il est encore une remarque importante, c'est que, dans les livres III, IV, V, il est bien question d'affections que nous considérons aujourd'hui comme chirurgicales, mais qui pour les anciens étaient du domaine de la médecine. Ces affections n'étaient traitées que par des préparations pharmaceutiques, et, dans les cas où les ressources de la thérapeutique étaient impuissantes, on avait recours à la chirurgie. Ainsi, par exemple, dans le huitième paragraphe du chapitre 22 du livre III, Paul d'Egine décrit le renversement des paupières et termine ainsi : Si les remèdes ne peuvent conduire à la guérison, *on a recours à la chirurgie*. Eh bien! dans les chapitres 10 et 12 du livre VI, on trouve la *lagophthalmie* ou le renversement en dehors de la paupière supérieure, et l'*ectropion*, c'est-à-dire le renversement en dehors de la paupière inférieure, et là on peut lire deux longs paragraphes où se trouvent décrits les procédés opératoires conseillés pour la guérison de cette difformité si rebelle qu'à peine si de nos jours on est arrivé à pouvoir en triompher.

Voyons maintenant quel est le but que s'est proposé M. Briau dans la publication de son travail, et comment il s'est acquitté de sa tâche.

M. Briau a voulu publier la chirurgie de Paul d'Egine, mais telle que l'entendait l'auteur grec, et non telle que nous la comprenons de nos jours. Ceci étant bien établi, voyons ce que renferme ce sixième livre. On y trouve l'histoire de toutes les affections qui pouvaient être guéries par la chirurgie, c'est-à-dire à l'aide de la main, soit par l'instrument tranchant, soit par la cautérisation, soit par l'application d'appareils. La plus grande partie de l'ouvrage porte sur la description des procédés opératoires. L'étiologie, la symptomatologie, etc., sont trop souvent sacrifiées. Cependant il est quelques maladies sur lesquelles l'auteur s'est arrêté davantage. Citons quelques exemples :

Pour la cataracte, il cherche, d'après Galien, à en diagnostiquer les diverses espèces. Comme nous, il y arrive par la dilatation de la pupille; mais comme il ne connaît pas les fonctions de ce diaphragme mobile, il suppose que la cataracte paraît plus étendue lorsqu'on a exercé une certaine pression sur l'œil; qu'il y a une certaine diffusion, et que la cataracte revient bientôt de nouveau dans sa forme et dans sa grosseur propres. Cependant à l'aide de la pression exercée sur le globe de l'œil il sait quelles sont les cataractes molles, les cataractes dures; il détermine le moment qu'il faut choisir pour faire l'opération. La description de la maladie décrite encore dans nos livres sous le nom de ganglion est assez complète; de plus, Paul d'Egine a bien compris le

(1) Librairie de Victor Masson, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

maladie organique si avancée du cœur et cette forme particulière de ramollissement aigu, cette espèce d'apoplexie capillaire? C'est ce que je laisse à déterminer aux pathologistes spéciaux, et plus compétents que moi en pareille matière.

Quoi qu'il en soit, j'ai cru intéressant de signaler ce fait à l'attention des observateurs, et de recommander un examen minutieux des circonvolutions cérébrales et de leurs anfractuosités en semblable circonstance, afin de ne pas admettre trop rapidement des apoplexies nerveuses dont l'existence, sans être absolument repoussée des cadres nosologiques, est encore pour la généralité des auteurs un sujet de doutes et de réserves légitimement motivés.

Accouchement prématuré artificiel par les douches utérines, dans un cas de rétrécissement extrême du bassin. — Nouvel appareil à irrigations.

M. le professeur Paul Dubois a fait récemment, dans son service de la Clinique, une nouvelle application du procédé de provocation de l'accouchement prématuré à l'aide des douches utérines, dans un cas de rétrécissement du bassin qui eût rendu impossible l'accouchement à terme par les voies naturelles.

Il s'agit d'une femme de vingt-cinq ans, rachitique, d'une très petite stature, qui a déjà subi plusieurs opérations, et notamment celle dont il est question ici. Cette femme, dont les lecteurs de la *Gazette* ont été entretenus déjà plusieurs fois, s'est présentée à la Clinique le 12 avril dernier, enceinte pour la cinquième fois. Son premier accouchement a eu lieu à terme après un travail très long, qui ne put être terminé que par la perforation du crâne et l'application du céphalotribe. A la deuxième grossesse, M. P. Dubois a pratiqué l'accouchement prématuré à peu près au milieu du huitième mois, au moyen de l'éponge préparée. A la troisième et à la quatrième grossesse, l'accouchement a également été provoqué à sept mois et demi environ, par les douches utérines. C'est donc la troisième fois que ce procédé est mis en usage chez elle. La première fois, le travail a eu lieu après trois douches administrées en quarante-huit heures, et l'accouchement cinq heures après le début du travail. La deuxième fois, le travail n'a commencé qu'après la neuvième douche. Les deux fois les efforts de la nature ont été insuffisants pour expulser l'enfant. La première fois il fallut en faire l'extraction par les pieds, qui se présentaient à l'orifice. La seconde fois, la tête n'ayant été qu'incomplétement engagée après de fortes et fréquentes contractions excitées par la douche, il fallut recourir au forceps. La première fois, l'enfant vint dans un état d'asphyxie dont on ne put le tirer après vingt minutes d'insufflation. La deuxième fois, l'enfant avait cessé de vivre.

Quant à la dernière application du procédé de la douche, voici quels en ont été les résultats :

N'ayant pu assister qu'à la première séance, nous empruntons les détails qui suivent à la relation très précise et très bien faite que M. le docteur H. Blot, chef de clinique du service d'accouchements, vient de publier dans la *Gazette hebdomadaire*.

A défaut de renseignements précis fournis par la femme, toutes les présomptions, au moment où M. Dubois se décida à pratiquer l'accouchement, sont pour une grossesse de sept mois. On constate alors que l'orifice du col est assez largement ouvert pour que le doigt le traverse sans peine. Après un court trajet, le doigt arrive sur les membranes intactes, à travers lesquelles il sent distinctement une petite tête mobile, que la moindre pression fait fuir sous le doigt. Le fœtus est très mobile, et le palper abdominal fait présumer l'existence d'une assez grande quantité de liquide amniotique, double circonstance qui rend difficile la fixation de la tête du fœtus sur le détroit supérieur par la main placée sur la région hypogastrique.

Le maximum des battements du cœur fœtal s'entend en avant, à gauche et presque au niveau de l'ombilic.

La première douche est pratiquée par M. P. Dubois lui-même, le 14 avril, à l'amphithéâtre, et en présence des élèves et des médecins qui assistent à sa clinique. L'action de la douche est portée sur le pourtour du col et sur les lèvres pendant *dix minutes*. Durant ce laps de temps, M. Blot maintient les mains appliquées sur l'abdomen, et tâche de fixer, autant que possible, le fœtus dans la position qu'il occupe. La femme éprouve une sensation douloureuse du côté droit du ventre pendant quelques secondes, au milieu de l'opération, mais pas de contractions utérines.

Le même jour, à cinq heures et demie du soir, cinq petites douleurs depuis le matin. Pas de changement notable dans l'état du col. Au lieu de la tête de l'enfant, c'est une fesse et de petits membres mobiles que l'on sent à travers les membranes. — *Deuxième douche* de même durée que la première. Point de contractions pendant l'opération; même sensation douloureuse que le matin. (Le jet du liquide a été dirigé pendant presque tout le temps sur les lèvres et le pourtour du col, et seulement de temps en temps vers le centre de l'orifice.)

Le 15, deux douleurs seulement depuis hier. Le col est plus ouvert. C'est la tête qui se présente. — *Troisième douche* de dix heures et demie à dix heures trois quarts. Rien de particulier pendant l'opération, si ce n'est quelques mouvements de l'enfant et des douleurs lombaires accusées par la mère. — *Quatrième douche* de cinq heures trois quarts à six heures. Trois contractions assez fortes pendant la douche même. A partir de ce moment les contractions se renouvellent à peu près tous les quarts d'heure.

Le 16, les douleurs ont été très fréquentes dans la nuit. Le matin, elles continuent. La dilatation est presque complète; mais les bords de l'orifice conservent encore un peu d'épaisseur. A neuf heures et demie, *cinquième douche* d'un quart d'heure comme les précédentes. Douleurs fréquentes et très vives pendant la douche.

La dilatation étant complète, M. Blot, sur l'avis de M. P. Dubois, rompt les membranes (il était neuf heures trois quarts) avec la précaution de laisser écouler peu de liquide à la fois. La tête s'applique sur l'orifice et le ferme complétement.

De dix heures du matin à huit heures du soir, les douleurs deviennent extrêmement vives. A cinq heures, la tête est engagée dans l'excavation. A cinq heures trois quarts, M. Dubois fait une première application de forceps sans résultat. A huit heures et demie, la tête est un peu plus engagée, mais elle n'a pas encore franchi le détroit supérieur. On n'entend plus les battements du cœur du fœtus. Sur les supplications de la malade, qui demande à grands cris à être délivrée, M. Dubois fait une deuxième application du forceps; mais, quelques fortes tractions étant encore insuffisantes pour amener la tête, le forceps est laissé en place et le perce-crâne est introduit dans l'intervalle des cuillers. Des tractions modérées parviennent alors à engager la tête dans l'excavation et à lui faire franchir la vulve. Délivrance naturelle.

L'enfant, plus développé que ne le sont habituellement les enfants de sept mois, pesait 2,000 grammes (sans le cerveau). Les dimensions des principaux diamètres de la tête étaient :

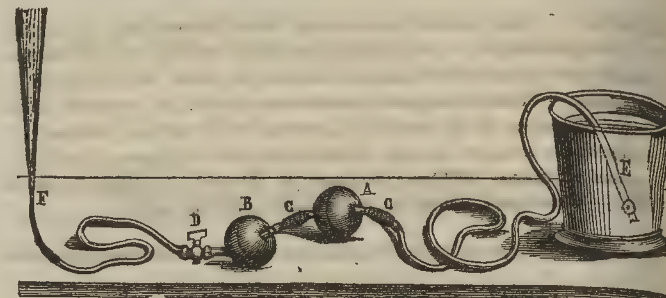
Occipito-frontal.	0,115.
— mentonnier.	0,130.
Bi-pariétal.	0,075.
Sous-occipito-bregmatique. . .	0,115.

Quant à la mère, après quelques accidents de suites de couches sans gravité, elle est sortie de l'hôpital le cinquième jour.

Un mot maintenant sur l'appareil à l'aide duquel cette opération a été pratiquée. Dans les opérations précédentes, M. P. Dubois s'était servi de l'appareil conseillé par l'auteur du procédé lui-même, Kiwisch, que nous avons décrit dans le temps, ou de l'appareil Eguisier. Soit le volume et la difficulté de transport de ces appareils, soit l'élévation de leur prix, avait fait désirer à M. P. Dubois qu'on pût en avoir un plus simple, plus portatif et d'un prix moindre. Dans le but de réaliser ces diverses conditions, M. Mathieu a construit celui qu'il a présenté à l'Académie de médecine dans la dernière séance, et dont M. Dubois s'est servi pour l'opération que nous venons de décrire.

Voici en quoi il consiste :

Un tube en caoutchouc vulcanisé sur le trajet duquel se trouvent deux ampoules A et B, de la grosseur du poing. En avant de l'ampoule A existe une soupape G contenue dans un ajutage de corne; entre les deux ampoules se trouve une autre soupape s'ouvrant de A en B. Des deux extrémités du tube, l'une, E, munie d'un plongeur d'étain, est placée dans le vase; l'autre, F, terminée par une canule, est destinée à être portée dans le vagin. D est un robinet placé au delà de l'ampoule B, afin d'intercepter à volonté et instantanément le cours du liquide dans l'appareil. Pour le faire fonctionner, on plonge l'extrémité E dans le vase contenant le liquide; puis le robinet D étant ouvert, on comprime l'ampoule A,



qui reprend sa forme primitive par sa propre élasticité. De cette façon on fait le vide dans la portion de l'instrument comprise entre la soupape C et l'extrémité E; ce vide est immédiatement comblé par le liquide qui s'y précipite. On répète la même manœuvre autant que cela est nécessaire, et bientôt toute la portion E C du tube est remplie d'eau. Les pressions étant continuées sur l'ampoule A, le liquide qu'elle contient est chassé dans l'ampoule B; une nouvelle quantité de liquide est appelée dans la portion E C. Le liquide jaillit bientôt par la canule. Il suffit de continuer les pressions alternatives sur l'ampoule A pour que l'appareil continue de fonctionner.

Tumeur lacrymale précédemment opérée par le procédé de la canule. — Extraction de la canule. — Trépanation de l'os unguis. — Guérison.

Une dame H..., âgée de trente-deux ans, d'une bonne constitution, entre à la Maison de santé, dans le service de M. Monod, le 19 avril dernier pour une tumeur lacrymale du côté droit dont elle est affectée depuis plusieurs années.

Une première opération avec introduction de la canule de Dupuytren, pratiquée à la fin de 1853 dans le but de rétablir le cours des larmes, n'ayant donné qu'un résultat peu satisfaisant d'abord, résultat qui devint nul au bout de peu de temps, Mme H... vint à Paris demander d'un autre procédé opératoire ce qu'elle n'avait obtenu du premier.

A son arrivée, on constate l'état suivant :

Tumeur rouge d'un petit volume occupant l'angle interne de l'œil droit et dessinant parfaitement le sac lacrymal dilaté; épiphora notable; siccité de la narine correspondante; odorat intact; aucune altération des bords libres et des glandes des paupières; eczéma léger sur la tumeur.

Après quelques jours de repos, c'est-à-dire le 22 avril, en présence de M. Monod, M. Demarquay enlève la canule placée lors de la première opération; puis il procède immédiatement, à l'aide du perforateur de Reybard modifié par lui, à la trépanation de l'unguis. Plusieurs applications de cet instrument furent faites dans cette séance.

Le premier temps de l'opération consista à pratiquer une sorte de fenêtre ou canal artificiel rétablissant la communication entre le sac lacrymal et la fosse nasale; un disque osseux de la largeur d'une lentille fut détaché de l'unguis dans ce premier temps.

---

danger qu'il y avait à couper cette petite tumeur lorsqu'elle siége aux extrémités. Malgré l'exactitude de ces descriptions, on conçoit qu'elles sont encore bien imparfaites. Mais nous devons dire que l'on rencontre dans cet ouvrage un grand nombre de documents très précieux, non-seulement pour l'histoire de l'art chirurgical, mais encore comme indications de procédés opératoires dont il faut tenir grand compte.

La publication d'un semblable travail était donc un service à rendre aux chirurgiens; elle devait permettre l'étude facile d'un auteur beaucoup trop négligé à cause de la rareté des éditions, et surtout, il faut le dire, parce qu'il fallait traduire encore des traductions latines souvent imparfaites.

La tâche que M. Briau a entreprise était difficile; à un savoir profond, il lui fallait joindre une patience à toute épreuve, car, comme il le dit dans sa préface : « La Bibliothèque impériale est riche en manuscrits de notre auteur. Dix-neuf d'entre eux, écrits à différentes époques et contenant la chirurgie, furent mis successivement sous mes yeux. et les différences que je constatai dès les premiers mots furent assez nombreuses et assez importantes pour me faire comprendre l'impossibilité de suivre le plan que je m'étais tracé; et il me fut démontré que je n'avais pas en réalité de texte suffisant pour faire une traduction suffisante. Je l'avoue, en présence d'un semblable embarras, ma bonne volonté fut prise de défaillance, et je fus sur le point de renoncer à mon travail. » Mais, heureusement pour nous, M. Briau ne s'est pas laissé décourager par ces difficultés très grandes : il a collationné tous les manuscrits de la Bibliothèque impériale; il les a comparés aux éditions de Bâle et de Venise, et il a pu par ses soins et ses recherches rendre au texte grec toute sa pureté, il a pu rendre intelligibles des phrases jusqu'alors obscures et quelquefois dépourvues de sens. Si on jette un coup d'œil sur les nombreuses variantes que M. Briau a consignées en note au bas de chaque page, on voit que souvent le texte grec de certains manuscrits était complétement inintelligible, que d'autres fois le sens se trouvait entièrement altéré. Si dans le premier cas il était facile de rendre au texte sa pureté primitive à l'aide de leçons plus correctes, dans d'autres il fallait être réellement helléniste et chirurgien pour choisir entre deux textes qui tous deux pouvaient être traduits en français, mais qui présentaient deux sens différents; M. Briau s'est tiré fort heureusement de ces difficultés, qui auraient été insurmontables pour tout autre.

Nous ne possédons certainement pas assez bien la langue grecque pour porter un jugement sérieux sur le mérite de la leçon adoptée par M. Briau. Aussi nous avons eu recours à l'obligeance de notre ami M. Estiene, agrégé de l'Université, helléniste aussi distingué que modeste, qui a bien voulu examiner avec nous l'œuvre de M. Briau, et, fort de l'appui qu'il nous a prêté, nous n'hésitons pas à le dire, M. Briau a fait preuve dans sa publication d'un profond savoir; il nous a donné une traduction exacte et en même temps extrêmement correcte et souvent même élégante.

Cette publication est donc une œuvre capitale pour la chirurgie, elle nous donne à la fois un texte pur et une traduction fidèle; aussi les travaux de Paul d'Egine, qui malheureusement étaient peu connus, deviendront pour ainsi dire classiques.

Mais la publication de ce sixième livre met pour ainsi dire M. Briau dans l'obligation de continuer son travail. A la vérité, il nous promet bien le quatrième et le cinquième; mais il eût été préférable pour nous d'avoir l'espérance de la publication des œuvres complètes. Quoi qu'il en soit, si M. Briau ne se décide qu'à traduire seulement une partie des œuvres de Paul, et si notre avis peut avoir quelque influence sur sa détermination, nous pensons que la publication du livre IIIe, au lieu du livre V^e, pourrait avoir plus d'importance au point de vue chirurgical.

Dans une introduction faite avec le plus grand soin, M. Briau a recueilli des documents précieux sur la vie et les ouvrages de Paul d'Egine. On a déjà apprécié ce travail comme il le méritait; nous ne croyons donc pas devoir y insister.

Encore un mot; qu'il me soit permis de faire mes félicitations sincères à M. L. Martinet, pour la remarquable exécution typographique de cet ouvrage, et à M. Victor Masson, qui, en publiant un livre utile, a permis à un savant jusqu'à ce jour à peu près inconnu de se placer au premier rang.

Dr A. JAMAIN.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. DECQ;
A Genève, à la librairie de JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Considérations pratiques sur les vices de conformation du bassin. Leçons et observations recueillies à la clinique de M. le professeur Paul Dubois, par M. Jules ROUVER. — Chez Leclerc, libraire, rue de l'École-de-Médecine, 14. Prix : 1 fr. 25 c.; et par la poste, 1 fr. 50 c.

Dans le second temps, le même instrument, mais à extrémité mousse et d'un calibre supérieur, fut porté sur les bords de l'ouverture faite avec le perforateur dans le but d'en agrandir la circonférence, en découpant des parcelles d'os et de membrane muqueuse, et se servant comme d'un point central de la communication établie dans le premier temps de l'opération. Trois ou quatre applications de l'instrument suffirent pour creuser un large canal sur les points oblitérés.

L'opération fut terminée par l'introduction d'un cône d'éponge préparée dans l'ouverture faite au sac et dans le conduit de nouvelle formation; des compresses trempées dans l'eau froide et appliquées sur les parties constituèrent tout le pansement. La journée fut bonne, pas de fièvre, sommeil la nuit, pas de douleur, à peine du gonflement.

Le lendemain, les parties sont légèrement tuméfiées; le cône d'éponge est retiré et remplacé par un autre d'un volume un peu supérieur; même pansement que la veille. La malade se trouve si peu indisposée qu'elle sort pour se promener.

Le surlendemain, un troisième cône d'éponge préparée est encore introduit; le gonflement est à peine appréciable.

Le 25, la malade fait passer difficilement l'air de la fosse nasale dans le sac. M. Demarquay introduit de nouveau l'instrument précédemment employé et enlève des lambeaux de muqueuse avec quelques parcelles d'os qui tendaient à obturer l'ouverture nasale. Trois applications suffirent pour établir parfaitement la communication entre les deux ouvertures. Un clou en caoutchouc, de la longueur du canal et de la grosseur de la couronne du trépan, est introduit par le sac et laissé à demeure. Chaque matin ce clou est retiré pour s'assurer de l'état du nouveau canal; chaque jour cet état est de plus en plus satisfaisant.

Enfin, le 30 avril, un dernier examen fait constater qu'une large communication est définitivement établie entre le sac lacrymal et la narine correspondante. Les parties sont abandonnées à elles-mêmes. A partir de ce jour, la plaie faite au sac s'est cicatrisée; tout gonflement a disparu; il ne reste qu'un peu de rougeur.

Le 5 mai, une injection est poussée par le point lacrymal inférieur avec la seringue d'Anel. Le liquide coule dans la narine, et tombe dans la gorge.

Le 8, une seconde expérience donne le même résultat. C'est à peine s'il reste une légère trace de l'opération. Mme H... sort de la maison, après avis de MM. Monod et Demarquay, se regardant comme définitivement guérie.

Encéphalocèle occupant un siége insolite et pris pour une tumeur érectile.

Dans une de ses dernières leçons, M. le professeur Paul Dubois a présenté aux élèves de sa clinique d'accouchements une pièce pathologique intéressante, recueillie dans son service de la Maternité. Voici les détails qu'il a donnés à ce sujet :

Un enfant né de la veille lui fut présenté, portant à la racine du nez une petite tumeur. Cette tumeur offrait les caractères suivants: elle était de forme conoïde, molle, de couleur violette; la pression n'y déterminait de douleurs que quand elle était exercée avec force. Cette saillie présentait les caractères des tumeurs érectiles, et M. Dubois pensa que c'était une tumeur de ce genre qu'il avait sous les yeux. Il songea alors à employer un traitement, et il résolut de déposer du vaccin dans la tumeur au moyen de lancettes, méthode qui a déjà été employée et a fourni des résultats satisfaisants. Cette petite opération fut faite, et fit diminuer la saillie formée par la tumeur, mais sans la faire disparaître. La santé de l'enfant commença à décliner; les pressions exercées sur la tumeur déterminaient des convulsions, et l'état de l'enfant empirant, il succomba.

A l'autopsie, on trouva un écartement des os du nez; une certaine portion de la substance cérébrale recouverte par ses enveloppes faisait issue par la fente qui résultait de cet écartement. En partant de l'extérieur, on rencontrait les couches suivantes : la peau épaissie et plus vasculaire, une couche formée par la dure-mère, puis le feuillet pariétal de l'arachnoïde, le feuillet viscéral, la pie-mère, et enfin la matière cérébrale; il y avait une certaine quantité de sérosité épanchée.

Il s'agissait donc ici d'une hernie du cerveau, d'un encéphalocèle. Cette lésion n'est pas extrêmement rare; mais elle occupait ici une région où elle ne se montre pas habituellement. Ordinairement, les encéphalocèles occupent plutôt la partie postérieure du crâne. Les caractères présentés par la tumeur, et sa situation exceptionnelle, avaient donné lieu à une erreur de diagnostic, et M. Dubois signale ce fait pour prémunir les élèves contre une erreur de ce genre.

Ce fait nous en rappelle un analogue qui se présenta il y a quelques années dans un service de chirurgie. La tumeur occupait dans ce cas l'angle interne de l'orbite. On crut de même qu'il s'agissait d'une tumeur érectile. Un séton fut passé à travers la tumeur, et l'enfant succomba. L'autopsie montra qu'il s'agissait d'un encéphalocèle, occupant encore un point où on le voit rarement.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

ADDITION A LA SÉANCE DU 22 MAI 1855.

Du délire et de la folie. (Suite de la discussion.)

M. Ferrus. Dans votre dernière séance, M. Baillarger a débarrassé avec un incontestable talent la discussion de plusieurs points, entre autres des conséquences que peut avoir le défaut d'attention dans la production des phénomènes irréguliers de l'intelligence, ainsi que de l'automatisme appliqué à la doctrine des rêves. Il a remarqué qu'entre cette phrase de la réponse de M. Bousquet à M. Piorry : « J'ai peine à » voir une lésion matérielle dans une maladie qu'on guérit quelquefois » d'un mot, d'un souffle », et le passage de son dernier travail où il reconnaît que la folie est un dérangement du cerveau, M. Bousquet s'est sensiblement rapproché de la doctrine dont tout d'abord une dissidence fondamentale le séparait.

M. Baillarger a très bien fait voir, d'accord avec M. Moreau, que l'aliénation ne saurait être complétement placée en dehors de l'organisation ni considérée comme une maladie de l'âme. Il a développé de judicieuses considérations sur le traitement moral de l'aliénation et sur la tendance qui a porté à ne voir dans le trouble intellectuel, ou délire maniaque, qu'une erreur qu'il fallait combattre par des raisonnements; il a signalé l'inanité ou la presque inanité curative à laquelle une telle pensée ne pouvait manquer de conduire.

M. Leuret, par l'application du raisonnement, qu'à l'exemple de plusieurs de nos prédécesseurs j'avais inutilement expérimenté moi-même, ne put rien obtenir. Il y substitua l'intimidation de la douche, et crut avoir réussi. Il se trompait; le succès était apparent, non réel. J'ai cité à cette occasion, à l'Académie, deux aliénés: l'un qui se croyait Napoléon II; l'autre qui, soumis à un délire plus bizarre encore, s'imaginait être un alcyon. Tous deux, sous l'influence de la douche, convenaient de leurs erreurs; mais, éloignés de cette cause de docilité et de persuasion, ils retombaient bientôt sous l'empire de leurs convictions délirantes.

En résumé, attaquer de front l'aliénation par l'intimidation ou le raisonnement n'aboutit qu'à des réussites factices ou passagères. Renouer, chez les aliénés, le lien des souvenirs et des émotions antérieures, ainsi que M. Leuret, par une pensée juste et peut-être nouvelle, l'a conseillé dans ses *Fragments sur la folie*, est une voie moins inefficace peut-être, mais encore peu sûre; et il est prudent de ne voir dans une telle pratique qu'une indication isolée réclamant sa place parmi les éléments d'influence et les agents modificateurs.

La meilleure pratique est, comme l'a fort bien exprimé M. Baillarger, de faire appel à l'émotion, de substituer aux idées dominantes un autre courant d'idées, ou plutôt de sentiments. En effet, l'action à exercer pour être profitable doit surtout porter sur les sentiments, non de l'ordre intellectuel, mais de l'ordre affectif, ce qui explique comment des personnes douées de bon sens, et surtout d'une grande bonté, exercent parfois sur les aliénés un ascendant plus salutaire que les praticiens les plus savants, que les logiciens les plus rigoureux, si ceux-ci ne joignent à leur logique et à leur science des procédés habiles et des tendances affectueuses.

Il est bien temps, au reste, d'abandonner, même dans les mots, la fiction du traitement purement moral, et de ramener la thérapeutique de l'aliénation, comme il faut forcément ramener la vie elle-même à l'unité complexe de ses éléments.

Les affections dites mentales ne se guérissent ni d'un mot, ni d'un souffle; et s'il devait être ici question de modes de traitement autres que celui désigné sous le nom de traitement moral, les faits ne manqueraient pas pour établir qu'ils sont loin d'être efficaces.

La thérapeutique de la manie récente, alors surtout qu'elle revêt un caractère plus ou moins aigu, veut une médication active et puissante, et le défaut de ce genre d'application conduit aussi sûrement cette forme mentale à la démence qu'une méthode ultra-débilitante le pourrait faire. A son tour, la démence exige qu'on s'oppose médicalement à ses progrès; et l'idiotisme lui-même nécessite impérieusement l'action de tous les moyens propres à modifier favorablement la constitution.

Les raisonnements sont impuissants, mais l'émotion peut beaucoup, comme vous l'a dit M. Baillarger. Il en est de même de la diversion que Cicéron préconisait pour la cure des maladies de l'âme. Plus efficaces encore sont les travaux corporels, surtout les travaux agricoles, qui développent les puissances musculaires, régularisent l'innervation et tempèrent l'irritabilité nerveuse par l'action tonique et sédative d'un air pur.

Ce dernier genre d'occupations, tout à la fois physique par sa nature et moral par sa réaction, fortifie le corps de l'aliéné, corps bien plus épuisé, débile même qu'on ne le croit généralement; il ramène, chez les agités, la quiétude de l'esprit. En outre, si le maniaque, ce que je ne saurais admettre (ne voulant pas confondre un phénomène encore physiologique avec un état pathologique), n'était, comme le pense M. Moreau et comme semble le croire M. Bousquet, qu'une sorte de rêveur éveillé, le travail manuel à l'air libre et dans les champs aurait encore plus de chances curatives que les autres moyens d'action, en lui procurant un sommeil complet.

Après avoir signalé plusieurs contradictions dans le rapport de M. Bousquet, telles, par exemple, que celle de considérer comme frappée à l'avance de stérilité la marche progressive de la science, après avoir fait un éloge (mérité d'ailleurs) des services rendus à la science par M. Bayle, M. Ferrus déclare ne pouvoir accepter les termes de ce rapport, alors même que M. Bousquet n'eût pas ajouté à ces premiers motifs une autre raison, en repoussant l'expression de délire et en s'efforçant de réhabiliter celle de folie.

Faire entrer définitivement le mot *délire* dans le vocabulaire de l'aliénation, dit M. Ferrus, c'était caractériser un grand fait et consacrer un grand principe; car, en se servant de cette même expression pour le délire des maladies ordinaires comme pour le délire maniaque, tout en les distinguant l'un de l'autre par les épithètes de délire aigu ou chronique, de délire fébrile ou apyrétique, on arrivait à établir un rapprochement de nature et de siége qui donnait à l'aliénation le caractère pathologique qu'il est impossible de lui refuser, tandis que la folie, au contraire, sous-entendait une maladie sans matière, une pure affection de l'esprit.

Cette substitution dans les mots marquait une transition dans les idées et dans le progrès; elle était donc nécessaire et motivée.

Nous regrettons d'autant plus, ajoute M. Ferrus, que M. Bousquet se soit déclaré contre cette dernière, qu'il ne prêche point, tant s'en faut, l'immobilité et qu'il ne blâme pas la hardiesse.

« En logeant l'âme, dit-il, dans la glande pinéale, Descartes provoqua plus de recherches sur le cerveau qu'il n'en avait été fait depuis » Hippocrate. »

Sans contester l'assertion, qu'il nous soit permis de remarquer que, si la médecine a des grâces à rendre à Descartes, c'est beaucoup moins pour la doctrine qu'il a établie (pure hypothèse basée sur les notions anatomiques et physiologiques les plus incomplètes et même les plus défectueuses) que pour avoir osé au commencement du dix-septième siècle identifier le principe dit immatériel à l'organisation en lui donnant la glande pinéale pour siége et les esprits animaux pour instigateurs. C'est encore d'avoir exprimé l'opinion assurément très remarquable qui l'a suivie : « L'esprit, disait-il, dépend si fort du tempérament et de la disposition des organes du corps que, s'il est possible de trouver quelque moyen qui rende communément les hommes plus sages et plus habiles, je crois que c'est dans la médecine qu'on doit le chercher. »

Cette fusion dans l'organisme animé du double principe de la vie, Descartes au reste ne l'avait pas seul ou pressentie ou admise.

Platon disait : « L'âme, c'est l'homme. »

Aristote identifiait si étroitement les deux principes que, poussant le doute philosophique à ses dernières bornes, il n'osait bien positivement affirmer que l'un survécût à l'autre.

Tertullien, prêtre hérésiarque, il est vrai, mais docteur en théologie, faisait l'âme corporelle.

Et Leibnitz, ce grand génie, la répandant dans le corps humain tout entier, mettait dans la moindre particule de matière tout un monde de créatures.

Parlant des éléments qui font la vie, Montaigne à son tour affirmait qu'il n'est pas possible de les désunir et qu'il n'en faut pas faire deux.

Ces idées sont les nôtres; nous pensons que, s'il existe dans la nature humaine deux principes, le Créateur les a formés réunis; qu'en donnant l'existence à l'homme et la faculté de le perpétuer, il les a si intimement fondus, ces principes, l'un dans l'autre que nous pouvons y voir, comme médecin et physiologiste, un tout absolument indivisible.

A nos yeux, cette loi d'identification doit être la base rationnelle du traitement de l'aliénation, car partout nous en retrouvons dans l'organisation les témoignages. Seule elle explique tous les phénomènes, dissipe les obscurités, guide et sauvegarde les applications, si bien que non-seulement nous dirons avec Montaigne que les deux principes ne font qu'un, mais qu'en réalité ils ne sont qu'un pendant la vie.

— La parole est à M. Piorry.

M. Piorry. La discussion générale qui a eu lieu récemment serait sans résultat si elle n'était pas débattue dans les cas d'application.

Des considérations d'ensemble sur la science ne peuvent être reconnues justes que si elles s'accordent avec les cas particuliers. Il faudra donc souvent revenir sur les vues de pathologie qui ont été précédemment exposées, et à l'occasion du rapport de M. Bousquet sur le remarquable mémoire de M. le docteur Moreau, je crois être dans l'obligation de le faire.

M. Bousquet reproche à M. Moreau de confondre le délire et la folie. Il veut qu'on sépare absolument le délire de la folie. Les raisons sur lesquelles il se fonde pour établir cette séparation si tranchée pour lui sont les suivantes : le délire est passager, de peu de durée, tandis que la folie persiste quelquefois toute la vie. Mais, d'une part, la durée n'est pas un caractère propre à distinguer deux affections. On observe que certains délires avec fièvre persistent pendant dix, quinze, vingt jours et même plus, tandis qu'il est des délires sans fièvre, et qui sembleraient devoir être considérés comme des folies, qui se passent en moins d'un septénaire.

Si les troubles dans la raison avec fièvre ont en général peu de durée, c'est qu'ils sont les symptômes d'états anatomiques susceptibles de disparaître en un temps assez court ou de se terminer promptement par la mort; au contraire, si la folie sans fièvre persiste quelquefois pendant une vie assez longue, c'est que les désordres auxquels elle est liée, tout en troublant la manifestation de l'influence de l'âme, ne portent point atteinte aux phénomènes organiques de la vie matérielle.

M. Bousquet semble croire que la folie se développe toujours lentement et après des circonstances antécédentes qui y disposent. Cette assertion lui aura sans doute échappé, car il n'est pas de médecin qui n'ait vu la manie se déclarer spontanément et sans prédispositions appréciables.

Notre collègue, qui croit sans doute que les causes morales agissent activement sur l'organisme au point de vue matériel, doit admettre plus que d'autres qu'une passion violente, agissant tout à coup sur la délicate structure du cerveau, puisse ainsi causer la folie. Celle des femmes en couches se déclare brusquement à l'époque de la fièvre de lait. Mais le délire lui-même se manifeste parfois sous l'influence d'une disposition héréditaire. J'ai connu des personnes qui de père en fils déliraient à la suite du moindre mouvement fébrile ou de l'abstinence; les mêmes prédispositions organiques favorisent le développement non-seulement du délire et de la folie, mais encore de telle forme de ce délire et de cette folie.

Parmi les prédispositions dont il s'agit, il faut compter :

1° L'activité de la circulation cérébrale;

2° L'éducation mal dirigée, et celle surtout qui cultive avec excès l'intelligence, et cela au détriment du développement des parties qui entretiennent l'existence matérielle;

3° Les circonstances physiques qui mettent fortement en jeu certaines passions plus ou moins énergiques, etc.

Ainsi le délire comme la folie et la folie comme le délire présentent dans certains cas une invasion fortuite, rapide, tout à fait inattendue, tandis qu'ailleurs ils se déclarent lentement et par une sorte d'élaboration successive dont les périodes n'ont rien de fixe.

Le délire, dit-on, est avec fièvre, et l'aliénation mentale est sans fièvre; mais, pour bien établir cette distinction, il faudrait spécifier ce que l'on doit entendre par fièvre.

J'ai observé dans trois cas, et notamment une fois chez un de mes confrères et ami, une lypémanie intermittente liée à une splénopathie, et qui se dissipa en deux ou trois jours par l'administration du sulfate de quinine. Mais sans parler de ces fièvres douteuses, ne sait-on pas que la manie furieuse, que les paroxysmes qu'elle présente sont souvent accompagnés d'un état fébrile très marqué, et qui pré-

sente même parfois des caractères symptomatiques voisins de ceux de l'hémite? Ne sait-on pas que cet appareil fébrile est bien plus souvent la conséquence d'états pathologiques coïncidents que de l'affection psychique ou encéphalique? S'il y a ordinairement fièvre dans le délire, c'est que ce délire n'est autre que la conséquence, l'expression fonctionnelle d'une altération encéphalique, elle-même résultat de quelque altération du sang, qui par elle-même a produit le symptôme fièvre. D'ailleurs, dans une multitude de cas le délire n'existe pas sans être accompagné d'état fébrile. Voyez donc si la chaleur est pathologiquement augmentée alors que les substances narcotiques : belladone, datura, opium, hachisch, causent le délire! Voyez si le délire que provoque l'abstinence est accompagné d'état fébrile! Est-ce que l'on ne voit pas certains délires avec fièvre devenir bientôt des délires sans fièvre, qui ne se dissipent qu'à la longue? Vous dites que *la folie se transmet avec le sang*. Mais ce n'est pas la folie qui se propage ainsi, c'est la disposition à la folie. Il y a aussi des prédispositions organiques au délire, et ces prédispositions peuvent, puisqu'elles sont organiques, se transmettre également par hérédité.

M. Bousquet dit que le délire d'un jour ne suffit pas pour faire un fou. Mais cela n'est pas aussi juste que spirituel, car il est très vrai que pendant le jour où le délire a lieu on est véritablement fou; seulement on ne l'est que pour ce jour-là.

Mais, dites-vous, la folie coïncide parfois avec la santé parfaite, et il en est tout autrement pour le délire. D'abord cela n'est pas exact; un grand nombre d'aliénés ne sont pas sains de corps. Les nosomanes ou hypocondriaques, pour la plupart, n'ont pas les organes du corps en bon état, et de plus, puisque vous appelez délire la folie alors qu'elle est liée à un état pathologique du sang ou des parties autres que l'encéphale, vous ne devez pas prendre comme caractère distinctif du délire et de l'aliénation mentale la présence d'états organopathiques qui vous servent très arbitrairement à séparer en deux catégories les dérangements d'intelligence qui en eux-mêmes sont identiques. Ainsi, l'altération dans les fonctions intellectuelles est en elle-même semblable dans ce que l'on appelle délire et dans ce que l'on dit être la folie. Dans les deux cas, l'instrument de médiation entre l'âme et les objets extérieurs est modifié. Quand cette modification, cette altération moléculaire de structure appréciable, ou démontrée en quelque sorte par l'analogie, est due à des circonstances matérielles ou toxiques, souvent elle ne persiste pas, et il s'agit alors du délire. Quand, au contraire, cette altération moléculaire est profonde, tenace, de durée; quand il y a lésion organique persistante, et dont le cerveau possède en lui-même la raison d'être, alors le désordre intellectuel prend le nom de folie ou d'aliénation mentale.

M. Bousquet reproche à M. Moreau d'avoir considéré les rêves comme une sorte de folie mentale momentanée, et non persistante.

Sous le rapport intellectuel et moral, chaque homme diffère autant d'un autre individu qu'il en est dissemblable au point de vue de ses traits et de son organisme. L'organisation primitive héréditaire, les circonstances qui accidentellement viennent à agir, et surtout l'éducation, la direction donnée aux habitudes de la vie, les âges, les sexes, etc., influent sur les caractères, qui prennent chacun un type qui, coloré par les passions, peut, lorsqu'il est trop nettement dessiné, se rapprocher du délire ou de la folie. C'est, par exemple, une grande et belle chose que de mettre de la persévérance dans la poursuite d'une idée; mais l'exagération de cette persévérance conduit quelquefois à l'aliénation mentale. L'imagination, élément du génie, si elle n'est pas gouvernée par la raison, devient, comme on l'a dit, la folle du logis. Les songes, dans lesquels cette imagination, aidée par la mémoire, représente des idées fantasques, et où les faits sensibles et actuels ne donnent pas à l'intelligence les moyens de rectifier les impressions que le souvenir donne, les songes, dis-je, ont la plus grande analogie avec le délire et la folie. La manière dont les idées se succèdent pendant la veille, surtout chez les gens distraits, se rapproche même des hallucinations de l'aliéné.

Etudiant toutes ces circonstances physiologiques, et les rapprochant des troubles de l'esprit qui résultent de l'action de l'alcool et des poisons narcotiques, de celle de certains miasmes ou virus, de l'influence des états nerveux désignés sous les noms d'hystérie et d'épilepsie, de cette autre influence qu'exerce la fièvre de lait sur la manifestation du délire, enfin de toutes les circonstances physiologiques ou pathologiques qui troublent plus ou moins la manifestation des actes psychiques, je crois qu'il faut s'élever à l'étude de la folie elle-même, et cela, soit qu'elle ait lieu sur une seule série d'idées (monomanie), soit qu'elle se rapporte à plusieurs objets (polymanie).

La manière dont l'esprit divague, les objets de cette divagation ne sont pas des idées fixes, positives et propres à spécifier les espèces d'aliénations mentales. S'il en était ainsi, on pourrait établir autant d'individualités morbides (folies) qu'il y aurait de caractères d'hommes, de passions par lesquelles ces hommes auraient été entraînés à délirer sans fièvre.

Voyez aussi combien les aliénations mentales que l'on a admises ont été nombreuses : les folies ambitieuse ou religieuse; l'amour moral exagéré, ou érotomanie; la crainte du diable (démonomanie) ou des fantômes; l'amour des hommes porté trop loin, ou philanthropomanie; la haine de l'humanité (misanthropomanie); la monomanie homicide, etc., sont autant de formes qui ne constituent en définitive autre chose que des exagérations des penchants, des goûts, des passions qui existaient dans l'état de santé. Outre ces variétés, il pourrait y en avoir quelques centaines d'autres, qui, pas plus que les précédentes, ne seraient des maladies distinctes.

Il n'y a eu en définitive dans tous ces délires, dans toutes ces folies qu'une altération fondamentale, le trouble ou le désordre dans la pensée, et celui qui est triste en délirant est aussi bien fou, et fou de la même manière (mais non pas sur le même objet) que l'homme dont les idées déraisonnables sont plus ou moins gaies. Il faut seulement distinguer avec soin le délire ou la folie dans laquelle les idées s'enchaînent et se lient de celle où l'association et la filiation des pensées est perdue.

Il résulte de tout ceci, d'une part, que l'on ne peut pas établir parmi les troubles de la raison d'espèces morbides fixes, et de l'autre, que le cadavre ne révèle pas les causes du cachet spécial imprimé à telle ou telle variété de la folie. Les phlegmasies encéphaliques et les autres états organopathiques du cerveau peuvent à coup sûr gêner la manifestation de l'action de l'âme et donner lieu au délire ou à la folie; mais évidemment elles ne peuvent rien apprendre relativement aux causes du mal et aux caractères que présente telle ou telle variété d'aliénation mentale. Je ne crois pas même qu'il y ait un seul organicien qui soit à ce sujet d'un avis différent du mien.

Mais si les nécroscopies ne peuvent pas nous instruire sur les circonstances d'organisation qui décident de la forme de telle ou telle folie et nous faire savoir pourquoi un aliéné est triste ou gai, ambitieux ou démonomane, à coup sûr elles ont rendu les plus grands services alors qu'il s'est agi de prouver que les troubles de la raison sont les conséquences flagrantes de diverses modifications ou lésions cérébrales. Si vous rangez parmi les aliénations mentales la démence et l'idiotisme, il faudra bien que vous conveniez que les hémorrhagies encéphaliques ou plutôt les lésions qui les suivent, que les ramollissements cérébraux étendus, les lésions organiques profondes, surtout l'hypertrophie du cerveau suite de l'âge, sont suivis de démence, tandis que dans l'idiotisme cette hypertrophie est généralement portée encore plus loin, ainsi que le démontre d'ailleurs si souvent la configuration extérieure du crâne.

Le pathologiste instruit affirme le plus souvent, sans crainte d'erreur, que chez tel malade il s'agit d'une méningite de la convexité du cerveau et non pas de la base, et cela parce qu'il y a du délire et non pas du coma. Voyez ce variolé dont j'ai parlé qui resta fou près d'un mois après la guérison de la variole, il présentait à la surface cérébrale des taches mélanosiques très prononcées. Direz-vous que les lésions encéphaliques sont variables chez les aliénés, bien qu'il y ait chez tous folie? Je vous répondrai qu'une lésion quelconque existant dans le crâne trouble la circulation cérébrale; quelquefois elle comprime le cerveau ou détermine des collections séreuses, des hypertrophies générales ou partielles, lésions consécutives, il est vrai, mais qui suffisent le plus souvent pour rendre compte non pas, encore une fois, du caractère de la folie, mais du dérangement d'ensemble porté aux fonctions du cerveau, considéré comme médiateur entre l'âme, les nerfs, les organes et le monde extérieur.

Mais quand il s'agit d'un organe aussi délicat et aussi complexe que le cerveau, croyez-vous que les cas où vous n'aurez rien trouvé aient assez de valeur pour ébranler les conséquences des faits si nombreux dans lesquels on a trouvé des lésions suffisantes pour rendre compte des troubles survenus dans la manifestation de la pensée?

Mais, dit M. Bousquet, les lésions du cerveau n'expliquent pas comment il se fait qu'on délire! Non sans doute, car pour expliquer comment on délire, il faudrait savoir d'abord comment et par quel procédé on pense et l'on raisonne; par quelles lois, par quels rapports l'âme communique avec le monde extérieur au moyen de la médiation des organes encéphaliques. Quand on nous aura dit quel est le mécanisme physiologique de la manifestation de la pensée, nous vous dirons celui des troubles de l'intelligence. Ce que nous savons sans l'expliquer, c'est que, d'une part, l'encéphale est organisé d'une façon merveilleuse, destinée à établir les rapports entre les objets extérieurs et le principe qui nous anime, et que, de l'autre, dans les cas où cette organisation est altérée d'une certaine façon, le délire ou la folie remplace la raison.

Est-ce que les organiciens ont jamais affirmé que toutes les lésions soient appréciables au scalpel ou même au microscope? Est-ce qu'il ne se passe pas évidemment dans la trame du système nerveux certains phénomènes moléculaires, physiques, chimiques, dont l'analogie, l'induction démontrent l'existence, et qui, certainement matériels, agissent pour produire le dérangement d'esprit?

Niera-t-on que l'alcool, l'opium, le haschish, certains virus agissent moléculairement et pathologiquement sur l'encéphale et causent ainsi l'ivresse, le narcotisme ou l'état typhoïque? Or cette action tout à fait physique ou chimique a certainement lieu, bien que l'on n'ait pas trouvé d'indice anatomique des lésions que ces poisons causent dans l'encéphale.

La commotion, la foudre tuent matériellement, et s'il n'y a pas de traces cadavériques appréciables d'un effet si terrible, le délire qui suit l'épilepsie ou l'hystérie est dû certainement à une lésion cérébrale que le scalpel ne démontre pas; mais tous les raisonnements, toutes les inductions veulent qu'il en soit ainsi.

Voulez-vous une preuve que le délire et la folie sont identiques? Voyez le délire aigu et fébrile de la fièvre de lait se transformer en folie, ne quittant plus désormais les pauvres femmes qui peuplent la Salpêtrière et Charenton. Voyez les ivrognes être frappés de délirium trémens; remarquez bien que ce délire devient parfois aussi aliénation mentale incurable. Voyez encore cet autre délire qui, suivant l'épilepsie, l'hystérie, devient une folie qu'Esquirol considérait avec raison comme incurable. N'oubliez donc pas que l'usage continu de l'opium produit à la longue un trouble d'esprit non fébrile, persistant et sans curation possible; qu'il est des malheureux qui restent fous à la suite d'inflammations cérébrales et méningées; et convenez enfin que dans tous ces cas il est impossible de ne pas voir que des lésions positives ont occasionné le délire ou la folie. Au lieu d'attaquer en ennemis de tout progrès l'anatomie pathologique, travaillez à étendre ses découvertes, faites qu'elle appelle sans cesse à son secours le microscope, l'expérimentation, l'analyse chimique, et ne parlez pas sans cesse de maladies de l'esprit; car l'âme, encore une fois, ne peut être malade, elle est une; immortelle, elle n'est pas accessible aux altérations physiques, chimiques moléculaires, attendu qu'elle ne peut être une dualité; qu'enfin il ne peut y avoir de lésion que dans ses instruments, qui ne sont autres que les organes.

La cérémonie de la translation du corps de M. Fabre dans le tombeau que ses amis lui ont élevé a eu lieu hier jeudi à onze heures, ainsi que nous l'avions annoncé. Quelques amis et d'anciens collaborateurs s'étaient joints aux membres de la commission pour lui rendre ce dernier hommage. La translation opérée, M. F. Roubaud a prononcé l'allocution suivante, qui a été accueillie par les marques d'approbation de tous les assistants :

Messieurs,

Il y aura bientôt un an, la presse médicale française perdait un homme qui, s'associant d'une manière active au grand mouvement intellectuel de notre époque, en avait fait tout à la fois un agent de progrès et d'initiation pour la science, et un instrument de moralisation et de prospérité pour notre profession.

Cet homme était J.-F. Fabre.

Sans doute avant Fabre des organes spéciaux ne manquaient pas à la médecine; mais fatalement condamnés par leur périodicité restreinte et le volume de leur format à se mouvoir dans une étroite sphère d'action, ils subissaient le mouvement au lieu de l'imprimer, ils enregistraient le progrès au lieu de le susciter.

Spectatrice impassible des luttes qui remplissaient les livres, la salle tant de fois illustrée de la rue du Foin et les tribunes académiques, la presse médicale ne pouvait aspirer à une vie propre et prétendre à une existence glorieuse qu'en se faisant soldat elle-même et en se mêlant à ces luttes d'une manière active et militante.

C'était toute une révolution à faire.

Fabre l'entreprit; et, hâtons-nous de le dire, cette révolution, jugée alors impossible, est aujourd'hui consacrée par l'assentiment unanime et par les bienfaits que notre art en recueille.

C'est que, messieurs, le journalisme est un instrument merveilleux qui complète et agrandit l'œuvre de Guttemberg. Le livre, long à faire, lent à se produire, est dans les luttes de l'esprit ce qu'est la grosse cavalerie dans les combats de la guerre; le journal, au contraire, rapide dans son évolution, léger dans ses allures, vif dans sa marche, court au-devant de toute idée qui se montre, s'en empare et la porte à tous les coins du monde, soit qu'il faille donner l'alarme, soit qu'il faille sonner la victoire.

Mais à ce labeur, à ce travail sans trêve ni merci, toutes les organisations ne sont pas aptes. Pour l'accomplir, il faut une activité incessante, des facultés spéciales, un haut sentiment de soi-même et un amour sans limites pour l'indépendance et pour la vérité. Sous ces rapports, messieurs, nul ne fut doué comme Fabre : il était le journaliste par excellence; il en avait l'instinct autant que la science profonde, et c'est à l'éminence de ces qualités, unies au caractère le plus affable et au cœur le plus aimant, qu'il dut de réussir dans la tâche glorieuse qu'il avait entreprise.

C'est cette œuvre dont mon insuffisance ne peut donner qu'une idée incomplète, mais à laquelle chaque jour apporte un hommage nouveau, c'est cette œuvre, messieurs, que nous avons voulu glorifier et consacrer dans l'homme qui, en l'accomplissant, a le plus puissamment contribué au progrès de la science et à l'indépendance de notre profession.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Jeudi, dans une séance extraordinaire, la Faculté a procédé à la formation de la liste des candidats pour la chaire de pathologie interne, vacante par suite du décès de M. le professeur Requin. Voici le résultat des divers scrutins qui ont eu lieu :

POUR LA PLACE DE PREMIER CANDIDAT. — 1er *tour*. — 25 votants.

M. Monneret. . . .	7 voix.	M. Fleury. . . .	2 voix.
M. Beau.	8	M. Barth. . . .	1
M. Guillot (Natalis). .	6	M. Béhier. . . .	1

2e *tour*. — M. Natalis Guillot. . . . . . . 14 voix.
— M. Beau. 10
— M. Monneret. 1

POUR LA DEUXIÈME PLACE. — M. Monneret. . . . . 14 voix.
— M. Beau. 11

POUR LA TROISIÈME PLACE. — M. Beau. . . . . . 14 voix.
— MM. Fleury et Béhier, chacun 4 voix.
— MM. Barth et Hardy, chacun 1 voix.

La liste de présentation qui sera adressée à M. le ministre se trouve en conséquence ainsi composée : MM. Natalis Guillot, Monneret, Beau.

— Par arrêtés du 11 mai, M. Vastel, directeur de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen, professeur de pathologie interne, est nommé professeur de clinique interne dans ladite Ecole, en remplacement de M. Lafosse, décédé.

M. Maheut, nommé professeur adjoint, sera chargé de la chaire de pathologie interne.

M. Lepetit, chargé de la chaire de chimie et de pharmacie, est nommé professeur titulaire de ladite chaire.

— M. Duprey, pharmacien de première classe, est chargé de la suppléance de la chaire de pharmacie et de toxicologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen.

— Par arrêté du 22 mai, M. le ministre a provisoirement autorisé MM. les doyens des Facultés de médecine de Paris, de Montpellier et de Strasbourg à réduire à un mois, en faveur des étudiants aspirants à la chirurgie militaire, le délai d'ajournement à un examen qui est fixé à trois mois au moins par l'article 6 de l'arrêté du 26 septembre 1837.

— Par arrêté du 23 mai, ont été nommés à la Faculté de médecine de Strasbourg :

1° Chef des cliniques, M. Hergott, agrégé près ladite Faculté;

2° Aide titulaire de chimie, M. Levy (David);

3° Aide surnuméraire de botanique, M. Liétard (Alexandre).

— M. le docteur Marchal, professeur de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Strasbourg, vient de succomber, à l'âge de quarante-neuf ans, au typhus qu'il avait contracté dans les prisons de Strasbourg, dont il était le médecin depuis plus de vingt ans.

— *El Heraldo medico* donne le bulletin suivant des décès cholériques à Madrid :

	Malades.	Décès.
10 mai.	10	5
11 —	13	5
12 —	19	12

LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 62. — MARDI 29 MAI 1855. (28e ANNÉE.) N° 62. — MARDI 29 MAI 1855.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, en face de l'Académie de médecine.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 28 mai 1855.

Séance de l'Académie des Sciences.

Il n'a été fait dans cette séance aucune lecture médicale ; mais à défaut de lecture, nous avons à signaler parmi les pièces de la correspondance quelques mémoires ou lettres qui ne sont pas sans intérêt. On sait l'heureux parti que M. Baudens a tiré de l'emploi de la glace pour la réduction des hernies étranglées. Deux médecins sont venus apporter le tribut de leur expérience personnelle à l'appui de l'efficacité de cette méthode. L'un d'eux, M. Godart, a triomphé cinq fois sur six de l'étranglement par l'emploi de la glace ; et dans le cas où ce moyen s'est montré insuffisant, il a du moins enrayé la marche des accidents inflammatoires. Le second, M. Delmas, rapporte tout au long une observation de hernie inguinale étranglée heureusement réduite par l'application de la glace, et dans laquelle la constriction et l'engouement étaient tels, que dans sa conviction tous les autres moyens eussent inévitablement échoué.

C'est encore à une idée émise par M. Baudens dans la dernière note qu'il a communiquée à l'Académie qu'a trait la troisième communication, celle de M. Ladureau ; et cette fois c'est une réclamation de priorité en même temps qu'une confirmation des faits énoncés dans cette note. Il s'agit du traitement des gangrènes survenues par suite de congélation. Il résulte, en effet, des conclusions d'un opuscule publié en 1848 par M. Ladureau que les avantages de la temporisation dans les cas de gangrène par suite de congélation, que M. Baudens vient de constater sur une large échelle, avaient été déjà reconnus et formulés par ce médecin.

Nous avons encore à enregistrer une autre réclamation de priorité, c'est celle de M. le docteur Leriche (de Lyon), qui, au sujet d'une communication récente de M. Bonnafont sur le séton filiforme, réclame le mérite d'avoir le premier signalé, dans un mémoire publié en 1850 et communiqué à cette époque à l'Académie, les avantages du séton filiforme dans le traitement des bubons ou de certains kystes séreux.

Nous inscrivons ces réclamations moins en vue de faire droit à des prétentions dont il ne nous est pas toujours possible d'apprécier la parfaite légitimité, que comme des témoignages et des éléments de vérification dont l'art finit toujours par bénéficier. — Dr Brochin.

LA GLUCOGÉNIE DEVANT L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

RÉSUMÉ DE LA DISCUSSION.

Il y a quelques années, M. Cl. Bernard formulait ainsi le résultat de ses études expérimentales sur les fonctions du foie : « Les animaux aussi bien que les végétaux ont la faculté de produire du sucre ; cette faculté doit être localisée dans le foie. »

Dans un volumineux mémoire publié en 1853, M. Bernard a fait connaître les conditions essentielles de cette sécrétion, ainsi que les qualités de la matière sucrée fournie par le tissu hépatique. Le sucre du foie, dit M. Bernard, est éminemment fermentescible ; il dévie la lumière polarisée à droite ; il n'est pas modifié par les acides, tandis que sa dissolution réduit le tartrate cupro-potassique ; il appartient aux sucres de la deuxième espèce : c'est du glucose.

Il n'existe aucune trace de matière sucrée dans le sang de la veine-porte avant son entrée dans le foie ; mais on en trouve toujours, et en grande quantité, dans le même sang à sa sortie du foie par les veines sus-hépatiques. Avec le sang qui pénètre dans son tissu, le foie fabrique du sucre tout comme il sécrète de la bile.

La formation du glucose est indépendante de la nature de l'alimentation ; elle se fait aux dépens des éléments du sang.

L'état de maladie a pour effet de ralentir, et, en se prolongeant, de supprimer la fonction glucogénique.

La paralysie du foie opérée par la section des nerfs vagues fait disparaître le sucre du tissu de cet organe, bien que l'on ingère de la matière sucrée dans l'estomac des animaux soumis à cette mutilation.

Le tissu hépatique est le lieu de formation et non de séjour du glucose qui aurait été fourni par une autre source.

Le sucre sécrété dans le foie se répand ensuite dans tout l'organisme au moyen de la circulation qui le porte par la veine-cave dans le cœur droit, puis dans les poumons, etc. Suivant les quantités du sucre qui s'échappent du foie, cette matière peut se trouver détruite en traversant le poumon, ou bien, pendant et aussitôt après la période digestive, un excès peut se répandre plus loin dans le système artériel et même dans les veines superficielles.

C'est quatre ou cinq heures après le début de la digestion que la production du glucose hépatique est parvenue à son *summum* d'intensité : le débordement qui en résulte n'est que momentané ; il dure en moyenne six ou sept heures.

Quand il y a rapport équilibré entre la *production* et la *destruction* du sucre, celui-ci est détruit dans les voies respiratoires, et on ne le rencontre qu'entre le poumon et le tissu hépatique.

Telles sont les données principales déduites par M. Bernard d'un nombre prodigieux d'expériences qui attestent une fois de plus la sagacité et l'habileté opératoires de ce savant physiologiste.

Ces données paraissaient définitivement acquises au domaine de la science positive, bien que cependant elles eussent été contestées autrefois tant en France qu'en Allemagne ; mais enfin ces contradictions étaient oubliées, lorsque M. Figuier, donnant un coup de pied dans les cendres, vint ranimer la discussion depuis longtemps assoupie.

Pour M. Figuier, le glucose est un produit direct de l'élaboration digestive ; une fois formé, il passe dans la veine-porte, et de là dans le foie, où il séjourne un certain temps, après quoi il est transporté par les vaisseaux sus-hépatiques dans le système général de la circulation. Quand la digestion intestinale est achevée, et que le tube digestif s'est complétement débarrassé de la matière sucrée fournie par les aliments, le sang, qui, après avoir parcouru le cercle de la circulation, retourne au foie par la veine-porte, est privé de glucose. Mais en traversant le foie il reprend une nouvelle quantité de ce produit, de telle sorte que le sang des veines sus-hépatiques, versé dans le cœur droit par la veine-cave inférieure, contient nécessairement une certaine quantité de sucre.

Comme on le voit, dans cette série d'idées le foie n'est plus un organe producteur, mais simplement l'entrepôt des matières saccharifiées par la digestion. Ce n'est là qu'une vue idéale, car personne jusqu'ici n'a vu ni où ni comment s'opère cette sorte d'emmagasinage.

Dans un mémoire adressé à l'Académie des sciences, M. Lehmann établit que :

Le sang de la veine-porte ne renferme jamais les moindres traces de sucre chez les chiens nourris avec de la viande, mais que les mêmes animaux nourris avec des substances végétales présentent évidemment du sucre dans le sang de leur veine-porte, en quantité si faible, toutefois, que le dosage en est fort difficile ;

Que la fibrine amenée par le sang de la veine-porte disparaît dans le foie, et que le sucre trouvé dans les veines hépatiques prend par conséquent naissance de la fibrine ;

Que le sucre hépatique provient de l'élément non azoté qui entre dans la composition de l'hématine.

Aux assertions contradictoires de M. Lehmann, M. Figuier oppose une série d'expériences qui prouvent que le sang de la veine-porte, au moment de la digestion d'un repas composé de viande crue, renferme au contraire une notable proportion de glucose. Si M. Lehmann, ajoute-t-il, n'a point rencontré de sucre, ou n'en a trouvé que des traces dans la veine-porte, cela tient probablement à ce que le physiologiste allemand a opéré sur du sang recueilli à une époque éloignée de la digestion, sept à huit heures, par exemple, après le repas.

En effet, cette dernière circonstance, qui a une grande valeur dans la question, n'avait point été spécifiée dans le travail de M. Lehmann. Mais la réplique ne s'est point fait attendre, et les doutes de M. Figuier ont dû s'évanouir devant le résultat des nouvelles recherches qu'ils avaient provoquées. « Je viens, dit M. Bernard dans sa réponse, de refaire mon expérience devant différents physiologistes ou chimistes, en plaçant les animaux dans les diverses conditions de digestion, et spécialement indiquées par mon adversaire, soit relativement à la nature de l'alimentation, soit relativement à l'époque de la digestion, soit enfin relativement à la manière dont le sang a été traité pour y rechercher la matière sucrée. Or, je déclare de nouveau que j'ai toujours obtenu le résultat que j'avais annoncé, c'est-à-dire que chez un chien en digestion de viande cuite ou crue, il n'y a pas de sucre dans la veine-porte, ni une heure, ni deux heures, ni trois heures, etc., après le repas, et qu'il y en a constamment dans les mêmes circonstances, et en notable proportion, dans le sang des veines hépatiques. »

Voilà donc le débat concernant la glucogénie hépatique amené à une affirmation et à une négation également formelles de part et d'autre. Cependant la vérité ne peut se trouver que d'un seul côté : mais lequel ? C'est ce que nous apprendra bientôt la commission nommée pour nous le dire.

Pour nous, la fonction glucogénique du foie nous satisfait bien plus que le rôle de *condensateur* passif attribué à cet organe. Tout dissentiment sur ce point nous semble provenir de quelque différence dans les procédés employés pour recueillir le sang de la veine-porte.

On se demande, en effet, si les cris, l'agitation convulsive d'un animal vivant dont on ouvre l'abdomen ne déterminent pas le reflux du sang du foie dans la veine-porte. M. Figuier a pris, dit-il, ses précautions pour empêcher ce mouvement rétrograde. Y a-t-il réussi ? Dans tous les cas, un expérimentateur dont personne ne niera la compétence en cette matière, M. Poggiale, tenant compte de toutes les causes possibles d'erreurs, opéra à son tour sur des chiens préalablement narcotisés au moyen du chloroforme. Ces recherches, entreprises avec cette garantie par l'habile professeur du Val-de-Grâce, l'ont conduit à des conclusions conformes à celles de M. Cl. Bernard.

De son côté, M. Leconte, en pratiquant rapidement la section du bulbe rachidien et la ligature des vaisseaux chez les animaux sacrifiés, affirme qu'on ne trouve pas de sucre dans le sang de la veine-porte après une alimentation à la viande crue ou cuite, et que par conséquent l'intervention des substances amylacées n'est pas nécessaire à la formation du glucose dans le foie.

Si la vérité se trouve avec les majorités, elle doit être jusqu'ici du côté de M. Bernard. — Dr Champouillon.

HOPITAL SAINTE-EUGÉNIE. — M. Bouchut.

Gastrorrhée idiopathique traitée par l'ipécacuanha. Guérison.

Eudoxie Vivien, âgée de 13 ans, entrée le 18 avril 1855, a été vaccinée ; ses parents sont bien portants. L'enfant, couchée au n° 23 de la salle Sainte-Marguerite, a eu la coqueluche à l'âge de trois ans, le choléra suivi d'une fièvre cérébrale en 1849 ; jamais d'autre maladie. Il y a six semaines qu'elle est malade ; elle a été prise de vomissements aussitôt après avoir mangé ; depuis cette époque, après chaque repas elle rejette une partie de ses aliments, ou seulement des matières glaireuses.

Etat actuel. — L'enfant est médiocrement développée ; cheveux bruns ; teint frais ; pas de fièvre ; le pouls irrégulier, intermittent (76). La langue est naturelle. Pas d'appétit, ni de soif. L'enfant rejette une partie de ce qu'elle prend, solides ou liquides, et elle éprouve à ce moment de vives douleurs à l'estomac. Diarrhée depuis deux jours ; ventre souple et indolent ; faible douleur au creux de l'estomac ; pas de douleur abdominale ; palpitations, essoufflement ; battements du cœur irréguliers, sans bruit anomal. Rien dans les carotides. La respiration se fait naturellement. Elle tousse assez souvent. La résonance de la poitrine est bonne, et le murmure vésiculaire est naturel. L'enfant n'a pas de pertes de connaissance, ni de spasmes, ni d'hystérie ; pas d'étranglement cervical ; elle a seulement des envies de pleurer fréquentes et sans motifs. — Camomille sucrée ; bouillie.

Le 20 avril, l'enfant a vomi deux fois et a rejeté une partie de la bouillie qu'elle avait prise ; 78 pulsations.

Sirop d'ipécacuanha. . . . . 30 grammes.
Poudre d'ipécacuanha. . . . . 1 —

Le 21, le vomitif a fait rejeter des matières glaireuses, incolores, et l'enfant s'est aussitôt sentie débarrassée ; elle n'avait plus le malaise des jours précédents, indiquant l'imminence d'un vomissement ; elle s'est senti de l'appétit. On lui a donné du poulet, un œuf, du pain et de l'eau rougie, qu'elle a digérés. Une seule garde-robe liquide. — Julep gommeux.

Le 22, pas de vomissement. — Deux repas solides.

Le 23, pas de vomissement. — Deux repas solides.

Le 24, pas de vomissement. — Deux repas solides.

Le 25, l'amélioration se maintient.

Le 26, pas de vomissement ; trois selles en diarrhée jaune liquide ; 76 pulsations. — Décoction blanche ; lavement d'eau d'amidon, trois cuillerées ; laudanum, 4 gouttes.

Le 28, pas de vomissement, pas de diarrhée.

1er mai, pas de vomissement, ni de diarrhée.

Le 2, *exeat*. Guérison.

Dans ce fait curieux de gastrorrhée, datant de six semaines, nous n'avons pu découvrir aucune circonstance qui pût faire croire à l'existence d'une phlegmasie ou d'une lésion organique de l'estomac. Il n'existait pas de lésions pulmonaires, qui, comme chacun le sait, produisent quelquefois le flux gastrique. L'état de la langue, de l'appétit et du pouls éloigna toute idée de maladie inflammatoire. L'exploration du ventre ne nous fit connaître rien de particulier. L'enfant ne toussait point ; la respiration était pure, naturelle, sans bruit anomal. Le cœur et les vaisseaux, attentivement explorés, ne fournirent aucun des signes de la chloro-anémie avec lesquels coïncide si souvent la névrose de l'estomac. Enfin nul phénomène spasmodique ou hystérique capable d'éclairer la nature du mal ne se montra chez cette jeune malade.

C'est en quelque sorte par voie d'exclusion autant que par une induction directe que dans ces cas difficiles le diagnostic peut être établi. Sans doute, la fréquence des vomissements et le caractère glaireux des matières vomies peuvent faire présumer la nature idiopathique d'un trouble sécrétoire de la muqueuse stomacale ; mais cela ne suffirait pas d'une manière absolue, car dans beaucoup de cas la gastrorrhée symptomatique d'une lésion organique offre les mêmes caractères, et bien souvent, chez l'adulte, le cancer, longtemps avant son développement complet, offre des phénomènes de ce genre. L'âge est une circonstance dont il faut tenir compte pour le diagnostic, et ici en particulier c'est l'ensemble de toutes ces considérations qui a servi à éclairer le diagnostic et à établir le fait d'une gastrorrhée idiopathique.

Une fois la nature de la maladie déterminée, il y a quelque chose de vraiment curieux dans le résultat de la médication mise en usage et dans la disparition définitive de la gastrorrhée sous l'influence de l'ipécacuanha comme vomitif. Possible à prévoir et justifié par l'observation antérieure, ce résultat est toujours incertain, car, si l'on peut multiplier les succès, on pourrait aussi compter quelques revers. Que la gastrorrhée soit idiopathique ou sympathique, comme dans les cas de tubercules pulmonaires, les avantages de l'ipécacuanha sont à peu de chose près les mêmes, et, chose curieuse, peu de jours après l'entrée à l'hôpital de l'enfant qui fait le sujet de ces réflexions, il en arriva une autre nommée Malvina Bois, âgée de quatorze ans, malade du développement de tubercules pulmonaires, et présentant aussi une gastrorrhée constante et déjà ancienne. Chez cette enfant, comme chez la première, le flux stomacal disparut par l'action intérieure de l'ipécacuanha.

Est-ce l'ipécacuanha agissant comme spécifique des sécrétions et des mouvements de l'estomac qui guérit la gastrorrhée, ou, au contraire, l'ipéca, agissant comme vomitif, ayant pour résultat de débarrasser la muqueuse de substances antipathiques ? C'est ce qu'il est impossible de dire, et, bien que l'expérience ait justifié l'aphorisme : *Vomitus vomitu curatur*, sans désigner l'agent vomitif, il est douteux que le tartre stibié donné comme émétique réussisse dans la gastrorrhée aussi avantageusement que l'ipécacuanha. Cela semble devoir faire attribuer à cette dernière substance une qualité particulière qui en recommande plus particulièrement l'emploi.

Dentition laborieuse. — Contracture des extrémités. — Diarrhée; entérite; ascarides lombricoïdes. — Mort; nécropsie.

Anne Manceau, vingt mois, au n° 8 de la salle Sainte-Marguerite; entrée le 5 février 1855; non vaccinée; dix dents; à Paris depuis un mois. On n'a pas de renseignements sur elle. Depuis quinze jours l'enfant paraît avoir de la peine à se tenir sur les pieds, et elle se présente avec le visage en assez bon état, suivant du regard ce qui se passe autour d'elle et remuant aisément dans son lit. Il existe une contracture des mains et des pieds. Aux mains, les doigts sont roides et fléchis; le pouce porté sur l'annulaire. Aux pieds, les doigts sont tous fléchis vers la partie inférieure. Aux mains, point de douleur ni de gonflement; aux pieds, douleur quand on redresse les doigts, et gonflement de la face dorsale du métatarse. La bouche est rouge et les gencives gonflées; quatre grosses molaires sont prêtes à sortir. Langue blanche. Pas de vomissements; un peu de diarrhée. Peau chaude, pouls à 120. — Bain, riz, potages.

Le 6 avril, pas de vomissements; un peu de diarrhée jaune. Même état des mains et des pieds, qui sont les seules parties douloureuses. Langue blanche; quatre dents molaires sont prêtes à percer. Urines claires, naturelles. — Bain; même tisane.

Le 8, même état. — Même prescription.

Le 9, dans la main droite la contracture a notablement diminué; l'enfant peut ouvrir les doigts et prendre les objets qu'on lui offre. Dans la main gauche, l'amélioration est moins marquée; l'annulaire et le petit doigt seuls ont la liberté de leurs mouvements. Le pouce reste fléchi sur l'annulaire. Aux pieds, la contracture existe au même degré, mais elle est moins difficile à vaincre, et elle n'est plus douloureuse. Le gonflement et la rougeur ont disparu. — Bain simple.

Le 20, une ecchymose se montre sur les gros orteils et dans la région métatarsienne des deux pieds. — Bain.

Le 23, la contracture a presque complétement disparu; la plante dorsale et les orteils sont couverts d'ecchymoses. La diarrhée, qui avait commencé ces jours derniers, a beaucoup augmenté. Bon appétit; pas de vomissements. — Sirop d'ipécacuanha, 30 grammes; poudre d'ipécacuanha, 30 centigrammes.

Le 26, la diarrhée persiste, et l'enfant a vomi. La contracture a disparu dans les mains, et persiste encore un peu dans les pieds. — Sous-nitrate de bismuth, 10 grammes.

Le 29, l'enfant a toujours beaucoup de diarrhée; elle a rendu quatre lombrics. La contracture existe encore un peu aux pieds, et l'ecchymose semble disparaître.

Le 1er mai, l'enfant a rendu encore cinq lombrics. Plusieurs garde-robes liquides; pas de vomissements. Le ventre est souple et la soif peu fréquente. La contracture a en partie disparu.

Le 2, l'enfant a rendu trois lombrics. — Semen-contra, 5 centigr.

Le 3, deux lombrics. — Semen-contra, 10 centigrammes.

Le 4, deux lombrics. — Semen-contra, 25 centigr.; miel, 10 grammes.

Le 5, l'enfant n'a pas rendu de vers, et elle a la diarrhée jaune verdâtre. Elle maigrit et s'affaiblit beaucoup.

Le 6, deux garde-robes liquides. Décédée à quatre heures du soir.

Nécropsie. — L'intestin grêle renferme encore trois lombrics. La muqueuse de l'estomac, du duodénum et du jéjunum est pâle, consistante et saine. A la partie inférieure de l'iléon, quelques arborisations vasculaires, qui augmentent en nombre et en étendue en descendant vers la valvule iléo-cœcale. A partir de 2 décimètres environ de cette valvule, la muqueuse offre une rougeur générale très vive, uniforme, et, dans son épaisseur, de petites granulations blanchâtres très nombreuses, pleines, et paraissant siéger spécialement au niveau des follicules, qui d'ailleurs sont peu apparents. Plus haut, au contraire, ils sont hypertrophiés et présentent de petits points noirs au centre. Les plaques de Peyer sont toutes légèrement gonflées : les supérieures ont une teinte grisâtre; les inférieures participent à la rougeur générale de la muqueuse, et seules sont un peu ramollies, sans ulcération. Le cœcum offre une rougeur prononcée, avec granulations blanchâtres sous-muqueuses, tout à fait semblables à celles de l'intestin grêle. L'altération diminue à mesure qu'on avance vers le côlon et le rectum. Sur les bords de la valvule iléo-cœcale existe une petite ulcération linéaire peu étendue, à bords rouges et à fond grisâtre, entourée d'une arborisation capillaire assez considérable de la muqueuse. Rien aux reins, ni au foie. Poumons parfaitement sains, crépitants. Le cerveau ne présente point d'altération appréciable. Epaississement et infiltration de la pie-mère. Les sinus de la dure-mère sont congestionnés, sans qu'il y ait de caillots dans leur intérieur.

Dans cette observation de contracture chez un petit enfant, il y a un grand nombre de circonstances pathogéniques et anatomiques dignes d'être étudiées avec soin :

1° La contracture et ses principaux phénomènes ;

2° La coïncidence du travail de la dentition ;

3° La diarrhée consécutive ;

4° La présence d'ascarides dans les voies digestives ;

5° L'œdème du cerveau et de ses membranes ;

6° La phlegmasie des plaques de Peyer et de la muqueuse iléo-cœcale.

L'enfant est entrée à l'hôpital sans fièvre, et avec la contracture résistante et permanente des doigts et des orteils. Tout était concentré sur ce phénomène morbide. Les doigts restèrent ainsi plusieurs jours dans un état de roideur très prononcé, sans ecchymose, puis la contracture disparut. Aux pieds, la contracture dura beaucoup plus longtemps, et fut suivie d'une ecchymose — fait commun dans l'histoire de la contracture ; — sur le dos du métatarse, ecchymose brune assez étendue, qui avait déjà disparu au moment de la mort de l'enfant. Cette contracture était fort douloureuse à vaincre, et il ne fallait faire qu'un essai à cet égard pour être convaincu qu'il n'y avait pas moyen de réussir. Sous le rapport physique, purement extérieur, si ce n'est sous le rapport de la cause, et dans sa nature essentielle, cette contracture ressemblait à la contracture des extrémités, déjà observée chez les enfants, chez les cholériques, chez les rhumatisants, chez les nourrices, par M. Trousseau; par moi, chez les chlorotiques, et dans certains cas de fièvre typhoïde par M. Aran.

La contracture est un phénomène spasmodique qui n'a pas de signification absolue quant à présent, et qui doit être, ainsi que tous les phénomènes de cet ordre, soumis de nouveau à une étude approfondie, si l'on veut en découvrir la véritable signification. Pour qui connaît la mobilité et la variabilité des phénomènes convulsifs cloniques ou toniques et des névroses en général, l'embarras d'apprécier la contracture observée dans une foule de circonstances aussi différentes que celles qui viennent d'être indiquées ne saurait surprendre. En ce moment, il n'y a encore qu'à constater le phénomène de façon à multiplier ses exemples, en laissant à d'autres le soin de découvrir la bonne interprétation.

Chez cette petite fille, une des circonstances à invoquer comme cause de la contraction clonique de ses extrémités, c'est le travail de l'éruption dentaire rendu évident par le gonflement, la rougeur, la sensibilité des gencives et par les plaintes continuelles de l'enfant, qui portait ses doigts contractés entre les arcades dentaires. Sans doute un pareil fait peut n'être qu'une coïncidence; mais la dentition provoque si souvent des phénomènes nerveux et inflammatoires d'un autre ordre, que ce serait une négligence grave de ne pas tenir compte de son influence dans le cas actuel. Il est probable que ce travail a été le point de départ des accidents éprouvés par notre petite malade.

C'est au bout de plusieurs jours que la diarrhée s'est établie, et la contracture, qui avait quitté les mains, avait presque abandonné les pieds. D'abord peu intense, cette diarrhée est devenue fréquente, verte, accompagnée du rejet d'ascarides lombricoïdes. A ce moment, une nouvelle question devait se présenter à l'esprit. Ces lombrics, expulsés au dehors en assez grand nombre, étaient-ils cause de la diarrhée; et, latents dans les voies digestives, étaient-ils eux-mêmes cause de la contracture précédemment constatée chez l'enfant? La succession des phénomènes permet de résoudre cette difficulté. La contracture existant et disparaissant avant l'expulsion des lombrics ne saurait être rapportée à leur présence. Quant à la diarrhée, c'est autre chose; et, bien que l'opinion contraire puisse être soutenue avec avantage, nous regardons ici la présence des entozoaires comme le résultat du flux intestinal et des altérations de la muqueuse des voies digestives. C'est un monde nouveau dont le développement est dû à la présence d'un nouveau milieu, qui est la sécrétion anomale de la muqueuse digestive.

Il semblait que la mort de l'enfant et la recherche des altérations anatomiques dussent éclairer la nature des accidents observés pendant la vie. Il n'en a rien été. La nécropsie a montré des vers lombrics dans le gros intestin et dans cette partie des voies digestives; la muqueuse rouge, fortement injectée, épaissie, et les follicules isolés, volumineux, dilatés, avec orifice noir très apparent; l'intestin grêle, à sa partie inférieure, était également congestionné, et les plaques de Peyer rouges, gaufrées, commençant à se ramollir en divers points, mais sans ulcération. Une ulcération évidente existait sur le rebord de la valvule iléo-cœcale. Dans le cerveau une congestion très forte de l'arachnoïde et des grosses veines de la pie-mère; un œdème très considérable de la pie-mère sans ramollissement de cerveau. Que signifient ces altérations? A commencer par la dernière, il y a lieu de se demander si l'œdème de la pie-mère, en supposant qu'il soit ancien, n'aurait pas été la cause de la contracture. Ce serait possible si, comme nous le disons, il était d'ancienne date, mais rien ne peut établir le fait, et nous croyons au contraire que cet œdème, suite de la congestion des sinus, est un travail de la dernière heure.

Quant aux altérations de la muqueuse des voies digestives, de l'iléon, du côlon et des plaques de Peyer, c'est là l'entéro-colite des enfants du premier âge avec tous ses caractères anatomiques ordinaires, car le gonflement et le ramollissement des plaques de Peyer existent dans presque toutes les entérites de l'enfance, dans la scarlatine et dans une foule d'affections différentes de la fièvre typhoïde. Chez les jeunes enfants, l'hypertrophie des plaques n'a en aucune façon l'importance anatomique et la signification qu'elle présente chez l'adulte.

Ici les choses étaient comme elles sont presque toujours dans les diarrhées et les entéro-colites de l'enfance, et la présence de plaques hypertrophiées ne change pas le diagnostic. Mais cette entéro-colite, quel a été son rôle dans la succession des phénomènes morbides et comment a-t-elle pris naissance? Le régime et le séjour de l'hôpital, la dentition et les ascarides peuvent être également invoqués pour rendre compte de son apparition. Nous avons déjà dit ce qu'il fallait penser des ascarides comme cause morbifique, et il ne reste plus qu'à choisir entre le séjour à l'hôpital et le travail de la dentition. Nous croyons qu'il n'y a pas à hésiter. Tous les accidents morbides observés chez la petite malade dont on vient de lire l'observation ont eu le travail de l'évolution dentaire pour point de départ, et c'est lui qui les a entretenus et les a rendus assez graves pour déterminer la mort.

GUÉRISON D'UN DIABÈTE SUCRÉ.

Cette guérison obtenue en trois mois, grâce au goût étrange du malade pour l'huile de foie de morue, est racontée en ces termes par le docteur Zipfehle :

« Un journalier, âgé de trente-cinq ans, entre à l'hôpital pour y être traité de la gale. On reconnaît qu'il est en même temps affecté de diabète depuis le mois de septembre précédent. On lui prescrit d'abord deux à trois cuillerées d'huile de foie de morue par jour, et on lui dit d'augmenter autant qu'il voudra. Le malade prend tellement goût à ce remède qu'il consomme en deux jours une chopine (environ un demi-litre d'huile).

» Le 30 mai, il peut quitter l'hôpital entièrement rétabli; il a repris de l'embonpoint; ses urines n'offrent plus aucune trace de sucre. Il a consommé en tout treize livres d'huile. »

La *Gazette médicale* fait à ce sujet les réflexions suivantes :

« Cette guérison rapide tient peut-être à ce que le diabète n'existait pas encore depuis longtemps. D'un autre côté, le sujet était un homme très misérable, qui ne vivait que de privations et buvait de l'eau-de-vie; le bon régime auquel il fut mis à l'hôpital a sans doute contribué pour beaucoup à son rétablissement. »

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 21 mai 1855. — Présidence de M. REGNAULT.

Réduction des hernies étranglées à l'aide de la glace. — M. Godart communique des observations de hernies étranglées réduites à l'aide de la glace, d'après la méthode de M. Baudens, recueillies à l'hôpital de Versailles.

L'auteur s'exprime ainsi dans la lettre d'envoi :

« La publicité donnée par les bulletins de l'Institut à la réduction des hernies étranglées d'après le traitement de M. Baudens m'a engagé, avant de recourir à une opération souvent mortelle, à essayer à son exemple de l'efficacité de la glace. Six fois j'ai eu recours, comme ressource extrême, à cette simple et puissante médication, et les résultats obtenus ont été si surprenants que j'ai cru de mon devoir de les adresser comme un hommage et un remercîment à l'Académie des sciences.

» Ce traitement, presque toujours efficace, n'expose à aucun danger appliqué selon les règles posées par M. Baudens. Cinq fois sur six il a triomphé entre mes mains de l'étranglement, et dans le cas où il a été impuissant il n'a pas complétement échoué, car la glace a enrayé la marche des accidents inflammatoires, et je lui dois une grande part dans la guérison des malades. » (Renvoi à la section de médecine et chirurgie.)

Hernie inguinale réduite par la même méthode. — M. Delmas,

médecin en chef de l'hôpital de Sarreguemines, adresse une observation de hernie inguinale étranglée traitée avec succès par la glace suivant la même méthode.

Voici le résumé de cette observation :

« Lacroix (Claude), âgé de dix-huit ans, sentait déjà lors de son entrée au service, le 14 avril 1854, une petite grosseur à l'aine droite sans douleur. Au bout d'un mois, étant à cheval, il fut subitement saisi d'une douleur plus aiguë qu'à l'ordinaire qui l'obligea à rester couché. Quelques heures après, la hernie rentra d'elle-même. Le lendemain, elle sortit de nouveau. Le médecin-major du régiment, M. le docteur Woirhaye, en opéra la réduction, appliqua un bandage approprié et prescrivit le repos pendant deux jours. Malgré ces précautions, la hernie sortait souvent sous le bandage pendant les exercices soit à pied, soit à cheval, toujours avec douleur supportable.

» Le 4 juin, Lacroix avait retiré son bandage à neuf heures du matin. A deux heures après midi, en faisant le pansage, il éprouva une douleur très vive à l'aine et fit des tentatives de réduction répétées, mais sans résultat. Néanmoins il dîna comme d'habitude à quatre heures. Une heure après, il vomit les aliments ingérés; plus tard il vomit avec de pénibles efforts, une petite quantité de suc gastrique teint de bile. Il resta dans cet état, couché dans son lit au quartier, jusqu'à sept heures du soir, où il fut porté à l'hôpital. Prévenu et arrivé aussitôt, nous avons trouvé le malade dans l'état suivant :

» Faciès altéré, sueurs froides, horripilations, nausées, pouls très petit, serré, fréquent, à 110 pulsations. Tumeur à l'aine droite, dure, rénitente, sans changement de couleur à la peau, tension extrême le long du canal inguinal, douleur atroce au moindre contact. Les tentatives de réduction seraient évidemment inutiles et nuisibles. Je n'insiste pas. Saignée du bras de 650 grammes. Le pouls s'étant relevé, lavement avec 25 grammes d'huile de ricin et une goutte d'huile de croton. Celui-ci une fois rendu, nous nous sommes empressé d'élever le bassin, d'étaler sur la tumeur des brins de charpie, sur laquelle couche légère nous avons appliqué des fragments de glace renouvelés à mesure qu'ils étaient fondus. Sous cette influence, la douleur s'est calmée graduellement, et une heure après elle était supportable. Néanmoins nous avons pensé que pratiquer le taxis ce serait peut-être renouveler les accidents et qu'il valait mieux persévérer dans l'emploi de la glace. En effet, à deux heures après minuit la réduction s'est faite spontanément. Nous avons ensuite diminué graduellement l'emploi des réfrigérants. A midi, nous avons appliqué un bandage provisoire; deux jours après, un bandage définitif, et trois jours après Lacroix sortait guéri de l'hôpital.

» Après avoir vu depuis vingt-cinq ans bien des hernies étranglées, j'ai la conviction qu'il y avait là une telle constriction, un tel engouement que sans l'emploi de la glace tous les autres moyens eussent échoué et qu'il eût fallu avoir recours à l'opération si souvent meurtrière. » (Section de médecine et chirurgie.)

Traitement des gangrènes survenues par suite de congélation. — M. Ladureau, à l'occasion d'une note récente de M. Baudens (30 avril 1854), adresse un opuscule imprimé accompagné d'une lettre de laquelle nous extrayons les passages suivants :

« Les événements étant venus justifier les principes que j'ai établis relativement au traitement de la gangrène par congélation, et en particulier aux avantages de la temporisation dans les amputations qu'elle nécessite, il me sera peut-être permis de revendiquer la petite part que j'ai prise aux progrès dont la thérapeutique de ces affections tire un si grand profit dans la guerre actuelle. Voici les conclusions de mon travail :

» 1° Le froid, en agissant sur l'économie animale, a pour effet d'amener la mort par arrêt progressif de la circulation des extrémités au centre; il empêche ainsi l'hématose, et, par suite de la privation de l'élément incitateur, abolit complétement l'innervation.

» 2° Quand l'action du froid n'est pas portée jusqu'à l'extinction de la vie, elle a pour effet général de produire une hyposthénie plus ou moins considérable par suite de l'altération que le sang éprouve dans l'imperfection de son hématose; elle frappe d'inertie les organes les plus éloignés du centre de la vie, y arrête la circulation et par suite l'excitabilité, et y produit une asphyxie locale qui peut aller jusqu'à la mortification.

» 3° Le plus souvent les signes d'abolition de la vie que revêtent les organes ne sont qu'apparents et peuvent être dissipés. La décomposition putride où la mortification des parties sont les vrais caractères de la gangrène confirmée.....

» 6° Quand la mortification est profonde, il faut favoriser son élimination par tous les moyens, et se borner à enlever les eschares à mesure qu'elles sont détachées par l'ulcération, en laissant à la nature le soin de réparer elle-même les désordres.

» 7° Il ne faut recourir à l'amputation que quand la mortification est complète, parfaitement limitée, et qu'elle doit amener une déperdition de substance qui rend plus avantageuse la formation d'un moignon en un point choisi. Il faut alors attendre que l'état général et les parties sur lesquelles on doit opérer soient dans des conditions favorables.

» 8° Quand il n'y a aucun avantage à amputer près des parties sphacélées, l'amputation a d'autant plus de chances de succès qu'on la pratique en un point plus éloigné. Dans l'autre cas, il faut opérer, autant que possible, dans la limite de l'ulcération éliminatoire, sans tailler dans le vif.....

» 10° Enfin, la gangrène par congélation étant une gangrène de cause interne, on doit proscrire de la manière la plus absolue toute amputation ayant pour but de porter obstacle à un envahissement plus ou moins rapide de la mortification. » (Renvoi à la section de médecine et chirurgie déjà chargée de l'examen de la note de M. Baudens.)

Séton filiforme. — M. Leriche, à l'occasion de la présentation récente d'un mémoire de M. Bonnafont sur le séton filiforme, adresse une réclamation de priorité dont nous reproduisons le passage suivant :

« J'ai publié sur ce sujet en 1850 un mémoire dont j'ai à cette époque adressé un exemplaire à l'Académie (*Gazette médicale de Lyon*, 31 mars 1850). Ce mémoire a pour titre : *Des divers moyens mis en usage pour l'ouverture des abcès*. Dans le septième paragraphe, on trouvera décrit le séton filiforme, et la recommandation de son emploi, suivi de plusieurs observations. En 1844, j'ai présenté à la Société médicale d'émulation de Lyon des malades atteints de bubons vénériens et qui ne laissaient aucune trace après avoir suppuré assez longtemps. J'ai depuis fait avec succès l'application du séton de soie dans les kystes séreux du poignet. » (Renvoi à l'examen de la commission des prix de médecine et chirurgie déjà saisie du travail de M. Bonnafont.)

— M. Dezautière adresse de Decize (Nièvre) un mémoire ayant pour titre : *Quelques observations sur les rapports de la mortalité et de ses causes avec les phénomènes météorologiques*. (Commissaires : MM. Andral, Rayer.)

Commission des prix. — Dans la séance précédente, l'Académie a procédé à la nomination de la commission de neuf membres, chargée de l'examen des pièces admises au concours pour le prix de médecine et de chirurgie. Ont été élus commissaires : MM. Serres, Bernard, Andral, Velpeau, Rayer, Duméril, Magendie, Flourens, Milne-Edwards.

Dans la dernière séance, l'Académie a procédé à la nomination des membres de la commission chargée de l'examen des pièces admises au concours pour le prix dit des arts insalubres. Ont été élus : MM. Chevreul, Dumas, Rayer, Boussingault et Pelouze.

Candidature à la chaire d'anatomie comparée du Muséum. — La section d'anatome et de zoologie présente, par l'organe de son doyen, M. Duméril, la liste suivante de candidats pour la chaire d'anatomie comparée vacante au Muséum d'histoire naturelle par suite du décès de M. Duvernoy :

En première ligne, M. Serres.

En seconde ligne (*ex æquo*), et par ordre alphabétique, MM. Paul Gervais et Pierre Gratiolet.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 16 mai 1855. — Présidence de M. Huguier.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Jarjavay présente une petite fille atteinte de tumeur érectile traitée par la cautérisation avec une aiguille rougie à blanc. Il existe une amélioration notable.

— M. Richet présente un malade qui, entré à l'hôpital pour un cancroïde de la base de la langue, a vu cette tumeur subir une élimination spontanée. Il s'agissait bien d'un cancroïde; car on trouva dans un petit fragment de la tumeur un mélange de tissu fibro-plastique et de cellules épithéliales. Il reste aujourd'hui une cicatrice indurée sur la partie latérale droite de la langue; mais il existe en même temps une tumeur dure à la partie postérieure du maxillaire inférieur. M. Richet demande l'avis de ses collègues sur ce qu'il serait utile de faire dans ce cas.

M. Michon est d'avis de ne rien tenter de chirurgical. Peut-être pourrait-on continuer l'usage de la liqueur de Fowler, pendant l'usage de laquelle la tumeur s'est éliminée.

M. Robert partage l'avis de M. Michon; car il existe dans le plancher buccal des indurations et des infiltrations morbides. De plus, on trouve des ganglions indurés.

M. Robert a vu un cas de guérison spontanée d'un cancroïde de la langue à la suite d'un accès de fièvre pernicieuse. Il y eut élimination de la tumeur; une cicatrisation s'opéra, et on ne trouva plus aucune trace de cancer. Mais six mois après, il survint un ganglion induré dans la région sous-maxillaire; puis ce ganglion augmenta de volume et le malade se tua.

M. Robert ne saurait dire ce qui s'est passé dans le cancer de la langue. Peut-être s'était-il opéré là quelque gangrène superficielle; mais pendant l'accès de fièvre pernicieuse on s'est peu occupé de l'état de la langue.

M. Larrey pense aussi qu'une opération ne serait pas motivée dans le cas dont il s'agit, en raison d'abord de l'élimination qui s'est faite spontanément de la tumeur de la langue; en raison ensuite du peu de développement de la tumeur sublinguale, qui pourrait bien arriver à la même terminaison, et à cause de la disparition d'un ganglion sous-maxillaire engorgé; à cause enfin du désir exprimé par le malade de se soustraire à une opération sanglante. Ajoutons à cela, dit-il, les chances de récidive si fréquentes et si redoutables des affections cancroïdes ou cancéreuses de la langue soumises à l'extirpation. Tous les chirurgiens pourraient en citer des exemples.

M. Larrey en a, pour sa part, observé quelques-uns, notamment celui d'un ancien médecin militaire, opéré il y a deux ans par M. Maisonneuve, et qui a succombé quelque temps après.

Un cas analogue existe actuellement au Val-de-Grâce chez un ancien sous-officier. Le mal existe depuis un an; il intéresse la moitié antérieure de la langue; il se complique d'adhérences au plancher de la bouche et d'engorgement des ganglions sous-maxillaires. M. Larrey, sans espérer une élimination par gangrène, essayera les moyens les plus simples avant de se décider à une opération; mais auparavant il présentera le malade à la Société afin de s'éclairer de l'avis de ses collègues.

M. Huguier émet l'opinion que dans le cas de M. Richet il pourrait bien s'agir d'un cancroïde et d'une gomme, dont l'élimination s'expliquerait assez bien.

CORRESPONDANCE.

La Société procède à la nomination de deux commissions, l'une pour le prix de la Société, l'autre pour le prix Duval. La première est composée de MM. Bouvier, Robert, Boinet; la seconde, de MM. Broca, Guérin, Verneuil. M. Marjolin est adjoint à cette dernière.

RAPPORT.

M. Bouvier lit le rapport suivant sur un travail envoyé par M. Gillebert d'Hercourt.

M. Bouvier. M. le docteur Gillebert d'Hercourt a envoyé à la Société de chirurgie plusieurs mémoires, en exprimant le désir d'être nommé membre correspondant. Votre commission se propose de vous faire un rapport collectif sur ces travaux; mais elle m'a chargé, en attendant, de vous présenter un rapport particulier sur le travail spécial ayant pour titre : *Luxation coxo-fémorale congéniale simple, réduite heureusement sur une petite fille de quatre ans et demi; exposé pratique et raisonné de la méthode de Pravaz.*

Nous venons, en conséquence, MM. Follin, Debout et moi, vous rendre compte de l'observation de réduction d'une luxation congéniale du fémur et d'un exposé de la méthode de Pravaz, adressés à la Société de chirurgie par M. le docteur Gillebert d'Hercourt.

Avant d'entrer en matière, je vous demande la permission d'établir nettement ma position particulière à l'égard des questions que ce travail soulève.

J'ai nié la réductibilité des luxations fémorales congénitales; j'ai nié la réalité des réductions annoncées par quelques honorables confrères, et en particulier par notre bien regrettable collègue Pravaz. Mais j'ai toujours été prêt, comme je le suis encore, à renoncer à ma manière de voir en présence de preuves sans réplique. Aucun motif personnel ne gêne ma liberté d'action sous ce rapport; et, loin qu'il m'en coûtât de rétracter mes opinions, je m'estimerais très heureux d'avoir à proclamer une nouvelle conquête de l'orthopédie et le triomphe des principes que j'ai repoussés jusqu'ici. C'est donc avec une entière indépendance et l'esprit dégagé de toute prévention que je vais examiner le mémoire qui vous est soumis; s'il avait pu en être autrement, je n'eusse pas accepté la délicate fonction de rapporteur.

Je le déclare, en outre, dans aucun de mes actes, je n'ai songé à mettre en suspicion la probité scientifique de Pravaz, à porter atteinte à sa mémoire, et, tout en récusant ses faits et ses doctrines, je rends sincèrement hommage à la droiture de son caractère et à son amour de la vérité.

Cela dit, abordons le nouveau travail de son honorable successeur.

L'observation rapportée par M. Gillebert d'Hercourt peut se résumer comme il suit :

Fille de quatre ans et demi; luxation congénitale du fémur droit caractérisée par la claudication particulière à ce vice de conformation, par un raccourcissement de 26 millimètres, par l'élévation et la saillie du grand trochanter, le peu d'étendue du mouvement d'abduction, la facilité anomale de la flexion, l'ensellure lombaire, le mouvement de bascule de la tête du fémur perçu par la main appliquée à la fesse dans un mouvement combiné de flexion, d'adduction et de rotation, enfin par la dépression de la région inguinale, où le tact constatait l'absence de la tête fémorale; extension préparatoire dans la position horizontale, pendant quatre mois; au bout de ce temps, trois tentatives de réduction à des intervalles très rapprochés; après la dernière, signes de réduction produite; pressions continues sur les hanches, abduction permanente; tous les jours, légers mouvements de rotation imprimés au membre et accompagnés de pressions sur le grand trochanter; bains d'air condensé; six semaines après la *réduction*, exercice journalier des membres inférieurs sur un char horizontal, à bielles, roulant sur un rail-way; trois mois plus tard, essais graduels de progression, d'abord à l'aide d'un char à béquilles, puis avec le secours d'une main étrangère, et enfin sans appui; on termine en permettant à l'enfant de s'asseoir, au bout d'un an de traitement; à cette époque, *on ne retrouve plus aucun signe de luxation.*

Ici, messieurs, commence pour votre rapporteur une tâche qui n'est pas sans difficulté. Il s'agit d'apprécier des faits que votre commission n'a pu contrôler, de découvrir dans le seul récit de l'auteur jusqu'à quel point ses sens l'ont bien servi, jusqu'à quel point ils peuvent l'avoir abusé.

Voici plus de vingt ans que l'on tente de réduire les luxations congénitales du fémur, et l'on n'y a pas encore réussi une seule fois à Paris. On parle, au contraire, d'une trentaine de guérisons obtenues à Lyon. Est-ce qu'il faudrait dire de la possibilité de cette réduction ce que Pascal disait de la justice humaine, qu'*une rivière ou une montagne borne, vérité au delà de.....* la Loire, *erreur en deçà?* Serait-ce à sa méthode particulière que Pravaz aurait dû les succès qu'on lui attribue? Mais il y a huit ans qu'il a fait connaître cette méthode, et les nouveaux essais qu'on en a faits dans notre ville n'ont pas été plus heureux.

Une luxation traumatique du fémur est irréductible après un petit nombre de mois ou même de semaines, quoique les éléments de l'articulation normale subsistent ou qu'ils soient peu altérés. Après ce qu'on observe dans ce cas, on devrait assurément considérer comme un miracle de l'art la réduction de luxations fœtales ou embryonnaires quatre, cinq, six, dix, douze, quinze ans après la naissance, alors qu'on retrouve à peine les éléments articulaires, heureusement suppléés par une organisation nouvelle solide, qu'il faut d'abord détruire avant de songer à rétablir les rapports normaux. Sans doute la science a enfanté tant de prodiges depuis un demi-siècle, qu'il serait téméraire de vouloir poser les limites de sa puissance; mais plus un fait de cette nature s'éloigne de ce que notre faible raison peut concevoir, plus on est en droit d'exiger que sa réalité soit rigoureusement démontrée. « On souhaiterait, dit Voltaire, pour qu'un miracle fût bien constaté, » qu'il fût fait en présence de l'Académie des sciences de Paris, ou de » la Société royale de Londres et de la Faculté de médecine. » N'est-il pas permis de former le même vœu à l'égard des réductions dont il s'agit?

Ces réflexions justifieront, je l'espère, quelques-unes des remarques que je vais présenter.

La méthode de Pravaz, suivie par M. Gillebert d'Hercourt, comprend deux périodes. La première a pour objet d'abaisser la tête du fémur en surmontant par des tractions continues la résistance des muscles et des ligaments rétractés. Ce résultat préliminaire est indispensable au succès des manœuvres de réduction. A-t-il été obtenu dans l'observation de M. Gillebert d'Hercourt? L'auteur n'en fournit aucune preuve; il se borne à dire qu'après les quatre mois d'extension préparatoire, la *tête du fémur parut suffisamment abaissée*. Notre confrère ne nous dit pas quelle était la direction transversale du bassin par rapport à l'axe du tronc avant, pendant et après cette partie du traitement, et cependant on sait avec quelle facilité le bassin obéit aux tractions exercées sur l'un des membres inférieurs. On sait que l'abaissement de l'ilium correspondant est à peu près inévitable, malgré les moyens de contre-extension, quand les tractions sont continues et qu'elles rencontrent une grande résistance dans les liens naturels du fémur. Or on peut croire dans ce cas à une descente de la tête fémorale le long de l'ilium, bien que ses rapports avec cet os n'aient point changé. Cette erreur, que des hommes très éminents ont commise, a-t-elle été évitée par l'auteur de l'observation? Le silence qu'il garde sur les précautions

qu'il a pu prendre pour s'en garantir nous met dans l'impossibilité de rien assurer à cet égard.

Dans la seconde période du traitement, on réduit la luxation et l'on *consolide* les nouveaux rapports articulaires.

Les manœuvres de réduction ressemblent à celles que l'on emploie pour les luxations traumatiques. Seulement on n'a point les mêmes signes pour reconnaître si elles sont couronnées de succès. Cependant, après sa troisième tentative, l'auteur *demeura convaincu que la tête fémorale occupait bien le lieu d'élection*. Sur quoi se fonde cette conviction? Sur ce que la *vacuité* de l'aine aurait disparu, sur ce que la tête du fémur serait venue y faire *saillie*, se serait de plus en plus rapprochée de l'artère fémorale, sur ce qu'on l'aurait sentie rouler sous les doigts dans la rotation de la cuisse en dehors. Cette sensation perçue dans la région inguinale est, suivant Pravaz et M. Gillebert d'Hercourt, le *signe le plus certain*, le *signe univoque* du retour de la tête du fémur dans le cotyle, comme de sa présence normale dans le même lieu chez les sujets bien conformés. Je me suis demandé, à ce sujet, si j'étais dépourvu d'un sens qui serait très développé chez nos confrères de Lyon, car je n'ai jamais pu parvenir à percevoir par le tact le roulement de la tête du fémur à l'aine dans l'état normal. Je n'ai pas tardé à reconnaître que je n'étais pas le seul, à Paris, pour qui cette sensation fût obtuse. D'habiles confrères, des internes distingués de nos hôpitaux ont recherché sous mes yeux, sans plus de succès, ce signe *si certain* de la présence de la tête fémorale dans le cotyle. Je souhaite vivement que mes honorables collègues de la Société de chirurgie veuillent bien, à leur tour, consulter leurs sens depuis longtemps exercés à tous les genres d'exploration ; le résultat de leur examen nous apprendra sans doute ce qu'il faut penser de cette différence d'appréciation d'un fait matériel. En attendant, il me sera permis d'exprimer quelques doutes sur l'existence d'un phénomène dont je n'ai pu constater la réalité. Ne serait-il pas possible que Pravaz et l'auteur de l'observation s'en fussent laissé imposer par quelque apparence trompeuse? Il est bien vrai que les parties molles de l'aine sont un peu plus excavées, soit à la vue, soit au tact, par suite de l'absence de la tête du fémur luxée sur l'os iliaque; que le creux inguinal doit sembler, au contraire, plus rempli, si l'os est ramené à sa situation normale. Mais que de causes d'erreur, si l'on prétend déterminer la position de l'os par ce seul caractère! Un peu plus ou un peu moins d'embonpoint, une légère différence d'extension ou de flexion de la cuisse, la contraction, le soulèvement, le gonflement de quelque muscle, peuvent faire croire le contraire de ce qui existe. La tête fémorale n'est-elle pas trop profondément située, n'excède-t-elle pas de trop peu le bord du cotyle, pour faire sentir avec certitude, à la vue ou au toucher, sa présence et ses mouvements dans cette région?

Un fait dont j'ai été témoin prouve la facilité des méprises en pareil cas; il appartient à Pravaz lui-même. On lit dans son *Traité des luxations congénitales du fémur* (p. 195) que la nièce d'un des membres les plus distingués de l'Académie de médecine lui a présenté, après la réduction présumée de deux luxations fémorales dont elle était atteinte, « la sensation que la tête du fémur fait éprouver au toucher lorsqu'on » presse sur la région inguinale en même temps que l'on imprime au » membre un mouvement de rotation en dehors », et, d'après ce signe, la guérison lui parut indubitable. Or cette jeune personne, pour laquelle j'avais été consulté avant le traitement, fut examinée, après la cure, par une commission de l'Académie de médecine nommée, sur la demande de Pravaz, dans la séance du 21 septembre 1841. Je faisais partie de cette commission avec mon bien vénéré maître Marjolin, avec Blandin, Breschet, Nacquart, MM. Gerdy, Velpeau. Je reconnus, pour mon compte, la persistance des deux luxations, caractérisées par tous les symptômes que j'avais observés avant le traitement. Le signe de Pravaz l'avait trompé. Comment serions-nous, après cela, en mesure d'affirmer que la même erreur n'a pu être commise par M. Gillebert d'Hercourt dans le fait qu'il nous a soumis?

Pour établir le résultat définitif du traitement après les manœuvres employées pendant plusieurs mois dans le but de *consolider les nouveaux rapports articulaires*, notre honorable confrère décrit l'état où se trouve aujourd'hui l'enfant.

Diverses mesures ont été prises sur le membre sain et sur le membre malade, avant et après la cure. Il est à regretter que toutes ne soient pas comparables, que, par exemple, on ait mesuré avant le traitement la distance de la crête iliaque au grand trochanter, et qu'on n'ait pas répété cette mensuration plus tard ; qu'au contraire on ait songé seulement après la cure à mesurer la distance du milieu du sacrum au trochanter, qu'on n'avait point déterminée auparavant.

Quelques-unes de ces mesures paraissent se contredire. Ainsi, le fémur, mesuré du grand trochanter au condyle externe, a été trouvé plus court d'un centimètre du côté luxé ; il y avait en outre, dit-on, 25 millimètres de moins entre la crête iliaque et le sommet du grand trochanter, ce qui aurait dû faire un raccourcissement total de 35 millimètres, et cependant la mensuration de la totalité du membre, de l'épine iliaque à la vérité, non de la crête, à la malléole externe, n'a donné que 26 millimètres en moins pour le côté affecté. Il a dû se glisser ici quelque erreur, et cela ne surprendra pas ceux qui savent toute la difficulté de ces mensurations, surtout chez les enfants. Après le traitement, la différence de longueur des deux fémurs n'était plus, suivant M. Gillebert d'Hercourt, que d'un demi-centimètre, et il est porté à croire que l'os du côté malade avait pris plus de développement que l'autre. Cette explication est peu en rapport avec la marche connue de ces sortes d'atrophie en longueur, et il nous semble plus naturel de penser que la mensuration n'aura pas été faite exactement de la même manière aux deux époques.

Malgré cette différence d'un demi-centimètre que présentaient encore les fémurs après la cure, les deux membres étaient d'égale longueur, ce qui est dû, suivant l'auteur, au peu de profondeur du cotyle, dans lequel la tête fémorale était moins enfoncée que du côté sain. S'il en eût été ainsi, la distance de l'épine iliaque au sommet du grand trochanter eût été plus grande du côté malade, et l'auteur dit l'avoir trouvée égale à droite et à gauche. Ici encore ce défaut de concordance nous paraît s'expliquer plus naturellement par la facilité avec laquelle la mensuration, répétée même avec soin, peut donner des résultats qui varient d'un demi-centimètre, d'un centimètre et davantage.

Nous signalerons une autre preuve de cette incertitude des résultats de la mensuration, lorsqu'il s'agit d'apprécier des différences peu considérables. Le tableau des mesures prises avant le traitement porte 75 millimètres pour la distance de l'épine iliaque au sommet du grand trochanter *du côté sain;* cette distance n'est que de 70 millimètres après le traitement. Il serait assurément difficile d'expliquer cette diminution d'un demi-centimètre autrement que par ces variations indépendantes de la volonté du praticien, dont je parlais tout à l'heure.

L'auteur reconnaît que le grand trochanter est encore saillant, et il constate que, du côté affecté, cette éminence osseuse est plus distante d'un centimètre de la ligne médiane du sacrum. Il trouve, au contraire, de ce même côté, 1 centimètre de moins que du côté sain, entre le grand trochanter et la ligne médiane antérieure. La cause de cette différence réside, suivant lui, dans une déformation du bassin, déterminée par la luxation. On peut opposer à cette interprétation que les déformations de ce genre n'ont point été observées à l'âge de cet enfant (quatre à cinq ans); qu'il est probable qu'elles n'existent pas encore à cette époque, ou qu'elles sont trop légères pour donner lieu à de semblables résultats. En outre, la mensuration avant le traitement a donné 2 centimètres de plus du côté luxé pour l'éloignement du grand trochanter de la ligne médiane; et puisque la déformation du bassin aurait dû, au contraire, produire une différence d'un centimètre au moins, cela porte la saillie du grand trochanter à 3 centimètres. L'influence de la forme du bassin devait même être plus grande, puisqu'il en est résulté après le traitement 1 centimètre en moins, malgré une *légère saillie* que faisait encore le grand trochanter; d'où l'on voit qu'en portant celui-ci en dehors et en arrière, la luxation l'aurait écarté de la ligne médiane antérieure d'au moins 3 à 4 centimètres. Or, en raison de la proportion des parties à cet âge, et du siége présumé de l'articulation anomale, une pareille supposition est fort invraisemblable. Il l'est beaucoup moins d'admettre quelque inexactitude dans la mensuration.

M. le docteur Gillebert d'Hercourt insiste, pour démontrer le rétablissement des rapports articulaires normaux, sur l'égalité de longueur des deux membres, et sur le rapprochement du grand trochanter de la ligne médiane. Cette dernière circonstance serait plus probante si l'écartement du grand trochanter avait complétement disparu, comme cela devrait avoir lieu dans une réduction véritable, et si l'on ne savait que le seul abaissement du bassin, du côté luxé, suffit pour rendre cet écartement beaucoup moins sensible.

L'inclinaison du bassin rétablit de même en apparence l'égalité de longueur des deux membres, qu'on a crue plus d'une fois réelle, parce qu'on méconnaissait cette inclinaison. Il semble que la mensuration doive toujours préserver de cette erreur. Mais si le bassin est oblique, et surtout si l'on ne se fait pas une juste idée de sa direction, on peut placer le ruban sur des points qui ne sont pas parfaitement correspondants à droite et à gauche, et attribuer au membre malade plus de longueur qu'il n'en a réellement. Une autre cause a pu faire illusion dans le cas particulier qui nous occupe. La flexion de la cuisse paraîtrait avoir été plus marquée avant qu'après le traitement, et le seul changement d'attitude du membre par suite des efforts exercés sur les muscles et les ligaments a pu augmenter la distance de l'épine iliaque à la partie inférieure de la jambe, sans qu'un changement réel de situation de la tête du fémur fût pour rien dans cet allongement apparent. Que ces suppositions soient fondées ou non, nous pensons qu'avec les chances d'erreur que présente la mensuration des membres inférieurs chez les enfants dans l'état pathologique, qu'après les inexactitudes très probables que j'ai déjà signalées dans les mesures indiquées par M. Gillebert d'Hercourt, nul ne voudrait assurer, sans l'avoir vérifié par lui-même, que le membre a recouvré sa longueur normale, et que conséquemment la luxation est réduite. Votre rapporteur, en particulier, est d'autant moins disposé à accepter à cet égard sans contrôle le témoignage d'autrui, qu'il ne peut avoir oublié qu'en 1839, à l'occasion du jeune F..., présenté par Pravaz comme un exemple de guérison d'une luxation fémorale congénitale, il acquit, par une exploration directe, la conviction de la persistance de la luxation et de l'existence d'un raccourcissement sensible du membre, déclaré néanmoins *plus long, ou au moins aussi long* que le membre sain par une commission de l'Académie de médecine, dont notre savant collègue, le professeur Gerdy, était l'organe (1).

M. Gillebert d'Hercourt dit que sur l'enfant qui fait le sujet de sa communication, « on ne peut plus, comme autrefois, faire basculer la » tête du fémur dans la fosse iliaque externe. » Ceci demandait quelque explication. On ne sent pas, la plupart du temps, la tête du fémur *basculer* sur la face externe de l'ilium; seulement cette tête, qu'on ne découvre pas ordinairement par l'exploration de cette région, quand la cuisse est étendue et immobile, se fait presque toujours sentir au tact, dans une forte rotation en dedans, et surtout dans une forte flexion du membre, parce qu'elle change alors de situation et qu'elle devient plus accessible aux doigts de l'observateur. La saillie qu'elle forme est d'ailleurs plus ou moins distincte, et peut échapper, dans certains cas, à des recherches insuffisantes. Nous aurions désiré trouver dans le récit de l'auteur quelques détails sur celles auxquelles il a dû se livrer, avant et après le traitement, pour constater d'abord la présence de cette saillie, puis son absence complète dans des *attitudes identiques* du membre. La description de l'état antérieur porte, comme je l'ai rappelé dans l'analyse de l'observation, qu'il y avait « perception par les » doigts de l'observateur, à travers les téguments et les muscles fes» siers, du mouvement de bascule de la tête du fémur, quand, portant » le membre dans une flexion et une adduction forcées, on lui impri» mait des mouvements de rotation. » C'est sans doute par un mouvement semblable que l'auteur a cherché vainement, après la cure, à reproduire ce mouvement de bascule. Mais ici se présente un nouveau motif d'incertitude. M. Gillebert d'Hercourt nous apprend qu'un des effets du traitement a été de diminuer l'étendue de la flexion de la cuisse, qui a perdu une partie de sa mobilité dans ce sens. On n'a donc pas pu, dans la recherche du mouvement de bascule, produire une flexion *forcée*, comme avant le traitement, et peut-être est-ce la seule cause de la différence des résultats de l'une et de l'autre exploration.

Je ne m'arrêterai pas à quelques signes de réduction encore plus équivoques que les précédents, tels que la plus grande étendue du mouvement d'abduction, l'effacement de l'ensellure lombaire, la diminution de la claudication. Nous ne pouvons juger du degré d'amélioration obtenu sous ces différents rapports, et, fût-il aussi prononcé que le langage de l'auteur semble l'indiquer, ce résultat, quelque avantageux qu'il puisse paraître, n'impliquerait point la guérison de la luxation; car de simples modifications dans la longueur des muscles et des ligaments, dans la direction du bassin, peuvent produire des changements analogues, sans que pour cela le fémur ait été replacé dans la cavité cotyloïde. J'ai dit que la claudication était seulement diminuée; suivant notre confrère, elle *n'existe plus*, mais la démarche tient de celle des enfants du premier âge, qui marchent en écartant les jambes et en *balançant légèrement le tronc*. Il nous est difficile de ne pas voir dans ce balancement un degré quelconque de claudication.

M. Gillebert d'Hercourt invoque à l'appui de son opinion sur la guérison de la luxation l'autorité de plusieurs praticiens distingués de Lyon, qui, après avoir examiné l'enfant au début du traitement, reconnurent, dit-il, un peu plus tard, l'exactitude des détails qu'il donne sur l'état du membre après la cure. Ces honorables témoignages ne prouveraient qu'une chose; c'est que, si l'auteur s'est trompé sur la nature du fait qu'il rapporte, il s'est trompé en bonne compagnie. Il est d'ailleurs évident qu'ils ne sauraient lever les doutes que fait naître la lecture de l'observation. Au reste, la conviction de deux de ces estimables confrères paraît moins arrêtée que celle de l'auteur. Ils ont paru préoccupés de la tendance que le membre conserve à se porter dans la rotation en dehors, ainsi que de cette moindre étendue de la flexion de la cuisse dont j'ai parlé plus haut. M. Gillebert d'Hercourt a donné l'explication de ces deux faits, afin de *dissiper les inquiétudes* qu'ils ont fait concevoir; il ne nous dit pas s'il y a réussi.

Dans la seconde partie de son travail, l'auteur reproduit, avec quelques amplifications, l'exposé que Pravaz a fait de sa méthode curative dans son *Traité des luxations congénitales du fémur*. Il s'efforce d'établir que cette méthode réunit toutes les conditions nécessaires pour obtenir la réduction, pour reconstituer l'articulation, rétablir ses mouvements, *façonner* par le frottement les pièces articulaires l'une pour l'autre, creuser au besoin un nouveau cotyle dans le lieu qu'occupait l'ancien, enfin pour prévenir une récidive de la luxation. Tous ces résultats ont été produits, suivant notre honorable confrère, dans vingt-deux cas qu'il a rapportés dans un précédent mémoire. Nous n'avons pas mission d'analyser ici et de discuter ces faits; nous dirons seulement qu'aucun d'entre eux n'est plus convaincant que celui dont nous avions à vous entretenir.

M. Gillebert d'Hercourt ajoute que ce traitement est d'une *parfaite innocuité*. Ce n'est pas tout à fait ce qu'on serait tenté de croire en lisant les observations de Pravaz. Celle de notre confrère lui-même porte que, pendant l'extension préparatoire, l'immobilité absolue de l'enfant eut pour conséquence le trouble des fonctions digestives, la perte d'appétit, la constipation. Après la deuxième tentative de réduction, il y eut de la chaleur à la peau, de l'agitation, de la difficulté d'uriner. Après la réduction présumée, retour de la dysurie, glandes inguinales engorgées et douloureuses. Dix jours plus tard, diminution de l'appétit; l'aine redevient douloureuse, ses ganglions s'engorgent de nouveau; agitation la nuit, sommeil interrompu par des cris, tête chaude. Après la cessation de ces accidents, on fut encore obligé de ne pratiquer les pressions sur le grand trochanter que pendant de courts intervalles *autrement la douleur de l'aine devenait très vive*. Quand l'enfant commença à marcher, ces mêmes souffrances dans l'aine la forçaient bientôt de s'arrêter, et elle éprouvait de la difficulté à poser le talon à terre. Je veux bien que ces divers troubles fonctionnels aient jusqu'ici promptement cédé aux moyens appropriés, que le bain d'air condensé, en particulier, ait toujours remédié aux mauvais effets de l'immobilité; cette altération de la santé, pour n'avoir pas encore eu de suites fâcheuses, en est-elle moins réelle?

Nous concluons, relativement au nouveau fait de réduction présenté par M. le docteur Gillebert d'Hercourt :

1° Qu'il n'est pas démontré que la luxation du fémur soit effectivement réduite;

2° Que le traitement semble avoir produit quelque amélioration dans l'état du membre, mais que le temps seul apprendra si cette amélioration est réelle et durable.

Votre commission vous propose de remercier M. Gillebert d'Hercourt de sa communication, et de déposer son mémoire honorablement dans vos archives.

Le secrétaire de la Société : É. Follin.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 23 mai, M. Flourens, présenté le premier sur la liste des candidats de l'Institut, a été nommé professeur d'histoire naturelle des corps organisés au Collége de France, en remplacement de M. Duvernoy, décédé.

— Par arrêté du même jour, M. Giraudy (Honoré) a été nommé préparateur d'histoire naturelle à la Faculté des sciences de Marseille.

— Par arrêté du 23 mai, un concours public sera ouvert, le 20 août prochain, devant la Faculté de médecine de Strasbourg, pour la place de chef des travaux anatomiques vacante dans cette Faculté.

Le délai dans lequel les candidats devront se faire inscrire expirera le 20 juillet.

Le candidat nommé à la suite de ce concours entrera en exercice dès que l'institution ministérielle lui aura été conférée.

— M. le docteur Jacob, pharmacien major en retraite, et l'un des rédacteurs du *Recueil de Mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires*, vient de mourir à Paris.

— M. John Cowper, professeur de matière médicale à l'Université de Glascow, vient de mourir dans cette ville. Le docteur Cowper était un homme fort savant et un praticien distingué. Il communiquait parfois des observations cliniques à l'ancien journal médical de Glascow; mais il écrivait rarement, circonstance, ajoute l'*Association medical Journal*, plus digne de remarque que de reproche dans un siècle d'écrivassiers (*scribblers*) comme le nôtre.

(1) *Bulletins de l'Académie de médecine*, t. IV, p. 147.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 30 MAI 1855.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie, en travail d'élections, a dû surseoir à la suite de la discussion sur la folie, pour s'occuper de l'appréciation des titres des candidats à la place vacante dans la section de médecine vétérinaire. A quatre heures, elle s'est constituée en comité secret pour entendre le rapport de la section et arrêter la liste de candidature. Nous faisons connaître plus loin le résultat de la délibération. Cependant, l'heure restée disponible est loin d'avoir été perdue. Trois candidats pour la section d'anatomie pathologique ont successivement été entendus; ce sont MM. Blache, Bayle et E. Barthez. Nous devons au moins une mention à chacune de ces lectures, que l'Académie a paru écouter avec une sérieuse attention.

Le mémoire lu par M. Blache a pour objet l'étude des altérations anatomiques qu'on observe à la suite de l'hydropisie chronique des ventricules du cerveau; altérations qui, malgré leur importance pour les anatomo-pathologistes, n'ont été décrites nulle part avec des détails suffisants.

L'une des plus grandes difficultés de ce genre d'études tenait à la diffluence que présente, dans ce cas, la substance du cerveau réduit à un état quasi lamellaire. Il fallait parer avant tout à cet inconvénient; c'est ce qu'a fait M. Blache. A l'aide d'une macération prolongée dans l'alcool, il est parvenu à donner au cerveau une consistance assez ferme pour pouvoir faire des recherches longues et minutieuses. Ces recherches lui ont fourni l'occasion de constater un certain nombre de détails d'anatomie pathologique et d'anatomie normale qui intéresseront au même titre anatomistes et médecins. On en trouvera l'exposé sommaire dans le compte rendu de la séance.

La lecture de M. Bayle est relative à une question d'anatomie pathologique générale d'une grande portée, savoir : s'il existe un signe général des altérations du sang dans les maladies, et des signes particuliers pour chacune de ces altérations. L'auteur répond affirmativement à cette question. Fidèle à ses précédents, on pressent assez que ce n'est pas à la chimie que M. Bayle a demandé la solution de cette question, mais bien à la pathologie, c'est-à-dire à l'étude de signes vivants susceptibles de traduire les modifications pathologiques spéciales du sang en tant qu'organe vivant lui-même, et indépendamment de sa crase chimique, modifications que l'analyse est impuissante à faire connaître. C'est la peau qui est pour M. Bayle le réactif propre à déceler les altérations du sang. C'est par l'aspect de la peau, par ses colorations diverses, par les éruptions variées dont elle est le siége, et que l'on sait être liées à des affections générales dans lesquelles l'altération du sang joue un des principaux rôles, que M. Bayle juge de l'état du sang. Passant des affections typhiques, des maladies éruptives, des diverses cachexies dans lesquelles ces rapports sont manifestes et plus ou moins généralement reconnus, à d'autres affections où ils sont moins évidents, M. Bayle a été conduit à admettre que la plupart des maladies cutanées ne sont elles-mêmes que l'expression d'autant d'altérations spéciales du sang.

L'extrait étendu de ce travail que nous publions plus bas donnera une idée beaucoup plus complète des vues de M. Bayle sur ce sujet.

On considère généralement, et avec vérité, toute modification du bruit respiratoire naturel qui frappe l'oreille appliquée sur la poitrine, comme traduisant une lésion plus ou moins grave et plus ou moins étendue de la partie des organes respiratoires qui en est le plus rapprochée. Dans la majorité des cas, en effet, c'est sous l'oreille même, ou du moins dans les parties les plus voisines que se produit le bruit perçu. Mais il n'en est pas toujours ainsi. Dans quelques circonstances plus rares, les bruits perçus prennent naissance dans un point éloigné de l'oreille, et lui sont transmis au travers de la poitrine. Cette transmission trompeuse, si l'on n'en est prévenu, peut entraîner les plus graves erreurs de diagnostic et de thérapeutique. L'étude de cet intéressant phénomène d'auscultation fait l'objet du mémoire lu par le troisième candidat, M. E. Barthez. C'est sur les conditions anatomiques qui favorisent cette transmission du bruit à distance et sur son mécanisme que M. Barthez s'est principalement proposé d'appeler l'attention de l'Académie.

Cette transmission est due, suivant lui, soit à des corps solides qui ont pris la place d'une portion du poumon, tels que des ganglions bronchiques devenus tuberculeux, par exemple, lorsque ces corps touchent d'un côté le point de la poitrine au niveau duquel l'oreille est appliquée, et de l'autre sont en contact immédiat avec les grosses bronches ou avec le bas de la trachée; soit à des liquides épanchés dans la plèvre. Dans l'un et l'autre cas il en résulte des bruits de respiration bronchique caverneuse, de gargouillement, de respiration amphorique qui peuvent en imposer aux oreilles les mieux exercées pour l'existence d'excavations tuberculeuses ou de pneumothorax. C'est en effet ce qui est arrivé dans deux cas de pleurésie simple rapportés dans le mémoire de M. Barthez, et notamment dans un cas très curieux où, faute d'avoir connu ces conditions, on a laissé succomber à un épanchementt pleurétique un malade que la thoracentèse eût pu sauver, et qu'on avait considéré comme ayant des cavernes tuberculeuses.

L'objet du mémoire de M. Barthez a, comme on le voit, une importance pratique que l'on ne saurait méconnaître.

Parmi les pièces de la correspondance, il en est une que nous ne pouvons laisser passer ici sous silence, c'est le mémoire de M. le Dr Jacquot sur la non-identité anatomique du typhus et de la fièvre typhoïde. M. Jacquot a entendu l'appel que nous avons fait aux médecins de l'armée d'Orient. A peine arrivé à Constantinople, il a ouvert les premiers cadavres de sujets atteints de typhus qu'il a pu observer, et ajoutant à ces premiers résultats de ses recherches personnelles les faits déjà constatés par les médecins qui l'ont précédé, il a esquissé un tableau de l'anatomie pathologique du typhus, qui nous paraît de nature à modifier bien des opinions sur ce grave sujet.

Il sera intéressant, lorsque ces recherches auront été suffisamment multipliées et contrôlées, d'en rapprocher les résultats de ceux que M. le professeur Forget (de Strasbourg) a fait connaître il y a quelque temps, et de reprendre, avec ces nouveaux éléments, la question si controversée de l'identité ou de la non-identité du typhus et de la fièvre typhoïde.

Nous saisirons cette occasion pour dire que nous sommes autorisé par M. le professeur Forget à déclarer que son opinion à cet égard n'a fait que se raffermir de plus en plus en présence des observations et des autopsies nombreuses qu'il a faites depuis sa communication à l'Académie des sciences.

Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. Jobert (de Lamballe).

Brides cicatricielles du cou suite de brûlures; opération. Considérations générales sur les cicatrices.

Je vais pratiquer tout à l'heure devant vous une opération qui aura pour but de remédier à une difformité considérable que porte la femme couchée au n° 31 de la salle Saint-Maurice. Je vais vous exposer d'abord l'histoire de cette malade, et les circonstances dans lesquelles eut lieu l'accident qui causa cette difformité.

Observation. — Elisa Charreau n'a point eu dans son enfance de maladie sérieuse. Réglée à douze ans, elle n'éprouva aucun trouble dans les fonctions menstruelles jusqu'à l'âge de dix-sept ans. Elle fut alors atteinte d'une fièvre grave qui, d'après les renseignements donnés par la malade, paraît avoir été de forme ataxique, et qui la retint six semaines au lit. Elle voulut se lever avant que la guérison fût complète. Une rechute la força cette fois de garder la chambre pendant six mois. Sa convalescence fut très longue; et trois ans après cet accident, elle était encore obligée de garder le lit. Un jour cependant, en 1847, voulant, en l'absence des personnes qui la soignaient, panser des vésicatoires qu'on lui avait posés aux jambes, elle se leva et alla s'asseoir près du foyer. Elle eut bien lieu de se repentir de cette imprudence, car les forces lui manquèrent et elle tomba sans connaissance. Dans sa chute elle renversa le pot-au-feu du ménage qui bouillait devant le foyer, et tandis que le liquide se répandait sur la figure, le cou et la poitrine, son bras droit tomba sur le brasier.

Lorsqu'on la releva, les parties qui avaient subi l'action du feu étaient le siége d'eschares profondes, d'une brûlure que je rapporte au troisième degré suivant la classification de Boyer, au quatrième suivant celle de Dupuytren.

Ces brûlures occasionnèrent une suppuration si abondante, qu'elle a mis, par l'épuisement qu'elle a causé, la malade à deux doigts de sa perte. Une année tout entière s'écoula avant la guérison de la plaie de la région cervicale; la cicatrisation du bras fut bien plus longue, et causa des accidents assez graves pour que le médecin qui soignait cette femme lui conseillât l'amputation. Elle put enfin, au bout de dix-huit mois, en recouvrer complétement l'usage. Elle commençait à reprendre ses occupations, lorsqu'en 1849 elle vint à Paris et fut prise peu de temps après son arrivée d'accidents typhoïdes; elle fut pendant trois mois et demi dans un état fort grave, et la convalescence dura sept mois.

Cependant les forces lui revinrent peu à peu, l'écoulement menstruel reprit régulièrement son cours; la santé se rétablit tout à fait et a été assez bonne pour que cette femme ait pu se livrer à toutes les occupations de l'état de domestique.

Vers le 25 janvier de cette année, ayant éprouvé quelques accès de fièvre intermittente, elle entra à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le docteur Piedagnel. Ces accès cédèrent à l'emploi des antipériodiques, et le 6 mars elle vint réclamer mes soins.

Elle nous présente aujourd'hui l'état suivant :

Elle est âgée de vingt-sept ans, de taille moyenne. Je ne lui assignerai aucune espèce de tempérament, parce que je considère comme incertains et mal définis les caractères que l'on donne habituellement des tempéraments sanguin, lymphatique et bilieux. Je dirai seulement que cette femme est de forte constitution.

Les deux tiers inférieurs de la partie postérieure du bras droit sont occupés par une cicatrice rayonnée, s'étendant jusqu'au coude, chagrinée, résistante, blanchâtre dans presque toute son étendue, offrant sur la ligne médiane une ligne rougeâtre qui mesure trois centimètres de largeur et qui a la longueur de la cicatrice.

Ce bras est un peu moins volumineux que le gauche; il peut exécuter librement tous les mouvements de flexion et d'extension, mais il se fatigue assez promptement, et la malade a dans ce membre beaucoup moins de force que dans l'autre.

Sur la partie latérale gauche du cou existe une bride très saillante, de la forme d'un triangle, dont la base s'appliquerait sur la partie inférieure gauche du visage, et dont le sommet se rendrait à la partie supérieure correspondante du thorax. Cette bride mesure dans son grand diamètre, suivant que la malade tourne la tête à droite ou à gauche, 9, 10 et même 11 centimètres. Elle est rougeâtre dans presque toute son étendue, tout à fait insensible; son épiderme est très mince, rugueux, très luisant; elle est très fortement tendue, d'une épaisseur considérable et force la tête à s'incliner sur le thorax, ce qui donne à la malade quelque ressemblance avec les personnes affectées de torticolis. Elle tiraille d'une manière très douloureuse le sillon naso-labial, la commissure labiale, le sillon mento-buccal et toutes les parties molles de la joue. La face est par conséquent asymétrique. Elle se termine en haut par un tissu cicatriciel solide qui recouvre toutes les parties molles de la joue, jusqu'au lobule de l'oreille, qui a en partie disparu et qui est adhérent à la joue, jusqu'à l'apophyse mastoïde, et jusqu'à un pouce environ de l'angle externe de l'œil. A son extrémité inférieure, la bride se termine par une espèce de patte d'oie formée de tissu cicatriciel, c'est-à-dire par trois petites languettes ~~étagées~~ de dehors en dedans, et dont la postérieure est la plus considérable. La cicatrice se prolonge aussi sur les côtés du cou, et on y remarque plusieurs dépressions enfoncées dans le tissu de nouvelle formation, et qui indiquent les points d'où la suppuration a été le plus longtemps à disparaître.

La longueur de tout le tissu cicatriciel, y compris la bride, depuis la pommette jusqu'à la poitrine, est de 19 centimètres.

Quelles sont les causes de cette difformité cicatricielle, de l'insensibilité complète, de la rougeur qu'elle nous présente? quel est le procédé opératoire auquel on doit s'arrêter pour y porter remède? C'est ce que je vais examiner.

Lorsqu'une plaie, une solution de continuité quelconque, vient intéresser l'organisme, la nature développe dans la partie lésée un travail réparateur qui a pour but de réunir les lèvres de la division. Ce travail peut s'effectuer avec plus ou moins de rapidité, suivre telle ou telle marche, suivant la nature et l'importance de la lésion : c'est ce que l'on a désigné d'une manière générale sous le nom de réunion par première ou seconde intention.

Pour qu'une plaie se réunisse par première intention, il faut rapprocher les tissus homogènes, mettre en contact les lèvres de la division; celles-ci se tuméfient et sécrètent une lymphe plastique qui s'organise très rapidement, unit et fait adhérer intimement les deux lèvres de la solution de continuité. Les plaies que l'on réunit de cette manière ne fournissent aucune suppuration.

On a donné au mode de réunion par seconde intention le nom de réunion par suppuration. On voit alors les phénomènes se modifier : l'hémorrhagie cesse peu à peu pour être remplacée par l'écoulement d'un liquide séro-sanguinolent; bientôt il se fait à la surface de la plaie une exsudation de lymphe plastique organisable, de fibrine spontanément coagulable (d'après les recherches de MM. Andral et Gavarret) qui s'organise, et on voit poindre çà et là au fond de la plaie de petites éminences rosées, très vasculaires, saignant à la moindre irritation : ce sont les bourgeons charnus; ils se développent successivement, et donnent à la plaie un aspect granuleux. Un écoulement plus ou moins abondant de pus crémeux se fait à la surface de ces bourgeons, qui ne tardent pas à s'affaisser. Les plaies auxquelles s'applique ce mode de réunion guérissent donc par l'interposition d'un produit nouveau; le travail de réparation s'y complète par la formation d'une membrane très mince, pellicule d'apparence épidermique qui marche de la circonférence vers le centre de la plaie. C'est cette membrane qui constitue ce que l'on appelle la cicatrice.

Une cicatrice est donc, comme son nom l'indique, une sorte de toile protectrice destinée à fermer les solutions de continuité, à recouvrir les tissus organiques en l'absence des téguments naturels.

Celse avait appelé caroncules les bourgeons charnus qui se développent à la surface des plaies; Dupuytren nommait ce tissu réparateur tissu cicatriciel, et Delpech, désignant les bourgeons sous le nom d'inodules, appliqua à ce tissu le nom de tissu inodulaire.

Lorsque la membrane qui recouvre les bourgeons est formée, on voit se manifester dans la plaie un phénomène remarquable : je veux parler de la rétraction inodulaire propre au tissu cicatriciel, de cette force centripète sous l'influence de laquelle les lèvres de la division se rapprochent de plus en plus du centre de la plaie, qui tend à rétrécir la surface des bourgeons, et par conséquent celle de la plaie, en même temps qu'elle diminue la vascularité du produit de nouvelle formation. Cette rétraction est d'autant plus considérable que la suppuration a été prolongée; elle persiste longtemps après la guérison de la plaie. Nous examinerons ses effets en parlant des difformités que produisent les cicatrices.

Si l'on examine un tissu cicatriciel complet, on voit qu'il se compose :

1° D'une membrane superficielle, mince, quelquefois rugueuse, le plus ordinairement unie et luisante; sèche, parce qu'aucune sécrétion ne vient l'humecter; elle sert à protéger le tissu cicatriciel, comme l'épiderme protége le derme et le corps muqueux.

2° Au-dessous de cet épiderme est un tissu particulier constitué par une masse de fibres irrégulières, entre-croisées, rayonnées, très résistantes. Ce tissu représente le derme : c'est le véritable canevas, la partie fondamentale de la cicatrice. On peut le comparer au tissu ligamenteux : c'est un véritable tissu fibreux accidentel.

3° On y trouve des artères et des veines. Ces vaisseaux sont en fort petit nombre et fort ténus; ils se développent au centre et dans l'épaisseur du produit nouveau.

On n'a pu encore démontrer l'existence des lymphatiques dans le tissu inodulaire; mais il est probable que cet ordre de vaisseaux y accompagne les vaisseaux sanguins.

J'ai disséqué avec soin un grand nombre de cicatrices, et je n'y ai jamais trouvé la moindre trace de nerfs; mais j'ai constamment rencontré les nerfs des parties environnantes qui se limitent à la périphérie de la cicatrice, terminés par des renflements constituant des espèces de ganglions tout à fait analogues à ceux que l'on observe à l'extrémité des moignons après les amputations. Ces recherches nous permettent d'expliquer en même temps et l'insensibilité complète du tissu cicatriciel et la vive sensibilité des téguments à sa périphérie.

Remarquons encore que l'on peut tailler un lambeau dans le voisinage d'une cicatrice, le greffer à son centre, puis, quand la réunion est bien solide, bien réelle, couper son pédicule. On observe alors un îlot de substance tégumentaire conservant toute sa sensibilité au milieu d'un tissu complétement étranger aux impressions extérieures, comme si l'influx nerveux traversait le tissu cicatriciel environnant à la manière d'un conducteur, pour arriver ensuite à l'axe céphalo-rachidien.

Bien que le tissu cicatriciel soit ordinairement d'un blanc mat, il peut présenter des colorations diverses, qui tiennent soit à une cause extérieure, telles sont la poudre, qui reste souvent dans les cicatrices, les différents topiques appliqués en pansement pour amener la guérison; soit à une altération de la cicatrice elle-même.

Le tissu inodulaire est en effet sujet à des altérations particulières. Les cicatrices sont fréquemment le siége d'une sensation de démangeaison, de prurit, qui force le malade à se gratter, sans que cet acte amène le moindre soulagement; il peut au contraire déterminer des rougeurs, des excoriations. Tout le monde sait que les anciens militaires éprouvent aux variations de température de vives douleurs dans les cicatrices qu'ils portent; ainsi les agents extérieurs, l'électricité répandue dans l'air ont une influence véritable sur les cicatrices.

Ces douleurs donneraient lieu de croire à la sensibilité du tissu inodulaire; mais si l'on recherche avec soin le point où elles se manifestent, on reconnaît que la douleur n'a point son siége dans la cicatrice elle-même, mais dans les nerfs périphériques, au niveau des renflements dont j'ai parlé. Les téguments peuvent aussi dans le principe avoir été incomplétement détruits, et alors la sensibilité qui se manifeste a son siége dans la couche des téguments qui a conservé sa vitalité sous la cicatrice.

Les tiraillements que les cicatrices, et surtout celles qui sont difformes, exercent sur les parties voisines, occasionnent souvent de vives douleurs, comme nous le voyons pour notre malade, et peuvent quelquefois déterminer une véritable névralgie.

Il est un autre fait fort curieux : les cicatrices peuvent rougir, se boursoufler aux périodes menstruelles ou suivant tel ou tel état de l'atmosphère. Ce phénomène, qui sous cette dernière influence s'observe aussi bien sur l'un que sur l'autre sexe, n'a pas lieu, il faut le remarquer, dans le tissu inodulaire, mais bien dans le tissu cellulaire, qui se congestionne; dans le tissu graisseux, qui s'hypertrophie sous la cicatrice.

Si le tissu cicatriciel n'est pas assez solide pour résister aux efforts de traction qu'il peut avoir à supporter, on le voit s'ulcérer, se déchirer. Les exemples en sont fréquents.

Le tissu inodulaire est sujet à l'ulcération spontanée. On voit alors apparaître dans la cicatrice (et c'est le cas de notre malade) une rougeur plus ou moins intense, suivant le degré de vascularisation. A cet état hyperémique succède bientôt un travail ulcératif, une fissure se forme, et la guérison de cette ulcération a pour effet de rendre la cicatrice plus forte qu'elle ne l'était, en ajoutant un nouveau tissu inodulaire à celui qui existait déjà.

J'ai vu la diphthérite envahir les cicatrices. Cet accident se manifeste fréquemment dans le vagin, dont les parois sont si souvent tapissées de tissu inodulaire. Enfin, on voit quelquefois la gangrène mortifier les cicatrices, mais cet accident est plus rare.

Nous avons parlé tout à l'heure de la rétractilité du tissu inodulaire. C'est cette rétractilité qui, en rapprochant des points que la nature avait éloignés les uns des autres, produit les difformités cicatricielles vulgairement connues sous le nom de brides. On leur a donné ce nom par extension des taches pseudo-membraneuses qui tapissent les parois des foyers purulents. Elles peuvent être enfoncées dans les téguments; elles sont le plus souvent saillantes, et unissent anomalement deux points opposés de la surface du corps. C'est ainsi que l'on voit, chez notre malade, la tête s'incliner sur le tronc, sollicitée qu'elle est par la bride qui s'étend de la face à la partie antérieure de la poitrine. Elles sont ordinairement le résultat de la réparation de pertes de substance considérables, causées par les brûlures, la gangrène, d'un bourgeonnement trop abondant, d'une cicatrisation irrégulièrement opérée, des mauvaises positions prises ou données à la région malade pendant la cicatrisation. La rétractilité du tissu inodulaire agissant, la cicatrice se rétrécit et attire vers son centre les téguments voisins, qui alors se déplacent. C'est ainsi que se produisent les ectropions des paupières, les renversements des lèvres, les difformités qui empêchent les mouvements des membres et qui arrêtent complétement l'action des tendons fléchisseurs et extenseurs des doigts. On les observe principalement dans les régions où les téguments sont unis aux parties sous-jacentes par du tissu cellulaire filamenteux; elles y sont surtout très solides, et d'autant plus considérables que la plaie a longtemps et abondamment suppuré. On les rencontre sur toutes les régions du corps; les membres, le vagin, l'urètre, le tronc et la région cervicale.

Le chirurgien doit chercher avec le plus grand soin à éviter la formation de ces cicatrices vicieuses par un traitement prophylactique. Il doit éviter la longueur du travail suppuratif, déprimer la trop grande abondance du bourgeonnement par la compression, la cautérisation; modérer et régulariser le travail inflammatoire par l'emploi des réfrigérants, l'application de vessies remplies de glace pilée; donner au membre une position opposée à la force qui sollicitera le tissu inodulaire, telle que les lèvres de la division divergent le plus possible. On devra y donner tous ses soins, d'autant plus que, quand la cicatrice vicieuse est une fois formée, aucun moyen mécanique ne peut parvenir à l'allonger. Jamais un appareil à extension, quel qu'il soit, n'a allongé un tissu inodulaire solide. Il faut alors, pour rendre aux diverses régions leur liberté d'action, recourir à une opération chirurgicale.

Mais il faut bien se garder d'opérer toutes les cicatrices difformes. Un chirurgien prudent s'abstiendra d'y porter le bistouri quand la difformité est si considérable qu'elle ne saurait être effacée. Il évitera de les attaquer si elles sont trop récentes; leur vascularité, leur vitalité étant peu développées, elles pourraient s'ulcérer, se gangrener. Et d'ailleurs, la rétractilité inodulaire qu'elles conservent encore à cette époque viendrait empêcher l'opération d'avoir un résultat favorable, en tiraillant sans cesse et en détruisant les adhérences déjà établies. Il ne faut les opérer que lorsqu'elles sont anciennes, car on n'a plus alors à redouter ces accidents. Il faut choisir un moment dans lequel la disposition du sujet; l'absence des érysipèles et de toutes les maladies épidémiques qui apportent des complications si fâcheuses aux plaies constituent autant de chances favorables pour le succès de l'opération.

Il existe dans la science deux méthodes pour remédier à ces difformités : la première, méthode ancienne, n'est pas encore abandonnée; elle consiste à pratiquer une incision qui divise complétement tout le tissu cicatriciel et à placer ensuite la région opérée dans une position telle que les lèvres de la plaie s'écartent le plus possible. La guérison s'obtient alors par un nouveau bourgeonnement. Mais, si la cicatrice a contracté des adhérences avec les tissus sous-jacents, les deux lèvres peuvent à peine s'écarter; l'opération a été pratiquée inutilement. Cependant cette méthode, employée par M. Velpeau, a amené la guérison d'une bride très sérieuse. Il y a deux manières de diviser la bride :

1° En plongeant le bistouri entre le tissu cicatriciel et le tissu cellulaire, et en coupant la bride de la partie profonde vers la superficie; c'est un mauvais procédé, parce qu'il empêche de voir ce que l'on fait;

2° En l'incisant par le bord libre; ce procédé est beaucoup plus rationnel.

C'est Delpech qui est l'inventeur de la méthode nouvelle. Il veut que l'on circonscrive le tissu cicatriciel tout entier par deux incisions semi-elliptiques, qu'on le dissèque complétement et que l'on réunisse les tissus sains par la suture. Ce procédé, très bon pour une cicatrice peu étendue, est évidemment inapplicable à celle à laquelle nous avons affaire, malgré les débridements latéraux, le décollement des téguments conseillés par Delpech pour relâcher les points de suture, empêcher les tiraillements et réparer la perte de substance faite par le bistouri.

Cet habile chirurgien avait cependant prévu cette objection. Il voulait qu'après avoir disséqué la cicatrice on allât, si la perte de substance était trop considérable, tailler aux dépens des téguments voisins un lambeau suffisant entre les deux lèvres de l'incision semi-elliptique. Mais si nous appliquions ce procédé à notre malade, l'enlèvement du lambeau produirait une perte de substance si considérable qu'on aurait à redouter pour cette nouvelle plaie les effets du tissu inodulaire.

J'ai coutume pour opérer les vastes cicatrices d'employer un procédé mixte.

J'attaque la bride par une incision transversale dans son point le plus saillant, en respectant toutefois les vaisseaux et nerfs sous-jacents; les lèvres de la plaie s'écartent : alors je taille dans le voisinage un lambeau suffisamment grand pour rendre à la région malade l'élasticité de ses mouvements, assez épais pour être bien vasculaire, et le recourbant sur son pédicule, je viens l'appliquer par des points de suture entrecoupée entre les lèvres de mon incision. Quand le lambeau est bien greffé, je coupe son pédicule, et on peut alors apprécier les bons effets de ce procédé : les mouvements sont devenus tout à fait libres, la difformité ne peut plus se reproduire, et j'ai vérifié sur un homme que j'ai opéré d'une cicatrice considérable qui tenait le bras appliqué contre la poitrine, et dont j'ai publié l'observation dans mon *Traité de chirurgie plastique*, que le tissu inodulaire devient plus souple sous l'influence de cette autoplastie partielle.

Après ces considérations, M. Jobert a pratiqué l'opération par le procédé mixte qui vient d'être indiqué. Aussitôt que la malade sera complétement guérie, nous ferons connaître le résultat définitif de l'opération en publiant la fin de cette observation.

EXTRAIT D'UN MÉMOIRE SUR LA NON-IDENTITÉ ANATOMIQUE DU TYPHUS ET DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE,

Par M. Félix Jacquot, médecin-major de l'hôpital de Péra, à Constantinople.

Une influence typhique générale a régné et règne encore en Orient, et des cas de typhus essentiellement graves et promptement mortels se manifestent encore, rares et isolés fort heureusement.

De nombreuses autopsies ont été pratiquées cet hiver, et l'on en fait encore quelques-unes, malgré les dangers qui y sont attachés pendant cette saison chaude. Nous venons nous-même d'ouvrir bon nombre de cadavres, entre autres ceux de six typhisés, dans le court espace de quelques jours, et nos recherches continuent. Plusieurs confrères, notamment M. Haspel, ont bien voulu nous faire part de leurs observations, et M. Ganderax nous a livré ses résultats, avec autorisation de nous en servir. M. Valette a déjà, du reste, adressé au conseil de santé des armées un important travail sur cette matière.

Dans aucun cas, ces confrères n'ont trouvé la lésion intestinale caractéristique de la fièvre typhoïde, lésion que nous appellerons dothinentérique, autant pour bien l'indiquer que par abréviation. Dans deux cas seulement, sur huit autopsies, M. Ganderax a trouvé les follicules isolés, saillants, présentant un point noir au centre, et quelques-uns une ulcération qui n'avait point les caractères de celles de la fièvre typhoïde. Ces plaques psorentériques, qu'on a comparées à une barbe récemment rasée, sont au contraire très fréquentes. Pour nous, nous les avons toujours rencontrées; mais elles n'offrent ni hypertrophie, ni saillie, ni mamelonnement, ni état réticulé, ni ramollissement, ni induration, ni couleur anomale de la muqueuse périphérique, si ce n'est dans quelques cas où l'intestin présente éventuellement des injections qui peuvent porter au pourtour de la plaque comme sur d'autres régions. La coupe de l'intestin démontre également que les tuniques sous-jacentes n'ont point subi d'altération ni d'hypertrophie. Dans une de nos dernières autopsies, deux plaques psorentériques avaient un aspect particulier : au lieu de petits points noirs rapprochés, c'étaient de courtes vergetures contournées, peu déprimées, mêlées de gros points; il n'y avait, du reste, ni hypertrophie de la glande, ni lésion de la muqueuse. Dans une autopsie pratiquée le 11 mai, nous n'avons rencontré que trois plaques psorentériques, constituées par de petits mamelons à peine saillants, de couleur pâle, occupés

au centre par un point noir ; puis, au voisinage du cœcum, existait un semis de petits mamelons semblables, isolés les uns des autres, formant autant de cercles blanchâtres entourant un point noir. Chez ce sujet, mort le vingtième jour de sa maladie, l'intestin ne présentait aucune trace d'inflammation.

La muqueuse gastro intestinale, quelquefois saine, est ordinairement le siége de lésions diverses. L'estomac est plus souvent sain que le tube intestinal. Pour nous, nous y avons rencontré des injections variables; entre autres, une fois, un pointillé confluent d'un rouge très vif, occupant plus d'un tiers de sa surface. M. Haspel a aussi vu l'intestin sans lésions vasculaires. Nous l'avons trouvé complétement exempt d'injections dans un cas où, par contre, la muqueuse un peu pâle de près de la moitié inférieure de l'iléon avait subi un remarquable ramollissement. D'ordinaire, on y découvre des injections variables, parfois grosses et résultant simplement de la stase cadavérique; d'autres fois fines et d'un rouge vif, disposées par plaques laissant entre elles des intervalles sains. Nous avons vu aussi de larges plaques d'un rouge brun qui paraissaient uniformément teintes au premier abord, mais qui résultaient d'un pointillé fin ou d'une arborisation capillaire très serrée.

Comme on le voit, rien n'est constant dans la nature ni même dans l'existence de ces lésions.

La concomitance ou la préexistence si fréquentes de la diarrhée, de la dyssenterie et du scorbut chargent souvent l'intestin de lésions qu'il ne faut pas mettre sur le compte du typhus : telles sont les ecchymoses, les injections ardoisées, les ulcérations, l'hypertrophie des tuniques, etc.

Chez un de nos sujets le mésentère était fortement infiltré de sérosité limpide. Le péritoine en contient aussi assez souvent une certaine quantité. Les ganglions mésentériques sont quelquefois seulement augmentés de volume, sans suppuration ni ramollissement sensible.

La rate dépasse ordinairement les dimensions normales et son parenchyme peut-être ramolli; une fois elle mesurait 18 centimètres, mais le lendemain une autre autopsie nous a montré une rate normale en tout point.

Le foie ne présente rien de remarquable : il est de couleur normale, rarement un peu jaune feuille-morte; très souvent il est teint en vert foncé par plaques, surtout à sa face inférieure; la vésicule n'est point gonflée par une bile abondante comme dans les fièvres graves que nous avons observées à Rome; elle est plutôt vide. Le parenchyme du foie n'est que rarement un peu ramolli; les vaisseaux contiennent du sang très fluide en quantité variable.

Les reins ne présentent rien à noter; deux fois ils nous ont paru anémiques et décolorés.

Poitrine et circulation. — Le péricarde contient d'ordinaire une quantité notable de sérosité, mais dans une de nos autopsies il était d'une remarquable sécheresse. Le cœur est quelquefois un peu pâle et mou et l'endocarde décoloré; souvent le tout est normal. M. Valette insiste sur la présence dans le cœur de caillots qui se seraient formés pendant la vie et qui sont entourés d'un sang diffluent. Nous n'en avons rencontré qu'une fois. Toujours le sang nous a paru avoir une remarquable diffluence, même chez les individus qui, récemment arrivés de France au camp d'Aalianuës sous Constantinople, n'avaient point souffert du scorbut antérieurement. Souvent quand on taille le foie ce liquide ténu s'échappe à flots des gros vaisseaux sectionnés. En coupant la pulpe cérébrale, il arrive aussi que le sang, maintenu liquide et circulant facilement dans les vaisseaux à cause de sa ténuité, s'échappe par une foule de petits vaisseaux coupés et donne ainsi la passagère image d'un état sablé.

M. Haspel a trouvé de fréquentes congestions pulmonaires. Dans un de nos cas, quoique le typhus ait été pectoral et que le sujet ait craché du sang, nous n'avons trouvé que de l'hypostase; dans un autre, il y avait aux deux bases des noyaux de ramollissement sur la limite du rouge et du gris, avec quelques petits foyers déjà collectionnés, et les bronches laissaient échapper de la sérosité purulente. Chez un sujet autopsié par nous le 11 mai existait une large hépatisation rouge d'un poumon, affection qui avait été facilement diagnostiquée pendant la vie.

La plèvre contient ordinairement une certaine quantité de sérosité.

Tête. — Les méninges offrent le plus souvent une grosse injection veineuse bleuâtre ne pénétrant guère dans les ramuscules déliés et qui nous a paru un simple phénomène cadavérique. Dans quelques cas, notamment chez un sujet autopsié en notre présence par M. Ganderax, l'injection était plus fine, de couleur vive et évidemment morbide. La cavité arachnoïdienne contient d'ordinaire une quantité anomale de sérosité claire, rarement citrine. Le tissu cellulaire sous-arachnoïdien est presque toujours plus ou moins infiltré de sérosité incolore, dont la quantité est très variable; chez un de nos sujets cette infiltration manquait complétement, tandis que nos confrères l'ont parfois trouvée très abondante. Il est à noter que, contrairement au liquide céphalo-rachidien normal, elle existe plutôt sur les hémisphères qu'à la base du cerveau. Cette sérosité sous-arachnoïdienne forme quelquefois, surtout le long de la grande scissure, de petites plaques ou des traînées saillantes, opalines ou un peu laiteuses, dues à l'opacité des méninges soulevées. Jamais de dépôts purulents n'ont été vus; mais comme dans le typhus toutes les complications, je dirais presque toutes les lésions, toutes les phénoménisations sont possibles, il doit exister des cas où une véritable méningite amène la sécrétion purulente, tout comme d'autres cas où une encéphalite produit le sablé de la pulpe cérébrale.

Les ventricules, surtout latéraux, contiennent à peu près toujours de la sérosité en quantité plus ou moins considérable; et, dans un cas où nous avions trouvé les méninges sèches et sans infiltration sous-arachnoïdienne, ces ventricules étaient pleins de sérosité souvent un peu sanguinolente, et les toiles choroïdiennes nous ont semblé plus rouges que de coutume. La pulpe cérébrale est assez souvent un peu sablée, état qui semble communément congestif et non inflammatoire, et qui est d'ailleurs quelquefois dû, comme nous l'avons dit plus haut, à l'extrême facilité avec laquelle le sang diffluent s'échappe des petits vaisseaux. Dans un cas, la substance corticale nous a paru un peu ramollie; dans un autre, un peu rougie en masse par l'infiltration de la sérosité sanguinolente.

La moelle épinière présente les mêmes phénomènes que le cerveau, mais communément à un moins haut degré. M. Haspel y a cherché vainement le ramollissement dont on avait parlé comme d'un phénomène assez fréquent.

Parmi les lésions qu'il faut classer au nombre des cas les plus rares, du moins dans l'épidémie régnante, signalons les suivantes : rupia sur le tronc (Ganderax); gangrènes, comme nous en avons observé sur deux des très rares typhus qui ont régné à Rome pendant l'automne de 1849; abcès sous cutanés, etc.

Les lésions étaient plus complexes encore que celles que nous venons de décrire, quand le typhus sévissait sur des scorbutiques. On trouvait alors des suffusions séreuses dans le tissu cellulaire intermusculaire, sous-séreux, sous-muqueux, etc., et des ecchymoses occupant ce même siége, les muscles, la paume des mains, la plante des pieds, les viscères, voire même, dans un cas observé par M. Marmy, la pulpe cérébrale.

Les lésions que nous avons indiquées comme pouvant se rencontrer dans le typhus ne sont certainement pas les seules; la liste s'en augmentera avec le nombre des autopsies. Mais nous pensons avoir prouvé les propositions suivantes :

1° Les lésions anatomiques de la fièvre typhoïde et du typhus ne sont pas les mêmes; dans le typhus, on ne trouve point les lésions intestinales dothinentériques caractéristiques de la fièvre typhoïde.

2° Il n'y a pas de lésion constante, pathognomonique dans le typhus des armées; mais l'autopsie découvre des lésions variables quant à leur siége et leur nature. Le sang paraîtrait cependant à peu près toujours diffluent.

3° Parmi les lésions les moins inconstantes, il faut nommer l'épanchement séreux dans la cavité séreuse des enveloppes cérébro-spinales, dans les ventricules, dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien; l'état psorentérique des glandes agminées de l'intestin et quelques injections de la muqueuse de ce conduit; un peu de sablé de la pulpe cérébrale; l'augmentation de volume de la rate, etc.

DÉCOUVERTE D'UN SIGNE GÉNÉRAL
des altérations du sang dans les maladies.

Par M. Bayle, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

Les abus excessifs qu'avaient produits les doctrines humorales de Galien, de Sylvius de le Boé et de leurs nombreux sectateurs finirent par amener une réaction en sens contraire, et un solidisme exclusif, dont Pinel a été parmi nous un des derniers représentants, a régné d'une manière presque absolue pendant les vingt-cinq premières années de ce siècle.

Mais depuis cette époque, des observations nombreuses et exactes de pathologie humaine et comparée, des expériences sur les animaux, des analyses chimiques et microscopiques ont établi de la manière la plus positive que le sang peut présenter des variations nombreuses dans sa composition et la proportion de ses éléments, et s'altérer primitivement ou consécutivement dans les maladies. Plusieurs des modifications morbides auxquelles ce liquide est sujet sont admises par une induction légitime, quoique des expériences directes ne puissent les prouver. On comprend, en effet, que l'analyse d'un sang extrait d'un vaisseau et privé de vie soit souvent incapable de déceler les altérations que ce fluide peut subir pendant qu'il est vivant et circulant. La chimie ne saurait donc nous donner la solution du problème qui fait le sujet de ce mémoire : *Y a-t-il un signe général des altérations du sang dans les maladies?*

La pathologie seule peut nous apprendre si ce signe existe; et dans le cas où nous parviendrions à le découvrir, on sent facilement quelle pourrait être son importance pour le diagnostic, le pronostic, et surtout le traitement des maladies.

Il semble en quelque sorte que pour résoudre une pareille question il faudrait presque voir le sang pendant qu'il circule. Si la chose est impossible d'une manière directe et immédiate, ne pourrait-on pas y arriver d'une manière indirecte et médiate, comme nous arrivons par l'auscultation à écouter médiatement ce qui se passe dans le cœur et les poumons? N'existe-t-il pas un organe général, la *peau*, où le sang arrive sans cesse avec abondance, et où il réfléchit, en quelque sorte comme à travers un voile, sa constitution et sa vie?

Voyons donc ce qui se passe à la surface de la peau dans les maladies où le sang est évidemment altéré.

Commençons par les *fièvres continues graves*. Dans les fièvres typhoïdes, il survient à la peau des taches roses lenticulaires, des pétéchies, des bulles, des ecchymoses et des exanthèmes très variés. La fièvre jaune se fait remarquer par une teinte jaune de toute la surface du corps, le choléra-morbus asiatique par une couleur bleue des téguments.

Dans les *fièvres éruptives*, où l'infection passagère du sang est prouvée par l'absorption des miasmes spécifiques qui développent ces maladies, nous voyons la peau se couvrir après quelques jours d'une fièvre d'invasion, de petites taches rouges dans la rougeole, de larges plaques écarlates dans la scarlatine, de boutons ombiliqués dans la variole, de petites vésicules transparentes dans la suette miliaire, etc.

Voilà donc deux classes de fièvres où un mode quelconque d'infection du sang est établi par des recherches positives; admises aujourd'hui par tous les médecins instruits, et dans lesquelles nous remarquons, comme caractère général et commun, une coloration morbide ou une éruption à la surface des téguments. La coïncidence constante de ces deux ordres de faits (l'infection et l'éruption) dans des maladies aiguës nombreuses ne doit-elle pas induire à penser qu'il y a entre eux une corrélation de cause à effet?

Continuons le même raisonnement, et voyons si les *maladies chroniques*, dans lesquelles on est généralement d'accord pour reconnaître une altération du sang, ne présenteraient pas en même temps un changement correspondant dans la coloration de la peau, ou une forme quelconque d'éruption. Si cela était, ne semble-t-il pas que la forte présomption à laquelle nous sommes arrivés sur le signe que nous cherchons se changerait en certitude?

Parcourons successivement les maladies syphilitiques, chlorotiques, cancéreuses, scorbutiques et saturnines.

La syphilis est certainement une des affections chroniques où se montre de la manière la plus frappante le signe que nous avons trouvé dans les fièvres. L'infection humorale ne saurait être révoquée en doute ici par les esprits les plus sceptiques; tout le monde y croit. Eh bien! c'est aussi dans la syphilis un peu ancienne et devenue constitutionnelle que les éruptions cutanées se montrent sous toutes les formes. La peau se couvre de taches d'un rouge cuivré, de vésicules, de phlyctènes, de pustules, de tubercules, de papules et d'écailles.

Depuis longtemps on regardait la chlorose et l'anémie comme produites par un appauvrissement du sang. Cependant les personnes difficiles à convaincre, et qui veulent tout compter et mesurer, pouvaient peut-être faire encore des objections contre ce fait. Cette ressource ne leur est plus permise depuis que MM. Andral et Gavarret ont prouvé par l'analyse chimique et microscopique que le sérum du sang était augmenté et ses globules diminués dans ces maladies. L'état de ce sang aqueux ne se voit-il pas en quelque sorte à travers la peau, qui est pâle, décolorée et couleur de cire blanche qui a vieilli?

Les maladies cancéreuses ont deux périodes sous le rapport de l'état de la peau. Dans la première, celle-ci n'est pas modifiée dans sa coloration générale; mais les organes qu'atteint le cancer sont le plus souvent sous-cutanés, et les téguments finissent toujours par être affectés. Dans la seconde période, celle de cachexie, toute la surface de la peau prend une teinte jaune paille qui est vraiment caractéristique.

Les maladies scorbutiques présentent constamment, à une époque de leur cours, des taches bleuâtres, livides ou noirâtres, et souvent des ecchymoses plus ou moins étendues. Il n'est pas rare de voir la peau s'ulcérer, et ces ulcères devenir le siége d'hémorrhagies abondantes.

Enfin les maladies produites par l'intoxication saturnine ont pour caractère une pâleur particulière qui ne ressemble nullement à la pâleur chlorotique.

Ainsi, messieurs, toutes les maladies aiguës ou chroniques dans lesquelles le sang a éprouvé une altération primitive ou consécutive sont accompagnées d'une coloration morbide de la peau ou d'éruptions dont les formes sont très variées. Ne puis-je pas en conclure très légitimement que ces deux faits sont liés entre eux, et que l'infection sanguine est la cause de l'affection cutanée?

Donc, le signe général des altérations du sang dans les maladies que je viens d'examiner consiste dans une coloration anormale, ou dans des éruptions de la peau, et les signes particuliers de chacune de ces altérations correspondent à des nuances et à des formes diverses de cette coloration et de ces éruptions.

Il nous reste à expliquer le rôle que jouent ces lésions cutanées dans la pathogénie des maladies aiguës et chroniques, où elles se montrent, et les conséquences qu'on peut tirer de ce qui précède relativement aux exanthèmes aigus et chroniques, dont je n'ai point parlé jusqu'ici.

Le rôle de ces affections survenues à la peau diffère beaucoup suivant les maladies, car tantôt elles sont purement *symptomatiques*, tantôt elles sont *critiques*.

La coloration jaune de la peau dans la fièvre de ce nom, la couleur bleue des cholériques, la pâleur de cire vieillie des chlorotiques, les pétéchies et les ecchymoses des scorbutiques, la teinte jaune paille des cancéreux ne sont qu'une des formes *symptomatiques* diverses par lesquelles ces maladies se révèlent à nous; mais elles ont cela de particulier qu'elles nous indiquent les altérations que le sang a subies. Ce fluide, dans sa circulation perpétuelle de l'intérieur à l'extérieur, passe sans cesse dans la peau, d'où il retourne au centre circulatoire. Pendant ce mouvement, cette enveloppe demi-transparente réfléchit en quelque sorte, par les désordres de coloration qu'elle éprouve, les graves transformations du liquide nourricier. Ainsi, comme je l'ai dit plus haut, nous voyons ici, jusqu'à un certain point, le sang lui-même d'une manière médiate, comme à travers un voile.

Les choses se passent tout autrement dans les éruptions cutanées *critiques*, quoiqu'elles révèlent aussi les altérations du sang. On ne saurait bien comprendre ceci qu'en remontant à ce grand principe de vitalisme hippocratique si bien formulé par Sydenham : « La maladie, » dit-il, n'est pas autre chose qu'un effort ou une réaction de la nature » (c'est-à-dire de l'organisme) qui, pour sauver le malade, travaille de » toutes ses forces à détruire la matière morbifique. » Car il ne faut pas croire que cette force vitale qui préside à l'évolution du germe, au développement des organes et à la conservation du corps dans l'état de santé, l'abandonne lorsque des causes morbifiques du dehors ou du dedans viennent à l'assaillir. « Non, ajoute l'Hippocrate anglais, la nature emploie alors une méthode et un enchaînement de symptômes » pour expulser la matière morbifique, qui sans cela porterait bientôt » un coup mortel à l'économie. » C'est-à-dire qu'elle développe une fonction pathologique accidentelle, qui a pour but et pour tendance la guérison du malade.

Ces principes admis, voici comment s'expliquent les éruptions cutanées critiques, signes d'une altération du sang. Voyons d'abord ce qui se passe dans les fièvres éruptives.

Lorsque les miasmes contagieux de la rougeole, de la scarlatine et de la variole ont pénétré dans l'organisme, absorbés par les poumons ou par la peau, ils ne décèlent d'abord leur présence par aucun trouble des fonctions ; ensuite surviennent des malaises, des lassitudes et des frissons : ce sont les premiers signes de l'action de la cause morbifique qui affecte passivement l'économie; bientôt commence la réaction générale; elle se manifeste par la fièvre, l'éternument, la toux, le larmoiement, l'angine, les vomissements, etc. Nul doute alors que le sang ne soit altéré par son mélange avec le principe contagieux qui circule avec lui et dont la nature cherche à le débarrasser par toutes les voies. Au bout de quelques jours, elle parvient à le chasser à la peau; l'éruption se montre, et l'on voit la fièvre se calmer ou même cesser entièrement. Cette diminution ou cette cessation de la réaction générale par l'apparition de l'exanthème n'est-elle pas une preuve que la maladie s'est améliorée en se localisant à la peau, que le poison miasmatique n'est plus dans le sang, mais qu'il est à la peau, où il doit subir une série de transformations qu'il n'est pas dans mon plan d'examiner? Tout ce que je veux prouver, c'est que l'exanthème des fièvres éruptives est critique, c'est-à-dire le résultat de cette force médicatrice qu tend à expulser les causes morbifiques et en même temps qu'il est un signe d'une infection préalable du sang.

La plupart des éruptions qui se montrent à la peau dans les fièvres graves sont sans doute aussi le résultat du même effort éliminateur de la nature; mais ce sont des efforts incomplets, insuffisants et qui n'ont rien de curatif; ils n'ont qu'une signification certaine, celle d'une affection sanguine.

Maintenant nous nous demanderons quelles conséquences on peut tirer de ce qui précède relativement aux maladies aiguës et chroniques de la peau considérées par beaucoup d'auteurs modernes comme des affections purement locales.

Certainement nous ne possédons aucune preuve directe de l'altération du sang dans ces maladies ; l'analyse chimique et microscopique n'a rien appris et ne devait rien apprendre sur des lésions probablement légères du liquide vital; mais l'analogie ne peut-elle pas nous servir en quelque sorte de guide et de boussole? S'il était prouvé, comme je crois l'avoir fait dans ce mémoire, que, toutes les fois que le sang est altéré d'une manière prononcée dans les maladies, cette altération se traduit à la peau par un trouble dans sa coloration ou par des éruptions diverses, ne semblerait-il pas probable qu'il doit en être de même dans plusieurs et peut-être dans la plupart des maladies cutanées? Je me borne à cette preuve pour rester dans le sujet de ce mémoire; mais il en existe un grand nombre d'autres que je crois devoir passer sous silence. Cela nous ramènerait, il est vrai, à cette pathologie humorale qui a tant excité les dégoûts de notre célèbre Pinel et de son école; mais qu'y faire? *Amicus Plato, sed magis amica veritas.*

Quant à moi, je crois à cette altération ou mieux à ces altérations du sang dans la plupart des maladies cutanées, altérations qui constituent autant de diathèses différentes, et je trouve dans les principes du vitalisme hippocratique de Sydenham une pathogénie vraiment satisfaisante des dermatoses.

Voici cette explication en quelques mots :

Les causes héréditaires, constitutionnelles ou extérieures, auxquelles on attribue les maladies de la peau, produisent un trouble, une modification anormale du sang, soit directement, soit indirectement, par le mélange de ce fluide avec un chyle de mauvaise nature. Alors l'organisme, en vertu de cette loi qui le fait réagir contre toute cause morbifique pour la chasser au dehors, sépare du sang ce principe nuisible par un effort critique et dépurateur qui échappe à nos sens et le pousse à la peau. Là cette matière morbide, de nature âcre et irritante, devient la source d'un travail local, souvent inflammatoire, d'où naissent les formes diverses des éruptions cutanées, les rougeurs et les taches, les phlyctènes, les vésicules, les pustules, les papules, les squammes et les tubercules.

Il résulte de là que la plupart des dermatoses sont des maladies générales qui se localisent à la peau, des signes locaux d'une affection du sang, des résultats d'un effort éliminateur de la nature, qui parfois parvient à purifier entièrement le fluide nourricier si la crise a été complète, et qui le plus souvent laisse ce fluide plus ou moins infecté si le mouvement dépurateur est insuffisant et incomplet, ou si les causes du mal ne cessent point d'agir.

Nous conclurons donc ce mémoire en disant :

Dans les maladies, les colorations morbides de la peau et les éruptions qui se développent à sa surface sont les signes des altérations sanguines; LA PEAU EST LE MIROIR DU SANG.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 29 mai 1855. Présidence de M. JOBERT (de Lamballe).

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

Epidémies. — 1° Deux rapports sur l'épidémie de choléra qui a régné en 1854 dans le département des Hautes-Alpes; par MM. les docteurs Michel et Villan. (Commission du choléra de 1854.)

2° Un rapport de M. Duclaux, médecin à Saint-Julia (Aveyron), sur une épidémie de choléra et suette qui a régné en 1854 dans plusieurs communes de ce canton. (Même commission.)

3° Un rapport de M. le docteur Carrel, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Pontivy (Morbihan), sur le choléra qui a régné en 1854 dans les communes de Napoléonville, Quisereff. (Même commission.)

4° **Eaux minérales.** — Un mémoire de M. le docteur Ch. Petit, sur la matière organique des eaux minérales de Vichy. (Commission des eaux minérales.)

5° Une demande en autorisation pour l'exploitation des eaux mères des salines de Salins. (Même commission.)

6° Le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation du décret en date du 23 mai courant, qui approuve l'élection de M. Guérard.

Après la lecture du décret et de la lettre ministérielle qui l'accompagne, M. Guérard, présent à la séance, est invité à prendre place parmi ses collègues.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Typhus. — M. Félix Jacquot, médecin major à l'hôpital de Péra, à Constantinople, adresse un travail sur la non-identité anatomique du typhus et de la fièvre typhoïde. (Commissaires : MM. Louis et Gaultier de Claubry. (*Voir* plus haut.)

Emprisonnement cellulaire. — M. Lélut adresse plusieurs documents imprimés destinés à la commission spéciale chargée de faire un rapport sur l'emprisonnement cellulaire. (Renvoyé à ladite commission.)

Porte-monnaie-pharmacie. — M. Sourisseau, pharmacien à Kœisersberg, soumet à l'examen de l'Académie un porte-monnaie-pharmacie pouvant contenir, sous un petit volume, les médicaments les plus urgents et les plus usuels.

Choléra. — M. Bardinet, professeur à l'École préparatoire de médecine de Limoges, adresse un mémoire sur l'épidémie cholérique de 1854. (Commission du choléra de 1854.)

Tannate d'iode. — M. Demolon, pharmacien à Compiègne, adresse un mémoire sur un tannate d'iode pouvant être employé pour l'usage médical. (Commissaires : MM. Bouchardat, Gibert, Boullay et Gaultier de Claubry.)

Emploi de la térébenthine dans la dysenterie. — M. le docteur Georges Tif, professeur au collége de la Reine, à Birmingham, adresse une lettre sur l'emploi de la térébenthine dans la dysenterie. (Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

— M. le président annonce que l'Académie se formera en comité secret à quatre heures pour entendre le rapport de la section de médecine vétérinaire. La suite de la discussion sur la folie est renvoyée, en conséquence, à la séance prochaine.

— La parole est à M. Blache pour la lecture d'un mémoire.

LECTURES.

Anatomie pathologique de l'hydrocéphalie chronique. — M. Blache lit un mémoire sur quelques points d'anatomie pathologique de l'hydrocéphalie chronique.

L'auteur résume son travail dans les propositions suivantes :

1° Dans l'hydrocéphalie chronique ventriculaire l'accumulation du liquide se fait dans les ventricules cérébraux, exceptionnellement dans celui du cervelet; il ne communique pas avec la périphérie du cerveau ni de la moelle.

2° Les parois ventriculaires réduites à l'état d'une lame nerveuse se composent, comme dans l'état sain, de deux couches, l'une externe *grise*, l'autre interne *blanche*. Quand la distension n'a pas été trop considérable, on trouve encore à l'extérieur les traces des circonvolutions et des anfractuosités.

Au degré le plus élevé d'amincissement des parois, les circonvolutions nous ont paru représentées par quelques points plus épais de la lame nerveuse.

3° Certaines parties centrales, telles que le corps calleux, la voûte à trois piliers, le septum lucidum, sont presque détruites et indiquées seulement par des lames ou des bandelettes fibreuses.

4° La protubérance annulaire, le cervelet et les racines nerveuses qui avoisinent ces parties ne subissent aucun changement sensible; les nerfs olfactifs et optiques sont les seuls altérés.

5° La membrane interne des ventricules devient assez épaisse pour qu'on puisse en faire la dissection sur tous les points, et constater qu'elle forme un tout continu et qu'elle ne peut avoir de communication que par l'aqueduc de Sylvius. Elle se continue aussi avec les plexus choroïdiens, mais sans leur former d'enveloppe en forme de plèvre. Enfin, elle passe des ventricules latéraux dans les ventricules moyens par les trous de Monro.

6° Distendu par le liquide, le cinquième ventricule est facile à démontrer, et son ouverture de communication avec le troisième ventricule devient en même temps très évidente.

7° Sur les deux cerveaux, dans lesquels la glande pituitaire et l'infundibulum étaient intacts, nous avons trouvé un canal traversant l'infundibulum, et nous concluons qu'il doit en être ainsi dans l'état normal.

8° Deux fois nous n'avons pu trouver l'orifice antérieur de l'aqueduc de Sylvius, de sorte que si nos recherches à cet égard ne nous ont pas trompé les cavités cérébrales étaient complétement closes.

9° Quant à la cause première de l'hydrocéphalie, les faits sur lesquels s'appuie ce travail ne nous l'ont pas révélée; rien dans les parois ou dans le liquide épanché n'indiquait un élément inflammatoire : pour nous, il s'agit donc d'une hydropisie pure et simple.

Le mémoire de M. Blache est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Danyau, Barth et Guérard.

Signe des altérations du sang dans les maladies. — M. Bayle lit l'extrait suivant d'un mémoire sur cette question : Y a-t-il un signe général des altérations du sang dans les maladies et des signes particuliers pour chacune de ces altérations? (Voir plus haut.)

Transmission des sons de la racine des bronches à un point éloigné de la poitrine. — M. Barthez lit une note sur quelques-unes des conditions anatomiques qui favorisent la transmission des sons de la racine des bronches à un point éloigné de la poitrine.

M. Barthez résume son travail en ces termes :

« Les bruits normaux ou anormaux qui sont produits dans les gros tuyaux aériens peuvent être transmis au travers de la poitrine et être perçus dans un point éloigné de leur lieu d'émission.

» Les moyens de transmission sont des corps solides ou liquides.

» Dans le premier cas, les conditions nécessaires sont :

» 1° La solidité, la compacité des corps qui le rendent susceptible de transmettre les vibrations sonores;

» 2° Son adhérence intime aux grosses bronches ou à la trachée;

» 3° Son contact avec un point de la poitrine accessible à l'oreille.

» Dans le second cas, les conditions anatomiques favorables à la transmission paraissent être :

» 1° La coexistence d'un corps solide adhérant aux bronches et servant à établir une continuité de corps vibrant entre elles et le liquide;

» 2° Une position particulière de ce corps solide, due soit à des adhérences costales, soit à la quantité considérable de l'épanchement.

» Les bruits alors perçus sont souvent augmentés dans leur intensité, de manière à simuler la respiration caverneuse, le gargouillement, la respiration amphorique, en l'absence de toute excavation pulmonaire, de toute communication de la plèvre avec le poumon.

» Ces bruits pseudo-bronchiques, pseudo-caverneux et pseudo-amphoriques ont un timbre particulier.

» L'exagération des bruits et leur timbre spécial sont dus au passage des vibrations sonores au travers d'une sorte de stéthoscope mi-parti solide et liquide. Ce dernier corps modifiant le caractère et l'intensité des vibrations habituellement transmises par les corps solides seuls.

» Si j'ajoute que la transmission du son est plus facile lorsque la cage thoracique est petite et étroite, lorsque les parois sont minces et sèches, lorsque les mouvements respiratoires sont rapides et forts, j'aurai, je crois, indiqué la plupart des conditions favorables à cette transmission des sons au travers de la poitrine. » (Commissaires : MM. Ségalas, Bricheteau et Cruveilhier.)

— Il est quatre heures; l'Académie se forme en comité secret.

Nous avons reçu depuis quelque temps, soit de médecins, soit d'étudiants, de nombreuses demandes de renseignements sur les conditions qu'il faut remplir pour l'emploi de chirurgien auxiliaire de la marine. Nous nous empressons de répondre à ces demandes en insérant ici la note suivante, que nous devons à l'obligeance de notre honorable confrère M. le docteur Senard, chirurgien principal adjoint à l'inspection générale du service de santé de la marine.

Les emplois de chirurgien auxiliaire de 3e classe sont conférés par les préfets maritimes des cinq ports de Cherbourg, Brest, Lorient, Rochefort et Toulon, sur la proposition du directeur du service de santé.

Cette proposition est motivée par l'avis des jurys de concours institués dans les ports et devant lesquels les récipiendaires sont soumis à des examens sur les matières indiquées plus loin.

Les conditions de l'admission aux examens sont moins rigoureuses pour l'emploi de chirurgien auxiliaire que pour le grade de chirurgien entretenu. Il suffit d'être bachelier ès lettres ou ès sciences, ou bien de présenter le diplôme d'officier de santé reçu par les jurys départementaux, et d'être âgé de moins de trente-quatre ans.

Les docteurs en médecine peuvent recevoir, sans examen, leur nomination à l'emploi de chirurgien de 3e classe auxiliaire, sur la proposition de l'inspecteur général du service de santé à Paris ou du directeur du service de santé dans les ports.

Les candidats à l'emploi de chirurgien auxiliaire doivent être exempts de toute infirmité susceptible de rendre impropre au service de la mer et justifier qu'ils ont satisfait à la loi sur le recrutement.

Lorsqu'un étudiant, officier de santé ou docteur éloigné des ports se dispose à rechercher un emploi de chirurgien auxiliaire, il s'adresse au ministre pour savoir s'il existe des vacances et vers quel port il doit se diriger. Avant de quitter sa résidence, il se fait délivrer par une autorité, administrative, militaire ou civile, ou à Paris, par l'inspecteur général du service de santé, l'attestation de son départ dans le but d'entrer dans la marine en qualité de chirurgien auxiliaire. Cette pièce sert à établir son droit, dans le cas où il est admis après examens, à recevoir l'indemnité de route, à raison de 2 francs par myriamètre. Il se munit également des actes de naissance, pièces et diplômes qu'il présentera aux directeurs du service de santé.

Les auxiliaires en service jouissent absolument des mêmes avantages et prérogatives que les chirurgiens entretenus.

Le temps passé au service de la marine compte comme stage dans une faculté de médecine et emporte la gratuité des inscriptions.

La solde des chirurgiens de 3e classe est de 1,440 francs; indépendamment de la ration alimentaire du marin, ils reçoivent, selon leur embarquement, 2 fr. 25 cent. ou 1 franc par jour pour indemnité de table.

La petite tenue est seule obligatoire pour les auxiliaires, qui s'équipent à leurs frais comme les entretenus.

Les docteurs en médecine, après un an de service en qualité de chirurgien de 3e classe, les auxiliaires non docteurs, après trois ans de service, sont admis à subir l'examen pour l'emploi de chirurgien auxiliaire de seconde classe, dont la solde est de 2,250 francs.

Les examens pour l'emploi de chirurgien auxiliaire de 3e classe portent sur les matières suivantes :

Premier examen (verbal).

Ostéologie, syndesmologie, myologie, position absolue et relative des viscères.

Deuxième examen (verbal).

Chirurgie élémentaire.
Application des bandages.
Pharmacie extemporanée.
} Théorie et pratique.

Troisième examen (par écrit).

Eléments de pathologie externe.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Les membres de la section de médecine et de chirurgie de l'Académie des sciences sont, dit-on, convenus, dans une réunion préparatoire, d'arrêter comme suit la liste de candidature.

Nous la donnons sous toutes réserves, et sans en garantir l'exactitude. Les neuf candidats seraient ainsi classés :

1° M. Jobert (de Lamballe); 2° M. Baudens; 3° M. Jules Cloquet; 4° M. Gerdy; 5° M. Laugier; 6° M. Jules Guérin; 7° M. Malgaigne; 8° *ex æquo*, MM. Maisonneuve et Le Roy-d'Etiolles.

— Des recherches bibliographiques avec un recueil d'observations cliniques pour servir à l'étude des indications et contre-indications des *Eaux minéro-thermales de Bagnoles-de-l'Orne* viennent d'être publiées par le docteur S. Desnos, ancien interne des hôpitaux de Paris, lauréat des hôpitaux et de la Faculté de médecine de Paris, membre de la Société anatomique. Cette notice mérite à tous égards de fixer l'attention des médecins et des malades (1).

(1) Elle se trouve à Paris, à la librairie de Victor Masson, 17, place de l'Ecole-de-Médecine, et à la pharmacie Paquot, 34, rue Laffitte, où on la distribue gratuitement.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 64. — SAMEDI 2 JUIN 1855. (28e ANNÉE.) N° 64. — SAMEDI 2 JUIN 1855.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Un mot sur l'angine couenneuse des animaux domestiques, à propos de l'épidémie régnante.

Dans l'une des dernières séances de l'Académie de médecine, M. Reynal présentait les pièces anatomo-pathologiques d'un poulet qui avait succombé à une angine couenneuse. Ce savant vétérinaire ajoutait que plusieurs cas de cette affection avaient été observés en même temps dans la volaille.

Ce fait nous fit naturellement nous demander quel rapport pouvait exister entre ces faits et les cas nombreux d'angine observés épidémiquement depuis quelque temps à Paris et dans plusieurs localités des départements; si ce n'était là qu'une simple coïncidence fortuite, ou l'indice d'une influence pathogénique générale s'exerçant à la fois sur l'homme et sur les animaux domestiques. Nous ne sommes pas encore en mesure de résoudre cette question; mais nous trouvons sur ce sujet dans le dernier numéro de la *Gazette hebdomadaire* des documents curieux sur l'angine couenneuse des animaux domestiques qui nous ont paru mériter de trouver place ici, comme pouvant servir à l'étude de l'histoire comparative des épidémies et des épizooties concomitantes.

Pendant qu'on observait un grand nombre d'angines à Paris, M. le docteur Patté a eu l'idée de s'informer auprès de plusieurs membres de la Société de médecine vétérinaire, de ce qu'ils avaient pu observer à cet égard pendant ce même laps de temps sur les animaux domestiques. Bien que cette sorte d'enquête n'ait pas précisément donné des résultats très positifs relativement à l'existence d'une épizootie d'angine qui pût être rapprochée de l'épidémie en question, ils n'en sont pas moins intéressants par les détails assez généralement peu connus qu'ils nous ont révélés sur les diverses sortes d'angine auxquelles les animaux peuvent être sujets.

« Dans ces derniers mois, dit M. Patté, il n'y a pas eu, à proprement parler, d'épizootie d'angine à Paris ou dans les environs; mais quelques vétérinaires, et M. Leblanc entre autres, m'ont affirmé avoir vu beaucoup d'angines, et en plus grand nombre que les années précédentes. Ces angines ont été simples; le plus souvent elles se sont terminées, dans les chevaux, par une tumeur plus ou moins volumineuse dans la région sous-maxillaire ou à la partie inférieure de la région parotidienne. Presque toujours ces tumeurs s'abcèdent, suppurent plus ou moins longtemps, après quoi la santé se rétablit très promptement, comme dans l'amygdalite aiguë et abcédée de l'homme. »

Herbivores, carnivores et granivores, d'après les médecins vétérinaires, seraient souvent affectés d'angine, pendant que l'homme éprouve à sa manière un mal analogue. De sorte que cette fréquence d'angines chez les chevaux, plus grande qu'à l'ordinaire dans ces derniers temps, bien que ne constituant pas une épizootie à proprement parler, n'est pas moins curieuse à rapprocher de l'épidémie d'angine que nous venons d'observer.

Toutefois, pour apprécier cette relation, il est important de connaître les modifications que présentent chez les diverses espèces animales domestiques les affections angineuses.

L'angine diphthéritique, d'après les renseignements recueillis par M. Patté, est rare chez les animaux domestiques, et quand elle se manifeste, elle est toujours sporadique.

Le cheval et le bœuf sont beaucoup plus rarement atteints d'angine couenneuse que les autres animaux.

Suivant M. H. Bouley et plusieurs autres vétérinaires, l'angine couenneuse ne se rencontre chez les chevaux que dans des circonstances particulières et dignes de remarque. Elle apparaît sur les chevaux qui ont séjourné plus ou moins longtemps dans des granges ou des écuries incendiées. La maladie paraît être rapidement déterminée par la fumée et les différents produits volatils pyroligneux. Il reste à la suite de ces effets une prostration considérable qui paraît indépendante des phénomènes d'asphyxie plus ou moins intenses auxquels ces animaux ont été en proie, et qui rappelle plutôt les accidents septiques inhérents à la forme grave de la diphthérite gutturale de l'homme.

Le chien est sujet à une espèce d'angine dans laquelle on a cru voir quelques ressemblances symptomatiques avec la rage, mais dont les différences ont été parfaitement bien établies par M. Reynal. C'est une angine gutturale et plus souvent une angine laryngée, à la suite de laquelle l'animal conserve une toux sèche, nerveuse, quinteuse et persistante.

Il paraît donc constant que les épidémies d'angine coïncident quelquefois avec des épizooties analogues, présentent même parfois des caractères et des formes assez semblables. Il n'est pas indifférent de faire remarquer à côté de ce fait le contraste singulier qu'a présenté généralement l'état sanitaire des animaux domestiques, et particulièrement des herbivores, avec celui de l'espèce humaine pendant les épidémies de choléra.

Emploi de la vératrine dans les phlegmasies thoraciques et dans le rhumatisme articulaire aigu.

Nous avons publié dans notre numéro du 12 mai dernier une observation de double pneumonie rapidement résolue sous l'influence de l'administration de la vératrine. Nous avons reçu depuis plusieurs communications relatives à l'emploi de ce médicament, soit dans les affections phlegmasiques des organes thoraciques, soit dans le rhumatisme articulaire aigu. L'une d'elles nous a paru surtout intéressante à cause de la dose considérable de vératrine qui a été prise par mégarde en un seul jour, sans qu'il en soit résulté aucun accident. C'est une observation de pleurite double avec épanchement considérable et pneumonie, guérie rapidement sous l'influence de doses élevées de vératrine. Nous laissons parler M. le docteur Hamon (d'Ecommoy), qui nous en a adressé la relation, nous réservant d'en tirer à notre tour quelques déductions qui diffèrent de celles qu'il en a tirées lui-même.

« Appelé, il y a quelques mois, auprès d'un enfant de treize ans qui, par une incroyable incurie, était resté sans soins depuis quatre jours, bien que les parents soupçonnassent l'existence d'une pleurésie, je trouvai le petit malade dans l'état suivant : visage cyanosé, anhélation; pouls fréquent, filiforme; pleurite double avec épanchement considérable; pneumonie du côté droit.

J'étends sur le côté droit du thorax une couche de collodion, dans l'intention d'en étudier les effets relativement au côté opposé, l'épanchement pleural présentant le même signe de niveau.

Je prescrivis en même temps une potion dans laquelle je fis entrer 0,10 de vératrine. Voici la formule de cette potion :

Vératrine.	1 décigramme
Alcool.	quelques gouttes
Sirop simple.	50 grammes
Eau distillée.	150 —

A prendre dans les quarante-huit heures.

Je fis en même temps poser 15 sangsues au siége.

Par une de ces erreurs trop fréquentes dans la pratique de la médecine des campagnes, la potion, dont la moitié seulement devait être administrée dans le cours des premières vingt-quatre heures, fut ingérée en moins d'une heure. Il survint des vomissements nombreux et violents, des selles copieuses, en un mot tous les accidents qui dépendent de l'administration d'un émétique actif. Un notable soulagement fut éprouvé par le petit malade au bout de quelques heures.

Le lendemain je trouvai un sensible amendement dans l'état de l'enfant : son visage était seulement un peu vultueux, sa respiration beaucoup plus facile; le pouls plus plein, moins fréquent. L'épanchement avait diminué de 0,03 à droite, et seulement de 0,015 à gauche. Râle crépitant moins considérable.

Satisfait des bons effets des médicaments employés, je jugeai

---

EXCURSION BIBLIOGRAPHIQUE EN DEHORS DE LA MÉDECINE.

Nous demanderons aujourd'hui à nos bien-aimés lecteurs, faisant à nos habitudes une légère infraction, de les entretenir de quelques ouvrages un peu en dehors du sujet ordinaire de leurs occupations. Disons tout d'abord, et pour ne laisser aucun prétexte de mécontentement à ceux qui plus tard pourraient regretter d'avoir perdu un quart d'heure à parcourir ce feuilleton, que nous voulons leur parler de géographie, de botanique et d'un tout petit livre élémentaire où il est traité des principes des sciences naturelles à l'occasion des phénomènes qui se passent à chaque moment sous nos yeux et autour de nous. Certes, rien de tout ceci ne touche directement à la médecine ni à la chirurgie; mais nous prétendons essayer de démontrer que, des quatre volumes que nous avons sous les yeux, ceux-là même qui paraissent le plus éloignés des travaux journaliers de nos confrères leur sont peut-être le plus nécessaires, et qu'il leur sera d'autant plus utile d'en connaître le contenu que les matières à l'étude desquelles ces livres sont consacrés semblent le plus étrangères aux sciences médicales.

Les anciens, nos maîtres encore en beaucoup de choses, faisaient grand cas de la géographie et de toutes les sciences qui en découlent ou s'y rattachent, la météorologie, l'hydrologie, etc., points sur lesquels ils ne possédaient que des notions bien confuses et bien incomplètes. Le fameux traité *De aere, locis et aquis*, qu'est-il autre chose après tout qu'un essai de géographie générale appliquée à la médecine? Longtemps négligées, ces études ont depuis quelques années repris un peu de faveur; des publications nombreuses attestent cette tendance dont les manifestations abondent, et, pour n'en citer que quelques-unes, nous rappellerons en première ligne le livre si remarquable du docteur Carrière sur les *climats de l'Italie*, les ouvrages de MM. Armand et Bertherand sur l'*Algérie médicale*, la notice de M. Barth sur la *topographie de la ville d'Hyères*, la météorologie de M. Foissac, etc., dont à diverses époques nous avons rendu compte dans ce journal.

L'importance des études géographiques dans leurs rapports avec la médecine semble donc être aujourd'hui un fait à peu près universellement accepté, et cela est si vrai que pas un médecin instruit n'osera tracer la relation d'une épidémie quelque peu sérieuse sans en faire précéder l'histoire d'une description aussi complète que possible des lieux où a sévi le fléau, des circonstances climatériques dans lesquelles il s'est développé, et forcément il se trouvera entraîné à rechercher les rapports de cause à effet qui pourraient exister entre certaines dispositions locales et certaines phases, certaines formes de la maladie, en un mot, à faire de la géographie médicale. Le jour où cette nouvelle science sera, sinon complète, du moins étendue à la plus grande partie des contrées habitées du globe, bien des points encore obscurs de l'étiologie des maladies seront peut-être éclaircis; qui sait si alors on n'appréciera pas les influences diverses sous lesquelles, par exemple, une seule et même maladie, le typhus, prend une physionomie si différente dans les différents continents et devient la fièvre jaune en Amérique, la peste en Afrique, le choléra en Asie, la fièvre typhoïde en Europe? On conçoit qu'en parlant ainsi nous ne formulons qu'une espérance, une possibilité; mais cette espérance ne suffit-elle pas pour engager les médecins auxquels leur position le permet à ne pas négliger des études qui peuvent conduire à de si importants résultats? ne suffit-elle pas pour encourager cette tendance qu'ont maintenant les hommes spéciaux qui font de la *science de la terre* l'objet de leurs travaux, à donner à la description physique des contrées qu'ils étudient tous les développements, toute la précision, tout *le complet* désirables?

Nous ne sommes entré dans ces détails que pour justifier auprès des moins indulgents de nos lecteurs le désir que nous avons de les voir nous accompagner dans cette courte excursion extra-médicale. Supposons-les donc convaincus comme nous le sommes nous-même, et entrons immédiatement en matière.

Le plus important des quatre ouvrages dont il va être ici question est le *Dictionnaire géographique et statistique* d'Adrien Guibert (1). Pour des ouvrages encyclographiques, le dictionnaire est le livre par excellence des gens occupés et qui n'ont que peu de moments à détourner de leurs travaux. Il permet de trouver en un instant, sans fatigue, sans perte de temps, le fait cherché, le renseignement demandé; il semble que ce soit à la géographie que cette forme soit le mieux applicable, le plus nécessaire. Personne, en effet, n'a la prétention de posséder dans sa mémoire l'immense et aride nomenclature des traités de géographie; ce qu'il faut, c'est l'avoir sous la main, classée dans l'ordre le plus commode, et suivie de tous les documents utiles qui se rattachent à chaque nom.

Tout dictionnaire géographique doit répondre immédiatement à trois questions principales : quelles sont la nature, la position absolue ou relative, l'importance d'un lieu? Pour les deux premières questions, l'exactitude suffit; pour la troisième, il faut en outre la mesure, le choix, la proportion, l'opportunité des renseignements, suivant la destination du dictionnaire. Inutile de dire que, comme tous les autres livres du même genre, celui-ci remplit, sous ce rapport, le but principal que se propose un auteur consciencieux, l'exactitude. Ce qui le distingue surtout, c'est une modification, heureuse à notre avis, de la forme généralement adoptée. Aux avantages de la forme lexique, Guibert a voulu réunir ceux de la forme méthodique du traité, en donnant dans l'article, sur chaque division géographique, politique ou administrative, la nomenclature des subdivisions immédiates ou des localités principales qui y sont comprises. De cette façon, chacune des grandes divi-

(1) *Dictionnaire géographique et statistique* rédigé sur un plan nouveau, par Adrien Guibert, ouvrage autorisé par l'Université, 1855. Un vol. grand in-8° à trois colonnes, de 2,000 pages. — Jules Renouard.

utile d'en continuer l'emploi. J'étendis donc à gauche une couche de collodion, et formulai pour les vingt-quatre heures suivantes une nouvelle potion à la vératrine, à la dose de 0,05, à prendre par cuillerée d'heure en heure.

Le lendemain, disparition à droite de l'épanchement et de la matité pneumonique; ronchus sous-crépitant léger. Je remarquai toutefois avec surprise que la couche de collodion que j'avais étendue sur le côté gauche du thorax n'avait eu aucun effet sur l'épanchement du même côté. — Nouvelle potion à la vératrine (dose : 0,025) administrée de la même façon que la précédente.

Le surlendemain toute trace des affections thoraciques avait disparu, et le petit malade entrait en convalescence.

Le traitement avait donc duré trois jours! »

M. Hamon n'hésite pas à attribuer cette guérison rapide, dans un cas aussi désespéré, à l'emploi de la vératrine. Il n'est même pas éloigné de penser que le petit malade n'a dû son salut qu'à la dose élevée du médicament ingérée par erreur.

Sans contester l'efficacité de la vératrine dans cette circonstance et son heureuse influence sur la résolution rapide de la phlegmasie pulmonaire et pleurale, nous ne pouvons cependant nous empêcher de faire remarquer que ce fait n'a peut-être pas, sous le double point de vue de l'action spéciale de la vératrine et de son innocuité dans l'espèce, toute la portée que notre confrère a cru pouvoir lui attribuer.

On sait, et depuis longtemps déjà, par les expériences de M. Magendie, que la vératrine donnée à une dose un peu élevée, de 2 centigrammes à 5 centigr., par exemple, produit avec une extrême promptitude des vomissements plus ou moins violents et des évacuations alvines abondantes. C'est même en se fondant sur ces expériences que M. Magendie a conseillé l'usage de ce médicament dans les cas où il est nécessaire de provoquer promptement d'abondantes évacuations. Mais on sait aussi que ce n'est pas en vertu de ce mode d'action que l'usage de la vératrine a été remis récemment en honneur, mais bien en vertu de son action sédative sur l'appareil circulatoire. Si bien que M. Piedagnel, qui a formulé les doses et le mode d'administration de la vératrine dans le traitement du rhumatisme, a précisé avec soin toutes les conditions nécessaires pour obtenir la tolérance, c'est-à-dire pour prévenir l'effet évacuant; et lorsque, malgré l'atténuation des doses, les vomissements et la diarrhée se produisent, il associe une petite quantité d'opium à la vératrine pour faciliter la tolérance. C'est aussi la pratique adoptée par M. Trousseau, qui a remarqué que l'élévation du pouls et l'exacerbation des douleurs coïncident le plus souvent avec l'apparition des évacuations et surtout des vomissements. Enfin c'est sur la connaissance de cet effet qu'a la vératrine de diminuer le nombre de pulsations du pouls et la force d'impulsion du cœur que M. Aran s'est fondé pour appliquer cette médication au traitement de la pneumonie.

Or, si l'on cherche à se rendre compte de ce qui s'est passé dans le fait rapporté par M. Hamon, on est tout d'abord frappé, en présence de la dose considérable de vératrine ingérée, de ne trouver ni la dépression du pouls et la diminution d'impulsion du cœur, ni cette sensation d'âcreté insupportable dans la bouche, de chaleur, de sécheresse à la gorge et de constriction au pharynx signalés par M. Piedagnel, ni les accidents tétaniques constatés par M. Magendie.

En rapprochant l'absence de ces divers signes de l'action physiologique de la vératrine du seul effet constaté par M. Hamon, les vomissements et les évacuations, il est impossible de n'en pas conclure que toute l'action de la vératrine s'est épuisée, si l'on peut s'exprimer ainsi, dans cet effet évacuant, et que c'est à cette circonstance heureuse qu'il faut attribuer l'absence des symptômes toxiques et la rapide guérison de la pleuro-pneumonie. Ce serait à titre d'éméto-cathartique énergique qu'aurait agi la vératrine dans cette circonstance, et non en vertu de l'action dynamique spéciale qui lui a été reconnue.

Ces réflexions n'ont pas pour objet d'atténuer l'importance de l'observation de M. Hamon, qui n'en conserve pas moins tout son intérêt pratique, mais elles nous paraissent devoir en changer la signification. Et si nous y avons tant insisté, c'est qu'il importe de ne pas laisser tirer de ce fait une induction fausse et qui pourrait entraîner peut-être dans de graves erreurs de pratique. Telle serait, par exemple, la conclusion qu'on se croirait fondé à tirer de ce fait, que la vératrine pourrait être administrée sans danger à des doses plus élevées que celles qui ont été prescrites jusqu'ici.

— Une deuxième communication sur ce sujet nous a été faite par M. Victor Besnard, médecin à Joué-lez-Tours. Elle contient deux observations de rhumatisme articulaire aigu promptement guéri par la vératrine. En voici la relation sommaire :

Obs. I. — Mme C..., âgée de 55 ans, cultivateur, vivant dans de bonnes conditions, est prise, le 24 juillet 1854, de douleurs dans les articulations du coude, puis dans les poignets et ensuite aux épaules, avec rougeur et tuméfaction de ces articulations.

Le lendemain 25, à sa première visite, M. Besnard trouve toutes les articulations des membres inférieurs prises; la malade est couchée sur le dos, dans une immobilité complète. Il prescrit 25 centigrammes de vératrine en vingt pilules, à prendre une le matin, une à midi, et la troisième à huit heures du soir; quatre le lendemain, et ainsi de suite en augmentant d'une pilule tous les jours.

Le 26, à midi, 2 pilules ont déjà été ingérées. L'amélioration est sensible; la malade demande à se lever.

Le 27, le mieux continuant, on reste à 4 pilules.

Le 28, la malade se dit guérie; elle marche. — 3 pilules.

Le 29, elle commence à travailler. — 2 pilules.

Le 1er août, la tuméfaction, la rougeur ont tout à fait disparu. Il ne reste pas trace de douleur dans les articulations.

Obs. II. — M. C..., ouvrier maréchal, est pris le 10 février 1855 de douleurs dans les articulations des vertèbres cervicales. — Frictions d'huile camphrée.

Le lendemain 11, douleur, rougeur et tuméfaction des articulations du genou gauche, de l'épaule droite, des deux poignets. Le malade peut encore marcher. — 20 pilules de vératrine de 1 centigramme chaque à prendre deux aujourd'hui, trois demain, en augmentant ainsi d'une pilule tous les jours.

Le 12, les symptômes morbides observés hier n'ont fait qu'augmenter. Le malade est immobile dans son lit; le moindre mouvement lui arrache des cris. — 3 pilules.

Le 13, même état. — 4 pilules.

Le 14, le malade accuse une notable amélioration. — 5 pilules.

Le 15, le mieux continu. — 4 pilules.

Le 16, le malade se lève et marche. — 3 pilules.

Les 17, 18 et 19, la guérison est parfaite. Le malade travaille.

Dans le premier des deux faits rapportés par M. Besnard, on ne saurait mettre en doute l'influence de la vératrine sur la cessation rapide du rhumatisme articulaire, qui disparaît en deux jours et après l'ingestion de 7 centigrammes de vératrine. Quant au second cas, où la guérison a eu lieu en neuf jours, après un amendement notable obtenu dès le cinquième jour, sans nier que la guérison puisse effectivement être attribuée à la vératrine, nous nous croyons fondé néanmoins à faire à cet égard quelques réserves. Il n'est pas sans exemple que des rhumatismes articulaires aigus, même très intenses, aient guéri en moins de temps, spontanément, et par le seul fait du repos et du séjour au lit. Nous pourrions citer, entre autres, le fait dont nous avons été récemment témoin dans le service de M. Legroux, à l'Hôtel-Dieu, d'un rhumatisme articulaire aigu des plus intenses, avec fièvre vive, et qui s'est dissipé en trois ou quatre jours sans l'intervention d'aucune médication active. Ce fait, exceptionnel d'ailleurs, il faut bien le reconnaître, pourrait aussi bien être opposé aux prétentions de tout autre agent thérapeutique qu'à celles de la vératrine; aussi n'en faisons-nous pas une objection sérieuse contre les conclusions que M. Besnard s'est cru fondé à tirer de sa seconde observation. C'est une simple réserve.

Dans ces deux observations, l'action médicatrice de la vératrine paraît avoir été indépendante de l'effet évacuant, qui n'a point été mentionné par M. Besnard. Le défaut d'indication précise de cet effet est cependant une lacune regrettable. Il est également à regretter que notre confrère n'ait signalé aucun des effets physiologiques du médicament, et en particulier son action sur le système circulatoire. Cela eût été d'autant plus important, que dans tous les faits recueillis dans les services des hôpitaux de Paris où cette médication a été mise en usage, son influence sédative sur la circulation a été constamment notée comme l'indice de l'action curative de la vératrine. Nous recommanderons à ce sujet à nos confrères la lecture d'une très bonne thèse de M. le docteur Ernest Troncin, que nous avons en ce moment sous les yeux, et où les effets physiologiques et thérapeutiques de la vératrine sont décrits avec un grand soin.

Rhumatisme articulaire chronique (rhumatisme noueux) guéri par l'iode.

Dans le numéro du 30 décembre dernier, nous avons entretenu nos lecteurs d'une forme peu connue de rhumatisme articulaire chronique, que MM. Trousseau et Lasègue ont décrite sous le nom de rhumatisme noueux; et nous avons rapporté l'histoire d'un malade placé dans la salle Sainte-Agnès qui présentait un des exemples les plus remarquables de cette affection. Ce malade, qui depuis trois ans avait vu toutes les articulations des extrémités se prendre successivement, au point qu'il ne pouvait plus faire aucun usage de ses pieds et de ses mains, était depuis quelques semaines, à l'époque où nous en avons parlé pour la première fois, à l'usage du traitement par l'iode. Ce traitement institué par M. Lasègue, qui en avait obtenu déjà de très remarquables résultats sur trois autres malades atteints de la même affection, a été continué depuis avec persévérance. Le malade a pris d'abord pendant le premier mois 1 gramme par jour de teinture d'iode, puis le mois suivant 1 gramme 1/2; la dose a été successivement élevée, à intervalles à peu près égaux, à 2 grammes, puis 3, 4, et enfin, en dernier lieu, jusqu'à 5 grammes par jour. La teinture d'iode était prise indistinctement dans une potion ou dans la tisane, quelquefois même mêlée aux aliments. Malgré la saveur extrêmement désagréable de ce médicament, le malade n'a cessé de le prendre sans interruption pendant toute la durée de ce long traitement.

Il est digne de remarque que, même aux doses élevées auxquelles il l'a prise dans ces derniers temps, le teinture d'iode n'a jamais produit chez lui le moindre accident ni du côté de l'encéphale, ni du côté des organes digestifs; il n'a jamais éprouvé d'ivresse iodique, et, loin que l'estomac ait paru fatigué, l'appétit s'est constamment maintenu et a semblé même n'en être qu'activé. Mais ce qu'il importe par-dessus tout de constater, c'est l'effet thérapeutique de la médication.

Dès les premières semaines, ainsi que nous l'avons déjà constaté en décembre, on a pu reconnaître un amendement sensible; les douleurs articulaires étaient déjà sensiblement calmées. Le gonflement des jointures avait un peu diminué; le malade commençait à pouvoir exécuter quelques légers mouvements jusque-là impossi-

---

sions territoriales présente un tableau raccourci de son ensemble, et pour chacun des détails, l'article spécial, à son ordre alphabétique, contient tous les renseignements secondaires qu'il comporte.

Une amélioration que nous ne pouvons passer sous silence est celle qui consiste à donner dans chaque article consacré à un État des développements du plus haut intérêt sur la topographie du pays, le climat, le sol, la flore et la faune; notions que l'on cherchait en vain dans les ouvrages publiés jusqu'à ce jour, et qui seront surtout appréciés par les médecins et par les hommes versés dans l'étude des sciences naturelles. Signalons enfin, comme une des parties les plus importantes, tout ce qui a trait à la géographie physique. Ainsi, aux articles des montagnes, l'auteur a ajouté la description orographique et géologique de ces traits du globe, des renseignements sur la végétation de leurs versants, les particularités physiques qui les distinguent. Les articles sur les mers renferment les principales observations dont elles ont été l'objet relativement à leur profondeur, leur température, la composition de leurs eaux, leurs courants, les vents qui règnent à leur surface, etc. Les lacs, les principaux cours d'eau n'ont pas été l'objet de considérations moins essentielles et moins pratiques.

La dernière innovation dont nous voulons parler, et qui n'est pas la moins considérable, est celle qui consiste à restituer aux noms étrangers leur orthographe véritable, nationale, si l'on peut s'exprimer ainsi. Aux noms ridiculement *francisés* des villes étrangères, Guibert a substitué la dénomination réelle, en ayant soin, par des renvois qui évitent toute recherche pénible, d'indiquer le nom vulgaire à celui qui ignore l'idiome de la contrée où est située la localité.

Et puisque nous parlons de géographie, nous aurions mauvaise grâce à passer sous silence la nouvelle édition du traité si connu de Balbi (1), que l'auteur, par une modestie exagérée, n'a jamais voulu publier que sous l'humble titre d'Abrégé. La réputation de ce livre est depuis longtemps assez répandue pour que nous n'ayons pas ici à en faire un nouvel éloge. Balbi est, sinon le premier, du moins un des premiers qui aient poussé la géographie dans cette voie scientifique qui prend chaque jour plus d'extension. Géologie, météorologie, histoire naturelle des minéraux, des végétaux, des animaux, ethnographie, etc., tout y est traité avec cette supériorité qui a fait de Balbi l'un des plus éminents géographes de notre siècle; et ce qu'il faut le plus louer dans son livre sous ce point de vue, c'est l'exacte proportion qu'il a su conserver dans chacun des détails de cette œuvre immense.

Balbi et Guibert appartiennent à la même école. Ils sont sortis de l'ornière où se traînaient leurs devanciers, et leurs livres sont deux éclatantes manifestations de cette tendance novatrice dont le rêve est de se rapprocher le plus possible de l'exactitude et de la vérité en puisant aux sources mêmes et en sacrifiant aux faits positifs les théories trop souvent vides de la spéculation.

De la géographie à la botanique, la transition est facile. Nous aurions voulu dire un mot du *Répertoire des plantes utiles et des plantes vénéneuses du globe* (1), d'un de nos confrères, M. Duchesne, mais nous nous apercevons un peu tard que l'espace va nous manquer, et nous nous trouvons forcé de nous réduire à l'exposition de la donnée sur laquelle est fondée l'une des plus vastes entreprises qu'ait pu jamais concevoir un botaniste. L'un des noms scientifiques d'une plante, ou même le nom vulgaire, soit de la plante entière ou d'une de ses parties, soit même d'un de ses produits étant donné, trouver sans aucune étude préalable et sans aucune difficulté sa famille, sa synonymie et tous ses usages en tous pays, tel est le problème que le docteur Duchesne a résolu dans ce précieux manuel. Élèves et médecins y trouveront de curieux renseignements et d'utiles applications à leur art.

Le quatrième et dernier ouvrage, par lequel nous terminerons cette courte esquisse bibliographique, est un petit livre sans prétention, auquel la France a donné l'hospitalité, *la Clef de la Science* (1), du docteur Brewer. Celui-ci n'est, comme l'a dit un éminent critique, ni de la science grave comme on en fait dans les académies et les laboratoires, ni de la science amusante comme en veulent les *badauds*, c'est de la science usuelle et mise à la portée de toutes les intelligences; c'est l'explication concise, et surtout claire, d'une foule de petits phénomènes dont l'interprétation paraît toute simple au premier abord, et dont on serait souvent fort embarrassé de donner la raison d'être sans y avoir réfléchi avec attention. Nous y avons remarqué principalement les chapitres consacrés à l'étude de la chaleur; de l'électricité et des vapeurs. Nous le croyons appelé à un succès au moins égal à celui qu'il a eu en Angleterre et en Amérique.

Et maintenant, bien-aimés lecteurs, nous vous remercions de votre indulgence, et nous vous promettons de rentrer samedi prochain dans la bibliographie médico-chirurgicale, par l'analyse d'un livre avec lequel nous sommes bien un peu en retard, les *Quarante années de pratique chirurgicale* du professeur Roux, de si regrettable mémoire.

Dr A. Foucart.

(1) *Abrégé de géographie*, rédigé sur un nouveau plan, etc., par Adrien Balbi. Ouvrage adopté par l'Université. 3e édit. Un vol. gr. in-8° de 1,500 pages, orné de 24 cartes et plans. — Chez Jules Renouard.

(1) Un vol. in-8° et atlas de 128 planches. — Jules Renouard.

(1) *La Clef de la Science, ou les phénomènes de tous les jours expliqués*, par le docteur Brewer. 2e édit. Un vol. in-18 de 510 pages. 1855. — Jules Renouard.

— Errata. — Il s'est glissé dans le numéro du 31 mai (leçon clinique de M. Jobert) plusieurs erreurs typographiques qu'il importe de rectifier comme il suit :

Page 249, 2e colonne, ligne 66, au lieu de : *étayées*, lisez : *étagées*.

Page 250, 2e colonne, ligne 35, au lieu de : *taches pseudo-membraneuses qui vernissent*, etc., lisez : *tractus pseudo-membraneux qui unissent*, etc.

bles. Après deux mois et demi ou trois mois environ de traitement l'amélioration était beaucoup plus sensible encore. Les mains étaient presque entièrement dégagées. Depuis cette époque, le mieux a été toujours croissant, si bien que depuis quelque temps les articulations des mains étaient redevenues complétement normales. Les articulations tibio-tarsiennes et tarso-métatarsiennes conservaient seules encore de l'immobilité. Pour ces dernières, la médication était restée insuffisante. On avait eu également recours en vain à des applications de vésicatoires.

Les articulations du pied conservaient toujours de la roideur, lorsque enfin M. Trousseau a eu recours à un moyen dont il avait déjà eu l'occasion de constater les bons résultats en pareil cas. Ce moyen consiste à entourer les articulations malades de sachets de sable chaud, à une température assez élevée pour céder du calorique au membre, et maintenus chaque fois pendant une demi-heure à trois quarts d'heure. Ce moyen a à peu près achevé la guérison, que l'iode n'avait qu'incomplétement opérée; et enfin le malade est sorti il y a peu de jours complétement guéri de ses mains, et ne conservant plus qu'un peu de roideur dans les articulations des pieds. Ce résultat est très remarquable assurément, malgré la longue durée du traitement et son extrême énergie, si l'on se reporte à l'entière inefficacité de toutes les méthodes de traitement mises jusque-là en usage.

C'est le quatrième cas de ce genre dont la guérison est obtenue par l'usage de la teinture d'iode. C'est donc là un moyen à signaler à l'attention des praticiens.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. Moreau (de Tours).

De la nature du délire (folie aiguë) ou de la folie (délire chronique) et de son identité avec l'état de rêve (1).

I. Une foule de définitions ont été données de la folie. Pour en faire sentir le côté défectueux, et par conséquent montrer qu'elles ne définissent rien, un moyen infaillible est de les mettre en regard les unes des autres, de les opposer les unes aux autres.

J'ai fait ce travail. Il serait trop fastidieux de l'exposer ici; mais chacun peut, comme moi, s'en passer la curiosité. J'en ai fait un autre; par un procédé tout éclectique, j'ai fondu entre elles toutes ces définitions, et il en est résulté le plus effroyable chaos.

Cela devait être, car la définition d'une chose, j'entends une définition exacte, doit renfermer l'*idée vraie de la nature essentielle* de cette chose. Cette idée, et cette idée seule, doit se trouver sous l'enveloppe des signes parlés ou écrits destinés à la faire connaître.

Une vérité connue est une vérité nommée. Or, jusqu'à ce jour, la nature essentielle du délire a été complétement ou presque complétement méconnue.

II. *La folie est le rêve de l'homme éveillé.* — Cette définition n'est pas de moi; elle appartient à la Sagesse des nations. La science l'a condamnée, c'est à tort; je n'en connais pas de plus légitime.

III. La folie a été examinée sous deux aspects différents; au point de vue purement psychique et au point de vue des modifications d'organes qui en sont la source; en d'autres termes, au point de vue pathologique.

Dans les deux cas, la question ne nous paraît pas avoir été comprise comme elle devait l'être.

Voyons d'abord le côté psychique;

L'être moral, l'être pensant est essentiellement *un* et non multiple. La distinction entre les facultés intellectuelles est purement nominale; elle n'exprime rien, sinon les différents modes d'activité d'une puissance *essentiellement indivisible* de sa nature.

C'est pour avoir perdu de vue ces vérités que les auteurs se sont engagés dans une fausse voie et ont reporté successivement tantôt sur l'une, tantôt sur l'autre des facultés de l'âme, la responsabilité des désordres désignés sous le nom collectif de folie.

A priori, et l'on peut dire d'après les lois constitutives des facultés intellectuelles, il est impossible d'admettre que ces facultés puissent être modifiées d'une manière partielle. Dans la plus légère comme dans la plus grave de leurs lésions, il y a nécessairement métamorphose complète, transformation radicale, absolue de toutes les puissances mentales ou du *moi* qui les résume.

En d'autres termes, comme on raisonne, on déraisonne; on est fou ou on ne l'est pas, mais on ne saurait l'être à moitié, aux trois quarts, de face ou de profil.

Les apparences peuvent faire croire le contraire; disons mieux, elles en ont généralement imposé jusqu'à ce jour; mais les apparences ne sont pas toujours la vérité, elles servent bien plus souvent de masque à l'erreur.

Voyons maintenant le côté pathologique:

On distingue deux phases, deux périodes dans le trouble psycho-organique que l'on nomme folie, aliénation mentale. L'une comprend ce que l'on est convenu d'appeler l'état aigu: c'est le mal à son début, ce sont ses premières manifestations, ou si l'on veut ses prodromes; l'autre, l'état chronique: c'est le mal arrivé à tel degré d'accroissement.

De ces deux phases, la première, ou bien a complétement échappé à l'observation, ou bien si, par exception fort rare, elle a été entrevue, elle n'a point fixé l'attention; on a passé outre, comme à propos de ces faits exceptionnels qui n'éveillent aucune idée, d'autre sentiment que celui de la curiosité.

La seconde phase a été exclusivement prise en considération; elle seule est entrée comme élément dans la question que l'on se proposait de résoudre.

Contrairement à toutes les règles qui doivent diriger une investigation logique, règles qui d'ailleurs sont toujours fidèlement observées lorsqu'il s'agit de maladies ordinaires, telles que la pneumonie, la phthisie pulmonaire, etc., on ne s'est préoccupé que de la seconde période, c'est-à-dire des symptômes qui la constituent, lorsqu'on a voulu s'enquérir de la nature du mal.

Qu'en est-il résulté? Que l'on a fait de l'ontologie pure. Ainsi tronqué, dépouillé de ses caractères primitifs les plus propres à mettre sur la voie de son origine réelle, l'état maladif, que l'on se proposait d'étudier, est devenu méconnaissable. On en avait fait quelque chose d'exceptionnel, un phénomène à part dans l'ordre des phénomènes organiques. Parce qu'on n'avait pas su découvrir les dérangements des organes, on les a niés, ou tout au moins révoqués en doute.

L'erreur engendre l'erreur, et quelques écrivains, circonscrivant le mal dans les phénomènes fonctionnels eux-mêmes, n'ont pas reculé devant cette hérésie physiologique d'une maladie ayant sa source ailleurs que dans les organes!

Comme on le voit, la science des maladies mentales n'a aucun fondement réel, car elle ne repose que sur des fictions, des impossibilités psychologiques ou sur des faits imparfaitement observés. L'idée que l'on s'est faite généralement de ces maladies a fait perdre toute trace de leur origine. Le fait est qu'il n'y a rien que de fort simple dans ces maladies, rien qui les différencie essentiellement des autres mieux connues, ou du moins que l'on croit mieux connaître; mais elles ont un côté merveilleux qui, au premier aspect, excite l'étonnement et déroute l'observation. On eût été plus sûr d'en découvrir la véritable origine si on l'eût été chercher moins loin.

« Les questions qui roulent sur l'essence de l'esprit sont si déliées, si abstraites, les idées en échappent avec tant de légèreté, l'imagination y est si contrainte, l'attention si vite épuisée que rien n'est si facile et dès là si pardonnable que de s'y méprendre. Quiconque n'y saisit pas d'abord certains principes est hors de route; il marche sans rien trouver, ou ne rencontre que l'erreur.... »

Ces réflexions, que nous empruntons à Diderot (1), se sont toujours présentées à notre esprit lorsque nous avons considéré les tentatives faites par les auteurs pour expliquer les désordres des facultés intellectuelles. C'est pour avoir négligé de se rendre un compte exact de la nature de « l'essence » de ces facultés qu'ils ont cherché l'origine du mal là où elle n'était pas et où il était impossible qu'elle fût. Ils ne se sont pas aperçus qu'avec leur manière de comprendre la lésion des facultés de l'âme, cette prétendue lésion n'était en réalité qu'une *négation* formelle, absolue de ces facultés. On peut concevoir — ce qui du reste est parfaitement établi par l'observation intérieure — que leur action s'exerce dans des conditions et pour ainsi dire dans des milieux physiologiques différents; mais la simplicité de cette action ne permet pas d'admettre qu'elle soit atteinte en elle-même ni dénaturée d'aucune sorte.

Plusieurs philosophes de l'antiquité, suivant en cela l'exemple d'Aristote, ont admis deux sortes d'âme: l'une *sensitive*, l'autre *intellectuelle*. Van Helmont, que nous aurons plus d'une fois occasion de citer dans le cours de ce travail et qui, selon nous, est de tous les écrivains celui qui s'est le plus approché de la vérité relativement à la nature de la folie, Van Helmont, dis-je, avait adopté cette opinion à l'aide de laquelle il s'expliquait avec une séduisante facilité les mystérieux désordres des facultés morales qu'il appelait: *Exorbitationes animæ sensitivæ* (2).

Il y a cette distinction à établir, dit-il, entre les idées normales et les idées délirantes, c'est que les premières sont le produit de l'âme agissant dans sa pleine liberté, tandis que les secondes sont comme des empreintes (*sigillares notæ*) que reçoit contre son gré l'âme sensitive et la jettent hors de la droite voie. L'âme raisonnable demeure étrangère à ces désordres, auxquels elle est incompatible par essence (*stultescere nescia*) (3).

Il y a bien longtemps que la bonne philosophie a fait justice de cette opinion qui, divisant l'âme en deux parties, « la dépouille de son essence en la privant de sa simplicité (4). » Il n'est pas moins vrai qu'elle se retrouve implicitement au fond de toutes les explications que les auteurs ont données de la folie; il n'y a point à s'en étonner, car l'écueil était inévitable dans les idées reçues jusqu'à ce jour.

En voilà la preuve: l'aliéné présente sous le rapport moral deux côtés distincts, deux manières d'être essentiellement unies, bien qu'en opposition absolue l'une avec l'autre. On a cru à la coexistence de ces deux manières d'être, et ç'a été une erreur capitale, car elles s'excluent réciproquement, comme la négation et l'affirmation, l'être et le non-être.

Comme on le sait, du reste, ce que l'on appelle folie n'est point l'anéantissement de la raison. Il est une foule de points chez l'aliéné le plus digne de ce nom sur lesquels cette raison s'exerce avec toute l'énergie, toute la lucidité possibles. Il suffit de porter son attention d'une idée vers une autre idée, brusquement, sans transition aucune, pour entendre le plus fou d'entre les fous parler comme un sage. On sait encore que rien n'est plus commun que de voir un fou apprécier ses propres extravagances aussi sainement que s'il s'agissait d'un autre que de lui-même.

Il y a deux conclusions forcées à tirer de ces faits: ou bien il faut les envisager à la manière des partisans du dualisme des âmes et les considérer comme le résultat d'une sorte de dédoublement des facultés morales en âme sensitive et en âme raisonnable, ou bien admettre le fait que révèle l'observation intérieure; à savoir, que l'âme, par une sorte de transformation ou de métamorphose, passe alternativement du délire à la raison, ou, ce qui revient au même, est entraînée alternativement dans de telles conditions, que son activité s'exerce tantôt librement, c'est-à-dire avec conscience d'elle-même et des choses qui sont en dehors d'elle, tantôt d'une manière automatique, sans conscience, sans direction, sans volonté libre et éclairée. Nous aurions pu nous exprimer plus succinctement en disant que l'âme passe de l'état de rêve à l'état de veille, ou, si l'on veut, introduit dans la veille des perceptions et des conceptions nées du rêve; car il y a rêve, dans toute l'acception du mot, toutes les fois que l'âme est absorbée par une idée, une conception qui n'a de raison qu'en elle-même ou dans l'état exceptionnel du cerveau, et qui n'est pas moins irrésistible et forcée que les causes qui ont amené cet état ou les modifications organiques qui ont été le résultat immédiat de ces causes.

Je me résume:

Il répugne d'admettre qu'un corps puisse être mu simultanément dans deux directions opposées.

De même, dans l'ordre moral, qu'elle affirme ou qu'elle nie, l'âme est tout entière dans l'affirmation ou dans la négation, successivement ou alternativement, jamais simultanément.

Or, celui qui délire *nie* (d'une négation absolue) ce que dans l'état normal il eût *affirmé*. En outre, puisque le délire, ainsi que nous l'avons démontré tout à l'heure, ne touche point à l'essence des facultés intellectuelles, et, si l'on peut parler ainsi, à l'économie intime de ces facultés, mais a rapport uniquement à certains objets auxquels s'applique leur action; que ces facultés demeurent intactes, dans le cercle même de leurs perceptions fausses et extravagantes, d'après quoi on pourrait dire, sans sortir de la vérité psychologique, que le fou est tel ou n'est pas tel suivant le côté, la manière dont on l'envisage. Il résulte que ne pas admettre la transformation absolue du moi dans la pensée délirante, c'est déclarer que l'âme peut nier sans cesser d'affirmer; en d'autres termes, subir simultanément deux modifications, deux modes d'être qui se détruisent l'un l'autre.

HOPITAL DE TOURS. — M. Charcellay.

Abcès du cou communiquant à l'intérieur avec les voies aériennes.

Observation recueillie par M. Guérineau.

Quand le nommé Cruché entra à l'hôpital (le 27 décembre 1853), il était malade depuis huit mois.

Ce jeune homme, âgé de dix-neuf ans, d'une constitution chétive, présente au plus haut degré les caractères de la diathèse scrofuleuse. Depuis sa naissance, il a toujours ressenti la funeste influence de cette diathèse; aussi tous les jours de sa vie jusqu'à ce moment ont été des jours de souffrance et de douleurs. Depuis trois ans surtout sa santé s'est profondément altérée; des hémoptysies nombreuses et assez abondantes, des douleurs aiguës et vives dans le dos, accompagnées de fièvre et de sueurs nocturnes ont achevé de détériorer sa santé. Une variole qu'il eut à deux ans et dont l'éruption fut incomplète vint ajouter pour ainsi dire une nouvelle diathèse à la première pour conduire le malade à l'état de faiblsse et d'amaigrissement dans lequel il est aujourd'hui à son entrée à l'hôpital.

Cruché présente les symptômes suivants:

Toux pénible et fréquente, s'accompagnant de crachats muqueux et sanguinolents; douleurs vives entre les deux épaules; fièvre continue; sueurs nocturnes; digestions pénibles, nausées et vomissements, rapports acides après l'ingestion des aliments, ventre volumineux, dur; hypertrophie du foie, qui dépasse de deux travers de doigt environ le rebord des fausses côtes; dyspnée et oppression vive; pâleur extrême du visage, amaigrissement général de tout le corps.

Quinze jours après son admission dans nos salles de clinique, le malade est pris d'ictère. Alors surviennent des symptômes nouveaux. Le malade présente une coloration jaune de la peau qui a commencé par les sclérotiques; urines moins abondantes, rougeâtres ou plutôt d'un jaune safran; elles verdissent par l'addition d'acide nitrique, qui précipite la matière colorante de la bile; digestions difficiles, vomissements bilieux, expectoration de crachats opaques colorés en jaune; soif vive; fièvre continue, augmentant surtout le soir.

A la même époque, sans que le malade en soit averti par aucune douleur, apparaît à la partie postérieure du thorax, à gauche, une tumeur molle et fluctuante, qui s'ouvre bientôt et laisse écouler une quantité considérable d'un pus crémeux, mais d'une odeur fétide et nauséabonde. A mesure que le foyer se vide, il se passe du côté de l'abdomen des symptômes particuliers; le ventre, jusqu'alors distendu, devient souple, le foie diminue de volume et s'affaisse de lui-même. La coïncidence de ces phénomènes avec ceux qui se passent du côté du thorax semble indiquer qu'il existe entre eux une liaison intime; le pus qui s'épanche au dehors viendrait-il du foie affecté d'hépatisation chronique avec hydatides? L'absence de ces animaux parasites dans le liquide purulent et l'examen du foyer à l'aide de la sonde, ne faisant découvrir aucune communication à l'intérieur, font rejeter cette hypothèse. En outre, pour venir du foie s'épancher à gauche en arrière du thorax, le pus aurait d'abord rempli la plèvre et constitué un véritable

---

(1) Au moment où les doctrines de l'aliénation mentale sont soumises à une discussion publique et où les idées professées par M. Moreau, en particulier, sont l'objet d'une assez vive critique, nous sommes heureux de pouvoir mettre sous les yeux de nos lecteurs l'opinion de notre savant confrère sur l'un des points qui sont plus particulièrement l'objet du débat. (*Note du Rédacteur.*)

(1) *Dict. phil.*, t. IV, p. 175.
(2) V. H. *Demens idea*, 26.
(3) Id., id., 35.
(4) Diderot, *Dict. encycloped.*, p. 182.

empyème, qui se fût révélé par des symptômes propres et qu'il eût été facile de constater.

Du reste, l'apparition et la guérison de l'ictère à cette époque explique d'une manière assez satisfaisante la diminution du volume du foie, phénomène qui ne s'est pas produit lorsqu'il y a six mois un abcès semblable s'est formé dans la même région. Le tempérament scrofuleux du malade vient encore se joindre à ses symptômes pour démontrer la nature et le mode de formation de la tumeur. C'est un abcès froid comme il s'en produit souvent chez les individus qui, comme notre sujet, sont scrofuleux et rachitiques. Des pansements faits avec soin amènent rapidement la cicatrisation du foyer purulent; mais le malade, qu'une suppuration abondante a considérablement épuisé, semble devoir succomber bientôt. Soutenu par les toniques qui lui sont administrés souvent et à haute dose, il résiste cependant et reprend un peu de forces; il mange mieux, son sommeil est plus calme; il peut se lever pendant quelques heures de la journée; l'état général est moins mauvais; l'économie tout entière, purgée pour ainsi dire par l'abondante suppuration des matières délétères qu'elle renfermait, semble tenter un dernier effort contre cette diathèse scrofuleuse cause de tous les accidents.

Si alors on ne pouvait se flatter d'une guérison complète, du moins était-il permis d'espérer un peu d'amélioration à l'état du malade, lorsque tout à coup, sans douleur, sans trace d'inflammation, sans changement de couleur à la peau, une tumeur molle et fluctuante apparaît sur la partie latérale du cou, à droite, au-dessus de la clavicule. L'engorgement des ganglions du cou dans cette région explique assez la nature de cette tumeur et son mode de formation. C'est un abcès froid comme il s'en est déjà produit deux à la partie postérieure du thorax. Après deux ou trois jours d'existence, cette tumeur est devenue le siége de phénomènes intéressants et remarquables.

Dans la nuit du 2 au 3 février, le malade est réveillé en sursaut, comme suffoqué, après une quinte de toux très violente; il vomit des matières qui ont une saveur très désagréable pour lui et exhalent une odeur fétide.

Le lendemain, en examinant son crachoir, on découvre au milieu des mucosités dont il est rempli une quantité assez abondante d'un pus crémeux, qui décèle sa présence par son odeur *sui generis*. L'abcès s'est donc ouvert à l'intérieur. La pharynx est examiné avec soin, et l'on n'y découvre aucune ouverture. Quelle est donc la route que le pus a suivie pour venir au dehors? Les symptômes nouveaux qui se passent dans le foyer purulent viennent éclairer la question. De molle et fluctuante qu'elle était, la tumeur devient dure, rénittente, élastique; à la percussion, au lieu de la matité, elle rend un son clair, tympanique. Le bruit de pot fêlé est même déterminé par une percussion plus forte. La main, en pressant la tumeur, détermine un craquement abondant, surtout à la partie moyenne. L'oreille appliquée sur l'abcès perçoit un gargouillement très marqué, que l'on entend à distance quand le malade tousse ou respire fortement, et à mesure qu'on se rapproche de la partie postérieure ce bruit s'affaiblit de plus en plus. L'état de plénitude ou de vacuité du foyer modifie singulièrement ces phénomènes, très sensibles et faciles à constater lorsque le malade a craché du pus; ils s'affaiblissent et s'obscurcissent à mesure que le foyer se remplit, et disparaissent même entièrement lorsqu'il l'est tout à fait, pour reparaître bientôt lorsqu'un nouveau crachement de pus vient à vider, sinon entièrement, du moins en partie, la tumeur où ces symptômes se passent.

Dès le commencement, la toux, la pression de la main ou celle des muscles du thorax étaient nécessaires pour déterminer l'expulsion du pus. Pendant les trois derniers jours que le malade est resté à l'hôpital, il en a craché une quantité considérable mêlé à des stries de sang, et sa sortie n'était point provoquée par la toux ou la pression. Tous ces symptômes indiquent clairement quelle est la route que suit le pus pour venir au dehors. Le foyer communique évidemment avec les bronches. Cette circonstance de déterminer la toux, puis l'expulsion du pus en pressant la tumeur, et de plus l'existence d'un sifflement aigu très intense que l'on perçoit maintenant dans la tumeur sont deux preuves qui viennent à l'appui de cette assertion et confirment le diagnostic. Le malade est sorti le jeudi 3 mars.

Pendant son court séjour chez lui, il a présenté les symptômes suivants : cinq jours après son *exeat*, il fut pris d'une diarrhée abondante avec œdème des membres inférieurs. La tumeur qu'il portait à la partie latérale et supérieure du cou fut bientôt complétement vide et s'affaissa, et le crachement, si abondant auparavant, que le pus était rejeté sans efforts de toux, cessa tout à coup. L'abcès, que la suppuration n'alimentait plus, ne reprenait son volume primitif que sous l'influence de fortes inspirations, l'air venant remplir le foyer alors vide de pus. La tumeur, molle et élastique, disparaissait immédiatement lorsque le malade ne faisait plus d'efforts pour respirer. En la percutant, on obtenait comme par le passé un son tympanique, mais le gargouillement avait complétement disparu. Après quinze jours d'une agonie lente et difficile, le malade succomba.

Autopsie. — *Cavité de l'abcès; ses limites, son aspect; nature du liquide qu'il contient.* — L'abcès, d'abord borné au creux sus-claviculaire, a étendu sa cavité : celle-ci, par la destruction des parties environnantes, a maintenant pour limites, en haut, l'omoplate (bord supérieur); en bas, la clavicule; en dedans, les quatrième, cinquième, sixième et septième vertèbres cervicales; en dehors, l'articulation scapulo-humérale; en arrière, les première, deuxième et troisième côtes. Cette cavité est large, profonde, irrégulière; elle contient une sanie purulente, noirâtre et fétide. Le liquide est peu abondant. (La suppuration s'était arrêtée quelque temps avant la mort du sujet.)

État des parties molles. — Des muscles qui avoisinent le foyer, les uns sont atrophiés : leur tissu est pâle, décoloré (le trapèze, bord antérieur; le sterno-mastoïdien); les autres sont détruits complétement (les muscles de la région sous-hyoïdienne : omoplato-hyoïdien, sterno-hyoïdien, etc.). Les scalènes existent encore, mais leur tissu est dégénéré et comme encéphaloïde. En avant et en arrière de ces muscles se trouvent deux trajets fistuleux, espèces de canaux communiquant avec la cavité purulente, et destinés à y apporter le pus provenant de la nécrose des vertèbres.

État des os voisins de l'abcès. — La clavicule, les trois premières côtes, l'omoplate (bord supérieur et partie supérieure de la fosse sus-scapulaire), les quatre dernières vertèbres cervicales), tous ces os sont profondément altérés et présentent tous les caractères anatomiques de la nécrose, à un tel point qu'il est facile de les briser avec une pince.

Communication de la cavité de l'abcès avec le poumon. — Deux ouvertures consécutives à la destruction des muscles intercostaux établissent cette communication. L'une, antérieure, est située entre la clavicule et la première côte; l'autre, postérieure, plus large que la précédente, existe entre la première et la deuxième côte. Le doigt, introduit dans ces ouvertures, pénètre facilement dans l'intérieur de la poitrine, et rencontre le poumon, qui du reste ne fait point hernie au dehors du thorax.

Altérations de la plèvre et du poumon. — La plèvre qui tapisse le sommet du poumon est détruite en partie, et il n'en reste que quelques brides, dont la disposition sur le poumon et au pourtour de la cavité est très remarquable. Ces brides, encore adhérentes en bas au sommet du poumon, sont attachées çà et là autour de l'ouverture de communication; elles la divisent pour ainsi dire en plusieurs petits compartiments, dont les cloisons interceptent entre elles de petits conduits que le pus traverse pour se rendre de la cavité au poumon. Cette disposition singulière des débris de la plèvre explique, je pense, pourquoi le pus ne s'est pas épanché dans la cavité de la poitrine et n'a pas produit un empyème, comme cela arrive ordinairement dans les abcès du cou.

Le sommet du poumon est affaissé, couvert de pus; son tissu est déchiré; les cellules pulmonaires sont détruites. En examinant avec attention, j'ai pu voir les orifices des tuyaux bronchiques mis à découvert par la rupture des cellules. En pressant le sommet du poumon, on en fait sortir un liquide analogue à celui des plèvres.

Deuxième communication. — A la deuxième ouverture, qui se trouve entre la première et la deuxième côte, correspond, du côté du poumon, une ouverture unique, régulière, circonscrite et assez large, située à la partie moyenne, un peu vers le bord postérieur; elle est entourée par la plèvre, qui présente en cet endroit la même disposition qu'au sommet du poumon; elle forme un petit entonnoir qui communique supérieurement avec l'abcès, et inférieurement avec la solution de continuité qui se trouve au poumon. Cette communication est aussi immédiate que la précédente, bien que les ouvertures par lesquelles elle est établie soient plus distantes l'une de l'autre. En effet, le foie, hypertrophié, en refoulant le poumon en haut, appliquait la face antérieure de cet organe contre le sommet du thorax. Un gros tuyau bronchique, dont il est facile de suivre le trajet à l'aide de ciseaux et d'une sonde cannelée, venait aboutir à l'ouverture pulmonaire, et conduisait directement le pus au dehors. C'est en cela, du reste, que cette communication diffère de la première. En effet, dans le premier cas le pus n'avait été rejeté au dehors qu'après avoir été absorbé lentement par le tissu pulmonaire, qui jouait en cela le rôle d'une éponge. Dans le second cas, au contraire, la disposition des parties était telle que la communication était directe entre l'abcès et la trachée, de sorte que le pus venant de la cavité purulente était immédiatement versé au dehors. (Il suffisait, en effet, de presser la tumeur pour provoquer aussitôt un crachement de pus abondant.)

Tel est le tableau complet des altérations pathologiques qui pendant la vie du malade ont donné lieu aux symptômes singuliers dont l'abcès a été le siége.

Les difficultés de l'autopsie ont empêché d'explorer les autres organes. Cependant on a constaté des tubercules à l'état cru dans les deux poumons, ainsi qu'une hypertrophie considérable du foie et de la rate. (Il avait eu des fièvres intermittentes avant de venir à l'hôpital.)

INDICATIONS ET USAGES THÉRAPEUTIQUES DU CHLORHYDRATE D'AMMONIAQUE.

Par M. Guépin (de Nantes).

A l'occasion d'une formule de chlorure d'ammoniaque insérée dans le numéro du 15 mai dernier, M. le docteur Guépin (de Nantes) nous adresse la note suivante, dans laquelle les praticiens pourront trouver quelques indications utiles pour l'emploi d'un remède énergique dont la thérapeutique n'a peut-être pas tiré jusqu'ici tout le parti possible:

Le chlorhydrate d'ammoniaque à la dose de quelques décigrammes par jour administré à l'intérieur en une boisson tiède est très avantageux dans le traitement des engorgements de la matrice.

On peut le considérer dans les maladies vénériennes comme un adjuvant de l'iodure de potassium, que souvent il peut remplacer avec avantage.

Associé aux sirops dépuratifs, tels que le sirop antiscorbutique, le sirop de salsepareille composé, etc., à la dose de 2 pour cent, il ajoute à leur qualité.

A la dose d'un à deux à trois décigrammes par litre dans les eaux gazeuses, que partout aujourd'hui l'on fabrique dans les ménages avec des appareils de table, le chlorhydrate d'ammoniaque les rend éminemment utiles dans les affections chroniques du foie et des viscères.

Si à une dose fébrifuge ainsi composée :

Sulfate de quinine.	3 décigrammes
Extrait sec de quinquina.	6 —
Opium gommeux.	5 centigrammes

vous ajoutez un décigramme de chlorhydrate d'ammoniaque, le résultat est constamment plus avantageux, surtout quand il s'agit de vieilles fièvres de marais produites par une longue intoxication paludéenne.

Je me suis encore très bien trouvé de l'addition du chlorhydrate d'ammoniaque à des pommades contenant de l'iodure de plomb, et destinées à combattre des engorgements glandulaires; puis de l'addition du même sel à des pommades destinées à guérir des affections cutanées; 15 grammes de chlorhydrate d'ammoniaque dans un bain lui donnent déjà des qualités excitantes.

Ayant essayé ce sel chez des scrofuleux *comparativement* avec plusieurs autres, tels que le chlorure de baryum, le chlorure de sodium, l'iodure de potassium et le bromure, je suis arrivé à lui donner la préférence. Associé au chlorure de fer, il forme un sel double qui est d'une grande efficacité chez un grand nombre de jeunes filles à la fois scrofuleuses et chlorotiques ou très mal réglées.

CORRESPONDANCE.

Douéra (Algérie), le 14 mai 1855.

Monsieur le rédacteur,

Dans le numéro de la *Gazette des Hôpitaux* du 21 avril de cette année (nº 47), vous avez publié une observation clinique recueillie dans le service de M. le professeur Trousseau, intitulée *Bons effets de la belladone dans le traitement de la péritonite aiguë sécrétoire; son action sur la vessie*, etc.; et il est dit dans cet article qu'un médecin de l'Algérie a publié, *il y a quelques années*, un travail dans lequel il a fait connaître que la belladone paralyse les muscles de la vessie. Comme j'ai publié dans ce journal, page 444, numéro du 19 septembre 1854, une lettre sur ce sujet, je crois être le médecin que vous désignez.

Vous comprendrez, monsieur le rédacteur, l'importance que j'attache *maintenant* à mon travail, depuis qu'il a reçu la haute sanction de M. le professeur Trousseau.

En effet, en vous reportant au numéro du 19 septembre 1854, vous y verrez, entre autres choses, que la couche musculeuse de la vessie est de tous les muscles du corps, après l'iris, celui qui subit le plus promptement et le plus complétement l'influence des préparations belladonées.

La lettre que je vous ai adressée à cette époque m'avait été inspirée par un travail de M. Mavel (d'Ambert) inséré dans votre numéro du 24 août 1854, et qui laissait pressentir le rôle important de la belladone dans les rétentions urinaires; rôle qui a été mis hors de doute par moi lorsque la belladone est prise à l'intérieur, et par M. le professeur Trousseau lorsqu'elle est absorbée par la peau.

Agréez, etc. A. Commaille,

chirurgien interne à l'hôpital civil de Douéra (Algérie).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décrets du 30 mai, les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie de Rennes et de Nantes ont été réorganisées sur le plan adopté pour celle de Lyon.

Aux termes des deux nouveaux décrets, l'enseignement dans ces écoles est constitué ainsi qu'il suit :

1º Anatomie et physiologie; 2º pathologie externe et médecine opératoire; 3º clinique externe; 4º pathologie interne; 5º clinique interne; 6º accouchements, maladies des femmes et des enfants; 7º matière médicale et thérapeutique; 8º pharmacie et notions de toxicologie.

Ces chaires sont confiées à huit professeurs titulaires.

Le nombre des professeurs adjoints est fixé à trois; ils seront attachés aux chaires de clinique externe, de clinique interne, d'anatomie et physiologie.

Le nombre des professeurs suppléants est de quatre: ils seront attachés aux chaires de médecine proprement dite, de chirurgie et d'accouchements, d'anatomie et de physiologie, de matière médicale, thérapeutique, pharmacie et toxicologie.

Il est également attaché à ces écoles : un chef des travaux anatomiques, un prosecteur, un préparateur de pharmacie et de toxicologie.

— L'Académie des sciences avait à présenter deux candidats à la chaire d'anatomie comparée, au Muséum d'histoire naturelle, laissée vacante par le décès de M. Duvernoy. Dans sa séance du 28 mai, elle a arrêté ainsi sa liste de présentation :

En première ligne. . M. Serres.
En deuxième ligne. . M. Gratiolet.

— Dans le comité secret de la dernière séance, l'Académie de médecine a classé comme suit les candidats à la place vacante dans la section de médecine vétérinaire; 1º M. H. Bouley; 2º M. Reynal; 3º M. Goubaux; 4º M. Collin.

— Le corps d'armée de réserve, en Orient, est pourvu de quatre ambulances, dont le personnel médical est composé de seize médecins militaires sans compter ceux des corps. M. Méry, médecin principal, est le médecin en chef de ce corps d'armée.

MM. les médecins-majors Leuret et Collin et quatorze médecins aide-majors ont été répartis dans ces quatre ambulances. On a de plus constitué une cinquième ambulance de réserve pour parer à toutes les nécessités du service en prévision d'une bataille rangée.

— La pourriture d'hôpital qui a régné dans la plupart des hôpitaux de Constantinople avec sa forme pulpeuse et sa marche envahissante a presque complétement disparu depuis que les chaleurs ont remplacé les temps humides.

— Vingt et un médecins militaires ont obtenu de Sa Hautesse le sultan la décoration du Midjydié. Incessamment nous en publierons les noms.

— M. le docteur Aran, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, professeur agrégé à la Faculté de médecine, commencera ses conférences de médecine clinique le mardi 5 juin, à neuf heures du matin, dans l'amphithéâtre de son hôpital, et les continuera les mardi et samedi de chaque semaine à la même heure.

La conférence du samedi sera spécialement consacrée à l'étude des affections de l'utérus et de ses annexes.

— M. le docteur Roux commencera un cours public sur l'art des embaumements le lundi 4 juin, à 7 heures du soir, et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure dans l'amphithéâtre de la rue Larrey, nº 8.

M. Roux mettra sous les yeux de ses auditeurs les pièces anatomiques qui doivent figurer à l'exposition universelle.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 65. — MARDI 5 JUIN 1855. (28e ANNÉE.) N° 65. — MARDI 5 JUIN 1855.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 4 JUIN 1855.

DU DÉLIRE ET DE LA FOLIE,

A PROPOS DE LA DISCUSSION DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Nous pourrions dire de l'Académie de médecine tout entière ce que l'honorable M. Ferrus disait il y a quelques jours de l'un de ses membres : qu'elle est poussée par le démon de la controverse. Après le discussion sur le cancer, c'est la question de l'organicisme et du vitalisme; et à peine l'Académie est-elle remise des émotions de ces deux grandes luttes, qu'une troisième s'engage sur les doctrines de l'aliénation mentale. Ne nous plaignons pas trop de cette ardeur à la dispute. Cette tendance à élargir les discussions que le hasard des communications fait naître, et à les élever sur le terrain des questions doctrinales, n'est pas une circonstance indifférente à constater. Elle est comme l'expression de ce besoin général de synthèse qui se fait sentir dans presque toutes les branches de la médecine après une longue période de travaux de détail et d'analyse; elle traduit cette impulsion générale des esprits vers la recherche des principes qui doivent nous guider dans le classement et la coordination des faits et des matériaux innombrables que l'observation accumule sans cesse. C'est surtout sur le rôle à assigner aux données de l'anatomie pathologique dans l'étiologie des phénomènes morbides que se portent toute cette activité et cette ardeur dans la discussion. Tel est en effet le caractère commun des trois discussions que nous avons rapprochées ici avec intention. Il pourra n'être pas sans intérêt d'examiner plus tard les points communs qu'elles auront pu mettre en lumière. Nous nous bornons à constater pour le moment leur étroite relation.

Cela fait, renfermons-nous dans le sujet de la discussion actuelle sur la folie, dont nous allons essayer de résumer la première phase, avant qu'elle ait pris un plus grand développement.

M. Bousquet, car c'est encore lui qui a soulevé cette grosse question, M. Bousquet, chargé de rendre compte à l'Académie d'un mémoire de M. Moreau (de Tours) sur la folie considérée au point de vue pathologique et anatomo-pathologique, a saisi cette nouvelle occasion de poursuivre le procès de l'anatomie pathologique. Il ne s'en est pas tenu à cette thèse favorite qu'il soutient, il faut le dire, depuis longtemps avec une persévérance et un talent qui ne se sont jamais démentis. Franchissant les limites du sujet qu'il avait à examiner, il a jeté un coup d'œil sur les doctrines générales de l'aliénation mentale, et avec cet esprit un peu sceptique qu'on lui connaît, il a fait de l'état actuel de la science en aliénation mentale un bilan qui ne devait satisfaire que médiocrement les médecins aliénistes. Voici en peu de mots à quoi peut se résumer l'appréciation critique de M. Bousquet :

On sait que, pour M. Moreau, la folie est une *maladie* au même titre que toutes les autres maladies, et qu'elle ne doit, par conséquent, pas être considérée en dehors de l'organisation, mais bien dans l'organe qu'elle affecte, c'est-à-dire dans le cerveau.

M. Bousquet ne nie pas la part que peuvent avoir les lésions du cerveau en tant qu'organe ou condition matérielle de la pensée dans les troubles fonctionnels de l'intelligence; mais il diffère sur ce premier point avec M. Moreau, qu'en admettant que la folie peut avoir son origine et son siége dans le cerveau, il admet aussi qu'elle a quelquefois pour origine les états pathologiques les plus divers et les plus éloignés des centres nerveux; ce qui le conduit à voir dans la folie non plus un effet constant, direct et nécessaire d'un état pathologique du cerveau, mais, dans quelques circonstances au moins, un effet éventuel et contingent. Et quant aux cas même où la folie est subordonnée à un état pathologique du cerveau, l'anatomie pathologique a été impuissante jusqu'ici à nous apprendre en quoi consiste ce désordre, cette perturbation dans l'action fonctionnelle de l'encéphale, et à nous faire connaître la relation qui existe entre les lésions matérielles du cerveau, lorsqu'on en constate, ce qui est le moins ordinaire, et telle ou telle forme, tels ou tels symptômes de l'aliénation mentale. De sorte que lorsque les médecins affirment que le siége de la folie est dans le cerveau, ils n'en savent pas, au fond, beaucoup plus que le vulgaire, et ils ne font que traduire en langage scientifique ce que celui-ci exprime en disant que les fous ont la *cervelle dérangée*.

Oui sans doute, la folie a son siége dans le cerveau, quelle que soit d'ailleurs son origine première et alors même qu'elle ne serait qu'un effet éventuel et contingent, comme le dit M. Bousquet, c'est-à-dire alors qu'elle aurait pour origine des troubles fonctionnels primitivement étrangers au centre nerveux et que celui-ci ne serait que secondairement entraîné dans l'orbite de perturbations pathologiques éloignées. C'est là un fait que personne, croyons-nous, ne conteste aujourd'hui sérieusement. Mais du moment où l'on veut chercher à constater les rapports des lésions matérielles du cerveau avec les divers troubles de l'intelligence qui constituent la folie, on est rejeté dans la plus grande incertitude, l'observation nous montrant ici des lésions fonctionnelles sans lésion d'organe, là ces mêmes lésions organiques sans trouble des fonctions. Sauf quelques exceptions en faveur de certaines formes d'aliénation, dont M. Bousquet lui-même a fait la part, c'est encore là une vérité tout aussi incontestable et qui, comme toutes les vérités de fait, pèse de tout son poids sur l'opinion des partisans exclusifs du somatisme.

Passant de l'anatomie pathologique à la physiologie pathologique, M. Bousquet se trouve en désaccord plus prononcé encore avec M. Moreau. Ce dernier, cherchant des analogies de la folie dans les fonctions les plus naturelles, l'assimile au sommeil. Pour lui, le sommeil, ou plutôt le rêve, car c'est du sommeil avec rêve qu'il s'agit, s'accompagnerait d'une modification profonde dans l'état du cerveau. De cette modification aux lésions de cet organe dans la folie, il y aurait plus qu'un simple terme de comparaison propre à donner une idée de ce dernier état, il y aurait une ressemblance réelle; M. le rapporteur a prononcé même le mot d'identité. Nous n'oserions pas affirmer que ce fût le terme dont s'est servi M. Moreau. Or, M. Bousquet combat cette assimilation, et il la combat par les arguments même dont M. Moreau s'est servi pour l'étayer, c'est-à-dire en montrant combien grande est le différence entre un homme qui rêve en dormant et celui qui rêve éveillé, admettant qu'il n'y ait en réalité que cette différence entre celui qui a sa raison et celui qui ne l'a pas. Ajoutons, ce qui est loin d'être sans importance, car nous allons voir tout à l'heure un de ses contradicteurs retourner contre lui cet argument, que M. Bousquet, opposant encore à la théorie de M. Moreau les efforts même que celui-ci fait pour rapprocher ces deux états, s'étaye pour en faire ressortir les différences sur l'étendue et la profondeur des lésions que suppose « une maladie qui dépouille l'homme de ses plus nobles attributs et le réduit à la condition de la brute, qui se transmet par voie de génération et prend si bien possession de sa victime qu'elle ne la quitte souvent qu'avec la vie ! »

M. Bousquet, avons-nous dit, ne s'en est pas tenu à ce double point de vue déjà si vaste de l'anatomie et de la physiologie pathologiques de la folie. Prenant à partie l'aliénation mentale tout entière, après avoir cherché à enlever aux médecins aliénistes cette illusion que l'anatomie pathologique pourrait leur faire connaître un jour la cause et la génération de ces fausses sensations et de ces raisonnements sans suite qui constituent la folie, il ne veut même pas leur laisser la satisfaction d'avoir classé les diverses manifestations pathologiques mentales d'une manière plus méthodique et plus claire que ne l'avaient fait leurs devanciers. « En fait de classification, a-t-il dit, les médecins aliénistes ne sont à l'aise que dans les livres. »

N'y eût-il eu déjà dans le rapport de M. Bousquet que les sujets de contestation que nous venons d'exposer sommairement, que cela eût suffi pour susciter une discussion. Mais cette dernière proposition la rendait inévitable. C'est M. Baillarger qui a le premier pris la défense des aliénistes contre ce qu'il a appelé, justement à notre avis, les critiques trop sévères et trop générales du rapporteur.

L'argumentation de M. Baillarger a porté sur trois points principaux : la définition même de la folie; la classification des maladies mentales et l'assimilation du délire à l'état de rêve; ce qui répond à peu près aux trois parts que M. Bousquet avait faites dans son rapport, l'une pour la question de principes, la seconde pour une question de théorie, et la troisième, ou plutôt la première d'après l'ordre établi dans le rapport, sur un point que nous n'avons pas encore abordé et qu'il a qualifié de question de mots : l'identité du délire aigu et de la folie. Nous y reviendrons.

Sur le premier point, la manière d'envisager la folie, il n'existe pas de dissentiment réel entre M. Baillarger et M. Bousquet. Ils considèrent l'un et l'autre la folie comme une maladie du cerveau. Et cependant M. Baillarger a cru devoir entrer à cet égard dans d'assez longs développements. C'est qu'il existe une autre opinion qui, pour être moins populaire que celle qui attribue la folie à un dérangement du cerveau, n'en est pas moins ancienne et n'en a pas moins compté à diverses époques d'ardents défenseurs; nous voulons parler de l'opinion qui fait de la folie une maladie de l'âme, une erreur, c'est-à-dire un état purement psychique qui échappe à toute influence organique et qui incomberait

---

DE L'UTILITÉ

DES SOCIÉTÉS MÉDICALES D'ARRONDISSEMENT,

Par M. FOCILLON.

Discours lu à la Société médicale du XIIe arrondissement (séance du 2 mai 1855).

Messieurs,

L'utilité des sociétés médicales d'arrondissement n'a plus besoin d'être démontrée aujourd'hui; ce qui n'était qu'à l'état de théorie et d'essai lorsque les fondateurs de la Société médicale du XIIe arrondissement se réunirent pour la première fois, il y a de cela vingt-quatre ans (1831), est devenu de nos jours un fait accompli, et la réalisation sur une vaste échelle des aspirations et des désirs d'un grand nombre de médecins bien avant cette époque : nous avons vu successivement se développer cette modeste mais précieuse institution dans tous les arrondissements de Paris et, dans un grand nombre de départements. Nier aujourd'hui l'importance d'un pareil mouvement, ce serait nier la lumière et le progrès; je ne chercherai donc pas à vous faire sentir combien il est intéressant de maintenir nos réunions, et important que chacun de nous y apporte le tribut de ses lumières et de son expérience.

Permettez-moi seulement d'esquisser rapidement quelques-uns des points de vue sous lesquels je pense qu'on peut envisager l'utilité de nos sociétés.

Nos rapports avec l'administration ne doivent-ils pas devenir par là plus réguliers et plus fréquents, soit que nous les considérions individuellement, soit que nous les considérions collectivement; l'administration elle-même, déjà vous en avez la preuve, s'habitue et elle s'habituera de plus en plus à nous faire intervenir dans un certain nombre de questions qui sont de notre ressort, et à nous consulter dans une foule de circonstances, telles que les vaccinations, les épidémies, les grandes mesures d'hygiène et de salubrité publique. Soyez-en sûrs, messieurs, ces rapports, peut-être encore un peu *collet monté*, passez-moi l'expression, deviendront tôt ou tard plus intimes et permettront au corps médical d'occuper enfin auprès des pouvoirs publics la place qu'il devrait y tenir depuis longtemps si on avait su apprécier à leur juste valeur sa science, son honorabilité, et surtout son dévouement sans borne et son désintéressement à toute épreuve, en présence des grands désastres qui viennent trop souvent frapper l'humanité; aussi, messieurs, disons-le bien haut et répétons-le avec un certain orgueil, aucune profession ne fait à la société autant de sacrifices en tout genre que la profession médicale.

On l'a dit depuis longtemps, messieurs, l'*union fait la force*; on peut ajouter que l'individualisme tue. En effet, qu'un médecin soit inquiété, tourmenté par quelqu'un des agents de l'autorité, s'il est seul, sa plainte se perdra le plus souvent dans l'isolement; mais si au contraire elle arrive en haut lieu par l'intermédiaire d'une société médicale, quelque modeste qu'elle soit, ayez pour certain qu'elle sera examinée avec maturité et qu'il y sera fait droit; je n'ai pas besoin d'en citer des exemples.

Dire que les sociétés médicales sont utiles au point de vue de l'union des médecins entre eux et des rapports confraternels, c'est là une de ces vérités dont la démonstration n'a pas besoin d'être faite; en effet, s'il est vrai que l'isolement dessèche le cœur, qu'il suscite et alimente les préventions, qu'il fait naître et excite les mauvaises passions, n'est-il pas vrai aussi que l'union et l'association rapprochent et éclairent les esprits prévenus, calment et font tomber les ressentiments, et réunissent, en un mot, des hommes qui apprennent en se voyant à se comprendre et à s'estimer? Un confrère mal inspiré, poussé par une mauvaise pensée quand il est seul et livré à lui-même, rentrera bien vite dans la bonne voie dont il allait s'écarter si dans quelques jours, demain peut-être, il doit serrer la main du confrère auquel il était prêt à faire une indélicatesse.

Vous parlerai-je maintenant des résultats scientifiques ou plus modestement des résultats pratiques de notre contact journalier? A coup sûr nos humbles sociétés n'ont pas la prétention, et je me hâte de le dire, ce n'est pas là leur mission, de provoquer la présentation et la lecture des mémoires et des travaux de longue haleine; mais elles n'en ont pas moins un but d'une utilité incontestable : c'est de recevoir

ainsi plutôt dans le domaine du moraliste ou de l'instituteur que du médecin. Cette opinion n'est plus celle de M. Bousquet aujourd'hui, comme nous venons de le dire, et les termes de son rapport sont assez précis à cet égard; mais c'était la sienne, il y a peu de temps encore, du moins l'a-t-il invoquée pour les besoins de sa cause, lorsqu'il disait dans une discussion récente « qu'il avait » peine à voir une lésion matérielle dans une maladie qu'on guérit » quelquefois par un simple raisonnement ou par quelques paroles. » La folie une maladie qu'on guérit par un simple raisonnement ou par quelques paroles! C'était, on le voit, la réduire à ses éléments purement psychologiques et substituer à l'idée de *maladie* celle d'*erreur* sur laquelle était fondée la méthode de traitement moral. Que ce ne soit pas là le fond de la pensée de M. Bousquet, qu'il explique ou non l'apparente contradiction entre son opinion d'hier et celle d'aujourd'hui, ou qu'il ne se croie engagé à répondre que de celle qu'il a exprimée dans son rapport, peu importe pour l'intérêt de la discussion elle-même. L'opinion a été émise; elle avait naguère et elle a peut-être encore aujourd'hui des défenseurs. M. Baillarger était donc en droit de s'en emparer, et c'est ce qu'il a fait, pour montrer que la théorie purement psychologique de la folie n'est pas plus soutenable que celle que l'on voudrait faire reposer exclusivement sur la donnée physique ou organopathique.

Des deux éléments dont se compose la folie, dit M. Baillarger, la doctrine psychologique pure ou spiritualiste en supprime un, l'idée fixe ou l'hallucination; il ne reste que le second, l'erreur. On voit que M. Baillarger fait entièrement abstraction du point de vue anatomo-pathologique, et que, d'accord en cela avec M. Bousquet, il envisage la question au point de vue de l'observation et de l'analyse des phénomènes. Or, si nous savons quelque chose, ajoute-t-il, c'est sur l'idée fixe, sur l'hallucination, dont on peut, jusqu'à un certain point, indiquer le siége et étudier le mode de production, tandis que tout est embarras et obscurité dans l'étude de l'autre élément.

Il ne faudrait pas conclure de la manière dont M. Baillarger envisage la folie, qu'il condamne le traitement moral. Il ne combat, dans ce traitement, que ce qu'il en considère comme l'exagération, c'est-à-dire la prétendue puissance du syllogisme. Mais il est loin de récuser l'utile intervention de la diversion morale, soit comme agent d'émotion, soit comme moyen de détourner l'attention. Dans ces limites même cependant, le raisonnement n'est encore que trop souvent insuffisant, ainsi qu'il en a rapporté un piquant exemple.

Sur la question nosologique, M. Baillarger a chaudement défendu les travaux de ses collègues et les siens propres contre le reproche de quasi-stérilité exprimé dans le rapport. Il les a défendus surtout heureusement, en faisant une distinction, négligée par M. Bousquet, entre les classifications qui ont pour objet de séparer les unes des autres les différentes maladies mentales d'une part, et celles qui établissent les distinctions à faire entre les diverses variétés de la folie proprement dite. Il lui a été aisé, en effet, de montrer les progrès réels qui ont été accomplis depuis Pinel dans la classification des maladies mentales considérées d'une manière générale, et il a saisi cette occasion de signaler les remarquables travaux d'Esquirol, de Georget et de M. Bayle sur ce point. L'objection de M. Bousquet n'était donc admissible qu'en ce qui regarde le second point : la classification des diverses sortes de délires. M. Baillarger ne se dissimule pas qu'ici cette objection est un peu plus difficile à réfuter, et cependant il n'y renonce point; et le meilleur argument qu'il y oppose, on n'en peut effectivement contester la valeur, c'est l'application pratique journalière, dans les établissements d'aliénés, des classifications admises dans la science: c'est surtout la différence des indications thérapeutiques et des moyens de traitement opposés à la manie et au délire partiel.

D'accord avec M. Bousquet sur la question anatomo-pathologique, qu'il a en conséquence mise hors de cause, M. Baillarger a terminé son argumentation par l'examen de la question de physiologie pathologique, sur laquelle porte principalement le dissentiment. M. Baillarger pense comme M. Moreau qu'il y a entre les rêves et la folie plus qu'une simple comparaison, qu'il y a entre ces deux états des conditions semblables, des rapprochements intimes et d'utiles enseignements à tirer pour la physiologie du délire. Il serait trop long de rappeler ici la savante discussion à laquelle s'est livré M. Baillarger sur cet intéressant sujet et les ingénieuses idées qu'il a émises sur la théorie de l'automatisme opposée à celle des lésions de l'attention. Nous renverrons à cet égard les lecteurs au discours reproduit dans le compte rendu de la séance du 15 mai (n° du 24 mai).

Nous en avons assez dit jusqu'ici pour qu'on puisse de suite éliminer de cette première partie de la discussion les points d'accord et les points de divergence à étudier. Accord parfait entre l'auteur du mémoire et le rapporteur, entre celui-ci et M. Baillarger, et nous pourrions ajouter avec la presque unanimité des médecins aliénistes de nos jours, pour considérer la folie d'une manière générale comme une maladie et comme ayant son siége immédiat dans le cerveau. Accord encore entre ces deux derniers, contre M. Moreau, pour considérer l'anatomie pathologique comme incapable d'expliquer la production des idées délirantes et pour exclure toute idée de causalité directe et nécessaire entre le délire et les lésions du cerveau.

Enfin, divergence complète entre MM. Baillarger et Moreau, d'une part, et M. Bousquet de l'autre, sur la théorie de l'assimilation du rêve et de la folie.

Nous aurons à indiquer maintenant les nouveaux éléments apportés à la discussion par MM. Ferrus, Londe et Piorry. C'est ce que nous ferons dans le prochain numéro. — Dr Brochin.

MAISON DE SANTÉ. — M. Demarquay.

Rétention d'urine. — Valvule musculeuse obturant le col vésical. — Pyélo-néphrite. — Mort. — Autopsie.

Observation recueillie par M. Paupert, élève du service.

Harlet (Louis-Mathias) entre à la Maison de santé le 16 avril 1855. Vieillard de soixante-douze ans, bien constitué, d'une santé robuste, ex-maréchal ferrant, habitant le village de Chèvreville (Oise), affecté depuis seize ans d'une rétention d'urine qui a nécessité, surtout depuis 1849, l'usage fréquent du cathétérisme.

Cet homme dit n'avoir jamais contracté d'écoulement blennorrhagique et ne s'être jamais livré à quelque excès que ce soit. Jusqu'au 8 avril la miction, quoique difficile, était encore possible, lorsque vers cette époque, sans cause connue, elle devint complétement impossible; un médecin mandé essaya d'introduire une sonde et ne put parvenir dans la vessie qu'après de longues tentatives.

Les jours suivants H... urinait par regorgement; il éprouvait des douleurs de distension vésicale extrêmement vives, et se décida, d'après le conseil de son médecin, à venir à Paris chercher quelque soulagement.

Le 16 avril, le malade arrive à la Maison de santé dans l'après-midi; à la visite du soir, il est dans l'état suivant :

Vessie extrêmement dilatée, remontant jusqu'à l'ombilic et s'étendant à droite et à gauche vers la fosse iliaque, parties génitales imprégnées d'urine suintant par la verge depuis vingt-quatre heures, émission d'urine normale ou artificielle nulle (plusieurs tentatives de cathétérisme étaient demeurées infructueuses). Etat général satisfaisant.

Le premier soin après avoir exploré la région vésicale par la percussion fut d'évacuer le réservoir urinaire; des sondes en gomme élastique, à bouts ronds et à bouts olivaires de tous les calibres, même des plus petits, ne purent pénétrer dans la cavité; elles s'engageaient dans de nombreuses fausses routes dont l'urètre était labouré, franchissaient deux légers rétrécissements et venaient s'arrêter sur la prostate. Ce n'est qu'après plusieurs essais d'introduction de sondes extrêmement fines qu'une algalie d'argent de calibre ordinaire put vaincre l'obstacle et pénétrer dans la vessie.

La nuit fut bonne.

Le lendemain matin, à la visite, mêmes difficultés que la veille pour arriver dans la vessie avec la sonde en gomme, même résultat avec la sonde d'argent, qui est fixée à demeure et laissée pendant deux jours dans la vessie.

Le 19, la sonde métallique est remplacée par une sonde en gomme; les urines sont sales, chargées de pus et de matières concrètes, sanguinolentes, exhalant une odeur repoussante.

Le malade n'a pas de fièvre, l'état général n'est pas mauvais; appétit assez bon, sommeil conservé. Une injection d'eau tiède est poussée dans la vessie à titre de lavage.

Le 20, le malade se plaint de douleurs vives dans les bourses; la peau du scrotum est rouge, brûlante, tendue; les testicules, surtout le gauche, ont acquis un volume triple au moins de leur volume habituel; ces douleurs sont lancinantes, exaspérées par la moindre pression; elles ne se prolongent pas sur le trajet du cordon. Cataplasmes émollients laudanisés, coussins pour soutenir les parties, bains.

Le 21, même état.

Le 22, les urines sont plus sales et plus bourbeuses que la veille; un pus fétide de mauvaise nature coule entre les parois de l'urètre et la surface de la sonde; il est survenu du dévoiement.

A la visite du soir, fièvre assez vive, peau chaude, sèche; langue chargée, saburrale; appétit presque nul.

Le 23, l'écoulement de pus continue; il paraît encore plus fétide; le dévoiement n'a pas cessé, malgré l'emploi des narcotiques en potion et en lavement; la fièvre, qui avait disparu dans le courant de la nuit et tout le jour, reparaît le soir avec une nouvelle intensité. On prescrit 0,50 centigrammes de sulfate de quinine. La sonde à demeure est retirée, et le malade est sondé depuis cette époque trois fois par jour.

Le 24, même état. L'appétit est entièrement perdu, les urines sont de plus en plus sales. Le soir, la fièvre est moins forte; le pouls, à 120 la veille, est descendu à 90. — 80 centigrammes de sulfate de quinine.

Le 25, la fièvre, qui avait paru céder la veille, se montre avec une nouvelle intensité; elle ne quitte plus le malade; la langue est sèche, fuligineuse; les urines sont encore plus sales et plus bourbeuses que la veille; dévoiement continuel, soubresauts de tendons, état comateux, délire.

Le 26, le pouls est petit, fréquent; coma, délire. Mort à trois heures du soir.

Autopsie. — *Organes génito-urinaires.* — Le scrotum présente une coloration rouge anomale; il est volumineux, lourd; la peau est sèche et tendue; les diverses couches qui entrent dans sa structure sont légèrement infiltrées; les fibres du crémaster sont développées, d'une couleur foncée. La cavité vaginale droite contient peu de sérosité; elle est libre dans ses deux tiers supérieurs et ne présente d'adhérences avec le testicule qu'à l'extrémité inférieure du bord antérieur et de la face interne de cet organe. Le testicule et l'albuginée sont sains. L'épididyme est volumineux; il remplit à lui seul la cavité vaginale et refoule le testicule en bas; sa surface est fortement vascularisée. Le cordon est sain; son volume normal; le paquet des vaisseaux est considérable; on observe une grande quantité de capillaires artériels et veineux, les uns à trajet direct, les autres sinueux, qui lui sont exactement accolés, ainsi qu'à sa gaîne et à celle des vaisseaux spermatiques.

L'incision de l'épididyme montre dans toute sa longueur un pus concret, infiltré, peu diffluent; vers la queue se trouve un point ramolli, très liquide. Le testicule incisé n'offre rien de particulier. Le cordon spermatique, suivi jusqu'aux vésicules séminales, ne présente pas de traces d'inflammation. Les vésicules sont normales, ne contenant rien autre chose que le liquide qui les remplit ordinairement.

La cavité vaginale gauche contient une sérosité assez abondante, 60 grammes au moins; elle est enflammée; les deux feuillets séreux sont réunis, adhérents dans une grande partie de leur étendue; cette adhérence a surtout lieu à la face interne du testicule; on observe dans la partie la plus déclive de la cavité des dépôts plastiques d'une épaisseur assez considérable qui unissent intimement le feuillet glandulaire au feuillet pariétal.

Le testicule ne présente rien de particulier. Il n'en est pas de même de l'épididyme, qui, malgré son volume beaucoup moindre que celui du côté opposé, est encore trois fois plus gros qu'à l'état normal. La tête de cet organe est surmontée d'une série de petits kystes; le principal est de la grosseur d'un petit œuf de poule; les autres sont comme de gros pois. Ces kystes contiennent de la sérosité claire, légèrement citrine.

L'incision de l'épididyme montre à sa partie supérieure une matière plastique amassée en foyer semblable à celle observée dans la tunique vaginale; en se rapprochant de la queue de l'organe, on le trouve infiltré de matière purulente réunie en foyer. Le cordon n'offre rien de particulier; son enveloppe et celle des vaisseaux sont en tout semblables à celle de l'autre côté.

Les vésicules séminales sont intactes.

Vessie. — La vessie est vaste, de grande capacité; la tunique musculeuse est très développée; la muqueuse ne présente pas de traces d'inflammation; elle peut être considérée comme un type de ce que

---

et de discuter les observations isolées communiquées par chacun des sociétaires, observations qui souvent paraissent ne se rattacher à rien lorsqu'elles sont seules, mais qui bientôt par la discussion amènent des remarques précieuses, provoquent la présentation d'observations analogues et fournissent ainsi les moyens de réunir, de grouper des faits semblables d'où peuvent jaillir des comparaisons et des appréciations pleines d'intérêt et d'utilité.

Il est encore un dernier point sur lequel je désire fixer un instant votre attention, c'est celui qui a rapport à nos jeunes confrères qui entrent dans la pratique de la médecine. Il est malheureux, messieurs, que dans notre profession on n'ait pas imité ce qui se fait à l'égard des jeunes avocats. Là, le jeune homme qui aborde le sanctuaire d'une profession hérissée de difficultés aussi bien que la nôtre n'y entre pas seul, il y entre soutenu par le patronage d'un ancien; ce n'est point un maître, ni un censeur; c'est un guide, un protecteur, un appui, un conseil qui lui vient en aide, qui le soutient au début de sa carrière, qui l'éclaire dans la route obscure où il s'engage. Quel est celui d'entre vous qui n'a pas senti son isolement à son début; qui n'a pas tremblé en présence des difficultés sans nombre qui s'offrent à chaque pas, tantôt dans les rapports avec les confrères, tantôt dans la conduite à tenir avec les clients, d'autres fois quand il s'agissait de comptes à rendre à l'administration, à la justice, etc.? Ajouterai-je à cela la question des honoraires, question délicate, ardue, brûlante et où vient trébucher plus d'un jeune cœur généreux et désintéressé, et qui pourtant au bout du compte est une question de *pot-au-feu*, une question de vie matérielle, journalière et incessante? Ah! mes chers confrères, c'est pour cela que je vous y engage de tout mon cœur, tendons à ces jeunes confrères une main secourable, éclairons-les de notre expérience, guidons leurs premiers pas dans une carrière pleine de difficultés, et si nous ne pouvons leur montrer la route de la fortune, montrons-leur celle de la probité et de l'honorabilité médicale, et, soyez-en sûrs, croyez-en la vieille expérience de celui qui vous parle ici humblement, lorsqu'au déclin d'une vie de labeur et de dévouement ils se rappelleront vos honnêtes et nobles enseignements et qu'ils se retourneront pour jeter un coup d'œil en arrière, le contentement d'eux-mêmes et le calme de la conscience les dédommageront amplement de leurs peines et de leurs soucis, car ils auront fait leur devoir... le devoir, messieurs, ce mot qui résume toute la vie d'un homme de bien et qui rend si fort celui qui l'a accompli! Un exemple avant de terminer :

C'était pendant la terrible et désastreuse retraite de Russie. Un jour, par un froid de 30 degrés, des plaintes sont adressées à l'Empereur sur ce que les malades n'avaient pas été pansés, disait-on, depuis plusieurs jours. Sur-le-champ l'officier de santé en chef de l'ambulance est mandé; c'était le docteur Ribes, le savant collaborateur de Chaussier, et de plus le médecin probe et honorable que nous avons connu, l'homme du devoir, en un mot. L'Empereur l'apostrophe durement et l'accable de reproches sur ce que les malades n'ont pas été pansés; Ribes, sans se déconcerter, et sachant qu'il est sur un terrain à lui et qu'il a fait ce qu'il devait, répond laconiquement et respectueusement : « *Sire, cela est vrai; les malades n'ont pas été pansés hier, ils ne le seront pas aujourd'hui, ils ne le seront peut-être pas demain.* » L'Empereur change aussitôt de ton, et lui dit doucement : « *Ah! c'est différent; c'est bien!* » Le chirurgien était tranquille : il avait fait son devoir!

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues à la Faculté de médecine par MM. :

Blacheyre, né le 17 avril 1821, à Rive-de-Gier (Loire); *Diagnostic différentiel du chancre infectant et du chancre non infectant, ou du chancre et du chancroïde.*

Hacque, né le 28 février 1819, à Sablé (Sarthe); *De la varicocèle.*

Desbons, né le 29 août 1829, à Jû-Belloc (Gers); *Du traitement de la phthisie pulmonaire.*

Montsarrat, né le 15 juin 1824, à Mazamet (Tarn); *De la leucorrhée.*

Allary, né le 9 août 1828, à Sigean (Aude); *Quelques mots sur l'existence des maladies héréditaires et sur leur traitement.*

Laujorrois, né le 31 mars 1830, à Hortes (Haute-Marne); *Du renversement du talon considéré comme suite de l'amputation médio-tarsienne.*

Toutes les thèses soutenues à la Faculté sont annoncées dans la *Gazette*; celles qui sont remises à notre bureau sont analysées dans un des numéros qui suit la remise.

l'on a appelé vessie à cellules. Le col vésical est obstrué par une sorte de valvule ou diaphragme tendu au-devant de l'orifice. La prostate est notablement développée dans tous ses diamètres, surtout dans son diamètre vertical, en sorte qu'elle paraît avoir entraîné en haut dans son développement les fibres musculaires circulaires inférieures pour en former une barrière épaisse. La dissection attentive de cette bride musculaire fait voir sous la muqueuse très épaissie en ce point des fibres évidentes et se reliant avec celles qui entourent et forment le col de la vessie.

En dehors du col, dans l'urètre, se trouve un enfoncement, espèce de second réservoir urinaire, formé de chaque côté par la prostate en bas et en haut par la prostate et l'urètre, limité en avant par le vérumontanum. Cette poche, mesurée verticalement en prenant pour limite supérieure la valvule et pour limite inférieure l'urètre, présente une hauteur de 0,026 millimètres. La largeur est beaucoup moins considérable : elle ne présente que 0,011 millimètres.

Cette poche est le siége de petites plaies faites à la muqueuse par les nombreuses tentatives infructueuses d'introduction de bougies.

L'urètre n'offre rien autre de particulier que des traces de fausses routes anciennes.

La vessie contient une quantité considérable de petits calculs parfaitement ronds, variant du volume d'une petite cerise à celui de la graine la plus fine, pouvant s'élever au nombre de plusieurs centaines.

Les uretères sont très développés dans toute leur étendue; ils peuvent recevoir facilement une plume d'oie, et représentent une sorte de bassinet à leur entrée dans la vessie; ils sont remplis de pus; la muqueuse est très ramollie.

Les reins, gros, friables, offrent à leur circonférence des taches ecchymotiques de la largeur d'une pièce de 1 franc; ils ont contracté des adhérences solides avec le tissu cellulaire qui les entoure.

Les pyramides de Malpighi sont hyperémiées et le siége d'une vive inflammation. La couche corticale, de couleur lie-de-vin, peu résistante à la pression, se laisse facilement déchirer. On trouve des traces de pus dans les deux substances; les calices et les bassinets, très dilatés, sont également remplis de pus.

Organes thoraciques sains. Le péricarde présente seul des traces d'ancienne péricardite; plaques laiteuses, sans adhérences.

Deux points rendent cette observation remarquable : le premier, c'est la valvule musculaire placée au-devant de l'orifice vésical; le second, c'est l'inflammation suppurative des épididymes limitée à ces organes, liée à une vaginalite et à une néphro-pyélite.

L'examen anatomique de l'appareil urinaire nous rend parfaitement compte de la rétention d'urine à laquelle le malade était sujet et de la difficulté du cathétérisme. Qu'arrivait-il, en effet? C'est qu'à l'occasion de la moindre cause étendant son action sur la vessie la miction devenait, sinon toujours impossible, au moins très difficile, et cela parce que la valvule, remplissant la fonction d'un véritable diaphragme, bouchait plus ou moins complétement l'orifice urétral. A l'entrée du malade, nous avons pu vérifier ce que nous avançons : le canal était libre dans toute son étendue; une sonde en gomme élastique arrivait jusque dans la portion prostatique, arc-boutait en ce point contre un obstacle d'une grande résistance, et ne pouvait aller plus loin. Cette difficulté de pénétrer dans la vessie avec un instrument aussi peu rigide que la sonde en gomme fut vaincue avec l'algalie d'argent, parce que celle-ci put suffisamment déprimer le bord libre de la valvule et se frayer un passage. La facilité avec laquelle toutes les sondes ont pu indifféremment être introduites quelques jours après l'arrivée du malade, lorsque les muqueuses urétrales et vésicales ont cessé d'être congestionnées, enflammées par les tentatives de cathétérisme trop souvent répétées, semble montrer que la rétention d'urine complète et la grande difficulté de parvenir dans la vessie pouvaient être la conséquence d'un état congestif et inflammatoire de la valvule.

Un malade, dans le même cas que le sujet de cette observation, se trouve en ce moment à la Maison de santé. M. Demarquay a pratiqué sur cet homme l'incision de la valvule. Les urines ont pu être expulsées presque avec facilité pendant les douze heures qui ont suivi l'opération; mais au bout de ce temps leur émission est devenue moins facile. Ce malade sera le sujet d'un travail ultérieur. M. Demarquay attribue le phénomène de dysurie qui suit l'opération à l'état inflammatoire qu'a produit l'incision des parties. Ce fait présente quelque analogie avec celui qui nous occupe, sous le rapport du gonflement de la valvule par suite des manœuvres dont elle peut être le siége.

Une autre conséquence du développement de la valvule vésicale, c'est la difficulté qu'éprouve le chirurgien dans l'exploration de la vessie et l'impossibilité où se trouve le malade de rejeter au dehors les matières que leur densité accumule dans le bas-fond de l'organe. C'est ainsi que chez notre malade plusieurs centaines de calculs, les uns extrêmement fins, les autres à peine du diamètre de l'urètre, qui dans tout autre cas auraient été expulsés avec la plus grande facilité et sans même éveiller l'attention sur leur existence, occupaient la partie la plus déclive du réservoir urinaire. L'état sphérique de ces calculs est en désaccord avec l'opinion généralement admise sur la multiplicité comme cause productrice des facettes dans les cas semblables à celui-ci.

Le second point de l'observation présente aussi quelque intérêt. L'inflammation de l'épididyme et de la tunique vaginale sans trace d'inflammation dans le canal déférent, le cordon ni les vésicules séminales, fait porter l'attention sur ses causes et son mode de développement. On ne peut invoquer ici d'autres causes que le cathétérisme, l'usage de la sonde à demeure et le contact incessant de l'urine avec le scrotum. Rappelons, en passant, l'état de la tunique vaginale, ses adhérences à diverses époques de formation, depuis le dépôt de lymphe jusqu'à la fausse membrane organisée. Chercher le point de départ des accidents inflammatoires ailleurs que dans l'épididyme serait rendre la question encore plus complexe, si l'on considère l'absence complète de phlegmasie des parties auxquelles il se trouve intimement uni.

Où donc en trouver la cause? Serait-ce dans la métastase? Ce cas est certainement un de ceux où les partisans de la métastase trouveraient facilement sa raison d'être; car il faut convenir que, si l'inflammation du cordon et de ses annexes a existé, elle a laissé si peu de traces de son existence qu'il est permis d'en douter. L'inflammation de la tumeur vaginale et celle de l'épididyme se sont manifestées ensemble; nous avons assisté à leur début; il nous a été facile d'en suivre la marche. Nous avons remarqué la concentration en ce point et l'absence absolue de symptômes de propagation aux autres parties. L'autopsie, du reste, nous a démontré ce que nous avions observé. X...

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Cazenave.

Leçons cliniques sur les maladies de la peau (1).

De l'ichtyose. — L'ichtyose rentre dans notre second groupe, celui des lésions de la sécrétion, et fait partie des maladies du second genre de ce groupe, c'est-à-dire des lésions de la sécrétion de la matière épidermique.

Nous avons reçu le 17 de ce mois dans notre service (salle Sainte-Marthe, n° 63) une femme, âgée de soixante et dix ans, pour une maladie de la jambe droite, laquelle présentait de petites lames minces s'irritant légèrement. Nous avons reconnu un eczéma; mais cet eczéma présentait un singulier aspect. Un examen plus attentif nous a fait voir alors que cet eczéma s'était développé sur une peau déjà malade : c'est l'épiderme qui est atteint d'une ichtyose, maladie qu'on rencontre assez fréquemment dans la pratique, et dont je vais vous entretenir un instant.

L'épiderme a été l'objet de beaucoup d'études dans ces dernières années; on l'a divisé en deux parties : une profonde, muqueuse; une externe, cornée. La partie profonde est molle; l'externe solide, sans apparence de vaisseaux ni de nerfs, bien qu'elle soit cependant douée de vie. La proportion entre ces deux couches varie suivant la région où on l'observe; tantôt c'est le corps muqueux qui a la plus grande épaisseur, tantôt c'est la partie cornée.

Quand la sécrétion épidermique n'a pas lieu, il se déclare une affection qui doit être considérée plutôt comme une difformité que comme une maladie : c'est l'ichtyose. La peau est sèche, rugueuse; l'épiderme est épais, fendillé : il forme des écailles dures, blanchâtres, se continuant avec la peau par un point de leur circonférence, et non par le centre.

Alibert a décrit deux variétés principales d'ichtyose : l'ichtyose nacrée cyprine et l'ichtyose nacrée serpentine. Ces divisions, qui peuvent être bonnes pour l'étude, n'ont aucune importance dans la pratique. Dans les deux cas, les caractères extérieurs et le traitement sont les mêmes.

Cette affection se rencontre sur toutes les parties du corps. Plus souvent générale que partielle, elle est le plus ordinairement peu ou point marquée au visage, et ne se montre parfois qu'aux membres supérieurs ou inférieurs. Cela s'observe surtout dans l'ichtyose accidentelle. Bateman a bien relaté l'observation d'un malade chez qui la face seule était prise; mais, par la planche jointe à son observation, on voit qu'il s'est trompé : c'était un acné sébacé, et non une ichtyose. J'ai vu un petit malade affecté d'une ichtyose générale qui avait respecté la face; quand il avait une maladie interne l'ichtyose disparaissait sur tout le corps, et, chose singulière, c'était la face seule qui présentait cette affection.

Dans les maladies fébriles, la peau perd de sa dureté; la sécrétion épidermique se fait d'une manière normale, et l'icthyose disparaît momentanément. C'est ce qui avait fait admettre des ichtyoses intermittentes : c'était une erreur.

L'ichtyose peut être congéniale ou accidentelle. Pourtant, dans le premier cas, l'enfant, en venant au monde, ne présente aucuns symptômes de cette affection. Il existe cependant au musée anatomique de Berlin un fœtus qui est couvert d'écailles d'ichtyose. C'est dans la neuvième semaine qui suit la naissance que se développe cette affection; à partir de ce moment elle suit les développements de l'épiderme et ne disparaît plus.

Quant à l'ichtyose accidentelle, nous en avons vu des cas; mais ils présentaient toujours la forme la plus légère de cette affection. Aussi nous sommes-nous demandé si ce ne serait pas dans ces cas un psoriasis au début. Pourtant la différence est grande entre un psoriasis et une icthyose : dans le premier cas ce sont des écailles blanches qui tiennent à la peau par leur centre; dans le second cas ce sont bien des écailles, mais elles sont cassantes et font corps avec la peau par leur circonférence. Du reste, nous reparlerons de l'ichtyose accidentelle à propos du psoriasis.

L'ichtyose n'a aucune influence sur la santé générale. Cette femme que nous avons en ce moment dans nos salles nous en offre un exemple; elle a soixante-dix ans, et elle n'a jamais eu de maladie grave; toutes ses fonctions ont toujours été régulières.

On a dit que l'ichtyose pouvait nuire au développement de l'individu, mais l'observation ne confirme pas cette hypothèse. L'ichtyose n'empêche aucune des maladies de la peau, ni la rougeole, ni la variole; elle ne les modifie pas même. Pour les maladies ordinaires aiguës, son influence n'est guère plus grande que sur ces dernières. Ainsi donc l'ichtyose ne tient qu'à une mauvaise condition de la peau, et peut ne pas être considérée comme une maladie; c'est ce qui nous explique son peu d'influence sur l'état général.

Les causes qui donnent lieu à l'icthyose sont nombreuses pour ceux qui admettent l'ichtyose accidentelle; pour nous, qui n'admettons que la congéniale, il n'y en a qu'une; c'est l'hérédité organique. J'avais cru que cette maladie suivait une même lignée; tantôt c'est la lignée des hommes, tantôt celle des filles; tantôt ce sont tous les garçons qui ont cette affection, tantôt ce sont toutes les filles. Parfois une génération n'en est pas atteinte. Pour la femme que nous avons ici, son père avait une icthyose; ses enfants n'ont rien, son frère non plus; mais l'enfant de ce dernier en a une. J'avais attaché une grande influence aux climats, aujourd'hui je pense qu'ils ne jouent aucun rôle dans la production de cette affection.

Le traitement de l'ichtyose a beaucoup varié. On a employé une foule de médicaments, et des plus actifs, dont l'usage a été continué sur le même malade pendant longtemps; les résultats ont été négatifs. On ne guérit pas l'ichtyose, et partant on ne doit pas donner de préparations qui fatiguent inutilement les malades. Mais si les médicaments internes ne doivent pas être employés, il faut se servir des médicaments externes, qui, s'ils ne guérissent pas la peau malade, y apportent du moins de l'amélioration. Pour arriver à ce but, il faut chercher à rendre la peau plus douce et faire tomber les écailles qui la couvrent. Pour cela, on emploie avec avantage des onctions grasses; et comme les préparations alcalines, les bains ferrugineux et les bains de vapeur ramollissent davantage la peau, on doit en ordonner l'usage aux malades atteints d'ichtyose.

(1) Suite. — Voir le numéro du 24 mai.

FORMULES

empruntées à la consultation gratuite de M. Jobert.

Crevasses du nez chez un sujet scrofuleux.

1° Renifler plusieurs fois par jour comme du tabac le mélange suivant :

Calomel.	4 grammes.
Gomme arabique.	4 —

Mélangez.

2° Tisane de chicorée sauvage;

3° Prendre le matin à jeun une cuillerée de vin de gentiane.

Engorgement scrofuleux du cou.

1° Onctions matin et soir avec la pommade suivante :

Axonge.	32 grammes.
Hydriodate de potasse.	12 —
Iode.	9 décigrammes.

F. S. A.

2° Le matin une cuillerée de vin amer ainsi composé :

Vin de gentiane.	60 grammes.
— de quinquina...	ãã 30 —
— antiscorbutique...	

Mélangez.

3° Infusion de fleurs de houblon.

Ganglionite suppurée. Plaie compliquée d'érythème cutané avec décollement.

1° Même infusion que ci-dessus pour tisane;

2° Le matin une cuillerée de vin amer et ferrugineux composé de :

Vin de gentiane.	200 grammes.
Lactate de fer.	3 —

3° Tous les trois jours bains de Baréges;

4° Panser la plaie avec du styrax.

Contre la ganglionite aiguë, la lymphite et les furoncles, M. Jobert prescrit avec avantage les onctions avec le nitrate d'argent, qui, comme dans les maladies articulaires même aiguës, est un excellent antiphlogistique. La pommade employée dans ces divers cas est celle-ci :

Azotate d'argent cristallisé.	40 grammes.
Axonge.	32 —

Dans les affections furonculaires, qui ont été très communes cette année, on a pu constater l'impuissance des applications émollientes pour enrayer la marche de l'inflammation. Pour faire avorter ces furoncles, il faut les cautériser soit avec la pâte de Vienne, soit avec la pommade au nitrate d'argent; or cette dernière est préférable à l'autre, puisqu'elle ne laisse pas de traces et qu'elle est douée d'une efficacité non moins appréciable.

La même pommade est encore prescrite dans l'hydarthrose et le rhumatisme articulaire aigu; mais quand ce dernier s'accompagne de réaction fébrile, l'application de la pommade est précédée d'une émission sanguine générale, et en même temps le malade prend trois cuillerées par jour de la potion suivante :

Eau de laitue.	128 grammes.
Teinture de colchique.	20 gouttes.
Sirop de sucre.	20 grammes.

Mélangez.

Nous ferons remarquer aussi que dans l'hydarthrose aiguë produite par une chute ou par une violence extérieure, M. Jobert

prescrit, de préférence à la pommade au nitrate d'argent, des ventouses scarifiées, des cataplasmes froids et de l'eau de Sedlitz.

(*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

SOPHISTICATION DU LAITAGE.

On se rappelle que nous avons souvent répété combien étaient grandes les fraudes commises par les marchands de denrées alimentaires. La surveillance du ministère public a donc été appelée sur ce point, non-seulement à Paris, mais encore en province. C'est ainsi que M. le commissaire de police de Vernon, supposant qu'en raison de la semaine sainte, il y aurait à Paris une consommation extraordinaire de lait, s'est présenté à la gare du chemin de fer. Il y a fait saisir par ses agents 2,710 litres de lait augmenté d'eau dans la proportion de 15 p. 100.

Ce lait devait être expédié à MM. Lefebvre et Bornibus. 840 autres litres, expédiés par le sieur Poitre, et contenant 30 p. 100 d'eau, ont été également saisis.

Ce lait, ne contenant aucune substance nuisible, a été immédiatement livré aux établissements de bienfaisance et aux hôpitaux.

Le tribunal correctionnel d'Evreux a rendu jugement le 21 avril 1855. En voici les conclusions :

Déclare Pharisien coupable :

1° D'avoir, à Vernon, depuis moins de trois ans, antérieurement au 23 novembre 1854, et spécialement le 23 novembre 1854, falsifié, à Vernon, des denrées alimentaires destinées à être vendues en mettant de l'eau dans du lait ;

2° D'avoir, à Vernon, depuis le 23 novembre 1854, à diverses reprises, et spécialement le 10 janvier 1855, falsifié des denrées alimentaires destinées à être vendues en mettant de l'eau dans du lait ;

Déclare Bornibus frères et Lefebvre coupables d'avoir avec connaissance aidé ou assisté Pharisien dans les faits qui ont préparé, facilité ou consommé les délits ci-dessus spécifiés, et d'avoir donné des instructions pour les commettre.

Et faisant, tant à Pharisien qu'aux sieurs Bornibus frères et Lefebvre, l'application des articles 1, 5, 6 de la loi du 27 mars 1851 ; 423, 59, 60 et 463 du Code pénal, desquels articles lecture a été donnée par M. le président.

Les condamne, savoir : Pharisien, en dix jours d'emprisonnement et 50 fr. d'amende ; les sieurs Bornibus, en chacun un mois d'emprisonnement et 1,000 fr. d'amende ; Lefebvre, en trois mois d'emprisonnement et 1,000 fr. d'amende.

Déclare les cruches qui ont fourni à commettre le délit confisquées.

Ordonne que le présent jugement sera, aux frais des condamnés :

1° Inséré par extrait dans les journaux la *Gazette des Tribunaux* et le *Droit* qui s'impriment à Paris, dans le *Courrier de l'Eure* qui s'imprime à Evreux, dans les journaux ou affiches judiciaires qui s'impriment à Pont-Audemer, Bernay, Andelys et Louviers ;

2° Imprimé en extrait, placardé et affiché tant dans les mêmes villes qu'à Vernon, Mantes et Meulan, au nombre de dix exemplaires dans chaque ville, sauf dans la ville d'Evreux, où le nombre sera de vingt.

Condamne les mêmes solidairement aux dépens taxés et liquidés à la somme de 154 fr. 85 c., non compris l'expédition du présent jugement.

Fixe à une année la durée de la contrainte par corps.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 28 mai 1855. — Présidence de M. REGNAULT.

Raccourcissement congénial d'un des os du métacarpe. — M. Ripault (de Dijon) décrit sous ce titre une difformité qu'il a observée chez une personne d'ailleurs bien conformée et d'une bonne constitution, et tire de son observation des conséquences relatives à l'avantage qu'on doit trouver dans beaucoup de cas à préférer la résection d'un os long dont une partie seulement est malade à son ablation complète. (Commissaires : MM. Serres, Andral, Velpeau.)

Propriété antiseptique de la fumée. — M. Féraud soumet au jugement de l'Académie une note sur la propriété antiseptique de la fumée, et son emploi comme préservatif et curatif du choléra et des épidémies en général.

L'auteur cite quatre observations de maladies épidémiques qui ont cessé immédiatement après un incendie survenu dans le lieu qui en était le théâtre.

L'auteur pense que ce n'est point, comme on l'a dit, à la ventilation produite par le feu qu'a été due la désinfection, mais bien à la propriété antiseptique de la fumée. (Renvoi à l'examen de la section de médecine et de chirurgie constituée en commission du prix Bréant.)

Choléra. — M. Lacour annonce, de Bruxelles, qu'il est en possession d'un remède très efficace contre le choléra-morbus, et qu'il désire le présenter au concours pour le prix Bréant. (Renvoi à la même commission.)

Dyspepsie. — M. Corvisart adresse, pour le concours des prix de médecine et de chirurgie, un mémoire sur la dyspepsie et la consomption, faisant suite à son travail sur la méthode nutrimentive dans les cas de vice de sécrétion de l'estomac, précédemment adressé pour le même concours.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 23 mai 1855. — Présidence de M. HUGUIER.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. LARREY fait voir un malade affecté d'une tumeur de la langue de nature épithéliale probablement. Toute la partie antérieure de l'organe est envahie ; mais il y a une tendance marquée à l'élimination spontanée du produit morbide. Un sillon assez profond existe entre les parties saines et le tissu pathologique ; des eschares assez volumineuses de ce dernier sont déjà détachées, et les adhérences de la tumeur au plancher buccal sont déjà détruites.

Plusieurs ganglions sous-maxillaires sont indurés. L'opération est donc peu indiquée, et il conviendrait peut-être d'abandonner le malade aux efforts spontanés de l'élimination.

Ce fait se rapproche de celui que M. Richet a présenté dans la dernière séance, et chez lequel le travail de séparation semble se continuer sous l'influence de l'usage intérieur de la liqueur de Fowler.

— M. CHASSAIGNAC montre un malade adulte qui présente une double luxation des deux radius. La partie supérieure des deux os de l'avant-bras est considérablement augmentée de volume ; l'olécrâne est élargi ; la tête du radius, également hypertrophiée, est rejetée en avant et en dehors.

La difformité est tout à fait symétrique et remonte à une époque très éloignée. A l'âge de dix ans, le malade s'aperçut que les mouvements de l'articulation étaient gênés, et ses parents lui dirent que la difformité remontait à la première enfance.

C'est ce qui a fait supposer à M. Chassaignac qu'il s'agissait d'une double luxation congéniale.

M. MOREL-LAVALLÉE reconnaît, en effet, une luxation de la tête du radius, une hypertrophie du cubitus ; mais il constate que si l'on vient à imprimer des mouvements à l'articulation, on perçoit des craquements, une espèce de crépitation rude. Ces derniers symptômes, joints à la déformation des extrémités osseuses, traduisent l'existence des lésions articulaires de l'arthrite sèche. Il a vu un cas absolument semblable dans lequel il y avait de plus un corps étranger articulaire. Si dans le cas actuel cette complication ne manquait pas, l'identité serait parfaite.

M. VERNEUIL pense, au contraire, qu'il s'agit là d'une double luxation congéniale du radius avec malformation coïncidente de l'extrémité supérieure du cubitus. Il fonde son opinion sur la symétrie parfaite de la lésion des deux côtés, sur l'époque très éloignée à laquelle remonte le mal, sur la rareté telle de l'arthrite sèche dans le jeune âge, que jamais, jusqu'à ce jour, on n'en a rencontré d'exemples chez les enfants, et sur ce qu'il est bien avéré que la difformité des coudes date de la première enfance.

M. HOUEL trouve que la congénialité est très douteuse. Dans les vrais cas qui se rapportent à ce genre, l'extrémité supérieure du radius, au lieu d'être hypertrophiée, est, au contraire, réduite à de très petites proportions ; la luxation de la tête du radius qu'on constate ici est la cause du grand développement qu'a pris le cubitus ; car c'est une règle que lorsqu'un des deux os de l'avant-bras a perdu ses rapports avec l'humérus, l'autre s'hypertrophie très notablement.

M. GIRALDÈS trouve également des arguments contre la congénialité et dans l'accroissement de volume de la tête du radius et dans les craquements dont les articulations sont le siége. Il croit plutôt qu'il s'agit là d'un affection rhumatismale chronique. Il a pu d'ailleurs se convaincre qu'un bon nombre de luxations réputées congéniales ne sont que des luxations pathologiques. Il y a certains pays, l'Irlande, par exemple, où le rhumatisme est extrêmement commun, même dans le jeune âge ; et certainement là l'erreur a été plus d'une fois commise.

M. AD. RICHARD croit qu'on a pris le symptôme pour la maladie. La luxation du radius n'est qu'un élément accessoire et consécutif. La lésion primitive est évidemment l'augmentation de volume de l'extrémité supérieure du cubitus, qui a chassé au dehors l'os voisin. La crépitation qu'on constate prouve également l'existence de l'arthrite sèche, à laquelle on doit, suivant lui, rapporter cette difformité.

M. VERNEUIL persiste dans son appréciation première. Il ne croit pas, comme M. Houël, que l'atrophie de la tête du radius soit la règle absolue dans les luxations congéniales. Il est possible que dans certains pays le rhumatisme chronique soit, comme le pense M. Giraldès, fréquent dans le jeune âge, et que l'on ait quelquefois confondu des luxations pathologiques avec des luxations congéniales. Mais pour pouvoir reconnaître cette cause dans le cas en question, il faudrait démontrer que le malade a eu une affection rhumatismale ancienne, puisque cette affection a sévi sur les deux seules articulations huméro-cubitales, et qu'elle y a laissé des traces pathologiques parfaitement symétriques. Or, ces renseignements manquent, puisque au contraire le malade n'a jamais souffert, et que les mouvements ont de tout temps été limités dans ces régions. Si c'est seulement à l'âge de dix ans que la difformité et la gêne des mouvements ont été remarquées par le sujet, cela ne détruit pas l'hypothèse de la malformation congéniale ; car il n'est pas rare de voir les signes des luxations de cette espèce ne devenir manifestes et appréciables qu'assez longtemps après la naissance.

Une pièce qui est encore entre les mains de M. Denucé, et qu'il avait recueillie sur un enfant de deux ans environ, lui a offert les mêmes caractères : développement très grand de l'extrémité supérieure du cubitus, luxation du radius en dehors et en avant. Il n'y avait pas la moindre trace des lésions de l'arthrite sèche ni d'une inflammation articulaire quelconque ; il y avait seulement malformation des extrémités articulaires.

M. VERNEUIL ne croit pas, comme M. Richard, que la crépitation prouve la nature primitive de la maladie ; cette crépitation indique des rugosités des surfaces osseuses. On peut en conclure peut-être qu'il y a maintenant de l'arthrite sèche ; mais cela ne veut nullement dire que cette arthrite ait toujours existé et qu'elle constitue le point de départ du mal. Il est fort commun, en effet, de voir les articulations anomales primitivement dépourvues de lésions organiques, et qui sont envahies plus ou moins tardivement par l'ensemble des lésions de cette arthrite chronique. Le fait se rencontre entre autres dans les luxations congéniales du fémur observées chez l'adulte quand la capsule, distendue, a été perforée, et que le fémur repose à nu sur l'os iliaque.

MM. CHASSAIGNAC et BOUVIER appuient l'opinion de M. Verneuil. Les antécédents plaident pour la congénialité, et les arguments opposés à cette manière de voir sont tous très contestables.

M. MOREL-LAVALLÉE persiste malgré cela dans sa manière de voir ; il est parfaitement fixé sur la nature du mal : la déformation, la luxation sont causées évidemment par une arthrite sèche.

RAPPORTS.

M. VERNEUIL fait un rapport verbal très favorable sur la traduction française du sixième livre de Paul d'Égine, par M. le docteur René Briau, et propose les conclusions suivantes :

1° La Société de chirurgie adresse des remercîments à M. le docteur Briau pour l'hommage qu'il lui a fait de son livre ;

2° Elle l'engage vivement à continuer avec persévérance un travail dont elle apprécie les difficultés et le mérite, et qui est de nature à vulgariser la connaissance de la chirurgie ancienne.

Ces conclusions sont adoptées.

— M. BOUVIER lit de nouveau les conclusions de son rapport sur le travail de M. Gillebert d'Hercourt.

Ces conclusions sont mises aux voies et adoptées.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. FOLLIN montre une pièce d'hématocèle rétro-utérine trouvée chez une femme qui, le 20 décembre dernier, au milieu d'une santé assez bonne, fut prise de vives douleurs dans le ventre et d'une diarrhée sanguinolente qui dura une quinzaine. La moindre pression exagérait ces douleurs. Entrée le 5 février à la Charité, cette malade y est morte le 20 mai d'une phthisie pulmonaire. A l'autopsie on a trouvé :

1° Des taches bleuâtres, paraissant dues à du sang épanché, et répandues sur divers points de la séreuse abdominale ;

2° Chaque trompe dilatée par un liquide épais, brunâtre, en grande partie formé par du sang. A droite, l'extrémité dilatée de la trompe se termine dans une masse sanguine jaunâtre, du volume d'un œuf, qui occupe la partie postérieure et latérale de l'utérus ; à gauche, il n'y a point de tumeur en dehors de la trompe dilatée. Les ovaires sont assez volumineux, mais on ne trouve point d'épanchement sanguin à leur intérieur.

De l'examen de cette pièce, M. Follin conclut que l'hémorrhagie s'est faite dans la cavité du péritoine.

M. GIRALDÈS rappelle que M. Bernutz s'est le premier occupé de ces hématocèles avant M. Nélaton, auquel on semble aujourd'hui rapporter la connaissance première de ces lésions.

M. HUGUIER a vu de ces hématocèles dans les trompes, et chez une une femme la tumeur avait acquis le volume d'une pomme. Dans d'autres cas, l'épanchement sanguin se fait sous l'enveloppe séreuse de l'ovaire ; alors les hématocèles sont peu développées.

— M. MAISONNEUVE fait à la Société l'exposé de la nouvelle méthode d'urétrotomie qu'il a communiquée à l'Académie des sciences, et montre les divers instruments qu'il a fait construire à cet effet.

M. VIDAL demande que la Société veuille bien mettre à l'ordre du jour de sa prochaine séance la question de l'urétrotomie, sur laquelle il importe que chacun dise ce qu'il sait. Cette proposition est appuyée.

— M. CHASSAIGNAC montre un encéphaloïde du testicule qu'il a enlevé le matin même.

— M. LALA présente une pièce de rupture traumatique du foie chez un enfant.

L'observation est renvoyée à une commission composée de MM. Houël et Marjolin.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire de la Société, E. FOLLIN.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 2 juin, M. Serres, professeur d'anthropologie au Muséum d'histoire naturelle de Paris, est nommé professeur d'anatomie comparée dans le même établissement, en remplacement de M. Duvernoy, décédé.

— Le concours d'agrégation (section des sciences accessoires) près la Faculté de médecine de Montpellier, commencé le 18 avril dernier, s'est terminé le 25 mai, par la nomination de MM. Jacquemet et Faget.

— La Faculté de médecine de Montpellier a pris une décision par laquelle les élèves stagiaires ne pourront désormais obtenir leurs inscriptions que sur la présentation d'un certificat des chefs de service, constatant qu'ils font des pansements dans les salles de clinique de l'Hôtel-Dieu.

— Le bureau de l'association de prévoyance des médecins du Rhône se compose pour cette année de MM. de Polinière, président ; Rougier, vice-président ; Diday, secrétaire général ; Lacour, secrétaire adjoint ; Pétrequin, trésorier.

— M. Labourdette, médecin aide-major attaché à l'état-major du génie de l'armée d'Orient, vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— M. Sauveur, professeur à l'Université de Liége, remplace dans la chaire de clinique interne M. Lombard, récemment décédé. M. Royer professera la pathologie interne à la place de M. Sauveur en conservant son cours de pathologie générale.

— M. Mamelet, médecin-major au 7e bataillon de chasseurs à pied, est décédé à Constantinople le 18 mai. Ce confrère, regretté à plus d'un titre, a été victime du choléra qui a sévi au camp de Maslach pendant une quinzaine de jours.

Tout le corps médical de la garnison, à la tête duquel marchaient MM. le général de division Larcher et l'intendant militaire, a suivi le convoi funèbre jusqu'au cimetière français ; et au bord de cette nouvelle tombe M. Margue, médecin en chef, a, dans un discours aussi éloquemment exprimé que vivement senti, rappelé les services et le dévouement de notre malheureux confrère, qui est la vingt-quatrième victime que le corps de santé a fournie à ce climat inhospitalier.

— Le courrier de Crimée nous apporte la triste nouvelle de la mort de M. Fratini, jeune médecin-major qui vient de succomber au typhus.

— L'Institut de Valence (Espagne) a décerné les prix mis au concours pour 1855. Un seul prix a été accordé pour la question de médecine, dont le sujet était : *Le choléra asiatique*. Les trois autres questions sont remises au concours pour 1856.

Le mémoire couronné appartient au docteur Désiré Joulin, qui déjà a obtenu l'année dernière la médaille d'or proposée pour la question de chirurgie.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 66. — JEUDI 7 JUIN 1855. (28e ANNÉE.) N° 66. — JEUDI 7 JUIN 1855.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 6 JUIN 1855.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie a pourvu hier à la place vacante dans la section de médecine vétérinaire. M. H. Bouley, que l'opinion désignait depuis longtemps pour occuper cette place, l'a obtenue à une majorité de 56 voix sur 72 votants. 16 voix ont été données à M. Reynal, dont on a entendu récemment plusieurs communications intéressantes. Entre cette élection et le comité secret pour la discussion des titres des candidats à la section d'anatomie pathologique, l'Académie a eu juste le temps d'entendre la fin de l'argumentation de M. Piorry sur le délire et la folie.

Avant de parler du discours de M. Piorry, il nous reste à nous mettre au courant de la discussion en rappelant la part qu'y ont prise avant lui MM. Londe et Ferrus. L'argumentation de M. Londe et celle de M. Piorry portant en grande partie sur un même point, la distinction du délire et de la folie, il sera aisé de les résumer ensemble. Disons d'abord un mot du discours de M. Ferrus, qui a envisagé la question sous un point de vue différent.

La question incidente sur le traitement moral, soulevée par M. Baillarger à l'occasion d'une phrase de M. Bousquet étrangère à cette discussion, lui a fourni le texte de la principale partie de son argumentation. M. Ferrus est sur ce point en parfaite conformité d'opinion avec M. Baillarger. Pour lui, attaquer de front l'aliénation par l'intimidation ou le raisonnement n'aboutit qu'à des réussites factices ou passagères. Chercher à renouer, chez les aliénés, les liens des souvenirs et des émotions antérieures lui paraît une voie moins inefficace peut-être, mais encore peu sûre.

La meilleure pratique à ses yeux est, comme l'avait déjà exprimé M. Baillarger, de faire appel à l'émotion, de substituer aux idées dominantes un autre courant d'idées, ou plutôt de sentiments; car c'est bien plutôt sur les sentiments de l'ordre affectif que la diversion peut avoir prise que sur les phénomènes de l'ordre intellectuel. Et plus efficaces encore sont les travaux corporels, et surtout les travaux agricoles, qui tout à la fois physiques par leur nature, et moraux par leur réaction, joignent à l'avantage de développer les puissances musculaires celui de régulariser l'innervation et de tempérer l'irritabilité nerveuse. Enfin la thérapeutique de la manie, lorsqu'elle est récente et qu'elle revêt un caractère plus ou moins aigu, veut une médication active et puissante, comme elle exige plus tard, lorsqu'elle tend à dégénérer en démence ou que celle-ci est même établie, l'action de tous les moyens propres à modifier favorablement la constitution.

Cette manière générale d'envisager les bases du traitement de la folie, en faveur de laquelle M. Ferrus a le droit d'invoquer les résultats de sa vaste expérience, ferait pressentir naturellement, si on ne la connaissait déjà, son opinion sur la nature de cette affection et sur le point de doctrine qui domine toute cette discussion. Cette thérapeutique complexe, dans laquelle il fait intervenir à la fois les éléments physiques et les éléments moraux, indique assez, en effet, que pour lui l'aliénation mentale ne saurait être ni exclusivement une affection de l'âme, ni exclusivement une lésion organique, mais une affection complexe qui implique ces deux éléments, comme la vie elle-même n'est que la fusion de deux principes intimement unis dans le sein de l'organisme.

M. Ferrus n'a touché qu'en passant à un point plus spécial de la question, l'identité du délire et de la folie; et il l'a fait autant pour s'élever contre la distinction que M. Bousquet a cherché à établir entre ces deux états que pour rappeler qu'en concourant lui-même pour une grande part à faire entrer le mot *délire* dans le vocabulaire de l'aliénation, il croit avoir contribué à consacrer ce grand principe qui donne à l'aliénation le caractère pathologique qu'on ne saurait plus lui refuser aujourd'hui.

C'est là, avons-nous dit, le point sur lequel ont plus particulièrement porté les argumentations de MM. Londe et Piorry. Jusqu'ici nous avons eu à constater plus d'accord que de dissidence; le dissentiment est complet sur cette question.

M. Londe, qui sur tous les autres points a pris chaudement la défense des doctrines de M. Moreau contre les critiques de M. le rapporteur, s'en sépare tout à fait sur la question d'identité du délire et de la folie, et il va, à cet égard, beaucoup plus loin que M. Bousquet lui-même, qui n'a paru d'ailleurs attacher qu'assez peu d'importance à cette distinction, qu'il qualifie de question de mots. Il voit des différences nombreuses et tranchées entre le délire et la folie. En revanche, il partage entièrement l'opinion de M. Moreau sur l'analogie de la folie avec le rêve, repoussée par M. Bousquet. Nous avouons ne pas très bien comprendre le lien logique qu'il peut y avoir entre les deux propositions, l'une négative, l'autre affirmative, que soutient M. Londe, lorsqu'il combat l'identité des deux faits pathologiques, délire et folie, et qu'il admet l'analogie physiologique de ce dernier état avec le rêve. Sa différenciation du délire et de la folie nous paraît se fonder beaucoup plus sur l'ensemble des phénomènes concomitants dont l'un et l'autre de ces phénomènes s'accompagnent, que sur des caractères fondamentaux et inhérents au fait même du délire considéré abstractivement.

Le parallèle entre ces deux états a conduit M. Piorry à une conclusion toute différente, qu'il a appuyée sur une analyse pathologique très bien faite et sur des considérations cliniques d'une grande valeur. Nous avons été beaucoup plus frappé des analogies constatées par M. Piorry que des différences signalées par M. Londe; et l'argumentation de M. Piorry sur ce point nous paraît donner beaucoup plus d'appui aux motifs déjà invoqués par M. Ferrus et par l'auteur du mémoire que celle de M. Londe n'a pu leur en enlever.

Nous aurions quelques autres points à signaler dans ces trois discours; mais nous nous bornerons aujourd'hui à faire remarquer que les argumentations que nous venons de résumer n'ont pas sensiblement changé la face du débat.

Nous ne terminerons pas cet aperçu de la séance sans signaler à l'attention de nos lecteurs le fait de monstruosité très digne d'intérêt que M. Depaul a présenté à la fin de la séance, et dont on trouvera la relation au compte rendu.

Dr Brochin.

HOPITAL DE STRASBOURG. — M. SÉDILLOT.

Opération de l'empyème par térébration costale.

(Observation recueillie par M. le docteur CRÉPET, médecin aide-major de 1re classe.)

Depuis la thèse de concours de M. Sédillot, sur l'opération de l'empyème (Paris, 1841, 2e édition), avec cette épigraphe : « *L'opération de l'empyème est mal connue, mal faite et mal appréciée*, » les applications de cette opération sont devenues moins rares, et des succès plus nombreux qu'autrefois ont été le résultat d'indications mieux comprises et mieux remplies. Nous ne nous occuperons pas des ponctions thoraciques dans la pleurésie aiguë, qui sont à l'état de controverse parmi les médecins, nous appellerons seulement l'attention sur l'ancienne méthode de térébration costale, conseillée par Hippocrate dans les empyèmes de pus, et pratiquée sous nos yeux par M. Sédillot avec des avantages très remarquables.

Ce professeur a signalé les deux conditions principales de la guérison :

1° L'écoulement modéré du pus, pour permettre aux organes déplacés et comprimés de reprendre leur situation normale et de rétrécir les diamètres et l'ampleur de la collection;

2° La rétention volontaire dans la poitrine d'une assez grande quantité de liquide pour éviter une diminution trop grande de pression; inconvénient grave, qui provoque l'entrée de l'air ou des congestions sanguines avec production exagérée de sérosité et de pus, ou des apoplexies partielles et même la gangrène de la membrane pyogénique et tous les accidents d'inflammation, de putridité et d'infection qui en dérivent. Ces règles sont d'une incontestable justesse, mais d'une réalisation assez difficile.

Les trocarts à soupapes et à robinet offrent d'excellents effets pendant quelques jours; puis les tissus traversés par l'instrument s'enflamment, s'ulcèrent, s'endolorissent; le pus coule entre les chairs et les parois du trocart, et les tamponnements causent d'excessives douleurs, augmentent l'irritation et n'empêchent pas l'introduction de l'air; la suppuration s'altère, les désordres locaux et généraux se manifestent et entraînent souvent la mort, malgré tous les soins et le zèle du chirurgien. La canule de M. Reybard, terminée par un intestin de chat plongé dans un liquide, a les mêmes dangers, et elle amène en outre dans les premiers jours, où elle fonctionne bien, un défaut de tension intra-thoracique trop considérable, parce que le pus est chassé avec force pendant les grandes expirations, et surtout dans les accès de toux.

Ces fâcheuses complications, plusieurs fois observées par M. Sédillot, l'ont engagé à recourir à la perforation d'une côte, sur un des malades du service de M. le docteur Collin, médecin major, et voici en quelle occasion :

Le nommé Litter, maréchal des logis au 17e d'artillerie, était atteint depuis plusieurs mois d'un épanchement purulent dans le côté gauche de la poitrine, avec refoulement complet du cœur à droite, accès de suffocation, fièvre, amaigrissement et augmentation de la circonférence de ce côté de la poitrine de 3 centimètres, 48 contre 45. Les remèdes les plus énergiques avaient été employés sans succès : larges vésicatoires, pustulation avec le tartre stibié, cautères potentiels multipliés, etc. Deux ponctions avaient été pratiquées à quelques semaines d'intervalle et avaient momentanément amené un peu d'amélioration; mais la suffocation avait bientôt reparu, et la mort paraissait inévitable si l'on ne recourait pas à des procédés plus efficaces.

M. Sédillot, dans la prévision d'un traitement très long, en raison de l'ancienneté de la maladie et de la persistance du cœur à droite à la suite des premières ponctions, jugea convenable de perforer une côte afin d'obtenir une voie d'écoulement permanente, sans ulcération progressive et sans douleur, et ayant fait construire une sorte de vrille et une canule d'argent à ailes de même diamètre, il procéda, le 2 décembre 1854, à l'opération. Une incision oblique de haut en bas et d'arrière en avant fut faite sur le milieu de la dixième côte, à égale distance du sternum et du rachis. La surface osseuse mise à nu fut immédiatement perforée, et la vrille remplacée par la canule, dont les ailes fenêtrées servirent à passer des rubans circulaires et contentifs. On laissa écouler deux litres de pus verdâtre, bien lié et sans odeur, et on ferma l'instrument avec un foret. Le malade se trouva un peu soulagé, mais le cœur ne changea pas de position. Ces phénomènes s'expliquaient par l'épaisseur des adhérences, dont la résistance empêchait les viscères déplacés de reprendre leur situation normale; le pus évacué matin et soir, et arrêté au moment où le jet en devenait moins fort, afin de prévenir une trop grande diminution de tension, prit de la fétidité au bout de quelques jours, et cette altération se reproduisit très fréquemment pendant le traitement. On combattit cet accident par des injections de teinture d'iode mélangée de moitié eau avec addition d'un douzième d'iodure potassique. On eut aussi recours à un moyen très utile pour arriver aux mêmes résultats avec une moindre consommation de teinture iodée : on enlevait un ou deux litres de pus, que l'on remplaçait par une infusion aromatique; on renouvelait plusieurs fois l'écoulement et ensuite l'injection, et la grande cavité de l'épanchement, dans laquelle on pouvait introduire une sonde de poitrine de 2 décimètres de longueur, se trouvait remplie du liquide de l'injection mêlé à une assez faible quantité de pus. La fétidité diminuait ainsi beaucoup, et quelques grammes de teinture d'iode suffisaient pour la faire complétement disparaître. La canule fut remplacée au bout de quinze jours par une sonde de gomme élastique, dont la flexibilité gênait moins le malade dans le décubitus sur le côté affecté. Au bout de deux mois, on s'apercevait que les fausses membranes déposées dans l'intérieur du thorax autour de l'orifice costal formait soupape, et que le pus ne coulait plus spontanément après l'extraction de l'instrument. Ce fut un grand soulagement pour l'opéré, auquel on ne remit plus la sonde qu'une ou deux fois par jour, pour vider une partie de la collection. Il y eut à plusieurs reprises des accidents de bronchite, quelques indigestions, des douleurs lombaires et hépatiques excessivement vives; mais ces complications cédèrent chaque fois à des applications révulsives, à la diète et au repos.

A la fin du mois de mai, six mois après l'opération, le malade est encore loin d'être guéri, mais on ne saurait désespérer de son rétablissement : il se lève, se promène dans les cours de l'hôpital, mange avec beaucoup d'appétit lorsqu'il est exempt de ses douleurs lombaires et des accès de toux, et ne souffre nullement de sa fistule costale, dans laquelle on introduit chaque jour une sonde pour en retirer un demi-litre environ de pus, et y faire une injection aromatique ou iodée lorsqu'on constate de la putridité.

Le cœur est toujours déplacé à droite, et le poumon gauche n'a pas repris ses fonctions. Sous ce rapport, le pronostic est très défavorable; puisqu'on ne saurait compter sur ces organes pour la disparition de la grande cavité de l'épanchement. La nature n'est pas cependant restée spectatrice inactive de ces désordres, et elle a cherché à y remédier par une autre voie. La poitrine s'est affaissée, rétrécie et déformée d'une manière très remarquable. On en jugera par les chiffres suivants : nous avons vu qu'au moment de la térébration de la côte, la circonférence du thorax avait à gauche 3 centimètres de plus qu'à droite (48 contre 45). Aujourd'hui cette proportion est complétement changée : on ne compte plus que 44 centimètres au niveau du mamelon, et 37 au niveau de la dixième côte; ce qui constitue depuis six mois une diminution d'ampleur de près de 11 centimètres. Il se fait donc un travail lent, mais continuel, de rétrécissement de la cavité pleurale, par abaissement et rapprochement des côtes et par déviation du rachis. Ce rétrécissement sera-t-il porté assez loin pour permettre l'oblitération du sac pseudo-pleural? Nous n'hésiterions pas à répondre affirmativement si le malade était plus jeune et que sa croissance ne fût pas achevée; les chances sont beaucoup moins favorables sur un homme de vingt-neuf ans, mais ne sont pas néanmoins désespérées.

Dans sa septième conclusion (page 169), M. Sédillot dit n'avoir pas rencontré un seul exemple de réussite sur des vieillards. L'opéré le plus âgé avait quarante ans, et encore l'observation en a-t-elle été consignée dans un journal italien; tous les autres malades étaient de jeunes enfants, des adolescents et des adultes n'ayant pas dépassé en général leur trentième année. Ces faits démontrent l'importance capitale de l'âge, et méritent d'être rappelés.

Le point capital de notre observation est l'avantage remarquable de la perforation costale. Toute ponction ou incision des parties molles eût bientôt entraîné des ulcérations douloureuses et l'impossibilité absolue de prévenir l'écoulement incessant du pus, l'introduction de l'air dans la poitrine, l'inflammation du sac pleural, une fétidité inévitable, et une mort très probablement rapide par infection et extension inflammatoire aux organes voisins.

Dans le cas qui nous occupe, et dont nous avons rapporté les principaux détails, aucun accident réellement grave n'est survenu dans un intervalle de six mois, et cependant les conditions opératoires étaient fâcheuses, puisque la consistance, l'épaisseur et le degré d'organisation des fausses membranes empêchaient toute expansion pulmonaire et tout retour des organes déplacés, tels que le péricarde, à leur situation naturelle.

Nous n'hésitions pas à affirmer, et nous nous autorisons à cet égard de l'opinion de M. Sédillot, qu'aucun autre procédé d'empyème n'eût donné des résultats aussi favorables, et que cet exemple doit engager les praticiens à mieux comprendre les avantages de la térébration costale, et à y recourir avec confiance.

Nous compléterons plus tard cette observation.

MÉMOIRE

sur la paralysie du sentiment d'activité musculaire.

Par M. O. Landry, docteur en médecine, ex-interne lauréat des hôpitaux, etc.

L'espèce de paralysie sur laquelle je désire attirer l'attention était entièrement inconnue il y a peu de temps encore, et je crois être le premier qui l'ait signalée dans un mémoire sur les sensations tactiles publié en 1852 dans les *Archives générales de médecine* (nº de juillet et suivants) (1). Un fait de ce genre, il est vrai, a été rapporté dans le journal d'Hufeland, comme le fait remarquer M. Bellion; mais cette observation, trop incomplète et, d'ailleurs unique, n'ayant pas reçu de son auteur l'interprétation qu'elle méritе, était tombée dans le plus complet oubli.

Le sentiment d'*activité musculaire*, entrevu par Darwin, nettement indiqué par M. Gerdy et reconnu par tous les physiologistes contemporains, n'était admis que par induction, sans preuve expérimentale ou pathologique, lorsque je publiai en 1852 trois faits qui démontraient son origine et son rôle précis. Depuis, MM. Bellion et Duchenne (de Boulogne) ont rapporté des observations confirmatives, et j'ai eu moi-même l'occasion d'en recueillir deux nouvelles. Aujourd'hui il existe dans les annales de la science huit exemples de ce genre, sur lesquels cinq m'appartiennent. Avec ces matériaux, je vais essayer de faire connaître au point de vue pathologique ce que j'ai indiqué il y a trois ans au point de vue physiologique, et je ne doute pas, si j'ai le bonheur de fixer l'attention, que de nombreux éléments ne viennent bientôt s'ajouter à ceux que nous possédons.

Mais qu'on me permette d'abord de rappeler ici le côté physiologique de la question : dans le mémoire auquel j'ai fait allusion et dans une note publiée en avril 1853, j'ai démontré que la notion d'activité musculaire s'acquiert bien réellement par une sensation et non par une opération entièrement psychique; que cette sensation réside dans le muscle lui-même, c'est-à-dire qu'elle consiste en la perception par l'encéphale des modifications spéciales que les divers états des organes du mouvement impriment aux extrémités nerveuses qui s'y répandent; enfin qu'elle est essentiellement distincte des autres sensations tactiles primitives, car 1º elle peut être supprimée, ces dernières restant normales; 2º elle peut persister malgré l'abolition des sensations de contact, de douleur et de température. Ces conclusions, je le répète, ont été confirmées par l'excellente thèse de M. Bellion et par M. Duchenne. Aussi je crois avoir le droit de les considérer comme définitivement acquises à la physiologie exacte.

Chacun peut apprécier l'importance du rôle de cette sensation par laquelle nous acquérons l'idée précise de la quantité de contraction de chaque masse musculaire, de chaque muscle et même de chaque faisceau; et par conséquent celles de nos mouvements actifs ou passifs, de leur étendue, de leur énergie et de leur direction; celle de la position de nos membres; celles du poids, de la résistance, de la fluidité, de la solidité, et, en partie au moins, celles de la forme, du volume, etc.

Mais il y a plus, elle concourt à la coordination du mouvement en jouant le rôle d'un véritable dynamomètre entre l'encéphale et le muscle. Je m'explique : le mécanisme de la locomotion, si complexe en apparence, peut se réduire en dernière analyse à trois rouages principaux : un organe contractile, le muscle; un moteur, les faisceaux antérieurs de la moelle; un organe d'impulsion, les parties de l'encéphale dévolues à la volition. L'excitation volontaire partie de l'encéphale provoque l'émission de l'influx moteur sécrété par la moelle, et les cordons nerveux le transmettent au muscle, qui réagit à sa manière, c'est-à-dire en se contractant. De là le mouvement.

Mais la coordination du mouvement nécessite l'intervention d'un autre élément.

Le *moi* a directement conscience des phénomènes de la volition; il sait immédiatement qu'il y a eu incitation et à quelle partie du corps elle est destinée; quant à la quantité d'action nerveuse mise en jeu, quant aux résultats produits, il n'en est instruit que médiatement et peut les ignorer. En veut-on une preuve? Parmi mes malades, je l'ai cherchée quatre fois, quatre fois je l'ai trouvée, et dans l'observation troisième en particulier, avec des circonstances remarquables. On leur indiquait un but à atteindre avec l'un des pieds, et quand, après leur avoir permis de mesurer de la vue la distance à parcourir, on les engageait à la franchir les yeux fermés, ils dépassaient le but ou restaient en deçà sans en avoir conscience; souvent même, après avoir imprimé au membre le mouvement nécessaire, ils ne pouvaient dire s'il était ou non exécuté. Mieux encore : lorsque M. X... (obs. III), ayant la volonté de faire un mouvement, je l'en empêchais, il croyait l'avoir exécuté et attribuait aux parties la position qu'il avait eu l'intention de leur donner.

L'acte psycho-physique qui provoque la contraction musculaire ne peut donc fournir à la conscience que l'idée de la volition et non celle de l'exécution; en outre, si le *sensorium* a connaissance de la mise en activité des facultés excito-motrices, il ignore la quantité d'action nerveuse déployée. Il faut que l'effet de la détermination centrale (la contraction) se soit produit pour que l'encéphale le perçoive, et alors il en perçoit en même temps le siége et la quantité. Il acquiert ainsi des notions précises sur le résultat de l'impulsion cérébro-rachidienne, le contrôle et le rectifie, s'il y a lieu. Cesse-t-il, au contraire, d'apprécier les divers états des muscles, comme dans les cas auxquels je fais allusion, il cesse en même temps d'apprécier tous les phénomènes qui en dépendent, l'étendue, la direction et l'énergie des mouvements, la pesanteur et la résistance; ne juge plus ou juge mal la puissance de l'excitation motrice, et dès lors devient inhabile à la régulariser; ne peut plus calculer ou calcule mal la force qu'il est appelé à mettre en jeu pour résister, soulever, vaincre le poids des membres ou entretenir dans les muscles antagonistes cet état d'égale contraction tonique indispensable au maintien de l'équilibre. La sensation d'activité musculaire chargée de transmettre à la conscience, outre les besoins et les impressions des muscles, la mesure de leurs actions, de surveiller les effets de la volition, remplit donc réellement le rôle de dynamomètre à l'égard de l'influence nerveuse; elle préside, par conséquent, à la coordination des mouvements et constitue une des conditions essentielles de la statique animale.

Ainsi, deux puissances, un organe et un appareil régulateur, voilà le mécanisme fondamental de la locomotion, tel qu'il doit exister chez tous les êtres doués de mouvements volontaires : une puissance incitante, l'encéphale; une puissance motrice, la moelle; un organe, le muscle; un appareil régulateur, la sensation spéciale qui permet à la conscience de contrôler les effets des deux puissances.

Eh bien! la faculté de se mouvoir peut être altérée dans l'un ou l'autre de ces divers rouages. L'hémiplégie par apoplexie cérébrale, la paraplégie par lésion de la moelle, les paralysies chlorotiques ou anémiques qui consistent en une altération de la contractilité, enfin la maladie que je vais décrire fournissent la quadruple preuve de cette proposition.

Obs. I. — X... (Alphonse), âgé de quarante-quatre ans, employé du commerce, est entré à l'hôpital Beaujon le 12 juillet 1851 (salle Saint-François, nº 12).

Résumé. — Du côté des parents, aucune affection analogue à l'état actuel du malade. Vers l'âge de dix-huit ans, gonorrhée et chancres sans accidents consécutifs appréciables; excès vénériens habituels; hémorrhoïdes pendant plusieurs années avec écoulement de sang considérable. Depuis 1848, privations, chagrins, travail intellectuel opiniâtre, insomnies forcées.

En avril 1851 se manifestèrent des engourdissements et un peu de faiblesse dans les articulations tibio-tarsiennes, accidents que le malade avait déjà éprouvés d'une manière passagère au commencement de l'année 1850. Cette fois la faiblesse se propagea aux parties supérieures des membres et à la vessie; puis les doigts s'engourdirent à leur tour, et les fonctions des mains furent altérées. La paralysie ne cessa de faire des progrès, malgré divers traitements; et au milieu de juin, la marche devenant impossible, le malade entra à l'hôpital, où l'état suivant fut constaté.

La marche et la station debout sont également impossibles. Quand il essaye de se tenir debout, ses jambes ne fléchissent pas sous lui, mais il vacille et, ne pouvant prendre l'équilibre, il tomberait d'un côté ou de l'autre s'il ne s'accrochait avec les mains. Quand on cherche à le faire marcher, dès qu'il ne voit plus ses pieds, il ne sait où il les pose et ne peut mesurer leurs mouvements; au contraire, quand il les regarde, il les place assez facilement où il veut. Tous les mouvements des membres inférieurs, même ceux des orteils, s'exécutent, en effet, volontairement et même avec une énergie surprenante; seulement ils sont brusques, inégaux et manquent de mesure. Si, lorsqu'il est couché sur le dos, on l'invite à soulever l'un de ces membres, il le fait sans effort apparent et le soutient en l'air sans difficulté, comme pourrait le faire une personne saine, à cette différence près qu'il est agité d'oscillations. Si, l'engageant à résister, j'essaye d'abaisser ce membre ou de plier le genou ou le pied, je n'y puis parvenir, tant la contraction musculaire est vigoureuse, contrairement à ce que l'on pourrait croire en voyant le désordre de la marche. De même, quand il en est averti, il supporte sur la face antérieure de la jambe un poids très lourd, sans que le genou fléchisse; mais il n'apprécie ni l'énergie de mon effort, ni la valeur du poids. Toutefois il faut d'abord le prévenir de ce que je vais faire, car si je le surprends le membre fléchit, et il n'a conscience ni de ce mouvement, ni de l'effort que j'ai déployé, ni de la pression d'un poids considérable (15 kilogr.)

On peut soulever l'un de ses membres inférieurs, l'incliner en divers sens, l'élever ou l'abaisser soit en partie, soit en totalité, sans qu'il ait conscience de ces mouvements passifs. Etant couché, je lui indique des points où je lui ordonne de porter le pied. Il y arrive avec la plus grande précision en regardant; au contraire, s'il cesse de voir aller sa jambe, le mouvement qu'il fait est bien dans le même sens, mais tellement démesuré qu'il dépasse de fort loin le but proposé, et le malade dit fort bien qu'il n'a aucune idée de l'ampleur du mouvement exécuté; souvent même il ne saurait dire si le pied a changé de place. L'électricité détermine dans tous les muscles de fortes contractions. Il a le sentiment de la douleur électrique cutanée et musculaire (crampe); mais non celui de la contraction musculaire; il ne se doute nullement des mouvements étendus et énergiques que l'électricité communique à son pied dans tous les sens. Les deux membres inférieurs sont très engourdis, et le pied gauche surtout est le siége de fourmillements pénibles.

La pression des mains est molle, et le malade éprouve de l'engourdissement dans les doigts; mais tous les mouvements de ces appendices, même les plus délicats, s'exécutent isolément avec facilité. Cependant X... ne peut écrire; il dirige mal sa plume, et les lettres sont mal formées.

Quand il veut uriner, il est obligé de faire de longs efforts avant d'y parvenir; d'ailleurs le jet est volumineux et plein, mais sans force. Malgré un état de constipation habituelle, la défécation est normale. La sensibilité n'est altérée que dans les membres inférieurs.

Au moment de l'entrée du malade à l'hôpital, les sensations de douleur sont seules abolies, et on peut le piquer ou le pincer sans déterminer de souffrance. Les sensations de contact sont conservées, mais un peu obtuses. Dans tous ces points le malade apprécie très bien les températures. Plus tard les sensations de contact et de température sont à leur tour abolies complétement, et cette insensibilité, qui s'est propagée graduellement des orteils aux parties supérieures des membres, reste toujours d'autant plus considérable qu'on s'éloigne davantage de la racine des membres.

Aucun trouble du côté des autres sens; facultés intellectuelles développées. Pas de céphalalgie ni de vertiges, excepté quand le malade, étant debout, vient à fermer les yeux. Pas de douleur spontanée ou développée par la pression le long des apophyses épineuses; pas de constriction autour de la base du thorax.

Traitement. — 4 pilules de Vallet chaque jour; onctions avec la pommade au sulfate de strychnine (1 gramme pour 60 grammes d'axonge); électricité tous les trois jours. Trois portions.

10 *avril* 1853. Le même traitement a été continué avec persistance, et en avril 1852 une amélioration notable s'était produite : les mains étaient revenues à l'état physiologique; sur toute la superficie des membres inférieurs les sensations de contact, de douleur et de température avaient complétement reparu; mais tous les symptômes du côté du système musculaire persistaient encore, quoique amendés. En même temps l'état général avait subi le plus heureux changement. Après sept mois de séjour dans sa famille, où il ne fit d'autre traitement que de s'astreindre à une bonne hygiène, il est rentré à l'hôpital le 15 novembre 1852, marchant seul au moyen d'une canne, mais présentant encore la plupart des symptômes signalés plus haut. Le même traitement a été repris, et l'amélioration a continué à se produire. Il quitte aujourd'hui l'hôpital dans un état incomparablement meilleur que celui où il se trouvait au moment de sa première entrée, puisqu'il se tient debout et marche. Toutefois, entre son état actuel et la guérison il y a encore bien loin, car l'irrégularité de la marche est toujours considérable.

NOTE SUR LA CONTAGION DU MUGUET

CHEZ LES ENFANTS NOUVEAU-NÉS.

Par M. le docteur Seux, médecin en chef de l'hospice de la Charité de Marseille.

La question de la contagion du muguet est fort difficile à traiter, parce que, d'une part, si l'on observe cette maladie dans les hôpitaux, il est impossible de séparer la part qu'a positivement l'influence du lieu de celle que peut avoir l'influence des enfants malades sur ceux qui ne le sont pas encore; d'autre part, si l'on observe dans la pratique privée, on n'a sous les yeux que des enfants isolés, séparés les uns des autres. Il est donc réellement difficile de traiter à fond cette question. Guersant et M. Blache, dans le *Dictionnaire en 25 volumes*, article Muguet, disent : « Du

(1) Dans son ouvrage sur l'électrisation localisée (1855), M. Duchenne (de Boulogne) ayant aussi indiqué les principaux symptômes de cette affection sans faire mention ni de la thèse de M. Bellion (1853), ni de mes recherches (1852), on lui a naturellement attribué la priorité. Les dates que je cite suffiront, je pense, pour trancher toute discussion s'il pouvait s'en élever.

reste il ne paraît pas contagieux; dans cet hôpital (Enfants trouvés), où tous les orphelins réunis dans les mêmes salles boivent souvent dans les mêmes vases, on ne remarque point qu'il se communique de l'un à l'autre. Dugès prétend que le mal se propage aisément d'un enfant malade à un enfant bien portant s'ils tettent la même nourrice. Mais les faits observés par nous, ceux de M. Baron, ceux que Billard et M. Valleix ont mentionnés, sont contraires à cette assertion. » Auvity, Doublet, Gardien croyaient à la contagion du muguet, Sluiter cite Frank, Wendt, Leutin, Burus et M. Andral comme ayant noté qu'il est transmissible d'un individu à l'autre (1). M. Bouchut pense que le muguet se transmet par contact direct comme certaines affections cutanées, la gale ou la teigne, par exemple (2). M. Trousseau et Delpech sont aussi disposés à croire que cette affection est transmissible par contagion directe (3). Pour que j'explique toute ma pensée au sujet de la contagion du muguet, quelques développements me paraissent indispensables.

Il ne peut y avoir que deux espèces de contagion : ou bien une maladie se communique au moyen de l'air ambiant, c'est l'infection miasmatique, ou bien par le contact direct, c'est la contagion immédiate, la véritable contagion.

Rien ne prouve que le muguet se propage au moyen de la première voie ; il est constamment entretenu dans les salles d'un hôpital, parce qu'il y existe des causes permanentes d'insalubrité. La réunion d'un grand nombre d'individus dans le même lieu suffit pour le faire naître, en modifiant leur organisation ; mais si un de ces individus atteint de muguet est transporté dans un lieu salubre, à la campagne, par exemple, à côté d'enfants de son âge, sa présence ne fait pas naître le muguet chez ses petits voisins. De pareils faits n'ont jamais été signalés à l'administration des hôpitaux de Marseille, qui envoie ses enfants trouvés en nourrice dans divers villages des départements voisins. Les médecins de ces localités n'ont jamais vu le muguet qu'à l'état sporadique. Les médecins inspecteurs des enfants trouvés, dans trente-trois cantons, ont répondu à mes demandes que jamais ils n'avaient vu le muguet se propager lorsqu'un enfant leur arrivait atteint de la maladie. Or, si cette affection se propageait en faisant de chaque individu un véritable foyer d'infection, elle se communiquerait dans les circonstances que je viens d'indiquer. Le muguet ne se propage donc pas par infection miasmatique.

Se communique-t-il par le contact direct ? La preuve la plus évidente de cette communication du muguet serait la transmission de la maladie de l'enfant à la nourrice.

Des médecins dignes de la plus grande confiance disent avoir été témoins de ce fait. M. Bretonneau a vu plusieurs fois le mamelon de la nourrice recouvert d'une exsudation semblable à celle de la bouche de l'enfant ; MM. Bouchut et Rayer ont cité des cas de transmission du muguet de l'enfant à la nourrice, et M. Empis a constaté également le même fait; Baum a constaté à l'aide du microscope la nature végétale du produit transmis par un enfant atteint de muguet au mamelon de sa nourrice (4).

Pour moi, depuis plusieurs années, je me tiens pour ainsi dire à la piste de cette transmission. J'ai observé avec persévérance et régularité dans leurs rapports avec les nourrices plus de seize cents enfants atteints de muguet, jamais je ne l'ai vu se développer sur le sein de ces femmes ; elles ont souvent eu sur le mamelon des excoriations, des ulcérations, quelquefois de petites plaques pelliculaires blanches appelées vulgairement *mal fou*, mais jamais un véritable muguet. En effet, examinées au microscope par M. Derbès, professeur d'histoire naturelle à la Faculté des sciences de Marseille, et par moi, ces pellicules nous ont paru constituées par des filaments tout à fait semblables à ceux que M. Ch. Robin considère comme appartenant à l'algue filiforme de la bouche (*leptothrix buccalis*) et dont il donne le dessin pl. I, fig. 2 de son *Atlas de l'histoire naturelle des végétaux parasites*. Or telle n'est pas la constitution intime du muguet. Mon expérience personnelle ne m'a donc pas prouvé que le muguet pût se transmettre de la bouche de l'enfant au sein de la nourrice. Mais le mamelon de la nourrice, sans être atteint de muguet, ne pourrait-il pas lui servir de véhicule de la bouche d'un enfant malade à celle d'un enfant bien portant? Dugès croyait à la possibilité du fait, et il disait en avoir fait la triste expérience sur l'un de ses enfants. M. Bretonneau assure avoir vu une femme dont un nourrisson avait le muguet transmettre à un autre nourrisson la maladie du premier. Hænerkopf a vu un enfant allaité par une femme dont un autre nourrisson était affecté de muguet être pris de cette affection (5). Un fait semblable aux précédents m'a été raconté par M. Roux, inspecteur des établissements de bienfaisance du département des Bouches-du-Rhône, qui le tenait de M. le docteur Rocanus, d'Apt (Vaucluse). Une nourrice, après avoir fait teter provisoirement et pendant quelques jours un enfant atteint de muguet, a vu le nourrisson qui lui fut confié ensuite pris à son tour de cette maladie. Ce fait a d'autant plus d'importance à mes yeux, qu'il s'est passé à la campagne, en dehors de tout foyer de muguet.

L'expérience semble donc prouver que le muguet peut se communiquer d'un enfant à l'autre par le mamelon de la nourrice, sain en apparence. Je suis d'autant plus porté à croire à cette voie de propagation que la théorie est tout à fait d'accord avec la pratique sur ce point. En effet, dans l'état actuel de nos connaissances, il serait tout à fait illogique de ne pas croire que les semences du végétal qui constitue le muguet ne pussent pas être transportées au moyen du mamelon de la nourrice ou de tout autre corps, un biberon surtout, de la bouche d'un enfant dans celle d'un autre. Il serait tout aussi illogique de ne pas admettre que, lorsque ces semences trouvent la bouche de l'enfant dans certaines conditions, elles ne pussent pas germer et prospérer comme le grain dans une terre préparée à le recevoir. La raison ne se refuse pas non plus à laisser croire que le mamelon de la nourrice puisse dans ses nombreux replis recéler quantité de spores microscopiques pris dans la bouche d'un enfant malade sans que l'œil puisse s'en apercevoir, par conséquent sans maladie pour le sein de la femme.

La pratique et la théorie font donc penser que le muguet peut se transmettre d'un enfant à un autre au moyen d'un corps intermédiaire. Dès le moment que cette voie de communication indirecte peut être suivie, il est évident qu'à plus forte raison le contact direct peut faire naître la maladie.

Sans doute de nouvelles recherches faites loin des lieux où le muguet est endémique sont nécessaires; toutefois, je crois pouvoir dès aujourd'hui conclure de ce qui précède qu'assurément le muguet ne se communique pas au moyen de l'air dans lequel se trouvent les malades, mais qu'il peut se communiquer par le contact, soit médiat, soit immédiat.

(1) Ch. Robin, p. 510 de son *Histoire naturelle des végétaux parasites*, 2e édition.

(2) *Traité pratique des maladies des nouveau-nés*, 2e édition.

(3) *Journal de médecine*, janvier 1845, *Du muguet chez les enfants à la mamelle.*

(4) Ch. Robin, p. 510, *loco citato*.

(5) Ch. Robin, p. 510, *loco citato*.

SUR LA GUÉRISON IMMÉDIATE
des rétrécissements du canal de l'urètre,

Par M. Le Roy-d'Étiolles.

Dans la communication qu'il a faite à l'Académie sur la guérison immédiate des rétrécissements de l'urètre par incision, M. Maisonneuve n'a pas dit un mot des travaux antérieurs relatifs au même sujet ; je prie l'Académie de me permettre de remplir cette lacune, car il est juste et utile de dire quel a été l'enchaînement des idées pour savoir en quoi consiste le perfectionnement, s'il existe en réalité.

Fendre d'avant en arrière le rétrécissement en guidant la lame par un stylet précédé d'une petite bougie de gomme, agrandir l'incision d'arrière en avant au moyen d'un second instrument, tel est le procédé proposé par M. Maisonneuve. Ce qui constitue la nouveauté et le progrès dans cette manière d'agir, l'histoire va nous le dire.

Le scarificateur et l'avivement d'avant en arrière sans conducteur sont décrits dans les ouvrages d'Ambroise Paré et d'Alphonse Ferry.

La ponction, ou transpercement d'un rétrécissement sans conducteur, fut pratiquée par Mayerne sur Henri IV.

Une tige mince, conductrice des lames, mobile avec elles, fut adaptée au scarificateur par Physik (de Philadelphie).

M. Amussat a rendu cette tige indépendante des lames qui glissent sur elle et fendent le rétrécissement dans lequel on l'avait préalablement engagée.

M. Ricord a creusé cette tige conductrice en forme de sonde cannelée.

M. Raybard et moi avons adapté à l'extrémité du conducteur métallique à rainure une bougie de gomme qui s'insinue dans l'obstacle. (Lequel de nous a la priorité de cette addition; je n'ai pas le temps de le vérifier; ma publication date de 1832; mais peu importe, passons.)

M. Stafford et M. Bonnet (de Lyon) ont donné au conducteur flexible assez de longueur pour le faire arriver jusqu'à la vessie.

Le premier temps de l'opération proposée et pratiquée par M. Maisonneuve n'a donc rien de nouveau. Voyons le second.

Inciser largement et profondément le rétrécissement avec une lame qui coupe d'arrière en avant.

C'est le procédé de M. Raybard que l'Académie de médecine a jugé digne du prix d'Argenteuil. Pour pratiquer cette incision, M. Maisonneuve ne se sert pas, il est vrai, de l'instrument de M. Raybard, mais du lithotome caché du frère Côme, dont il a un peu augmenté la courbure. Cette substitution est-elle heureuse? Je ne le pense pas; je crois même tout le contraire. Le lithotome coupe par un mouvement de totalité de l'instrument, d'où résulte un frottement général, un tiraillement de l'urètre et un plissement de ses parois, qui se trouvent occupées là où elles ne devraient pas l'être. Dans l'inciseur Raybard, la tige formant gaîne reste fixe, la lame seule est mobile et saillante par un mécanisme que je me plais à déclarer très ingénieux. Il en résulte que la section du rétrécissement se pratique avec plus de netteté et de précision qu'avec les instruments du frère Côme, de M. Maisonneuve, etc.

Je demande la permission de rappeler à cette occasion que le premier, je crois, j'ai fait exécuter et appliqué un scarificateur agissant d'arrière en avant par une lame glissant dans une rainure, la gaîne restant immobile. Il date de 1832. Ce n'était qu'un point de départ, et je n'ai pas, en rappelant ce souvenir historique, la pensée de revendiquer le mécanisme, et encore moins le principe des incisions longues et profondes de M. Raybard, qui lui appartient bien en propre, car la lame de mon scarificateur urétral, qui était aussi pourvu d'une bougie conductrice en gomme, ne devait pas dépasser les parois de l'urètre.

Sans adopter le système des longues et profondes incisions de M. Raybard, sur la valeur desquelles je ne suis pas encore fixé, malgré la solennelle approbation de l'Académie de médecine, j'ai modifié l'instrument de ce chirurgien de manière à lui faire produire tous les effets que M. Maisonneuve se propose d'obtenir avec deux instruments, c'est-à-dire fendre d'avant en arrière l'obstacle, dans lequel est introduit un conducteur, puis agrandir l'incision d'arrière en avant. Cette combinaison existe dans l'instrument que j'ai nommé à triple effet, et que j'ai représenté dans l'exposé de mes titres scientifiques, planche XLIV.

Avant de terminer, je demande la permission de dire quelques mots au sujet de la locution *guérison immédiate*, dont quelques personnes font un étrange abus. Un malade dont on fend les rétrécissements n'est pas guéri pour cela; il a une plaie de l'urètre dont il faut obtenir la cicatrisation sans infiltration d'urine et sans rétrécissement secondaire, de même qu'un calculeux n'est pas guéri parce que l'on vient de lui pratiquer l'opération de la taille. Celui-ci est guéri de la pierre, mais non des conséquences de l'opération qu'il vient de subir.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 5 juin 1855. — Présidence de M. Jobert (de Lamballe).

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

Épidémies. — 1° Un rapport de M. Armieux, médecin militaire à Calvi, sur le choléra de 1854. (Commission du choléra.)

2° Un rapport de M. Pousier, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Marvejols (Lozère), sur une épidémie de suette miliaire qui a régné dans cet arrondissement.

3° Un rapport de M. le docteur Barbot, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Mende (Lozère), au sujet d'une épidémie de fièvre typhoïde dont la commune d'Altier a été atteinte de juin 1854 en mars dernier. (Commission des épidémies.)

Vaccine. — 4° Une lettre de M. Lasnon, médecin à Alvimare (Seine-Inférieure), sur un procédé de conservation du vaccin. (Commission de vaccine.)

5° Plusieurs états de vaccinations pour l'année 1854. (Même commission.)

Eaux minérales. — 6° Une demande en autorisation d'exploiter une fabrication d'eaux minérales à Lyon. (Commission des eaux minérales.)

7° Des rapports de M. le docteur Izarié, médecin inspecteur des Eaux-Chaudes (Basses-Pyrénées), sur le service médical de cet établissement en 1853;

De M. le docteur Auzouy, sur le service médical des eaux de Cransac;

De M. le docteur Lebret, sur le service médical des eaux minérales de Balaruc;

De M. le docteur Penissat, sur le service médical des eaux minérales de Châteauneuf (Puy-de-Dôme);

De M. le docteur Barrié, sur le service médical des eaux de Bagnères-de-Luchon (Haute-Garonne);

De M. le docteur Privat, sur les eaux minérales de La Malou (Hérault) pour la même année. (Même commission.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

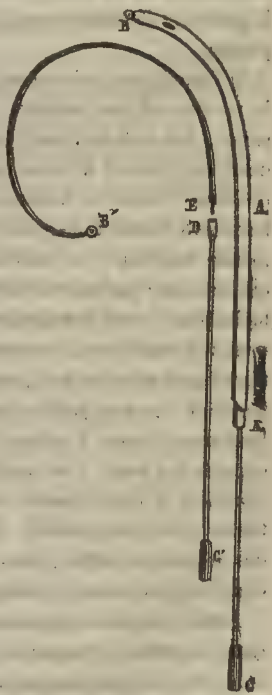
Traitement des rétrécissements de l'urètre. — M. Le Roy-d'Etiolles, à l'occasion d'une communication de M. Maisonneuve sur la guérison immédiate des rétrécissements du canal de l'urètre, adresse un travail sur le même sujet. (Voir ci-dessus.)

Rapports du choléra et des maladies des végétaux. — M. Orange, médecin à Sainte-Eugénie (Algérie), adresse une note ainsi intitulée *De la disparition du choléra dépend la guérison de la maladie de la vigne et de la pomme de terre.* L'auteur annonce la découverte d'un agent chimique propre à faire disparaître le choléra et ses analogues. (Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

Chaux remède du choléra. — M. Aloyse Pasquali adresse une note sur la chaux comme remède curatif du choléra asiatique. (Même commission.)

Vaccine. — M. le docteur Thore fils, médecin à Sceaux, envoie un mémoire intitulé *Etudes statistiques et cliniques sur la vaccine et la variole.* (Commission de vaccine.)

Instrument remplaçant la sonde de Belloc. — M. Mathieu soumet à l'examen de l'Académie un petit appareil qui permet de supprimer la sonde de Belloc et de la remplacer avec le bout de la sonde brisée dite d'homme et de femme, que chaque chirurgien possède dans sa trousse. Pour y parvenir, il a pratiqué à l'extrémité vésicale du bout de la sonde d'homme un très petit trou qui permet le passage à un fil muni, à l'une de ses extrémités, d'une petite boule percée d'un trou B, et à l'autre d'un pas de vis E, qui s'ajuste avec un simple stylet D C. Ces deux petites pièces peuvent prendre place avec les stylets dans la trousse ou dans l'une de ses poches, de manière que lorsqu'on a besoin de la sonde de Belloc on monte instantanément le fil flexible sur le bout de la sonde d'homme A A, on fixe le stylet à la partie correspondante et l'on a une vraie sonde de Belloc sans en avoir fait la dépense et sans en avoir l'embarras. Ce petit mécanisme peut s'appliquer à toutes les sondes de trousse.



Typhus et fièvre typhoïde. — M. Félix Jacquot adresse, de Constantinople, une note additionnelle à la lettre qu'il a communiquée à l'Aca-

démie dans la dernière séance sur la non-identité anatomique du typhus et de la fièvre typhoïde. Cette note est relative à une autopsie faite sur un sujet atteint de typhus, chez lequel on a trouvé dans chacune des veines iliaques primitives un cordon fibrineux mesurant près de 40 centimètres de longueur, d'une grande solidité, et formant comme une sorte de produit nouveau plus ou moins bien organisé. Des caillots fibrineux à peu près semblables ont été trouvés dans les veines crurales. Partout ailleurs le sang était d'une extrême diffluence. Du reste, aucun signe de phlegmasie des parois veineuses, et point d'abcès métastatique dans les organes parenchymateux.

ÉLECTION.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre dans la section de médecine vétérinaire.

La liste des candidats porte en 1re ligne M. H. Bouley; 2° M. Reynal; 3° M. Goubaux; 4° M. Collin.

Le nombre des votants est de 72; majorité, 37.

M. H. Bouley obtient au 1er tour. . . . 56 voix.
M. Reynal. 16

En conséquence, M. H. Bouley est proclamé membre de l'Académie. Sa nomination sera soumise à l'approbation de l'Empereur.

DISCUSSION.

Du délire au point de vue anatomo-pathologique. — La parole est à M. Piorry pour la suite de la discussion sur ce sujet.

M. Piorry. La folie, ai-je dit, n'est pas une maladie toujours la même et qu'il faille constamment traiter de la même façon que les autres affections rangées dans les cadres nosographiques. En santé, la moindre circonstance fortuite, la plus légère cause toxique troublent parfois l'accomplissement des actes de l'intelligence, et depuis ce trouble en quelque sorte physiologique jusqu'à la manie furieuse avec ou sans fièvre, jusqu'à la démence à laquelle conduit celle-ci, il y a tous les degrés et toutes les formes psychiques que l'on puisse imaginer. Le cerveau souffre ou est modifié plus ou moins pathologiquement dans tous ces cas, et cela tantôt d'une manière primitive, tantôt d'une façon secondaire, consécutive, symptomatique; mais il n'en est pas moins, momentanément ou avec durée, altéré dans sa trame organique, bien que l'on ne puisse dire en quoi consiste cette modification.

Puisqu'il en est ainsi, on ne peut, dans l'état actuel de la science, fonder sur les lésions organiques de distinction tranchée entre les principales variétés de l'aliénation mentale, et l'on est réduit à les caractériser par les troubles fonctionnels appréciables.

Mais il faudrait bien se garder de croire que ces limitations arbitrairement et empiriquement créées entre les diverses espèces de folies soient nettement distinctes et séparées les unes des autres. Leurs caractères principaux sont, dans les cas extrêmes, assez positivement établis : le délire furieux du maniaque est tout à fait différent des troubles de la raison qui existent chez le monomane extatique, chez le fébricitant typhoïque ou chez le malheureux qui tombe dans la démence; mais entre ces cas si bien dessinés, il y a des variétés infinies, des degrés qui se touchent et se confondent. Il en est ici encore de la maladie comme de la santé. Chaque homme a une intelligence qui lui est propre et qui n'est pas le moins du monde semblable à celle de son voisin. Entre les divers caractères des hommes, il y a, comme dans la folie, mille nuances dans lesquelles se trouvent toutes les dispositions d'esprit possibles.

Les espèces d'aliénation mentale que l'on a admises sont nombreuses; et, comme il fallait bien s'y attendre, puisqu'elles sont établies sur des caractères de troubles fonctionnels non distincts les uns des autres, les auteurs n'ont point été d'accord sur les types qu'ils reconnaissaient; ils ont été désignés sous les noms de lypémanie ou mélancolie, d'aménomanie ou folie ambitieuse, de monomanie, de polymanie, etc.; mais comme le délire peut se rapporter à tous les penchants exagérés, à toutes les nuances de caractère portées à leurs dernières limites, il en résulte que l'on pourrait admettre autant d'espèces d'aliénation mentale que l'on pourrait compter de variations dans l'intelligence.

Ce qu'il est surtout utile de bien savoir, c'est qu'il ne faut pas confondre deux états bien différents : celui où la coordination des idées subsiste, et celui où il n'y a plus d'enchaînement dans les pensées, où elles se succèdent sans ordre. Les faits qui se rapportent à la première catégorie sont bien moins graves que ceux qui correspondent à la seconde : les premiers n'indiquent pas une atteinte profonde portée à l'organisation de l'appareil médiateur interposé entre l'âme et le monde extérieur; les seconds semblent révéler, au contraire, une sorte de destruction ou au moins une énorme atteinte portée à la structure de la partie de l'encéphale qui est liée de plus près au principe de toute pensée.

Si l'intelligence elle-même pouvait être altérée, si l'agent primitif de la vie pouvait être malade, il serait sans doute utile de faire des lésions, des maladies dont il serait le siége, la base d'une classification des folies; mais il n'en est pas ainsi : ce n'est pas le jugement lui-même qui dans l'aliénation mentale est compromis, ce sont les matériaux sur lesquels s'exerce le jugement qui ne sont pas en rapport exact avec le monde extérieur; ce sont les sensations actuelles qui font défaut, ou qui souvent, par suite de troubles organiques, donnent lieu à des hallucinations; c'est la mémoire qui fournit à l'esprit de l'aliéné des souvenirs fantastiques; ce sont des songes qui ont laissé après eux des traces profondes de leur passage, et dont la souvenance est prise pour la réalité; ce sont parfois encore des passions impétueuses qui ont profondément frappé l'organe médiateur interposé entre la pensée et les organes des sens; c'est un état morbide de ces organes tel que la rectification, la régularisation des idées de souvenir par les sensations actuelles n'est plus possible. Le jugement, s'exerçant alors non pas sur des réalités actuelles, mais bien sur des fantômes trompeurs, tombe dans les plus étranges conclusions.

Ainsi, puisque le jugement ne paraît pas en lui-même vicieux même dans la manie, puisque le principe qui nous anime ne peut être malade, ce n'est pas plus sur les modifications dont il n'est pas susceptible que sur les lésions anatomiques qu'il est possible de fonder des divisions dans la folie.

Toutefois cette manière de procéder présente peu d'inconvénients; mais, pourvu que l'on sache bien qu'il n'y a pas telles et telles maladies spéciales et nettement déterminées auxquelles on donne les noms de lypémanie, de mélancolie, d'aménomanie, de folie ambitieuse, de monomanie, de polymanie, etc.; pourvu que l'on se rappelle que tous les états physio-pathologiques ainsi désignés sont les exagérations de penchants, de goûts et d'idées qui existaient en santé, il faut encore bien savoir qu'un assez grand nombre de ces troubles intellectuels ont pour bases et pour points de départ de fausses sensations, des hallucinations qui ont laissé des traces organiques, mais inappréciables à nos sens, dans la mémoire d'où sont résultées des formes, des jugements et des actions qui semblent dépourvus de toute raison.

M. Belhomme a cependant cherché à établir sur les états organopathiques les variétés de la folie : j'avoue n'être pas aussi avancé que lui à cet égard.

Sans nier que l'on ne puisse arriver plus tard à prendre les lésions comme point de départ de l'étude pathologique, je ne puis encore que baser cette étude sur les troubles fonctionnels.

M. Guislain, proposant une nomenclature dont les principes et le mécanisme ont de l'analogie avec ceux de la mienne, bien qu'il ne soit pas toujours en communauté d'idées avec moi, admet une lupérophrénie ou esprit triste, une hypanphrénie ou manie, une paraphrénie ou esprit de travers, une hyperplexie ou extase, une hyperspasmie ou convulsion, une idiosynchésie (confusion dans les idées), une anacothrétie (incohérence dans ces mêmes idées), une noasthénie ou démence.

Je suis loin sans doute de m'élever contre ces tentatives de linguistique; mais elles n'ont pas pour but de détruire, comme la nomenclature organopathologique, les entités morbides; elles tendent à substituer seulement des mots grecs à d'autres mots grecs, et à quelques expressions françaises certains termes à racines helléniques peu connues, et l'on peut en conséquence se passer de ces mots nouveaux.

Ne pouvant pour distinguer les principales variétés de la folie remonter jusqu'aux états anatomiques en rapport avec elles; étant réduit ici à l'étude attentive des troubles fonctionnels, voici de quelle manière j'ai cherché à classer et à dénommer, sinon les variétés d'aliénations, du moins les divisions fondamentales :

1° J'ai employé le terme *psyche* pour désigner l'intelligence ou l'âme;

2° Celui de psychisme pour exprimer l'action régulière et en exercice de cette intelligence;

3° La désinence ie ou pathie pour indiquer les troubles pathologiques survenus dans cette action, et il m'a suffi de placer au-devant de ce terme psychisme ainsi composé les antécédents hyper, hypo, a et anomo pour désigner soit l'exaltation mentale, soit la diminution dans l'intelligence (démence), soit l'absence de raison ou l'idiotisme, soit enfin les troubles de l'intelligence auxquels on a donné le nom de manies.

J'ai du reste conservé ce mot de manie, ainsi que ses composés, parce que les appellations que j'y aurais mises à leur place ne leur auraient pas été préférables. Cette nomenclature est régulière, expressive et rentre assez heureusement dans le cadre général de l'onomapathologisme.

Dans tout ce qui précède, tout le monde me paraît être d'accord sur les idées vitalistes et organiques, et cependant il n'est pas de partie de la science où les doctrines dites vitalistes paraissent devoir être plus nettes et plus applicables; c'est que dans toutes les discussions qui ont eu lieu sur ces doctrines, il y a eu plutôt des disputes de mots, des blessures d'amour-propre, un défaut d'appréciation exacte des opinions d'autrui, que des dissidences sérieuses et des opinions opposées.

La conclusion logique de ce qui vient d'être dit est que M. Moreau a eu parfaitement raison de rapprocher le délire de la folie, de chercher dans les songes et dans les troubles intellectuels observés dans l'ivresse et le narcotisme l'image, le degré initial de l'aliénation mentale, et que c'est un blasphème de dire que l'anatomie et la physiologie pathologiques n'ont point éclairé l'histoire de la déraison humaine.

PRÉSENTATION.

Monstres doubles par fusion latérale dans toute leur étendue. — M. Depaul met sous les yeux de l'Académie le cadavre d'un enfant né à huit mois environ, qui a vécu quelques instants seulement et qui présente un exemple de monstruosité assez rare, comme espèce surtout.

C'est un monstre double appartenant à la classe des monomphaliens et qui doit être rangé dans les hémipages, avec cette particularité toutefois que la soudure latérale s'étend à la région sus et sous-ombilicale, confond les deux têtes beaucoup plus que cela n'a été observé dans les faits déjà connus et réduit l'extrémité inférieure à deux membres parfaitement conformés.

La longueur totale de ce monstre est de 0,41 c.; du sommet à l'ombilic, il a 0,22 c.; son poids est de 2,650 grammes.

Tête. — La portion crânienne manque de l'enveloppe osseuse et se trouve formée par une masse rougeâtre et molle composée par deux masses encéphaliques entourées par les membranes et séparées d'avant en arrière par un sillon assez profond, surtout dans ce dernier sens.

Faces. — Deux faces complétement soudées sur la ligne médiane jusqu'à la région frontale existent parfaitement complètes et d'une ressemblance parfaite. Elles sont un peu obliquement dirigées de haut en bas et de dehors en dedans, de telle sorte que les deux mentons convergent l'un vers l'autre et ne sont séparés que par un intervalle de 0,02 c.

Chaque visage a ses deux yeux, son nez et son orifice buccal parfaitement conformés.

De chaque côté existe une oreille régulière.

En avant et sur la ligne médiane, au niveau de l'œil droit de la face gauche et de l'œil gauche de la face droite, existe une petite excavation assez profonde d'où s'élève un prolongement cutané, aplati transversalement, qui est évidemment une oreille double formée par la fusion de l'oreille gauche de la face droite et de l'oreille droite de la face gauche.

Cou. — Le cou est très large et tellement court que les deux mentons touchent presque la partie supérieure du thorax. Les deux oreilles externes reposent de chaque côté sur l'épaule correspondante et sont pliées en deux.

Thorax. — Vu par sa face antérieure, il offre une conformation très régulière. Le diamètre transverse a cependant une étendue un peu plus considérable que ne le comporte le volume général de l'enfant. D'un acromion à l'autre, il y a 0,15 c.; au-dessous des mamelles, dans sa partie la plus large, il offre 0,11 c.

Un seul mamelon très petit existe de chaque côté.

En arrière existe une large gouttière verticale étendue depuis la masse encéphalique jusqu'au sacrum, dépourvu de peau et qui est remplacé par une membrane rougeâtre et transparente, et limitée de chaque côté par une série d'épines osseuses. La largeur de cette gouttière est de 0,04 c. La soudure des deux colonnes vertébrales paraît complète.

Parties génitales. — Ce monstre appartient au sexe mâle. Une verge et un scrotum très réguliers existent à leur place habituelle. Les testicules ne sont pas descendus dans les bourses.

L'anus est perforé et à sa place.

Les membres supérieurs, qui sont au nombre de deux, ainsi que les inférieurs, ne présentent aucun vice de conformation.

Le cordon ombilical est unique et normalement inséré.

M. Depaul a l'intention de faire l'anatomie complète de ce monstre et d'étudier avec soin les modifications imprimées aux divers systèmes par la fusion des deux individus.

— Il met également sous les yeux de l'Académie un petit fœtus de deux mois et demi, qui présente une monstruosité du même ordre que l'enfant dont il vient d'être question. Il en fera également connaître les détails importants qu'une dissection complète pourra lui faire observer.

— A quatre heures, l'Académie se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le ministre de la marine vient de prendre, à la date du 25 mai, une décision très favorable aux intérêts des chirurgiens auxiliaires attachés au service de son département.

L'ordonnance du 17 juillet 1835 avait réglé que nul ne serait admis à concourir pour le grade de chirurgien entretenu de 3e classe s'il était âgé de plus de vingt-trois ans. Par tolérance seulement, on accordait le bénéfice des concours qui s'ouvraient pendant la période entière de l'année dans laquelle le candidat avait atteint cet âge.

Dès à présent, tout chirurgien auxiliaire employé en cette qualité depuis trois mois au moins, et se trouvant en activité de service, pourra se présenter aux concours pendant les années 1855 et 1856, à la condition de n'avoir pas franchi l'âge de vingt-huit ans.

Il n'est pas nécessaire d'insister sur les avantages de cette mesure; elle est destinée à ouvrir une carrière pour beaucoup d'étudiants que la précédente limite d'âge écartait avec rigueur de l'admission définitive dans le corps des officiers de santé entretenus de la marine.

— On lit dans la *Gazette médicale de Strasbourg* :

« Les élèves internes de l'hôpital civil de Strasbourg ont décidé la création d'une bibliothèque annexée à la salle de garde. L'administration hospitalière, qui saisit toutes les occasions d'être utile aux étudiants en médecine, a fait placer une belle vitrine, dont les rayons vont se garnir d'ouvrages et de journaux de médecine.

» Nous sommes persuadé que les internes actuels ne seront pas abandonnés à leurs seuls efforts; leurs professeurs et leurs prédécesseurs, les anciens internes de Strasbourg, voudront tous concourir à la formation de ce salon de lecture; les uns pour encourager les élèves, les autres par reconnaissance pour l'établissement dans lequel ils ont fait les premiers pas dans la carrière. »

C'est une heureuse innovation que nous voudrions voir s'étendre dans les hôpitaux de Paris comme dans ceux des départements. Pour notre part, nous contribuerons avec plaisir à de pareilles créations, et nous ne doutons guère que la plupart des ouvrages que l'on publiera désormais ne soient offerts à ces utiles établissements, s'ils sont tenus avec l'ordre et le soin qu'ils réclament.

— Le docteur Mariano Delgràs vient de mourir à Madrid. M. Delgràs avait fondé en 1834 la première publication périodique qui ait paru en Espagne, *El Boletin de medicina, cirurgia y farmacia*. C'est ce journal qui a pris en 1852 le titre de *El Siglo medico*.

— Le nombre des docteurs en médecine domiciliés à Montpellier s'élève aujourd'hui à 102, et celui des officiers de santé ou dentistes est de 5, ce qui donne un total de *cent sept médecins* pour une population d'environ 45,000 âmes. En défalquant de ce nombre environ 30 docteurs en médecine qui ne sont pas compris au rôle des patentes, comme ne pratiquant pas, il reste encore un total de 77 médecins; c'est un peu plus d'un pour 600 habitants. Si les hommes de l'art font défaut dans quelques parties de l'empire, il faut bien avouer qu'ils surabondent à Montpellier. (*Revue thérap. du Midi.*)

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues à la Faculté de médecine par MM. :

Ferrier, né le 4 janvier 1828 à la Nouvelle-Orléans (Amérique); 1° *Opération nouvelle pratiquée par M. Nélaton pour les polypes fibreux de la base du crâne*; 2° *De la trachéotomie dans le cas de croup chez les enfants.*

Theyssier, né le 25 juin 1829 à Ussel (Corrèze); *Du traitement des avortements.*

Cartaya, né le 15 juillet 1828 à San-Pablo de Baïnoa (île de Cuba, Amérique); *Des vomissements incoercibles pendant la grossesse, de leur traitement au point de vue de l'avortement provoqué.*

Larivière, né le 6 novembre 1826 à Fontaine-au-Piré (Nord); *De l'influence des agents moraux et de leur mode d'action sur l'organisme.*

Boulay, né le 13 mars 1828 à Vibraye (Sarthe); *Des modes de propagation du choléra.*

Lagarrosse, né le 3 mars 1820 à Hontaux (Landes); *De la myélite.*

Toutes les thèses soutenues à la Faculté sont annoncées dans la *Gazette*; celles qui sont remises à notre bureau sont analysées dans un des numéros qui suit la remise.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 Un an. 30

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Sur les conditions anatomiques qui favorisent la transmission des sons de la racine des bronches à un point éloigné de la poitrine. — Pleurésie chronique avec épanchement ayant présenté les signes stéthoscopiques d'une caverne tuberculeuse.

Par une de ces circonstances toutes fortuites, très singulières, il vient de se passer presque simultanément, à l'Hôtel-Dieu, dans les deux services de clinique de M. Rostan et de M. Trousseau, deux faits qui, en toute autre circonstance, eussent certainement paru dignes de fixer l'attention, mais qui présentent aujourd'hui un intérêt tout particulier par le témoignage qu'ils apportent à l'appui de la proposition anatomo-pathologique que vient de formuler tout récemment M. le docteur E. Barthez. Nous voulons parler de la transmission des sons de la racine des bronches à un point éloigné de la poitrine, et des méprises graves qui peuvent en résulter dans le diagnostic. L'un des deux faits auxquels nous faisons allusion, celui qui a été observé dans le service de M. Rostan, est remarquable surtout par son analogie avec les deux observations que M. Barthez a citées à l'appui des conclusions de son mémoire.

Nous devons la communication de ce fait intéressant à M. de Beauvais, qui en a recueilli avec le plus grand soin tous les détails, tant ceux qui sont relatifs à l'histoire de la maladie et aux phénomènes stéthoscopiques constatés jour par jour pendant la vie que ceux qui ont été fournis par l'autopsie.

Nous reproduisons textuellement l'observation de M. de Beauvais et les réflexions dont il la fait suivre.

— Le 18 janvier 1855, Marie B..., âgée de trente ans, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Antoine, n° 6, dans le service de M. le professeur Rostan. C'est une femme d'une constitution nerveuse et lymphatique.

Habituellement d'une bonne santé, exempte de maladie antérieure, B... dit n'être souffrante que depuis un mois. Des accès de fièvre ayant une durée de quatre heures ont ouvert la scène de l'affection actuelle. Ces accès ont duré six jours, puis survinrent un point de côté sous le sein gauche, de la toux, de l'oppression, et une expectoration pénible et rare de matières muqueuses incolores. Aucun traitement sérieux ne fut pratiqué.

A son entrée, nous constatons un épanchement pleurétique occupant les deux tiers inférieurs de la cavité thoracique gauche. Une matité absolue dans toute cette étendue, si ce n'est dans toute la hauteur et le voisinage de la colonne vertébrale. En haut, sous la clavicule gauche, sonorité diminuée; quelques craquements dans les deux temps de la respiration. Le point de côté est affaibli, mais persiste encore.

A droite, le poumon résonne normalement à la percussion; en avant et en arrière, respiration puérile exagérée, supplémentaire; sous la clavicule l'inspiration est rude, l'expiration soufflante. Les espaces intercostaux du côté gauche sont dilatés; voix éteinte; absence de vibrations du côté gauche, à la partie inférieure; égophonie le long de la colonne vertébrale et au niveau de la crête de l'omoplate; oppression, orthopnée; accélération des mouvements respiratoires, accompagnée d'une contraction énergique des scalènes, de la dépression exagérée des creux sus-claviculaire et sus-sternal, de la tuméfaction des jugulaires; toux quinteuse, fréquente; expectoration de mucus opaque grisâtre, entouré de salive claire; faiblesse générale; expression de souffrance et d'anxiété; yeux caves et cerclés; pommettes colorées; teint d'un jaune terreux; peau chaude et sèche; amaigrissement sensible; diarrhée et coliques avec ténesme rectal. La rate est abaissée; le foie est volumineux. Aménorrhée depuis six semaines; pouls fréquent, petit.

Le cœur est repoussé à droite. Ses battements sont plus sensibles sous le sternum qu'à la région précordiale, dont la matité est absolue et se confond avec celle de l'épanchement. — Chiendent nitré; julep avec oxymel scillitique; vésicatoire sur le côté gauche; deux bouillons, deux potages.

Cet état persiste jusque vers le 2 février sans changement notable. A cette époque, de nouveaux frissons surviennent; le pouls s'élève; l'oppression, la toux augmentent; les crachats sont plus épais, jaunâtres, visqueux. Le facies s'altère profondément; subdélirium et céphalalgie. Le ventre se tuméfie, se ballonne, il est douloureux, diarrhée abondante. La partie inférieure des jambes s'infiltre. L'aménorrhée continue. Par l'auscultation et la percussion, on constate que l'épanchement est parvenu au niveau de la deuxième côte gauche. Il semble se produire des espèces de craquements sous la clavicule. L'égophonie est très sensible en arrière, le long de la colonne vertébrale, dans toute la hauteur. A droite, la respiration est ample, sonore, un peu rude sous la clavicule. — Huit ventouses scarifiées sur le côté gauche; apéritifs, eau de Contrexeville; deux bouillons, deux potages.

Le 18 février, l'infiltration des jambes monte jusqu'aux genoux; matité de la partie inférieure du ventre. La diarrhée résiste à l'administration du diascordium et des lavements de ratanhia et de laudanum. L'oppression est plus forte, la toux plus fréquente. Matité complète jusqu'au niveau de la deuxième côte gauche; audessus de ce point, une percussion profonde détermine un bruit de pot fêlé, notable surtout vers la partie interne de l'espace intercostal correspondant. A l'auscultation, on entend un véritable gargouillement caverneux et du retentissement de la voix. A droite, la poitrine est sonore et dilatée; quelques râles muqueux sousclaviculaires. — Même prescription. Douche de vapeur sur le côté.

Le 12 mars, l'amaigrissement a fait de grands progrès. Le visage exprime une profonde souffrance. La peau, ce miroir du sang, comme l'a dit avec bonheur M. Bayle, a pris une teinte mate, cireuse, qui révèle immédiatement aux yeux une cachexie très avancée par appauvrissement du sang. La main droite, l'avant-bras et le bras sont tuméfiés. Les membres inférieurs sont énormément distendus par l'infiltration depuis les pieds jusqu'aux hanches. La peau est lisse, brillante et d'un blanc de marbre.

Excoriations douloureuses au sacrum, météorisme du ventre et sensibilité dans la portion ombilicale. Une diarrhée abondante, de concert avec une fièvre hectique, à redoublement soir et matin, épuisent cette malade, dont les forces déclinent tous les jours. Insomnie, lipothymies. L'oppression est extrême. Matité absolue de toute la région thoracique gauche en avant, absence de bruit et de mouvements respiratoires. En arrière, on obtient une demi-sonorité; au niveau de la fosse sus-épineuse, on perçoit des râles pour ainsi dire caverneux et de l'égophonie. On retrouve celle-ci le long de la colonne vertébrale. — Un nouveau vésicatoire sous la clavicule.

Le 20, le marasme arrive à son comble. La voix s'éteint; la langue, les gencives se recouvrent de plaques de muguet. L'infiltration est générale et contraste avec la maigreur de la cage thoracique. A la percussion, on constate en haut et à gauche, depuis la première côte jusqu'à la troisième, une sonorité tympanique; à l'auscultation, on perçoit du gargouillement vers la partie interne de la clavicule et comme un souffle amphorique. On retrouve le même signe dans la fosse sous-épineuse, plus l'égophonie. A droite, respiration exagérée, râles muqueux sous la clavicule. L'expectoration diminue.

Le 23, cette femme succombe dans un épuisement impossible à décrire.

La marche de cette maladie, l'ensemble des phénomènes généraux, fièvre hectique, diarrhée persistante avec douleur et météorisme, amaigrissement rapide, les signes mêmes si étranges de l'auscultation, conduisirent M. le professeur Rostan et moi à penser qu'il s'agissait ici d'une pleurésie chronique compliquée de tubercules en voie de ramollissement sous la clavicule gauche. Partant la thoracentèse fut écartée du traitement; sans ce soupçon de diathèse, M. Rostan aurait conseillé la ponction du thorax, ainsi qu'il est dans l'usage de le faire en pareil cas.

Voici ce qu'a révélé l'autopsie :

Avant d'ouvrir le thorax, je percute avec soin, devant les élèves, la région thoracique antérieure gauche. Je constate une sonorité remarquable depuis la première côte jusqu'à la troisième. Je fais coucher et maintenir le cadavre sur le côté droit; la sonorité persiste. Je coupe les cartilages costaux gauches de bas en haut. Au moment où le couteau pénètre dans le thorax, un sifflement se fait entendre. Relevant de bas en haut la paroi thoracique, je découvre à gauche une vaste poche remplie d'un liquide blanchâtre, louche. Ce liquide est évacué par une incision pratiquée dans l'aisselle. La partie la plus déclive de cette collection est trouble, épaisse, floconneuse : c'est du véritable pus, sans odeur. Quand tout est évacué, on voit que les parois de ce kyste sont constituées par les deux feuillets de la plèvre gauche, écartés l'un de l'autre et recouverts d'une épaisse couche de fausses membranes jaunâtres, assez molles, que l'on détache facilement.

Au premier abord on ne voit pas le poumon, qui est refoulé, aplati le long de la colonne vertébrale et caché par les pseudomembranes. Si on le détache, on le trouve réduit sous forme d'un tissu laminé, condensé, ayant la couleur de la rate, large de 6 centimètres environ, et d'une épaisseur de 3 centimètres au plus. Ce tissu n'est plus crépitant, et donne la sensation d'un corps dense et charnu. Incisé dans plusieurs points de son étendue, il n'offre aucun produit anomal.

A droite, on voit dans le tiers inférieur de la cavité pleurale un épanchement de couleur citrine. Le poumon droit est pâle, décoloré, crépitant. Il présente çà et là quelques noyaux d'induration. A l'intérieur, ces noyaux sont constitués par un tissu plastique serré, blanchâtre.

Le larynx et les bronches sont à l'état normal.

Le médiastin est fortement repoussé à droite. Le péricarde se trouve sous le sternum; il contient une certaine quantité de liquide citrin. La pointe du cœur répond à l'épigastre. Cet organe est atrophié, revenu sur lui-même.

Le foie est très volumineux, et affecté de la dégénérescence graisseuse.

On avait donc affaire ici à une pleurésie subaiguë, qui de simple était devenue purulente, selon la règle, au bout d'un certain temps, mais que tous les signes trompeurs de la percussion et de l'auscultation : bruit hydroaérique, gargouillement, retentissement de la voix, etc., joints aux signes généraux : fièvre hectique, la complication du côté du ventre et du péritoine, le volume du foie, induisaient à qualifier comme pleurésie de nature tuberculeuse.

On comprend dès lors combien il est important de se rappeler, de se représenter exactement les conditions d'erreurs si faciles à commettre, dans les pleurésies surtout, simples ou non, à ce double point de vue de l'application rigoureuse des sens au diagnostic des maladies de poitrine, et de la qualification séméiologique légitime du siége et de la nature des bruits anomaux ou des sons rendus. C'est ce que vient de mettre si nettement en lumière et de formuler M. Barthez dans son remarquable mémoire, d'accord avec celui que M. Racle a publié sur le même sujet en 1849 (*Archives de médecine*), en nous prémunissant, sous forme d'aphorismes, contre ces espèces d'échos, ces faux bruits qui ne sont que l'expression des bruits de la racine des bronches transmis dans un point plus ou moins éloigné de la poitrine, sous l'influence de conditions anatomo-pathologiques favorables.

De l'orchite parenchymateuse. — Du débridement du testicule.

La plupart des lésions du testicule qu'on appelle orchite sont considérées par M. Vidal comme de simples congestions, des engorgements analogues à ceux qu'on observe à la mamelle et qu'on appelle *poil*. Selon ce chirurgien ces engorgements guérissent, même rapidement dans le plus grand nombre des cas, quelle que soit la médication employée. Il vaut mieux cependant soumettre les malades au repos, aux adoucissants et employer les topiques émollients. Ainsi, pour lui, point de chirurgie active *dans le plus grand nombre des cas*. Mais quand la véritable inflammation s'établit, alors le chirurgien doit intervenir *quelquefois*.

Tous les éléments de la glande génitale sont loin de présenter la même prise à l'inflammation; l'on sait, en effet, que l'épididyme est sa localisation la plus ordinaire : si autrefois l'on croyait tant à l'orchite, c'était faute de bien observer; le testicule sain, fréquemment englobé dans l'épididyme considérablement tuméfié, donnait lieu à ce volume énorme du côté affecté, qui a pu induire les chirurgiens en erreur. Toutefois, quoique rare, l'orchite existe tantôt d'emblée, dans la très grande majorité des cas succédant à une épididymite. Augmentation de volume du testicule, perte de souplesse, réaction fébrile parfois très intense, dans certains cas s'accompagnant même de délire, comme l'a présenté un malade couché au n° 15, salle 10, service de M. Vidal, tels sont les principaux symptômes que présente cette affection, auxquels il faut joindre surtout la douleur. Aiguë, lancinante, atroce, empêchant le sommeil, excitant les cris du malade, pouvant donner lieu même à des mouvements convulsifs, cette douleur, qui forme le caractère prédominant de l'envahissement de la substance testiculaire par l'inflammation, s'explique facilement par l'emprisonnement de l'organe dans une coque fibreuse résistante, l'albuginée, qui s'oppose à sa tuméfaction et produit un étranglement tout à fait comparable

à celui des panaris. Que fera alors un traitement uniquement calmant et antiphlogistique? Que feront les cataplasmes et les narcotiques?

Evidemment l'orchite parenchymateuse appelle le même traitement que le phlegmon des doigts : faire cesser l'étranglement, tel est précisément le but de l'incision imaginée par M. Vidal et à laquelle il a donné le nom de débridement.

Le chirurgien, armé d'une lancette, l'introduit dans les tissus de 1 centimètre et demi environ et va inciser la tunique albuginée dans une longueur de 1 centimètre; immédiatement, quelques heures au plus après l'opération, toute douleur disparaît; le malade, inquiet, agité, redevient calme; le testicule débridé se dilate à son aise, et au bout de peu de temps reprend sa souplesse normale; c'est qu'en effet le débridement n'est pas seulement sédatif, mais résolutif (peut-être à cause de la saignée locale qu'il détermine par la section de ces sortes de petits sinus veineux qui rampent à la face interne de la tunique fibreuse). Quoi qu'il en soit, promptement l'on voit survenir une disparition de la maladie, comme le prouve l'histoire des différents malades ayant subi l'opération.

Quatre malades, entrés dans les deux mois de mars et avril 1855 dans le service de M. Vidal, ont été pris d'orchite parenchymateuse et débridés.

Nous allons relater de leurs observations, dont nous devons la communication, ainsi que les réflexions qui précèdent, à M. Paul Boncour, interne du service, seulement ce qu'elles présentent d'intéressant pour le sujet qui nous occupe.

Le nommé V... (Henri), journalier, âgé de vingt-sept ans, couché au n° 20, salle 11, était entré le 29 mars 1855, pour une épididymite droite datant de quatre jours. La tumeur, traitée par le repos et les cataplasmes, persiste à peu près aussi douloureuse.

Le 2 avril, les douleurs prennent une nouvelle intensité; la moindre pression les exaspère. La peau est rouge, chaude, tendue; le testicule volumineux et très sensible, la tunique vaginale distendue par du liquide; pouls très fréquent. Voyant là le début de l'inflammation du parenchyme testiculaire, M. Vidal pratique le débridement. Un écoulement assez considérable d'une sérosité rougeâtre se manifeste. Vingt minutes après les douleurs spontanées ont disparu, la pression seule les réveille encore. La nuit se passe tranquillement.

Le 3, plus aucune douleur; le testicule n'est plus volumineux.

Le 5, il a repris tout à fait sa souplesse; l'épididyme seul reste tuméfié.

— F... (Nicolas), domestique, âgé de vingt-cinq ans, entré le 19 avril, était couché au n° 18, salle 10, pour une épididymite droite datant du 15 du même mois, et qui était traitée par le repos et les émollients.

Le 23, le testicule augmente de volume; des douleurs atroces s'y font sentir, s'accompagnant d'une violente réaction fébrile. M. Vidal pratique le débridement. Une demi-heure après, plus de douleur.

Le 26, le testicule a repris son volume normal et sa souplesse; l'épididyme présente à sa queue un noyau de la grosseur d'une noix. Au point où a été pratiquée la piqûre, il s'était fait un petit épanchement de sang et une adhérence de la peau. Tout a disparu.

— L... (Michel), palefrenier, vingt-sept ans, entré le 26 avril, salle 11, n° 15, atteint d'épididymite à droite depuis la veille de son entrée. Le 2 mai, sans cause connue, l'orchite parenchymateuse se déclare. Le débridement est pratiqué, et immédiatement les douleurs disparaissent. Une adhérence de la peau se forme, qui disparaît après quelques jours. Dès le 6 mai elle n'existe plus; le testicule est normal; l'épididyme reste volumineux, à sa queue surtout.

— V... (François), scieur de long, âgé de vingt-huit ans, couché au n° 17 de la salle 10, est pris, le 10 mars, d'épididymite à gauche.

Le 19, il entre à l'hôpital. — Cataplasmes, repos.

Le 21, une sorte de fluctuation fait croire à l'existence de liquide dans la tunique vaginale. Une ponction est pratiquée sans résultat. Les douleurs sont plus violentes, le malade ne dort pas. Le testicule se tuméfie, devient d'une sensibilité extrême; de la fièvre se manifeste.

Le 23, on débride. Cinq heures après plus de douleurs.

Le 25, plus de tuméfaction du testicule; l'épididyme est seul volumineux.

Le 31, les douleurs n'ont plus reparu; l'épididyme présente à sa queue un noyau d'induration de la grosseur d'une noisette.

Plusieurs objections ont été faites au débridement. Et d'abord quelques-uns ont nié son utilité, contestant la réalité de l'orchite, et prétendant que la douleur n'était que le résultat de la compression du testicule par du liquide épanché dans la tunique vaginale. Mais alors il devrait toujours y avoir du liquide; c'est ce qui n'a pas lieu. Ainsi, dans la deuxième observation, M. Vidal commence par vider la tunique vaginale, et cependant les douleurs persistent. Il attaque alors la tunique albuginée, et les douleurs cessent.

D'autres ont voulu voir dans le débridement une opération grave. Nous répondrons que depuis le 1er janvier de cette année dix malades ont été traités ainsi, et nous n'avons constaté aucun accident; tous les débridements ont été heureux.

Quant à l'avenir, on a prétendu que le débridement donnait lieu à une hernie de la substance testiculaire, à une atrophie du testicule, avec sa conséquence, l'impuissance. L'observation prouve que jamais il n'y a eu atrophie, et pour qui connaît la structure du testicule, cette hernie supposée ne peut être soutenue. Nous ne parlerons pas de l'effroi que le débridement peut inspirer au malade, qui ne sait à quelle profondeur va pénétrer la lancette, et qui ne s'effraie pas d'une simple ponction.

Le débridement n'est donc d'aucune gravité. Toujours sédatif, il est le plus souvent résolutif, et doit par conséquent être regardé comme un des moyens de traitement les plus sûrs et les plus prompts de l'orchite parenchymateuse. Le débridement a été également employé avec succès par M. Vidal dans un cas de névralgie violente du testicule. Aussi croyons-nous devoir fixer l'attention sur ce moyen, qui, dans les cas aigus, a eu des succès tels que plusieurs de ses anciens adversaires, d'après ce que nous pu savoir, ont été obligés d'y avoir recours.

Fièvre intermittente cholérique survenue pendant le cours d'une fièvre typhoïde. — Sulfate de quinine. — Guérison après le deuxième accès.

Bien qu'il n'existe en ce moment aucun indice de constitution épidémique de nature cholérique, il se produit encore de loin en loin, soit en ville, soit dans les hôpitaux, ainsi que cela a toujours eu lieu depuis l'invasion de la première épidémie de choléra, même dans les conditions sanitaires les meilleures, quelques cas isolés de choléra ou d'accidents cholériformes, dont on peut le plus souvent découvrir l'origine dans quelque écart de régime ou dans la complication d'une maladie grave. C'est ce dernier cas qui se présente le plus souvent. Tel est en particulier celui de deux malades qu'on a observés tout récemment dans le service de M. Valleix, à l'hôpital de la Pitié, et sur l'un desquels nous voulons appeler un instant l'attention de nos lecteurs.

Vers les derniers jours du mois de mai, un malade entré dans le service de M. Valleix (salle Sainte-Geneviève), pour une fièvre typhoïde, fut pris, pendant le cours de cette affection, de tous les symptômes d'un choléra grave auquel il ne tarda pas à succomber.

Quelques jours après, un second malade entré également pour une affection typhoïde et, couché dans le voisinage du précédent, a été pris, non point d'une attaque de choléra à proprement parler, mais d'accès intermittents cholériformes ayant une incontestable affinité de nature avec cette affection. Voici en peu de mots la relation de ce fait, qui établit une fois de plus la merveilleuse efficacité du sulfate de quinine dans toutes les affections franchement intermittentes, de quelque nature qu'elles soient.

F..., brasseur, âgé de vingt ans, né dans le Bas-Rhin et habitant actuellement à Gentilly, jeune homme fort, robuste et d'une constitution presque athlétique, est entré le 23 mai à la Pitié (salle Sainte-Geneviève, n° 11) avec tous les symptômes d'une fièvre typhoïde d'une certaine intensité, mais sans diarrhée, sauf au début, ainsi que nous avons eu l'occasion d'en observer un grand nombre d'exemples depuis quelque temps. Ce malade était au début du second septénaire, lorsque samedi dernier, 2 juin, il fut pris à six heures du soir d'un premier accès, consistant en quelques frissons légers, sans claquement de dents, suivis aussitôt de vomissements aqueux, sans selles, et d'un refroidissement général et très intense de tout le corps, y compris la langue, avec cyanose très prononcée des extrémités. L'accès en froid dura deux heures, de six à huit. Pendant toute la durée de cette période, le malade offrait l'aspect le plus complet d'un cholérique. La réaction eut lieu à huit heures par une chaleur très intense suivie de sueur, qui dura jusqu'à neuf heures.

Le lendemain, dimanche, le malade était dans le même état que les jours précédents, sans que les symptômes de l'affection typhoïde eussent paru être aggravés, ni modifiés de quelque manière que ce soit par cet accès.

Le lundi 4 juin, entre cinq heures et demie et six heures du soir, deuxième accès marqué par un frisson plus intense que le premier et la même série de phénomènes, à cela près que le froid et la cyanose étaient un peu moins intenses. L'accès, compris la réaction, était complétement terminé à huit heures et demie.

On prescrivit aussitôt après ce deuxième accès une dose de sulfate de quinine d'un gramme en plusieurs prises, à répéter immédiatement après, sans interruption, de manière que le malade eût pris deux grammes de sulfate de quinine dans l'espace de trente-six heures.

Le mardi, les choses se passèrent comme le dimanche, dans l'apyrexie, sauf l'état fébrile modéré inhérent à l'affection typhoïde qui continuait sa marche.

Enfin le mercredi, 6 juin, eut lieu un troisième accès, mais beaucoup plus faible que le précédent. L'invasion se fit à deux heures du matin, il était terminé à trois heures. Il n'avait consisté qu'en un frisson léger, suivi d'un peu de refroidissement des extrémités. Il ne s'en est plus produit depuis, et la maladie typhoïde, qui n'a semblé en rien modifiée dans sa marche et dans ses caractères par cette affection intercurrente, continue à suivre en ce moment d'une manière régulière sa marche décroissante. Tout porte à espérer chez ce malade une terminaison heureuse et prochaine.

De l'action de la vératrine dans les phlegmasies thoraciques.

Nous avons rapporté dans notre dernière *Revue clinique* deux observations relatives à l'emploi de la vératrine, dont l'une, pour un cas de pleuro-pneumonie grave avec épanchement considérable et qui s'est heureusement terminé à la suite de l'administration d'une dose élevée de vératrine. L'auteur de cette communication, M. le docteur Hamon, nous écrit aujourd'hui pour nous prier de faire une rectification, non point sur le fait lui-même, que nous avons reproduit à peu près textuellement d'après la note qu'il a bien voulu nous adresser, mais relativement au rôle que nous lui aurions fait attribuer à la vératrine dans cette circonstance.

« On me fait dire, nous écrit M. Hamon, dans le commentaire de cette observation, que j'attribue uniquement le succès de la médication à la vertu *dynamique* de la vératrine. Jamais une telle pensée ne s'est présentée à mon esprit. Je crois même fermement que si le médicament n'avait agi que *dynamiquement*, le cas était tellement grave, que mon petit malade n'eût pas tardé à succomber.

» Voici mes propres expressions :

» Cette guérison rapide, dans un cas aussi désespéré, doit assurément être surtout attribuée à la vératrine. »

» Il n'est aucunement ici question d'action dynamique. Je n'ai, comme on le voit, nullement cherché à analyser le mode d'action de ce médicament.

» Puisque j'ai occasion de revenir sur cette intéressante observation, ajoute notre correspondant, permettez-moi de vous dire le fond de ma pensée relativement au rôle de la vératrine dans l'observation présente.

» Je crois qu'on doit lui assigner deux actions distinctes.

» Bien évidemment l'amendement remarquable produit par la vératrine en un aussi court laps de temps ne peut et ne doit s'expliquer que par son action éméto-catarthique. D'un autre côté, attendu que ce médicament n'a agi à ce titre que la première fois qu'il a été administré, par le fait seul de l'élévation de la dose; que, consécutivement à l'ingestion des autres doses plus faibles, les vomissements ne se sont plus manifestés; que quelques rares garde-robes cathartiques seules se sont produites, je crois que le reste de la cure doit être uniquement attribué à son action dynamique, qui, du reste, je n'en doute pas, eût été insuffisante pour assurer le succès du traitement.

» N'étant pas sur les lieux lors de l'ingestion du médicament, il m'a été impossible de constater exactement et par moi-même tous ses effets physiologiques, je puis toutefois certifier que l'enfant n'a présenté aucun accident tétanique, mais que toutes les fois qu'il a ingéré la vératrine il a ressenti cette sensation d'âcreté, de sécheresse, de chaleur, de constriction de l'arrière-gorge, signalée par M. Piédagnel. »

— Toutes les observations publiées depuis quelque temps sur les effets thérapeutiques de la vératrine ayant eu pour objet de démontrer dans cet agent une action dynamique spéciale indépendante de ses propriétés évacuantes, et que celles-ci sembleraient même exclure, nous nous étions cru fondé, faute d'explication suffisante à cet égard de la part de M. Hamon, à penser que c'était aussi sous ce même point de vue, et comme fournissant une nouvelle preuve à l'appui, qu'il avait envisagé son observation. L'interprétation que M. Hamon donne à ce fait étant la même que la nôtre, nos réflexions critiques tombent naturellement, et il ne nous reste plus qu'à nous féliciter de cet accord. — Dr Brochin.

HERNIE A TRAVERS LA SUBSTANCE DU LIGAMENT DE POUPART.

Opération. Mort. Autopsie.

Les détails du cas suivant ont été communiqués par M. Legge, chirurgien interne de l'hôpital de Westminster.

Anna Collins, mariée, âgée de cinquante ans, fut admise à l'hôpital dans la soirée du jeudi 8 mars 1855. La malade présentait les symptômes d'une hernie étranglée.

Il y a une année que pour la première fois la malade remarqua qu'elle avait une tumeur à la partie inférieure de l'abdomen. Cette tumeur augmentait de volume chaque fois qu'il y avait effort violent; mais quelquefois aussi cette tumeur disparaissait complétement. Anna Collins jusqu'ici n'avait point ressenti de malaise, et jamais elle n'avait porté de bandage. Depuis deux jours la tumeur a considérablement augmenté de volume; il y a eu de vives douleurs, des vomissements et de la constipation; le taxis a été tenté sans succès.

Etat présent. — Visage anxieux, pouls petit, faible et intermittent. La malade se plaint d'un tiraillement douloureux dans la région ombilicale.

Si on examine la tumeur, on la trouve dure, rénitente; elle est située à la partie inférieure du côté gauche de l'abdomen. Elle est rouge, très douloureuse au toucher. Cette excessive sensibilité est-elle due aux tentatives de taxis qui ont été exercées? Vomissements stercoraux.

M. Holt se décide à pratiquer l'opération pour dégager l'intestin étranglé. Une incision est faite sur la tumeur; on divise la peau, une assez grande quantité de tissu cellulaire graisseux, et on ne rencontre aucun fascia. Après une dissection attentive, l'intestin est découvert sans que l'on ait rencontré de sac, par conséquent l'intestin hernié n'était recouvert que par la peau et une couche épaisse de graisse. L'intestin était dur, d'une couleur noirâtre et fortement étranglé.

L'étranglement, qui était situé à la partie inférieure et interne, mais qui assurément n'était point formé par le ligament de Gimbernat, fut divisé avec le bistouri et l'intestin réduit. On rapprocha les lèvres de la plaie, qui furent réunies par quelques points de suture, puis un coussinet et un bandage convenable furent appliqués sur le tout.

Le 9 mars, la malade a continué de vomir pendant la nuit. Elle dit cependant se trouver mieux et être débarrassée du tiraillement douloureux qu'elle éprouvait dans la région de l'ombilic. L'abdomen est douloureux à la pression. Des fomentations émollientes sont prescrites sur le ventre, et on donne des pilules d'opium de quatre heures en quatre heures.

Le 9, à huit heures du soir, il n'y a point de garde-robes depuis l'opération ; les envies de vomir continuent, le ventre est ballonné. Pouls faible et intermittent. Physionomie moins anxieuse. Le même traitement est continué, et on prescrit un lavement.

Le 10, la sensibilité du ventre a persisté ; il y a eu des vomissements de matière stercorale ; tympanite abdominale. La malade croit avoir rendu quelques gaz après l'administration du lavement. — L'opium est continué ; on ordonne un lavement térébenthiné.

Le 10, à huit heures du soir, les vomissements ont persisté toute la journée. Le visage, cependant, est moins anxieux, le pouls plus régulier, la langue humide. La pression sur le ventre ne détermine point de grandes douleurs. Des gaz ont été rendus par l'anus ; mais la malade rejette tout ce qu'elle prend par la bouche. — Pilules d'opium ; eau de Vichy ; lavement d'eau chaude.

Le 11, la malade n'a vomi qu'une seule fois depuis la dernière prescription. Il y a un mieux bien sensible. — On donne un peu d'eau-de-vie, et on permet un potage à la fécule, dite *arrow-root*.

Le 12, le chirurgien interne est appelé pour voir la malade à sept heures du matin ; il la trouve à l'agonie. Les vomissements avaient été incessants toute la nuit, et la mort arriva promptement.

Autopsie vingt-sept heures après la mort. — Rigidité cadavérique persistante. Les lèvres de la plaie n'étaient point réunies, et étaient souillées de matières sales et grumeleuses.

L'abdomen fut ouvert par une incision cruciale. Point de traces de péritonite diffuse ; les intestins sont cependant adhérents dans la partie correspondant à la plaie, et à l'endroit même où la paroi abdominale avait cédé pour livrer passage à la hernie.

On vit alors que la hernie s'était frayé sa route à travers la substance du ligament de Poupart ; juste au-dessus du canal crural, les fibres aponévrotiques étaient séparées partie au-dessus, partie au-dessous de l'orifice qui avait livré passage à l'intestin. Une partie enflammée de l'intestin adhérait encore à l'ouverture faite à travers le ligament de Poupart. De plus, une portion du gros intestin était elle-même accolée contre le ligament et portait des traces d'inflammation. En ouvrant la portion du jéjunum qui avait été étranglée, on apercevait deux petits ulcères qui avaient presque perforé l'intestin. L'épiploon avait été entraîné et pénétré dans la hernie ; on le retrouva adhérent encore aux lèvres de la plaie.

Qu'il nous soit permis d'ajouter que le tiraillement douloureux que la malade ressentait dans la région ombilicale était probablement déterminé par l'entraînement du grand épiploon par l'intestin hernié. On remarquera de plus que la persistance des accidents d'étranglement était aussi due, suivant toute probabilité, à la pénétration de l'anse intestinale à travers le grand épiploon.

(*Medical Times* et *Union médicale.*)

ÉMULSION AU CHLOROFORME.

Pureté des médicaments.

M. Dannecy, pharmacien à Bordeaux, a publié dans le *Journal de médecine* de cette ville une formule qu'il recommande aux praticiens qui voudront administrer le chloroforme à l'intérieur.

La solution de gomme et l'alcool dans lesquels on suspend ordinairement cette substance paraissent à M. Dannecy offrir beaucoup d'inconvénients qu'on ne retrouve pas dans l'emploi de l'huile.

Il conseille donc la formule suivante qu'il a eu très souvent occasion d'exécuter.

Pr. Chloroforme pur. . . . . 2 grammes.
Huile d'amandes douces. . . 8 —
Gomme arabique. . . . . 4 —
Sirop de fleurs d'oranger. . 30 —
Eau distillée. . . . . . 60 —

Mêlez l'huile avec le chloroforme et faites avec ce mélange une potion huileuse, en procédant de la manière ordinaire.

M. Dannecy, à l'occasion de cette formule, rappelle à ses confrères qu'il n'est aucun procédé plus simple et plus sûr de constater la pureté du chloroforme que de le mêler avec de l'huile. La limpidité de celle-ci n'est nullement altérée par le chloroforme lorsqu'il est chimiquement pur, tandis qu'elle l'est d'une manière très sensible lorsque d'autres corps s'y trouvent mêlés, en quelque faible proportion que ce soit. (*Journal de méd. et de chir. pratiques.*)

CATAPLASME STUPÉFIANT

contre l'arthrite rhumatismale aiguë.

M. le professeur Trousseau a obtenu dans des cas d'arthrite rhumatismale aiguë de très bons effets du cataplasme suivant :

Mie de pain. . . . . . . 750 grammes.
Eau. . . . . Q. S.

Faites bouillir à feu doux pour donner à la masse la consistance convenable, et un peu avant ajoutez :

Alcool camphré. . . . . . . 100 grammes.

Enfin, arrosez le cataplasme avec une ou deux cuillerées du mélange que voici :

Extrait d'opium. . . . } ää. . 5 grammes.
— de belladone. . . }
Camphre en poudre. . . . . 10 —
Eau. . . . . 15 —

(*Journal des conn. médic.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 30 mai 1855. — Présidence de M. Huguier.

Lecture et adoption du procès-verbal.

CORRESPONDANCE.

M. le président donne lecture d'une lettre de M. le ministre de l'instruction publique qui accorde, à titre d'encouragement, une somme de 500 fr. à la Société de chirurgie.

Une lettre de remercîments sera adressée à M. le ministre.

— M. Foucher adresse les ouvrages suivants :

Mémoire sur une variété de luxation de l'astragale ;

Considérations sur le mécanisme de la fracture de l'extrémité inférieure du radius ;

Des déformations de la pupille, de leurs diverses causes et de leur valeur symptomatique.

Rétrécissement de l'urètre. — L'ordre du jour appelle la discussion sur la communication faite dans la dernière séance par M. Maisonneuve.

M. Vidal. La courte communication que M. Maisonneuve a soumise à la Société fait l'objet d'un mémoire imprimé que tout le monde a entre les mains. On trouve dans ce mémoire deux points principaux qu'il convient de discuter à part.

1° Il s'agit de l'introduction dans les rétrécissements d'une bougie fine ;

2° Cette bougie, ayant franchi le rétrécissement, sert de conducteur, au moyen d'un mécanisme très simple, à un instrument tranchant destiné à diviser l'obstacle d'avant en arrière ; elle conduirait, à la rigueur, tout autre instrument que l'urétrotome, c'est-à-dire un porte-caustique ou même un dilatateur brusque.

Le premier point domine la question, car franchir le rétrécissement est certainement le but le plus important, celui qui est souvent le plus difficile ; tous les rétrécissements ne sont pas franchissables, et il est arrivé à tous les chirurgiens d'échouer dans cette opération préliminaire, quelque patience que l'on y mît, quelque variées que fussent les manœuvres. Tantôt on essaye en vain avec une bougie filiforme, et c'est une grosse bougie qui passe, ou une bougie à boule, ou une bougie de cire ; tantôt on pénètre en tordant le bout de la bougie, ou en lui imprimant une sorte de mouvement de vrille déjà recommandé par Desault. Dans un cas où tous les moyens avaient échoué, M. Vidal franchit l'obstacle en faisant le *tour de maître* et en exécutant une rotation, une sorte de mouvement de vrille, quoique cela paraisse difficile à obtenir avec un cathéter courbe et rigide.

D'autres fois on est obligé de recourir au procédé de Dupuytren, qui consiste, comme on le sait, à appuyer l'extrémité d'une bougie contre le rétrécissement. Il arrive parfois que celle-ci s'engage spontanément sans qu'on sache si c'est réellement par une action vitale, comme le croyait le chirurgien de l'Hôtel-Dieu, ou par tout autre mécanisme.

Toujours est-il que, malgré toutes ces tentatives, on échoue encore assez fréquemment et qu'il existe des rétrécissements réellement infranchissables. Ce n'est pas parce que l'ouverture du point rétréci manque, mais bien parce qu'on ne peut pas s'y engager ; on sait, en effet, que ce n'est que bien rarement qu'on constate l'oblitération complète de l'urètre, cette oblitération n'ayant été observée que dans des cas très exceptionnels d'abcès, de tumeurs péri-urétrales ou de fistules urinaires très anciennes, etc., etc.

Or cette difficulté très réelle, M. Maisonneuve l'a complétement passée sous silence ; il faut d'abord, dit-il, engager une bougie fine, et, lorsque cela est obtenu, on tient le rétrécissement, et l'affaire est faite. Rien n'est plus vrai ; mais il faut d'abord passer cette première bougie, il faut trouver moyen de conduire le conducteur de l'urétrotome. Il est à regretter que M. Maisonneuve n'ait rien dit de nouveau à cet égard, et qu'il se soit contenté de dire qu'il fallait recourir pour cela aux préceptes connus ; ces préceptes par malheur sont vagues et incertains. M. Maisonneuve aurait donc rendu un grand service en disant comment il s'y prend pour franchir tous les rétrécissements, car d'après le titre de son mémoire il ne paraît pas qu'il en ait rencontré d'infranchissables.

Mais supposons la bougie passée ; on procède à la section ; on n'a pas besoin de volumineux instruments comme ceux de M. Reybard, car on coupe d'avant en arrière, et c'est pour M. Maisonneuve un grand avantage.

Il faut d'abord observer qu'il existe deux variétés principales de rétrécissements : les uns inflammatoires, qui sont de véritables urétrites, qu'il faut traiter comme telles et qu'on ne peut songer à sectionner ; les autres dits organiques ou fibreux ; cette variété, si commune, a été très bien étudiée par M. Reybard, qui a reconnu dans le tissu qui les compose des propriétés remarquables, et entre autres une rétractilité incessante, énergique, qui agit sans relâche après la dilatation temporaire et qui, en un mot, assimile complétement ce tissu à celui des cicatrices.

Voici des rétrécissements que l'on peut couper ; il est clair que le résultat immédiat de la section est avantageux ; l'ouverture est agrandie, le malade urine facilement. Mais est-il permis d'appeler cela la cure radicale ? L'incision qu'on vient de pratiquer dans ce tissu inodulaire lui ôte-t-elle ses propriétés de rétractilité ? Point du tout ; les incisions n'ont jamais modifié la tendance au retrait des cicatrices, et il suffit de rappeler ce qu'on obtient par ce moyen dans les coarctations des paupières, de la bouche, etc., etc. C'est l'extirpation du tissu cicatriciel et non pas son incision qu'il faudrait faire pour avoir la cure radicale. Ainsi le mot de *cure radicale* ne convient point à la simple incision que met en usage M. Maisonneuve.

Notre collègue, après l'urétrotomie, simplifie le traitement en supprimant la dilatation consécutive. Cette opération est suivant lui superflue, et pour preuve qu'il n'est pas besoin d'écarter mécaniquement les lèvres de l'incision, il cite pour exemple le méat urinaire, qu'on incise si souvent et qu'on élargit de cette façon sans introduire de sonde. L'exemple paraît mal choisi à M. Vidal, car lorsqu'il y a rétrécissement du méat à la suite d'un chancre ou de toute autre ulcération, l'incision n'empêche pas le rétrécissement de se reproduire avec beaucoup d'opiniâtreté, et quand le méat est sain son débridement est loin de réussir toujours à l'agrandir d'une manière permanente.

M. Vidal demande que cette discussion soit sérieuse, solennelle, parce que la dernière communication de M. Maisonneuve a fait sensation dans le corps médical, et même au dehors. Cette question a en effet le privilége d'intéresser vivement les gens du monde ; elle l'a eu de tout temps, et de dix ans en dix ans elle est remise à l'ordre du jour. Autrefois c'était Ducamp, un peu plus tard Mayor ; on ne parlait alors que de la *guérison simple*. MM. Syme et Reybard sont venus, qui ont cherché et trouvé la *cure radicale*. Aujourd'hui il s'agit de la *cure radicale instantanée* ; M. Maisonneuve a imaginé pour sa part l'*instantanéité*.

Un mot, en terminant, sur la méthode des grandes incisions. Il y a deux procédés principaux : M. Reybard les pratique de dedans en dehors ; M. Syme suit la marche inverse. Or, M. Vidal n'est partisan d'aucun de ces procédés ; la méthode en elle-même lui paraît vicieuse, car les deux procédés ont amené des désastres. L'opération de Syme a été violemment attaquée en Angleterre par MM. Attold et Lizars, qui ont rassemblé contre elle des faits accablants. L'opération de M. Reybard elle-même a eu des revers, et M. Vidal a vu des opérés qui étaient en état de récidive. Cependant s'il fallait se décider entre les deux, c'est à la pratique de M. Syme qu'il faudrait donner la préférence. Elle est grave, sans doute, mais au moins elle est sûre dans son manuel et logique dans sa conception ; on n'agit point au hasard. En ayant sous les yeux le tissu morbide on est certain de le diviser ; on pourrait peut-être même l'extirper, ce qui serait le moyen le plus assuré d'obtenir la guérison.

Dans l'immense majorité des cas on ne doit pas songer à l'urétrotomie ; on doit s'estimer heureux quand le rétrécissement est franchi, et s'en contenter, car la dilatation devient dès lors possible.

M. Maisonneuve est d'autant moins autorisé à parler de la guérison radicale de ses opérés, que ces opérations sont très récentes, et que le temps n'a point encore prononcé sur leurs résultats ultérieurs.

M. Ricord a été très surpris, très ému de la publication de M. Maisonneuve. Il a frémi en songeant que la section des rétrécissements y était présentée comme méthode générale, applicable d'emblée à tous les cas ; cette pratique lui a paru d'une audace extrême.

Comme M. Vidal, M. Ricord admet qu'il existe un bon nombre de rétrécissements infranchissables, et en voyant que cette circonstance n'avait pas même été prise en considération, il a été obligé de relire la signature de M. Maisonneuve au bas de l'article, pour être convaincu que la rédaction en était due à un chirurgien ayant vu un nombre de cas suffisant. Pour sa part, l'orateur a fréquemment dû renoncer à l'introduction d'une bougie dans les rétrécissements, et pourtant il a employé toutes les manœuvres classiques, depuis le mouvement de vrille jusqu'aux bougies tortillées, dont l'idée appartient à M. Le Roy-d'Etiolles, et qui rendent des services incontestables. M. Ricord cite à ce propos un de ses malades, dont le rétrécissement ne put jamais être traversé que par ce moyen. Il a mis en usage dans les cas difficiles toute espèce de bougies et de sondes, et bien souvent il a terminé la séance comme Dupuytren, en arc-boutant l'extrémité de la sonde contre le rétrécissement, et en confiant au hasard sa pénétration.

Parfois il convient, en faisant le cathétérisme, de tirer la verge et de la tendre ; parfois, au contraire, on réussit en la relâchant et en la laissant tomber. Mais tout est tâtonnement ; rien n'est fixe, ni constant, ni sûr, et en résumé il y a des rétrécissements qui restent infranchissables après toutes les manœuvres les plus patientes, les plus variées.

M. Ricord a vu les bougies de M. Maisonneuve : elles sont très fines, très molles, elles n'ont rien de spécial ; tout le monde les emploie. Si donc ce dernier a un moyen particulier de les faire passer à travers les obstacles, il ferait bien de le faire connaître, afin que tout le monde pût en profiter.

Arrivant à l'urétrotomie, M. Ricord convient qu'il vaut mieux inciser avec l'aide d'un conducteur que sans guide ; mais les instruments ordinaires sont très suffisants, et le bout de bougie qui pénètre dans la vessie est parfaitement inutile. L'urétrotomie, il est vrai, peut rendre des services ; mais il ne faut y avoir recours qu'avec la plus grande réserve et lorsqu'on y est absolument forcé par la nécessité. De telle sorte qu'on peut poser en principe que cette opération n'est justifiable que lorsqu'il est impossible de faire autrement.

Il a lu avec étonnement ce que M. Maisonneuve a dit de l'emploi des bougies et de la dilatation en général. La proscription de ce moyen si simple, si utile, les reproches formulés contre cette méthode lui ont paru un véritable sacrilége. Certainement le cathétérisme des rétrécissements et leur dilatation n'est pas sans inconvénients et même sans dangers ; mais si on veut les comparer sous ce rapport avec l'urétrotomie, il faut mettre en regard le nombre des cas dans lesquels on emploie les deux méthodes, et compter combien on traite de rétrécissements par la dilatation et combien par la section.

L'urétrotomie cause de bien nombreux et de bien cruels déboires ; que d'accidents sont arrivés entre les mains de M. Reybard lui-même ! M. Ricord en a observé un grand nombre pour sa part. Comment donc M. Maisonneuve peut-il donner cela comme une opération innocente, simple, légère, sans accidents, et dire qu'il ne s'écoule pas même une goutte de sang ?

M. Ricord a vu pour sa part une hémorrhagie terrible à la suite d'une section qu'il a faite à un rétrécissement situé près du bulbe ; l'écoulement sanguin a duré toute la nuit : on a eu la plus grande difficulté à l'arrêter, et le malade ne s'est rétabli que lentement et à grand'peine.

Comme conclusions définitives, il trouve les bougies admirables. La dilatation est le premier moyen à employer, il suffit presque toujours ; l'urétrotomie doit être réservée pour les cas tout à fait exceptionnels.

Membre de la commission de l'Académie pour le prix d'Argenteuil, M. Ricord a signé le rapport qui donnait ce prix à M. Reybard ; mais ce n'est pas pour ses affreux instruments : le mémoire renfermait des études très sérieuses sur les rétrécissements, des idées très originales, et c'est ce qui a décidé M. Ricord ; de telle sorte qu'il peut dire qu'il a voté pour tout, excepté pour la partie thérapeutique, pour l'urétrotomie.

Il rejette d'autant plus les instruments de M. Reybard qu'ils sont volumineux et que lorsque le rétrécissement les a admis on peut uriner seul, ce qui suffit au malade et doit contenter le chirurgien.

La section des rétrécissements donne, il est vrai, des résultats immédiats heureux ; l'urine est rendue sur-le-champ et sans difficulté, l'opéré est satisfait. Tout va bien s'il n'y a ni hémorrhagie, ni infiltration d'urine, ni inflammation, ni abcès, ni phlébite, ni infection purulente ; mais combien de cures radicales obtient-on ? On l'ignore. Où est la garantie que la cicatrisation ne reproduira pas l'obstacle ? M. Reybard a bien, à la vérité, montré l'urètre de chiens auxquels il avait fait l'urétrotomie ; on y voyait les deux lèvres de la plaie cicatrisées isolement et réunies par une portion de cicatrice molle et flexible. M. Ricord lui-même a vu l'urètre d'un homme opéré mort

d'une affection étrangère, et cet urètre offrait bien la disposition annoncée par le chirurgien lyonnais. Mais ces résultats sont-ils constants, sont-ils définitifs? Il y a déjà des faits qui prouvent que le contraire peut avoir lieu. Dans tous les cas, cela ne prouverait pas que l'urétrotomie soit toujours simple et innocente.

M. Maisonneuve, qui supprime les sondes après la section comme inutiles et dangereuses, prend pour exemple le débridement du méat urinaire, qui se maintient très bien sans corps dilatateur. Cet exemple est bien mal choisi, et, comme M. Vidal l'a déjà dit, tous les chirurgiens savent combien il est précisément difficile d'empêcher le méat urinaire débridé de se cicatriser de nouveau et de revenir à son étroitesse primitive. M. Amussat, qui a beaucoup étudié cette question, insiste particulièrement sur ce point; il propose, comme on le sait, d'empêcher la réunion de la plaie du méat en détruisant sans cesse l'agglutination des lèvres de cette plaie, moyen qui lui-même ne réussit pas sûrement. Aussi M. Ricord a-t-il l'habitude de faire au méat un énorme débridement pour obtenir une ampliation notable; il fait une incision très exagérée pour avoir un résultat même minime. Il y a une telle tendance à la formation de rétrécissements à la suite des plaies de l'urètre, même quand celui-ci est sain, que cet inconvénient se montre presque toujours à la suite de l'amputation de la verge; aussi est-il nécessaire de modifier d'une manière particulière le manuel de cette dernière opération et d'arriver à créer une espèce d'hypospadias accidentel.

M. Ricord expose ici en quelques mots le procédé auquel il s'est définitivement arrêté pour l'amputation de la verge.

Quant à l'appareil instrumental de M. Maisonneuve, il n'a rien de neuf. Il se compose de la canule et de l'urétrotome de M. Ricord lui-même; il n'en diffère que par l'addition d'une bougie, qui est inutile: c'est à l'aide de cet instrument que M. Ricord et bien d'autres ont pratiqué l'opération.

En résumé, M. Ricord reproche à M. Maisonneuve d'être beaucoup trop absolu en exagérant les dangers de la dilatation, en vantant infiniment trop la simplicité et l'innocuité de l'urétrotomie, puis enfin en annonçant une cure radicale instantanée d'une manière prématurée, puisque sa pratique ne repose encore que sur un nombre de cas insuffisants et recueillis depuis un temps bien trop court.

M. Giraldès. La discussion depuis son origine s'est déjà élargie. Il ne s'agit plus seulement de M. Maisonneuve, M. Syme et sa pratique sont également mis en question; enfin le cathétérisme des rétrécissements lui-même a été soulevé. Relativement à ce dernier point, M. Maisonneuve ne peut avoir la prétention de franchir tous les rétrécissements, car il y en a de réellement infranchissables, non-seulement sur le vivant, mais encore lorsque après l'autopsie on a entre les mains la pièce pathologique. C'est un fait que M. Maisonneuve ne peut ignorer, et il suffirait de lui rappeler une pièce recueillie par M. Nélaton, une autre par M. Sédillot, dans lesquelles un stylet très fin ne put jamais être engagé dans la lumière des rétrécissements; on comprend bien que sur le vivant jamais on n'avait pu introduire de bougies.

M. Maisonneuve pourrait, à la vérité, dire que pour lui ces cas n'existent pas, et qu'il ne croit pas aux rétrécissements infranchissables; il se rapprocherait en cela de M. Syme, qui dit qu'avec de l'*adresse et de la patience* un chirurgien *habile et expérimenté* peut toujours traverser l'obstacle, mais qui cependant admet des cas très exceptionnels où ce premier résultat ne peut être obtenu, et où il faut opérer avec le seul guide d'une sonde qui appuie sur la partie antérieure du rétrécissement.

Mais supposons la difficulté vaincue, il faut juger la valeur clinique des divers procédés de section. Or celui de M. Maisonneuve ne peut pas être discuté en ce moment; on ne pourra le faire que lorsque l'on aura sous les yeux les observations. On ignore, en effet, combien de malades ont été opérés, combien d'accidents, et quels accidents se sont montrés, à quelle époque remontent les opérations, etc., etc.

Le procédé de M. Syme, au contraire, est connu depuis longtemps; les opérations sont nombreuses; elles ont été discutées; on peut donc commencer à porter un jugement sur cette méthode.

M. Syme a fait 108 fois son opération; il n'accuse que deux morts, dues, suivant lui, à des causes indépendantes de l'urétrotomie. Quelques malades ont conservé des fistules, mais ils étaient dans de mauvaises conditions de santé générale, et on pouvait accuser le défaut de la propriété plastique.

Par malheur, dans la seconde édition de son ouvrage, M. Syme ne rapporte que 16 observations sur les 108 cas qu'il a opérés, de telle sorte qu'on est obligé de s'en rapporter entièrement à lui pour les autres faits, ce qui est fâcheux.

Il est vrai que dans les mains d'autres chirurgiens de la Grande-Bretagne l'urétrotomie a donné des résultats notablement différents, et a entraîné beaucoup plus de revers. Ainsi, en analysant 45 cas, on trouve quatre morts et d'assez nombreux accidents.

M. Syme attribue cette différence à plusieurs causes. L'opération, suivant lui, a été faite sans méthode; on s'est fourvoyé dans le périnée. Si on a eu des hémorrhagies, c'est qu'on ne s'est pas rigoureusement conformé au précepte d'inciser sur la ligne médiane, les incisions latérales exposant beaucoup à la blessure des vaisseaux. A ce propos, M. Syme s'élève énergiquement contre le procédé de M. Reybard et contre le jugement porté par l'Académie de médecine de Paris.

On peut peut-être se rendre compte jusqu'à un certain point des différences de la pratique de M. Syme et de celle des autres chirurgiens de son pays; elles résident dans les conditions dans lesquelles l'urétrotomie a été pratiquée. Le premier opère par sa méthode la plupart des rétrécissements; les mauvaises chances se trouvent alors balancées par les bonnes, et celles-ci dominent. Les autres chirurgiens réservant l'urétrotomie pour les cas désespérés, et quand tous les autres moyens ont échoué, les revers, les accidents doivent être plus nombreux, et c'est ce qui a lieu en effet.

M. Lizars (d'Edimbourg) a attaqué les opérations de M. Syme avec beaucoup d'âcreté, et il conteste formellement les résultats annoncés par son confrère. Il ne serait pas juste de porter un jugement d'après ces assertions contradictoires, et les termes injurieux employés par M. Lizars interdisent à la Société de chirurgie de s'engager directement entre les deux adversaires.

M. Debout a eu l'occasion de se renseigner sur la méthode de M. Reybard auprès des chirurgiens de Lyon eux-mêmes; la plupart sont d'accord pour proscrire cette opération. A leur connaissance, elle a donné des résultats déplorables entre les mains de l'inventeur lui-même et de ceux qui l'ont imité. Depuis longtemps ils ont complétement abandonné l'urétrotomie.

M. Maisonneuve, pressé par le temps, demande à répondre quelques mots alors même que la liste des orateurs inscrits n'est pas encore épuisée; mais c'est surtout pour poser la question. Jusqu'à ce moment les arguments énoncés ont porté plutôt sur la méthode des grandes incisions que sur l'objet même de sa communication, et le reste de la discussion a suivi la même marche.

Ainsi, on a fait une vive critique des grandes incisions, mais lui-même ne s'en est nullement fait le champion; il n'en est pas le partisan exclusif. M. Ricord l'a accusé d'injurier les bougies et de méconnaître leurs services; mais telle n'est pas sa pensée; il s'est seulement élevé avec force contre l'emploi des bougies après la section du rétrécissement. Il regarde comme inutile et même comme nuisible d'écarter les lèvres de la plaie avec un corps étranger.

Toutefois, dans sa pensée, le traitement par les bougies seules a de très nombreux inconvénients; il est lent, pénible, désagréable; les malades s'ennuient et accusent le chirurgien du peu de progrès de la guérison; ils délaissent le traitement par négligence ou par dégoût. L'urétrotomie, au contraire, est rapide, la guérison est prompte, les résultats presque immédiats. Lors donc que l'on veut guérir instantanément un rétrécissement, c'est incontestablement à la section qu'il faut s'adresser.

C'est pour démontrer cela que M. Maisonneuve a fait sa communication. Comme tout le monde, il reconnaît des rétrécissements infranchissables, et dans de tels cas il ne fait pas autrement que les autres; mais il a voulu établir qu'aussitôt qu'une bougie, si fine qu'elle soit, a franchi l'obstacle, il est possible d'abréger considérablement le traitement par l'introduction d'un urétrotome, qui divise sur-le-champ le rétrécissement et amène par le fait une guérison instantanée.

Il peut en citer un exemple récent. Ces jours derniers il y avait dans le service de M. Velpeau un malade traité depuis cinq ans pour un rétrécissement considéré comme incurable, comme l'attestent de nombreux certificats qui lui ont été délivrés. Le rétrécissement, en effet, était très dur, il y avait des fistules et des indurations tout autour. M. Maisonneuve appliqua son opération, il eut les plus grandes difficultés à introduire une bougie et y consacra plus de vingt minutes. A peine ce premier temps était-il accompli que la guérison était obtenue; car il avait suffi d'un quart de minute pour conduire l'urétrotome et diviser le rétrécissement. Depuis ce moment l'urine fut rendue à plein canal, les fistules se sont guéries, etc., etc. Voilà certes un résultat remarquable et qu'on n'obtiendrait pas par les anciens procédés. Toutes les difficultés du traitement se réduisent donc à introduire une fine bougie; elles sont quelquefois extrêmes et lentes à surmonter; mais aussitôt que l'obstacle est franchi on peut achever la cure avec le premier instrument venu, avec l'urétrotome de M. Ricord, ou celui de M. Civiale, ou tout autre encore.

D'après M. Ricord, la bougie conductrice repliée dans la vessie gêne plus qu'elle ne sert, ou elle est au moins inutile; c'est une erreur; on ne peut pas substituer facilement l'urétrotome à la bougie quand celle-ci est retirée, et il arrive souvent qu'après avoir franchi le rétrécissement et retiré cette bougie il devient tout à fait impossible de la réintroduire, même immédiatement, et les plus habiles, M. Ricord lui-même, seraient souvent en défaut. La peine qu'on aurait prise à exécuter le premier temps serait donc tout à fait perdue pour le second. Si, au contraire, on se sert de la bougie conductrice, il n'y a plus de difficulté, et un externe, ou le premier élève venu, peut achever l'opération dès que l'obstacle est franchi.

Il y a donc une diminution considérable dans la durée du traitement; et d'ailleurs, dans les anciens procédés, lorsque la bougie est introduite, il faut la laisser en place, si on veut en tirer quelque avantage. Or personne n'ignore tous les inconvénients et tous les dangers qu'entraînent les sondes à demeure, et que le procédé de M. Maisonneuve supprime d'un seul coup.

On paraît s'étonner beaucoup de ce que M. Maisonneuve annonce qu'il obtient la cure radicale; mais il en parle d'après l'autorité de l'Académie. La commission du prix d'Argenteuil a déclaré que l'urétrotomie amenait la cure radicale des rétrécissements. M. Maisonneuve fait l'urétrotomie; il obtient donc cette cure radicale, et c'est au jugement de l'Académie qu'il faut s'attaquer si ce résultat n'est pas réellement obtenu. Il n'a donc rien imaginé de nouveau dans ce genre. Quant à l'instantanéité, il n'en est pas davantage l'inventeur; mais il est clair qu'on peut l'admettre, puisqu'il suffit d'une seule séance pour diviser complétement le rétrécissement.

Il y a d'ailleurs dans sa méthode quelque chose de nouveau et d'important que la discussion n'a pas abordé, c'est l'emploi du lithotome caché comme instrument de section et la manière dont le point rétréci est incisé. Jusqu'à ce jour, en effet, on avait coupé les rétrécissements dans tous les sens, d'avant en arrière, d'arrière en avant, de dehors en dedans; mais on avait tout simplement oublié de les couper de dedans en dehors, et c'est ce que réalise très bien le lithotome.

L'appareil instrumental de M. Reybard a quelque chose de barbare; il a un volume énorme, ce qui fait qu'il ne peut traverser que des rétrécissements déjà très dilatés; puis il est très difficile de l'ouvrir dans le canal, et il faut le déployer dans la partie saine, de telle sorte qu'il a pour agrément de blesser le canal sain et de respecter le rétrécissement; s'il y a plusieurs rétrécissements successifs, il faut alternativement ouvrir et fermer l'instrument, ce qui est très difficile, très long et souvent même tout à fait impossible.

M. Maisonneuve appuie sa démonstration en montrant un des urétrotomes de M. Reybard.

M. Syme coupe de dehors en dedans, mais il lui faut un conducteur; et ce conducteur lui-même, par son volume, par sa courbure, est très difficile à passer à travers l'obstacle.

L'urétrotomie d'avant en arrière est impossible à exécuter sans un conducteur, ou du moins personne ne l'a faite.

M. Ricord proteste, car lui-même a fait cette opération, que M. Maisonneuve regardait comme impossible.

(Nous donnerons la fin de cette séance dans le prochain numéro.)

L'Exposition universelle, inaugurée officiellement le 15 mai dernier, n'est réellement ouverte pour la masse du public que depuis le 2 juin. Toutefois elle n'est pas complète, et elle n'a pas encore, pour ce qui concerne en particulier les produits relatifs à notre art, l'intérêt spécial qui devra y attirer la visite des médecins. La galerie qui renfermera les objets compris dans la XII[e] classe (médecine, chirurgie, hygiène et matière médicale) ne sera ouverte que dans les premiers jours de la semaine prochaine. Cependant, comme beaucoup de nos confrères de province et de l'étranger peuvent trouver en dehors de cette catégorie assez de sujets d'attrait pour les engager à venir dès ce moment visiter le Palais de l'Industrie, nous croyons devoir les prévenir qu'ils trouveront dans les bureaux de la *Gazette* un modeste salon qui est à leur disposition, pour s'y réunir, y faire leur correspondance ou pour y prendre les renseignements qui pourraient leur être utiles.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du 1[er] juin sont nommés à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes :

Professeurs titulaires. — Anatomie et physiologie, M. Duval; pathologie externe et médecine opératoire, M. Toulmouche; clinique externe, M. Guyot (Pierre-Aristide); pathologie interne, M. Péchot; clinique interne, M. Pinault; accouchements, maladies des femmes et des enfants, M. Godefroy (Auguste-César-François); matière médicale et thérapeutique, M. Pontallié; pharmacie et notions de toxicologie, M. Aussant.

Professeurs adjoints. — Clinique externe, M. Aubry; clinique interne, M. Lecompte; anatomie et physiologie, M. Delacour.

M. Destouches, professeur adjoint hors cadre, est attaché à la chaire de pharmacie.

Professeurs suppléants. — Pour les chaires de médecine proprement dite, M. Baudoin; pour les chaires de chirurgie et d'accouchements, de maladies des femmes et des enfants, M. Pitois; pour les chaires d'anatomie et physiologie, M. Robiou; pour les chaires de sciences accessoires, M. Chauvel.

M. Robiou, professeur suppléant pour la chaire d'anatomie et de physiologie, est nommé chef des travaux anatomiques; M. Guyot est nommé prosecteur; M. Godefroy est nommé préparateur.

M. Duval est nommé directeur de l'Ecole.

— La séance publique annuelle de la Société impériale de médecine, de chirurgie et de pharmacie de Toulouse a eu lieu le 13 mai dernier.

M. Augustin Dassier, secrétaire général, a fait le résumé des travaux de l'année et l'éloge de Charles Viguerie.

M. le docteur Filhol a proclamé les prix et les noms des lauréats. Trois médailles d'or ont été décernées à M. O. Henri, Chevallier fils et Meurein (Victor), de Lille; une mention honorable à M. Ruspini (Jean), de Bergame. — Des médailles d'argent ont été accordées à MM. Houlès, de Sorèze; Milon, de Revel; Giscaro, de Toulouse. Des mentions honorables à MM. Martin Duclaux, de Saint-Julia; Nolé, de Cintegabelle; Guitart, de Toulouse. — Des remercîments à MM. Marty, de Castelnaudary; Séré, de Muret; Duclos (Henri), de Rouen.

— Voici le programme du concours de 1856 de l'Institut de Valence (Espagne) :

Question de médecine. — Déterminer au moyen des signes rationnels ou physiques la présence de tubercule pulmonaire dans tous ses états, principalement dans la période de crudité; faire connaître les moyens thérapeutiques les plus propres à arrêter la marche et à prévenir les suites funestes de cette affection.

Question de chirurgie. — La choroïde peut-elle s'enflammer isolément? En cas d'affirmation, en décrire les symptômes, les lésions anatomiques, l'étiologie et le traitement. En cas de négative, exposer les altérations de la choroïde qui peuvent déterminer la cécité, et dire si le glaucome qu'on observe chez certains aveugles est le résultat de ces altérations.

Question de pharmacie. — Décrire les procédés propres à faire distinguer tous les alcaloïdes et à révéler leur mélange et leur falsification.

Question de sciences naturelles. — Admettant que les plantes qui appartiennent à une même famille possèdent des propriétés médicinales analogues, établir si ces propriétés sont dues à un même principe chimique, si leur production est liée à une phase particulière de la végétation, si les principes actifs des plantes ont une signification physiologique et peuvent servir de caractère botanique; conclure en démontrant la relation qui peut exister entre la similitude de composition, les caractères végéto-organiques et les propriétés médicales.

Deux prix sont proposés pour la solution de chacune de ces questions. L'Institut offre, pour le premier, une médaille d'or frappée au nom du lauréat; en outre, le titre de membre de mérite de l'Institut; pour le second, le titre de membre de mérite de l'Institut.

Les mémoires, écrits en espagnol, latin, français, portugais, anglais ou italien, doivent être envoyés *franco* dans les formes académiques, avant le 1[er] décembre 1855, au docteur Dom. J. M. Velazquez, secrétaire de la correspondance *Calle de Caballeros*, n° 43, à Valence.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues à la Faculté de médecine par MM. :

Galvez, né le 2 mai 1829 à la Havane (île de Cuba); *De l'opération césarienne.*

Tarrillon, né le 11 mai 1830 à Faulquemont (Moselle); *Des effets du calorique et du froid; de leur traitement.*

Mahieux, né le 3 novembre 1825 à Montreuil-sur-Brêches (Oise); *De la gangrène de la bouche chez les enfants.*

Toutes les thèses soutenues à la Faculté sont annoncées dans la *Gazette*; celles qui sont remises à notre bureau sont analysées dans un des numéros qui suit la remise.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 68. — MARDI 12 JUIN 1855. (28e ANNÉE.) N° 68. — MARDI 12 JUIN 1855.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 11 JUIN 1855.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'Académie des sciences vient enfin, après une longue et laborieuse crise, de donner un successeur à M. Lallemand. Le nom sorti victorieux de cette lutte, qui a si longtemps tenu en éveil de nombreuses et légitimes prétentions, est celui de M. Jules Cloquet. Cette victoire a été chaudement disputée, ainsi qu'on en pourra juger par le résultat des trois scrutins auxquels l'Académie a dû procéder pour obtenir une majorité.

La liste de présentation plaçait, ainsi que nous l'avons déjà indiqué, en 1re ligne, M. Jobert; en 2e, M. Baudens; en 3e, M. J. Cloquet; en 4e, M. Gerdy; en 5e, M. Laugier; en 6e, M. J. Guérin; en 7e, M. Malgaigne; en 8e, *ex æquo*, MM. Le Roy-d'Étiolles et Maisonneuve.

Le nombre des votants était de 55; majorité, 28.

Au premier tour de scrutin :

M. Jobert a obtenu. . . . . . . 47 voix.
M. J. Cloquet. 47
M. Baudens. 7
M. J. Guérin. 5
M. Laugier. 5
M. Gerdy. 4

Au deuxième tour (nombre de votants, 56; majorité, 29):

M. J. Cloquet a obtenu. . . . . 26 voix.
M. Jobert. 25
M. J. Guérin. 3
M. Baudens. 1
M. Laugier. 1

Au scrutin de ballottage, M. J. Cloquet a obtenu 29 voix et M. Jobert 27.

En conséquence, M. J. Cloquet a été proclamé membre de l'Académie. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

De la varioloïde et de la varicelle.

(Leçon clinique recueillie par M. H. LEGRAND DU SAULLE.)

Beaucoup de médecins confondent encore de nos jours la varioloïde et la varicelle, et cependant ces deux maladies sont aussi dissemblables l'une de l'autre que la vaccine l'est de la variole.

Un individu vacciné communique-t-il avec un varioleux, il prend une variole d'une espèce particulière. Se met-il à son tour en contact avec des personnes non vaccinées, il leur transmet une variole discrète, et quelquefois même une variole très confluente. La variole et la varioloïde constituent une seule et même maladie, seulement la varioloïde n'est autre chose qu'une variole modifiée par une vaccine préalable.

La varicelle survient chez des individus vaccinés, non vaccinés, qui ont eu la variole ou qui ne l'ont pas eue. A l'hôpital Necker, où tous les enfants étaient vaccinés, lorsqu'il entrait une varicelle dans mes salles, je la voyais successivement se communiquer à tous mes petits malades. La varicelle ne donne ni la variole, ni la varioloïde; il est donc très important de bien la savoir discerner de la varioloïde qui, elle, vous le savez, ne jouit pas de la même immunité. Entrons à ce sujet dans quelques développements.

Varioloïde. — Il y a 34 ans, époque à laquelle je commençais mes études médicales, on admettait généralement qu'un individu vacciné ne pouvait jamais avoir la variole. En 1825, éclata à Paris une terrible épidémie de variole; déjà quelques individus vaccinés prirent une maladie semblable à la variole. M. Husson, médecin de l'Hôtel-Dieu, qui avait fait de la variole une très consciencieuse étude, contestait la variole chez les vaccinés. Le fait paraissait tellement extraordinaire, que quand un varioleux vacciné entrait dans un hôpital, on sonnait les cloches à toute volée pour convoquer le plus grand nombre possible de médecins à la constatation de cette anomalie. Mais survinrent les épidémies d'Edimbourg et de Marseille, et cela ne fut plus contesté. Les différents gouvernements de la confédération germanique prirent à cette occasion la mesure suivante : il firent vacciner tous les militaires, et soumirent à la revaccination, au moment de leur entrée au service, les hommes déjà vaccinés.

La variole peut apparaître peu de temps après la vaccine. A l'hôpital Necker, je l'ai vue envahir un enfant que j'avais moi-même vacciné deux ans auparavant. Une femme et ses trois enfants eurent la variole après vaccination; la mère mourut, les enfants n'eurent qu'une varioloïde assez bénigne.

Les formes prodromiques de la varioloïde sont à peu près les mêmes que dans la variole. Outre la fièvre initiale, on remarque assez souvent une éruption scarlatiniforme, pétéchiale, dont la signification pronostique n'est point fâcheuse. Au quatrième jour du début, l'éruption paraît. Dans la variole discrète, les pustules s'accompagnent d'une aréole inflammatoire très prononcée; dans la varioloïde, elles s'ombiliquent peu, ne sont point inégales, restent acuminées, forment une saillie et se *cornent*. Au neuvième ou dixième jour du début, au cinquième ou sixième de l'éruption, la dessiccation est complète, ce qui n'a jamais lieu dans la variole. Quand la tuméfaction cesse tout à coup au neuvième jour dans la variole, je vous ai dit que c'était un signe presque toujours mortel. Dans la varioloïde, au neuvième jour tout est fini.

Varicelle. — Des médecins occupant une éminente position scientifique déclarent que la varicelle n'est qu'une modification de la variole, qu'une variole particulière; c'est une immense erreur, une très périlleuse erreur. Quand une varicelle entrait dans mon service à Necker, si, par exemple, c'était le 1er juin, je faisais inscrire sur le cahier : Du 15 au 17 juin, il y aura d'autres varicelles dans mes salles, et jamais cela n'a manqué. Si c'était une varioloïde, onze ou douze jours après j'étais sûr de voir apparaître des varioloïdes; vous voyez combien la période d'incubation de ces deux maladies diffère essentiellement.

Un enfant vacciné qui a eu la variole prendra la varicelle si la varicelle est dans la famille; cela n'a pas lieu dans la variole et même dans la varioloïde.

Les enfants qui prennent la varicelle ont d'abord de la fièvre, de petites taches rouges, puis on aperçoit une bulle, une phlyctène d'une transparence parfaite, sans aréole inflammatoire alentour. Ce qui arrive trente-six heures après le début de la maladie dans la varicelle, vous ne le voyez, dans la variole, que vers le huitième ou neuvième jour. Dans la variole, l'éruption est simultanée; elle est successive dans la varicelle. Vous observez de la fièvre et des taches, le lendemain cinquante ou soixante taches de plus; de même pour le surlendemain, et vers le quatrième ou cinquième jour vous voyez la fièvre tomber tout à fait.

Au premier jour de l'éruption dans la varicelle, la bulle est transparente; le second jour, c'est une phlyctène purulente, et le troisième elle est remplie d'un liquide lactescent. Dans la variole discrète, la pustule est de forme arrondie, comme une goutte de cire figée sur la peau. Dans la varicelle, la bulle est inégale; elle se déchiquète. La pustule de la variole s'ombilique, la bulle de la varicelle ne s'ombilique pas; elle laisse après elle une tache couleur bistre foncé bien reconnaissable de la trace jaune laissée sur la peau par la variole. Il faut douze ou quinze jours pour la complète évolution d'une pustule variolique; quatre ou cinq jours au plus ont suffi dans la varicelle.

La varicelle est toujours très peu grave. Je ne l'ai jamais vue se terminer par la mort, et je ne sache pas que quelqu'un ait jamais succombé à la suite d'une vérolette, comme elle est encore appelée.

Consécutivement à la varicelle, on peut observer chez les enfants des accidents qui peuvent devenir mortels; ainsi, chez ceux, par exemple, qui ont de la tendance à suppurer, on verra apparaître une maladie pemphygoïde, quelquefois des bulles de pemphygus très larges, laissant de vastes ecchymoses. Ce n'est plus alors de la variole; cela en diffère essentiellement.

Ainsi donc, la variole et la varioloïde sont identiques, tandis que la varicelle se distingue de ces deux maladies par les dissemblances de sa période d'incubation et des accès fébriles, par sa forme, la durée de l'éruption, la nature des pustules et enfin par la gravité.

MÉMOIRE

sur la paralysie du sentiment d'activité musculaire (1).

Par M. O. LANDRY, docteur en médecine, ex-interne lauréat des hôpitaux, etc.

OBS. II. — Chazeau (Françoise), âgée de quarante-six ans, couturière; entrée le 30 juin 1851 à l'hôpital Beaujon (salle Sainte-Claire, n° 52).

La mère de la malade est morte après huit années d'aliénation. On trouve dans ses antécédents pathologiques un état hystérique avec rétention des urines et des matières fécales vers l'âge de vingt-trois ans;

(1) Suite. — Voir le numéro du 7 juin.

SUR LES THERMES D'AIX EN SAVOIE.

A Monsieur FRANÇOIS, *ingénieur des eaux minérales de France* (1).

Monsieur,

Les sources thermales d'Aix, mises à découvert par une puissante commotion terrestre, apparurent pendant cette époque incompréhensible du froid glacial qui, succédant au diluvium, recouvrit l'Europe de glaciers et détruisit, dans nos pays, les animaux et la végétation tropicale qui les avaient habités.

Un de ces glaciers, posé sur l'emplacement de l'origine même de nos sources, s'y était établi et marcha assez longtemps pour en polir et strier les rochers, caractère qu'il n'aurait pu nous laisser si les eaux chaudes eussent alors coulé, parce que leur haute chaleur n'aurait pas permis aux glaces de se consolider à leur surface.

A l'instant de la déchirure du sol par la secousse, les sources jaillirent avec violence et se montrèrent en grand nombre. Notre vallée fut témoin d'un de ces phénomènes effrayants que la nature en travail, au foyer des volcans, renouvelle encore de nos jours, et dont le Cotopaxi est un récent exemple.

Si on reconstitue les faits à l'aide des témoignages qui nous restent, on voit une masse incalculable d'eau se dégageant bouillante à travers une fissure de plus de 25 mètres d'étendue, sur un mètre de hauteur, et faisant irruption spontanément juste sous un glacier d'une prodigieuse hauteur, composé de neiges, d'eau gelée, de fragments rocheux, de boues, consolidés par le règne d'un froid polaire.

La chaleur émanée du cratère fut bientôt plus puissante que le froid; les vapeurs chaudes, saturées d'acide sulfureux et carbonique, dissolvèrent les glaces déposées sur le soupirail d'où l'eau, à son paroxysme d'agitation et de chaleur, s'élançait chargée de sels minéraux.

Cette fonte du glacier jointe à l'eau d'irruption accumulant des torrents de liquide et de boue, qui sillonnèrent les terres jusqu'à la Méditerranée, occasionna un véritable dégel erratique bien autrement terrible que celui signalé aux Canaries par Leopol de Bruck (1).

Sous le point de vue de leur apparition, nos sources sont donc récentes, comparées à celles des Pyrénées, dont l'âge, s'il a pour point de départ le soulèvement de cette chaîne, est incommensurable.

Cette apparition presque moderne des eaux thermales d'Aix a été absolument ignorée par M. le docteur Fontan. S'il l'eût connue, il aurait facilement compris que des différences notables de composition, de proportions dans les éléments minéralisateurs peuvent parfaitement, et doivent même nécessairement exister dans des eaux dont le surgissement est espacé par des périodes géologiques, et jamais fantaisie ne lui aurait pris de classer parmi les sulfureuses accidentelles les sources d'Aix, dont les témoignages les plus précis attestent l'origine sur un foyer volcanique. Le docteur Filhol, dans son excellent travail analytique sur les eaux des Pyrénées, a, du reste, combattu cette opinion, que vous ne partagez pas, j'en suis sûr? L'hydrogène sulfuré libre, l'azote, l'acide carbonique, l'acide silicique dégagés par nos courants thermaux arrivés à l'air libre, aussi bien que l'état dans lequel se trouvent les bases minérales en dissolution dans l'eau, doivent vous enlever toute propension à cette idée préconçue, étrange même, et vous laisser convaincu que nos sources n'ont pas éprouvé d'altération dans leur parcours, qu'elles ne sont point décomposées pour se reconstituer ensuite, et qu'elles viennent, au contraire, se livrer à vous étant encore dans les conditions primitives de leur thermo-minéralisation.

Cette condition remarquable d'inaltérabilité est un fait généralement vrai, entrevu par Rozes et Berzélius, prouvé par Ebelmen, Bischof et Liébig, admis par Gay-Lussac, Anylada et Long-Champ. Pour le comprendre, abstraction faite d'analyse chimique, il est nécessaire d'accompagner intuitivement les sources à travers les entrailles de la terre jusqu'à leur foyer de calorification, de les voir se charger de sels et de vapeurs minérales, de savoir qu'elles se mettent en route saturées de chaleur, avec tout le cortége des productions volcaniques; qu'elles peuvent dans leur parcours perdre celles qui sont douées d'une grande

(1) Voir le numéro du 12 avril.

(1) *Descript. phys. des îles Canaries*, traduct. de Boulanger, p. 440. Lyell, *Géol.*, p. 263. Abel de Rémussat, p. 203.

des accidents syphilitiques qui lui furent communiqués par son mari ; un rhumatisme articulaire vers l'âge de vingt-six ans.

Le 24 février 1848, au milieu de toutes les apparences de la santé, à la suite d'une vive émotion, elle éprouve immédiatement un tremblement nerveux et une incontinence des matières fécales qui persista. Les jours suivants l'émission des urines devint difficile, et il survint un peu de faiblesse sous les jarrets avec une sensation de courbature. Dès lors se développèrent de plus en plus les symptômes d'une paraplégie, présentant toutefois des caractères singuliers.

La marche devint titubante, mais la malade allait plus vite qu'elle ne voulait et ne pouvait marcher qu'à un pas très accéléré; chutes fréquentes. Elle ne sentait qu'imparfaitement le sol sous ses pieds; parfois elle perdait ses souliers, et ne le remarquait que lorsque en marchant dans l'eau des ruisseaux elle en sentait le froid.

Deux mois après le début des premiers accidents, quelques fourmillements se firent sentir aux extrémités des doigts; le toucher s'altéra, les mains devinrent maladroites.

En 1849, après quelques symptômes névralgiques au voisinage de l'œil droit, la vue de ce côté s'altéra considérablement.

En 1850, après des alternatives de rétention et d'incontinence des matières fécales, la constipation devint définitive; tous les symptômes de la paraplégie augmentèrent au point de rendre la marche impossible, et les mains devinrent inaptes à remplir leurs fonctions. A la même époque se fit sentir une constriction pénible autour de la base du thorax, qui n'existait pas auparavant.

Des vésicatoires, des cautères et des ventouses scarifiées, des bains de Barèges, l'emploi de l'iodure de fer, tout est resté inutile, et les accidents prenant sans cesse une intensité nouvelle, la malade se décida à entrer dans le service de M. Sandras à Beaujon.

Tempérament lymphatique, nerveux; constitution assez débile; pouls petit; palpitations, mais sans bruit de souffle; rien d'anomal du côté de la respiration; digestions bonnes; menstruation irrégulière depuis quelques mois.

La marche et la station sont absolument impossibles si la malade n'est soutenue par deux personnes. Quand elle essaye de se tenir debout, on ne voit pas ses jambes s'affaisser sous elle, mais elle ne peut prendre son équilibre; de même, si l'on cherche à la faire marcher, les jarrets ne fléchissent qas, mais ses pieds glissent à droite ou à gauche, en avant ou en arrière, sans qu'elle se doute de ces désordres, sans qu'elle cherche à régulariser ses mouvements. Toutefois, quand elle regarde aller ses pieds, quand elle les voit se poser, elle marche avec plus de facilité, mais c'est toujours d'un pas extrêmement accéléré et en quelque sorte convulsif. Chaque mouvement des orteils, des pieds, des jambes et des cuisses s'exécute volontairement et même avec vigueur, en sorte que le trouble de la marche et de la station debout semble ne pas dépendre d'un défaut d'énergie de la contraction musculaire volontaire. Un examen plus approfondi fait découvrir les particularités suivantes : Quand elle est assise, si ses pieds sont mal placés, il arrive souvent qu'ils glissent sur le parquet tout à fait à son insu ; si, lui faisant fermer les yeux, on imprime aux pieds divers mouvements, elle ne les apprécie que très imparfaitement et presque toujours se trompe sur leur direction ; les mouvements passifs de la jambe sur la cuisse sont beaucoup mieux appréciés, quoiqu'ils le soient obscurément. Si on l'engage à porter l'un des membres inférieurs en *dehors* en lui désignant un point à atteindre avec le pied, elle y arrive avec précision, qu'elle s'aide ou non de la vue; mais les mouvements en *dedans* diffèrent beaucoup sous ce rapport. Si, en effet, plaçant ma main en quelque point qu'elle puisse atteindre par un mouvement en dedans plus ou moins étendu du membre inférieur gauche, je l'engage à y porter le pied en s'aidant de la vue, elle y arrive sans hésitation; mais si je lui fais fermer les yeux, après avoir bien calculé avec la vue la distance qu'elle doit parcourir, le mouvement en dedans décrit par le membre reste en deçà ou dépasse le but à atteindre de la manière la plus exagérée et sans que la malade en ait conscience, car lorsqu'elle ouvre les yeux elle exprime son étonnement de s'être autant éloignée du but. Quand on cherche à la faire marcher, il lui semble poser ses pieds sur du coton.

Tous les mouvements des mains, des avant-bras et des bras s'exécutent facilement, et la pression des mains est même assez vigoureuse. Mais il lui est impossible de coudre ou d'exécuter les ouvrages qui nécessitent un travail même peu délicat des doigts.

Aux mains, comme sur tout le reste du corps, les sensations de contact sont obtuses, mais non abolies; les sensations de douleur sont partout exagérées; quand on pince ou quand on pique la malade, il lui semble que la douleur, extrêmement intense dans les parties où elle se produit, s'irradie au loin dans la direction des nerfs, quelque superficielle et légère que soit la lésion de la peau. Les sensations de température sont également exagérées.

Le tronc participe à la faiblesse des membres inférieurs. La malade ne peut se tenir que dans un fauteuil; sur une chaise, elle tombe à droite ou à gauche, comme si, dit-elle, elle était assise sur une boule.

Constipation opiniâtre; les selles sont pourtant volontaires, mais elle ne sent pas le passage des matières. L'émission des urines est un peu ralentie, mais sans rétention ni incontinence.

Irritabilité musculaire partout bien conservée.

L'ouïe est intacte; l'odorat est trop sensible; la vue est affaiblie de l'œil gauche; de l'œil droit, elle est presque perdue; le champ de la vision est diminué; la malade ne voit que les objets placés dans l'axe de l'œil et non ceux qui s'en écartent. Les milieux, transparents, ne présentent aucune altération; l'iris est contractile; mais la pupille, extrêmement petite même dans l'obscurité et ponctiforme quand la malade regarde la lumière, présente une forme à peu près quadrilatérale.

L'intelligence est saine, la mémoire conservée; ni céphalalgie ni vertiges habituels; mais quand elle ferme les yeux, étant debout soutenue par deux personnes, la tête lui tourne, et elle éprouve la même chose quand elle remue les yeux de droite à gauche, et réciproquement, ou quand elle les lève en l'air. Constriction douloureuse autour de la base du thorax; rachialgie *vraie* au niveau des apophyses épineuses depuis la septième dorsale jusqu'au coccyx.

Un traitement antisyphilitique, puis tonique, des bains alcalins, l'électricité ont été aussi impuissants que les moyens précédemment employés. Les symptômes paralytiques n'ont cessé de s'accroître, et, l'état général s'altérant, cette femme, considérée comme incurable, a été envoyée à la Salpêtrière, où les signes d'une phthisie pulmonaire n'ont pas tardé à être constatés. Elle est morte le 5 mai 1852 sans avoir présenté le moindre trouble de l'intelligence.

Au moment où elle a quitté l'hôpital Beaujon, la malade ne pouvait plus ni se tenir debout ni essayer de marcher, même étant soutenue par deux personnes. Elle gardait continuellement le lit, elle ne percevait plus ou à peine les mouvements passifs qu'on imprimait aux membres inférieurs, le poids des objets dont on les chargeait, la résistance qu'on opposait à leurs mouvements volontaires; elle n'avait pas conscience de leur position ni de leur existence et les cherchait souvent dans son lit.

A l'autopsie, on trouve dans les cordons postérieurs de la moelle, depuis le commencement de la région dorsale jusqu'à la queue de cheval, huit ou neuf petites masses probablement tuberculeuses et les signes d'une légère méningo-myélite chronique. Les poumons contiennent des tubercules à tous les degrés.

Obs. III. — M. X..., médecin aux Thernes, âgé de cinquante-cinq ans (1).

Le père du malade, mort à quarante-deux ans, était d'un caractère des plus violents et d'un tempérament extrêmement nerveux. L'une des sœurs de M. X..., qui lui ressemble sous le rapport des apparences extérieures, a été pendant longtemps dans un état voisin de l'aliénation, et reste encore nerveuse à l'excès. Son propre fils, âgé de onze ans, présente à un haut degré le tempérament nerveux propre à toute sa famille, et j'ai eu l'occasion d'observer chez lui des symptômes hystériformes.

M. X..., également très nerveux, grand, sec, et d'une apparence débile, a été toute sa vie soumis à d'assez mauvaises conditions hygiéniques, surtout sous le rapport alimentaire. Dès son enfance il est gastralgique, maigre, hypocondriaque, sujet à des défaillances à la moindre émotion, etc. Il ne s'est jamais adonné à aucune espèce d'excès, et encore moins aux excès vénériens, les désirs de cette nature ne s'étant éveillés chez lui que fort tard (vingt-cinq ans), et n'ayant jamais eu beaucoup d'intensité jusque dans ces dernières années. Il a eu assez fréquemment des pertes séminales. Pas d'antécédents syphilitiques, et seulement une légère urétrite vers l'âge de trente-cinq ans.

En 1852, des chagrins ajoutèrent aux dispositions signalées plus haut. Les symptômes gastralgiques et les tendances hypocondriaques s'accrurent beaucoup; des palpitations, dont il se plaignait depuis 1849, devinrent plus violentes. En outre, étant devenu veuf, il était tourmenté par des besoins vénériens accompagnés de rêves érotiques et de pertes séminales. A la même époque il se fatigua à donner des soins à son fils malade, et c'est à la suite de ces fatigues que se manifestèrent les premiers signes de l'affection dont il est atteint.

Début et progrès de la maladie. — Dans le cours de l'année 1852, M. X... commença à éprouver, du bout des orteils aux genoux, une sensation de fourmillement et d'engourdissement qui s'accompagna bientôt d'un phénomène nouveau pour lui : à chaque impression morale il lui semblait que les membres inférieurs se dérobaient sous lui; et en effet les genoux fléchissaient réellement. Lorsque, étant assis, il voulait se lever, il éprouvait quelque difficulté à prendre son équilibre, et il se croyait menacé d'une chute. Voulait-il marcher, les premiers pas étaient incertains, mais il ne tardait pas à retrouver son aplomb. Au printemps de 1853, ces accidents, qui avaient presque disparu pendant l'hiver, recommencèrent à se manifester, et M. X... éprouva de nouveau de la peine à prendre et à garder son équilibre dans la station debout et la marche. A ces premiers symptômes ne tarda pas à se joindre une véritable titubation pendant la marche, qui ressemblait à celle des ivrognes. Son allure n'était pas ralentie; le malade ne traînait pas les membres inférieurs, il les remuait plutôt trop facilement, et marchait de préférence, ou comme malgré lui, à un pas accéléré. Sa démarche était d'autant plus assurée qu'elle était plus rapide. Ses jambes lui paraissaient très légères, et il lui semblait qu'elles ne touchaient pas à terre; il n'avait même conscience de leur existence que par la sensation d'engourdissement et de fourmillement dont elles étaient le siége.

Les membres supérieurs furent envahis à leur tour; des fourmillements se firent sentir dans les doigts, et bientôt leurs fonctions et celles des mains s'altérèrent. Il arrivait souvent à M. X... de perdre la canne sur laquelle il s'appuyait sans s'en apercevoir autrement qu'en l'entendant tomber. Sa plume ou son crayon lui échappaient des mains; il formait mal les lettres. Les mouvements, tout en conservant leur étendue et leur énergie, perdirent de leur régularité, et ces désordres se propagèrent à toute la main et à l'avant-bras.

A peu près dès le début des premiers symptômes, l'évacuation des urines et des matières fécales fut un peu troublée, toutefois sans incontinence ni rétention; mais le besoin de les rendre se faisait rarement sentir, et l'émission en était incomplète.

M. X... n'éprouvait d'ailleurs aucun symptôme local du côté de l'encéphale ou de la moelle. Parfois seulement il était pris de vertiges particuliers : quand il fermait les yeux ou quand il les élevait, il lui semblait que le sol s'enfuyait sous lui et qu'il allait tomber; mais cela se dissipait dès qu'il ouvrait les yeux ou qu'il les reportait vers la terre.

En septembre 1853, il reste habituellement assis dans un fauteuil, et ne peut ni se lever, ni marcher seul. Lorsqu'à l'aide de deux personnes il cherche à se mettre debout, il ne parvient qu'à grand'peine à prendre une position convenable à l'équilibre, et quand il y est arrivé il ne peut s'y maintenir. Si l'on cesse de le soutenir, il oscille, puis tombe d'un côté ou de l'autre. S'il essaye de marcher, ses mouvements sont brusques, trop pressés, mal ordonnés, mal mesurés, et il ne sait où il pose ses pieds. Il agite ses membres à la manière de ces pantins de bois qu'on fait mouvoir avec une ficelle. Mais quand on l'engage à surveiller ses mouvements à l'aide de la vue, il marche plus régulièrement, et il n'est pas un des mouvements isolés ou de totalité des membres inférieurs, de la cuisse, de la jambe, du pied et des orteils qu'il n'exécute avec facilité; ils sont alors aussi étendus et aussi vigoureux que possible. La contraction volontaire ne semble avoir rien perdu de son énergie. Etant assis ou couché, il élève facilement le membre inférieur et le tient longtemps élevé sans fatigue apparente; seulement ce membre est agité d'oscillations qu'il maîtrise toutefois en partie quand il s'en aperçoit. Il n'a aucune idée des mouvements passifs plus ou moins étendus et violents qu'on imprime à ses membres. Les mouvements actifs ne sont même pas appréciés dès qu'il cesse de les surveiller par la vue. Ainsi, après lui avoir fait fermer les yeux, qu'on l'invite à remuer l'un des membres inférieurs en totalité ou l'un de ses segments, il le fait, mais ne peut dire si le mouvement exécuté est grand ou petit, énergique ou faible, ou même s'il a réellement lieu; et quand on lui fait ouvrir les yeux pendant qu'il agite la jambe de droite à gauche, par exemple, il déclare qu'il n'avait qu'une idée fort inexacte de cette action. De même, si après lui avoir désigné un but à atteindre et le lui avoir fait mesurer de la vue, on l'engage à y porter le pied sans regarder, il reste en deçà ou va au delà sans s'en douter, ou s'il y arrive, ce n'est que par hasard. Au contraire, en suivant son pied de l'œil, il y parvient très facilement. Il exécute parfois, tout à fait à son insu, des mouvements automatiques. Enfin, lorsqu'il ne voit pas ses membres il n'a plus conscience de leur existence, il ignore leur position. Dans son lit, il les perd, pour ainsi dire, et il est obligé de les chercher avec ses mains. Etant assis, il cherche souvent à les étendre ou à les fléchir quand ils le sont déjà. Si, ayant la volonté d'exécuter un mouvement, je l'en empêche, il ne s'en aperçoit pas, et attribue au membre la position qu'il avait eu l'intention de lui donner. Il n'apprécie ni la résistance qu'on oppose à ses mouvements, ni le poids dont on charge ses membres. Il soulève facilement un objet très lourd s'il en a mesuré le poids avec la vue; mais si on ne lui permet pas de le juger préalablement, il ne sait pas proportionner ses efforts à sa pesanteur, et la contraction musculaire est ou trop, ou trop peu considérable. Quand on le fait marcher, outre qu'il ne sait où il place ses pieds, il croit toujours les poser sur un corps d'une consistance molle, comme du coton ou de la laine. M. X... accuse un sentiment de légèreté extrême des membres inférieurs, dont les mouvements lui semblent trop faciles, loin d'être alourdis.

Aux membres supérieurs, à peu près mêmes désordres : mouvements mal coordonnés, mal mesurés; défaut d'appréciation des mouvements passifs et même des mouvements actifs, quand le malade ne les voit pas; mais faculté de les coordonner et de les mesurer en s'aidant de la vue; grande énergie de contraction musculaire; intégrité et rapidité de chaque mouvement isolé des doigts, des mains, des avant-bras, des bras; impossibilité d'apprécier la pesanteur ou la résistance; sentiment d'extrême légèreté des mains, etc. La préhension est très altérée; le malade saisit maladroitement, et ne parvient à saisir mieux qu'en surveillant avec attention ses doigts avec la vue. Il ne peut plus écrire. Dès que son attention se relâche, il laisse échapper les objets qu'il tenait sans s'apercevoir que leur poids lui manque ni que les doigts se

(1) L'observation qui va suivre est un type de l'affection que je veux faire connaître. Aussi, si j'ai sacrifié les détails qui concernent les antécédents, je me suis abstenu d'éliminer aucun de ceux qui se rapportent aux phénomènes paralytiques, car ils sont presque tous caractéristiques et très importants.

---

volatilité, tels que le brome, l'iode; mais que toutes celles qui arrivent à l'émergence conservent le caractère qu'elles ont contracté au lieu même de la thermalisation.

Ainsi, nos sources thermales arrivées à l'émergence renferment toujours les mêmes éléments et les mêmes proportions de ces éléments. La nature, inimitable dans cette opération, garde ses secrets tant que la source n'a pas atteint l'air extérieur, tant que le courant n'a pas reçu d'eaux étrangères.

Le contact de l'un ou l'autre de ces agents modifie aussitôt nos sources. L'oxygène est spontanément absorbé et converti. La transition est brusque, instantanée, et saisissable par des procédés que je ne puis à mon regret développer actuellement, quoique ce phénomène sérieux, important, mis en rapport avec l'état des sources dans leurs canaux profonds, puisse seul donner une notion sur leurs *mœurs*, sur les *habitudes* de leurs composants, sur l'action de ces composants appliqués à l'économie humaine.

Quoi qu'il en soit, les conclusions sommaires déduites du mode d'être des eaux, soit dans leur parcours, soit à l'émergence, étant :

Les sources thermales d'Aix ont dans leur trajet souterrain une allure spéciale, constante, invariable comme la composition des roches qui les encaisse;

Ces sources prennent leur indélébile caractère, leur ultième mode d'être lorsqu'elles ont atteint l'atmosphère, ou bien lorsqu'elles ont reçu des eaux étrangères;

Ces conclusions, dis-je, qui ne comprennent pas seulement la décomposition de l'hydrogène sulfuré, mais qui signalent encore d'autres phénomènes de physiologie thermale autrement importants accomplis sous l'influence de l'air extérieur et de l'eau étrangère, vous recommandent la captation la plus hermétique possible des sources, et le détournement minutieux des filtrations accidentelles.

DAVAT,
médecin de l'établissement.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. Decq;
A Genève, à la librairie de Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Philosophie médicale. Esprit du vitalisme et de l'organicisme, ou Examen critique des doctrines médicales des écoles de Paris et de Montpellier, par le docteur Edouard Auber. In-8° de 44 pages. Prix 2 fr. — A Paris, chez Germer Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Traité de toxicologie générale et spéciale, médicale, chirurgicale et légale; par M. P. Galtier, docteur-médecin, professeur de pharmacologie, de matière médicale, de thérapeutique et de toxicologie. — *Division de l'ouvrage:* Toxicologie générale, 1 vol. in-8°. Prix, 4 fr. 50 c.; *franco* par la poste, 5 fr. 50. — Toxicologie médicale, chimique et légale, 2 vol. in-8°. Prix, 13 fr.; *franco* par la poste, 19 fr. — Chacun de ces ouvrages se vend séparément. — L'éditeur tient à la disposition des personnes qui lui en feront la demande le prospectus de cet ouvrage. — Chez Chamerot, libraire-éditeur, 13, rue du Jardinet.

sont ouverts. Tout lui paraît sans poids. Il n'apprécie ni l'épaisseur, ni le volume, ni la forme des corps qu'on lui fait toucher, ou plutôt leur attribue presque toujours une forme et un volume à peu près identiques; il se les figure comme cylindriques ou ronds, et ayant à peu près 2 centimètres d'épaisseur. Si, après lui avoir fait fermer les yeux, on lui retire de la main un objet qu'il tenait, il ne s'en aperçoit pas, et continue à garder la position qu'il avait prise pour le tenir, et croit toujours sentir la même forme et le même volume. La même chose arrive si, également à son insu, on a complétement ouvert sa main; il la croit encore fermée et remplie par l'objet dont il juge la forme et le volume comme s'il n'avait pas cessé de le tenir. Il ne sent pas la résistance qu'on oppose aux déplacements des doigts et de la main, et croit souvent avoir exécuté un mouvement qu'on l'a empêché de faire. Il ne peut juger la consistance des corps, auxquels il attribue sans discernement de la dureté ou de la mollesse. Quand on plonge à son insu un de ses doigts dans l'eau, il s'en aperçoit très bien au froid qu'il ressent; mais si on l'invite à agiter ce doigt, il croit le remuer dans l'air et ne sent pas la résistance du liquide.

Les mouvements ont, comme je l'ai dit, une grande irrégularité; mais tous, même les mouvements plus délicats des doigts, s'exécutent avec la plus grande facilité. Quand il les regarde, on ne s'oppose que difficilement à leur flexion, et il vous serre la main avec vigueur. Cesse-t-il de voir, il continue à faire effort pour fléchir son doigt ou sa main malgré vous, mais ne sait pas proportionner la contraction à votre résistance; il vous serre aussi la main très mollement, comme s'il y avait un manque réel de force. Les yeux ouverts, il oppose aisément le pouce à chacun des autres doigts; les yeux fermés, le mouvement d'opposition a bien lieu, mais le pouce ne rencontre que par hasard le doigt qu'il cherche. Les yeux ouverts, il parvient sans hésitation à joindre ses deux mains; les yeux fermés, ses mains se cherchent dans l'espace et ne se rencontrent aussi que par hasard, les doigts ne savent plus s'entre-croiser régulièrement. Pas la moindre apparence de tremblement dans les mains.

Etat de la sensibilité cutanée des quatre membres. — Sensations de contact conservées, mais obtuses; M. X... sent très bien qu'on le touche, mais il ne peut distinguer avec quel objet. Ainsi il ne reconnaît pas si c'est de la laine, du bois ou la main de l'observateur. Il ne sent plus le chatouillement. Il sait parfaitement désigner le point précis de l'attouchement, à moins que le corps mis en contact n'occupe sur la peau qu'un très petit espace, comme, par exemple, la pointe émoussée d'une aiguille. Sensations de température intactes; sensations de douleur très exagérées.

Tous les mouvements respiratoires, ainsi que ceux du cou, de la tête, de la face, s'exécutent très normalement. La parole est libre, nettement articulée; pas de tremblement de la langue ou des lèvres. La face, ni la langue ne présentent aucune déviation appréciable.

Tous les muscles du corps répondent à l'électricité d'une manière normale. Notons que les contractions déterminées par l'électricité s'accompagnent d'une forte douleur de crampe, bien que le malade n'ait pas la conscience des mouvements qui en sont la conséquence.

L'émission des urines est difficile et toujours incomplète, car ayant eu l'occasion de sonder plusieurs fois M. X... lorsqu'il avait fini d'uriner ou lorsqu'il croyait avoir fini, j'ai retiré encore une grande quantité d'urine; M. X... n'éprouve jamais le besoin ordinaire, c'est toujours une sensation douloureuse, extrêmement pressante et que l'émission d'une faible quantité d'urine fait cesser. Il y a constipation habituelle, mais la défécation est volontaire. Le malade sent mal le passage des matières, c'est-à-dire qu'il ne peut dire si elles sont molles ou dures, ou même ne sait pas distinguer s'il rend des fèces ou des gaz.

M. X... éprouve très fréquemment un ténesme anal et vésical très pénible, avec sensation de gonflement et de tension au voisinage de l'anus; il est tourmenté de fréquents désirs vénériens qui s'accompagnent assez souvent d'éjaculations spontanées.

Les organes génito-urinaires ont été examinés avec soin par M. Mercier, qui n'a rien constaté de morbide, si ce n'est l'excessive sensibilité de l'urètre, qui paraît en rapport avec l'hyperalgésie générale. Les urines sont claires et non fétides; elles rougissent le papier bleu de tournesol.

Aucun symptôme ou signe local du côté de l'encéphale et de la moelle; mémoire intacte, intelligence saine.

L'ouïe, l'odorat et le goût ne présentent rien d'anomal; la vue est un peu affaiblie.

Etat général mauvais; maigreur considérable, mais sans atrophie musculaire; teint cachectique; appétit médiocre; digestions lentes, accompagnées de renvois gazeux et de ballonnement épigastrique; pouls petit, très dépressible; bruits du cœur mous et claqués; sommeil mauvais, fréquemment interrompu par un sentiment de malaise indéfinissable. Rien d'appréciable du côté de la respiration.

Décembre 1854. — L'état actuel de M. X... ne diffère de celui que j'ai décrit que par l'aggravation de tous les symptômes. Ainsi l'affaiblissement de la vue s'est transformé en une cécité complète; le malade distingue à peine le jour de la nuit. On ne trouve aucune altération des milieux transparents de l'œil; seulement la pupille, au lieu d'être dilatée comme d'ordinaire, est extrêmement resserrée et punctiforme. Dans l'ombre ou à une lumière vive, elle ne varie que d'une manière à peine appréciable.

Depuis que M. X... est aveugle, il ne peut plus faire servir ses membres à aucun usage, faute de savoir les diriger; souvent même il ne peut pas les remuer, parce qu'il ignore où ils sont et ne sait quel mouvement il faut leur faire exécuter. C'est surtout dans les membres inférieurs que l'aggravation du mal est remarquable. Ainsi il est impossible de le faire marcher, quel que soit l'aide qu'on lui prête; quand il l'essaye, ce n'est plus seulement l'équilibre qui manque, il s'affaisse sur lui-même absolument comme les paralytiques ordinaires. Cependant l'énergie musculaire ne fait pas plus défaut qu'au début de l'affection, ce dont on peut aisément s'assurer; mais n'ayant plus conscience de l'état de ses membres et ne pouvant plus en juger par la vue, il lui est impossible d'en faire l'usage ordinaire. Quand une jambe est en arrière, il l'ignore et ne fait par conséquent aucun effort pour la ramener en avant; si elle est trop écartée de la position convenable à la station debout, si les membres, cédant au poids du corps, s'affaissent, il ne s'en doute pas, et par conséquent il ne cherche pas à y remédier. Mais quand on l'en prévient, il obéit à l'ordre qu'on lui donne et se redresse ou ramène ses membres dans une position meilleure; seulement il ne tarde pas à se laisser aller de nouveau.

Les sensations de contact sont complétement abolies aux membres supérieurs, mais encore conservées aux membres inférieurs, quoique très obtuses; sensations de température bien nettes; l'hyperalgésie persiste.

Il faut ajouter que depuis le mois de septembre l'affection paralytique reste stationnaire. L'émission des urines se fait même un peu mieux; la sensibilité de l'urètre est moindre; il y a tous les deux jours une selle volontaire et beaucoup moins de sensations pénibles au rectum.

L'état général reste longtemps mauvais, est sensiblement meilleur depuis six mois, et en particulier les digestions se font très bien, le sommeil est paisible.

Aucun traitement n'a été bien régulièrement suivi. M. X... a longtemps abusé des purgatifs, auxquels il n'a plus recours maintenant que de loin en loin. Depuis le mois de septembre 1853 il s'est astreint à l'usage d'une alimentation substantielle, et la médication à laquelle il s'est soumis a été en général une médication tonique. Il a pris, mais sans persistance, du fer, des extraits de quinquina, d'absinthe; plus tard de la noix vomique à faible dose. La magnésie et la rhubarbe ont été également administrées contre les symptômes gastriques qui le tourmentaient. Depuis près de six mois M. X... se conforme mieux à ce système thérapeutique. D'ailleurs, l'hyperalgésie s'est toujours opposée à ce qu'on fît emploi de l'électricité.

Obs. IV (1). — La femme Reine, quarante-deux ans, couturière, d'un tempérament lymphatique nerveux, mais fortement constituée, entrée le 20 mars 1852 à l'hôpital Beaujon (service de M. Sandras), après avoir éprouvé dans le cours de l'année 1849 des céphalalgies accompagnées de vertiges, d'étourdissements, d'éblouissements et de perte d'appétit, commença à éprouver des fourmillements avec une sensation d'engourdissement dans les extrémités supérieures et inférieures; en même temps la vue s'affaiblit un peu. En 1850, les membres inférieurs parurent perdre de leur force, et la marche devint titubante. Dès lors se développa une affection paralytique qui fit des progrès incessants.

A son entrée à l'hôpital (20 mars 1852), la marche ne pouvait s'exécuter sans le secours d'une canne. Grande difficulté à prendre et à garder l'équilibre; irrégularité des mouvements des membres inférieurs; tendance à prendre un pas accéléré; conservation de tous les mouvements, qui sont étendus et énergiques; inconscience des mouvements passifs; appréciation imparfaite de la position des membres inférieurs et de l'étendue des mouvements actifs; défaut de mensuration des mouvements quand l'œil ne les surveille pas, etc. Un peu de faiblesse des mains. Sensibilité absolument intacte. Emission des urines et défécation normales. Intégrité de l'intelligence et des sens, excepté de la vue, qui est très affaiblie. Aucun signe local du côté des centres nerveux.

En février 1853, aggravation de tous les symptômes; insuccès des diverses médications employées : purgatifs, saignées, vésicatoires, moxas, cautères le long de la colonne vertébrale, puis ferrugineux, nourriture substantielle, onctions avec la pommade au sulfate de strychnine, bains sulfureux et alcalins, électricité.

Obs. V. — Angélique H..., quarante-six ans, ouvrière en fourrures, fortement constituée, mais actuellement dans un état profondément cachectique, d'un tempérament lymphatique nerveux, entre le 9 décembre 1851 dans le service de M. Sandras, à l'hôpital Beaujon.

Cette malade, sujette à des accidents hystériques depuis près de vingt ans, s'est aperçue à la fin de 1849 que la main gauche s'affaiblissait et s'engourdissait. Bientôt s'est développée une paralysie de tout ce membre, caractérisée par les symptômes actuels : exécution facile, quoique molle, de tous les mouvements des doigts, de la main et de l'avant-bras, mais sans précision ni mesure; défaut d'appréciation des mouvements passifs et de l'étendue ou de l'énergie des mouvements actifs; impossibilité d'apprécier la pesanteur. Toutes les fonctions du membre supérieur sont profondément altérées, et la malade ne peut le faire servir à aucun usage qui demande un peu de délicatesse dans les mouvements.

Sensations de contact et de température conservées; sensations douloureuses obtuses et abolies par places. Vue très faible; tous les autres sens sont intacts. Aucun signe local du côté des centres nerveux. Cachexie chloro-anémique. Phénomènes hystériques. — Pas de traitement.

Obs. VI. — C... Céline, passementière, âgée de dix-neuf ans, entrée dans le service de M. Aran, à l'hôpital de la Pitié, le 29 novembre 1852, sortie le 5 avril 1853.

Tempérament lymphatique; hystérique; présentant dans le côté gauche du corps les désordres suivants : abolition de toutes les sensations cutanées; absence de conscience du mouvement de ses doigts, qu'on peut fléchir ou étendre à son insu. Inconscience des mouvements passifs imprimés aux phalanges; défaut d'appréciation du poids et de la consistance; conservation de la force musculaire. (Extrait de la thèse de M. Bellion, obs. XI, p. 54.)

Obs. VII. — Au mois de février 1790, un instituteur allemand, ayant éprouvé de très violents chagrins, fut pris d'une insensibilité qui gagna tout le corps. Les mouvements étaient libres dans toutes leurs articulations, et les muscles locomoteurs entièrement soumis à l'influence de la volonté; mais le malade n'avait pas le sentiment d'avoir exécuté ces mouvements. Il remuait à volonté les orteils séparément ou ensemble; mais pour savoir si le mouvement avait réellement eu lieu, il était obligé de s'en assurer par ses yeux. Il marchait assez facilement; cependant il lui semblait qu'il ne se servait pas de ses propres jambes. (Observ. de M. Mathew, thèse de M. Bellion, p. 46.)

Obs. VIII. — Une jeune fille de dix-huit ans, d'un tempérament lymphatique, d'une bonne constitution, hystérique depuis l'âge de treize ans, fut prise, après plusieurs attaques hystériques, d'une insensibilité générale. Abolition des sensations de contact, de douleur et de température à la surface de la peau et dans ses parties profondes; trouble considérable de la marche et des fonctions des membres supérieurs, quoique tous les mouvements isolés fussent possibles et énergiques quand la malade les regardait; inconscience des mouvements passifs et actifs; défaut de perception de la résistance et de la pesanteur, de la position des membres, etc.; en outre, impossibilité d'exécuter des mouvements sans le secours de la vue, mais possibilité de régulariser en partie les actions des membres quand elle les regardait. (Observation extraite du *Traité de l'électrisation localisée*, par M. Duchenne, de Boulogne, p. 417.)

(1) Les observations qui vont suivre ne contiendront qu'un rapide résumé des détails recueillis au lit des malades.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 4 juin 1855. — Présidence de M. Regnault.

De la non-absorption des médicaments dans le choléra. — M. H. Deroy adresse sous ce titre une réclamation de priorité pour la constatation de ce fait.

M. Deroy s'exprime en ces termes :

« Le choléra a sévi à Beton-Bazoches (Seine-et-Marne) avec une grande intensité. Lors de l'invasion de l'épidémie, le 4 juillet dernier, j'ai employé, comme tous mes confrères, une foule de moyens plus ou vantés, et tous, il faut bien le dire, avec peu de succès. Parmi ces médications, il en est une qui commençait à faire beaucoup de bruit dans les journaux et dans le monde médical, le traitement par la strychnine; je m'empressai donc de l'expérimenter. Je soignai, depuis le 4 juillet 1854 jusqu'à la fin du mois d'août, 79 cas de choléra algide confirmé; sur ce nombre, j'en traitai exclusivement 18 par l'emploi du sulfate de strychnine selon la méthode de M. le docteur Abeille; j'obtins 8 guérisons et 10 décès, résultat assez triste, mais d'ailleurs peu différent de ceux obtenus par d'autres médications, car sur mes 79 malades j'en ai perdu 39.

» Voici cependant ce qui me fit abandonner le traitement par la strychnine dans la période algide :

» Je remarquai dès le commencement de l'emploi de ce médicament chez mes cholériques algides qu'il était *sans action aucune;* soit que le médicament fût rejeté par le vomissement, soit qu'il fût conservé, je n'observai jamais d'effets physiologiques appréciables. Cette vérité fut également constatée ici par M. Léon Séguin, médecin que l'administration m'avait envoyé pendant l'épidémie; voulant aller plus loin, j'administrai dans l'état algide des doses vraiment énormes de strychnine, soit par l'estomac, soit par la peau, sans remarquer le moindre changement physiologique et pathologique chez aucun de mes malades; aussi j'en conclus à la *non-absorption des médicaments dans cette période de la maladie*, vérité qui depuis a été démontrée par les expériences de M. Vernois à l'hôpital Necker et par la thèse inaugurale de M. Duchaussoy. Triste vérité qu'il faut bien nous avouer, mais qui pourtant ne doit pas trop nous décourager, car la période algide n'est pas toute la maladie; avant nous pouvons agir, et agir souvent avec succès. Dans ce cas, mais dans ce cas seulement, je le crois, la strychnine peut rendre des services; pour mon compte, je le déclare, elle m'en a rendu. Les moyens qui m'ont le mieux réussi en dehors de la strychnine sont l'acétate d'ammoniaque à haute dose, les bains chauds, les vésicatoires à l'estomac et le long de la colonne vertébrale; ce dernier a fait assez souvent cesser les vomissements. » (Renvoi à la section de médecine et de chirurgie.)

Propriétés thérapeutiques du gluten ioduré. — M. Gagnage adresse une note dans laquelle il fait connaître la formule du gluten ioduré dont il a présenté des échantillons à l'Académie en juillet dernier, ainsi que les résultats des essais qu'il a entrepris dans le but d'en déterminer l'action sur l'organisme vivant. La plus importante des propriétés qu'il lui attribue est celle de faciliter l'assimilation du fer contenu dans les aliments, assimilation qui dans certains états maladifs devient nulle ou du moins incomplète.

M. Gagnage assure, en effet, avoir reconnu par l'analyse des déjections alvines que chez les chlorotiques la proportion du fer rejetée au dehors est notablement plus forte que dans l'état de santé, et que, sous l'influence d'un traitement convenablement dirigé dans lequel on administre le gluten ioduré, on voit cette proportion redescendre progressivement jusqu'à revenir au chiffre normal.

Cette note est renvoyée à l'examen d'une commission composée de MM. Pelouze, Andral et Cl. Bernard.

Choléra. — M. Sauvé adresse, pour le concours au prix du legs Bréant, un travail très étendu sur le choléra-morbus, et renfermant, entre autres parties, un historique très détaillé des diverses invasions de la maladie en Pologne.

— M. Cadet envoie de Rome une addition à ses précédentes communications sur les fausses membranes et les entozoaires des déjections des cholériques.

— M. Brunet adresse une rectification à la formule d'un remède employé contre le choléra, remède dont il avait fait l'objet d'une précédente communication.

— M. Chevallier adresse un mémoire sur l'enrobage des soies à coudre par un sel de plomb, considéré comme préparation nuisible à la santé des ouvrières qui font usage de ces soies. (Commissaires : MM. Chevreul, Thénard, Payen.)

— M. Wanner envoie un mémoire sur la théorie mécanique de l'inflammation. (Commissaires : MM. Andral, Velpeau, Rayer.)

— MM. Danielssen et Boeck adressent des remercîments à l'Académie qui, dans la séance publique du 8 janvier 1855, a honoré d'une récompense leur travail sur la *lèpre tuberculeuse* des côtes de Norvége. Les deux auteurs annoncent avoir fait don à l'Université de Christiania de la somme qu'ils ont reçue de l'Académie, pour que cette somme, accrue des intérêts accumulés pendant un certain nombre d'années, forme le fonds d'un prix qui sera décerné par l'Université, tous les trois ans, au meilleur ouvrage publié sur les maladies cutanées.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

FIN DE LA SÉANCE DU 30 MAI.

Suite de la discussion sur les rétrécissements de l'urètre.

M. Maisonneuve avoue qu'il l'ignorait; mais dans tous les cas ce

procédé ne peut pas être généralement adopté, et il a fallu toute l'habileté de M. Ricord pour qu'il ait réussi. Personne n'avait eu l'idée d'appliquer le lithotome du frère Côme à l'urétrotomie, et cependant cet instrument lève toutes les difficultés. Dans toutes les autres méthodes, on attaque tous les tissus voisins du rétrécissement avant le rétrécissement lui-même. M. Reybard coupe une certaine étendue du canal sain soit en avant, soit en arrière de l'obstacle; parfois en même temps, il blesse ce canal à la fois en avant et en arrière. M. Syme divise toute la paroi urétrale et le tégument sous-jacent avant d'arriver au tissu morbide. Si d'ailleurs plusieurs rétrécissements existent, on divise toujours dans les procédés précédents les portions saines du canal interposées entre eux.

Avec le lithotome les choses se passent tout autrement : il paraît effrayant au premier moment de découvrir une longue lame tranchante dans l'urètre; mais la moindre réflexion et surtout l'expérience montrent que les dangers sont imaginaires. L'instrument est introduit fermé dans l'urètre; il s'engage dans le rétrécissement; tant qu'il ne l'a pas franchi, il ne peut pas s'ouvrir; dès que celui-ci est dépassé, la lame peut faire saillie; mais elle presse uniquement sur le point rétréci et le divise seul sans atteindre la muqueuse saine en deçà ou au delà de ce point. La section ne porte donc que sur le tissu morbide, mais celui-ci est infailliblement atteint.

Loin d'avoir à craindre des incisions trop grandes, c'est plutôt le contraire qui arrive, et M. Maisonneuve s'est depuis longtemps départi de la timidité qu'il avait eue dans ses premières tentatives.

Le volume du lithotome ne permet pas de l'employer d'emblée dans les rétrécissements très étroits. Pour ceux-ci, on commence par introduire la bougie filiforme; celle-ci conduit un urétrotome qui fait d'abord la voie; puis, lorsque celle-ci est assez large, le lithotome est substitué, et l'incision est faite alors au degré voulu. Rien n'est plus facile, plus prompt que l'ensemble de ces manœuvres, alors qu'on a un premier conducteur.

En résumé, M. Maisonneuve n'a rien inventé pour franchir les rétrécissements infranchissables. Il admet la cure radicale par l'urétrotomie comme la commission de l'Académie. Il rend seulement cette guérison beaucoup plus prompte en fournissant un moyen sûr d'appliquer dans une seule séance un procédé opératoire quelconque, incision, cautérisation, dilatation brusque. Sa manière de faire convient donc particulièrement aux malades qui sont pressés de guérir.

L'opération est tellement simple qu'elle remplace pour ainsi dire la grande habileté nécessaire pour les autres. Enfin, les suites sont tout à fait bénignes; il n'y a pas d'accidents, pas d'hémorrhagies, pas de fistules; en un mot, une innocuité parfaite et une efficacité immédiate.

M. Lenoir avait demandé la parole; mais M. Maisonneuve ayant été obligé de quitter la séance, M. Lenoir remet à la suivante les réflexions qu'il avait à produire. La discussion continue néanmoins en l'absence de M. Maisonneuve.

M. Gerdy. La discussion a complétement changé de face. On avait fait à M. Maisonneuve divers reproches; il désavoue les propositions qui lui avaient été contestées; comme tout le monde, il reconnaît qu'il y a des rétrécissements infranchissables. Il n'attache pas aux mots de cure radicale un sens rigoureux; enfin, il paraît céder sur plusieurs points. M. Gerdy, après cette constatation, examine successivement quelques faits relatifs à la question générale.

Il existe, il est vrai, des rétrécissements infranchissables, mais cela veut dire infranchissables aux instruments; quelquefois cependant on arrive à s'y engager soit avec les bougies tortillées, soit en manœuvrant la sonde de diverses manières; mais en pareil cas on ne procède réellement que par tâtonnement, et c'est le hasard seul qui rend parfois plus heureux et qui permet à la bougie de s'engager. Sous ce rapport, la bougie filiforme de M. Maisonneuve n'a rien de spécial; son passage est aussi fortuit que celui de toutes les autres. Mais il existe une cause sur laquelle on n'insiste pas assez et qui rend cependant un rétrécissement infranchissable quelquefois pendant un temps plus ou moins long. Cette cause réside dans l'inflammation ou la congestion qui gonfle les parois du canal ou le tissu morbide, et qui obstrue momentanément le passage. Au lieu de lutter à plusieurs reprises contre cet obstacle et de fatiguer le canal par des tentatives répétées, M. Gerdy abandonne le rétrécissement à lui-même et s'adresse uniquement à la rétention d'urine; pour cela, il fait la ponction de la vessie. Cette opération fait cesser les accidents, diminue beaucoup la congestion du canal de l'urètre, de telle sorte qu'au bout d'un temps variable de deux à quatre ou à huit jours le point rétréci naguère infranchissable admet facilement un corps dilatateur.

La ponction de la vessie est par elle-même tout à fait innocente, et n'entraîne point d'inconvénients; c'est au contraire un palliatif puissant. M. Gerdy y a déjà eu recours un certain nombre de fois, et il a toujours eu à s'en louer; il est maintenant complétement édifié sur son innocuité.

Relativement à la cure radicale, elle passe pour être impossible à obtenir, parce que, dit-on, on a affaire à un tissu fibroïde qui tend toujours à se rétracter et qui n'est point susceptible de résolution. Cette opinion est trop absolue et souffre quelques exceptions. La rétraction du tissu fibroïde est souvent due à l'inflammation, et l'on arrive à en triompher parfois à l'aide des antiphlogistiques.

M. Maisonneuve proscrit l'emploi des sondes après l'urétrotomie. Cette idée est acceptable; il est possible, en effet, que le contact de corps étrangers avec les lèvres de la plaie urétrale récente soit une cause d'irritation et d'accidents inflammatoires.

Il est incontestable que l'urétrotomie de MM. Syme et Reybard peut amener des accidents. M. Gerdy en a vu lui-même; il a observé des hémorrhagies terribles, des inflammations graves, etc. Cependant, comme membre de la commission d'Argenteuil, il a adopté le rapport qui couronnait M. Reybard. Mais la récompense décernée ne s'adressait pas à l'urétrotomie, mais bien plutôt aux études d'anatomie et de physiologie pathologiques faites par cet auteur. Dans les divers mémoires présentés pour les prix, il n'y avait aucun progrès bien saillant pour le traitement, mais dans le mémoire couronné, il y avait des idées neuves, des faits importants : c'est ce qui a décidé le choix du lauréat. M. Gerdy a adopté en cela les idées formulées par le rapporteur de la commission.

M. Voillemier regrette que cette discussion n'ait pas pour objet un travail sérieux apportant dans la science quelques faits nouveaux ou importants; car, après les concessions qu'a déjà faites M. Maisonneuve et celles qu'il fera sans doute encore, on verra qu'il ne s'agit ici que d'une petite modification apportée à un instrument bien connu, d'un bout de bougie ajusté à un urétrotome. Ainsi notre collègue avait dit qu'il n'y avait plus pour lui de rétrécissements infranchissables, et il vient de convenir de la manière la plus explicite qu'il existe, pour lui comme pour tout le monde, des obstacles qu'il ne peut franchir. On pouvait croire aussi, au premier abord, qu'il voulait remettre en honneur les larges incisions de l'urètre, à peu près abandonnées aujourd'hui, malgré les intéressants travaux de M. Reybard; mais il vient de dire, au contraire, qu'il leur préfère les petites incisions. — Pour les accidents particuliers aux plaies de l'urètre, il n'en est pas plus exempt que d'autres, et, bien que ses opérations soient de date très récente, nous savons qu'il en a déjà éprouvé. — Quant à la cure radicale qu'il annonce comme le résultat immédiat et certain de ses opérations, ce ne peut être qu'une erreur de la part de notre collègue. Quel est l'homme qui, ayant fait de la chirurgie, oserait promettre au public une guérison définitive le lendemain d'une opération? Nous ne doutons pas que M. Maisonneuve ne nous sache gré d'avoir considéré son assertion comme un lapsus, une erreur d'entraînement qu'il se hâtera de confesser.

Disons-le cependant, par les instruments dont il se sert, par la manière dont il les emploie, notre collègue avait quelque droit de dire qu'il fait autrement que tout le monde. Ses idées sur l'urétrotomie sont assez excentriques pour qu'il puisse les réclamer comme siennes; mais qu'il nous soit permis de les examiner : au lieu de suivre l'exemple des autres chirurgiens, qui commencent par dilater les rétrécissements étroits qu'ils veulent inciser, notre collègue introduit d'emblée dans l'urètre le tube cannelé d'un urétrotome délié à l'extrémité duquel il a adapté un bout de bougie qui lui sert de conducteur. Celui-ci une fois placé dans le rétrécissement, il pousse le tube pendant un temps plus ou moins long, avec plus ou moins de force, de manière à lui faire franchir l'obstacle. Alors il pousse dans la cannelure du tube une tige pourvue à son extrémité d'une petite lame semi-olivaire qui doit couper le rétrécissement, et le rétrécissement seul. Quand il le peut, il introduit dans l'urètre le lithotome du frère Côme, dont il développe plus ou moins la lame et auquel il imprime un mouvement de traction de plusieurs centimètres; de cette façon encore, il prétend diviser le rétrécissement, et rien que le rétrécissement. Avec les autres procédés, ajoute-t-il, on attaque le rétrécissement d'avant en arrière ou d'arrière en avant, mais on s'expose à couper les parties saines du canal en avant ou en arrière de l'obstacle. Lui, il divise le rétrécissement de dedans en dehors; il n'attaque que le rétrécissement, ne divise que les points malades, sans intéresser les parties saines. C'est là, dit-il, ce qui établit la méthode. Nous voilà déjà bien loin du bout de bougie qui semblait constituer toute l'invention de notre collègue. Nous reviendrons sur ce point.

Mais n'est-il pas étrange de voir M. Maisonneuve accuser les chirurgiens de léser les parties saines du canal, de couper autre chose que le rétrécissement, quand tous ceux qui se sont occupés d'urétrotomie ont fait les plus grands efforts pour éviter cet accident! Il oublie donc que tous les urétrotomes sont gradués, pourvus d'un renflement vers leur extrémité, pour préciser le siége du rétrécissement, limiter son étendue, afin que l'action de la lame ne porte que sur les points rétrécis? Lui seul néglige ces précautions, et il accuse les autres! Le lithotome, assure-t-il, ne coupe que les parties indurées, tandis que les parties saines fuient devant sa lame. S'il en est ainsi, pourquoi les parties saines ne fuiraient-elles pas devant la lame des urétrotomes ordinaires? Est-ce parce que la lame du lithotome est plus forte, plus courbe, portant sur une grande longueur du canal, qu'elle aurait le privilége étrange de respecter davantage les tissus? Et quand le rétrécissement est divisé, qu'est-ce donc qui avertit la lame de ne plus couper? Pour arriver à la base du rétrécissement, comment cette longue lame fait-elle pour épargner les tissus placés au-devant et en arrière du rétrécissement? Il faudrait au moins quelques dissections, quelques pièces pathologiques pour faire accepter des faits aussi étranges. Mais notre collègue a pris soin de nous dire que son procédé était de date trop récente, qu'il n'avait pas encore eu de cas de mort. J'ai été moins heureux que lui. Chez un homme que j'avais opéré par la méthode de M. Reybard, pour un rétrécissement de la portion antérieure de la verge, j'ai vu se développer un érysipèle, des accidents d'infection purulente, et la mort s'ensuivit. Alors j'ai pu constater quels désordres pouvait entraîner une incision qui pourtant n'avait pas 2 centimètres d'étendue. S'il s'agissait de discuter ici la valeur des grandes incisions, je pourrais citer encore un cas déjà rapporté par M. Reybard, et qui m'appartient. Il s'agit d'un homme qui se trouvait dans mon service à l'hôpital de la Pitié. Notre confrère M. Reybard m'avait demandé de lui appliquer sa méthode, et je m'y étais refusé, le trouvant dans des conditions qui devaient exclure toute espèce d'urétrotomie. Un matin je ne trouvai plus le malade à son lit; il était sorti. Quelque temps après M. Reybard vint me prier de recevoir dans mon service un homme qu'il avait opéré dans le service de Blandin, et qui ne recevait pas les soins qu'il désirait lui voir donner. Je l'acceptai. Ce malade était le même qui avait quitté mon service. C'est à peine si je pus le reconnaître, tant il était changé. Il était épuisé par des hémorrhagies continuelles, qui furent très difficiles à arrêter par une compression directe opérée sur le périnée, le repos absolu et des soins généraux. S'il a fini par guérir, il peut bien en rendre grâces à Dieu. Mais laissons ce sujet, car j'oublie que M. Maisonneuve, avec la terrible lame du lithotome, a la prétention de ne faire que de petites incisions.

Si nous revenons à l'urétrotome que notre collègue a allongé d'un bout de bougie conducteur, je pourrais lui faire remarquer que ces conducteurs ne sont pas nouveaux; que la plupart des urétrotomes sont munis d'une tige métallique qui s'introduit dans le rétrécissement et précède la lame; que des bougies molles ont été adaptées à des porte-caustiques pour les guider dans l'étroite voie des rétrécissements. Je pourrais lui faire remarquer encore qu'il est certains urètres qui supportent avec la plus grande peine la bougie la plus déliée, qu'on ne parvient à la dilater un peu qu'à force de patience et de soins; pense-t-il qu'il y ferait pénétrer sans danger sa bougie conductrice et son urétrotome à la suite, que les efforts qu'il serait obligé de faire et qu'il terminerait par une incision ne pourraient pas amener les plus graves accidents? Mais je laisse ces questions de détail; ces petits perfectionnements d'instruments, et il me suffit d'avoir prouvé combien les nouveaux moyens employés par notre collègue sont loin de tenir les promesses qu'il avait si imprudemment faites.

M. Vidal. Cette discussion, malgré son point de départ, est loin d'avoir été inutile, et il se félicite de l'avoir soulevée. Il importait beaucoup de faire expliquer M. Maisonneuve et de lui faire rectifier les assertions renfermées dans son mémoire. Or, on a obtenu, sous ce rapport, tout ce qu'on pouvait désirer; il a désavoué la plupart de ses opinions, et reconnu qu'il passait à travers les rétrécissements là où tout le monde passe; et quant à la *cure radicale instantanée*, sur laquelle l'auteur a tant insisté dans son mémoire, on voit qu'il n'y tient pas beaucoup maintenant, et qu'il néglige ce point pour s'occuper surtout du côté manuel de son procédé.

M. Larrey regrette vivement que M. Maisonneuve se soit retiré avant la fin de la discussion. Il propose donc que M. le secrétaire l'engage officiellement à assister à la continuation de la discussion dans la séance suivante.

M. Ricord s'applaudit beaucoup d'avoir vu M. Maisonneuve modifier radicalement ses premières opinions, et changer la substance de son mémoire à tel point qu'on peut dès aujourd'hui en admettre une seconde édition. Ces explications étaient indispensables, et on ne saurait en méconnaître l'importance.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le vice-secrétaire, Dr Verneuil.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Hier dimanche un nombreux concours d'élèves en médecine conduisait à sa dernière demeure M. Léon Provent, un des plus distingués internes de nos hôpitaux, qui venait de périr victime de son zèle et de son amour pour la science. Le 31 mai, M. Provent faisait l'autopsie d'un sujet qui avait succombé à une *pneumonie*; un fragment de côte lui écorcha légèrement la face dorsale du doigt médius; deux jours après survinrent un peu de malaise et une légère douleur dans les ganglions axillaires. Le lendemain, malgré un traitement énergique et les soins éclairés de son maître si bon, si bienveillant, M. Laugier, et de ses collègues si dévoués, la maladie avait fait de rapides progrès. Le 7 juin, on constatait une pleurésie purulente, laquelle devait le lendemain enlever à sa famille, à ses condisciples, à la science ce jeune homme si plein d'avenir.

Ce funeste événement nous rappelle la mort de M. Lesur, élève distingué de la Charité, qui, il y a trois semaines, procédant à l'autopsie d'une *fièvre typhoïde*, se fit sur la face dorsale d'un des doigts une petite écorchure avec un fragment d'os du crâne. Deux jours après cette blessure insignifiante, M. Lesur était pris d'accidents formidables. Ceux-ci furent un instant conjurés. Cette amélioration laissa luire un espoir qui malheureusement fut de peu de durée, car quatre jours après l'invasion des premiers symptômes, M. Lesur avait cessé d'exister.

— L'Académie impériale des sciences, inscriptions et belles-lettres de Toulouse, dans une séance extraordinaire qui a eu lieu le 22 mai, a entendu le rapport de la commission chargée d'examiner les travaux adressés pour le concours de l'année, dont le sujet était ainsi conçu : « Déterminer, à l'aide de travaux déjà publiés et par des expériences » nouvelles, le rôle que joue la composition chimique de l'air, des ali» ments, de l'eau potable et du sol dans la production du goître endé» mique. »

Après la lecture du rapport remarquable présenté par M. Filhol, l'Académie, adoptant les conclusions prises à l'unanimité par la commission et ratifiées déjà par le bureau général, a décerné le prix (médaille d'or de 500 fr.) au mémoire n° 2 et une mention honorable au mémoire n° 1.

L'auteur du mémoire n° 2 est M. Chatin, professeur à l'Ecole de pharmacie de Paris.

L'auteur du mémoire n° 1 est M. Morétin, docteur en médecine à Baume-les-Messieurs (Jura).

— *El Heraldo médico* continue la publication de ses bulletins du choléra dans la province de Madrid. Les décès varient entre 3 et 6 par jour.

— La *Gazette médicale de Toulouse* annonce qu'un docteur suédois nommé Engelstroëm vient d'inventer la *tapotopathie*. Cette nouvelle manière de guérir les maladies consiste à frapper d'abord à petits coups sur le siége du mal et à augmenter graduellement l'intensité des coups jusqu'à ce que les malades ne puissent plus les supporter; à cette première période de sensation de douleur succède bientôt une chaleur bienfaisante, un bien-être indicible qui fait désirer au patient la continuation de son traitement. Quand il en est là, le médecin frappeur assure que la guérison est complète.

Il y a peu de temps, ajoute ce journal, c'était le tour des esprits frappeurs; aujourd'hui vient celui du docteur; mais, pour lui, frapper le mal, c'est frapper la monnaie; qu'il frappe donc tant qu'il en est temps encore, et que Dieu le garde d'être frappé plus tard de toute espèce de vésanie ou d'infortune.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues à la Faculté de médecine par MM. :

Petit, né le 18 mai 1819, à Brest (Finistère); *Considérations hygiéniques et médicales sur la colique sèche des pays chauds.*

Montier, né le 28 mars 1828, à Paris (Seine); *Du parallèle entre l'opération césarienne et l'embryotomie.*

Sirost, né le 4 octobre 1828, à la Chapelle-Lasson (Marne); *Des principaux soins que réclame la première enfance.*

Fauvelle, né le 17 avril 1830, à Coucy-le-Château (Aisne); *Du traitement de la fièvre typhoïde.*

Toutes les thèses soutenues à la Faculté sont annoncées dans la *Gazette*; celles qui sont remises à notre bureau sont analysées dans un des numéros qui suit la remise.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 69. — JEUDI 14 JUIN 1855. (28e ANNÉE.) N° 69. — JEUDI 14 JUIN 1855.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 13 JUIN 1855.

Séance de l'Académie de Médecine.

Les Académies paraissent en veine de récompenser d'anciens services et de remettre en lumière des titres scientifiques dont le temps avait peut-être un peu affaibli le souvenir. Après l'élection de M. J. Cloquet à l'Académie des sciences, nous avons eu hier celle de M. Blache à l'Académie de médecine. Cette dernière nomination vient de combler les vides que la mort avait faits. L'Académie se trouve maintenant au complet.

Après le scrutin, dont on trouvera le résultat au compte rendu, et une courte lecture d'un médecin étranger, M. le docteur Da Costa (de Rio-Janeiro), l'Académie a repris la suite de la discussion sur la folie.

On a entendu un discours de M. Collineau et une réplique de M. Bousquet. La réplique de M. Bousquet, loin de mettre un terme au débat, paraît devoir, au contraire, le ranimer de plus belle. M. le rapporteur ne s'est pas contenté, en effet, de maintenir toutes ses critiques, il en a ajouté de nouvelles, aggravant, s'il nous est permis de nous exprimer de la sorte, ses griefs vis-à-vis de ses contradicteurs. Il s'en était pris, dans son rapport, à la définition de la folie, à son origine, à sa nature, à son siége et à ses rapports avec les lésions matérielles du cerveau, à sa dictinction d'avec le délire, à son identité avec l'état de rêve; en un mot, à tous les points soulevés dans le travail de M. Moreau; et il en avait pris occasion de signaler les nombreuses lacunes, les desiderata de la science de l'aliénation mentale, critiquant jusqu'à la méthode nosologique des aliénistes. Une seule chose était restée à l'abri de ses coups, c'était la thérapeutique. M. Bousquet n'en avait rien dit, parce qu'elle n'était pas en cause; mais il était aisé de pressentir son sentiment à cet égard. Il ne demandait pas mieux, peut-être, en secret, que d'être appelé sur ce terrain. Quelques mots seulement de M. Baillarger, qui s'est servi des résultats mêmes de la thérapeutique pour différencier la manie de la monomanie, lui eussent suffi pour le mettre en demeure d'exprimer son opinion sur ce sujet, s'il n'y avait été plus directement provoqué par le discours de M. Ferrus... Provocation imprudente, si l'excès même du scepticisme de M. Bousquet n'atténuait un peu la portée de ses critiques.

Point n'est besoin de dire que l'on trouvera dans la réplique de M. Bousquet le même art, le même esprit, la même forme d'argumentation originale et piquante que dans son rapport. Mais sa critique est-elle toujours juste? C'est ce que nous allons examiner.

Lorsque M. Bousquet oppose aux représentants de l'organicisme en aliénation mentale les dissemblances fondamentales qui distinguent les phénomènes physiques ou organiques des phénomènes intellectuels et moraux, leur irréductibilité les unes dans les autres, et l'impossibilité, par conséquent, de les déduire d'une origine commune, bien que la raison nous indique que ce n'est que de leur union intime que résulte la nature humaine, il est, à notre avis, parfaitement dans le vrai. Il est dans le vrai encore lorsqu'il refuse aux lésions anatomiques réelles ou supposées l'importance étiologique qu'on voudrait leur donner, et que, cherchant à leur assigner le rang qui leur convient dans la succession des phénomènes morbides, il les réduit à une valeur purement séméiotique. Et si de l'aliénation nous nous élevons avec lui à la considération de l'anatomie pathologique considérée d'une manière générale, nous reconnaîtrons encore que c'est avec raison qu'il en fait une partie essentielle de la séméiotique, la séméiotique de l'intérieur. Il est bien évident qu'on met ici hors de cause certaines maladies purement organiques, et dans lesquelles la lésion anatomique est la cause unique et manifeste de tous les symptômes.

Nous serons déjà un peu moins affirmatif en ce qui concerne la dissidence survenue entre M. Bousquet et M. Baillarger au sujet de la nature physiologique de la folie, de l'identité du rêve et de la folie et de la théorie de l'automatisme. Nous verrons tout à l'heure que M. Collineau a opposé à l'identité du rêve et de la folie des objections qui méritent d'être prises en sérieuse considération. M. Bousquet n'invoque aucun argument; il se retranche uniquement derrière la répugnance que ce rapprochement inspire à son esprit. Ce n'est pas une raison, sans doute; mais ce n'est pas non plus une considération entièrement à dédaigner. L'automatisme de l'intelligence ne sonne pas mieux à son oreille. Il y a en effet entre ces deux mots quelque chose qui semble impliquer contradiction. Nous n'oserions à ce sujet nous poser en formelle contradiction avec les idées de M. Baillarger, que nous aurions besoin d'étudier avec plus de maturité; mais il nous semble que pour l'exemple qui a été mis en avant il y a dans la langue commune un autre mot qui rend mieux que le mot d'automatisme la situation intellectuelle dont il s'agit.

Jusqu'ici donc, soit qu'il affirme, soit qu'il doute seulement, nous sommes en parfaite communauté de vues et d'opinion avec M. Bousquet. Mais là où nous nous voyons à regret dans la nécessité de nous séparer de lui, c'est lorsqu'il conteste tout progrès, même en nosologie, et que, passant en revue l'une après l'autre les diverses formes et variétés de délire, sur la distinction desquelles les aliénistes sont assez généralement d'accord, il les mêle jusqu'à la confusion, jusqu'à ne plus laisser debout que le fait vague, général de la folie, dont le nom ne saurait plus être conservé désormais dans la science que comme expression générique. Est-il vrai, comme le dit M. Bousquet, qu'on voit tous les jours les maladies mentales se succéder, se mêler, se transformer, de sorte que dans le cours de la même maladie on observe toutes les formes, toutes les variétés, tous les degrés du délire? Nous faisons à cet égard appel à tous les aliénistes. M. Baillarger a déjà répondu en partie à cet argument; il lui appartient, ainsi qu'à M. Ferrus, de le reprendre, et de défendre avec leur autorité spéciale les conquêtes réelles de l'aliénation mentale.

En voyant intervenir M. Collineau dans cette discussion, nous devions nous attendre à une analyse délicate des phénomènes de l'entendement dans leurs rapports avec l'organisme. C'est, en effet, le sujet principal de son discours, qui est plutôt une dissertation à propos de la discussion qu'une argumentation en faveur de l'une ou de l'autre opinion en présence. Nous aurons à tenir grand compte de cette dissertation dans la suite; pour le moment, nous nous bornerons à la partie de son discours qui a trait à l'identité du rêve et de la folie.

Le rêve, dit M. Collineau, est une image de la folie; mais sa ressemblance avec l'état d'aliénation n'est qu'une simple apparence que le plus léger examen détruit. Le rêve est un acte intellectuel fondé sur la mémoire, en dehors de la coopération active des sens. Dans la folie, au contraire, les sens sont en action. Le rêveur ne peut agir que mentalement sur les sujets de ses idées; l'aliéné, au contraire, agit sur des

---

LETTRES SUR LA PHYSIOLOGIE.

*A Monsieur le Docteur *****.*

> Ce n'est pas assez de compter les expériences, il les faut poiser et assortir; il les faut avoir digérées et alambiquées pour en tirer les raisons et conclusions qu'elles portent. (MONTAIGNE.)

.... M. Cl. Bernard fait deux cours, l'un à la Sorbonne, comme professeur titulaire; il y traite des phénomènes généraux de la vie de nutrition; l'autre au Collége de France, comme suppléant de M. Magendie; il s'y occupe, dans ce semestre, des glandes du tube digestif et de leurs usages. Ces deux cours, relatifs à la digestion, seront le complément l'un de l'autre.

Jusqu'ici, M. Bernard a procédé par la méthode expérimentale; et en physiologie plus qu'en toute autre science, c'est l'expérimentation qui doit être prise pour base de l'édifice. L'observation seule ne saurait suffire; il faut, pour ainsi dire, pénétrer les organes pour voir les phénomènes qui s'y accomplissent et acquérir des notions certaines.

On a pensé qu'il était possible de déduire les fonctions des organes de leur disposition anatomique. Ce point de vue ne fait que retarder la science, et Haller se trompait en formulant cette opinion et en disant que la physiologie n'était que l'anatomie animée, *anatomia animata*.

L'anatomie sans l'expérimentation ne saurait rien apprendre, et si cette opinion peut paraître erronée, si l'on peut dire, par exemple, que la forme des os, de certains organes creux nous apprend que les premiers sont destinés à servir de leviers et les seconds de réservoirs, il ne faudrait point en conclure que c'est l'anatomie qui nous le montre, mais bien la comparaison de ces organes avec des objets qui nous entourent et qui nous sont familiers.

Harvey s'est servi non-seulement des valvules pour démontrer la circulation, mais encore de la comparaison qu'il fit des vaisseaux à des tubes.

Si, dans ces cas, l'anatomie semble apprendre quelque chose au physiologiste, que lui enseigne-t-elle touchant le rôle du cerveau, des ganglions, des nerfs? Il serait certainement heureux de pouvoir établir cette proposition : un organe étant connu anatomiquement, sa fonction l'est aussi; car l'on connaîtrait peut-être alors l'usage du corps thyroïde, du thymus, des capsules surrénales, etc.; mais il n'en est point ainsi. Puis, ne voyons-nous pas la structure des glandes salivaires, du pancréas être sensiblement la même; et cependant, quelle différence n'y a-t-il pas entre leurs produits? Peut-être dira-t-on que cela tient à leur composition chimique; mais les différents tubes nerveux sont identiques anatomiquement et chimiquement, malgré la différence de leurs propriétés.

L'anatomie ne peut expliquer les fonctions; faut-il donc les rejeter? Non; car lorsqu'une fonction est découverte, l'anatomie peut l'expliquer jusqu'à un certain point. Ainsi, si l'on découvre par le microscope des fibres contractiles dans tel ou tel organe, l'on pourra bien dire que cet organe se contracte; mais ce n'est pas le microscope qui aura montré la contractilité de cette fibre.

Il ne faut donc point bannir l'anatomie, car sans elle pas d'expérimentation possible.

L'expérimentation est difficile; elle cause des troubles dans les fonctions, et c'est au milieu de ces troubles que l'on marche sans cesse et qu'il faut savoir se diriger. Puis on ne peut procéder que par voie d'analyse; la synthèse ne vient point ici, comme en chimie, donner son cachet à une conclusion certaine.

Lorsque l'on expérimente, il faut toujours se placer dans les mêmes conditions, sous peine de produire les erreurs les plus graves et les plus préjudiciables à la science. Quelques exemples en pourront donner une idée : la section des pneumo-gastriques provoque l'hépatisation du poumon chez les mammifères, et non chez les oiseaux; la section des laryngés suffoque tel animal et non tel autre, ou bien dans le jeune âge et non chez l'adulte.

Brodie prétend que la bile émulsionne la graisse, car il lie le canal cholédoque sur un chat, et la graisse n'est plus émulsionnée. M. Magendie lie le canal cholédoque du chien, et la graisse est émulsionnée.

Ainsi, pour Brodie la bile émulsionne, et non pour M. Magendie. C'est que celui-ci opère sur le chien, et lie seulement le canal cholédoque, le canal pancréatique restant libre; tandis que Brodie lie à la fois les deux canaux cholédoque et pancréatique, qui chez le chat s'ouvrent par un conduit commun.

M. Magendie fait écouler le liquide céphalo-rachidien par une plaie faite à travers les muscles de la région postérieure du cou et la membrane céphalo-rachidienne; l'animal titube, il ne peut se soutenir. Pinel-Grandchamp, qui suivait le cours de M. Magendie, répète ces expériences chez lui, et s'aperçoit que la section seule des muscles produit le même effet. M. Magendie attribue de son côté le phénomène à la soustraction du liquide céphalo-rachidien, tandis qu'il ne dépend que de la compression de la moelle allongée, compression due à la chute de la tête, qui n'est plus soutenue par la contraction musculaire.

De tout ce qui précède il faut conclure :

1° Que l'expérimentation est le critérium de la physiologie, mais que l'anatomie, loin d'être rejetée, doit être parfaitement connue;

2° Qu'il faut faire les expériences toujours dans les mêmes conditions;

3° Faire des expériences comparatives, et porter la plus grande circonspection dans les conclusions que l'on doit tirer.

Vous voyez, mon ami, quelle est la méthode employée par le professeur de la Sorbonne; c'est l'expérimentation, mais appuyée sur des données anatomiques positives, certaines.

Suivons maintenant le maître dans la suite de ses leçons.

objets réels ou matériels. Il y a évidemment, par ce seul fait, une différence assez notable et assez fondamentale entre ces deux états pour nous faire considérer comme une témérité d'aller au delà des limites d'une simple analogie. — Dr Brochin.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. CHASSAIGNAC.

De la manière d'ouvrir les voies aériennes dans l'opération de la trachéotomie.

Lorsque l'arbre aérien est solidement fixé au moyen du ténaculum cricoïdien, il n'y a aucune difficulté, malgré l'audace apparente de cette manœuvre, à plonger sans hésitation le bistouri dans la trachée en se guidant sur la cannelure que présente ce nouveau cathéter.

On divise alors d'un seul coup les trois ou quatre anneaux dont la section est indispensable pour l'introduction de la canule. Cette section peut se faire impunément chez l'adulte avec le bistouri ordinaire. Chez l'enfant, il est de rigueur d'employer le bistouri mousse aussitôt qu'une voie suffisante lui a été ouverte.

L'exécution de cette partie du manuel opératoire est tellement simple et facile qu'on pourrait, à la rigueur, se dispenser de tracer aucune règle à cet égard. Voici cependant les données d'après lesquelles l'opérateur doit se diriger.

Saisissant le ténaculum de la main gauche, attirant en avant le cartilage cricoïde, et par conséquent la trachée, puis présentant le bistouri adossé à la convexité du ténaculum, le chirurgien le plonge, par un mouvement de ponction dans la trachée, immédiatement au contact du point où le ténaculum est implanté, et divise le conduit d'un seul coup en même temps que la peau.

Immédiatement après cette première ponction, on introduit dans la petite plaie un bistouri boutonné et on incise, en suivant la ligne médiane, tous les tissus depuis la peau jusqu'à la trachée, dans une étendue de 2 centimètres environ.

Il est facile de comprendre qu'une fois le cartilage cricoïde accroché à l'aide du ténaculum, rien n'est plus facile que la section des anneaux de la trachée. Toutefois, il peut arriver que l'anneau cricoïdien, sous l'influence du mouvement de descente que présente parfois le conduit aérien, subisse un abaissement considérable. Eh bien, quand le ténaculum est solidement implanté dans le lieu indiqué, l'opérateur domine tellement la position qu'il peut, non-seulement attirer en avant la trachée, mais la remonter assez pour pouvoir, sans danger, diviser quatre ou cinq cerceaux cartilagineux s'il le juge convenable.

Autre remarque.

Lorsque l'on pratique la section des anneaux de la trachée, c'est l'opérateur lui-même qui doit tenir l'érigne avec la main gauche, tandis qu'avec la droite il pratique l'incision. Il ne peut appartenir qu'au même individu de coordonner la situation de la trachée avec les exigences de l'incision. L'aide le plus adroit et le plus intelligent ne pourrait suppléer l'opérateur à cet égard.

Quelquefois, quand on pratique la trachéotomie chez de très jeunes sujets ou chez des sujets dont le cou est très court, l'incision longitudinale n'a pas assez d'étendue, et, comme la présence du dilatateur qui écarte transversalement les lèvres de l'incision tend encore à en diminuer la longueur, on a de la peine à introduire la canule. Il faut alors agrandir l'incision longitudinale. Mais il peut arriver qu'on craigne de débrider vers le sternum, parce qu'on a atteint la limite qu'il serait dangereux de dépasser du côté de cet os. Dans ce cas, c'est sur la commissure supérieure de la plaie qu'il faut agir, c'est dans ce dernier sens qu'il faut opérer le débridement.

On a reproché à notre méthode de trachéotomie de faciliter l'introduction du sang dans la trachée. Nous répondrons à cette objection que cette méthode fournit précisément le moyen de combattre les effets de l'hémorrhagie. Tous les bons chirurgiens, en effet, depuis Virgili jusqu'à Dupuytren, ont considéré l'ouverture prompte de la trachée comme le meilleur moyen de mettre un terme à l'hémorrhagie, qui presque toujours est toute veineuse. Or est-il un mode d'ouverture plus rapide que celui qui se fait d'emblée et en incisant la trachée en même temps que la peau? D'ailleurs, en admettant la persistance de l'hémorrhagie après la section des anneaux de la trachée, ne peut-on pas toujours opposer à cet accident le renversement immédiat et facile des lèvres de la plaie?

Il nous est arrivé plusieurs fois de substituer avec avantage l'emploi des ciseaux à l'usage du bistouri boutonné pour l'agrandissement de la plaie trachéale. Si l'on préférait avoir recours au premier de ces instruments, nous pensons que, coudés sur leurs bords, les ciseaux seraient encore d'un emploi plus avantageux.

Dès que la section des anneaux est opérée, on fait pénétrer le dilatateur, qui, à raison de l'exiguïté de sa pointe, s'insinue facilement entre les lèvres de la plaie, et trouve, lui aussi, dans la cannelure du crochet un conducteur sûr. A peine introduit, il permet sans obstacle aucun le placement de la canule.

A l'instrument au choix duquel nous nous sommes arrêté, nous trouvons le double avantage :

1° De retenir si solidement le conduit aérien, que celui-ci ne s'échappe plus une fois que le dilatateur y est introduit, à moins que ce ne soit par une volonté expresse de l'opérateur;

2° De dilater la plaie d'une manière plus convenable et plus sûre qu'aucun des instruments dilatants employés jusqu'à ce jour.

Quant à la supériorité de notre dilatateur sur tous les autres instruments du même genre, si elle n'était pas suffisamment établie par l'expérience, elle serait aisément démontrée par la comparaison qu'on peut faire de notre instrument avec les pinces à trachéotomie imaginées par M. le professeur Trousseau.

Voici les remarques qui m'ont été suggérées par l'usage que j'ai fait maintes fois de ces pinces.

La première difficulté qu'on éprouve dans leur emploi est précisément celle qu'il pourrait paraître le plus facile d'éviter. On sait que la pince de M. Trousseau, à l'inverse des pinces ordinaires, se ferme par l'écartement des anneaux et s'ouvre par leur rapprochement; en sorte que, quand on présente l'instrument à la plaie trachéale, il faut écarter les anneaux; il faut, au contraire, quand il est introduit, les rapprocher pour dilater la plaie. Rien ne semble d'une exécution plus simple; c'est pourtant là qu'il y a un écueil.

On a beau se dire qu'il suffit, pour ouvrir ou fermer ces pinces, de faire tout simplement le contraire de ce qu'on fait pour ouvrir ou fermer des pinces ordinaires, l'habitude invétérée que chacun possède depuis le début de son éducation médicale d'écarter les branches d'une pince quand on veut en écarter les mors, de rapprocher les anneaux quand on veut rapprocher les mors, donne lieu, au moment d'une opération qui ne se fait jamais sans des préoccupations vives, à des méprises embarrassantes. Ces méprises, dont on ne se rend pas d'abord bien compte, ne peuvent être évitées qu'à la condition de manier fréquemment les pinces. Or cela n'arrive à personne, attendu que pour les praticiens les plus richement partagés sous ce rapport, il ne se présente annuellement qu'un petit nombre d'opérations de trachéotomie. Il résulte donc de ces méprises des tâtonnements, des hésitations qui entravent le manuel opératoire et nuisent à la rapidité de son exécution.

La forme des pinces de M. Trousseau peut nuire à leur introduction dans la trachée. En effet, l'extrémité des bords étant légèrement recourbée en dehors, il arrive, quoique les branches soient rapprochées, que ces bords s'arc-boutent contre les lèvres de la plaie et gênent l'introduction de l'instrument.

D'un autre côté, bien que chaque mors soit recourbé en crochet sur sa partie externe, si l'on ouvre l'instrument dans sa plus grande largeur pour placer la canule, les bords de la plaie trachéale ne sont pas retenus par le léger crochet que forme chaque branche de l'instrument. Dès lors, précisément parce que ces branches sont fort écartées, elles glissent sur les parties latérales de la trachée et s'échappent de l'intérieur du conduit. Il faut réintroduire l'instrument.

Une dernière difficulté inhérente à l'emploi de ces pinces, c'est que la place qu'occupent ses branches dans la plaie trachéale diminue assez notablement cette plaie pour rendre plus difficile l'introduction de la canule, qui, lorsqu'on la prend volumineuse, n'a jamais trop de place. Alors il arrive que le bord supérieur de l'orifice de la canule vient arc-bouter contre la commissure supérieure de la plaie; la trachée est refoulée en arrière; elle échappe aux branches de la pince. Il faut recommencer, non sans des tiraillements pénibles, sans des douleurs pour le malade, et, ce qui est surtout regrettable, sans une perte de temps qui devient à chaque instant de moins en moins réparable.

Non-seulement notre dilatateur n'expose à aucun des inconvénients que nous venons de signaler, mais encore la configuration de son extrémité libre en permet l'introduction facile en se guidant sur la cannelure du ténaculum; de plus, il retient l'arbre aérien et le fixe avec une solidité telle que les mouvements divers dont le conduit était agité sont à l'instant même maîtrisés; enfin il dilate les bords de la plaie sans gêner en aucune façon l'introduction de la canule, et sans qu'on ait à craindre de le voir s'échapper comme les pinces de M. Trousseau.

HOPITAL SAINTE-EUGÉNIE. — M. BARTHEZ.

Faits de stomatite ulcéro-membraneuse chez des enfants, traitée avec succès par le chlorate de potasse.

André, âgé de quatre ans, déjà traité et guéri deux fois par le chlorate de potasse, rentre une troisième fois à l'hôpital pour la même cause, une stomatite ulcéro-membraneuse ayant son siége à droite, sur les joues et les gencives. La joue est pendante, molle; les ganglions sous-maxillaires volumineux et sensibles au toucher. A l'intérieur, l'ulcération, plus large que haute, occupe toute la face interne de la joue et les gencives inférieures et supérieures; elle s'étend depuis les incisives médianes jusqu'aux dernières molaires, en décrivant une courbe. Dents noires, couvertes de tartre, non ébranlées; le sang paraît au moindre effort; l'haleine est acide.

Pendant trois jours le malade fut soumis au traitement suivant: régime tonique, injections d'eau d'orge et frictions avec la poudre dentifrice, mais sans aucun résultat.

Le 18 février, on commença le chlorate de potasse, à la dose de 50, puis de 60 centigrammes. Dès le lendemain l'ulcération s'était détergée et avait diminué de moitié.

Le 20, l'ulcération n'avait plus que la largeur d'une pièce de 50 centimes; les bords étaient rosés, à peine tuméfiés; la fausse membrane faisait une légère saillie. Sur les gencives, disparition du bourrelet; le cercle inflammatoire était moins rouge, l'ulcération ne s'étendait plus que des canines à la deuxième molaire, c'est-à-dire dans l'espace de deux dents; l'haleine avait perdu son acidité.

Le 21, l'ulcération des joues et des gencives n'offrait plus qu'un point de la grosseur d'une lentille; les dents étaient restées noires.

Le 22, la guérison était complète; la joue ne présentait aucune trace de cicatrice, et les tissus étaient réparés. Les dents commençaient à se nettoyer; les gencives étaient roides, sans tissu cicatriciel, mais avec perte de substance.

La nutrition s'accomplit par le contact des éléments des milieux extérieurs avec la molécule organique, et pour établir ce contact, le sang chez les animaux, la séve dans les plantes sont les intermédiaires nécessaires.

Digestion, circulation, respiration sont les trois grandes fonctions qui sont chargées de conserver la constitution du sang. Commencer par l'une ou l'autre serait à peu près indifférent dans un cours de physiologie; cependant la digestion mérite plus particulièrement de fixer l'attention, car elle est sans contredit la plus difficile à étudier. C'est elle, du reste, qui fera le sujet de ces lettres.

La digestion est une fonction qui a pour but d'introduire dans le tube digestif des substances alimentaires, de les modifier et de les réduire en principes solubles.

Cette définition suppose donc que l'être peut introduire des substances alimentaires et que ces substances sont insolubles. La digestion n'existe pas dans les plantes; les anciens l'avaient bien compris lorsqu'ils comparaient les racines des plantes aux racines de la veine porte. Tous les êtres qui trouvent leurs aliments à l'état de dissolution ne digèrent point; beaucoup d'animaux se trouvent dans cette condition. Les vers intestinaux baignent au milieu des liquides ou sucs qui les nourrissent; les acalephes, les rhizopodes sont dans le même état: aussi ne leur connaît-on point de canal alimentaire. Quelle que soit la cavité digestive, elle est toujours dans l'intérieur du corps. Certains polypes n'en possèdent point, à proprement parler; ils se creusent une cavité à leur surface lorsqu'ils veulent saisir leur proie. On ne peut pas dire que les hydraires ont une cavité digestive, puisqu'on peut les retourner comme un doigt de gant sans qu'ils cessent de digérer aussi bien qu'avant. Mais si dans ces animaux la digestion est réduite à sa plus grande simplicité, à un simple phénomène d'absorption, il n'en est point de même parmi les êtres des classes supérieures, et en particulier chez l'homme.

Deux choses sont à considérer dans la digestion: 1° les aliments; 2° l'action des appareils qui appartiennent à l'organisme; et comme ces choses sont très différentes, il est bon de les considérer séparément.

Les aliments sont très variés: tantôt ils proviennent d'animaux, ou même sont composés d'animaux vivants; tantôt ce sont des plantes vivantes ou non; enfin ils peuvent être composés de substances animales et végétales desséchées.

Les principes provenant de corps organisés peuvent encore servir à la digestion lorsqu'ils sont en voie de décomposition. Certains carnivores se repaissent des viandes putréfiées, et l'homme lui-même ne craint point les mets faisandés. L'instinct, d'un autre côté, porte des animaux à se nourrir exclusivement de telle ou telle substance; ainsi les sarcophages, les géophages, les frugivores, les insectivores, etc.

Les aliments proviennent toujours d'animaux ou de végétaux, et, si le lombric mange de la terre, il est nourri par la matière organique qu'elle renferme et non par la terre qu'il rejette.

Les minéraux sont impropres à la nutrition, et s'ils y entrent pour quelque chose, ce n'est que comme accessoire. Si des animaux se nourrissent de telle ou telle substance, ce n'est point là un fait absolu; car, selon qu'un animal est parvenu à tel ou tel degré de son développement, il se nourrit avec des aliments très différents: ainsi le têtard est herbivore, la grenouille parfaite carnivore. Puis ne faisons-nous pas des herbivores et des carnivores à volonté? Le loup, le renard, poussés par la faim, ne se sont-ils pas nourris de hannetons ou de cerises?

Les aliments ont des propriétés physiques et chimiques, et, comme ces propriétés entraînent de grands changements dans le canal alimentaire, il est utile de les étudier sous ce point de vue.

Les aliments animaux ont généralement une faible ténacité; ils renferment une grande quantité de liquide et n'offrent que peu de difficulté à la digestion. Les végétaux, au contraire, sont généralement durs, tenaces; ils contiennent moins de liquide, et surtout ils sont renfermés dans une gangue, la cellulose, qui les rend insolubles. Cette dernière propriété, toute physique, est très importante, car elle rend compte des grands changements que subit l'appareil digestif des animaux qui se nourrissent de ces aliments.

Les animaux ne voient que les propriétés physiques des substances qui doivent les nourrir. Réaumur avait déjà remarqué qu'un animal, un chien, par exemple, mis en présence de blé se laissait plutôt mourir de faim que d'y toucher, ce qu'il n'eût point fait s'il eût été mis en présence de farine ou, mieux encore, de pain. Aussi chaque animal est-il lié à un aliment particulier, comme vous avez dû le voir par ce qui précède, et si l'homme n'est soumis à aucune alimentation, s'il peut indistinctement prendre celle-ci ou celle-là, c'est qu'il peut en modifier les propriétés par des préparations culinaires. Ce que l'homme fait pour lui-même, il peut le faire pour les animaux, et changer tout leur régime de vie; mais aussi le tube digestif change d'aspect: il s'allonge ou se raccourcit; il se transforme, en un mot, pour s'adapter aux propriétés des aliments; ce fait n'avait point échappé à Cuvier.

Isaïe Poinsot.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent;
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. Decq;
A Genève, à la librairie de Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Traité du visage et de ses maladies cutanées, par le docteur Foucaud de l'Espagnery. Un fort vol. in-8° de 724 pages, accompagné d'un tableau synoptique de posologie des maladies de la peau. Prix: 10 fr. à Paris; 12 fr. 50 pour les départements. — Chez Labé, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 4, à Paris.

De l'hystéro-épilepsie. Observation d'un cas très rare; par H. Legrand du Saulle, ancien interne de la Maison impériale de Charenton. — Paris, 1855. Brochure in-8° de 44 pages. Prix: 1 fr. 25. — Chez Labé et Leclerc, libraires.

Le malade est sorti le 2 mars; on lui a fait l'avulsion de la première molaire, qui par sa position vicieuse avait sans doute déterminé la stomatite, et l'ulcération n'a plus reparu.

On verra par le fait suivant que le chlorate de potasse peut amener en moins de temps encore une guérison complète.

E. B..., âgé de quatre ans, habitant un rez-de-chaussée et assez mal nourri, entre le 19 février pour une ulcération ayant son siége sur la joue gauche, déchiquetée, de la grandeur d'une pièce de 2 fr., mais plus large; pseudo-membrane irrégulière, épaissie par places seulement. Quelques ulcérations de forme aphtheuse dans le tissu gingivo-jugal, faisant suite à l'ulcération de la joue et de la gencive; gingivite s'étendant depuis les canines droites jusqu'aux dernières molaires gauches; muqueuse saignante; salivation, mais modérée; haleine acide.

Du 21 au 25, on s'en tint aux soins de propreté, à des injections d'eau d'orge, des frictions avec la poudre dentifrice; mais l'amélioration était insignifiante.

Le 25, l'administration de 0,50 de chlorate de potasse, et vingt-quatre heures après amendement très notable, aussi bien sur la joue que sur la gencive. L'ulcération avait perdu la moitié de son étendue; elle existait seulement sur les points où la fausse membrane était épaissie; la muqueuse qui l'entourait faisait moins de saillie; le bourrelet gingival avait diminué de moitié. La plaie était plus belle, la salivation moindre; la joue avait conservé à peu près le même volume.

Le 26, l'ulcération avait encore diminué de moitié; il n'y avait plus que des traces ulcéreuses de la largeur de 2 à 3 millimètres; sur la gencive, simple liséré autour de quelques dents.

Le 27, même prescription, et le lendemain le malade était guéri. La face buccale de la joue était revenue à son état normal, la muqueuse était seulement comme marbrée sur les points où l'ulcération existait en dernier lieu; la gencive restait détruite sur sa face antéro-latérale; les dents étaient à moitié déchaussées en avant; la joue, qui avait diminué rapidement de volume à l'extérieur, restait cependant assez grosse, ce qui était dû à la saillie du ganglion sous-maxillaire correspondant. (*Bull. de Thérap.*)

ACTION SUR LA PEAU DE L'ACIDE CARBONIQUE

en dissolution dans de fortes proportions avec l'eau.

Par M. le docteur Mousset.

A propos de la notice de M. le docteur Herpin (de Metz) relative à l'action de l'acide carbonique sur la peau, M. le docteur Mousset nous communique l'observation suivante consignée dans sa thèse inaugurale du 30 mars 1835, et qui tend à démontrer que l'acide carbonique en dissolution dans de fortes proportions avec l'eau n'a pas sur la peau une action moins puissante que celle du même acide à l'état gazeux.

Voici ce que M. Mousset dit avoir observé dans une expérience qu'il a faite sur lui-même avec l'eau vésuvienne de Naples, qui contient une grande quantité de gaz acide carbonique libre (86 gr. 58 sur 16 livres d'eau):

« L'eau vésuvienne fait éprouver au moment de l'immersion la même sensation qu'un bain frais. Elle dépose promptement à la périphérie du corps une prodigieuse quantité de petites perles argentines, qui se détachent par le frottement et montent à la superficie, où il est facile de les recueillir : ce sont des bulles d'acide carbonique. Au bout de dix minutes, le bain paraît chaud. Après une demi-heure, il produit une démangeaison, un picotement général très incommode; le pouls est plein, la respiration et la circulation sont accélérées. Vingt minutes plus tard, la respiration et les mouvements du cœur sont précipités; un sentiment de cuisson de toute la surface cutanée ne permet pas de rester plus longtemps dans l'eau; toute la peau est brûlante et d'un rouge écarlate. Un bain aussi prolongé laisse une faiblesse très grande, qui dure deux ou trois jours. »

EMPLOI DU CHLOROFORME

dans la préparation de l'emplâtre cantharidé.

Par M. Landerer, pharmacien à Athènes.

Humectez la poudre de cantharides avec suffisante quantité de chloroforme, mettez-la digérer à une douce chaleur pendant plusieurs jours; mêlez ensuite les cantharides à la masse emplastique, qui doit être à moitié refroidie, en prenant les précautions nécessaires pour éviter l'inhalation du chloroforme qui se volatilise.

Cette préparation, suivant M. Landerer, possède au plus haut degré toutes les qualités d'un bon emplâtre; elle est très active et se laisse parfaitement étendre. (*Journ. de chim. méd.*)

SUR UN NOUVEL AGENT HÉMOSTATIQUE.

M. Monsel, pharmacien militaire, vient de composer une eau hémostatique dont on a dans plusieurs circonstances constaté les heureux effets. Elle est ainsi composée :

Acide tannique.	5 centigr.
Alun privé de fer.	4 gramme
Eau de roses.	40 —

Ce nouvel agent possède en outre la remarquable propriété d'arrêter dans le sang avec lequel il est en contact toute tendance à la putréfaction. (*Gaz. méd. de Paris.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 12 juin 1855. — Présidence de M. Jobert (de Lamballe).

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Le ministre du commerce transmet :

Epidémies. — 1° Un rapport de M. Madin, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Verdun (Meuse), sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune d'Osches en mars, avril et mai derniers;

2° Un rapport de M. Victor Pagès, médecin des épidémies pour l'arrondissement d'Alais (Gard), sur une épidémie de choléra qui a régné dans cet arrondissement en 1854. (Commission du choléra.)

Vaccine. — 3° Une brochure de M. Bayard, ayant pour titre : *De l'influence de la vaccine sur la population.* (Commission de la vaccine.)

4° Les états de vaccination des départements de la Haute-Marne et de la Sarthe pour 1854. (Même commission.)

Eaux minérales. — Le même ministre adresse une caisse d'eau minérale de Bondonneau (Drôme), avec demande d'avis. (Commission des eaux minérales.)

Nouveau fébrifuge. — Le ministre de la marine envoie à l'Académie une caisse contenant une certaine quantité d'un nouveau bois fébrifuge, le *bittera febrifuga*, expérimenté par M. le docteur Amic, médecin en chef de la marine à la Martinique. (Commission des succédanés du quinquina.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Candidature. — M. le docteur Sestier écrit qu'il se désiste de sa candidature à l'Académie.

Folie. — M. Belhomme adresse une lettre contenant l'exposé de ses opinions sur les rapports de la folie avec les lésions encéphaliques.

Hydrocotyle asiatica. — M. Jules Lépine, pharmacien de la marine, communique un mémoire sur l'*hydrocotyle asiatica*, plante usitée dans l'Inde dans le traitement de la lèpre, l'éléphantiasis, la syphilis, etc. (Commissaires, MM. Chatin, Rayer et Gibert.)

Eaux de Bagnols-de-l'Orne. — M. le docteur Denos fait hommage à l'Académie d'un travail sur les eaux minérales de Bagnols-de-l'Orne.

— M. le président annonce à l'Académie que M. le docteur Caviol, correspondant à Cahors, est présent à la séance.

LECTURE.

M. A. Da Costa, médecin de Rio-Janeiro, momentanément à Paris, obtient un tour de faveur pour une lecture. M. Da Costa dépose sur le bureau la collection de ses œuvres chirurgicales, dont il fait hommage à l'Académie, et il donne lecture de deux courts extraits de ces œuvres : l'un est relatif aux hernies, et l'autre aux résections osseuses.

MM. Velpeau, Civiale et Jobert sont chargés de faire un rapport à l'Académie sur la communication de M. Da Costa.

ÉLECTION.

L'Académie procède au scrutin pour la nomination d'un membre dans la section d'anatomie pathologique.

Les candidats sont MM. Blache, Beau, Sestier, Barthez, Bayle et Moreau.

Le nombre des votants est de 84; majorité, 42.

M. Blache obtient.	43 voix.
M. Beau.	25
M. Bayle.	11
M. Moreau.	4
M. Sestier (qui s'est désisté de sa candidature). .	1

M. Blache, ayant réuni la majorité des suffrages, est proclamé membre de l'Académie, sauf l'approbation de l'Empereur.

DISCUSSION.

Du délire au point de vue anatomo-pathologique. — L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur ce sujet.

La parole est à M. Collineau. (Nous publierons le discours de M. Collineau dans le prochain numéro.)

M. Bousquet, après quelques explications sur l'incident relatif à la dissidence qui existe entre lui et les deux autres membres de la commission, MM. Londe et Ferrus, s'exprime en ces termes :

M. Londe s'étonne, et M. Ferrus partage son étonnement, que je refuse au cerveau la faculté de penser. L'estomac digère, le foie fait de la bile, chaque organe a sa destination, son rôle; celui du cerveau est de penser et de vouloir. Ainsi parlait Cabanis. Qui ne connaît cette phrase devenue célèbre par la crudité même des mots : *Le cerveau fait organiquement la sécrétion de la pensée*; ce qui, traduit en langage physiologique, veut dire que le cerveau reçoit du sang, le travaille à sa manière, et en fait sortir l'intelligence, la mémoire, le jugement, le désir, la liberté, tout l'entendement enfin. Mais, il faut le dire à la louange de Cabanis, il ne persista pas; ce qu'il avait avancé avec tant d'assurance dans son traité des *Rapports du physique et du moral*, il le démentit plus tard dans sa *Lettre sur les causes premières*.

Georget, dont vous chérissez justement la mémoire, commença et finit comme Cabanis. Il a fait comme ces Romains dont parle Tacite, qui n'avouaient leur pensée que dans leur testament.

Vous dites que le cerveau pense; je vous dis, moi, qu'il ne peut pas penser. Il y a de cette vérité plusieurs démonstrations. Cela ressort clairement de la comparaison même des faits, des phénomènes physiques ou organiques avec les phénomènes intellectuels et moraux. Considérez attentivement ces phénomènes, vous ne verrez que différences, et plus vous y regarderez de près, plus vous serez convaincu qu'ils sont irréductibles les uns dans les autres. S'ils sont irréductibles, vous ne pouvez donc les déduire d'une origine commune, de l'organisation, par exemple, comme vous le faites.

Suivez, je vous prie, le raisonnement. Qu'est-ce en effet que l'organisation, sinon de la matière arrangée d'une certaine façon? Elle en a toutes les propriétés, tous les caractères, et l'étendue en forme, comme chacun sait, l'attribut essentiel, l'attribut sans lequel elle ne peut exister, sans lequel l'esprit ne peut la concevoir; de sorte que qui dit étendue dit corps, matière, car l'attribut implique la substance et la représente.

Or la pensée, l'esprit n'a rien de commun avec la matière; il n'en a ni la couleur, ni la consistance, ni la figure, ni l'étendue. Ces qualités répugnent à sa nature. Mais s'il n'a pas celles de la matière, il en a d'autres qui lui sont propres, comme de se souvenir, de raisonner, de juger, de désirer, de penser enfin. Et, comme je le répète, l'attribut emporte la substance, il s'ensuit que pensée et esprit c'est absolument la même chose.

Un être, quel qu'il soit, ne saurait donc exister sans ses qualités essentielles, pas plus qu'avec des qualités qui s'excluent.

Cet être est-il étendu, il est corps et ne saurait penser. Pense-t-il, il est esprit et n'est pas étendu.

En effet, l'étendue et la pensée sont incompatibles et s'excluent. L'étendue est divisible, mais la pensée ne l'est pas; elle ne peut pas se partager, on n'en peut pas prendre la moitié, le tiers, le quart. Elle est entière ou n'est pas.

De cette opposition entre les attributs de la matière et de l'esprit résulte invinciblement la différence des deux substances. Il est trop évident que lorsque les choses qu'on compare sont telles que ce qu'on affirme de l'une il faut le nier de l'autre, il est trop évident que ces choses diffèrent entre elles en espèce et en nature.

Ce qui trompe M. Londe et ceux qui n'y regardent pas de plus près, c'est que l'homme est corps et esprit tout ensemble. La réunion de ces deux natures forme la sienne propre. Cette union, je ne la comprends pas, mais je la sens en moi, je la vois en vous, je l'admets comme un fait; ma raison ici se soumet à mes sens. La vôtre, moins docile, se révolte et se renie elle-même en ramenant tout à l'organisation; l'esprit nie l'esprit.

Que si vous me parlez de la dépendance où sont les deux substances l'une de l'autre, du rapport du physique et du moral, cessons de discuter, je suis avec vous. Nulle part cette dépendance n'apparaît avec plus d'évidence que dans la succession des âges, et c'est une admirable prévoyance du Créateur d'avoir mis la proportion que nous voyons entre le développement des forces physiques et celui de l'intelligence. Car supposez que Pascal au berceau avait toute la raison de Pascal écrivant ses *Provinciales*, et faites-vous, si vous pouvez, une idée de sa position!

La connaissance de ces rapports forme une science à part qui n'est ni la psychologie, ni la physiologie, mais l'alliance de l'une et de l'autre. Cette science, Cabanis l'a ébauchée. C'est à la médecine à la perfectionner. Il ne faut pas, dit M. Peisse, élever un mur de séparation entre la psychologie et la physiologie. Non sans doute, il ne le faut pas. Elles n'ont vécu que trop isolées; il n'y a pas de raison pour prolonger cet état; il n'y en a que pour le faire cesser. Pourquoi se défieraient-elles l'une de l'autre? Le rapport une fois admis entre le physique et le moral, chacune est autorisée à aller aussi loin qu'il se peut dans la recherche de ce rapport : il n'est pas à craindre qu'elles se confondent et que l'abîme qui sépare les deux substances soit jamais comblé.

Je parlais en commençant de la position qui m'a été faite, et je disais qu'abandonné des confrères qui me devaient appui et secours j'étais seul pour défendre mon œuvre.

M. Baillarger du moins ne me devait rien, rien que justice; et les liens de toute sorte qui l'unissent à M. Moreau lui auraient fait un devoir de me combattre dans tout ce qu'il n'approuve pas, quand même l'intérêt de la science lui aurait laissé une entière liberté. Sa longue et savante argumentation ne fait pas moins d'honneur à ses sentiments et à son cœur qu'à son esprit, à sa dialectique, à son érudition.

Ne croyez pas cependant qu'il n'y ait entre nous nulle analogie, nulle conformité de principes; ce serait ma condamnation; car en fait de maladies mentales, je le dis ici avec sincérité, je suis pour M. Baillarger contre moi. Mais je n'ai rien à changer à mes opinions; elles sont en partie les siennes; il le dit lui-même avec une bonne foi qui l'honore et qui me flatte. Il ne blâme que la généralité de ma critique : à cela près, nous nous rencontrons presque partout contre M. Moreau.

Mais alors comment M. Baillarger est-il parvenu à donner le change à son auditoire? Par quel artifice a-t-il pu faire croire qu'il est contre moi quand il est pour moi et qu'il est pour M. Moreau quand il est contre M. Moreau?

Rien de plus simple. Il écarte le plus qu'il peut M. Moreau du débat, et, au lieu de porter la discussion sur le mémoire, il la porte sur le rapport. Il en prend quelques lignes, quelques phrases, quelques mots, et les tourne contre le rapporteur.

Pour ne pas laisser flotter mon esprit dans une matière si délicate, j'ai d'abord cherché à entrer dans la pensée de l'auteur, et j'ai cru que tout son travail pouvait se réduire à trois points principaux; question de mots, question de choses, théorie ou confusion.

Cette première vue a reçu l'approbation de M. Baillarger; pourquoi donc ne l'a-t-il pas suivie?

De la question de mots, la confusion du délire avec la folie, il n'en parle même pas, tant il y met peu de prix.

La seconde question n'est pas de mots, elle est de principe. Il s'agit de savoir où réside la folie dans l'organisme. Est-elle tout entière dans le cerveau, rien que dans le cerveau? C'est en grande partie pour défendre l'affirmative que M. Moreau a composé son mémoire. C'en est l'idée dominante. J'ai combattu ce qu'il y a de trop exclusif dans cette doctrine par la triple autorité des faits, des noms et de la physiologie; j'ai cité Cabanis, Jacobi, Pariset. A ces noms glorieux, je puis ajouter aujourd'hui celui de M. Baillarger. Il rompt nettement avec M. Moreau sur ce point. Témoin *de visu*, dans son service de la Salpêtrière, de l'influence des menstrues et de l'âge critique sur l'explosion de la folie, comment pourrait-il la renfermer tout entière dans le cerveau? Il croit donc qu'il y a bon nombre d'aliénations dont il faut chercher ailleurs le point de départ : non assurément que le cerveau y reste étranger, ce n'est pas ce qu'on veut dire, mais dans l'ordre chronologique il ne vient qu'en second lieu et comme emporté dans l'orbite de la lésion primitive.

On comprend maintenant tout l'intérêt de la théorie à découvrir des traces de lésion dans le cerveau. L'observation a beau lui crier qu'il n'y en a pas le plus souvent, elle répond qu'il faut qu'il y en ait toujours. Si vos sens ne les voient pas, ajoute-t-elle, il ne s'ensuit pas qu'elles n'existent pas; mais il s'ensuit bien moins encore qu'elles existent. Et dans son embarras, elle imagine les explications les plus futiles et les moins probables, comme, par exemple, qu'il a pu survenir dans le cours de la folie tel accident qui, en effaçant la lésion matérielle, en aura laissé subsister l'effet.

L'observation livrée à elle-même a des allures plus simples, plus franches, plus naturelles. Elle n'entend rien à tous ces détours. Quand

elle ne trouve pas de lésion dans un organe, elle ne dit pas qu'il y en a, ni qu'il y en a eu. Il est vrai que, dans l'espèce, elle n'a pas besoin de cet expédient. Une fois assurée que l'impulsion de la folie ne vient pas toujours directement du cerveau, elle s'explique facilement comment cet organe reste sain d'organisation au milieu des dérangements fonctionnels qui le troublent. Et quand elle ne le pourrait pas, elle n'irait pas contre son propre témoignage : ce qui est des sens se montre aux sens et ne se suppose pas.

Sur ce point encore j'ai la satisfaction de me rencontrer avec M. Baillarger. Vous l'avez entendu parler de l'anatomie pathologique et du peu qu'elle a fait pour la connaissance des maladies mentales. Je le prie d'en parler encore, car il n'en a dit ni tout ce qu'il sait, ni tout ce qu'il pense. J'ai été moins loin que lui dans le même sens; j'ai fait du moins mes réserves. J'ai dit qu'il y a une espèce d'aliénation signalée, décrite, constituée par M. Bayle, laquelle laisserait une lésion constante après elle; cette maladie, vous l'avez nommée, c'est l'*aliénation avec paralysie*. Je me sers de la dénomination consacrée pour me faire comprendre, mais elle cache, à mon sens, une grave erreur de jugement; ce n'est pas là de la folie, non ce n'est pas de la folie encore qu'il y ait dérangement d'esprit. Qu'est-ce donc? C'est une simple inflammation des méninges caractérisée sur le cadavre par ce qu'il y a de plus net, de plus significatif: injection, rougeur, épaississement des tissus, adhérences, fausses membranes, etc. Le cerveau en est troublé dans ses fonctions, et la compression détermine la paralysie. Tout cela se comprend et se suit. Mais, encore une fois, le délire n'est ici que consécutif, symptomatique, et, dans l'ordre de succession, il se place entre l'inflammation et la paralysie.

Ainsi, vous le voyez, la seule maladie qui laisse une altération constante et non équivoque dans l'organisation n'est pas la folie dans la véritable accession du mot, et M. Bayle ne s'y est pas trompé, puisqu'il l'appelle du nom de *méningite chronique*.

Voulez-vous cependant lui conserver la place qu'elle a usurpée? Alors il faut admettre deux ordres, deux classes d'aliénation : l'une sans paralysie, l'autre avec paralysie. La première, de beaucoup la plus nombreuse, comprend les maniaques, les monomaniaques et une partie des déments. De celle-là l'anatomie pathologique ne dit rien ou presque rien, parce qu'elle ne sait rien. Elle jette, au contraire, la plus vive lumière sur la seconde; elle explique l'embarras de la langue et l'impuissance des membres. Il se passe là quelque chose d'analogue à ce qui se voit dans l'apoplexie, et dans les expériences sur les animaux vivants quand on comprime le cerveau.

Mais je veux que les lésions anatomiques soient aussi communes qu'elles sont rares et que le souhaiterait la théorie; qu'y gagnera-t-elle? quel rang lui donnera-t-elle dans la constitution de la folie? en fera-t-elle des causes? Mais ces altérations ne sont pas venues toutes seules, elles ne se sont pas produites d'elles-mêmes dans l'état où nous les voyons; elles ont eu un commencement. Il y a dunc quelque chose qui les a précédées et amenées. Ce quelque chose ne peut être qu'une déviation, une viciation, j'ai presque dit une erreur des forces mêmes de la vie; car ce n'est qu'en tant que sentants et vivants que les organes sont malades. On dira sans doute que si la vie dépend de l'organisation, toute viciation de la force vitale n'est en dernier résultat qu'une lésion de l'organisation, soit; mais convenez à votre tour que cette lésion commence par ces conditions cachées, mystérieuses, inaccessibles à tous nos sens, et où réside le foyer même de la vie. Les altérations que nous voyons et que nous touchons n'en sont pas moins secondaires, consécutives, éventuelles et non pas nécessaires; et dans tous les cas elles constituent, non la cause, mais l'expression, la manifestation anatomique de la folie.

Telle est, selon moi, la véritable interprétation de toutes les altérations anatomiques, et telle est l'idée qu'il faut se faire de l'anatomie pathologique en général. Car de croire qu'elle découvre les causes des maladies, c'est une illusion des sens. Il suffit d'y réfléchir un instant pour voir qu'elle n'en révèle que les signes anatomiques. Cela est clair comme le jour pour les maladies éruptives et pour toutes les maladies contagieuses; il en est de même des autres. Voyez, par exemple, la fièvre typhoïde; on la reconnaît dans le cadavre à l'ulcération de l'intestin. Croit-on cependant que toute la maladie soit là? Croit-on que si on pouvait y porter le nitrate d'argent et cicatriser la plaie, croit-on que la maladie serait guérie? L'ulcération de l'intestin n'a pas tant d'importance; elle dépose de l'existence de la fièvre typhoïde au même titre que les taches lenticulaires de la peau : c'est toute sa signification. L'anatomie pathologique n'est donc qu'une partie de la séméiotique; c'est la séméiotique de l'intérieur, c'est la science des signes anatomiques comme la séméiotique de l'extérieur est la science des signes fonctionnels. Et Morgagni a prouvé qu'il n'avait pas une juste idée de l'objet même de ses études en intitulant son grand et bel ouvrage *De sedibus et causis morborum*; il eût été plus près de la vérité s'il eût dit *De sedibus et effectibus*. Et encore que de choses n'y aurait-il pas à dire sur le siége!

Si nos organes étaient transparents, s'ils laissaient voir à l'œil le mécanisme de leurs fonctions, il serait sans doute plus facile de lire dans les altérations qu'ils subissent dans les maladies. Cela se comprend de reste. Quand on sait que la transparence du cristallin est nécessaire au passage des rayons lumineux, on n'a pas de peine à s'expliquer les suites de son opacité. « Apprenez-moi, dit M. Piorry, » comment se forme la pensée avec un cerveau sain, je vous dirai en» suite comment un cerveau malade enfante le délire. » Malheureusement le premier terme du problème nous manque. Le cerveau ne laisse rien voir de ses opérations; c'est le plus mystérieux de tous les organes. Il contient certainement le secret de l'hérédité de la folie; demandez à l'anatomie de vous le faire connaître.

Elle vous dira encore assez souvent le théâtre de l'événement, mais l'histoire de cet événement, jamais. On n'apprend à bien connaître les maladies que sur les malades; le cadavre n'en révèle que ce qu'il y a de moins essentiel. Vauvenargues a dit, à la vérité dans un autre sens : « On ne peut juger de la vie par une plus fausse règle que la mort. »

Non, jamais une médecine fondée sur l'anatomie pathologique ne répondra au but qu'elle doit se proposer. Si vous n'en croyez pas mes raisons, croyez-en l'expérience. A quel état de pauvreté, à quel état d'abaissement n'a-t-elle pas réduit la thérapeutique? Aussi je m'étonne de la satisfaction que vous éprouvez à la rencontre de ces lésions qui vous ôtent souvent jusqu'à l'espoir de guérir la maladie qui les a laissées. En pareille matière, il serait bon pourtant de conserver un peu d'illusion. On se défend mal quand on descend dans la lice avec la certitude d'être battu. Et c'est ainsi que l'art de guérir, le premier, le plus noble de tous les arts, menaçait naguère de tourner à une éternelle méditation sur la mort, selon l'expression d'Asclépiade.

Je livre ces réflexions à M. Ferrus, et je reviens à M. Baillarger.

Le point sur lequel je l'attendais avec le plus de confiance est celui qui nous divise le plus. Je veux parler de la nature physiologique de la folie. Que pour donner une idée de la folie, on la compare au sommeil agité par des rêves, la comparaison est si naturelle que tous les aliénistes l'ont employée. Mais M. Moreau ne s'arrête pas à la superficie : de la ressemblance des phénomènes extérieurs il conclut à l'identité des états intérieurs et cachés; de telle sorte qu'au point de vue psychique il n'y aurait pas de différence entre le fou et l'homme qui rêve. J'ai dit comment il a été conduit à cette conclusion et comment il la justifie; je ne me répéterai pas : je n'ai affaire en ce moment qu'à M. Baillarger.

Pour la première fois M. Baillarger m'abandonne, pour la première fois il se tourne vers M. Moreau; mais il entre si bien dans ses vues qu'il les prend pour lui et les défend par des raisons qui lui sont propres. A la vérité, il tire ces raisons d'un peu loin. Il parle d'automatisme, de l'automatisme de l'intelligence, deux mots qui s'excluent dans ma faible raison. C'est l'automatisme qui lie, qui rapproche le délire et le rêve au point de les confondre. Dans le langage ordinaire, l'automate n'est rien qu'une pure machine sans intelligence, sans conscience, sans liberté. Ce n'est pas celui de M. Baillarger. Son automatisme, à lui, ne frappe, n'éteint que la volonté, et encore la volonté dans l'exercice de l'imagination et de la mémoire... Tout cela est trop profond pour moi. Je vois seulement que l'automatisme est d'une grande ressource pour M. Baillarger, car il en fait souvent usage; il taxe d'automatisme tout penseur qui, absorbé dans ses méditations, s'isole de ses sens au point de rester étranger à ce qui se passe autour de lui. A ce compte, il n'y aurait nulle part plus d'automates que parmi les hommes de génie. M. Baillarger cite Newton brûlant le doigt de sa maîtresse. Il ne le voulait pas, dit-il. Non assurément; mais c'est parce qu'il voulait trop fortement d'un autre côté. La réflexion, la méditation n'est pas un de ces états d'instinct auxquels on se laisse aller malgré soi. Rousseau lui-même, qui s'était fait une sorte de privilége du sophisme et du paradoxe, Rousseau n'a jamais été si loin; il s'est contenté de dire que l'homme qui pense est un animal dépravé, mais il n'a pas dit que c'était un fou ou un automate.

Mais je m'arrête; je ne veux pas vous suivre dans ce labyrinthe sans issue. Vous avez évidemment dépassé votre pensée. Cela arrive aux meilleurs esprits. Permettez-moi seulement une question, et surtout ne vous offensez pas de mes paroles; s'il n'y a que l'intention qui blesse, elles ne doivent pas vous blesser. Ce que vous affirmez avec tant d'assurance, le croyez-vous sincèrement? Fermez les yeux et pensez-y. Etes-vous bien convaincu qu'il y ait entre le rêve et la folie toute l'analogie que vous dites? Que l'auteur d'une pareille conception y croie, c'est son juste châtiment. Mais quand on n'a pas les mêmes intérêts on doit juger plus sainement. Vous avez beau vous envelopper dans vos raisonnements, vous avez beau m'embarrasser dans vos arguments subtils, ma raison résiste et proteste malgré que j'en aie.

Il s'est trouvé aussi des philosophes qui ont nié la matière, d'autres le mouvement, et ils se sont défendus de manière à mettre quelquefois leurs adversaires sans réponse. On ne s'est pas rendu pour cela. La nature a mis au fond des cœurs comme une prescience de la vérité, une sorte d'instinct plus sûr et plus fort que tous vos raisonnements; c'est comme un témoignage intérieur, un cri de la raison qui dépose pour elle-même contre les piéges que lui tend l'esprit de système.

Ici finit ma tâche. J'ai répondu, je crois, à tout ce que M. Baillarger a relevé dans mon rapport de ce qui intéresse le rapport de M. Moreau. Mais il lui a plu d'étendre la critique; et ne pouvant s'attaquer à la lettre du rapport, il s'en prendra désormais à l'esprit. C'est un procès de tendance.

Cela paraît dès la première phrase. « Le rapport de M. Bousquet, » dit-il, se résume assez exactement dans cette pensée, que les études » si persévérantes entreprises sur la folie n'ont guère produit jusqu'ici » que des résultats négatifs. »

Il y a sans doute de l'exagération dans ces paroles; je conviens d'ailleurs qu'il y a du vrai, et que M. Baillarger n'a pas trop mal saisi la disposition d'esprit où j'étais en écrivant. J'espère qu'il n'abusera pas de cet aveu.

Je ne suis pas d'ailleurs aussi injuste qu'il le croit peut-être et qu'il l'insinue. Je puis sentir profondément les imperfections, les lacunes, les *desiderata* de la science; je n'en mets que plus d'ardeur à défendre les grandes vérités qu'elle possède : moins on est riche, plus on tient à ce qu'on a. J'aime donc à proclamer que jamais on n'a mieux observé et mieux décrit les formes, les variétés de la folie; jamais on n'en a mieux connu la statistique; jamais on n'a mieux apprécié l'influence de l'hérédité, etc. Ces connaissances et d'autres que j'omets ont certainement leur prix; mais je ne puis m'empêcher de remarquer qu'elles sont toutes du même ordre; elles appartiennent toutes à l'histoire naturelle. Or l'histoire naturelle n'est pas toute la médecine; elle n'en est qu'une partie. Quand on connaît les maladies en naturaliste, il reste à les étudier en praticien, en homme qui veut et qui doit les guérir.

En preuve des progrès qu'a faits la pathologie mentale, vous mettez en première ligne la classification, et vous citez le grand nom de Pinel. J'ai appris à respecter ce nom dans ma jeunesse, je ne manquerai pas dans l'âge mûr à ce que je lui dois. Mais enfin longtemps avant Pinel on divisait les maladies de l'entendement en deux grandes classes, la manie et la mélancolie ou monomanie. Pinel a trouvé cette division, il l'a prise et l'a consacrée de son autorité. Il a fait plus, il a voulu étendre le domaine de l'aliénation et y a ramené la démence et l'idiotisme.

Mais, j'en demande bien pardon à sa mémoire, la démence n'est ni une espèce, ni une variété de la folie : elle n'en est qu'une période, qu'un degré.

L'idiotisme y est complétement étranger. Pour perdre la raison, il faut apparemment en avoir joui; or les idiots en ont toujours été privés, je parle des idiots de naissance; ce sont des êtres imparfaits et incomplets, dégradés des mains mêmes de la nature; ce sont des monstres dans le monde intellectuel et moral.

Esquirol a bien compris la faute de son maître et s'est efforcé de la réparer. Il distingue l'idiotisme de naissance, qu'il appelle *idiotie*, d'avec l'idiotisme qui succède à la folie : distinction fort juste en soi. Mais Esquirol n'a pas vu que, si on n'avait pour s'éclairer les signes commémoratifs, la distinction serait souvent impossible, tant il y a de ressemblance entre la démence au dernier degré et l'idiotisme de naissance.

Que si ces réflexions sont justes, si la démence n'est qu'une période de la folie, si l'idiotisme ne lui appartient pas, nous voilà ramenés en fait de classification justement au point où en était la science lorsque Pinel publia son *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*.

Et M. Falret, si bon juge dans la matière, trouve que c'est encore trop de la manie et de la monomanie; il déclare positivement que la monomanie n'existe pas dans la nature; elle n'est que dans la tête des aliénistes et dans leurs livres. Non, il n'y a pas de délires partiels, bornés, restreints à une seule idée ou à une seule série d'idées. Cette erreur vient d'un examen superficiel. On s'est laissé prendre aux apparences. Parce qu'il y a des délires dominants, on a cru qu'ils étaient exclusifs; mais qu'on y regarde de près, et on verra qu'ils s'étendent un peu sur tout.

M. Falret nie la monomanie en fait, M. Moreau la nie en principe (*Gazette des Hôpitaux*, 2 juin).

Je ne prononce pas entre Hippocrate et Galien. Mais je réponds à M. Baillarger : Si vous n'êtes pas d'accord sur le papier, comment le seriez-vous au lit des malades? Aussi arrive-t-il souvent que vous ne l'êtes pas, je le sais.

L'embarras est d'autant plus grand qu'on voit tous les jours les maladies mentales se succéder, se mêler, se transformer, de telle sorte que dans le cours de la même maladie on observe successivement toutes les formes, tous les degrés du délire. Ainsi, dans ce que vous appelez l'aliénation paralytique, les malades, d'abord monomaniaques, deviennent maniaques, puis déments, puis enfin idiots. Il se mêle presque toujours un peu de manie dans le délire partiel, et il est bien rare que le délire des maniaques soit sans prédominance d'une ou de plusieurs séries d'idées particulières. Je reproduis ce passage malgré les observations de M. Baillarger; je n'ai rien à y changer, et je conclus de nouveau avec M. Moreau que, si les formes adoptées de manie, monomanie, délire général et partiel ont leur utilité au point de vue de l'histoire, elles sont sans fondement dans la nature.

Enfin M. Baillarger se sert du traitement pour distinguer la manie d'avec la monomanie. A l'une il faut des bains prolongés; l'autre se trouve mieux du traitement moral.

De toutes les parties de la pathologie mentale, la thérapeutique est, à mon gré, la moins avancée : c'est la plus importante et celle qui laisse le plus à désirer. M. Moreau n'en parle pas dans son mémoire, je n'avais pas à m'en occuper dans mon rapport. Cependant M. Baillarger remarque ma réserve en termes un peu provocants; je crois comprendre ses desseins, j'aurai la sagesse de ne pas répondre. Le défi qu'on me porte, M. Ferrus l'a relevé. Il n'est pas trop mécontent, ce semble, des ressources de la médecine dans le traitement de la folie; j'en félicite les fous et leurs familles, j'en félicite aussi leurs médecins. Rien ne vaut les succès cliniques, rien n'est comparable aux triomphes du praticien. Pour moi, obsédé par cette idée que la médecine est avant tout l'art de guérir, c'est toujours au traitement que je me reporte quand j'entends parler des progrès de la science et quand, comparant le présent avec le passé, je fais en moi-même son inventaire et compte ses richesses. M. Ferrus a pris plaisir à nous les étaler, ces richesses, je n'en ai pas eu moins à les voir passer devant mes yeux; mais, à dire la vérité, je crains que M. Ferrus ne nous ait donné son habileté personnelle pour l'état de la science. Il y a dans tous les arts des artistes incomparables qui en sont l'honneur; ce n'est pas sur eux qu'on peut juger des autres, ils auraient trop à y perdre.

Une chose m'a encore frappé dans le discours de M. Ferrus; il voulait relever la science moderne en constatant les avantages qu'elle a pris sur l'ancienne, et il nous a reportés au premier siècle de l'ère chrétienne. Il nous a fait voir, par un passage de Celse qui témoigne de son érudition dans la matière, qu'au temps du médecin romain la médecine suivait dans le traitement de la folie les mêmes règles que celles qui la guident encore aujourd'hui. Cela prouve sans doute pour la solidité, pour la fixité de ses règles, mais cela ne prouve pas aussi bien pour les progrès de la thérapeutique. L'expérience en fait voir les lenteurs, la raison les explique. L'hérédité tient une si grande place dans la pathogénie de l'aliénation, qu'il y en a presque toujours un peu. Comment détruire ces fatales dispositions? Comment effacer cette souillure, cette tache du sang? La difficulté est immense. Loin de la dissimuler, il faut la publier, la répandre; il y va de l'honneur, de l'intérêt de la profession; et il faut que le médecin y reporte souvent sa pensée pour soutenir son zèle et se consoler, au besoin, de l'insuffisance de ses efforts et des bornes de l'art.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues à la Faculté de médecine par MM. :

Martin, né le 24 mai 1826, à Thionville (Moselle); *Considérations sur l'intoxication tellurienne en Algérie.*

Driot, né le 13 août 1824, à Pontoise (Seine-et-Oise); *De l'allaitement artificiel.*

Masson, né le 3 juin 1829, à Ardres (Pas-de-Calais); *Traitement de la fistule lacrymale par le cautère actuel.*

Fourrier, né le 11 janvier 1830, à Vassy (Haute-Marne); *Du choléra.*

Langlois, né le 23 octobre 1826, à May (Calvados); *De l'éclampsie puerpérale.*

Bally, né le 22 septembre 1824, à Marseille (Bouches-du-Rhône); *Du delirium tremens.*

Toutes les thèses soutenues à la Faculté sont annoncées dans la *Gazette*; celles qui sont remises à notre bureau sont analysées dans un des numéros qui suit la remise.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 70. — SAMEDI 16 JUIN 1855. (28e ANNÉE.) N° 70. — SAMEDI 16 JUIN 1855.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Du danger des préparations ferrugineuses dans certains cas de chlorose.

Convient-il d'administrer les préparations de fer à tous les chlorotiques ? Dans quelles circonstances doit-on s'en abstenir ? Le titre même que nous venons d'inscrire indique assez la solution que nous entendons donner à cette première question. La détermination des conditions qui rendent dangereuse l'administration du fer nous donnera naturellement la solution de la seconde question.

Une jeune fille de dix-neuf ans, d'une taille grêle, d'une constitution frêle et délicate, entre à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Trousseau. Cette jeune fille dit être malade depuis trois mois ; elle est mal réglée et ses règles n'ont pas paru depuis le commencement de sa maladie. Depuis le même temps, elle se plaint de douleurs de ventre ; elle a notablement maigri ; elle a de l'inappétence, des désordres d'appétit ; enfin, elle présente une teinte et un aspect manifestement chlorotique, et l'auscultation révèle un bruit de souffle marqué dans les grosses artères.

Au premier abord, en ne s'en tenant qu'à ces renseignements et à ces signes extérieurs, on eût été porté à ne voir là qu'une chlorose avec quelques troubles digestifs liés à cet état diathésique. Mais en examinant la malade avec soin, on constate qu'elle a le ventre tendu, tuméfié et douloureux à la pression dans toute son étendue ; et on apprend qu'elle a une diarrhée modérée, mais continue, et des sueurs nocturnes.

En rapprochant ce fait de ce qui précède, le diagnostic prend déjà une tout autre signification : si l'on se rappelle, en effet, cette proposition formulée par M. Chomel, qu'une diarrhée chronique s'accompagnant de sueurs nocturnes est toujours l'indice d'une tuberculisation, on est bien près de considérer cette jeune fille comme sous le coup d'une diathèse tuberculeuse commençante. Ce diagnostic acquiert enfin le plus grand degré de précision possible, grâce à quelques autres signes qui avaient pu échapper à un premier examen superficiel, et qui, mis en regard de ceux que nous venons de faire connaître, ajoutent à leur valeur séméiologique ; tels sont l'aspect bleu azuré de la sclérotique, des cils longs et fournis, une étroitesse notable de la poitrine et enfin une petite toux sèche, habituelle.

M. Trousseau, en conséquence, diagnostique une affection tuberculeuse abdominale, forme très commune, non chez l'adulte, mais chez l'adolescent. Il y aurait, suivant ce professeur, des granulations tuberculeuses des glandes de Peyer, sans doute avec des ulcérations, des granulations du péritoine, du foie et probablement aussi des tubercules disséminés dans le poumon, bien que rien à l'auscultation la plus minutieuse n'en traduise l'existence.

Se fondant sur ce fait d'observation, qu'il est fréquent de voir survenir chez les sujets atteints de cette forme de la diathèse tuberculeuse latente des péritonites subaiguës, qui déterminent l'explosion subite d'une phthisie à marche aiguë et galopante, et considérant que chez cette malade il existe déjà des signes d'irritation péritonéale, M. Trousseau prescrit l'application sur l'abdomen de cataplasmes de farine de lin et de poudre de ciguë et l'usage d'un badigeon de teinture d'iode et d'iodure de potassium sur la même région répété tous les jours pendant quelques minutes. Cette médication a pour objet de combattre l'orgasme, l'état d'irritation fluxionnaire du péritoine et des organes abdominaux et d'en prévenir l'inflammation.

Quant aux préparations ferrugineuses, que l'état chlorotique de cette jeune fille semblait indiquer au premier chef, il en proscrit rigoureusement l'usage. C'est sur les motifs de cette exclusion de la médication ferrugineuse que nous nous proposons surtout d'insister ici.

C'est une conviction chez moi, dit M. Trousseau, que la chlorose exclut en quelque sorte la phthisie, ou plutôt qu'elle sauvegarde de l'explosion ultérieure de la phthisie confirmée. Aussi, ajoute-t-il, lorsque je suis consulté pour des chlorotiques, je commence toujours par m'assurer avant tout s'il n'existe point de signes d'une diathèse tuberculeuse ou de toute autre diathèse analogue, auquel cas je proscris rigoureusement l'usage du fer.

Voici sur quels faits je fonde ma conduite en pareil cas :

Il y a quelques années, je fus appelé pour donner des soins à une jeune dame de vingt-cinq ans, chlorotique depuis l'âge de dix-sept ans. Cette dame souffrait cruellement d'une névralgie temporo-faciale. Pensant que cette névralgie était liée à l'état chlorotique, dont il n'était pas possible de méconnaître l'existence, je prescrivis les martiaux à haute dose. Après quinze jours de traitement, il s'était fait un changement complet dans la santé de cette malade : la névralgie avait disparu, les forces et l'appétit étaient revenus, le teint s'était rapidement animé. Je cessai de voir la malade, lui conseillant de continuer l'usage du fer, dont elle s'était si bien trouvée. Un mois ne s'était pas écoulé que je fus appelé de nouveau auprès de cette malade. Il était survenu de la toux, de l'oppression et un petit mouvement fébrile revenant chaque soir. L'auscultation me fit reconnaître au sommet d'un des poumons l'existence de quelques bulles de râle sous-crépitant, avec un bruit d'expiration prolongé et exagéré. Effrayé de ce que je venais de constater, je fis immédiatement cesser l'usage du fer, et changer la médication. Mais il était trop tard ; cinq semaines après cette jeune femme succombait avec tous les signes d'une phthisie galopante.

Ce premier fait avait fortement ébranlé M. Trousseau, lorsqu'une seconde catastrophe du même genre acheva de faire sa conviction sur ce point.

Il s'agissait cette fois d'une jeune fille de treize ans, n'ayant dans sa famille aucun antécédent tuberculeux. Cette jeune fille, quoique forte et bien développée, et très régulièrement menstruée, éprouvant des symptômes de gastralgie liés à des flueurs blanches, il la mit à l'usage du fer. Sa santé parut s'améliorer d'abord, mais l'année suivante cette jeune fille devint plus manifestement chlorotique. Le fer fut continué avec quelques avantages apparents, mais cependant sans obtenir une guérison complète, lorsqu'au milieu d'un hiver il survint de fréquentes hémoptysies, puis tous les signes d'une phthisie qui marcha avec une telle rapidité que la jeune malade fut enlevée en deux mois, avec une désorganisation complète des deux poumons.

Depuis cette époque, M. Trousseau n'a cessé d'avoir l'attention éveillée sur la coïncidence de la chlorose avec une disposition tuberculeuse latente, dont elle n'est souvent elle-même qu'un symptôme, et il apporte la plus grande circonspection dans l'administration des préparations martiales, dont l'effet serait dans ce cas de donner naissance à l'explosion de la diathèse tuberculeuse, en imprimant une stimulation inopportune à l'organe pulmonaire.

Il importe donc au plus haut point de bien établir les contre-indications de l'emploi du fer dans le traitement de la chlorose. Voici en quels termes les formule M. Trousseau :

Si l'on a affaire à une chlorose développée à l'âge de la puberté chez une jeune fille qui n'a jamais eu d'engorgements lymphatiques, qui ne présente actuellement aucun signe direct ou rationnel de tuberculisation, qui n'a jamais eu d'hémoptysie, qui ne procède pas de parents tuberculeux, et surtout si la chlorose dure depuis peu de temps, il prescrit le fer à haute dose, sans crainte et certain de ses bons résultats.

Mais s'il y a lieu de soupçonner une prédisposition tuberculeuse, si la malade a déjà craché du sang ; si la chlorose est déjà ancienne ; si elle est survenue spontanément, sans avoir été déterminée par une cause évidente, telle que des émissions sanguines, des pertes, un allaitement prolongé, et qu'elle laisse par conséquent présumer l'existence de quelque diathèse cachée ; s'il s'agit enfin de sujets adultes ou déjà un peu avancés en âge, il s'abstient du fer, et se borne à prescrire un régime analeptique, le séjour à la campagne, les sulfureux, et tels autres moyens toniques et fortifiants qui peuvent être plus spécialement indiqués, pourvu qu'ils n'aient point une action trop stimulante.

LE PROFESSEUR ROUX.

SON DERNIER OUVRAGE.

Il est un reproche banal qu'à l'apparition de chaque œuvre nouvelle sortie de la plume d'un jeune écrivain ne cessent de répéter quelques esprits moroses. « De nos jours, disent-ils, on écrit trop tôt. L'expérience n'a pas encore mûri le jugement ; on ne doit commencer à écrire que lorsqu'une longue observation a permis de rassembler des faits nombreux, de les comparer entre eux, etc., etc. Autrefois on attendait l'âge mûr, la vieillesse même, pour livrer au public le fruit de ses méditations. » Et de nous citer Morgagni, qui ne publia son fameux traité *De sedibus et causis morborum* qu'à l'âge de soixante-dix-neuf ans ! L'expérience ! Grand mot avec lequel ceux qui n'ont jamais rien produit voudraient forcer les autres à suivre leur exemple. Nous ne sommes pas de cet avis. Sans doute nous ne voulons pas qu'à peine sorti des bancs de l'école chacun se croie le droit de faire gémir la presse et de publier des réflexions plus ou moins judicieuses et des conclusions prématurées déduites de quelques faits isolés observés à la hâte. Mais nous pensons que la jeunesse est l'âge du travail, des idées neuves, des conceptions hardies et originales : Newton n'avait pas vingt-trois ans lorsqu'il fit ses plus belles découvertes en mathématiques ; Bichat est mort à trente et un ans. Et quelle trace n'a-t-il pas laissée dans la médecine ! Ce sont là, il est vrai, des génies hors ligne ; mais combien ne pourrions-nous pas citer, dans ces cinquante dernières années, de travaux remarquables, qui resteront, et qui sont dus à des hommes qui n'avaient pas encore achevé la première moitié de leur carrière ? Nous ne citerons personne ; nombre d'entre eux vivent encore, et nous ne voudrions blesser aucune modestie.

Si l'on risque, en écrivant trop jeune, d'émettre quelques erreurs que l'on pourra plus tard rectifier sans honte, n'est-il pas encore plus vrai que l'on s'expose, en écrivant trop vieux, à ne jamais achever ce que l'on a commencé ? C'est ce qui est arrivé, il y a quelques années, à l'un des plus illustres représentants de la chirurgie française, à Lisfranc, qui n'a pu terminer son *Traité de médecine opératoire*, où il se proposait de résumer la plus grande partie de ce qu'il avait observé d'intéressant dans le cours de sa longue pratique. C'est ce qui, plus récemment, est arrivé aussi à un homme dont nous ne saurions trop déplorer la perte, à Roux, qui avait tant vu, et que la mort est venue arrêter au milieu de ses travaux, au moment même où il venait d'entreprendre une œuvre immense dans laquelle il comptait consigner le fruit de près de soixante années d'études et d'observations. S'il avait commencé dix ans plus tôt, que n'aurions-nous pas gagné, que nous avons à tout jamais perdu ?

C'est qu'en effet, comme nous venons de le dire, Roux avait beaucoup *vu*, et avait aussi beaucoup *retenu*. Elève et ami de Bichat, et plus tard de Boyer, qui se l'attacha par les liens étroits de la famille, émule et collègue de Dupuytren, de Richerand, de Marjolin, il avait conservé dans une prodigieuse mémoire un nombre inouï de faits qui lui restaient toujours présents à l'esprit, et dont il racontait les plus minutieux détails avec une précision surprenante. Sa tête était un vaste répertoire d'où il faisait sortir avec empressement, avec trop d'empressement peut-être, tout ce qui se rattachait directement ou indirectement au sujet qui, dans un moment donné, fixait son attention.

Avec plus de méthode Roux eût fait un excellent professeur. D'un fait, il avait presque toujours à rapprocher un autre fait qu'il avait observé dix ans, quinze ans, trente ans auparavant, et il était rare que, de leur analogie ou de leur opposition, il ne fît pas jaillir quelque considération heureuse de nature à éclairer le diagnostic, le pronostic ou le traitement. Ce qui eût été pour un autre une qualité devenait fréquemment pour lui un véritable défaut, dont la vivacité de son imagination ne lui permettait pas de se corriger. Souvent il devenait prolixe, et sa merveilleuse fécondité nuisait plutôt qu'elle n'aidait à la clarté de sa discussion. Les mots se pressaient en foule sur ses lèvres. Faits sérieux, anecdotes étaient l'objet d'interminables parenthèses, au milieu desquelles se perdait parfois le fil de ses raisonnements. Joignez à cela une nuance de bégaiement qu'il s'efforçait de dissimuler sous une profusion de synonymes, d'épithètes, vraiment luxuriante, et vous aurez une assez juste idée de ce qu'étaient les leçons du successeur de Dupuytren ; de Dupuytren, ce modèle d'éloquence sobre et sévère, avec lequel Roux faisait le plus éclatant contraste.

Roux était une encyclopédie chirurgicale que l'on avait le plus grand plaisir à feuilleter en dehors de ses conférences officielles ; mais il ne fallait pas lui demander une leçon suivie ; car alors, ce qui était un attrait dans la conversation devenait un embarras pour lui et presque une fatigue pour ses auditeurs. C'est là principalement ce qui explique le désert qui peu à peu s'était fait autour du savant professeur. Les élèves étaient rares à ses cours de clinique ; les élèves ont besoin d'apprendre, et ils s'égaraient dans ces digressions continuelles dont ils ne pouvaient saisir la portée. Il ne fallait pas se rendre à ses leçons sans rien savoir et pour apprendre la chirurgie ; mais, pour ceux qui fréquentaient l'Hôtel-Dieu avec une instruction déjà faite, il était rare qu'ils en revinssent sans avoir appris quelque chose d'utile et de profitable. Roux racontait avec une bonhomie charmante et une franchise, une naïveté peu communes ses insuccès, ses erreurs mêmes, et souvent de l'aveu d'une erreur résultait un enseignement précieux.

Comme opérateur, Roux jouissait d'une réputation méritée et incontestée ; il avait, qu'on nous passe l'expression, *le couteau rapide et brillant* ; il tenait à singulier amour-propre d'opérer vite et bien. On lui reprochait même quelquefois de sacrifier au *citò et jucundè* le *tutò* qui, à notre avis, devrait figurer en première ligne dans l'aphorisme latin. On peut se demander jusqu'à quel point ce reproche était fondé. L'élégance dans la pratique de la chirurgie est une preuve de la sûreté de la main. La promptitude dans l'exécution est sans prix pour le patient, chez lequel les tâtonnements se traduisent en souffrances et en

De la chlorose simulant la phthisie et des caractères diagnostiques différentiels.

Nous rappellerons à cette occasion un très intéressant travail de M. le docteur Rilliet (de Genève) sur la simulation de la phthisie par la chlorose. Les faits que nous venons de rapporter prouvent l'existence de certains états chlorotiques liés à la prédisposition tuberculeuse qu'il serait d'autant plus dangereux de chercher à guérir par les préparations martiales qu'ils sont en quelque sorte comme une condition même de l'état stationnaire des tubercules ou comme un brevet d'immunité par rapport à l'explosion de cette dernière affection, tandis que le fer dans ce cas ne ferait qu'accélérer cette explosion et précipiter l'issue fatale de la maladie. Il en est d'autres par contre qui prouvent que dans certains cas une chlorose vraie, mais d'une forme et peut-être d'une nature spéciale, peut revêtir les apparences de la diathèse tuberculeuse et donner lieu à une méprise d'autant plus regrettable que les préparations martiales, loin d'être nuisibles alors, jouissent de toute leur efficacité curative.

Ainsi, dit M. Rilliet dans le mémoire qu'il a lu sur ce sujet à la Société médicale des hôpitaux de Paris, de jeunes filles ou de jeunes femmes, les unes naturellement délicates et pâles ou déjà sujettes à la chlorose, les autres habituellement bien portantes pendant le cours de la grossesse ou indépendamment de toute cause de cette nature, le plus ordinairement après avoir éprouvé des émotions morales vives ou prolongées, offrent l'ensemble des phénomènes suivants : du malaise, de l'insomnie, de la rêvasserie dans la nuit, des palpitations, de l'essoufflement, de la décoloration du teint, de la dysménorrhée ou de l'aménorrhée, de la dyspepsie, des digestions difficiles.

Jusque-là ce ne sont que les symptômes ordinaires de la chlorose; mais après une durée de plusieurs semaines on ne tarde pas à voir survenir une nouvelle série de phénomènes qui semblent changer complétement la signification de la maladie : le pouls s'accélère; il y a dans la journée des exacerbations fébriles plus ou moins fortes et irrégulières, s'accompagnant de sueurs profuses; la peau devient chaude, soit généralement, soit dans la paume des mains; un amaigrissement rapide et progressif ne tarde pas à se montrer; les forces déclinent, puis après un ou deux mois survient une toux petite, courte, sèche, quelquefois quinteuse, s'accompagnant alors d'une congestion violacée des pommettes et d'une augmentation de la respiration. On voit se produire quelquefois même des hémoptysies. Tout en un mot semble indiquer une phthisie tuberculeuse, et cependant l'auscultation et la percussion ne fournissent que des renseignements négatifs : la respiration est pure et la percussion sonore; et d'un autre côté l'exploration du cœur et des gros vaisseaux révèle avec évidence l'état chlorotique.

Si dans cette forme de chlorose dont nous ne venons de reproduire que les caractères principaux et les plus saillants, on soumet les malades à la médication ferrugineuse et à l'influence d'un traitement hygiénique convenable, on voit se dissiper graduellement et d'une manière rapide tout ce cortége effrayant de symptômes qui avait inspiré de si vives craintes aux familles et au médecin.

Mais à quels signes reconnaîtra-t-on qu'on a affaire à une de ces formes de la chlorose et non à une de ces tuberculisations aiguës ou subaiguës dont l'auscultation, comme on sait, ne traduit pas toujours l'existence, au moins à leur début? Cette différenciation est difficile sans doute; c'est là peut-être un des plus grands embarras de la pratique. Ce n'est que par des nuances plutôt que par des différences tranchées entre les symptômes qu'on peut parvenir à établir cette distinction. Voici quelques-unes de celles que M. Rilliet indique comme les plus propres à éclairer le diagnostic.

Les symptômes chlorotiques bien évidents, bien avérés précèdent la toux; tandis que dans la grande majorité des cas, chez le phthisique, la toux apparaît la première. Cette toux, chez les chlorotiques, rappelle plutôt par son timbre et ses retours celle des hystériques que celle des phthisiques; en outre, elle contraste par son intensité même avec l'absence de tout symptôme stéthoscopique.

Les redoublements fébriles, dans la chlorose, sont irréguliers et plutôt diurnes que nocturnes ou vespérins, comme dans la phthisie.

Les sueurs ont lieu le jour comme la nuit, et sont presque toujours le résultat des efforts de toux.

Enfin, et c'est un des caractères sur lesquels M. Rilliet insiste le plus, chez les chlorotiques, la suppression des règles a lieu dès le début, ou à une époque qui en est très voisine, et l'aménorrhée ne passe jamais inaperçue. Au moment où les règles devraient paraître, on observe quelquefois une rémission des symptômes, d'autres fois une exagération de l'état maladif, mais jamais de l'indifférence de la part de l'organisme.

Sans doute aucun de ces signes n'est pathognomonique par lui-même; mais à l'ensemble de ces petites différences de nuances et de degrés dans des symptômes en apparence identiques, un médecin attentif peut reconnaître à laquelle des deux affections il a affaire.

Cancer de la verge. — Amputation par le nouveau procédé de M. Demarquay.

Dans le numéro du 18 janvier dernier, M. le docteur Parmentier a publié une note ayant pour objet d'exposer un nouveau procédé d'amputation de la verge imaginé par M. Demarquay dans le but d'obvier aux deux grands inconvénients inhérents à tous les procédés jusque-là en usage, la rétraction du canal et son oblitération progressive. Le malade sur lequel M. Demarquay a fait la première application de ce procédé ayant succombé quelques jours après à une attaque de choléra, il n'a pas été possible d'apprécier chez lui les bénéfices éloignés de l'opération, bien que ses résultats immédiats ne pussent laisser aucun doute à cet égard. Mais ayant eu depuis lors une nouvelle occasion d'appliquer son procédé et d'en constater les résultats après un laps de temps suffisant pour juger de tous ses avantages d'une manière définitive, nous pensons qu'il ne sera pas sans intérêt de publier avec quelques détails cette seconde observation qui permet de juger les effets d'une heureuse innovation dans ce genre d'opération.

Cette observation a été recueillie et rédigée par M. le docteur Parmentier, qui a assisté à l'opération.

Il y a quelques mois, un homme âgé de soixante et onze ans entra à la Maison de santé pour se faire traiter d'une tumeur développée dans les tissus du pénis. Cet organe avait acquis le volume du poing, était violacé et présentait plusieurs ulcérations et ouvertures assez profondes fournissant une sanie extrêmement fétide. L'orifice du prépuce laissait couler difficilement l'urine, et quelles qu'aient été les précautions prises par M. Demarquay, il ne put jamais faire pénétrer une sonde dans l'urètre. Le mal s'étendait très près de la racine de la verge, se prolongeant plus latéralement qu'inférieurement, et quelques ganglions inguinaux étaient engorgés. MM. Monod, Denonvilliers et Nélaton, appelés en consultation, conseillèrent l'amputation de la verge.

M. Demarquay proposa son nouveau procédé (1); toutefois un point rendait cette opération difficile, c'était l'impossibilité de placer une sonde dans l'urètre. Voici de quelle manière il surmonta cet obstacle :

A l'aide de deux incisions courbes il circonscrivit la racine de la verge à environ 2 à 3 centimètres du ligament suspenseur, et lia les artères superficielles immédiatement. L'urètre fut disséqué en avant de l'incision prolongée vers la tumeur, de manière à le dégager dans une étendue de 2 centimètres au moins. On en fit alors la section transversale. Une sonde introduite dans son intérieur permit de le séparer plus facilement des corps caverneux en allant d'avant en arrière, et la coupe de ceux-ci eut lieu sur un plan postérieur à celle de l'urètre, environ un centimètre et demi. Le canal fut alors incisé en haut et en bas, et réuni de chaque côté à la peau par deux points de suture. Au bout de quinze jours le malade était guéri, et il urinait parfaitement bien au moment de sa sortie. Nous l'avons revu dernièrement. Il jouit d'une santé parfaite; il peut uriner debout. Le jet de l'urine a environ 5 millimètres de diamètre; il est projeté à peu près à 30 centimètres.

Une dissection attentive a démontré que le gland et les corps caverneux étaient envahis par la maladie. M. Ch. Robin a bien voulu examiner au microscope la pièce pathologique. Ce savant micrographe a reconnu que l'on avait affaire à une variété de cancer épithélial sur laquelle il se propose d'appeler l'attention dans un prochain travail.

Bien que l'on n'ait pu se procurer aucun détail sur le développement de la maladie et sur les antécédents de cet homme, dont l'intelligence était extrêmement obtuse, cette observation, malgré ses desiderata, est fort intéressante au point de vue du traitement. Il s'agissait d'un malade âgé de soixante et onze ans, affecté d'un cancer du pénis compliqué d'un engorgement lymphatique de l'aine, et parvenu à la période d'ulcération, période dans laquelle l'économie ne tarde pas à être empoisonnée par la résorption du liquide putride continuellement sécrété.

En présence de toutes ces circonstances que fallait-il faire? Si l'on abandonnait le malade à lui-même la mort était certaine dans un laps de temps très court. D'un autre côté, l'âge du sujet et l'engorgement ganglionnaire paraissaient être une contre-indication à l'opération. Toutefois, celle-ci était la seule planche de salut pour le malade; car elle le débarrassait de suite du foyer d'infection, et l'engorgement inguinal pouvait n'être pas de mauvaise nature. On sait que Lisfranc a démontré qu'il en était souvent ainsi pour celui des ganglions de l'aisselle accompagnant les tumeurs du sein. Tels furent les motifs qui déterminèrent à pratiquer l'amputation. Celle-ci une fois décidée, M. Demarquay songea à employer son nouveau procédé, qui lui avait déjà donné un si bon résultat immédiat, et l'on a vu comment il tourna la difficulté qui se présentait; à savoir, l'impossibilité d'introduire une sonde dans l'urètre. La relation de ce fait établit que l'introduction préalable de l'algali dans le canal ne peut pas toujours avoir lieu, et que d'ailleurs son emploi n'est pas indispensable pour exécuter le procédé.

Ce mode opératoire est applicable même lorsqu'il ne s'agit que d'enlever une portion du pénis; il doit être adopté comme procédé ordinaire, et non pas réservé pour certains cas particuliers. Il n'entraîne pas une multiplicité de sections et de dissections; il suffit de couper le corps caverneux sur un plan plus postérieur que l'urètre et de maintenir celui-ci renversé en dehors après l'avoir incisé en haut et en bas.

L'observation qui vient d'être rapportée est très importante au point de vue du résultat définitif; elle est en quelque sorte le complément de celle précédemment publiée. Elle démontre que l'on peut s'opposer d'une manière efficace à deux accidents, sujets de désespoir pour le malade et pour le chirurgien, la rétraction ultérieure du canal de l'urètre et le rétrécissement du nouveau méat urinaire. Ainsi se trouvent vérifiées les prévisions de M. Demarquay.

---

(1) Voir le numéro du 18 janvier 1855.

---

angoisses. Roux opérait avec tant d'habileté qu'il n'eût pas fait mieux en faisant moins vite, et si, dans un bien petit nombre de circonstances, on a attribué quelques revers à cette vivacité, nous demanderons à notre tour si ceux qui opèrent lentement n'ont jamais d'insuccès.

Plus d'une fois on fut injuste envers lui pendant sa vie; aujourd'hui qu'il appartient à l'histoire, on ne peut plus l'apprécier qu'avec impartialité, et il a droit à l'équité la plus rigoureuse. Certes, il avait comme tous les hommes quelques petites manies. Qui de nous n'a souri en lui voyant attacher une puérile importance à l'application d'un vésicatoire à la nuque, au moment même de l'opération, chez tout sujet auquel il allait pratiquer l'extraction de la cataracte, l'un de ses beaux triomphes comme manuel opératoire? Nous parlons de manies; chacun n'a-t-il pas la sienne, et le vésicatoire de Roux ne faisait-il pas le pendant de la saignée, constante aussi, que Sanson, à la Pitié, faisait pratiquer à tout sujet auquel il abaissait le cristallin? Roux n'était pas assez médecin; mais c'était la faute de l'époque à laquelle il avait commencé. A ce moment, la chirurgie et la médecine formaient deux sciences par trop distinctes, et l'on ne pourrait presque citer dans l'ancienne école qu'un seul opérateur, Lisfranc, dont les connaissances médicales fussent à peu près suffisantes. Aujourd'hui, grâce à Dieu! les choses ont bien changé, et dans la brillante pléiade de nos chirurgiens actuels, depuis les maîtres jusqu'aux élèves, il n'en est pas un qui ne sache soigner un opéré sans avoir besoin de recourir à l'un des confrères chargés des salles de médecine.

Nous avions besoin de faire cette appréciation rapide du talent de Roux comme professeur, pour arriver à celle de son mérite comme écrivain. Ici les défauts de l'orateur disparaissaient. La plume à la main, il ne se trouvait plus pressé par ce flot d'idées qui venaient l'assaillir à l'amphithéâtre; il avait le temps de coordonner ses matériaux; il devenait clair, correct, et reprenait la supériorité que lui donnaient un jugement sûr et la continuelle méditation des faits multipliés qui avaient passé sous ses yeux. On a remarqué, à l'époque de leur publication, ses *Mélanges de chirurgie et de physiologie*. Son *Voyage à Londres* fit sensation, et les quelques mémoires qu'il inséra dans divers recueils périodiques sur la staphyloraphie, les réunions immédiates, les anévrismes, montrèrent ce dont il était capable quand il avait le temps d'écrire.

Enfin, il y a quelques années, il comprit, trop tard malheureusement, qu'il lui restait des devoirs à remplir envers ce monde médical qui l'avait entouré de tant de bienveillance pendant si longtemps. « Dans une carrière où l'observation est une source inépuisable de » nouvelles lumières, et ajoute sans cesse à la somme des connaissances » acquises, dit-il lui-même, chacun est comptable des fruits de son ex- » périence envers ceux qui lui succèdent; c'est une sorte d'héritage » dont il doit compte à la postérité, et que celle-ci a droit de réclamer. » Il se mit alors courageusement à l'œuvre, et entreprit, sous le titre de *Quarante années de pratique chirurgicale* (1), de résumer ce qu'il avait pu voir, observer, recueillir et faire. Ce livre est celui dont nous avons sous les yeux le tome Ier, lequel sera bientôt suivi de trois autres volumes qui compléteront l'ouvrage. Heureusement le manuscrit était terminé depuis quelques mois lorsque la mort vint frapper le doyen de la chirurgie française. L'impression était déjà commencée; la Société de chirurgie, jalouse de sauver de l'oubli ce précieux recueil, a obtenu de la famille de Roux le droit de la faire continuer sous sa surveillance, et nous aurons sous peu l'œuvre entière qu'un fatal événement a failli interrompre à tout jamais.

Dans ce livre, Roux a adopté une de ces formes sans prétention qui convenaient si bien à son talent. Il a divisé son sujet en lettres qu'il adresse tour à tour à chacun des chirurgiens étrangers contemporains, dont il aimait à se dire l'ami, à Chélius, à Lawrence, à Valentin Mott, à Riberi. Ce n'est pas un traité didactique, c'est plutôt une causerie intime et familière dans laquelle il expose ses idées, ses réflexions sur les points de l'art qu'il avait étudiés avec prédilection, sur les procédés qu'il avait imaginés, sur les découvertes qu'il avait faites en médecine opératoire.

C'est ainsi que dans cette première partie, où il traite de la chirurgie réparatrice, il décrit longuement deux opérations des plus délicates et des plus importantes dont il a enrichi la pratique, la staphyloraphie et la périnéoraphie, opérations qui eussent à elles seules suffi pour rendre à jamais célèbre le nom de leur auteur; c'est ainsi qu'après d'intéressantes généralités sur l'autoplastie envisagée de son point de vue le plus élevé, il fait des autoplasties faciales, du bec-de-lièvre, dans l'exécution desquelles il avait introduit des modifications essentielles, l'objet de considérations non moins utiles, non moins attachantes. En un mot, ce volume est entièrement consacré à l'étude de tout ce qui se rapporte à la réparation des difformités; ce sujet, on le sait, était un de ceux qui plaisaient le plus à l'illustre professeur, dont il s'occupait avec amour, et il n'a cru pouvoir mieux faire qu'en inaugurant par lui la série de monographies dont l'ensemble formera ce que nous pouvons appeler sans exagération ses mémoires scientifiques.

Nous n'avons, sur les matières de cette première partie, aucune réflexion à présenter. Déjà depuis longtemps la postérité s'est faite pour elles et a prononcé en dernier ressort; d'ailleurs que dirions-nous qui ne fût connu de tout le monde? Qu'il nous suffise de répéter aujourd'hui combien nous devons encore nous estimer heureux de posséder ce dernier débris, cette précieuse parcelle de l'immense trésor d'érudition accumulé pendant une si longue suite d'années, et de pouvoir placer dans nos bibliothèques, comme le feront tous ses anciens élèves, un vivant souvenir dans lequel se retrouve tout entier l'homme que nous avions cru perdu sans retour.

Dr A. FOUCART.

---

(1) *Quarante années de pratique chirurgicale*, par le professeur Roux, 1er volume, *Chirurgie réparatrice*. — 1 vol. in-8°, chez Victor Masson.

DE QUELQUES HALLUCINATIONS
produites par le haschisch.

Par M. Judée.

La folie étant à l'ordre du jour, je crois qu'il ne sera pas sans quelque opportunité de rendre compte de ce que j'ai éprouvé après l'administration d'une substance qui, si elle ne rend pas fou, fait éprouver du moins des phénomènes dont l'étude se lie intimement à celle de la folie.

Si je n'avais pris le haschisch à dose toxique, si les hallucinations qui en ont résulté ne s'étaient pas présentées avec quelques particularités intéressantes, je n'en aurais rien dit; mais les choses se sont passées autrement, et je crois que l'on ne lira pas sans quelque intérêt les détails qui vont suivre.

On m'avait dit que 5 centigrammes suffisaient pour amener cet état particulier dans lequel l'homme semble perdre toute spontanéité pour devenir simple spectateur des phénomènes singuliers qui se passent en lui. J'ai pris donc 5 centigrammes, et, comme après un temps assez considérable je n'observais rien, j'en avalai 5 autres; mais rien ne survint encore. Je doutai alors de son efficacité, et j'en repris immédiatement 10 autres, ce qui faisait en tout 20 centigrammes. Cependant je ne remarquai encore absolument rien. Je m'arrêtai là, remettant l'expérience à un autre jour. Un soir donc j'en pris en une seule fois 20 centigrammes, et, comme deux heures après je n'avais rien éprouvé, je repris deux nouvelles pilules de 5 centigrammes chacune, croyant qu'il ne surviendrait encore aucun phénomène; mais je fus cruellement détrompé.

Tout à coup, au milieu de la nuit, je fus réveillé en sursaut dans un état d'angoisse inexprimable (il était environ deux heures du matin, les dernières pilules avaient été prises à onze heures). Il me semblait qu'à chaque instant j'allais étouffer.

Je restai pendant quelques minutes dans cet état; puis survinrent des palpitations de cœur, qui, d'abord peu intenses, augmentèrent graduellement d'intensité; je crus que le cœur allait se déchirer et mon sang se répandre à l'extérieur. Elles disparurent pour faire place aux phénomènes suivants; ma vue se troubla, ma chambre changea complétement de couleur, meubles, murs, croisés, maisons d'en face, tout devint rouge de feu. Les objets commençaient à grandir et à prendre des proportions extraordinaires. Je les voyais pour ainsi dire augmenter sous mes yeux. Les illusions cessèrent enfin, et, quoique la nuit répandît dans la pièce des ténèbres assez épaisses, l'obscurité devint beaucoup plus profonde qu'elle ne l'était en réalité; puis tout changea de nouveau, et je vis tout en bleu.

A peine cette couleur bleue azur avait-elle envahi les objets qui m'entouraient que je fus repris de nouvelles *palpitations* de cœur, qui se présentèrent avec les caractères déjà indiqués. L'accès n'avait pas disparu que je commençais à entendre très distinctement des bruits de cloche. Je crus sérieusement un instant que l'on sonnait le tocsin. J'entendais depuis quelque temps ce bruit, lorsque tout à coup une voiture, passant sous ma fenêtre, affecta de la manière la plus vive et la plus désagréable l'organe de l'audition.

A partir de ce moment, les hallucinations de l'ouïe devinrent très intenses; je me crus transporté dans une cour de messageries; j'entendais de tous côtés des bruits de voitures, des cochers criant après leurs chevaux, faisant claquer leur fouet. C'était un brouhaha, un tapage infernal; je crus en perdre la tête. Mais petit à petit tous ces bruits disparurent, et pour le moment tout rentra dans le calme.

Bientôt j'éprouvai de nouveau des palpitations accompagnées d'une angoisse qui, au lieu de disparaître, ne fit qu'augmenter. Je croyais à chaque instant que j'allais étouffer. J'eus des craintes sérieuses pour ma vie, et je me mis à souhaiter ardemment la disparition de tous ces accidents. Mais il n'en fut rien.

A peine les palpitations furent-elles terminées que je sentis mon corps parcouru par une chaleur inaccoutumée. Tantôt c'étaient les jambes, tantôt c'étaient les bras qui en éprouvaient la douce influence; de plus, des bouffées de chaleur me remontaient de l'hypogastre vers le thorax, puis vers la tête. J'eus aussi alors des hallucinations de l'odorat extrêmement désagréables. Jamais de ma vie je n'avais ressenti pareilles odeurs; elles se rapprochaient de celles qu'exhale la sueur chez certains phthisiques.

Pendant cette période, je n'eus point de palpitations, mais l'angoisse persista et ne fit qu'augmenter; de plus, je commençais à éprouver de temps en temps le besoin de vomir. Je vomis enfin quelques glaires, mais ce ne fut qu'après des efforts inouïs, pendant lesquels je ne pus m'empêcher de pousser quelques cris. Une personne qui couchait dans une pièce voisine se réveilla, et, me croyant indisposé, me fit un verre d'eau sucrée et me l'apporta. J'en bus quelques gorgées; mais je trouvai sa saveur tellement forte que je ne voulus plus en boire. Suivant toute probabilité, le haschisch agissait dans ce moment sur le goût.

Bientôt enfin ces phénomènes disparurent; je n'éprouvai plus d'envies de vomir; seulement la tête me tournait. Je me levai (il était environ sept heures du matin) et m'habillai. En me regardant dans une glace, je me trouvai tout décomposé; mes yeux étaient brillants, la face complétement pâle.

Vers les huit heures, tout était rentré dans l'ordre, et je pus vaquer à mes occupations comme si de rien n'était.

Toutes les sensations que j'ai éprouvées avaient été extrêmement désagréables, extrêmement pénibles. Un semblable début ne devait pas m'engager à recommencer. Cependant, comme je voulais en avoir le cœur net et savoir réellement ce qu'il fallait croire sur l'action de cette substance, je résolus de recommencer, mais seulement en employant une dose beaucoup moins forte. Je n'ai pris donc que 15 centigrammes, la moitié de la quantité que j'avais ingérée précédemment. Je les pris de plus à jeun et non après le repas, comme je l'avais fait pour les premières. Je croyais qu'avec une dose si faible je n'éprouverais aucun phénomène, puisque quelque temps auparavant avec 20 centigrammes je n'avais rien vu survenir; mais je me trompais encore cette fois.

En effet, environ deux heures après je me sentis mal à mon aise. Dire ce que j'éprouvai alors serait impossible. Bientôt cependant je ne pus avoir aucun doute; j'eus des palpitations, mais d'une intensité moyenne et revenant par accès. J'en eus plusieurs, puis je restai quelque temps sans rien éprouver. Mais au bout d'un quart d'heure je sentis dans la région lombaire une partie beaucoup plus chaude que le reste du corps; on aurait dit que je tournais le dos au soleil. Au bout de quelques minutes ce phénomène disparut; seulement je sentis la tête toute lourde. J'avais à sortir; je devais me rendre à une réunion qui avait lieu ce jour-là. Je sortis donc, pensant que l'influence de l'air dissiperait un peu ces accidents; mais à peine dans la rue je me repentis de ma témérité, car à la hauteur de l'hôtel Cluny je fus pris d'hallucinations très fortes; il me semblait que la rue des Mathurins était extrêmement longue, tellement longue que je croyais n'en voir jamais la fin; plus j'avançais et plus elle reculait. Mais l'illusion ne se borna pas là; je crus distinguer plusieurs rues des Mathurins avec les personnes qui s'y promenaient; j'avais devant les yeux comme un miroir qui m'aurait renvoyé un nombre de fois indéfini l'image d'un même objet.

J'arrivai avec beaucoup de peine rue de la Harpe, et pour cette rue j'éprouvai encore le même phénomène. Je montai dans la maison où je devais aller sans trop savoir ce que je faisais, et m'assis immédiatement en entrant. Je n'éprouvai d'abord rien; mais bientôt la pièce dans laquelle je me trouvais se transforma: elle devint très grande, immense même; sa coloration, au lieu d'être verte, devint d'un beau jaune, et tous les objets situés dans son intérieur revêtirent une teinte dorée. L'appartement enfin acquit pour moi ces tons délicieux si recherchés par les peintres; ce n'était plus la nature que j'avais devant les yeux, mais un tableau de Rembrandt ou d'un autre coloriste de la même école. Mais j'oublie de signaler un phénomène curieux et d'une importance très grande sous le rapport physiologique; il consiste dans la possibilité de distinguer les choses telles qu'elles étaient réellement, pendant un temps très limité cependant. Dans la rue des Mathurins, il y eut même un moment où d'un œil je voyais la réalité, tandis que de l'autre j'apercevais ce que j'ai indiqué plus haut.

Mais revenons aux hallucinations. Les personnes qui m'entouraient changèrent complétement d'aspect. Ainsi, sur le corps de l'une d'elles je vis la tête d'un empereur romain; sur un autre celle d'une personne de ma connaissance. J'éprouvai en même temps un besoin inextinguible de rire; malgré tous mes efforts, je ne pus même m'empêcher de sourire un peu.

A ce moment les hallucinations de l'ouïe commencèrent, et pour la première fois je commençai à éprouver une sensation agréable: j'entendis une musique délicieuse qui semblait être faite dans une église éloignée; l'orgue se faisait entendre de temps en temps, mais tout doucement; de jeunes filles y mêlaient leurs fraîches voix. Pour mieux les écouter je me penchai du côté d'où provenaient les sons, sans toutefois le laisser trop apercevoir, car je conservai encore assez ma présence d'esprit pour comprendre que si l'on venait à savoir la réalité j'aurais été la risée de toutes les personnes qui m'entouraient.

A peu près à ce moment une personne m'adressa la parole; je ne lui répondis pas, n'ayant entendu qu'un léger bruit auquel il m'était impossible d'assigner une signification. Du reste j'aurais été incapable de répondre; la mémoire m'avait complétement abandonné, et dans ce moment si l'on m'avait seulement demandé où je demeurais, je n'aurais pas pu le dire.

La même personne me parla de nouveau. Je l'entendis un peu cette fois, et je fis un effort énorme sur moi-même pour lui répondre. J'aurais donné tout au monde pour qu'on me laissât tranquille. Ce n'était pas l'ennui de parler, c'était l'impuissance où j'étais de le faire. Cependant je lui répondis, ou du moins je crus le faire; mais il n'en fut pas ainsi, car elle me sembla ne m'avoir nullement entendu. Ainsi je parlais très bas croyant avoir parlé très haut, avoir même crié. Dans ce moment une chaise tomba tout à coup par terre; le bruit m'en fut transmis immédiatement par un son très intense, et je sentis les vibrations de la membrane du tympan.

Tous ces phénomènes diminuèrent petit à petit d'intensité. Vers le soir je n'éprouvai plus rien; seulement ma tête était lourde, et il me fut complétement impossible de me livrer à aucun travail intellectuel. Ma figure était fatiguée, l'œil tellement brillant qu'un de mes amis m'ayant rencontré dans la rue me demanda en riant si je n'avais pas bu un peu trop. Je me couchai de bonne heure. Le lendemain, je me levai et sortis. Les objets me semblaient être revenus dans leur état naturel; seulement la perspective me trompait encore: il me semblait que les rues et les allées d'arbres étaient plus longues que d'ordinaire; elles me paraissaient ne devoir jamais finir. Cependant vers la fin de la matinée tout avait disparu, et je me retrouvai dans mon état normal.

En parlant de la perte des facultés intellectuelles, j'ai oublié de mentionner un fait important: c'est l'impossibilité où j'étais de mesurer le temps. Une minute me paraissait un siècle; il me semblait que j'étais resté deux heures dans la rue des Mathurins; je croyais ne jamais pouvoir en sortir. Or sa longueur, comme tout le monde le sait, n'est pas très considérable.

Dans tout ce qui précède deux choses ont dû frapper le lecteur: la première, c'est le début des hallucinations; la seconde, leur marche.

Les hallucinations ont été précédées, dans la première expérience, de palpitations d'une violence extrême; j'ai éprouvé alors ce que l'on ressent à la suite d'une émotion vive. Ces battements, qui commençaient par ne pas être trop accélérés, augmentaient au fur et à mesure que l'accès avançait, et au moment de sa cessation ils devenaient tellement fréquents qu'il aurait été impossible d'en compter le nombre.

Dans la seconde expérience, il y a encore eu les mêmes palpitations, se présentant avec les mêmes caractères; seulement elles étaient beaucoup plus faibles.

Il semble donc résulter de ceci, qu'avant d'agir sur le cerveau le haschisch commence par modifier la circulation, puisque les phénomènes du côté de l'intelligence ne sont apparus dans tous les cas qu'après ceux du côté du cœur. Lorsque les uns cessaient, alors seulement commençaient les autres.

La marche a été aussi très intéressante. Dans la première expérience, le goût, l'odorat et le toucher, qui sont placés dans la même catégorie, ont été influencés en même temps, tandis que la vue et l'ouïe l'ont été séparément et à des intervalles différents. Dans la seconde, où les phénomènes se sont présentés avec une intensité beaucoup moins grande, les choses se sont passées différemment; les hallucinations de la vue et de l'ouïe ont marché ensemble, et pendant que je voyais l'empereur romain j'entendais cette musique mélodieuse qui m'a si vivement impressionné. Deux sens de la deuxième catégorie n'ont pas été influencés dans cette seconde expérience; il n'y a eu que le toucher. Par conséquent on ne sait pas encore si ici le haschisch aurait agi sur les trois sens à la fois. Cependant il en résulte un fait important, c'est que dans les deux expériences la division physiologique des sens a été maintenue. Mais que faut-il conclure de tout cela? Que l'histoire si intéressante des hallucinations est loin d'être faite, malgré les beaux travaux entrepris dans ces dernières années sur ce sujet, et qu'il reste encore à l'observateur une mine féconde à exploiter.

ESSAI COMPARATIF
sur les diverses méthodes employées dans le traitement de la vaginite,

Par MM. A. Becquerel et Rodier.

MM. Becquerel et Rodier ont exposé, dans une séance de la Société médicale des hôpitaux, les résultats qu'ils ont obtenus à l'hôpital de Lourcine, dans le but d'essayer comparativement quelques-unes des méthodes préconisées contre la vaginite aiguë et chronique. Voici les agents qu'ils ont successivement employés:

1° La solution concentrée de nitrate d'argent (100 grammes de nitrate d'argent pour 100 grammes d'eau distillée);

2° Une solution plus étendue (16 grammes de nitrate d'argent pour 120 grammes d'eau distillée);

3° Le crayon de nitrate d'argent solide;

4° La teinture d'iode au 12e;

5° Une pommade composée d'axonge et d'alun pulvérisé, appliquée dans le vagin à l'aide de mèches épaisses de charpie longue;

6° Une solution concentrée de tanin (100 grammes de tanin pour 100 grammes d'eau);

7° La benzine Collas à l'intérieur et en application.

D'après les résultats statistiques recueillis sur 102 malades, MM. Becquerel et Rodier sont arrivés aux conclusions suivantes:

1° *Solution concentrée de nitrate d'argent.* — Elle est souvent fort douloureuse; elle amène constamment une exagération momentanée de la maladie, qu'il faut presque toujours combattre par des bains, le repos et des injections d'eau froide.

Cette exagération momentanée exige d'ordinaire un intervalle assez long entre chaque application. Enfin, il arrive quelquefois qu'après plusieurs applications, alors qu'on vient à cesser l'emploi de la solution caustique et à attendre quelques jours pour constater l'état de la membrane muqueuse du vagin, la blennorrhagie n'est en aucune manière guérie.

Sur 13 femmes traitées par la solution de nitrate d'argent concentrée et toutes atteintes d'une vaginite aiguë intense, le traitement a exigé de 6 jours à 3 mois et de 3 à 15 applications. 6 seulement ont été guéries; les autres ont préféré, pour la plupart, garder leur affection plutôt que d'endurer les souffrances attachées à ce mode de traitement.

2° *Solution étendue de nitrate d'argent.* — Deux enfants âgées l'une de 8, l'autre de 11 ans, y ont été soumises, et toutes deux ont guéri. Chez l'une, il a fallu 9 cautérisations et 45 jours; chez l'autre, 11 cautérisations en 52 jours. Une femme atteinte d'une vaginite intense a été traitée par cette solution, sans aucun succès, pendant 37 jours.

3° *Nitrate d'argent solide.* — 21 femmes ont été traitées par le nitrate d'argent solide; 16 sont sorties complétement guéries. Le traitement a duré, en moyenne, de 25 à 30 jours; et comme extrêmes, 4 jours dans un cas, 50 dans un autre.

Sur ces 16 vaginites, 10 étaient très intenses, 6 de médiocre intensité. Les 10 vaginites intenses ont duré de 10 à 54 jours. Il a

fallu de 3 à 10 cautérisations. Les 6 moins intenses ont duré de 4 à 34 jours, et ont exigé de 4 à 7 cautérisations.

Les applications de nitrate d'argent solide, tout en étant parfois bien douloureuses, l'ont été cependant à un moindre degré que la solution concentrée. L'exacerbation momentanée qu'elles déterminent est également moins vive; mais elle est quelquefois assez forte pour nécessiter un certain intervalle entre les cautérisations. Enfin elles ne réussissent pas toujours. (Cinq n'ont pas guéri).

MM. Becquerel et Rodier motivent surtout la préférence à lui accorder sur la solution concentrée, sur ce que cette solution, après avoir été introduite dans le vagin, coule sur les parties inférieures et produit des cautérisations là où elles n'étaient pas nécessaires.

4° *Teinture d'iode.* — Après avoir introduit le spéculum, la muqueuse vaginale enflammée était badigeonnée avec soin, et à deux reprises, avec une solution de teinture d'iode au 12e.

A part un peu de cuisson que l'on négligeait et que, dans deux cas, on combattit dans la journée par quelques injections froides, la teinture d'iode n'est pas en général un moyen douloureux. Cet agent modifie assez rapidement les sécrétions; mais il a un inconvénient, c'est qu'après une guérison apparente la maladie récidive facilement. De plus, quand la teinture d'iode réussit, il faut un grand nombre d'applications.

Sur 11 femmes atteintes de vaginite de médiocre intensité, traitées par la teinture d'iode, 6 ont guéri. Il a fallu 21, 23, 27, 32, 36 et 57 jours de traitement, et 5, 8, 9, 14, 16 et 19 applications (en moyenne, 32 à 33 jours de traitement et 11 à 12 cautérisations). Cinq n'ont pas guéri.

5° *Solution concentrée de tanin :*

Tanin. . . . . 100 grammes.
Eau distillée. . . . . . . 100 —

L'application de cette solution ne produit aucune douleur, ni cuisson, et on peut la répéter plus fréquemment que les solutions précédentes. Chaque application est suivie d'une exacerbation momentanée, modérée et sans importance.

28 femmes traitées par cette solution ont toutes guéri; leur traitement a duré de 13 à 40 jours, et il a fallu de 4 à 11 applications, c'est-à-dire, en moyenne, de 26 à 27 jours et 7 à 8 applications.

Sur ces 28 femmes, 22 n'avaient subi antérieurement aucun traitement; 6, au contraire, avaient été traitées sans succès par d'autres méthodes. On avait eu le soin de laisser ces dernières quelque temps sans médication, afin de constater que la médication antérieure ne les avait pas améliorées.

MM. Becquerel et Rodier considèrent ce mode de traitement comme le plus bénin, le plus inoffensif, aussi efficace et aussi sûr que le nitrate d'argent solide, et par conséquent préférable à ce dernier comme moins pénible et moins douloureux, et toujours exempt de ces exacerbations aiguës qui entravent parfois le traitement avec le nitrate d'argent solide ou la solution.

6° *Pommade d'alun :*

Axonge.. . . . . 100 —
Alun pulvérisé et cristallisé. . . 50 —

Sur 8 femmes soumises à l'emploi de mèches enduites de cette pommade, aucune n'a guéri, et dans un espace de temps qui a varié de 7 à 17 jours, on a dû y renoncer pour toutes.

D'abord on avait beaucoup de peine à décider les malades à conserver ces mèches, qui exigeaient un séjour prolongé au lit. En outre, le séjour de ces mèches dans le vagin était fatigant, pénible, douloureux. Le lendemain on trouvait le vagin rétréci, et l'examen au spéculum démontrait que toute la muqueuse vaginale était tapissée d'une fausse membrane blanchâtre, caséeuse, très analogue, pour les caractères physiques, aux fausses membranes de la diphthérite. Toute autre sécrétion était supprimée. La muqueuse vaginale était rouge et sèche, et pendant 48 heures environ après qu'on avait enlevé les mèches, elle produisait des pseudo-membranes de moins en moins épaisses, de moins en moins abondantes, et enfin, au bout de ce temps, elle cessait d'en produire; mais la muqueuse avait repris son aspect habituel, et la même sécrétion qui existait avant reparaissait. On a dû renoncer à ce moyen.

7° *Benzine.* — Il a été fait usage de la benzine chez 4 femmes. Elle était appliquée tous les matins avec le spéculum et le pinceau de charpie imbibé de ce liquide.

Chez ces 4 femmes, l'application, continuée un espace de temps variant de 8 à 11 jours, fut absolument sans aucune efficacité; elle n'eut d'autre effet que de déterminer une vive cuisson pendant vingt minutes environ.

En résumé, MM. A. Becquerel et Rodier concluent de ces séries d'expériences :

1° Que l'emploi d'une solution concentrée de nitrate d'argent (100 gram. pour 100 gram. d'eau distillée) est une méthode douloureuse qui détermine une exacerbation parfois très vive de la maladie, et qui, par l'intervalle qu'elle nécessite entre chaque application, exige un temps assez long pour amener une guérison parfaite.

2° Que le traitement par l'application du nitrate d'argent solide sur la muqueuse vaginale enflammée est de beaucoup préférable au précédent; mais qu'à côté de ses avantages il a l'inconvénient d'être douloureux, de déterminer une exacerbation parfois assez vive, qu'il exige un temps quelquefois assez long entre les applications, mais tout cela à un degré beaucoup moins élevé qu'avec la méthode précédente;

3° Que la teinture d'iode est peu avantageuse pour combattre la vaginite. Son application est peu douloureuse, et peut être répétée à des intervalles peu éloignés; elle ne détermine que de légères exacerbations momentanées et sans importance; mais son efficacité est souvent très faible. Que la teinture d'iode est un excellent moyen à employer pour combattre et faire disparaître avec certitude, et en un temps assez court, les leucorrhées vaginales anciennes et nouvelles non accompagnées d'un état inflammatoire de la muqueuse vaginale;

4° Que l'emploi d'une solution concentrée de tanin (100 grammes pour 100 gram. d'eau) appliquée directement sur la membrane muqueuse vaginale enflammée est le meilleur moyen, et qu'on ne doit pas hésiter à le préférer aux précédents;

5° Enfin, que la pommade à l'alun et la benzine n'ont donné aucun résultat avantageux. (*Bullet. de la Soc. méd. des hôpit.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

ADDITION A LA SÉANCE DU 12 JUIN 1855.

Suite de la discussion sur le délire au point de vue anatomo-pathologique.

M. COLLINEAU. Des causes matérielles ou organiques peuvent influencer, troubler, primitivement ou secondairement, l'action des sens, ainsi que la formation des idées et de la pensée.

Les troubles, les écarts de l'intelligence peuvent, soit primitivement, soit secondairement, soit directement soit indirectement, exercer une influence grave sur l'exercice des fonctions organiques; les troubler, les suspendre et donner lieu ainsi à la formation de lésions matérielles diverses.

L'entendement, à partir du moment où il se manifeste dans les êtres organisés, s'étend, se complique et se perfectionne en même temps et dans le même sens que les organisations.

L'analyse des actes de l'entendement nous démontre qu'il peut s'exercer, et qu'il s'exerce *nécessairement*, sur tout ce que, dans l'état physiologique, les sens peuvent lui soumettre. Nous disons *nécessairement*, parce qu'il est impossible de sentir, de voir, d'entendre, etc., sans comparer, juger, raisonner; or, comparer, juger et raisonner, c'est déjà réfléchir.

Cette même analyse nous apprend qu'il y a plusieurs sortes d'idées, ou, si l'on veut, que les idées s'élèvent à plusieurs degrés, suivant leur origine et les élaborations qui les changent ou les modifient. Ainsi, l'idée sensible, après avoir été soumise à la comparaison, au jugement, à la réflexion, est devenue quelque chose de plus que la sensation, elle est entrée dans le domaine de la pensée.

Elle peut s'élever encore au moyen de l'abstraction et de la généralisation.

Les abstractions, la généralisation, quels que soient leur origine ou leur sujet, sont soumises à leur tour à un travail intellectuel : jugements, raisonnements, etc., plus indépendant encore des fonctions sensitives. Elles forment alors le troisième degré des idées.

L'agent ou les agents de ces élaborations sont-ils absolument les mêmes pour tous les degrés de la pensée?

Nous l'ignorons; mais on pourrait en douter, si l'on compare les fonctions qui élaborent cette pensée avec d'autres fonctions qui forment ou préparent les matériaux assimilables et nutritifs de l'être physique.

Les idées, qui résultent des élaborations les plus élevées, les plus compliquées de l'entendement n'ont point passé par les sens; elles peuvent en tirer leur origine, ainsi qu'elles le font dans d'autres parties du système nerveux, mais elles ont acquis des caractères que n'ont pas encore les idées du premier et du second degré. La plante, l'arbre et le fruit sont autre chose que la graine et le germe.

Cette observation doit faire supposer que le cerveau n'est pas un organe unique, ou bien que, malgré ses complications, toutes ses parties s'unissent par quelque point et agissent d'ensemble dans un but commun, comme on le voit pour les muscles d'un membre.

Lorsque cet ensemble se trouble ou s'altère, le désordre se manifeste dans la pensée.

Le trouble de la pensée peut en déterminer d'autres dans les organes, dans les fonctions encéphaliques, spinales et, consécutivement, dans tout l'organisme.

Des corps étrangers peuvent atteindre et blesser nos parties solides.

Des pensées communiquées, qui ne sont pas le produit de notre entendement, peuvent agir sur nos propres pensées et troubler le travail ainsi que les produits intellectuels.

Des mouvements intérieurs peuvent, dans certains états morbides, déterminer la formation de lésions analogues à celle que produisent des agents étrangers à l'économie.

Des pensées qui se sont formées en nous-mêmes peuvent occasionner des désordres analogues à ceux que déterminent des pensées étrangères à notre action mentale. C'est ainsi qu'une idée formée par la réflexion et qui nous obsède, peut produire sur le moral l'effet d'une nouvelle affligeante. Combien de gens ont été portés au meurtre ou au suicide par des idées de cette nature!

Le désaccord entre le mode d'action des organes matériels peut amener des altérations, des troubles fonctionnels de l'intelligence, surtout lorsque ce désaccord se manifeste dans les organes des sens.

Le désaccord entre les mouvements des agents métaphysiques peut, comme nous l'avons déjà dit, produire le désordre, primitivement dans les fonctions mentales, et secondairement dans tout l'organisme.

L'action exagérée des organes sensitifs peut dominer la pensée au point de faire agir l'individu dans un sens opposé à son caractère, à ses dispositions morales habituelles.

L'action du cerveau, par la force de la pensée et la préoccupation excessive, peut dominer l'action des sens au point de l'effacer complétement, de présenter et de faire accepter comme vrai à l'esprit des objets tout différents de la réalité. C'est le cas de toutes les erreurs de jugement, des illusions, des hallucinations, du délire, de la folie; conséquences naturelles et nécessaires du désaccord, du défaut d'équilibre entre l'action des organes sensitifs et intellectuels et les mouvements de la pensée.

Le délire, les illusions, les hallucinations, sont des phénomènes soit sensitifs, soit psychiques, qui parfois se montrent séparés et d'autres fois se confondent, mais dont l'ensemble caractérise toujours la folie.

Ils peuvent être primitifs ou secondaires; c'est-à-dire se rattacher à des lésions organiques ou résulter *immédiatement* d'une affection mentale.

La folie, que concourent à former les erreurs des sens et celles de l'intelligence, est, comme toutes les maladies et tous les produits organiques, une unité complexe.

Elle peut être primitive, c'est-à-dire dépendre immédiatement de causes sensitives, intellectuelles et affectives.

Elle est secondaire lorsqu'elle a pour causes des maladies ou des lésions organiques.

Le traitement de la folie doit être, en général, basé sur ces deux conditions. Il n'a pas de règles fixes, mais, dans tous les cas, le médecin physiologiste doit chercher la médication dans les symptômes primitifs, et porter tour à tour son attention sur l'état fonctionnel des systèmes ganglionnaire, spinal et cérébral ou encéphalo-rachidien.

Nous avons dit que sous plusieurs rapports les songes sont déjà l'image de la folie. Mais ce n'est qu'une simple apparence, le plus léger examen peut la détruire.

Et, en effet, les songes sont des mouvements intellectuels fondés sur la mémoire; qui en fournit tous les matériaux en dehors de la coopération actuelle des sens spéciaux; nous croyons sentir, voir, entendre, etc., bien qu'aucun des excitants sensitifs n'agisse sur nos organes.

Dans la folie, au contraire, tous les sens peuvent agir lorsqu'ils sont sollicités par leurs excitants naturels; et leur action, parfois diminuée, plus souvent exaltée ou désordonnée, peut être portée, en dehors de l'état physiologique, au point de produire les illusions, les hallucinations, le délire, et pousser celui qui les éprouve à des actes déplorables, dont on ne cite que trop d'exemples; car l'aliéné, qui ne voit pas les choses telles qu'elles sont, peut cependant agir sur des objets réels.

C'est sur ce dernier point que s'appuie le diagnostic différentiel. Bien que celui qui rêve n'exerce aucun sens, bien qu'il ne puisse agir que mentalement sur les sujets actuels de ses idées, il peut et il doit *nécessairement* comparer, juger, raisonner sur ces sujets divers, et par cela même qu'ils sont divers, car il est impossible qu'ils se réunissent dans le centre commun de la pensée, sans être soumis aux élaborations intellectuelles qui la forment incessamment au moyen des sentiments de ressemblance, de différence, d'analogie, de convenance et de répulsion. Mais tout, excepté le souvenir, s'évanouit avec le réveil.

Il est cependant certains rêves qui ont agi assez fortement sur le système nerveux cérébral pour y produire un effet durable, et quelquefois un trouble prolongé des fonctions mentales; mais ici encore tout se passe chez l'individu, tout se rapporte exclusivement et immédiatement à son moral, indépendamment de l'action des sens.

En définitive, quels que soient chez l'aliéné les erreurs des sens et les troubles de l'intelligence, il peut agir physiquement sur des objets réels, physiques, matériels; le jugement est faux, mais les actes et leurs conséquences sont vrais.

Quels que soient la nature, l'ordre et la liaison des idées de celui qui rêve, il ne peut agir que mentalement sur les sujets de ses pensées; tout est imaginaire, aucun agent physique ne peut détruire par une action directe ce que l'imagination représente.

Qu'un aliéné soit muni d'armes meurtrières, et qu'il se trouve en présence d'individus qu'il croit ses ennemis et sur lesquels il peut exercer sa haine ou sa vengeance, il égorgera sa femme, ses enfants ou son meilleur ami.

Quelle ressemblance y a-t-il donc entre un accès de manie et un songe?

Il y a l'apparence de la ressemblance :

Dans la manie, l'action des sens;

Dans le rêve, l'absence de cette action.

Nous nous sommes demandé si le délire et la folie sont *toujours* le produit d'une altération de texture des appareils nerveux et cérébraux? Sans nous arrêter à cette question, à laquelle beaucoup de médecins paraissent attacher une grande importance, nous avons promis d'en dire quelque chose à la fin de notre travail.

Des observations qui nous sont propres, d'autres que leurs auteurs se réservent le droit de publier, nous ont appris que dans diverses maladies nerveuses, telles que l'hystérie, mais surtout la catalepsie produite par des causes morales, les accidents nerveux les plus variés, les illusions, les visions, les hallucinations, le *délire*, peuvent se manifester plusieurs fois par jour, à heure fixe, et cesser de même sans qu'il en reste la moindre trace pour l'observateur ni le moindre souvenir au malade. Bien plus, on a vu ces accidents se renouveler ou se modifier *presque à volonté* par l'application d'agents extérieurs, tels que l'eau froide, l'électricité, etc.

On dit que dans ces cas divers, ainsi que dans la folie, des lésions de texture ont réellement existé, mais qu'elles ont disparu pendant l'état chronique ou après la mort. Cette assertion, qu'autrefois nous avons souvent combattue et que nous ne nous attendions guère à voir reparaître, ne nous a jamais séduit. Il faut du temps pour tout et particulièrement pour les produits qui doivent résulter de mouvements organiques. Que des actes nerveux et intellectuels soient instantanés, tout le monde le sait; mais qu'un changement ou une altération de texture se forme tout à coup, et disparaisse de même sans laisser la moindre trace ni pendant la vie ni après la mort! abandonnons cette croyance et ces arguments à ceux qui ont à soutenir certains systèmes, ou qui ont besoin de s'appuyer sur des paradoxes.

Pour nous, il nous semble que tous les symptômes qui composent la folie, et la folie elle-même, peuvent dépendre de causes cérébrales et nerveuses indépendantes de toute lésion organique ou matérielle.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 71. — MARDI 19 JUIN 1855. (28e ANNÉE.) N° 71. — MARDI 19 JUIN 1855.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. — Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 18 JUIN 1855.

SUR L'INTRODUCTION DU RIZ

DANS LA FABRICATION DU PAIN.

De toutes les questions qui intéressent l'hygiène publique, la plus importante, sans contredit, est celle des subsistances; et parmi les subsistances, le pain est celle dont on a le plus d'intérêt à garantir la pureté contre toute tentative de sophistication. L'élévation du prix du blé a suggéré à plusieurs personnes l'idée de l'additionner d'une certaine proportion de riz.

Ce mélange serait très innocent, à coup sûr, du moment surtout qu'il est avoué. Mais cet expédient aura-t-il les bons effets qu'on s'en est promis, et l'économie qui en résulterait pour le consommateur ne serait-elle pas rendue fictive par l'infériorité de l'aliment et par la nécessité où l'on serait d'en consommer une plus grande quantité? L'administration a dû se préoccuper de cette tentative d'innovation. Des commissions ont été instituées à l'effet d'examiner cette question, et déjà, dans quelques localités, les hommes compétents ont été mis en demeure de formuler à cet égard leur opinion.

Nous pensons qu'on ne lira pas sans intérêt l'extrait suivant d'un rapport de M. J. Girardin (de Rouen), que nous empruntons au journal de M. Victor Meunier, *l'Ami des sciences.*

Voici en quels termes s'exprime ce savant chimiste :

Le sieur *** mélange à la farine de pur froment un dixième de son poids de farine de riz, de sorte que le sac de farine se compose de :

Farine de froment.	141 kilogr. 30
— de riz.	15 » 70
Total. . . .	157 kilogr. »

poids du sac ordinaire.

Il fait cuire la farine de riz dans l'eau jusqu'à ce qu'elle soit convertie en bouillie, puis il la mêle dans le pétrin avec la farine de blé et le levain. Il cuit ensuite ce pain à la manière habituelle.

Le sac de cette farine mixte de blé et de riz lui fournit, par la cuisson, 215 kilogr. de pain, c'est-à-dire 15 kilogr. 08 de plus que le sac de pur froment.

Le pain mixte est d'excellent goût, et ne peut être distingué du pain ordinaire; il est seulement un peu pâteux et moins léger.

Voici sa composition, rapprochée de celle du pain blanc de Rouen :

Pain blanc ordinaire.		Pain mixte de blé et de riz.	
Eau.	32,70	Eau.	37,90
Matières organiques. . .	66,80	Matières organiques. . .	60,31
— minérales. . .	0,50	— minérales. . . .	1,79
	100		100

Azote pour 100 parties de pain frais :

1,56	1,38

On voit que le pain mixte contient notablement plus d'eau et moins d'azote que le pain blanc ordinaire. Il est donc, en raison de ces deux circonstances, bien moins nutritif que ce dernier. En représentant par 100 le pouvoir nutritif du pain de pur froment, l'équivalent du pain mixte serait représenté par 112,35, ce qui revient à dire que, pour se nourrir au même degré, il faudrait remplacer 100 kilogr. de pain blanc ordinaire par 112,35 de pain mixte de riz.

Le prix du pain ordinaire étant de 46 cent. le kilogr., et le sieur *** se proposant de vendre à 42 cent. le kilogr. de son pain, on voit que le consommateur éprouverait une perte en faisant usage de ce dernier, puisque payant 46 fr. les 100 kilogr. de pain ordinaire, il payerait 47 fr. 18 cent. les 112 kilogr. 35 de pain mixte qui lui seraient nécessaires pour être aussi bien nourri.

Je ne crois donc pas que, dans ces circonstances, il y ait lieu de permettre au sieur *** de fabriquer et de vendre ce pain mixte de riz, la différence de 4 cent. par kilogr. sur ce prix de vente étant insuffisante, eu égard à la différence qui existe entre les pouvoirs nutritifs de ces deux pains.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

De la pleurésie et de la thoracentèse.

(Leçon clinique recueillie par M. H. LEGRAND DU SAULLE.)

Vous avez pu voir depuis quelque temps dans mon service plusieurs malades affectés d'un vaste épanchement dans la poitrine. J'ai, vous le savez, pratiqué l'opération de la thoracentèse; arrêtons-nous donc aujourd'hui sur ce sujet.

La ponction du thorax dans des cas de pleurésie aiguë est une des plus précieuses découvertes modernes; elle ne date pas de loin, car c'est en 1841 que pour la première fois je l'ai tentée sur une demoiselle de dix-sept ans, nerveuse, hystérique, d'une pauvre santé habituelle. Voici dans quelles circonstances : Un de mes amis, M. M..., homme de lettres, me fit appeler pour donner des soins à sa fille, atteinte d'une pleurésie. L'épanchement était considérable, il remontait jusqu'à la clavicule. Après avoir eu successivement recours à une saignée du bras, à l'application de vésicatoires, à l'administration du calomel, de la digitale, j'eus la douleur, malgré ces moyens jusque-là préconisés, de voir augmenter la quantité de liquide. Je pensais bien à une consultation; mais comme j'avais une grande mesure à proposer à mes confrères et que leur opposition était d'ailleurs certaine, je me privai de leurs conseils.

J'avais vu en 1831, dans le service de Récamier à l'Hôtel-Dieu, et en 1840 dans mes salles à l'hôpital Necker, succomber plusieurs malades atteints de pleurésie aiguë. A l'autopsie, nous avions trouvé des poumons parfaitement libres, mais baignant dans une énorme quantité de liquide séreux.

Ce fut pour moi un trait de lumière, et je me promis bien, à la prochaine occasion, de faire usage du trocart.

Le moment était venu; la fille de mon ami allait infailliblement succomber. J'arrivai un jour auprès de ma malade, et, sans la prévenir, non plus que sa famille, je la fis mettre sur le bord du lit, lui fis avec la lancette une légère incision à la peau, puis je plongeai mon trocart. Sept cents grammes d'une sérosité citrine s'échappèrent par la canule; j'appliquai sur la petite plaie un carré de diachylon, et je me retirai au bout d'une heure. La jeune fille guérit.

Peu de temps après, je fus mandé à la Chapelle-Saint-Denis encore pour une pleurésie. Je trouvai un épanchement énorme, une orthopnée considérable; je fis la ponction et retirai cette fois 2,500 grammes de liquide. Mon malade guérit.

Je fis cette année-là sept ponctions, et m'en trouvai si bien que je continuai ce mode de traitement, qui est devenu *monnaie courante.* Skoda a fait l'opération avant moi; je ne revendique que le mérite de l'avoir propagée, popularisée.

Les adversaires me disent : Les pleurésies guérissent en général; pourquoi faites-vous la ponction? Mais je fais la ponction uniquement et exclusivement quand il y a un épanchement *excessif*, et il est excessif toutes les fois qu'il occupe la totalité de la cavité pleurale, que le médiastin antérieur est déprimé, le cœur déplacé, le diaphragme refoulé, la rate descendue, etc.

La pleurésie est toujours longue, et quand un individu a un épanchement dans la plèvre, des semaines, des mois s'écoulent avant que la résorption se fasse; or ne convient-il pas de hâter un peu plus cette résorption que ne fait le vésicatoire? Le vésicatoire fait résorber du pus et devient une source de suppuration; il impose la diathèse suppurative. Au lieu de dix vésicatoires qui font dix fois du mal, voyez ce que je fais : une petite ponction entre les côtes, et je retire le liquide. C'est inutile, disent les adversaires; inutile, d'abord je ne vous l'accorde pas; mais est-ce dangereux? On ne l'a jamais dit.

Par la médication ordinaire, que se propose-t-on? De faire résorber le liquide. Eh bien, moi je le fais aller hors de la plèvre. Vous tenez le malade au régime, vous le débilitez; vous mettez des semaines, des mois pour la résorption de trois ou quatre litres de liquide là où quelques minutes me suffisent. Le liquide revient, dites-vous; mais s'il revient, c'est que la phlegmasie n'est point éteinte. L'est-elle donc davantage pour vous? D'ailleurs, une fois le liquide évacué, je me sers des mêmes armes que vous, de la digitale, du calomel.

Dans la pleurésie aiguë, on peut établir que les dix-neuf vingtièmes des cas sont guéris dans un espace de temps fort court. Dans un vingtième, il est vrai, l'épanchement peut se reproduire, la plèvre suppurer; mais cela a lieu bien moins souvent quand on a eu recours à la thoracentèse que lorsqu'on a négligé de la pratiquer.

J'arrive aux faits cliniques.

1° Au n° 8 de la salle Sainte-Agnès est couché un homme d'une quarantaine d'années (1) qui depuis sept mois environ est atteint d'une pleurésie du côté gauche. La déformation de la poitrine accusait un épanchement; les conditions au milieu desquelles il s'était produit annonçaient qu'il devait être purulent. En effet, chaque fois qu'un épanchement pleural dure aussi longtemps, ce n'est plus de la sérosité, c'est du pus qui le constitue. Constamment après trois ou quatre mois le liquide, au lieu d'être séreux et clair, devient purulent et franchement phlegmoneux, même chez les sujets les mieux constitués et en dehors de toute prédisposition due à un vice de constitution tuberculeuse ou autre. Dans ces cas l'épanchement séreux, qui était la conséquence immédiate de la phlegmasie et de l'état inflammatoire, disparaît et se laisse remplacer par du pus. Il se forme alors dans la plèvre une véritable membrane pyogénique.

(1) Voir la *Gazette des Hôpitaux* du 8 mai.

J'ai pratiqué la thoracentèse chez cet homme; j'ai retiré six litres de pus et injecté de l'eau iodée. Il sera certainement soulagé; mais, comme il a les parois de la poitrine œdématiées, qu'il éprouve des frissons renouvelés, de la fièvre à apparitions intermittentes avec redoublement, je n'aurai probablement fait que prolonger un peu sa vie, car je crois que d'ici à quelques mois il aura succombé.

2° Au n° 2 de la salle Saint-Agnès est entré un gros homme de quarante-cinq ans (1), d'une taille athlétique, qui, après quatre jours d'ivresse, se sentit pris de point de côté et de fièvre. Six jours après son entrée à l'Hôtel-Dieu, huit jours seulement après l'invasion de la maladie, vous m'avez vu lui faire la ponction de la poitrine. Si je me suis tant hâté, c'est que je voyais très sensiblement croître l'ampliation de la poitrine, le refoulement du médiastin, le déplacement du cœur, l'affaissement du diaphragme, l'abaissement de la rate. J'ai retiré trois litres de sérosité, et le malade acquit immédiatement une respiration plus ample et plus libre, sauf un peu de bruit de souffle à la partie inférieure du poumon. Les parois thoraciques s'affaissèrent et le cœur reprit sa situation normale.

Quant aux suites, elles ont été des plus simples. Le liquide évacué, je n'ai plus eu à combattre qu'une pleurésie simple, qui a très rapidement cédé à l'emploi de quelques prises de digitale et de calomel. Quinze jours après l'opération, notre malade quittait l'Hôtel-Dieu dans un merveilleux état de santé.

3° Au n° 20 de la salle Saint-Bernard est entrée une jeune fille de dix-sept ans, assez maigre et d'apparence chétive, bien qu'elle nous ait affirmé n'avoir éprouvé aucun dérangement dans sa santé pendant tout le mois d'avril.

Le 1er mai, M. le docteur Empis l'envoie à l'Hôtel-Dieu pour s'y faire traiter d'une pleuro-pneumonie.

A son arrivée, nous observons une dilatation de la poitrine, une matité très prononcée, surtout à gauche, du râle muqueux éloigné, du souffle très sec à la partie antérieure, et sous la clavicule un affaiblissement de murmure vésiculaire avec exagération de la sonorité, le bruit skodique, en un mot. Les crachats sont safranés, visqueux, adhérents, aérés en partie. La malade avait une fièvre violente. J'administrai le kermès, les crachats ne se modifièrent nullement. Que fallait-il faire en semblable occurrence? Batailler contre la pleurésie, contre la pneumonie? faire la ponction? Oui, mais où était le poumon et où devais-je plonger mon trocart? Le poumon étant induré, il avait sans doute conservé sa place, mon instrument pouvait alors et l'atteindre et le blesser. S'il était adhérent aux côtes, je ne retirais point de liquide. Le cas était très difficile, fort embarrassant; aussi je m'adjoignis un collègue, M. Heurteloup. Voulant éviter le cœur et le poumon, je fis la ponction très en arrière et tombai directement dans la grande cavité thoracique. Aussitôt jaillit une sérosité sanglante. D'où pouvait provenir ce sang? De l'ouverture de l'artère intercostale? Cette artère est trop bien protégée par le rebord de la côte; elle n'a d'ailleurs été lésée qu'une seule fois, nous disent les chirurgiens, et puis le sang se serait en ce cas écoulé dans la cavité pleurale. Nous recueillîmes 500 grammes de sérosité contenant une grande quantité de globules cruoriques. Notre jeune fille était atteinte d'une pleurésie hémorrhagique, de cette variété de pleurésie que Laënnec regardait comme très douloureuse, ce que je n'ai pas observé ici. J'ai rencontré deux fois l'épanchement hémorrhagique dans la pleurésie chronique, mais je ne l'avais jamais vu dans la pleurésie aiguë. Je n'avais donc pas de point de repère pour me conduire; aussi la nature insolite du liquide sembla me démontrer quelque chose de très grave, je portai un fâcheux pronostic.

Après l'opération, la malade respira beaucoup mieux, des râles crépitants apparurent, ce qui nous prouva que le poumon revenait sur lui-même; l'épanchement était en grande partie résorbé; nous avions donc fait néanmoins quelque chose d'éminemment utile.

(1) Voir la *Gazette des Hôpitaux* du 12 mai.

Les jours suivants, nous donnâmes de la digitale et une légère alimentation.

La position de cette jeune fille ne tarda pas malheureusement à devenir très inquiétante. L'épanchement se reconstitua avec rapidité, la pleuro-pneumonie fit des progrès, la fièvre reparut avec une véhémence nouvelle; une odeur particulière s'exhala de la tête et du corps; puis nous observâmes une toux opiniâtre, une oppression extrême, un peu d'amaigrissement, de l'infiltration, tous les signes enfin d'une tuberculisation galopante. L'expectoration resta visqueuse, safranée.

Vingt-cinq ou trente jours après la ponction la malade succomba. Nous trouvâmes à l'autopsie les poumons farcis de tubercules miliaires, une caverne préexistante à demi cicatrisée. Les glandes cervicales, les ganglions bronchiques et mésentériques étaient intacts, ce qui ne se voit que dans la phthisie galopante.

J'arrive, messieurs, aux procédés opératoires.

Autrefois on pratiquait l'opération de l'empyème d'une manière très simple : on ouvrait la poitrine d'un coup de bistouri, et après avoir tant bien que mal évacué le liquide, on détergeait le foyer, et le malade était, comme on dit, livré aux ressources de la nature. Il pouvait alors se présenter deux cas : ou le liquide s'était réellement amassé dans la plèvre, et il était bien rare que le malade survécût; ou, au contraire, il s'était formé au sein même d'une cavité due à des fausses membranes anciennes, et alors, comme la cavité pleurale n'était vraiment pas intéressée, le sujet pouvait résister.

Aujourd'hui on se sert du trocart; on prend des précautions pour que l'air n'entre pas dans la cavité, et on irrite l'intérieur de celle-ci avec de la teinture d'iode. Comprenez-vous pourquoi?... On avait dans la poitrine un liquide incapable d'être résorbé; on le retire, et à sa place on en met un autre tout à fait susceptible d'être entraîné dans l'économie. Il se passe alors quelque chose d'analogue à ce qu'on voit dans les cas d'épanchement aigu avec refoulement du poumon : à mesure que l'épanchement diminue, le poumon, sollicité par l'air extérieur, revient sur lui-même, et reprend proportionnellement son volume.

Quant à l'opération de la thoracentèse, je la fais avec un trocart armé de baudruche. Une simple petite incision, faite préalablement à la peau, permet de diriger plus facilement l'instrument sans risque de rencontrer les côtes, et de le pousser brusquement par un coup sec dans la cavité pleurale. Je dis *brusquement*, car si vous poussez votre trocart doucement, dans la crainte de léser le poumon, vous pourrez parfaitement (ce qui m'est arrivé plusieurs fois) ne pas donner issue à une seule goutte de liquide, bien qu'il existe une vaste collection dans la cavité pleurale. La pointe de votre instrument aura alors rencontré une fausse membrane épaisse et solide; elle l'aura déplacée et refoulée devant elle, mais sans la traverser.

Il n'y a aucun danger à pousser brusquement son trocart, car la couche de liquide épanché entre la paroi thoracique et le poumon protége suffisamment cet organe.

Le malade du n° 2 de la salle Sainte-Agnès n'avait que très peu d'oppression lorsque je l'ai opéré, et cependant on est généralement porté à mesurer l'étendue de la gravité du mal au degré de l'orthopnée. On courrait le risque de commettre de graves erreurs si l'on ne se guidait que d'après ce symptôme. Il existe des exemples, et celui-ci en est un, d'épanchements extrêmement considérables sans oppression, sans gêne apparente bien notable de la respiration; mais qu'on ne s'y méprenne pas, ce n'est pas là un motif suffisant de sécurité. Ce malade n'avait pas d'oppression, il est vrai, mais la veille ou l'avant-veille de l'opération il avait eu une syncope. Or c'est souvent à une syncope de ce genre que succombent les sujets affectés d'épanchement pleural considérable, bien qu'ils n'aient point d'orthopnée.

L'étendue de l'épanchement, toujours facile à apprécier par les signes physiques, vous servira donc de guide pour l'indication d'opérer.

Je vous l'ai dit, et je vous le répète en terminant : l'innocuité de la thoracentèse est un fait acquis, incontesté.

MÉMOIRE

sur la paralysie du sentiment d'activité musculaire (1).

Par M. O. Landry, docteur en médecine, ex-interne lauréat des hôpitaux, etc.

Symptomatologie. — Dans la description qui va suivre, je supposerai que la maladie dont je m'occupe est tout à fait simple, me réservant d'indiquer plus loin les complications dont elle est susceptible.

Le sentiment musculaire concourt, comme nous l'avons vu :

1° Aux phénomènes tactiles;

2° A la locomotion.

Ces affections donneront lieu, par conséquent, à une double série de signes qu'il est important de bien déterminer. Après avoir considéré cette espèce de paralysie sous ce point de vue général, il sera plus facile de l'étudier dans ses diverses localisations.

1° *Signes fournis par les phénomènes tactiles.* — Ils se réduisent, en dernière analyse, au défaut de perception des divers états du muscle. Mais comme nous n'apprécions ces états que par les notions dont ils sont la source, c'est réellement l'impossibilité d'acquérir ces notions qui constitue le symptôme. Ainsi, dès que les malades cessent de voir leurs membres ils n'ont plus conscience ni de leur position, ni même de leur existence. Au lit, ils les perdent, pour ainsi dire, et sont obligés d'aller à leur recherche, ne sachant plus où ils sont. Ils ne se rendent pas compte de leur situation, et ne peuvent dire s'ils sont placés dans l'adduction, dans l'abduction, la flexion ou l'extension. Aussi, parfois font-ils effort pour étendre ou fléchir un membre qui l'est déjà. Ils n'apprécient ni leurs mouvements actifs, ni leurs mouvements passifs. Ont-ils fait un mouvement, ils en ignorent l'étendue, et souvent ne savent pas s'il a eu lieu. Si, ayant l'intention d'en exécuter un, on les en empêche, c'est tout à fait à leur insu, et ils croient l'avoir exécuté parce qu'ils en ont eu la volonté. On peut leur imprimer des mouvements passifs ou les leur communiquer au moyen d'un appareil électrique, sans qu'ils les soupçonnent. Faites-leur soulever un corps lourd; s'ils ne l'ont pas vu préalablement, ils sont incapables d'en apprécier le poids, même approximativement, et il leur paraît extrêmement léger. Leurs membres leur semblent aussi privés de pesanteur. Opposez-vous à leurs mouvements actifs, ils n'ont aucune idée de la résistance qu'ils ont à vaincre, et ne proportionnent pas leur effort à l'énergie du vôtre. Qu'on leur plonge la main dans l'eau, ils jugent que c'est un liquide à cause de l'impression cutanée; mais en agitant la main ils n'éprouvent pas cette molle résistance qui fournit la notion de fluidité aqueuse, et ils ne savent s'ils se meuvent dans l'air ou dans l'eau, à moins que le bruit ne le leur apprenne. Ils ne perçoivent pas mieux la solidité, et ne peuvent indiquer la consistance des objets qu'ils touchent.

2° *Signes fournis par le mouvement.* — Au premier abord, les individus atteints de cette affection semblent frappés de paralysie musculaire, à cause du désordre des mouvements, qui sont irréguliers, maladroits, mal mesurés. Ils ont trop ou trop peu d'ampleur et d'énergie, et les malades, ne s'en doutant pas, ne cherchent pas à les corriger. A l'aspect de ces troubles fonctionnels, on peut croire, dis-je, à un état paralytique ordinaire. Mais si l'on procède à un examen plus approfondi, on reconnaît, par les moyens ordinaires que tous les mouvements isolés s'exécutent avec facilité et n'ont rien perdu de leur étendue ni de leur énergie. On est même singulièrement étonné de voir ces malades, incapables de faire servir leurs membres aux usages habituels, contracter leurs muscles avec une vigueur et une rapidité qui ne le cèdent en rien à l'état de santé. Le mouvement, loin de s'accompagner, comme dans la paralysie musculaire, d'un sentiment de fatigue et de pesanteur, leur paraît au contraire trop facile, et, ce que l'on n'observe jamais dans ce dernier cas, il est possible à ces sujets d'en réparer le désordre, au moins en partie. Ainsi, lorsque après leur avoir laissé mesurer de l'œil les dimensions d'un espace, on leur ordonne de le faire parcourir à l'un de leurs membres sans regarder, ils n'y parviennent que par l'effet du hasard et s'arrêtent trop tôt ou vont au delà; mais leur permet-on de s'aider de la vue, ils arrivent au but avec précision, quoiqu'au milieu de nombreuses oscillations. Les facultés excito-motrices restent donc absolument intactes, et j'ajouterai que le muscle dans les cas simples ne perd rien de ses propriétés de tissu; il ne cesse pas de répondre soit à l'excitation nerveuse, soit à l'excitation électrique; en un mot, il conserve son *irritabilité*.

Les signes que je viens d'examiner constituent les caractères fondamentaux de la maladie dont je m'occupe, et quand on les rencontre leur signification reste invariablement la même; ils sont exclusivement les symptômes de la paralysie du sentiment musculaire. Ni l'anesthésie cutanée, ni la paralysie du mouvement ne sauraient les expliquer, et il y a même incompatibilité entre quelques uns d'entre eux et le dernier de ces états. En raison de leur importance, on ne saurait donc trop insister à leur sujet, et je crois utile d'en présenter le résumé suivant :

Inconscience de la position des membres, des mouvements passifs ou actifs et de leur étendue ou de leur énergie; défaut de perception du poids, de la résistance et de la consistance (fluidité, solidité); manque de coordination des mouvements, impossibilité de les proportionner; contraction volontaire intacte, rapide, énergique et accompagnée d'un sentiment de légèreté des membres; conservation de l'irritabilité musculaire.

Voyons maintenant comment se manifeste cette affection dans les diverses parties du corps où elle a été observée.

Membres inférieurs. — La station debout est difficile; les jambes ne fléchissent pourtant pas comme chez les paraplégiques ordinaires, mais les malades ne peuvent prendre leur équilibre et ne savent pas le garder quand ils sont parvenus à le trouver. On les voit osciller, faire effort pour se soutenir à la manière des ivrognes; puis, après quelques instants de lutte, ils tombent non en s'affaissant sur eux-mêmes, mais d'un côté ou d'autre, comme un corps dont le centre de gravité se déplace.

Les détails physiologiques dans lesquels je suis entré expliquent suffisamment ce désordre, qui va parfois jusqu'à l'impossibilité absolue de se tenir debout. La marche, quand elle peut encore avoir lieu, est caractéristique; ils ne traînent pas les jambes, ils les font même mouvoir résolûment; seulement leurs pas sont irréguliers, trop courts ou trop longs; les pieds prennent souvent une direction différente de celle qu'ils veulent leur imprimer, ils s'embrouillent l'un dans l'autre, exécutent de fréquentes glissades sans que les malades en aient conscience, car ils ne savent même pas où ils les posent. Tant que l'affection n'est pas très avancée, ils ont la faculté de mieux diriger leurs pas en les suivant de la vue, en se regardant marcher, mais à un certain degré cela n'est même plus possible, car ils ne sauraient surveiller à la fois les actions de tous les muscles qui concourent à la progression. Leur démarche, loin d'être trop lente, est au contraire trop rapide. Ils prennent presque malgré eux un pas accéléré qui a quelque chose de choréique. Leurs pieds ne leur paraissent pas lourds, mais plutôt trop légers; c'est à peine s'ils les sentent, et ils croient qu'ils ne touchent pas la terre. Il semblait à M. X... (obs. III) qu'il marchait sans jambes. Ils ne sentent pas le poids de leur chaussure; aussi la malade de l'observation II les perdait-elle sans s'en apercevoir. Le contact du sol donne à ces sujets une sensation analogue à celle que l'on éprouverait en foulant du coton cardé; ou bien il leur semble qu'il s'enfonce sous eux.

Membres supérieurs. — Le toucher, la préhension et les diverses fonctions auxquelles la main est destinée sont plus spécialement altérés. Les doigts n'appréciant pas la consistance, les malades ne savent pas distinguer la nature des corps qu'ils touchent. Comme ils n'ont pas conscience de la situation respective des doigts, ils ignorent leur degré d'écartement pendant la palpation, et par conséquent ne peuvent mesurer l'épaisseur des objets; de là encore l'impossibilité de juger leur volume ou leur forme. Tous les mouvements, même les plus délicats, de la main et de ses appendices, s'exécutent avec vigueur et régularité tant que l'œil les surveille, mais ils deviennent maladroits et irréguliers dès qu'ils ne sont plus soumis à ce contrôle. Alors ils saisissent mal, ne peuvent écrire, parce qu'il leur est impossible de diriger leur plume; pour la même raison, les femmes sont inhabiles à manier l'aiguille. Quand ces malades ont saisi un objet, s'ils le regardent ils peuvent le tenir longtemps et résister jusqu'à un certain point, lorsqu'on les y engage, aux efforts qu'on fait pour le leur arracher. Mais portent-ils la vue ailleurs, avec un peu de précaution on le leur retire des mains sans qu'ils s'en doutent, et on les voit continuer à garder la position qu'ils avaient prise pour tenir; souvent ils le laissent tomber sans s'apercevoir que leur main s'est ouverte ni de l'absence du poids. Ainsi, le malade de l'observation III perdait parfois sa canne en se promenant, et le bruit de sa chute l'en avertissait seul. Tout leur paraît d'une légèreté extrême, et lors même qu'ils ne peuvent soulever un corps trop lourd ils n'ont aucune idée de sa pesanteur.

Dans le reste du membre supérieur, le désordre fonctionnel a moins d'importance, et se réduit aux effets généraux précédemment signalés : manque de coordination des mouvements, absence de perception des mouvements passifs, de la résistance du poids, etc. La malade de l'observation V perdait à son insu le panier qu'elle portait au bras. Dès que son attention se détournait, l'avant bras s'étendait, le panier glissait, et le mouvement du membre, l'allégement produit par l'absence du poids, tout passait inaperçu. Une particularité bien caractéristique, c'est que cela n'arrivait pas quand le panier était fortement chargé, c'est-à-dire quand le poids était assez considérable pour qu'elle en eût conscience. C'eût été le contraire dans le cas d'une paralysie ordinaire. Enfin signalons un dernier trait de cette affection : les malades n'ayant pas conscience de la position de leurs membres, quand ils veulent joindre les mains, elles se cherchent dans l'espace, et c'est hasard si elles se rencontrent; de même les doigts ne s'entre-croisent que fort irrégulièrement (obs. III).

Au tronc. — La troisième observation est le seul cas dans lequel les muscles du tronc aient été atteints. Ces muscles se contractaient énergiquement sous l'empire de la volonté, mais ils ne pouvaient maintenir l'équilibre du buste dans la station assise, et le malade retombait d'un côté ou de l'autre; il lui semblait être assis sur une sphère mobile et agitée d'oscillations.

Jusqu'ici la paralysie du sentiment musculaire n'a été observée dans aucune autre partie du corps, et, quoiqu'il soit possible d'en prévoir les résultats dans divers autres organes, je ne crois pas devoir donner place dans ce travail descriptif à des suppositions.

J'ajouterai que chez aucun de ces malades on n'a constaté ni le tremblement des lèvres, de la langue et des mains, ni le trouble de la parole, ni les signes de démence que l'on observe dans la paralysie progressive générale dite des aliénés.

Marche. — Il est très difficile d'après les faits que je rapporte d'indiquer d'une manière précise les signes par lesquels s'annonce la maladie dont il est ici question. Le seul cas où ils se trouvent signalés est l'observation troisième. Du côté des membres inférieurs, le premier phénomène qui attira l'attention du malade fut la difficulté de prendre l'équilibre en se levant et de le garder pour se tenir debout et marcher. Mais après quelques pas la marche, d'abord titubante, se raffermissait, et, loin d'être trop lente, elle était au contraire trop rapide; en outre, loin de sentir ses pieds lourds et comme empêtrés dans la boue, sensation commune aux paraplégies ordinaires, ils lui paraissaient trop légers, trop faciles à mouvoir, et il lui semblait ne pas toucher le sol. Peu à peu ces premiers accidents, d'abord passagers, devinrent permanents; la marche fut de plus en plus difficile, titubante, puis enfin impossible. En ce qui concerne les membres supérieurs, M. X... commença d'abord à perdre fréquemment sa canne sans s'en apercevoir, puis il forma mal ses lettres et perdit graduellement la faculté de régulariser les mouvements des doigts et des mains, tout en conservant beaucoup d'énergie dans la contraction volontaire. En même temps, les pieds et les mains étaient dès le commencement le siége de fourmillements et d'un engourdissement pénible.

Il est probable qu'une analyse plus minutieuse des antécédents eût fait constater les mêmes signes de début chez les autres sujets.

Quoi qu'il en soit, l'affection arrive par degrés à l'état précédemment décrit.

(1) Suite. — Voir les numéros des 7 et 12 juin.

Durée. — Excepté dans un seul cas (obs. II), où une maladie intercurrente a déterminé la mort (phthisie pulmonaire), l'affection que j'étudie n'a pu être observée jusqu'à la fin. Il est donc impossible de se former aucune idée exacte de sa durée. Sur les huit observations réunies dans ce travail, une fois elle datait de six mois, deux fois de deux années, une fois de trois et deux fois de quatre années; enfin, deux fois on ne trouve aucune indication à ce sujet. Ajoutons que dans la première observation, après deux années elle semblait marcher vers la guérison; dans l'observation III, après trois années elle paraît stationnaire, tandis qu'elle ne cessait de faire des progrès chez les malades des observations IV et V, quatre ans et deux ans après le début des premiers accidents.

Siége et formes. — Sur mes huit malades, nous voyons les désordres fonctionnels limités deux fois (obs. V et VI) au membre supérieur gauche; deux fois aussi ils affectaient la forme paraplégique (obs. II et IV); trois fois elle occupait les quatre membres à des degrés divers (obs. I, VII et VIII); enfin une fois elle s'était propagée à tous les muscles des membres et du tronc, sauf les muscles respirateurs (obs. III).

Chez cette jeune fille de la huitième observation, elle paraît s'être développée et généralisée d'une manière brusque, à la façon des paralysies hystériques; chez tous les autres elle a eu une marche progressive, et dans les observations I, III, IV et V en particulier, elle me semble avoir offert ce mode d'invasion régulière des extrémités au centre que M. Sandras a signalé avec raison comme un caractère pathognomonique de certaines paralysies progressives indépendantes de toute altération anatomique des organes nerveux.

Pronostic. — D'une manière générale, cette espèce de paralysie doit être considérée comme très-grave, au moins d'après les faits connus jusqu'ici. Sur huit sujets, nous ne trouvons qu'un seul cas d'amélioration (obs. I), et chez tous les autres l'affection est restée stationnaire ou s'est aggravée. Peut-être même, lorsqu'elle revêt le caractère progressif ascensionnel indiqué précédemment, finirait-elle par entraîner la mort en altérant le jeu des muscles respirateurs; mais jamais cette terminaison funeste n'en a été la conséquence directe, car dans la seconde observation elle a été le résultat de la tuberculisation des poumons.

Ce que je viens de dire ne saurait cependant être pris d'une manière trop absolue. Ce désordre fonctionnel me paraît plus sérieux qu'une paralysie musculaire proprement dite, et surtout que les autres troubles du sentiment; mais, sans aucun doute, sa gravité doit être aussi subordonnée à la cause dont il provient.

On ne saurait, par exemple, porter le même pronostic lorsque l'affection est symptomatique d'une lésion anatomique, comme dans la seconde observation, et lorsqu'elle est liée à l'hystérie, comme dans les observations sixième et huitième. Quand il s'agit de juger les chances de succès d'un traitement, il faut donc, tout en tenant compte de la forme défavorable du symptôme, ne pas perdre de vue la nature intime du mal, la pathogénie qu'on lui suppose. Ainsi, malgré le peu de résultat obtenu chez les malades des observations sixième et huitième, je n'hésite pas à considérer l'état de ces jeunes filles comme curable; je porte la même appréciation sur la malade de l'observation cinquième, chez qui une véritable cachexie chloro-anémique paraissait tout dominer; malgré la position déplorable de M. X... (obs. III), je ne serais pas étonné de le voir revenir à la santé, parce que la forme progressive ascensionnelle des accidents m'autorise à éloigner la pensée d'une lésion organique, tandis que dans les antécédents du malade on découvre des influences pathogéniques auxquelles ne s'attache pas l'idée d'incurabilité.

(La fin à un prochain numéro.)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 11 juin 1855. — Présidence de M. Regnault.

(C'est dans cette séance qu'a eu lieu l'élection dans la section de chirurgie, dont nous avons fait connaître le résultat dans le numéro de mardi dernier.)

Formation du sucre dans l'organisme. — M. G. Colin présente un mémoire sur la formation du sucre, dans lequel il expose les premiers résultats d'expériences entreprises dans le but de rechercher si la production du sucre est réellement localisée dans le foie, ou si elle a son siége en divers points de l'économie. Ces résultats, il les résume lui-même dans les propositions suivantes :

« 1° A l'état normal, chez les herbivores, il y a du sucre dans le sang, le chyle et la lymphe; chez ces animaux, la veine porte et les chylifères puisent pendant la digestion le sucre tout formé dans les aliments, comme celui qui y prend naissance par les mutations des matières amylacées.

» 2° Chez les carnassiers nourris exclusivement de chair dont le sucre a été détruit par un commencement de putréfaction, la veine porte et les chylifères se chargent de matière sucrée produite dans l'appareil digestif aux dépens des principes de l'alimentation.

» 3° Divers produits de sécrétion, comme la sérosité des plèvres, du péricarde, du péritoine, le contenu des vésicules ovariennes, de l'estomac du fœtus, la bile, renferment du sucre en plus ou moins forte proportion.

» 4° Il reste à déterminer si le sucre des fluides de sécrétion, notamment celui du lait, provient du sang hépatique, ou s'il est formé directement par les organes sécréteurs. » Commissaires: MM. Pelouze, Rayer, Bernard.)

Historique des travaux relatifs au traitement par incision des rétrécissements de l'urètre. — M. Le Roy-d'Etiolles adresse une lettre sur ce sujet. (Voir notre n° du 7 juin.) — Commissaires: MM. Andral, Rayer, Velpeau.

Choléra. — M. Billiard, de Corbigny (Nièvre), adresse un mémoire ayant pour titre : *Pourquoi les terrains granitiques sont-ils le plus généralement indemnes du choléra?* (Renvoi à l'examen de la section de médecine constituée en commission du concours pour le prix Bréant.)

Circonvolution du cerveau chez les mammifères. — M. Camille Dareste adresse un troisième mémoire sur ce sujet. Il demande que cet opuscule, qui, avec deux autres envoyés récemment, reproduit les faits consignés dans un travail en trois parties qu'il a antérieurement présenté manuscrit à l'Académie, soit renvoyé à l'examen de la commission chargée de décerner les prix de médecine et de chirurgie. (Renvoi à la commission des prix de médecine et chirurgie.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 6 juin 1855. — Présidence de M. Huguier.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

— M. Ricord ajoute quelques remarques à celles qu'il a faites déjà sur la communication de M. Maisonneuve. Il soutient qu'il n'y a rien de nouveau dans l'addition d'une bougie conductrice qui précède l'urétrotome. En effet, on se sert depuis longtemps de porte-caustiques qui sont précédés d'une bougie étroite, et depuis longtemps aussi l'on a ajouté un bout conducteur au coarctotome de M. Ricord. M. Reybard, parmi ses instruments, en possède un, entre autres, formé d'une lance précédée d'une bougie conique qui sert de conducteur. C'est là l'instrument de M. Maisonneuve avec moins de longueur dans la bougie. Mais M. Ricord voit dans cette diminution de longueur un sérieux avantage; car une bougie courte est plus facile à manier ici qu'un bougie longue et fine qui peut se replier sur elle-même et se laisser facilement couper.

Selon M. Maisonneuve, on n'a jusqu'alors coupé les rétrécissements que de dehors en dedans, d'avant en arrière, d'arrière en avant. Notre collègue a la prétention de faire une chose neuve en les coupant de dedans en dehors. Il reproche aux sections d'arrière en avant de couper d'abord des parties saines; mais M. Maisonneuve, avant d'introduire son lithotome, trace d'abord la voie en coupant d'avant en arrière. Or, si l'on a quelque chance de léser des parties saines, de les couper, c'est plutôt en avant qu'en arrière.

Quant à cette prétendue section de dedans en dehors dont M. Maisonneuve réclame l'invention, il n'y a rien là que ne fassent déjà tous les chirurgiens. Dès qu'on fait glisser un instrument dans un rétrécissement, il coupe de dedans en dehors, mais aussi d'arrière en avant. Il faut un mouvement de va-et-vient pour que la section s'opère. Enfin, M. Maisonneuve fait là ce que tout le monde fait.

Il reste encore une prétention dangereuse de notre collègue; c'est celle de ne couper que le rétrécissement, et cela avec le plus horrible urétrotome.

Enfin, M. Ricord ne peut accepter qu'un lithotome porté dans l'urètre ne puisse le blesser, tandis que cela aurait lieu avec les coarctotomes ordinaires.

M. le Président exprime à la Société le regret qu'il éprouve de ne pas voir M. Maisonneuve assister aujourd'hui à la séance, quoiqu'il ait été prévenu par lui de la continuation de la discussion.

M. Robert désire exprimer sa pensée sur l'urétrotomie en général mise en cause aujourd'hui; mais il demande à ne prendre la parole que dans la prochaine séance. Quant à la méthode de cathétérisme que M. Maisonneuve croit avoir imaginée, M. Robert rappelle qu'il y a une trentaine d'années déjà elle fut bien indiquée par M. Amussat. M. Reybard a aussi proposé plusieurs urétrotomes précédés d'une bougie qu'on introduit d'abord jusque dans la vessie.

M. Lenoir demande la parole et s'exprime ainsi :

Messieurs,

J'ai écouté avec attention la communication que M. Maisonneuve nous a faite dans l'avant-dernière séance; communication qui n'est que le résumé substantiel d'un travail que ce chirurgien avait, quelques jours auparavant, présenté à l'Institut sous le titre de *Mémoire sur une nouvelle méthode de cathétérisme, et de son application à la cure* radicale et instantanée *des rétrécissements de l'urètre.* J'ai depuis lu ce mémoire, et, je vous le dis tout d'abord, la revendication itérative à titre d'invention d'une manœuvre opératoire qui est décrite jusque dans nos livres classiques, la prétention qu'a son auteur de guérir instantanément les rétrécissements quand il ne fait que les inciser instantanément; la préférence enfin qu'il donne à la méthode de l'incision sur tous les autres moyens de traiter les strictures de l'urètre, tout cela m'a paru en contradiction si flagrante avec certaines doctrines de physiologie pathologique que je crois vraies, avec certains principes de conduite qu'il faut honorer et propager dans l'exercice de notre art, que j'ai pris l'engagement envers moi-même de parler ici contre le fond et la forme de cette nouvelle production de notre collègue. Mais comme les observations que j'ai à vous présenter sont presque toutes critiques, et que le sentiment qui me porte à vous les soumettre est de ceux qui m'excitent, j'ai craint de mal exposer mes idées dans une allocution improvisée; je viens donc vous demander la permission de vous les communiquer telles que je les ai jetées sur le papier. Ce sera un moyen sûr d'épargner vos moments, de renfermer cette discussion dans les limites dont elle ne doit pas sortir, et de lui conserver le calme et la dignité qui lui conviennent.

M. Maisonneuve commence par rappeler que dès 1845 il a présenté à l'Académie des sciences un procédé de cathétérisme applicable aux rétentions d'urine produites par l'hypertrophie générale ou partielle de la prostate, « procédé qui consiste à introduire d'abord dans l'urètre » une bougie fine et flexible qui, se moulant aux inflexions du canal, » arrive toujours et sans difficulté dans la vessie, puis à se servir de » cette bougie comme d'un conducteur sur lequel on fait glisser une » sonde élastique percée à ses deux bouts. » Ce procédé, qu'il appelle aujourd'hui *méthode de cathétérisme sur conducteur*, notre collègue le revendique comme une de ses inventions, et le regarde comme lui ayant, avec raison, donné l'idée d'une autre méthode à peu près semblable qu'il pourrait appeler *méthode de cathétérisme à la suite*, dont les diverses applications font le sujet de son mémoire et de sa communication actuelle.

Nous rappellerons de notre côté que dès l'époque à laquelle notre collègue présenta à la Société de chirurgie (après l'avoir déjà présenté à l'Institut) le travail où il exposait les avantages de sa première méthode, nous lui fîmes observer dans le seul intérêt de la science et de la vérité que cette méthode n'était pas même alors nouvelle, et que dès 1836 nous nous étions déjà servi nous-même d'une sonde inventée depuis longtemps par M. Amussat pour remplir la même indication; mais, puisque cette réclamation de priorité n'a pas fait impression à cette époque sur notre collègue, nous pouvons aujourd'hui éclairer sa religion par la citation textuelle de plusieurs auteurs dont il ne peut ignorer les travaux. On lit, en effet, dans un mémoire de M. Rigal (de Gaillac), ayant pour titre : *De la destruction mécanique de la pierre dans la vessie* (Paris, 1829), le passage suivant à la page 22 : « Cette idée d'allonger le mandrin pour remplacer les unes par les autres des algalies ouvertes des deux bouts n'appartient ni à moi (M. Rigal), ni à M. Leroy, qui l'imagina pour le malade dont j'ai parlé, ni à M. Pichauzel, auquel ce procédé valut une couronne que lui décerna en 1819 la Société royale de médecine de Bordeaux, car on lit dans Bichat (*Traité des maladies des voies urinaires*, p. 310) ce qui suit : Si l'on craignait de rencontrer des difficultés à passer la seconde sonde, on pourrait obvier à cet inconvénient en se servant de sondes ouvertes aux deux bouts; on introduirait la première au moyen d'un stylet à bouton, et, avant de la changer, on la garnirait d'un stylet long d'environ deux pieds, que l'on enfoncerait de quelques lignes dans la vessie; puis on retirerait la sonde sur le stylet, qu'on laisserait en place, et sur lequel on conduirait sans peine et avec sûreté une nouvelle algalie. Desault a eu recours une fois à cet expédient, et il réussit si complétement qu'il se proposait de faire construire des sondes avec lesquelles il pût le mettre souvent en usage. »

Il résulte bien clairement de cette citation que la méthode de *cathétérisme sur conducteur*, comme l'appelle notre collègue, et qui n'est qu'un *expédient* dans le langage de Bichat, a été depuis Desault, c'est-à-dire depuis soixante ans, inventée à peu près une fois tous les dix ans par six chirurgiens, qui tous sans doute ont cru de bonne foi l'avoir trouvée; je vous laisse à décider si notre collègue, qui n'arrive qu'en sixième ligne dans cette série, a des titres plus sérieux que ses devanciers à la priorité qu'il réclame encore aujourd'hui.

M. Maisonneuve, fier de cette découverte, en fait un peu après en quelques mots le panégyrique que voici : « Ce procédé si simple est actuellement employé par tous les praticiens, et depuis lors non-seulement il n'est plus de prostate infranchissable, mais surtout il n'est plus question de ces fausses routes ni de ces accidents inflammatoires redoutables auxquels exposaient si fréquemment les procédés ordinaires. »

Je ne sais, messieurs, si, vous qui constituez la majorité des chirurgiens des hôpitaux et des praticiens de la ville, vous avez adopté ce procédé; s'il en est ainsi, je déclare faire exception à cette unanimité, car je préfère dans les cas spécifiés par notre collègue un moyen plus simple encore et qui remplit d'un seul coup toutes les indications, je veux parler d'une grosse sonde percée d'un ou de deux yeux dans sa longueur et terminée par un bout effilé et flexible comme l'extrémité des bougies, sonde que j'ai vu employer avec succès par Marjolin père sans savoir si elle était de son invention, et à laquelle il n'a manqué sans doute pour quelle ait encore aujourd'hui toute la valeur qu'elle mérite que d'avoir été dans son temps le sujet d'un mémoire présenté à l'Académie des sciences.

J'arrive à la seconde méthode de cathétérisme que l'auteur n'a pas encore dénommée et qui s'applique, selon lui, à tous les cas de rétention d'urine, aussi bien à ceux qui tiennent aux hypertrophies de la prostate qu'à ceux qui tiennent aux rétrécissements de l'urètre. Voici en quoi elle consiste : on introduit dans le canal, jusque dans la cavité vésicale, ou seulement jusqu'au delà du rétrécissement, une petite bougie flexible, à l'extrémité externe de laquelle se trouve un petit ajutage métallique fixe; on articule ensuite sur cette partie de la bougie, au moyen d'un pas de vis dont ils sont pourvus à leur extrémité interne, un des nombreux instruments usités aujourd'hui soit pour explorer l'urètre, soit pour le dilater brusquement, soit pour le cautériser, soit enfin pour l'inciser; et pour terminer l'opération il suffit de pousser lentement l'instrument, quel qu'il soit, sur la bougie qui le précède, et celle-ci se replie sur elle-même dans la cavité de la vessie.

Ce procédé est basé sur le principe, un tant soit peu contestable, que voici : que, dans tout rétrécissement où une bougie fine a pu pénétrer, un instrument plus volumineux qui s'articulera avec elle et qu'on poussera à sa suite pénétrera comme elle et ne pourra pas dévier de la route qu'elle lui aura tracée. Qui ne prévoit, en effet, qu'une sonde de calibre ordinaire, ou mieux encore la sonde de Mayor, ou l'instrument de Perrève, fussent-ils articulés à l'extrémité d'une bougie fine et flexible, ne se substitueront à cette bougie dans l'intérieur d'un rétrécissement qu'à la condition d'être poussés avec force et pendant longtemps contre lui; que ces instruments, tous rigides et ayant une courbure fixe, suivront l'impulsion de la main qui les pousse et non la direction de la bougie qui les précède; qu'ils érailleront ou déchireront un point de l'urètre, comme ils le font toujours, et qu'une fois hors du canal ils produiront d'autant plus facilement une fausse route dans les parties ambiantes qu'ils seront pourvus à leur extrémité de l'ajutage métallique de la bougie qu'ils entraînent avec eux! Je laisserai donc de côté les diverses applications que l'auteur fait ici de sa nouvelle méthode de cathétérisme à l'exploration de l'urètre, à sa dilatation brusque et à sa cautérisation, parce que je considère ces applications comme des inventions de cabinet, contre la critique desquelles notre collègue n'a aucune expérience pratique personnelle à opposer, du moins je n'en trouve aucune observation dans son mémoire.

Il n'en est pas de même des moyens qu'il emploie pour inciser l'urètre rétréci. Sur ce sujet, les procédés sont nombreux, les instruments aussi. Je voudrais ajouter que les observations de guérison ne le sont pas moins; mais la vérité veut que je dise que la méthode ne compte encore que cinq succès, et que la plus ancienne observation n'a pas plus de deux mois de date. C'est cependant avec ces instruments et ce petit nombre de faits que notre collègue a la prétention de fonder sa nouvelle méthode de *guérir radicalement et instantanément les rétrécissements de l'urètre.*

Vous savez que l'incision des rétrécissements est une méthode de traitement qui, sans être tout à fait nouvelle, a été, il y a quelques

années seulement, remise en honneur par un honorable chirurgien lyonnais, et que l'Académie de médecine, sur le rapport très bien fait de notre confrère M. Robert, a décerné à ce chirurgien un des grands prix dont elle dispose si libéralement. Toutefois, cette méthode est loin d'être généralement adoptée par les praticiens de nos jours; son emploi a été accompagné ou suivi d'accidents graves et de la mort des opérés; et enfin il n'est pas bien certain encore qu'elle guérisse plus *radicalement* les malades que certaines autres méthodes qui ont été beaucoup vantées avant elle.

M. Maisonneuve, dans l'avant-dernière séance, avait prudemment fait ses réserves sur la valeur de cette méthode de traitement, et dans la dernière séance vous l'avez entendu répéter qu'il n'entendait pas la discuter. Remarquez, je vous prie, la position exceptionnelle que cette réserve fait à notre collègue. Dans la science, il a des doutes sur la valeur de l'urétrotomie; dans la pratique, il incise tous les rétrécissements qui se présentent à son observation; il les incise de prime abord, aussi étroits qu'ils soient, pourvu toutefois qu'ils puissent recevoir la bougie conductrice; il les incise sans avoir par un tâtonnement préalable expérimenté s'ils sont dilatables ou non; bien plus, il proscrit cette expérimentation, sous prétexte qu'elle fait perdre du temps au malade. Il me semble que les urétrotomistes les plus avancés ne vont pas si loin. Bon nombre reconnaissent qu'il existe des cas où la méthode n'est pas applicable, ou l'est moins que certains procédés anciens; bon nombre la réservent pour certains rétrécissements spécialement placés dans la région pénienne du canal, rétrécissements fibreux et par conséquent réfractaires à la dilatation, et, je l'avouerai, je partage assez bien ces vues pratiques.

Notre collègue vous a exposé en détail les différents temps de son procédé. Vous savez qu'il incise deux fois l'urètre: une première au moyen d'une petite lame tranchante ayant la forme d'une demi-olive, qu'il glisse sur un tube cannelé métallique qui fait suite à la bougie conductrice; et une seconde fois au moyen d'un urétrotome caché semblable, par sa forme et presque par son volume, au lithotome de frère Côme.

L'opération ainsi faite, dit-il, il s'écoule à peine quelques gouttes de sang; le malade urine à plein canal, et il continue à uriner ainsi par la suite sans qu'il soit nécessaire d'entretenir l'écartement des lèvres de la plaie faite à l'urètre par l'introduction de grosses sondes.

Cette manière de faire diffère de celle qui est employée depuis M. Reybard en ce qu'au lieu de dilater lentement le rétrécissement par des bougies molles et graduellement plus volumineuses, on l'incise une première fois avec une lame semi-olivaire qu'on introduit d'avant en arrière sur un tube cannelé; nous avons déjà dit que nous ne regardions pas cette dilatation préalable comme mauvaise en principe, et nous trouvons au moyen qu'on lui substitue l'inconvénient de faire une longue incision sur la muqueuse placée au-devant du point rétréci du canal, car les parois de l'urètre sont rapprochées l'une de l'autre dans l'état normal, et on ne saurait introduire un instrument tranchant dans son intérieur sans couper une de ses parois.

Elle en diffère aussi par la forme de l'urétrotome employé et par sa manière d'agir: l'urétrotome est le lithotome de frère Côme. La manière d'agir de cet instrument constituerait, suivant notre collègue, une nouvelle méthode d'urétrotomie à laquelle on n'avait pas encore songé. M. Syme coupe l'urètre rétréci de dehors en dedans; M. Reybard le coupe d'arrière en avant, M. Civiale d'avant en arrière; il était réservé à M. Maisonneuve de le couper de dedans en dehors. La chose est facile; il suffit de placer l'instrument coupant dans le rétrécissement, de presser sur sa bascule et de le retirer à soi. Mais de deux choses l'une: ou vous ouvrez l'instrument dans l'intérieur du rétrécissement, et dans ce cas vous courez grand risque de casser sa lame, pour peu que le tissu à inciser soit résistant; ou vous tirez à vous votre instrument en même temps que vous l'ouvrez, et alors vous agissez comme M. Reybard, vous incisez d'arrière en avant et de dedans en dehors, et pas autre chose.

J'aurais plusieurs remarques à faire sur le mécanisme et le mode d'action de l'urétrotome renouvelé de frère Côme, dont on sait que la partie la plus saillante de la lame répond à l'extrémité de l'instrument quand il est ouvert, et qui, à cause de cette disposition, blessera facilement les parties du canal placées derrière le rétrécissement; mais je passe sur ces détails, car je ne veux pas épuiser le sujet.

La manière de procéder de M. Maisonneuve diffère surtout de celle employée avant lui, en ce qu'elle supprime les moyens dilatants propres à empêcher la cicatrisation immédiate des parties incisées. M. Maisonneuve dit que cette cicatrisation sera suffisamment empêchée par le passage répété de l'urine sur la plaie, et il fonde son opinion sur deux faits qui me paraissent contestables et qui ont été déjà contestés par deux de nos collègues dans la dernière séance. Le premier de ces faits, c'est la persistance du débridement du méat urinaire trop étroit pour recevoir des instruments lithotriteurs. MM. Ricord et Vidal vous ont déjà dit ce qu'il fallait penser de cette persistance; mais fût-elle réelle et constante, qu'il ne faudrait pas conclure de ce qui se passe à la partie inférieure du méat urinaire où l'urètre n'est plus formé que par la muqueuse, à ce qui se passe à une profondeur plus ou moins grande du canal où la muqueuse est doublée par un tissu érectile assez épais. Essayez, je vous prie, d'inciser ce même méat urinaire, mais en sens contraire, vers la partie supérieure du gland, et vous verrez si la plaie ne se cicatrise pas là comme partout par l'intermédiaire d'un tissu fibreux rétractile que Delpech appelait *inodulaire*.

Le second fait a pour sujet les expériences tentées par M. Reybard sur l'urètre des chiens; mais on a déjà objecté à ces expériences que les conditions dans lesquelles se trouvaient les animaux incisés n'étaient pas les mêmes que celles dans lesquelles se trouve un homme affecté de rétrécissement, et je pourrais ajouter que l'urètre des premiers offre une structure et une conformation différentes de celles du second. Ces faits ne prouvent donc rien en faveur des doctrines avancées par notre collègue.

Oui, messieurs, à la suite des incisions de l'urètre il se passe ce qui se passe dans toute plaie dont la réunion est secondaire; il y a d'abord douleur et écoulement de sang, puis inflammation consécutive, et plus tard réunion par l'intermédiaire d'un tissu cicatriciel plus ou moins rétractile; c'est la marche générale de toute solution de continuité produite sur tout tissu organisé. Il n'y a pas d'exception, ou du moins celle qu'on signale ici n'est pas encore suffisamment démontrée. Et comme corollaire forcé de cette doctrine, j'ajouterai, en m'adressant à notre collègue: Vous n'êtes pas autorisé à dire qu'après la réunion de la plaie produite par votre urétrotome vous n'aurez pas un rétrécissement nouveau qui tiendra cette fois à la rétractilité du tissu de la cicatrice, car les faits observés jusqu'à ce jour, et en particulier ceux, en petit nombre, que vous avez publiés, sont encore trop récents pour infirmer les prévisions de la théorie; et s'il en est ainsi, vous ne pouviez obtenir et vous n'avez pas obtenu une guérison radicale des rétrécissements que vous avez traités. Le titre de votre mémoire est donc faux; il promet plus qu'il ne peut tenir, et je vous engage à le modifier dans votre propre intérêt, dans l'intérêt des malades et dans celui de la vérité *scientifique*.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. Guersant présente de nouveau une petite fille qu'il a déjà montrée à la Société, et dont la jambe, fracturée à l'âge de seize mois, ne s'est pas consolidée. M. Thierry traita en vain cette fracture à l'aide de sétons placés entre les deux bouts de l'os et laissés en place deux à trois mois. L'enfant a été soumise à un traitement tonique; puis l'on a songé à l'opération de M. Brainard, la perforation de l'os. Trois fois la perforation a été faite dans les fragments supérieur et inférieur; puis le membre a été placé dans un appareil inamovible. Au bout d'un certain temps, on n'a pu constater la moindre consolidation. Plus tard on a introduit entre les fragments des aiguilles froides, puis rougies à blanc; enfin une incision a été pratiquée à la partie antérieure du cal, on a fait saillir les deux bouts des fragments, et on les a coupés, ruginés. Rien n'a été obtenu; la fracture ne s'est pas consolidée. Dans ce cas, on s'est décidé à appliquer un appareil qui soutient les fragments et permet à la petite malade de marcher.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. Richet fait à la Société la communication suivante:

J'ai l'honneur, dit-il, de présenter à la Société un enchondrome d'un volume considérable, et qui offre quelques particularités intéressantes.

Cette tumeur, du volume d'une tête d'adulte, était située dans la région sous-épineuse droite. Le malade la portait depuis plusieurs années, et jusqu'à ces derniers temps n'en avait nullement souffert. Depuis quelques semaines elle s'est ulcérée à son sommet, probablement à cause du volume considérable qu'elle a acquis, et qui a distendu la peau outre mesure; depuis ce moment le malade veut absolument en être débarrassé.

Lorsqu'il entra à l'hôpital, je reconnus, à l'élasticité que présentait la tumeur au toucher, à l'absence de toute sensation de fluctuation, malgré, je ne dirai pas sa mollesse, mais son peu de dureté, à son rapide accroissement sans douleur, au peu de réaction qu'elle avait déterminé localement et dans tout l'organisme, que nous avions affaire à un enchondrome, et non à une tumeur fibreuse ou à un cancer, et je jugeai, à l'impossibilité de la faire mouvoir sans entraîner avec elle l'omoplate, qu'elle avait cet os pour point de départ. Je résolus en conséquence d'en pratiquer l'extirpation.

Malheureusement, le lendemain du jour où j'avais procédé au premier examen, un érysipèle, parti des bords de l'ulcération cutanée, était apparu, et les jours suivants il fit de tels progrès que le malade faillit succomber; puis, pendant qu'il parcourut ses périodes, nous remarquâmes que la tumeur se ramollissait, et qu'une suppuration profonde l'envahissait. Comme chaque jour l'abondance du pus fétide qu'elle sécrétait semblait augmenter, et que le malade allait s'affaiblissant, il devint bientôt évident pour moi que cette inflammation de la tumeur n'aurait d'autre résultat que la mort du malade si on l'abandonnait à elle-même.

L'opération résolue fut pratiquée, et, comme je l'avais prévu, je fus obligé de réséquer l'omoplate au-dessous de l'épine.

Vous voyez la tumeur. Elle a pour noyau et certainement pour point de départ le tissu osseux, puisque l'on trouve encore dans les cellules osseuses de petits noyaux cartilagineux. Tout ce qui avoisine l'os est ramolli et infiltré de pus. Mais la circonférence a conservé le caractère véritable de la tumeur; là sa totalité est composée d'un tissu d'apparence gélatineuse, mais de la consistance du cartilage un peu ramolli. Cette substance est homogène, transparente, traversée par des filaments de tissu fibro-celluleux qui semblent la diviser en autant de lobules ou loges, en sorte que pour en donner une idée aux personnes qui ne verront point la pièce on pourrait dire qu'elle ressemble au corps vitré pour l'aspect.

Cette tumeur s'est énucléée avec facilité, et l'opération, quoique laborieuse, a eu un heureux résultat, car le malade est aujourd'hui dans un état satisfaisant, au dixième jour.

L'examen micrographique, fait par MM. Giraldès, Broca et Verneuil, a démontré que la tumeur était exclusivement formée par de larges cellules et noyaux cartilagineux.

La deuxième pièce que j'ai l'honneur de vous présenter provient d'une malade sur laquelle il m'a été impossible d'avoir des renseignements satisfaisants. Elle entra dans mon service ayant dans le pli de l'aine une tumeur douloureuse, empâtée, présentant quelques-uns des caractères de la hernie crurale étranglée. La malade disait en effet avoir là depuis longtemps une tumeur qui rentrait et sortait alternativement. Elle ne portait point de bandage. Elle vomissait depuis huit jours environ, et depuis vingt-quatre heures ne vomissait plus.

Tels sont les seuls renseignements que nous pûmes recueillir. Les essais de réduction ayant échoué, et le cours des matières n'ayant pu être rétabli, je procédai à l'opération. L'incision de la peau faite, je ne tardai pas à reconnaître, ainsi que je l'avais prévu d'ailleurs, que l'intestin était gangrené. Je procédai cependant avec lenteur, et lorsque j'eus acquis la certitude qu'il était complétement sphacélé, je l'ouvris et en retranchai une portion. Rien ne sortit par l'ouverture. Je procédai alors avec précaution au débridement, et à mon grand étonnement, quoique le doigt pénétrât facilement dans la cavité intestinale, il ne sortit rien. Convaincu que les contractions péristaltiques ramèneraient le cours des matières dans la journée, puisque le tube digestif était libre, je pansai mollement, et j'attendis. Le lendemain la malade n'avait pas été à la garde-robe, malgré le léger purgatif qui avait été administré; elle avait même vomi une fois.

J'explorai alors la plaie. J'attirai de nouveau le plus que je pus l'intestin, et je me décidai à en retrancher une nouvelle portion. C'est alors seulement que nous vîmes couler quelques matières jaunâtres et liquides. Persuadé que la malade allait rendre facilement ses matières, je pansai la plaie mollement comme la veille; et en effet elles coulèrent en abondance pendant plusieurs heures. Cependant la malade succomba dix heures après.

Or voici ce que nous trouvâmes à l'autopsie, et ce que vous pouvez voir sur la pièce que je vous présente. L'intestin hernié est une portion de l'intestin grêle voisine du cœcum. Cette anse intestinale présente sur sa longueur un rétrécissement qui, vu extérieurement, a la grosseur d'un tuyau de plume à écrire et 2 centimètres de longueur. Au-dessus et au-dessous de ce canal rétréci, l'intestin est renflé, surtout ce qui tient au bout supérieur, lequel est rouge et enflammé. Sur chacune de ces portions on voit une ouverture qui permet l'introduction facile du doigt. Quand on essaye de chercher s'il existait une communication entre ces deux portions intestinales par l'intermédiaire du rétrécissement qui les sépare, on constate qu'il reste à peine un canal susceptible d'admettre un stylet de trousse.

La malade avait succombé à une péritonite. Il n'y avait nulle trace d'épanchement de matières dans le péritoine.

Or voici comment j'explique ce qui a eu lieu dans ce cas singulier, qu'il était à coup sûr impossible de prévoir: le premier jour de l'opération, j'avais pénétré dans la portion de l'intestin située au-dessous du rétrécissement, et c'est là ce qui explique pourquoi les matières ne purent s'écouler, et ce n'est que le lendemain, alors que la persistance de l'interruption du cours des matières me fit penser qu'il y avait au-dessus de l'ouverture faite la veille un autre obstacle, que je pénétrai dans la portion de l'intestin située au-dessus du rétrécissement.

Quelle était la cause de ce rétrécissement? Pourquoi cette portion s'était-elle herniée de préférence? Ce sont là deux points importants qu'on peut tenter de résoudre de la manière suivante: la portion herniée avait déjà probablement plusieurs fois subi des accidents analogues à celui qui avait amené la malade à l'hôpital, et à la suite de ces inflammations successives il s'était rétréci, ainsi que cela arrive si fréquemment. Or c'était précisément cette portion qui avait l'habitude de sortir qui avait de nouveau et en dernier lieu fait hernie, car tout le monde sait que presque toujours c'est la même portion d'intestin qui se précipite dans le sac herniaire, et cela en raison de l'allongement plus considérable de la portion de mésentère qui lui donne insertion.

— M. Houel montre une tumeur cancéreuse du sein qui s'est gangrenée.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société: E. Follin.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 2 juin ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur:

Officiers.

MM. Thinus, médecin major du régiment d'artillerie à cheval de la garde impériale;
Bonnet-Masimbert, médecin major, chef de l'hôpital de Nagara;
Quesnoy, médecin major attaché aux ambulances.

Chevaliers.

MM. Tellier, médecin major;
Milliot, médecin aide-major;
Lasnier, chirurgien sous-aide;
Gontier, pharmacien aide-major;
Ditte, pharmacien major.

— La *Revue thérapeutique du Midi* annonce que M. l'inspecteur général Bérard vient de passer quatre jours à Montpellier, et qu'il a entretenu les professeurs de cette Faculté de divers projets conçus par M. le ministre de l'instruction publique. Parmi ces projets, figure celui de rendre stable la position temporaire d'agrégé.

— On ne lira pas sans intérêt le résultat des examens pour le baccalauréat ès sciences qui ont eu lieu dans les diverses Facultés de France pendant la session d'avril 1855:

Facultés.	Candidats qui se sont présentés.	Eliminés aux compositions écrites.	Ajournés après examen oral.	Candidats reconnus aptes.
Besançon.	26	13	»	13
Bordeaux.	41	23	5	13
Caen.	35	14	3	18
Clermont.	12	5	2	5
Dijon.	28	6	6	16
Grenoble.	12	6	1	5
Lille.	31	10	6	15
Lyon.	49	28	4	17
Nancy.	43	16	10	17
Montpellier. . . .	50	24	7	19
Marseille.	36	13	7	16
Paris.	551	260	41	250
Poitiers.	54	23	8	23
Rennes.	88	41	10	37
Strasbourg. . . .	26	7	6	13
Toulouse.	121	54	20	47
Totaux. . . .	1,203	543	136	524

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent:
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. Decq;
A Genève, à la librairie de Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Cours d'hygiène fait à la Faculté de médecine de Paris par M. Louis Fleury, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris.

Mode de publication. — Le *Cours d'hygiène* de M. le docteur Fleury est publié par livraisons de huit feuilles chacune, imprimées en petit texte. Le prix de chaque livraison, contenant la matière d'un fort demi-volume in-8° en caractères ordinaires, est fixé à 2 fr. 25 c. *franco* par la poste.

La huitième livraison vient de paraître; elle traite des Ages, des Tempéraments, de la Constitution, de la Maigreur, de l'Obésité, des Sexes. — Chez Labé, place de l'Ecole-de-Médecine.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 20 JUIN 1855.

Séance de l'Académie de Médecine.

La séance tout entière a été consacrée à la suite de la discussion sur la folie. Cette discussion est très probablement terminée, à moins que quelque scrupule tardif ne pousse à s'inscrire d'ici à la prochaine séance quelques-uns des membres qui se sont tenus jusqu'ici à l'écart. Quant à ceux qui ont pris part à la discussion, il n'est guère présumable qu'aucun d'eux ait à y intervenir de nouveau, car on ne voit pas ce que la question pourrait avoir à y gagner désormais. Après les argumentations si claires, si précises et si complètes de MM. Ferrus et Baillarger, les doctrines aliénistes modernes, un instant ébranlées par l'argumentation incisive et pressante de M. Bousquet, ne peuvent espérer de meilleurs défenseurs.

Les deux discours de MM. Ferrus et Baillarger n'ont laissé rien à désirer à cet égard. Il nous resterait à dire ce que cette discussion, en somme, nous a appris, et ce qu'il faut en conclure. Mais laissons pour aujourd'hui la parole et la place aux deux orateurs que l'Académie a entendus avec tant d'intérêt, et renvoyons notre résumé au prochain numéro.

HOPITAL St-ANDRÉ DE BORDEAUX. — M. E. SOULÉ.

Volumineux anévrisme de l'artère fémorale traité avec succès par la ligature de l'iliaque externe. — Bons effets de la glace appliquée pendant trois jours sur la tumeur comme préparation à l'opération (1).

François Supervielle, âgé de trente-cinq ans, d'un tempérament lymphatique, a eu autrefois la syphilis, pour laquelle il a suivi un traitement mercuriel. Sa constitution est profondément altérée; son facies se rapproche beaucoup de celui des malades qui ont subi l'influence prolongée des miasmes paludéens.

Employé au Verdon à des travaux pénibles, cet homme était obligé de se livrer à de violents efforts. Depuis quelque temps principalement, il était occupé à transporter des pièces de bois volumineuses qu'il soulevait, à l'instar de ses camarades, à l'aide d'un levier qu'il appuyait souvent contre la partie supérieure de la cuisse droite.

Au commencement du mois de septembre dernier, Supervielle ressentit tout à coup en travaillant un engourdissement douloureux dans ce membre. A dater de ce moment sa vigueur ne fut plus la même; le pied s'engorgeait avec facilité, la claudication allait en augmentant. Ce ne fut cependant que vers la fin d'octobre que se manifesta à la partie supérieure de la cuisse une tumeur du volume d'un gros marron, animée de battements.

Un médecin, consulté à cette époque, conseille l'application d'un bandage, que le malade porte pendant quelques jours, mais dont il est obligé de discontinuer l'emploi à cause des douleurs qu'il détermine et du volume croissant de la tumeur.

Enfin son état s'étant beaucoup aggravé pendant le mois de décembre, il se décide à entrer à l'hôpital Saint-André.

On constate alors à la partie supérieure de la cuisse droite une tumeur volumineuse, dont la mensuration donne 25 centimètres transversalement, et 15 de haut en bas, remontant jusqu'aux environs de l'arcade crurale, dont elle est séparée seulement par une distance de 3 centimètres environ. L'œil et la main y perçoivent des pulsations isochrones à celles du pouls, auxquelles vient se joindre un bruit de souffle caractéristique. De plus, le membre est engorgé, et le malade y accuse un engourdissement douloureux. Il semble que les caillots sont peu abondants dans cet anévrisme, car la fluctuation est de la dernière évidence, le mouvement d'expansion très rapproché du doigt.

Le 2 janvier, je cherche à établir sur l'iliaque externe une compression qui n'est tolérée que jusqu'au lendemain.

Le 3, voulant amener un certain degré de coagulation dans la tumeur avant de tenter la ligature, je me décide à appliquer une vessie de glace, avec recommandation expresse d'en continuer l'emploi avec la plus grande exactitude.

Le 4, changement manifeste dans la tumeur, qui est bien moins dure; les battements y sont moins expansifs, le bruit de souffle plus sourd et plus profond. Mais à côté de cette heureuse modification, nous noterons cependant l'existence d'un point rouge au sommet de la tumeur. — J'ajoute une deuxième vessie au-dessous de la première.

Le 5, la rougeur a augmenté, et le malade accuse des douleurs plus vives; les pulsations sont encore plus faibles que la veille; la tumeur plus dure. — On continue la glace.

Le 6, diminution de la rougeur. La tumeur est toujours dure, mais le malade ne peut plus supporter la glace.

Le 7, je procède à la ligature de l'iliaque externe, en présence de M. le Dr Hirigoyen, mon collègue à l'hôpital, de M. le Dr Pessanquer, chef interne, et de plusieurs élèves. Le procédé employé fut celui de Cooper. J'eus le soin de décoller le moins possible le péritoine. Un triple fil ciré fut posé sur l'artère, environ à 4 centimètres au-dessus de l'anneau. Réunion de la plaie à l'aide de bandelettes agglutinatives. Le membre est enveloppé de ouate. Boules d'eau chaude.

La température du membre a fort peu baissé après l'opération. La tumeur, qui offrait une teinte rouge assez prononcée, a subitement pâli, sa dureté a augmenté, et tout bruit anomal y a immédiatement cessé.

Pendant la nuit la fièvre se prononce, le pouls monte jusqu'à 144. On est obligé de supprimer la boule d'eau chaude.

Le 8, rien de changé dans l'état local. Les urines sont faciles, peu abondantes; pouls à 128. La peau est toujours moite, la langue humide.

Dans la soirée, sueurs extrêmement copieuses; flatuosités; évacuations très fréquentes. Quelques cuillerées d'eau de menthe.

Le 9, l'état général est à peu près le même. Le malade sue beaucoup et est couvert d'une éruption. Le pied et la jambe, qui étaient très engorgés lors de l'opération, ont sensiblement diminué; la sensibilité y est beaucoup plus distincte.

Le 10, je procède au premier pansement. La plaie est réunie dans une grande étendue; l'état général est bon; pouls à 100 pulsations.

A dater de ce jour, amélioration rapide. La tumeur diminue chaque jour de consistance, devient fluctuante, sans aucun travail inflammatoire toutefois.

Le 22, chute de la ligature. La plaie est presque totalement cicatrisée.

Le 31, hémorrhagie artérielle abondante par le seul pertuis qui existe au centre de la cicatrice. Elle s'était arrêtée spontanément, lorsque l'interne du service arriva auprès du malade. Il établit néanmoins une compression au-dessous à l'aide d'une pelote de Brayer. Cet épiphénomène enraya pendant plusieurs jours la guérison, en amenant la rupture de la cicatrice et une augmentation notable dans la quantité de la suppuration.

Pendant plusieurs jours, compression exacte à l'aide d'une masse de charpie et de compresses graduées. Depuis lors aucun suintement sanguin n'a eu lieu, et la cicatrisation a repris son cours.

Le 15 avril, le malade, fatigué de son séjour prolongé dans une salle, me demande à sortir, me promettant de revenir sous peu. Son état était le suivant :

Plaie entièrement cicatrisée. La tumeur est bien réduite d'un bon tiers, plus arrondie, beaucoup plus molle; elle n'offre aucun bruit anomal. Le toucher ne développe point de douleur, et la peau qui la recouvre offre sa coloration normale.

Le 12 juin, Supervielle s'est présenté à l'examen des membres de la Société de médecine de Bordeaux. Sa santé s'est beaucoup raffermie, et il peut marcher sans canne. La tumeur a considérablement diminué et acquis beaucoup de dureté. Le succès paraît assuré, et la résorption des caillots marcher avec promptitude. La cicatrice n'est repoussée par aucune hernie. Je crois cependant prudent de conseiller à mon opéré l'usage d'un brayer.

J'ai revu Supervielle il y a quelques jours, la guérison est complète; on sent au lieu occupé par l'anévrisme un noyau fibrineux du volume d'une noix.

Quoique la science possède un certain nombre d'exemples de ligatures de l'iliaque externe, cette opération compte cependant comme une des plus graves dans l'espèce. Telle est la raison qui

(1) Extrait d'un travail sur les anévrismes adressé à la Société de chirurgie de Paris.

SUR LE VERTIGE.

Je dis vrai, non pas tout mon saoul,
mais autant que je l'ose dire.
(*Ess.* de Montaigne, liv. III, ch. ij.)

Au milieu des choses que je comprends peu s'en trouvent deux que je ne comprends pas du tout, savoir : qu'il existe des hommes assez osés pour jouer du violon ou faire de la médecine.

En effet, cet instrument de musique est si difficile à manier qu'il serait difficile à un sourd de l'apprendre; pour le faire, les seuls guides certains sont le goût et l'oreille.

En médecine, outre la science, il faut *nécessairement* le sens commun; le sens commun! abus étrange de mots, locution ironique. Il n'y a rien de plus rare que le sens commun; aussi n'y a-t-il rien de moins commun qu'un véritable homme de l'art.

En commençant les études médicales, il est avéré que l'on ignore dans quel affreux guêpier on va donner; il faut y entrer à l'aventure, les yeux bandés, baissant la tête et se recommandant à Dieu, puisque enfin l'on veut s'y mettre.

Quel terrain glissant! Avec un mot, un seul, moi qui suis le moindre des serviteurs d'Esculape, je vais troubler, remuer, agiter les doctrines médicales jusque dans leurs fondements; ce mot, c'est le *vertige*.

Annuit, et totum nutu tremefecit Olympum.
(VIRGILE.)

Dans l'art de guérir tout est bon, tout est mauvais; c'est une arme à deux tranchants : sublime, si l'on s'en sert avec science, méthode, ordre et sens commun; absurde et dangereuse autrement.

Ce n'est pas la réputation d'un médecin qui prouve ses talents; le plus en clientèle doit être modeste; il n'a pas encore, quoi qu'il fasse, à enregistrer autant de guérisons que le moindre des saints du Perche ou de la Bretagne. Souvent le bonheur de l'homme à la mode n'a pas pour cause ses capacités, au contraire.

Selon l'expression vulgaire, ici il y a plus d'acheteurs que de connaisseurs. Le suffrage public en matière de médecine est triste chose. Pourquoi s'en étonner? N'y a-t-il pas encore des peuples qui adorent des oignons?

Comment étudier en médecine?

Certains hommes n'aiment que les applications pratiques; d'autres aiment les raisonnements.

Le docteur Lavigne, médecin distingué par son savoir, en ce moment dégoûté de la pratique et se livrant aux travaux de l'agriculture aux environs de Bagnères-de-Bigorre, venait chez moi tous les jours alors qu'il était mon voisin. Voici l'un de nos entretiens : — Vous avez reçu les journaux de médecine, que dit-on là-bas? qu'y a-t-il de nouveau? — Une furieuse discussion sur le traitement de la variole et, à cette occasion, sur tout le reste. — Ah! tant mieux, on va donc la guérir, cette affreuse maladie! Si ces messieurs, puisqu'ils sont en train, voulaient bien, chemin faisant, nous donner quelque recette pour guérir aussi la goutte, la coqueluche, le mal de dents et les engelures, cela nous rendrait bien service à nous autres petits médecins, que ces riens arrêtent si souvent.

Je ne partage pas l'opinion badine de mon ami; mais les explications quand même et les longs discours ne me donnent non plus aucune satisfaction.

L'homme *disert* doit mettre tout au profit de son art, et nous allons voir tour à tour les doctrines médicales les plus opposées combattre utilement le vertige dont nous ébaucherons l'histoire dans cette intention.

En médecine vétérinaire, il est considéré comme une maladie, on le divise en essentiel et en symptomatique.

Le vertige essentiel est causé par l'inflammation des centres nerveux ou de leurs enveloppes; le vertige symptomatique, comme son nom l'indique, est le retentissement d'un état maladif de l'estomac ou des intestins.

Sur ce point, et la chose n'est pas une règle, nous sommes, je crois, plus avancés que la médecine vétérinaire; nous considérons le vertige comme une simple expression symptomatique.

Qu'est-ce donc que le vertige?

C'est une sensation particulière qui fait croire aux individus que les objets tournent autour d'eux, ou qu'ils sont entraînés dans un mouvement de rotation. (Raige-Delorme, *Dictionnaire en XXX vol.*)

Sauvages distingue un vertige pléthorique, un vertige stomachique, un vertige hystérique ou nerveux, un vertige mécanique, un vertige par suite de coups, un vertige par empoisonnement et un vertige syphilitique, en tout, sept espèces.

Sans avoir la prétention de décrire toutes les causes qui peuvent donner lieu au vertige, nous en admettrons 21 bien plus grand nombre que ce nosographe.

Vertige par excès : Pléthorique, congestif, phegmasique, spermatique, ovarique, alcoolique.

Vertige par défaut : Syncopal.

Vertige adynamique, divisé en : Anervique, aspermatique, leucorrhéique, asphyxique.

Vertige spécifique : Epileptiforme, syphilitique, scorbutique, miasmatique, cancéreux, dartreux, métallique et toxique, vermineux.

Vertige moral : Religieux, amoureux, colère, mélancolique, gai, triste, ambitieux, orgueilleux.

Vertige spécial : Magnétique, physique.

Voici l'exposé d'une trentaine d'espèces très différentes entre elles; il serait possible d'en rassembler plus encore; celles-ci nous suffiront pour faire voir combien le traitement d'un même symptôme doit varier selon son origine. Nous allons donc démontrer l'utilité alternative des systèmes de médecine, et faire comprendre l'erreur qui fait rejeter l'un

m'a engagé à publier ce nouveau fait, qui offre, ainsi qu'on peut le voir, quelques circonstances particulières.

Les conditions générales du sujet étaient déplorables : constitution profondément altérée par de rudes travaux, la misère et des peines morales; tumeur très volumineuse ayant affecté une marche aiguë, et s'accompagnant de souffrances vives : telles étaient les raisons qui pouvaient faire craindre un insuccès.

Une condition non moins désavantageuse était dans la composition même de la tumeur anévrismale, constituée par fort peu de caillots, ce que démontrait sa mollesse.

Trouvant ici beaucoup d'analogie avec le cas pour lequel Dupuytren fut obligé de pratiquer la ligature de l'iliaque externe, je crus devoir imiter sa conduite. J'essayai d'abord la compression, qui ne fut pas tolérée. La glace lui fut immédiatement substituée, et je n'hésite pas à attribuer à cet agent préparatoire une très large part dans le succès que je viens d'obtenir; il a de toute évidence organisé des caillots, affaibli la circulation dans l'anévrisme et dilaté par contre les collatérales, ce qui nous est prouvé par l'absence de réfrigération du pied après l'opération.

Peut-être convient-il aussi, pour être impartial, de lui attribuer un état inflammatoire dont j'ai parlé. La tumeur rougit, sa température augmenta; mais la ligature fit promptement cesser cette irritation mécanique.

Ce n'est pas du reste, à mon avis, une condition si défavorable pour la ligature qu'un léger degré d'inflammation borné à la tumeur anévrismale, à la condition toutefois d'agir à temps et en l'absence de toute tendance à la rupture. L'inflammation, en effet, par les produits plastiques qu'elle dépose dans nos tissus, peut favoriser la formation des caillots dans la tumeur. La ligature, constituant un antiphlogistique par excellence, fait avorter cette phlegmasie, contre laquelle le chirurgien peut, du reste, employer divers topiques usités en pareil cas.

La ligature de l'iliaque externe, quoique indiquée ici, ne se trouvait pas la seule méthode thérapeutique applicable. C'est ce qu'a prouvé la consultation dont j'ai cru devoir m'entourer avant d'agir.

Comptant peu sur la résolution d'une tumeur aussi vaste après la ligature pratiquée à l'aide de la méthode de Hunter, une partie des consultants conseillait son ouverture et la ligature des deux bouts. D'autres voyaient dans ce cas des conditions favorables pour suivre le conseil donné par M. Pétrequin pour la combinaison de la méthode de Brasdor avec l'injection du perchlorure de fer dans la tumeur anévrismale. Cette seconde conduite me souriait plus que la première; mais je devais agir d'urgence, et notre instrument prêté à un confrère négligent était hors d'état d'agir de service. Force me fut alors de pratiquer la ligature de l'iliaque, malgré l'improbation d'un chirurgien dont l'opinion est cependant d'un grand poids pour moi.

Il convient également de signaler l'étiologie. A diverses époques le malade avait exercé des violences sur le siége de l'anévrisme. C'est dans un violent effort qu'il a été saisi d'un engourdissement douloureux qui s'est propagé à tout le membre. Notons que ce phénomène se retrouve dans la plupart des anévrismes inguinaux qui ont conduit à la ligature de l'iliaque externe, principalement dans ceux observés par Dupuytren, Bouchet, Malgaigne.

Ce fait n'a rien de surprenant lorsqu'on réfléchit que, plus que l'artère poplitée peut-être, l'artère crurale à son sommet est soumise à des extensions brusques et exagérées qui doivent amener son éraillure, principalement si quelque cause organique est venue diminuer la solidité de ses tuniques.

DE L'USAGE DU CHLORHYDRATE DE MORPHINE

dissous dans l'infusion de café contre la céphalalgie.

Il est certaines maladies dont les douleurs ne sont bien comprises que de ceux qui les ont éprouvées, mais qui, par leur persistance, créent au praticien des difficultés sans cesse renouvelées. La céphalalgie est de ce nombre. Pendant plus de vingt années M. Boileau de Castelnau a eu à soigner un client sujet aux atteintes de cette maladie, et chez lequel il a vu échouer tour à tour les moyens prophylactiques et thérapeutiques signalés par les auteurs, ainsi que ceux qu'il avait crus indiqués par les phénomènes de la céphalalgie et les circonstances qui semblaient concourir à leur production.

« Il serait trop long, dit ce médecin, d'énumérer toutes les causes incitatrices des atroces douleurs de cette personne; il serait aussi très difficile d'exposer leur intensité, non moins que de détailler toutes les privations qu'elle s'imposait pour éloigner ses maux.

» Nous n'essayerons pas non plus de dresser le tableau de tous les moyens diététiques et thérapeutiques mis en usage pour prévenir ou amoindrir cette céphalalgie. »

Enfin la pensée vint à l'auteur d'unir le chlorhydrate de morphine à l'infusion bien chaude de café torréfié.

Ces deux moyens antagonistes, qui n'avaient eu qu'une influence temporaire lorsqu'ils étaient employés séparément, eurent le plus heureux succès lorsqu'ils furent mêlés. Leur administration avait lieu de six à huit heures après le dernier repas. Sans cette précaution, il survenait quelques symptômes congestifs, avec tension de l'estomac. Quelques instants après avoir avalé ce mélange de sel de morphine et de café, le malade sentait ses douleurs cesser; il était animé d'une gaieté insolite; son intelligence était plus active, et il se livrait à ses occupations sans le moindre embarras psychique ou somatique. Les accès céphalalgiques devinrent de plus en plus éloignés, furent combattus de la même manière et avec le même succès; enfin ils finirent par disparaître.

Ce résultat a engagé ce médecin à expérimenter cette mixture chez un grand nombre de personnes; elles se sont bien trouvées de son emploi. Toutes éprouvent ce sentiment d'hilarité signalé plus haut; il y a même un peu d'ébriété, mais elle n'est pas suivie de lourdeur céphalique. M. Boileau commence communément par la dose de 1 centigramme pour un adulte; la dose est moindre si le tempérament ou l'âge l'indique. Lorsque le malade s'habitue au remède, on augmente par fraction de centigramme. Il n'a cependant jamais dépassé 2 centigrammes. Le malade revient à l'usage de cette préparation aussi souvent que la céphalalgie se présente. Cette médication nous semble donc le plus souvent ne triompher que de l'accès. Mais triompher du symptôme, c'est enlever toujours quelque chose de l'affection principale.

(*Journ. des conn. méd.-chirurg.*)

DES FEUILLES DE FRAISIER COMME SUCCÉDANÉ DU THÉ.

M. Kletzinsky, à Vienne, rapporte que les feuilles de fraisier des forêts (*fragaria vesca*), recueillies immédiatement après la maturation du fruit, donnent une boisson diététique agréable. On les sèche au soleil ou on les torréfie légèrement sur des plaques chaudes. Dans le premier cas, on obtient une infusion un peu verdâtre, dans le second, un peu brunâtre, d'odeur agréable, de saveur astringente, qui rappelle celle du thé de Chine. La légère torréfaction rend la chlorophylle renfermée dans ces feuilles insoluble dans l'eau, et dissipe en même temps le peu d'odeur herbacée inhérente à la plupart des infusés de feuilles fraîches. Mais il ne faut pas la pousser trop loin, car on volatiliserait l'arome de thé de Chine. L'infusé est plus agréable que le décocté le plus concentré, se mêle au lait à chaud et à froid, sans le coaguler, supporte bien le rhum, et possède la même action diaphorétique et diurétique que le thé de Chine; seulement il est un peu moins excitant, quoiqu'on ne puisse lui nier un léger effet somnifuge. En distillant l'infusum, on obtient, avec l'eau condensée, un arome très agréable, qui appartient sans doute à la classe de la cumarine et de ses huiles éthérées. Le résidu renferme beaucoup de tanin, un peu d'acide citrique et une quantité considérable de matière azotée et de cendres. L'azote ne provient pas seulement des matières protéiques végétales. (*Wiener med. Wochenschrift.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 19 juin 1855. — Présidence de M. Jobert (de Lamballe).

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

Epidémies. — 1° Les rapports de MM. Battaudier et Castel, sur l'épidémie de choléra qui a régné en 1854 dans l'arrondissement de Marennes (Charente-Inférieure);

2° Une série de rapports sur le choléra qui a régné en 1854 dans le département de la Haute-Saône;

3° Un manuscrit de M. le docteur Millon, médecin à Revel (Haute-Garonne), intitulé *Considérations sur le choléra épidémique qui a régné dans cette ville en août et septembre 1854*;

Eaux minérales. — 4° Des rapports de M. le docteur Magnin, médecin inspecteur des eaux minérales de Bourbonne (Haute-Marne), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1853 (commission des eaux minérales);

5° Un rapport de M. Lenfant sur le service médical de Sail-Soucouzan (Loire), pour la même année;

6° Un rapport de M. Camparan sur le service des eaux minérales d'Encausse, pour la même année;

Vaccine. — 7° Les états de vaccinations pratiquées en 1854 dans l'Ariége, la Haute-Garonne et l'île de la Réunion;

8° Diverses recettes de remèdes secrets ou nouveaux;

9° Une note de M. le docteur Alexandre Précy sur trois mois d'exercice de la médecine homœopathique à Paris pendant la dernière épidémie de choléra.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Nouveau sparadrap. — MM. Simonnot et Lazowski (de Montpellier) envoient un mémoire sur le sparadrap considéré sous le point de vue pharmaceutique et chirurgical. (Commissaires : MM. Gerdy, Boullay et Bouchardat.)

Emploi du bain de vapeur dans le choléra. — M. Cazalas, médecin de l'hôpital de l'école militaire à Constantinople, adresse une note sur l'emploi du bain de vapeur dans le traitement du choléra algide. (Commission du choléra de 1854.)

Correspondance. — M. le docteur Montrol, médecin des épidémies à Langres (Haute-Marne), adresse une lettre par laquelle il demande le titre de membre correspondant, et il joint la liste de ses travaux à l'appui de sa demande.

Taille. — M. Heurteloup adresse un exposé d'un procédé à l'aide duquel il convertit la taille par le haut appareil en une plaie simple, en empêchant, pendant la cicatrisation, l'urine de sortir de la vessie.

DISCUSSION.

De la folie au point de vue anatomo-pathologique. — L'ordre du jour appelle la suite de la discussion. La parole est à M. Ferrus.

M. Ferrus. Depuis le premier débat sur le vitalisme jusqu'au discours de mardi dernier, M. Bousquet a modifié sensiblement l'absolu-

---

ou l'autre; nous croyons qu'il faut rendre hommage à chacun d'eux et s'en servir selon son besoin.

Vertige par excès. — 1° Pléthorique, congestif, phegmasique. Les deux premiers sont le prélude du troisième.

C'est à la doctrine de l'irritation qu'il appartient de combattre ces trois symptômes; que l'école de Broussais vienne reconnaître ses ennemis.

2° Vertige spermatique et ovarique.

Les lois sociales ont créé le célibat; certaines professions en font un devoir, et hors de là même, nos mœurs exigent des personnes non engagées dans les liens du mariage qu'elles suivent les lois d'une continence absolue; elles doivent se consumer au feu de la concupiscence.

Nous avons vu des religieux être pris de vertige; nous avons pu observer des jeunes filles éprouvant des étourdissements qui ne reconnaissaient pas d'autre cause. Cela doit être; « puisque les dieux, dit Platon, nous ont fourni d'un membre inobédient et tyrannique qui, comme un animal furieux, entreprend de tout soumettre par la violence de son appétit. De même aux femmes le leur, comme un être glouton et avide auquel, si on refuse aliment en sa saison, forcène; impatient de délai, et soufflant la rage en leur corps, cause mille sortes de maux, jusqu'à ce qu'ayant humé le fruit de la soif commune, il se soit largement satisfait. »

Diabolis virtus in lumbis est, dit saint Jérôme.

Je ne sais si les exploits des héros surpassent la résolution d'un jeune homme ou d'une belle femme nourris à notre façon au milieu du monde et se maintenant vertueux. Il n'y a pas de pareil combat; c'est le plus ardu des humains devoirs.

Pour reconnaître ce vertige, il faut interroger le regard, il faut être perspicace, il faut du sens commun.

Pour le combattre, il y a deux moyens : le premier, et peut-être le seul, c'est l'homœopathie. Hahnemann, venez opposer à ce mal un remède de même nature, ce sera sans doute votre triomphe, car l'incontinence combattra la continence comme le feu éteint l'incendie.

Sauvages, dans sa thèse sur l'amour, se demande si l'on peut guérir cette passion par le moyen des simples, et il conclut, dit-on, par l'affirmative. Cela est d'autant plus surprenant qu'il avait alors vingt ans; et plus tard, dans sa classification des vertiges, il ne parle pas du vertige amoureux.

On pourrait croire, je pense, que ce grand médecin était peu disposé à l'amour.

Le second moyen pour combattre l'excès de santé sexuelle serait le jeûne, les macérations et les privations de toute sorte.

Vertige alcoolique. — Voyez cet homme titubant, il s'avance avec peine, il trébuche à chaque pas; son visage exprime la stupeur; ses yeux sont voilés, sa bouche béante; il fixe et ne voit pas.

Ses sphincters sont relâchés; éloignons-nous, il est ivre. Tout tourne autour de lui, et il tourne avec tout. Cet être, couvert de crapule, n'appartient plus à la médecine; il faut l'abandonner; nous ne pouvons rien contre son abrutissement. Passons à des individus aussi malheureux, mais plus intéressants; il ne fait plus partie de l'humanité.

Vertiges par défaut. — 1° Syncopal. Les auteurs classiques reconnaissent que souvent la syncope est précédée de vertige. Pour lors, c'est l'action du cœur qui en est la cause. Cet état des battements peut être ou moral ou physique. On sait que toutes les émotions vives peuvent y donner lieu. Quant à la modification physique, on l'observe à la suite d'un changement de conformation du cœur ou de l'une de ses parties.

Dès longtemps la percussion et l'auscultation ont permis d'étudier ces causes quant aux ventricules; il paraît que l'on peut aujourd'hui constater les changements de volume et de forme des oreillettes au moyen de la percussion. Honneur à la plessimétrie, gloire à l'homme qui poursuit ce genre de recherches avec ardeur et conviction! M. le professeur Piorry est placé bien au-dessus de mes éloges, mais cela ne m'empêchera pas de lui rendre hommage, parce que j'éprouve le besoin d'honorer ce qui est honorable.

Puisse venir un temps où la science sera assez avancée pour guider l'art dans le traitement de ces affections encore aujourd'hui à peu près incurables!

Vertige adynamique. — 2° Le vertige adynamique suit, comme son nom l'indique, les grandes pertes de sang (anémique), de sperme (aspermatique), de fleurs blanches (leucorrhéique), ou de tout autre liquide de l'économie; il peut aussi arriver à la suite de l'épuisement moral (anervique).

Il est accompagné de douleurs du dos, de l'épigastre, de la tête, de la titubation, du trouble des idées, de la frayeur, du découragement, des pleurs involontaires, des pressentiments funestes, de la tendance aux lipothimies, etc.

C'est à vous, illustre Brown, qu'il appartient de porter remède à ces maux. Administrez vos stimulants, vos astringents et vos toniques à ces sujets débiles. Mais rappelez-vous que le vertige anervique peut être causé par les passions, et ayez présent à la mémoire l'exemple de Erasistrate, qui surprit le secret du cœur d'un jeune prince miné par les secrètes ardeurs de son amour pour sa belle-mère.

Vertiges asphyxique, métallique, toxique. — L'asphyxie, l'empoisonnement par le cuivre, le mercure, l'arsenic, etc., donnent lieu à des vertiges particuliers.

Il en est de même des poisons végétaux, qui produisent chacun leur espèce de vertige; il suffit d'ouvrir le *Traité de thérapeutique* de MM. Trousseau et Pidoux pour s'en convaincre.

Ici ce seront les chimistes qui viendront opposer la puissance de leurs réactifs à ces effets vertigineux.

Vertiges spécifiques. — M. le professeur Trousseau vient de faire des leçons sur le vertige épileptique; il a peint les différentes variétés de ce vertige, depuis le plus léger jusqu'au plus ténébreux, avec la vérité et le talent qui lui sont propres; il a démontré comment la perte de

tisme de ses principes. L'aliénation n'est plus aussi complétement pour lui cette idéale maladie qu'un mot quelquefois pouvait guérir. Il ne la sépare plus si nettement de toute nécessité localisatrice. Le philosophe tend à redevenir médecin, bien qu'il se laisse aller à quelque confusion relativement aux espèces mentales.

Cabanis et Georget sont mis en cause par M. Bousquet. Le premier pour sa phrase tristement célèbre : « Le cerveau fait organiquement la » sécrétion de la pensée » ; phrase qu'il aurait démentie postérieurement dans sa lettre sur les causes premières ; le second par une conversion *in extremis*, où il aurait rétracté ses doctrines scientifiques et déposé sa conviction véritable.

Disons, quant à Cabanis, qu'on se ferait vainement une arme contre l'organicisme d'une définition à laquelle personne n'adhère. Cabanis ne pouvait être suivi dans la voie capricieuse où il s'était engagé, parce qu'il avait adopté une formule révoltante et fausse.

Quant aux opinions philosophiquement médicales de Georget et aux transformations qu'elles ont pu subir, j'en puis parler pertinemment. Si Georget rétracta les tendances de sa doctrine, ce fut dans la faiblesse de la maladie et par des scrupules exagérés, car le savant, le penseur, le médecin, l'homme n'avaient en réalité rien à démentir.

Mais laissons les personnes, et passons aux choses.

Le cerveau ne peut pas penser, dit M. Bousquet, et il affirme de nouveau l'indépendance et l'irréductibilité du principe intellectuel. Ce serait le cas peut-être de lui répondre avec Locke (si Dieu l'eût voulu) : « Pourquoi la matière ne penserait-elle pas? » Mais notre savant collègue nous épargne ce soin, car, par une conversion soudaine, après avoir proclamé l'indépendance de la pensée, il reconnaît, quelques paragraphes plus loin, la dépendance des deux substances, le rapport du moral et du physique. Conçoit-on le moral sans l'intelligence et la pensée? Non sans doute. Il y a donc ici désaccord flagrant dans l'opinion de M. Bousquet. Ceci montre jusqu'à l'évidence combien la séparation conventionnelle de ce qui est réellement et pratiquement indissoluble a d'écueils cachés pour qui s'y livre, et d'inévitables contradictions.

Est-il nécessaire encore de le constater? Tous les arguments contenus dans les trois communications de M. Bousquet n'ont au fond qu'un but : celui de prouver que si l'aliénation est une maladie, c'est une maladie psychique, une maladie sans matière, et, partant de cette donnée, d'établir que la médecine a été, est et sera constamment impuissante à la guérir, si ce n'est, en certains cas, par l'action de moyens purement moraux.

En vérité, on peut s'étonner de voir de semblables idées reproduites dans cette enceinte, où elles ont été déjà discutées, appréciées et jugées en 1841.

Dès cette époque, la théorie qui tendait à faire croire à la guérison de l'aliénation par un mot ou par un souffle était venue faire naufrage dans cette enceinte. Il ne resta rien de ce mirage, car nos arguments et les faits dont ils s'appuyaient demeurèrent sans contestation. Pourtant sous la cendre de cette discussion, on a réussi, de nos jours, à rallumer, par le moyen des mêmes arguments, les mêmes controverses.

« Il s'agit de savoir, dit M. Bousquet, où réside la folie dans l'organisme. » Est-elle dans le cerveau tout entière, rien que dans le cerveau ? » Et faisant la part large aux folies sympathiques, il s'efforce d'éloigner l'idée de toute localisation dans l'encéphale, soit directe, soit primitive, des troubles des facultés intellectuelles et morales. Que fait ainsi M. Bousquet, sinon détruire, d'une part, l'assertion que tout son travail tend à établir, savoir: que l'aliénation est une *maladie sans matière;* et, d'autre part, mettre à néant la prétention de la guérir par l'emploi exclusif du traitement moral? En effet, qu'est-ce que l'influence sympathique d'un organe sur un autre? Cette réaction s'opère-t-elle au moyen de l'esprit et par le seul pouvoir d'une idée, ou bien par un acte organique dont la matière ne peut être exclue?

Plus loin, M. Bousquet, par une pente involontaire, donnera également des armes contre sa thèse, en accordant à l'hérédité une très grande place dans la pathogénie de l'aliénation.

S'en prenant de nouveau à l'anatomie pathologique des maladies mentales, M. Bousquet ne lui concède qu'une valeur séméiologique. « Il n'y a, remarque-t-il, qu'une espèce d'aliénation qui laisserait après elle une lésion constante : c'est la paralysie avec aliénation. » Et suivant lui ce n'est pas de la folie. Je dirai comme lui : ce n'est pas de la folie, c'est de la démence. Mais la démence, dans les neuf dixièmes des cas, n'est qu'une suite de la folie qui a parcouru toutes ses périodes et débuté sans la moindre paralysie. En quelques circonstances, à la vérité, la démence survient d'emblée, et laisse les mêmes altérations après elle. Mais ceci prouve seulement que la désorganisation des couches superficielles du cerveau et l'altération des méninges ont été plus rapides, provoquées par une invasion plus brusque et plus profonde, sous l'incitation de causes plus longuement préparées.

Dans l'un et l'autre cas, le délire ne se place pas entre l'inflammation et la paralysie ; l'état inflammatoire étant loin de s'établir assez franchement pour constituer ce qu'on appelle la frénésie des auteurs, l'arachnitis aiguë, celle qui s'associe au délire fébrile.

On est ici en présence d'une méningite de nature spécifique, dont la marche est analogue à celle qui s'observe dans le ramollissement non aigu de la substance cérébrale, à laquelle elle se lie ou s'étend presque toujours.

M. Bousquet admet avec raison (mais seulement dans ce cas) que le délire est le symptôme de l'altération ; nous pensons, nous, qu'il en est toujours ainsi. Quoi qu'il en soit, il marche concurremment avec l'altération locale, et, à mesure que cette altération progresse et envahit la substance du cerveau, le délire s'aggrave et se complique de paralysie.

L'aliénation sans paralysie, a remarqué en outre M. Bousquet, est de beaucoup la plus nombreuse. Elle comprend les maniaques, les monomaniaques et une partie des déments.

C'est là une double erreur.

Premièrement les maniaques et les monomaniaques forment aujourd'hui la minorité dans nos asiles. Les déments en sont la majorité, et presque tous sont paralytiques.

Quant à la prétendue rareté des lésions anatomiques dans l'aliénation en général, je déclare n'avoir jamais ouvert à la Salpêtrière ou à Bicêtre le crâne d'aliénés, idiots ou maniaques sans y trouver, bien qu'à des degrés divers, une partie des altérations décrites par MM. Bayle et Calmeil, comme inhérentes à la démence.

M. Bousquet nous blâme, enfin, de rester en contemplation devant les progrès de l'anatomie pathologique, tandis qu'elle ne nous dévoile, dit-il, que les impuissances de l'art.

Et d'abord M. Bousquet nous permettra de penser qu'il ne saurait advenir jamais que des indications révélatrices du siége et de la nature des maladies puissent, sous quelque forme et à quelque titre que ce soit, nuire à la science, et qu'il faille préférer en ces matières l'illusion aux connaissances positives ; il nous permettra de penser que ces connaissances positives éclairent la thérapeutique, et qu'au lieu d'abaisser l'art de guérir elles l'affermissent et l'élèvent, puisqu'elles motivent ses déterminations pratiques au lieu de le maintenir flottant dans la fantaisie des hypothèses et des idées préconçues. M. Bousquet ne s'étonnera pas, enfin, du prix que nous attachons à découvrir ces lésions sur le cadavre s'il veut bien songer que l'étude de la mort nous apprend ici à soigner et à sauvegarder la vie.

Il nous reste quelque chose à dire encore et de la manière dont M. Bousquet entend les classifications mentales et de la prétendue pauvreté de la thérapeutique. Tout en déclarant nos classifications arbitraires et fautives, M. Bousquet félicite à bon droit Esquirol d'avoir nettement séparé l'idiotie et la démence. L'idiot n'a rien acquis, le dément a tout perdu. Cette définition, de l'aveu commun, est irréprochable. Mais, je le demande, comment, après avoir relevé jusqu'à l'exagération peut-être le vague des dénominations admises dans la science, M. Bousquet tombe-t-il lui-même dans la confusion qu'il reproche aux aliénistes ? Comment, après avoir si justement présenté l'idiotie comme une oblitération native de l'intelligence, se laisse-t-il aller, à propos des transformations que peut subir la folie, à déclarer que, « dans ce » que nous appelons l'aliénation paralytique, les malades, d'abord » monomaniaques, deviennent maniaques, puis déments, puis enfin » idiots ! »

Je n'insiste pas. En somme, M. Bousquet a raison de penser qu'il serait désirable qu'on pût user en aliénation mentale d'un langage précis et rigoureux. Mais n'est-il pas rationnel de remarquer en même temps que tant qu'une science n'est pas finie, il ne saurait exister de dénominations invariables ? On sait les formes, ce qui est beaucoup ; l'interprétation seule diffère, ce qui se conçoit et prouve seulement l'assiduité des études et des travaux.

Si nous voulons nous entendre, n'employons plus indistinctement, à l'exemple de notre collègue, le mot folie pour exprimer tantôt le délire maniaque, tantôt l'aliénation elle-même ; reconnaissons, une bonne fois, ce que doivent être dans l'expression, ce que sont dans la pensée les mots idiots, maniaques, stupides, déments, qui sont la base de toutes les classifications aujourd'hui adoptées.

Soyons plus équitablement sévères aussi dans nos assertions. M. Bousquet accuse la thérapeutique générale d'abaissement et de pauvreté. Bien des voix ici auraient plus d'autorité que la mienne pour relever l'accusation. Je resterai sur le terrain de la discussion ; je m'en tiendrai à la thérapeutique mentale, et je dirai à M. Bousquet : C'est du jour où la thérapeutique de l'aliénation a conquis son indépendance d'application, son libre essor ; du jour où elle a cessé d'être tributaire des croyances idéalistes et théologiques ; du jour où un prélat illustre, persuadé par nos raisons, a reconnu que la folie ne pouvait être éclairée que par la médecine et la raison ; du jour, enfin, où la médecine elle-même a pu dire : « L'aliénation est une maladie comme les autres », qu'un nouvel ordre de choses est né pour les aliénés et que de féconds résultats se sont accomplis.

En effet, ces idées et ces faits ont pénétré dans le domaine administratif, législatif et judiciaire. L'administration a ouvert de nombreux asiles ; la loi a tracé des règles basées sur cette conviction, et la magistrature a fait à l'expertise médicale une part légitimement prudente.

Ce n'est pas seulement la simple raison, la déduction rigoureuse, l'observation et la révélation clinique qui portent à considérer l'aliéné comme un malade et à le soumettre à l'action des moyens médicaux proprement dits ; c'est la statistique encore qui par ses démonstrations en crée à la médecine le devoir.

Outre une question de vérité scientifique, il y a donc quelque chose de plus dans la discussion qui s'agite ; ce quelque chose, le voici. On menace les progrès réalisés, les règles établies en exhumant aujourd'hui le mirage d'une médecine idéaliste et d'un traitement purement moral. S'il était admis, s'il était seulement supposable que l'aliénation mentale fût une affection de l'âme, est-ce que le zèle religieux, reprenant une tâche qu'il a si difficilement abandonnée, ne s'en autoriserait pas pour contester notre compétence et lui vouloir substituer la sienne? Est-ce que l'administration hospitalière, qui dénie déjà à la médecine le droit devenu si profitable de cumuler dans le service des aliénés les fonctions administratives et médicales, n'aurait pas logiquement alors le droit d'affirmer qu'une tutelle administrative et des soins hygiéniques généraux suffisent à l'insensé et couvrent suffisamment la responsabilité sociale? Est-ce qu'en agissant ainsi, vous ne verriez pas tomber pièce à pièce, sous le péril de cette théorie, une législation protectrice devenue pour les autres Etats un modèle, et qui constitue une des plus belles conquêtes modernes de la raison et de la charité?

Je me résume. Soit comme erreur scientifique, soit comme résultat possible d'application, il fallait repousser une idée qui menaçait tout à la fois et le sort futur des aliénés et l'existence de la législation qui les protége, introduisait partout où l'on s'occupe d'aliénation, comme on vient de le faire dans cette enceinte, les discussions métaphysiques et philosophiques avec leurs insolubles dilemmes et leurs impénétrables obscurités, préparait de nouvelles luttes et remettait en question des solutions scientifiquement et légalement consacrées.

M. BAILLARGER. Parmi les questions assez nombreuses qu'a soulevées le rapport de M. Bousquet, il en est deux qui me paraissent avoir un intérêt plus spécial et j'ajouterai plus actuel en ce sens qu'elles sont pour ainsi dire à l'ordre du jour parmi les médecins aliénistes, je veux parler de la classification des différents genres de folie et de la physiologie du délire. Ces deux questions sont déjà assez vastes par elles-mêmes, et ce sont les seules sur lesquelles je reviendrai aujourd'hui en répondant aux nouveaux arguments de M. Bousquet.

Je commencerai par ce qui a trait à la classification.

Dans ma première argumentation, j'ai parlé des divisions établies

---

connaissance la plus courte, le vertige le plus passager étaient aussi bien de l'épilepsie que la plus violente attaque de haut mal ; je n'ajoute rien à ces descriptions, je les admire.

Cependant on a vu que la thérapeutique du *morbus sacer* était à peu près empirique ; arrêtons-nous sur ce mot, auquel on jette toutes les mauvaises pierres de la médecine, sans doute le plus souvent sans en connaître la valeur ; on se suit, on se répète à peu près tous sans réflexion, sans critique, comme les moutons de Panurge, dit-on, qui justement aussi n'étaient pas les siens.

Qu'est-ce donc que l'empirisme ? C'est une doctrine médicale qui a eu pour but de combattre les verbiages dogmatiques.

A tous les raisonnements fondés sur les théories, les empiriques proposaient de substituer les résultats de l'expérience ; *connaître la maladie, connaître le remède était leur but ;* pour connaître la maladie, ils employaient l'autopsie et l'histoire ; ils avaient des descriptions naturelles des espèces morbides, et les combattaient au moyen des remèdes spécifiques ou autres consacrés par l'expérience.

Pourquoi donc insulter à cette secte ? Pourquoi déverser l'injure sur l'empirisme? M. le professeur Trousseau, mon maître, dont le *sens commun* sait si bien tirer parti de tout pour guérir, est empirique au besoin ; car quel rapport y a-t-il, quant au raisonnement, entre le vertige épileptique... et la belladone?

Que font donc les phraseurs, les raisonneurs, les *vaticinateurs* en opposant le mercure au vertige syphilitique et en détruisant cette exostose qui comprime et endolorit le cerveau? De l'empirisme? Qu'est-ce qu'anéantir ce vertige *pernicieux* avec la quinine? De l'empirisme.

Et combattre la douleur avec de l'opium ! Quel rapport, quelle ressemblance ou quelle dissemblance y a-t-il entre le symptôme douleur et ce que l'on nomme opium, belladone, datura stramonium, etc. ?

Si quelqu'un contredisait ceci, je lui demanderais de vouloir bien me dire l'histoire de la querelle du soufre et des dartres, et d'où vient qu'ils se sont voué une haine à mort, car je ne vois pas la cause de cette antipathie ?

La vérité est que nous sommes tous empiriques ; et c'est là le beau de notre affaire ; ôtez-moi le mercure, l'iode, l'opium, le soufre, la quinine et les autres moyens empiriques, et je reste à peu près impuissant.

Ces vérités élémentaires ne peuvent être dites que par un médecin de campagne, par un homme qui prend tous les jours la nature sur le fait ; elle est simple, la nature, dans ce qu'elle veut bien nous laisser voir, mais quand elle se cache les plus fins n'y voient goutte.

Ne médisons point de l'empirisme, car faire de l'empirisme *c'est mettre la raison à la place du raisonnement.*

Le cultivateur qui jette ses graines en terre,

L'artiste qui mélange ses couleurs,

L'artisan dans les procédés qu'il emploie pendant son travail,

Tous sont empiriques. Il n'est donné qu'à Dieu seul de connaître les causes. Otez l'expérience à l'homme, il sait peu de chose ; il ne sera bientôt plus capable de rien. Sérapion, Philinus, fondateur de l'empirisme, venez combattre les vertiges épileptique, syphilitique, dartreux, vermineux et miasmatique ; relevez-vous du mépris déversé si injustement sur vous.

Vertige cancéreux. — Il est simple de se figurer une tumeur de la nature du cancer comprimant les centres nerveux et donnant lieu au vertige.

Ici, c'est aux anatomo-pathologistes et aux micrographes qu'il appartiendra de venir constater après la mort la nature de la cause. Honneur à leurs recherches et à leurs savants travaux.

VERTIGES MORAUX. — *Vertige religieux.* — Voyez cet homme aux traits amaigris, au corps mutilé par la discipline ; les privations et la prière l'ont dépouillé de sa gangue terrestre, *sanguis frenat nervos*, et il n'a plus de sang, il tombe en de longues extases ; il voit Dieu, il l'entend ; son bonheur est infini, et cette béatitude ne cesse que par une perte de connaissance précédée d'un accès de vertige religieux.

« Cette âme, débarrassée de la matière, s'ébat en liberté et va revoir » sa patrie, qui est le ciel ; là elle reçoit la participation de sa divine » origine en contemplant la sphère infinie dont le centre est en chaque » lieu de l'univers, et la circonférence nulle part. » (PASCAL.)

Vertige amoureux. — Il est le résultat de la tendresse qui attire l'un vers l'autre deux êtres de sexe différent lorsqu'elle va jusqu'au délire ; *l'amour leur fait tourner la tête*, expression vulgaire qui désigne l'amour le plus vif. Ce ne sont plus les efforts matériels de la nature voulant satisfaire un acte brutal pour contenter un besoin physique, c'est le plus doux des sentiments uni à la plus violente passion qui produisent le vertige amoureux.

Leander, d'Abide, en Asie, traversant le détroit de l'Hellespont à la nage pour aller voir sa mie Héro, de Seste, en Europe, priait Neptune et tous les dieux marins de n'être noyé qu'au retour.

La colère, la haine, l'avarice, l'ambition, l'orgueil, la gaieté, la tristesse peuvent donner le vertige.

Les danseurs indiens, turcs, etc., finissent leurs exercices par un tournoiement furieux qui cesse seulement alors qu'ils sont entièrement épuisés et qu'ils roulent à terre.

Je craindrais d'abuser de mes bienveillants lecteurs en décrivant le vertige physique (celui que l'on éprouve sur un point étroit et très élevé) et quelques autres encore.

Quant au vertige magnétique, comme Sancho, je ne sais rien ; je reviens de mes vignes. (M. CERVANTES, *Don Quichotte.*)

J'ai essayé de démontrer, dans ce feuilleton incomplet, que tous les systèmes pouvaient avoir et avaient en effet leur valeur. Imitons l'abeille, volons de fleur en fleur ; ne rejetons rien, nos ressources sont minces ; acceptons les offrandes, et honorons les hommes qui cherchent à nous enrichir par leurs travaux.

Pour moi, je voudrais voir la médecine représentée par cette allégorie :

Le travail, guidé par le génie, illuminant la science et l'art ; puis le bon sens pratique suivi du succès et de la reconnaissance.

Amédée JOUX.

entre les maladies mentales considérées d'une manière générale; j'ai dit les progrès que la science avait faits sous ce rapport depuis quarante ans; je n'ai plus par conséquent à y revenir, et je me limiterai, comme l'a fait d'ailleurs M. Bousquet, à ce qui a trait à la folie proprement dite.

Existe-t-il pour les névroses intellectuelles, comme pour les névroses convulsives, plusieurs types différents? Combien en existe-t-il?

M. Bousquet, en s'occupant de ces questions, croit avoir constaté des dissidences très graves entre les médecins aliénistes, et il s'est surtout appliqué à les faire ressortir. Dans son rapport, notre savant collègue avait dit que les médecins aliénistes n'étaient à l'aise que dans les livres; aujourd'hui, je le vois à regret, il ne veut pas leur laisser cette faible consolation, et il s'attache à leur prouver qu'ils ne sont pas même d'accord sur le papier; il va plus loin, et conclut que les mêmes dissidences se retrouvent au lit du malade; enfin, il arrive à cette conclusion que les types adoptés jusqu'à présent sont sans fondement dans la nature.

C'est là, messieurs, à mon avis, une hérésie contre laquelle on ne saurait trop protester. Je m'empresse d'ajouter que M. Bousquet n'a pas cru devoir prendre seul la responsabilité d'une pareille opinion; il s'appuie sur l'autorité de deux médecins aliénistes assurément très compétents, MM. Falret et Moreau; puis, se retirant de la lutte, il ajoute qu'il n'a pas à se prononcer entre Hippocrate et Gallien.

Me voilà donc, messieurs, mis en présence de M. Falret et de M. Moreau. J'accepte la position qui m'est faite, et je vais successivement examiner les doctrines de ces deux honorables confrères au point de vue de la classification des différents genres de folie.

Cependant je demande la permission de rectifier d'abord une erreur commise par M. Bousquet. Pinel, on le sait, n'admettait que deux types: la manie, ou délire général; la mélancolie, ou délire partiel. Aujourd'hui nous n'aurions non plus que deux types: la manie et la monomanie. Nous en sommes donc, dit M. Bousquet, en fait de classification, précisément au point où en était la science lorsque Pinel publia son *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*. Il n'y aurait en effet qu'un mot de changé.

Notre collègue a oublié ici qu'Esquirol a divisé les délires partiels en deux types tout à fait différents, et qui constituent deux maladies distinctes. Il en a indiqué les caractères différentiels, et ces caractères sont à son avis des plus tranchés. Il ajoute qu'il est impossible de confondre ces deux états pathologiques si l'on veut apporter quelque précision dans le langage médical. Esquirol a donc admis trois grands types, qu'il a désignés sous la dénomination de manie, de monomanie et de lypémanie. C'est ce dernier type que notre collègue M. Bousquet a oublié de mentionner. J'ajouterai que la division d'Esquirol a été adoptée par presque tous les médecins aliénistes. Ceci établi, j'arrive à la discussion des doctrines de MM. Falret et Moreau.

Examinons d'abord les idées de M. Falret.

D'après M. Bousquet, M. Falret trouverait que c'est trop de la manie et de la monomanie; il déclare que la monomanie n'existe pas dans la nature: elle n'est que dans la tête des aliénistes et dans leurs livres.

La conséquence de cette opinion, c'est que M. Falret n'admettrait plus qu'un seul type: la manie; ce qui, messieurs, je m'empresse de le dire, est tout à fait inexact. L'amitié est quelquefois compromettante, et je demande la permission de rétablir les opinions de M. Falret dans toute leur vérité.

Cet honorable confrère a adopté et conservé religieusement la classification d'Esquirol, qui a été son maître; il reconnaît, comme lui, trois types principaux. Pour ne point laisser de doute à cet égard dans l'esprit de M. Bousquet, et pour lui éviter toute recherche, j'indiquerai successivement, par des citations textuelles, les caractères assignés par M. Falret à chacun des trois types.

Le premier qui se présente, c'est l'*aliénation générale*:

« Les maniaques, dit M. Falret, constituent un groupe tout à fait » distinct. En désaccord plus ou moins complet avec eux-mêmes, ils le » sont avec la nature entière; ils méconnaissent leur passé comme leur » présent, et n'ont aucun souci, aucune prévoyance de l'avenir. Penchants, sentiments, intelligence, volonté, toutes les facultés bouleversées présentent l'image du chaos. »

Tels sont les caractères principaux du premier type.

Le second type, c'est l'aliénation *partielle*, beaucoup plus fréquente que l'aliénation générale. Elle présente à l'observation, dit M. Falret, des caractères bien différents. « La possibilité de raisonner juste sur » un grand nombre de points donne aux aliénés qui en sont atteints » des apparences de calme et de raison qui contrastent singulièrement » avec l'agitation et le désordre général des maniaques. »

Cette apparence de calme et de raison étonne toujours beaucoup les gens du monde, qui, comme on le sait, se figurent la folie avec les caractères de la manie.

On raconte que Pinel, faisant visiter la division des aliénées de la Salpêtrière à une dame, avait déjà parcouru avec elle plusieurs salles remplies de malades, lorsque cette dame, s'arrêtant, demanda à l'illustre médecin où étaient les folles, et si elle ne pourrait bientôt les voir. Elle entendait par là les malades agitées, qu'on lui montra quelques instants après.

Elle dut sans nul doute quitter la Salpêtrière bien convaincue qu'il y a parmi les aliénés au moins deux groupes parfaitement distincts.

La visite d'un asile doit suffire, à notre avis, pour faire cesser toute discussion à cet égard.

Je reviens aux opinions de M. Falret. Comme Esquirol, il a divisé l'aliénation partielle en deux types qui n'ont pas seulement des caractères différents, mais même des caractères opposés.

Le premier de ces deux types, c'est l'*aliénation partielle dépressive*. « Comme son nom l'indique, dit M. Falret, elle a pour fond et pour » caractère principal l'affaissement, la lenteur, la prostration de toutes » les facultés....... L'intelligence est déprimée, affaissée, comme la » sensibilité, la volonté; il y a rareté dans la production des idées, le » cours en est ralenti et le cercle en est rétréci ...... Physionomie con- » centrée, anxieuse, plus tard exprimant l'hébétude et la stupidité, etc.»

Le troisième et dernier type, c'est l'*aliénation partielle expansive*. « Le fond de cette maladie, dit M. Falret, réside dans l'exaltation de » toutes les facultés....... L'intelligence est avivée et surexcitée comme » les sentiments et la volonté; il y a rapidité, richesse et même quelquefois fécondité d'idées. »

Comme vous le voyez, messieurs, les caractères de ces deux derniers types ne sont pas seulement différents, ils sont opposés; et rien ne prouve mieux la nécessité de séparer ces deux états pathologiques que le contraste des tableaux que je viens de rappeler. Esquirol a donc sous ce rapport réalisé un grand progrès, et on ne peut que féliciter M. Falret de l'avoir conservé.

En résumé, M. Falret, comme vous le voyez, admet trois types: l'*aliénation générale*, l'*aliénation partielle dépressive*, et enfin l'*aliénation partielle expansive*.

Ces trois types sont les mêmes que ceux qu'avait admis Esquirol sous les dénominations de manie, monomanie et lypémanie. On peut donc conclure, avec M. le docteur Renaudin, que M. Falret s'est rattaché à la classification d'Esquirol, « dont il a seulement changé la nomenclature. »

C'est donc en vain que je cherche le désaccord signalé par M. Bousquet, qui évidemment avait présenté les opinions de M. Falret d'une manière inexacte.

Les faits ainsi rétablis, je dois dire qu'il se présente une grande difficulté. J'ai dit qu'Esquirol et M. Falret avaient tous les deux admis trois types. Or si M. Falret en nie un, il semble qu'il a dû en créer un autre; mais rien de semblable n'a eu lieu, car ni M. Falret, ni M. Bousquet n'en ont rien dit. Ce n'est donc pas là qu'est la solution de la difficulté; elle se trouve, je crois, dans un passage d'un ouvrage remarquable, ouvrage dont j'ai déjà cité l'auteur: « L'illustre médecin » de la Salpêtrière, dit M. Renaudin en parlant de M. Falret, tout en » rejetant la monomanie comme une erreur *grammaticale*, l'admet » comme une réalité médicale sous le nom d'*aliénation partielle* » *expansive.* »

Ces deux expressions, en effet, sont souvent employées comme synonymes; il n'y aurait donc, d'après M. Renaudin, qu'une différence de mots et qu'une question de grammaire.

Ce qui prouve encore que la monomanie et le délire partiel expansif ne sont qu'une seule et même chose sous des noms différents, c'est que ni M. Bousquet, ni M. Falret n'ont parlé du diagnostic différentiel de ces deux états. C'est là, en effet, qu'est la véritable question. Cela nous paraît si évident que le silence ne peut être ici qu'un aveu d'impuissance.

Cependant M. Renaudin a peut-être été trop loin en ne signalant qu'une différence de mots entre Esquirol et M. Falret.

Il y a, en effet, des idées différentes quant à la rigoureuse limitation du délire. C'est une objection sur laquelle Cullen a déjà beaucoup insisté, et qui plus tard a été reproduite par M. Foville, auquel Esquirol a déjà répondu dans son ouvrage.

J'ai essayé dans un mémoire publié il y a déjà près de dix ans de démontrer que les monomanies pures sont peut-être plus fréquentes qu'on ne le pense. Mais, quand bien même il en serait autrement, cela, à mon avis, ne suffirait pas pour détruire le type si vrai de la monomanie.

L'intelligence humaine est si vaste, elle se prête à des combinaisons si variées qu'un homme peut avoir des conceptions délirantes assez nombreuses sans que sa conversation sur une infinité de points cesse pour cela d'être raisonnable, sans qu'il perde la faculté de faire des travaux suivis, etc.

Je me bornerai à citer une observation, l'une des plus curieuses que possède la science. Elle a été imprimée par le malade lui-même en trois gros volumes, je veux parler de Berbiguier, l'auteur des *Farfadets*.

Berbiguier avait eu des hallucinations; il croyait à leur existence réelle. Peu à peu son délire prend de l'extension; son imagination, comme il le dit lui-même, est tellement frappée des farfadets qu'il en voit partout.

Dès lors rien n'arrive plus que par les maléfices des farfadets.

Ils tourmentent son écureuil;

Ils font fumer son poêle;

Ils arrêtent ou dérangent le mouvement de sa montre.

Ses ennemis agissent sur lui-même. Ils l'endorment contre son gré, ils troublent ses facultés, ils lui enlèvent ses idées, ils le font *éternuer*.

Ils vont même jusqu'à lui faire commettre de mauvaises actions. C'est ainsi qu'il leur attribue ses emportements et ses brutalités contre son écureuil.

Ce sont ces farfadets qui font le mauvais temps; sans eux il n'y aurait ni pluie, ni grêle, ni tonnerre. Plusieurs fois ils ont fait souffler le vent pour briser son parapluie.

Tout peut ainsi s'expliquer par les farfadets.

On se trompe sur la cause des morts subites; on les attribue à des coups de sang, des apoplexies, mais il n'en est rien. Ce sont les farfadets qui étouffent et étranglent les personnes qu'on voit ainsi succomber tout à coup.

Il n'y aurait point d'*entorses* sans les farfadets, qui placent à dessein des obstacles devant les gens pour les faire tomber.

Enfin, Berbiguier explique par les farfadets la grossesse de plusieurs jeunes filles qu'on disait avoir été séduites. Ces filles, pour lui, sont innocentes et pures: elles portent la peine des maléfices des farfadets qui se sont introduits la nuit auprès d'elles invisiblement et qui en ont abusé à leur insu.

Les farfadets passent par les fissures des meubles les plus étroites; ils se glissent même entre la jambe et la jarretière, etc.

Voilà assurément un délire très étendu, des conceptions délirantes bien nombreuses. Joignez à cela que de temps en temps Berbiguier avait un trouble plus général des facultés; il avoue que les farfadets lui travaillaient parfois la tête au point qu'il était obligé de convenir qu'il ne lui restait pas l'ombre d'une idée saine, et qu'il oubliait tout à coup ce qu'il faisait.

Si la monomanie devait toujours être strictement limitée à une seule idée fausse, Berbiguier, assurément, serait bien loin d'être un monomaniaque. Cependant l'auteur des *Farfadets*, qui a pu composer et imprimer un long ouvrage, s'occuper de tous les détails de l'exécution, n'était assurément ni un maniaque ni un dément; il n'était pas davantage atteint d'aliénation, laquelle, comme on l'a vu, a pour caractère principal la lenteur et la prostration de toutes les facultés; c'était au contraire un homme actif, intelligent, qui n'avait aucune incohérence dans les idées, et n'offrait pas non plus les symptômes de cette prostration mélancolique qui rend tout travail impossible. Aussi a-t-il pu rédiger un ouvrage de longue haleine et le faire imprimer.

Nous admettons donc volontiers, et d'une manière générale, l'objection formulée par Cullen, par M. Foville et par M. Falret. Nous admettons avec ce dernier que les délires monomaniaques sont plus souvent prédominants qu'exclusifs.

Non-seulement j'admets tout cela avec M. Falret, mais je conviens qu'il y a un assez grand nombre de faits qu'on a désignés à tort sous le nom de monomanie. Un homme, pris d'une fureur subite, tue sa femme et ses trois enfants à coups de hache, et presque immédiatement il recouvre la raison. Ce n'est pas là assurément un monomaniaque homicide. Beaucoup de prétendues monomanies érotiques ne sont que des états maniaques avec prédominance du penchant vénérien. Tout cela est vrai. Mais si loin qu'on aille dans ce sens, on ne détruira pas pour cela le groupe si tranché des monomanies.

J'invoquerai, messieurs, une dernière preuve de l'existence de cette maladie. Cette preuve est assez singulière; je n'ai nulle intention d'en abuser, et de lui donner plus d'importance qu'elle n'en mérite. Dans une note de son mémoire ayant pour titre: *De la non-existence de la monomanie*, notre collègue indique que ce travail n'est qu'une introduction à « l'histoire...... des monomanies. »

Il n'y a pas autre chose ici, messieurs, qu'une distraction; mais, je le demande, cette distraction de M. Falret n'est-elle pas un aveu précieux, et peut-être la meilleure preuve que l'on puisse invoquer en faveur de l'existence des monomanies? Oui assurément, ces maladies existent, et notre collègue, tenant la promesse qu'il a faite, tracera un jour leur histoire en faisant disparaître ce qu'il y a peut-être eu d'exagéré dans l'opinion d'Esquirol.

En résumé, messieurs, le désaccord signalé par M. Bousquet entre les médecins aliénistes est beaucoup moins grave qu'il n'a paru le penser; nous discutons sur les mots, mais au fond nous sommes à peu près d'accord sur les choses.

Je passe aux doctrines de M. Moreau.

(Nous donnerons la fin de ce discours dans le prochain numéro.)

M. le ministre de la guerre, sur la proposition que lui en a faite le conseil supérieur de santé, vient d'inviter M. le baron C. Despine, inspecteur honoraire et médecin de l'établissement thermal d'Aix en Savoie, à vouloir bien se charger du service médical des militaires qui se rendront à ces bains pendant l'expédition d'Orient.

Nous apprenons que M. Despine s'est empressé d'accéder à ce désir.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues à la Faculté de médecine par MM.:

Gaubert, né le 29 octobre 1826, à Rabeul (Tarn); *Des suites de l'amputation de Chopart.*

Hatry, né le 7 juillet 1830, à Tours (Indre-et-Loire); *De la gangrène du poumon.*

Silva, né le 5 mai 1818, à San-Pedro (Brésil); *Essai sur l'auscultation de l'appareil respiratoire.*

Chabory, né le 4 janvier 1829, à Mont-Dore (Puy-de-Dôme); *Des troubles fonctionnels pendant la grossesse.*

Henrot, né le 14 septembre 1828, à Reims (Marne); *Sur la paracentèse du péricarde.*

Cadiot, né le 23 février 1830 à Tramont-Saint André (Meurthe); *De la pneumonie fibrineuse.*

Doin, né le 1er novembre 1803 à Bourges (Cher); *Considérations pratiques sur les émissions sanguines et leur emploi comme moyen thérapeutique.*

Legendre, né le 19 avril 1830 à Briare-le-Canal (Loiret); *De l'emploi du fer dans les maladies internes.*

Blot, né le 8 juillet 1827 à Nantes (Loire-Inférieure); *De l'emploi du chloroforme dans les opérations chirurgicales et obstétricales.*

Maurin, né le 2 septembre 1826 à La Canourgue (Lozère); *De l'électricité médicale.*

Brevet, né le 15 septembre 1824 à Viriat (Ain); *Des polypes nasopharyngiens.*

Morey, né le 15 décembre 1822 à Betoncourt-sur-Mance (Haute-Saône); *Recherches sur le point de départ et l'évolution de l'athérôme artériel.*

Toutes les thèses soutenues à la Faculté sont annoncées dans la *Gazette*; celles qui sont remises à notre bureau sont analysées dans un des numéros qui suit la remise.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent:
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. Decq;
A Genève, à la librairie de Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Éléments de chirurgie opératoire (2e partie), ou Traité pratique des opérations; par Alphonse Guérin, chirurgien des hôpitaux de Paris, membre titulaire de la Société de chirurgie, ancien aide d'anatomie à la Faculté et prosecteur de l'amphithéâtre des hôpitaux. Un vol. in-18 avec plus de 250 figures intercalées dans le texte, dessinées par Léveillé, gravées par Badoureau. — Prix: 7 fr. 50 c. — A la librairie Chamerot, rue du Jardinet, 13.

Guide pratique du médecin et du malade aux eaux minérales de France, de Belgique, d'Allemagne, de Suisse, de Savoie, d'Italie et aux bains de mer, suivi de Considérations générales sur le traitement hydrothérapique; par M. le docteur Constantin James. Troisième édition, avec une carte itinéraire des eaux et de nombreuses vignettes gravées sur acier et imprimées sur chine, représentant les principaux établissements thermaux. — Un fort volume grand in-18 de 600 pages. Prix, broché: 7 fr.; cartonné: 8 fr. 50 c. Chez Victor Masson, place de l'Ecole-de-Médecine.

Notice historique et médicale sur Bagnères-de-Luchon, avec: 1° vue et plan de cette ville et de ses thermes; 2° carte topographique de ses environs et de la vallée d'Aran, etc.; par le docteur Ernest Lambron. Un vol. in-18 de 144 pages. — Chez Napoléon Chaix, rue Bergère, 20.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Sur l'état sanitaire actuel en Orient, et France et particulièrement à Paris.

D'après des nouvelles publiées par des journaux étrangers, le choléra paraîtrait avoir fait de nouveau explosion à l'époque des premières chaleurs sur plusieurs points de l'Europe. Nous sommes heureux de pouvoir annoncer que rien de semblable n'a lieu en ce moment sur aucun point de la France. Et quant à l'Orient, où se reportent tout notre intérêt et toutes nos sympathies, loin de nous inspirer aucune crainte de cette nature, les dernières nouvelles nous confirment que l'état sanitaire des diverses stations occupées par les troupes alliées est plus satisfaisant qu'il n'avait jamais été.

Lhôpital militaire anglais de Smyrne est dans une situation que l'on n'avait pas encore vue ; plus de 250 lits sont en ce moment vacants. Le nombre des malades casernés ne s'élève actuellement qu'à 267, et celui des convalescents logés au Lazaret à 503. D'un autre côté, des nouvelles parvenues de Constantinople disent, en ce qui concerne les troupes françaises que les hôpitaux sont vides, et que la santé publique, civile et militaire, est parfaite.

De l'état sanitaire de Paris nous n'avons non plus que de bons renseignements à donner. Nous n'entendons plus parler de ces angines graves qui ont dernièrement présenté un caractère quasi épidémique. Sauf les affections typhoïdes qui forment toujours par leur prédominance relative le fond de la constitution régnante, mais qui ne présentent en général qu'une intensité moyenne, on peut dire qu'en somme nous nous trouvons en ce moment dans les meilleures conditions sanitaires possibles. Si bien que, malgré l'accroissement momentané de la population parisienne, loin que les hôpitaux soient encombrés, on a pu successivement débarrasser les salles des lits supplémentaires qu'on avait été obligé d'y mettre, et que le chiffre normal des lits suffit et au delà aux besoins du service. La température insolite que nous avons depuis quelque temps influera-t-elle sur la santé publique et amènera-t-elle un changement dans le caractère de la constitution médicale actuelle, à peu près négative ? C'est ce que nous ne saurions préjuger d'avance. Bornons-nous à constater pour le moment cet état satisfaisant des choses.

Chorée. — Traitement par le sulfate de strychnine.

Une jeune fille d'une vingtaine d'années est entrée à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Trousseau, en proie à une attaque de chorée dont le début était récent. Cette jeune fille présentait cette circonstance particulière exceptionnelle que la chorée ne s'était déclarée chez elle qu'à vingt ans et qu'elle n'a jamais eu de rhumatisme articulaire.

M. Trousseau a mis cette malade à l'usage du sirop de sulfate de strychnine. Voici la formule et le mode d'emploi de ce sirop :

Sirop. . . . . 100 grammes.
Sulfate de strychnine. . . . . 5 centigrammes.

Le sulfate de strychnine étant très soluble dans le sirop, cette préparation se fait par simple solution. Ce sirop est donné par cuillerées à bouche.

Comme une cuillerée à bouche pèse 20 à 21 grammes à peu près, on donne ainsi chaque fois un centigramme de sulfate de strychnine. On prescrit le premier jour deux cuillerées, puis quatre, puis six, puis huit, en les répartissant dans les vingt-quatre heures à intervalles égaux, de manière à en surveiller les effets et à s'arrêter dès que l'on a atteint un degré suffisant d'action. Voici quels sont les effets ordinaires de cette médication :

Le premier effet appréciable est une démangeaison qui se fait sentir principalement à la tête ; les malades comparent cette sensation à celle que produiraient de petites piqûres de pointe d'aiguille. Ces démangeaisons cessent dès qu'on cesse l'usage du médicament ; elles augmentent si on le continue.

Cette espèce de titillation du système nerveux doit tenir en éveil l'attention du praticien. C'est comme une sorte de soupape de sûreté, ou, pour nous servir de l'expression de M. Trousseau, le manomètre de la médication. Elle prouve, en effet, que le sulfate de strychnine a trouvé les racines nerveuses. A dater de ce moment il faut en surveiller attentivement l'action, car d'un instant à l'autre peut survenir l'explosion, c'est-à-dire la convulsion tétanique.

L'effet du médicament chez cette jeune fille n'a pas dépassé ce degré d'action, et après quatre ou cinq jours d'usage elle en a éprouvé déjà une amélioration notable. Nous en suivrons les effets.

Arrêtons-nous un instant sur l'appréciation générale de cette médication.

On sait que depuis quelque temps deux méthodes principales se partagent le choix des médecins dans le traitement de la chorée :

1° La médication strychnique instituée par M. Trousseau, et dont nous venons très brièvement d'indiquer le mode d'administration ; 2° les bains sulfureux et la gymnastique, qui a été récemment de la part de M. Blache l'objet d'une intéressante communication à l'Académie.

Les résultats obtenus par ces deux méthodes à l'hôpital des Enfants ont été présentés comparativement par M. le docteur Eugène Moynier dans une excellente thèse qui renferme des documents extrêmement précieux pour l'histoire de la chorée.

D'après un tableau comparatif dressé par M. Moynier, on trouve la durée moyenne suivante pour chacun des traitements : la gymnastique et les bains sulfureux, d'une part ; la strychnine, de l'autre :

GYMNASTIQUE ET BAINS SULFUREUX.

Filles. 50	Garçons. 27
Moyenne du traitem., 35 jours.	Moyenne du traitem., 87 jours.

STRYCHNINE.

Filles. 34	Garçons. 44
Moyenne du traitem., 33 jours.	Moyenne du traitem., 74 jours.

Moyenne générale, 50 jours.

La différence, bien légère il est vrai, serait, comme on peut le voir par ce tableau, en faveur de la strychnine.

Quelques détails empruntés au même travail permettront de mieux apprécier la valeur respective des deux méthodes, qui, loin de s'exclure d'ailleurs, se prêtent, au besoin, un mutuel appui et se complètent l'une par l'autre.

Voici, d'après M. Moynier, comment la médication strychnique était mise en usage à l'hôpital des Enfants par M. Trousseau, à l'époque où ont été recueillies les observations qui font la base de ce travail :

L'enfant reçoit le matin une cuillerée de sirop (pour les enfants on prescrit une cuillerée à dessert contenant 10 grammes de sirop, lesquels représentent un demi-centigramme) ; puis on attend une heure et demie. S'il n'y a pas eu de roideurs, on donne une deuxième cuillerée ; une heure et demie après, une troisième, et ainsi de suite, jusqu'à ce que les roideurs se manifestent, laissant toujours une heure et demie d'intervalle entre chaque cuillerée. Quand la quantité de sirop prise par l'enfant est suffisante pour produire des roideurs, celles-ci se montrent dix minutes, un quart d'heure, au plus tard une demi-heure après la dernière cuillerée de sirop. Par cette précaution, on se met à l'abri contre tout accident. Si le médicament n'a produit aucun effet au bout d'une demi-heure, c'est que la dose n'était pas suffisante, et on peut sans crainte administrer une nouvelle cuillerée ; mais on doit s'arrêter dès que l'enfant a ressenti quelques roideurs, ou même de faibles engourdissements, quitte à le reprendre le lendemain.

On ne peut prévoir ni déterminer à l'avance la dose qui devra être prescrite à raison des différences considérables qui existent à cet égard non-seulement entre des enfants de même âge, mais chez le même enfant. Ainsi M. Moynier a vu des enfants qui dès le premier jour avaient des roideurs avec deux ou trois cuillerées, et auxquels il a fallu en donner plus tard dix à douze pour obtenir le même résultat. D'autres fois il a fallu administrer pendant plusieurs jours de suite des doses considérables, aller ainsi jusqu'à quatorze cuillerées de sirop, c'est-à-dire 7 centigrammes de sulfate de strychnine, avant de rien produire, tandis que dans les jours suivants trois ou quatre cuillerées suffisaient.

Ces différences ne pouvant être expliquées ni par la constitution et le tempérament des enfants, ni par les circonstances de saison ou de température ambiante, il en résulte que ce n'est que par des tâtonnements subordonnés aux précautions indiquées ci-dessus qu'on peut arriver aux doses utiles et ne pas les dépasser.

En résumé, il faut, dit M. Moynier, donner ce médicament à doses non pas nécessairement élevées, mais assez élevées pour produire des roideurs, et il faut y arriver dès les premiers jours, sous peine de n'obtenir la guérison que beaucoup plus lentement.

Cependant des guérisons ont été obtenues avec des doses moindres et sans avoir atteint la roideur ; c'est un motif de sécurité et d'encouragement pour les médecins qui, ne pouvant compter sur

---

BIBLIOGRAPHIE.

Etudes sur la reconstruction projetée de l'asile des aliénés de l'Isère ; par le docteur EVRAT, médecin directeur.

Nouveau procédé de conservation du virus vaccin, par le docteur P.-D. LALAGADE.

Les médecins qui se sont trouvés à la tête de grands établissements d'aliénés et qui ont laissé des écrits sur le traitement de l'aliénation, ont tous proclamé la nécessité de demander à la médecine le plan des édifices destinés à la curation de la folie. La disposition intérieure et les avantages du local, a dit Pinel, sont des objets de la plus haute importance dans un hospice d'aliénés. Et après lui Esquirol a ajouté : la maison des aliénés doit être l'instrument le plus puissant de leur guérison. Enfin, M. Falret résumant l'opinion des médecins les plus éclairés sur la matière, a écrit ceci : que la construction d'un asile doit être plutôt l'expression d'une pensée médicale que celle de la création d'un architecte, tel savant et habile qu'il soit.

C'est le développement et l'application de cette opinion unanime que le docteur Evrat a eu en vue dans le travail que nous examinons.

Jusqu'en 1847, l'asile d'aliénés de Saint-Robert, près de Grenoble, établi dans un ancien couvent de bénédictins, renfermait, outre les aliénés, un service d'accouchements et des salles pour les prostituées syphilitiques. Frappé des inconvénients qui résultaient de cet assemblage d'éléments aussi disparates, le docteur Evrat, médecin directeur de cet établissement, fit les démarches les plus actives auprès de l'autorité pour obtenir la reconstruction de l'asile et son appropriation au service exclusif des aliénés. De concert avec un architecte habile et intelligent auquel il communiqua ses idées, il fit dresser un plan qui fût conforme et aux vues scientifiques les plus profitables à la destination de l'édifice, et aux lois architecturales les mieux ordonnées. C'est l'histoire de ce plan, des données sur lesquelles il a été conçu, sa description et l'énumération raisonnée des avantages qu'il croit lui reconnaître, qu'il expose dans ce mémoire, et il nous a paru tellement utile que nous n'hésitons pas à le recommander à l'attention de tous ceux qui s'occupent spécialement de l'étude et du traitement de l'aliénation mentale.

Le cadre de cet article ne peut comprendre aucun des détails dans lesquels entre M. Evrat dans les deux études en question. Nous nous contenterons de reproduire en quelques lignes l'exposé aphoristique dans lequel il consigne les préceptes qui l'ont dirigé et doivent diriger tout médecin en pareil circonstance.

« Pour les aliénés, dit-il, de l'air, de la lumière, de l'espace, du soleil, des eaux abondantes et bonnes, une orientation aussi favorable que possible, et pour assurer leur traitement et adoucir leur séquestration, un classement méthodique, de l'isolement, de l'indépendance, du calme, du recueillement, de la consolation, de la gaieté, de la commodité et de la sécurité.

» Deux établissements dans un seul ; séparation des sexes ; partout salubrité, division, indépendance, et cependant unité et ensemble. Distinction et classement méthodique des diverses catégories et formes de l'aliénation ; éloignement de celles dont le voisinage pourrait devenir nuisible, et rapprochement des catégories que la maladie semble réunir et confondre ; suppression de tout ce qui rappelle la prison, des barreaux de fer, des hautes murailles ; vue aussi riante et aussi étendue que possible ; insolation et orientation bien ménagées ; deux expositions données à chacune des constructions. »

Nous le répétons, ce travail échappe à l'analyse ; nous ne pouvons que dire aux aliénistes : lisez et jugez. Dr A. F.

Nouveau procédé de conservation du virus vaccin (1).

Notre bonne étoile nous a fait rencontrer un opuscule de M. le docteur Lalagade (d'Albi) sur un nouveau procédé de conservation du virus vaccin. L'intérêt qui s'attache à cette question est trop grand pour que le titre de l'ouvrage n'ait pas excité notre curiosité. Nous avouons cependant qu'en ouvrant le livre nous n'avons pu nous défendre d'un sentiment de défiance, en pensant que tout ce qui était possible avait

(1) Brochure in-8°. Paris, J.-B. Baillière, 1855.

l'intelligence ou l'exactitude des personnes chargées d'administrer le médicament, croiraient devoir s'abstenir d'y recourir par la crainte d'accidents.

Sur un relevé de 45 cas où la strychnine a été employée ainsi avec succès pendant le cours d'une année à l'hôpital des Enfants, M. Moynier a constaté une moyenne de 34 jours pour la durée du traitement, moyenne inférieure à la moyenne générale enregistrée plus haut, et qui correspond à celle des filles, celle des garçons étant beaucoup élevée.

M. Trousseau ne regarde pas la gymnastique comme un moyen exclusif de traitement, mais comme un adjuvant utile, comme un moyen à l'aide duquel on achève une guérison commencée par la strychnine, alors qu'il ne reste plus qu'un peu d'hésitation dans les mouvements. M. Moynier n'a point vu la gymnastique employée exclusivement à l'hôpital des Enfants, où MM. Blache et Bouneau traitent la chorée par des bains sulfureux et la gymnastique combinés. Toutefois dans son opinion les bains sulfureux constituent une très bonne méthode de traitement, qui donne de bons résultats. Il les a vus réussir dans deux cas où la gymnastique avait échoué. Quant aux bains sulfureux et à la gymnastique combinés, les résultats en ont été incontestablement avantageux, mais la moyenne de la durée du traitement a été dans ce cas un peu plus élevée que celle du traitement par la strychnine, ainsi qu'on l'a vu par le relevé général sommaire.

Voici, en résumé, quelle est d'après M. Moynier la méthode générale suivie à l'hôpital des Enfants d'après les prescripitons de M. Trousseau, méthode dont il a constaté par une longue observation les heureux résultats :

Si la chorée est excessivement grave, si l'enfant a de la fièvre, du délire, de l'insomnie, s'il ne peut rester un instant sans agitation, on le place dans une boîte matelassée de toutes parts de manière qu'il ne puisse tomber ni se blesser contre les meubles, et on lui donne de l'opium à doses suffisantes pour produire le sommeil. Après les quelques heures de repos obtenues par le narcotique, on recommence de façon à faire durer cet état de calme pendant quelques jours. Les accidents les plus redoutables étant ainsi calmés, on commence l'emploi de la strychnine; puis, quand il ne reste plus qu'un peu d'agitation, on peut compléter le traitement par la gymnastique.

Traitement de la varicocèle par la cautérisation des veines par le procédé de M. Nélaton.

Nous avons fait connaître l'année dernière, mais d'une manière incomplète, un procédé nouveau appliqué par M. Nélaton à la cure radicale de la varicocèle. M. Nélaton vient de faire tout récemment dans son service une nouvelle application de ce procédé à un malade qui réclamait avec instance l'opération.

On se rappelle que le but de ce procédé est d'obtenir l'oblitération des veines variqueuses au moyen d'une eschare linéaire comprenant la peau et les parois des veines.

L'instrument dont se sert M. Nélaton pour cette opération est une sorte de pince composée de deux branches, dont l'une, appelée branche supérieure ou porte-caustique, est échancrée dans son milieu pour recevoir le caustique, ainsi que son nom l'indique, tandis que l'autre, inférieure, sert à maintenir et à comprimer les parties du scrotum comprises entre les mors. Ces deux branches s'articulent entre elles dans leur milieu au moyen d'une vis. Au delà de cette articulation se trouve un ressort entre les deux branches. Cette articulation peut subir plusieurs degrés d'écartement, afin de se prêter aux divers volumes des tumeurs variqueuses; de



telle sorte que l'écartement qui existe en un point donné peut être plus grand ou plus petit, selon les points de l'articulation dans lesquels on engage la vis. A l'extrémité de chaque branche, existe deux petits trous; ces trous, situés en face les uns des autres, sont destinés à recevoir des épingles à insecte qui sépareront le canal déférent des veines variqueuses sur lesquelles on doit appliquer le caustique. La branche inférieure comprime les veines variqueuses, la lame supérieure venant s'appliquer dessus. Les parois de la veine étant mises en contact ne contiennent pas de sang. On évite ainsi la liquéfaction du caustique, et l'on obtient une cautérisation linéaire.

On laisse le caustique environ vingt-cinq minutes; la cautérisation comprend la peau et les veines variqueuses, mais la peau de la région postérieure reste intacte.

Ce procédé, disions-nous, a été appliqué il y a peu de jours par M. Nélaton, chez un jeune homme de vingt-cinq ans, affecté d'une varicocèle du côté gauche. Le diagnostic, dans ce cas, ne présentait aucune difficulté. Outre les signes ordinaires, on trouvait une dilatation de l'anneau et même du canal inguinal. Le testicule du côté malade était plus petit que l'autre, signe qui a déjà été noté par plusieurs auteurs.

La varicocèle était, pour ce malade, une cause incessante de gêne et de douleurs qui lui faisaient vivement désirer d'en être débarrassé. Ce n'est que sur ses instances que M. Nélaton se décida à l'opérer.

L'opération a été pratiquée le 21 mai 1855. Une application de caustique faite à l'aide de la pince à gouttière que nous venons de décrire a produit une eschare linéaire de 4 à 5 centimètres de longueur sur 7 à 8 millimètres de largeur. Le malade a peu souffert pendant et après l'opération. Quelques jours après on pouvait sentir dans le scrotum une masse assez volumineuse formée par les veines converties en eschares et par un coagulum contenu dans leur cavité au-dessus et au-dessous du point soumis à l'action du caustique.

L'eschare de la peau est tombée le 13 juin, le vingt et unième jour après l'opération, ainsi qu'une partie de celle formée par les parois veineuses.

Le 18 juin, l'eschare était complétement détachée. Il ne restait plus qu'une petite plaie linéaire en voie de cicatrisation et une induration sur le trajet de la veine. Le malade est sorti de l'hôpital en cet état. Il devra se présenter de temps en temps pour permettre de constater le résultat définitif, que nous ferons connaître.

— Nous saisirons cette occasion pour signaler à nos lecteurs une bonne thèse sur la varicocèle, soutenue le 26 avril dernier à la Faculté par M. Victor Hacque. On y trouvera des détails instructifs sur les diverses méthodes opératoires et sur les traitements palliatifs proposés ou usités contre cette affection, et en particulier sur la méthode que nous venons d'exposer. — Dr Brochin.

SYPHILIS SECONDAIRE transmise par l'intermédiaire du vaccin.

Le *Scalpel*, journal de médecine de Bruxelles, et après lui un recueil de Paris, ont rapporté, d'après une gazette médicale allemande, un fait que nous n'aurions pas reproduit s'il ne nous avait paru dangereux et de nature à entretenir un préjugé funeste, malheureusement encore fort répandu dans le public même instruit. Voici ce fait tel que l'ont publié les deux journaux que nous venons de citer. Nous le ferons suivre de quelques réflexions.

Bamberg, 20 décembre 1854.

Un cas singulier de communication de syphilis secondaire par le vaccin s'est présenté devant le tribunal de Bamberg.

Un médecin de la haute Franconie ayant pris du vaccin d'un enfant qui avait des boutons sur la figure et sur le corps, et ayant vacciné plusieurs enfants, huit de ces enfants devinrent malades après un temps plus ou moins long, et présentèrent les différentes formes de syphilis secondaire. Au dire des témoins, il ne s'était pas formé, après l'inoculation, de belles pustules bien développées, mais des vésicules purulentes insignifiantes, qui étaient elles-mêmes entourées, sur plusieurs bras, de vésicules plus petites et qui crevèrent avant le temps en laissant des ulcérations; les dernières se développèrent et se guérirent difficilement, ou même pas du tout. Neuf grandes personnes qui avaient soigné les enfants furent elles-mêmes infectées par ce virus. Ce ne fut que lorsque de grands abcès, des pustules purulentes, des condylomes, etc., se furent formés chez les enfants et chez les grandes personnes, que l'on soupçonna que la maladie pouvait avoir été produite par la vaccination opérée avec le vaccin pris d'un enfant couvert de boutons.

La nature de la maladie fut enfin découverte, mais trop tard. Parmi les grandes personnes, celle qui souffrit le plus fut la mère de l'un de ces enfants, qui eut des condylomes à l'anus et aux parties génitales pour avoir porté son enfant sur ses bras nus, jusqu'à ce que le contact continuel avec les sécrétions de l'enfant eût développé sur les bras des ulcérations très larges et très profondes, après lesquelles la syphilis générale s'était déclarée. Pour comble d'infortune, la femme devint enceinte avant sa guérison et accoucha d'un enfant atteint de syphilis héréditaire.

Ce qu'il y a de particulier, c'est que plusieurs enfants d'une autre localité, inoculés avec du vaccin pris du même enfant, ont obtenu des pustules normales, et n'ont subi aucune altération plus tard. On fit des recherches sur l'état de la mère de cet enfant, et voici le résultat qu'elles produisirent : cette femme était guérie et ne portait pas de marques de la maladie aux parties génitales; mais elle avait eu la maladie vénérienne avant la conception, et paraissait guérie à cette époque. (*Ce cas ébranle fortement la doctrine de M. Ricord, qui prétend que le chancre seul peut être inoculé et que le chancre seul est contagieux.*)

Le médecin qui avait procédé à ces opérations fut condamné à une année de forteresse pour imprudence et négligence grave dans l'exercice de son art. En appel, la peine fut portée à deux ans. Mais en dernière instance, la peine fut réduite à six semaines de forteresse, par la raison que le médecin, qui vivait depuis trente ans à la campagne, n'avait pas pu connaître la nature de la maladie de l'enfant atteint de syphilis.

Ce fait, s'il était admis, serait de nature à entretenir ce préjugé funeste, à savoir : que le vaccin pris sur un enfant malade est susceptible de transmettre à ceux auxquels on l'inocule l'affection dont est atteint le sujet qui l'a fourni.

L'auteur de l'article prétend également, à l'aide de la même observation, démontrer cette autre opinion, que nous croyons être aussi une erreur, que la syphilis constitutionnelle est transmissible par inoculation d'individu à individu.

Examinons successivement ces deux assertions.

Le vaccin pris chez un enfant malade est-il susceptible de transmettre à ceux auxquels on l'inocule l'affection dont est atteint le sujet qui l'a fourni ? — NON.

Tous les auteurs qui se sont sérieusement occupés de la vaccine et du vaccin sont d'accord sur ce point, que le vaccin est toujours *identique*, qu'il *ne peut s'allier avec d'autres virus* ni être modifié par eux, que la vaccine se développe et parcourt les diverses phases de son évolution d'une manière entièrement *indépendante* des autres affections dont peut être atteint le sujet auquel on a pratiqué l'inoculation vaccinale. Nous n'irons pas, pour appuyer notre dire, remonter aux expériences nombreuses à l'aide desquelles on a démontré cette vérité. Nous nous contenterons de citer trois ou quatre des principales autorités.

Guersant et M. Blache s'expriment ainsi : Lorsqu'on inocule un mélange de virus vaccin et de virus varioleux, on n'a qu'une de ces deux maladies, ou, si elles se développent toutes les deux ensemble, elles marchent chacune *séparément* avec le caractère qui leur est propre. Dans un très grand nombre d'expériences tentées par le comité de vaccine (*Rapp. du comité de vaccine*, p. 401 à 413) ou par ses correspondants, on a pris du vaccin sur des pustules vaccinales développées à dessein au milieu de dartres, d'ulcères scrofuleux, de teigne favus, de vésicules de gale; on n'a jamais remarqué *que la vaccine*, sans aucun mélange de gale ou d'autres maladies.

M. le docteur Taupin, ancien interne de l'hôpital des Enfants, a vacciné pendant quatre ans sous les yeux des chefs de service plus de deux mille enfants dans des conditions différentes d'âge, de santé, etc. ; il a suivi et noté avec soin le résultat de l'inoculation, et il s'est surtout attaché à observer quelles modifications les diverses maladies pouvaient faire éprouver à la vaccine et quelle influence celle-ci pouvait à son tour exercer sur elles, et il a remarqué que le vaccin recueilli chez des enfants atteints de maladies aiguës ou chroniques, quelles qu'elles fussent, était aussi actif que celui emprunté à des enfants bien portants; qu'il donnait lieu à une vaccine aussi abondante, aussi efficace; enfin *que le virus ne transmettait aucune maladie, soit aiguë, soit chronique, contagieuse ou non contagieuse.* Le vaccin pris sur des sujets atteints de rachitis, de scrofules, de *syphilis*, de tubercules, d'éruptions chroniques du cuir chevelu, etc., n'a jamais communiqué que la vaccine toute seule.

Loin de nous, ajoutent MM. Guersant et Blache, l'idée de conclure de cette innocuité qu'on doive employer indifféremment du vaccin pris sur des sujets sains ou malades; mais nous voulions rapporter ces faits bien avérés pour *faire justice de ce préjugé qui attribue à du vaccin malsain les maladies qui surviennent quelquefois chez les sujets vaccinés*, longtemps même après l'inoculation.

Citons enfin M. Bousquet : On a pris nombre de fois, dit-il, par ignorance ou quelquefois à dessein, du vaccin sur des enfants actuellement atteints de syphilis. Qu'est-il arrivé ? Le vaccin s'est toujours reproduit dans toute sa pureté et sans causer aucun accident qui pût faire soupçonner la source impure où on l'avait puisé.

On nous objectera que nous ne citons que des autorités et qu'un fait est plus fort que toutes les autorités. D'abord nous ferons remarquer que l'on n'appelle autorités en médecine que les opinions

---

sans doute été fait par les habiles praticiens qui ont donné quelque solution de cet important problème; cependant nous vîmes bientôt qu'il était resté encore quelque chose à faire, que M. le docteur Lalagade l'avait fait, et même qu'il avait été pour ainsi dire au delà.

Dans l'avant-propos, l'auteur jette d'abord un coup-d'œil sur les services rendus par la découverte du médecin de Berkley. Appuyé sur des faits incontestables, il va au-devant des objections qui, sous diverses formes, ont été produites à diverses époques, et même de nos jours, pour déprécier ou combattre l'inoculation jennérienne. Il les énonce, et on dirait qu'il ne va pas les réfuter, tant sa marche est rapide et son style pressant; mais on voit bientôt qu'en avançant il les a renversées.

L'avant-propos se termine par quelques considérations sur la revaccination. Ici comme dans tout le cours de l'ouvrage, les opinions de l'auteur sont présentées avec cette simplicité, cette abnégation de so qui excluent tout esprit de système et qui sont comme les compagnes de cette probité scientifique qui charme, qui séduit.

Après ces préliminaires, l'auteur entre dans le fond de la question qui fait l'objet de son livre. Il énonce d'abord ce que peut son procédé de conservation, et puis il passe successivement en revue les divers procédés qu'en a employés avant lui ; les croûtes, les plaques, les tubes remplis par l'attraction capillaire, etc., etc. Il fait voir les inconvénients de tous ces procédés, et il explique ainsi les déceptions si pénibles qu'éprouve le médecin dans les vaccinations faites avec un virus mal conservé, un virus qui ne mérite plus ce nom.

L'auteur est ainsi conduit à exposer son propre procédé et à décrire l'*iopompe*, ou pompe à virus, qu'il a imaginée à cet effet.

C'est un petit, mais admirable instrument qui permet de recueillir le virus vaccin dans des tubes, de le conserver longtemps limpide et actif, à l'abri du contact de l'air, entre deux couches d'un liquide protecteur, de le faire sortir par très petites fractions de goutte, et enfin de conserver pour des opérations subséquentes la partie de vaccin qui reste encore dans le tube.

La manœuvre est d'une simplicité extrême; elle est rendue certaine par le moyen d'une vis micrométrique imprimant un mouvement insensible à un piston qui produit l'aspiration ou l'expiration, suivant qu'il s'avance dans un sens ou dans un autre.

Nous ne pouvons donner en quelques mots une idée exacte de ce petit chef-d'œuvre, dont il faut lire la description dans la brochure de M. le docteur Lalagade. On y verra la manière d'opérer et les faits nombreux sur lesquels s'appuie cet infatigable expérimentateur pour démontrer que son procédé mérite la confiance de ses confrères; confiance que nous sommes heureux de solliciter pour lui, quoique nous n'ayons pas l'honneur de le connaître personnellement.

BASTIDE, D.-M.-P.,
à Layrac (Lot-et-Garonne).

---

d'hommes compétents qui ont établi leurs convictions sur des faits nombreux et bien observés. Or le fait en question ici a-t-il été bien observé? Je prétends, moi, qu'il est de tous points incomplet et qu'il a été fort mal observé, et je le prouve.

On vaccine plusieurs enfants avec du virus pris sur un enfant syphilitique. Si ce vaccin était syphilitique, il aurait dû donner la vérole à tous ceux qui l'ont reçu. Loin de là : quelques-uns des vaccinés seulement sont atteints, nous dit-on, de syphilis (on ne nous dit pas dans quelle proportion), et plusieurs enfants d'une autre localité, *inoculés avec le même vaccin ont obtenu des pustules normales et n'ont subi aucune altération plus tard.* Cette circonstance ne suffit-elle pas pour démontrer une fois de plus l'absurdité de l'axiome *Post hoc, ergo propter hoc*, si faux surtout en médecine. Qu'un enfant soit pris d'une pneumonie ou se brise la jambe après avoir été vacciné, viendra-t-il à l'idée de personne d'attribuer à la vaccine la pneumonie ou la fracture? Ici le vaccin n'a pas transmis la syphilis constitutionnelle, mais n'a nullement empêché cette syphilis de se développer chez des enfants qui étaient nés infectés par voie d'hérédité.

Et en effet, rien ne nous prouve que les huit enfants infectés n'aient pas apporté en naissant le mal dont ils ont présenté les symptômes. A-t-on pris à leur sujet tous les renseignements nécessaires sur leurs antécédents et sur ceux de leurs parents? Quel était leur âge? Avaient-ils déjà depuis leur naissance, et avant la vaccination, présenté des phénomènes pouvant se rapporter à la syphilis constitutionnelle héréditaire : des taches, des boutons, des ulcérations? A-t-on visité les parents de ces enfants; a-t-on interrogé leurs antécédents? Est-on certain qu'aucun d'entre les pères et mères n'avait été atteint de syphilis, comme l'était la mère de l'enfant qui avait fourni le vaccin, et que ce n'était pas dans cette diathèse originelle qu'il faut chercher la cause de la maladie dont les jeunes sujets étaient affectés? L'observation étant muette à cet égard, nous sommes autorisé à conclure que ces recherches n'ont pas été faites; partant le cas actuel est complétement nul et n'a aucune valeur scientifique.

Ceci nous conduit tout naturellement à l'examen de la seconde question, non moins importante, soulevée par le fait que nous avons cité.

Nous ne savons si la parenthèse soulignée qui termine l'avant-dernier paragraphe de l'article que nous examinons est due au rédacteur du journal allemand ou à celui du journal belge qui l'a reproduit, mais d'où qu'elle vienne, nous croyons pouvoir démontrer que le cas ne prouve rien contre la doctrine de M. Ricord.

Quant à ce qui touche les enfants, nous avons suffisamment démontré, ce nous semble, que rien n'indique que l'on n'ait pas eu affaire à une vérole constitutionnelle transmise par hérédité. Nous n'avons donc plus à y revenir.

Mais il y a quelque chose de plus singulier que tout cela.

La mère d'un de ces enfants le porte sur ses bras nus, et bientôt voit apparaître des ulcérations sur ses bras, aux points qui ont été en contact avec les sécrétions de l'enfant. Cette femme est examinée, et l'on trouve sur elle des condylômes à l'anus et aux parties génitales. La rédaction de l'observation est assez obscure pour que l'on ne puisse savoir si les ulcérations des bras ont précédé les condylômes, ou réciproquement. Mais de savoir si cette femme a eu des chancres auparavant, si elle avait déjà présenté antérieurement des signes de vérole constitutionnelle, si son mari était sain, on ne s'en est pas occupé; il n'en est nullement question, non plus que des antécédents des neuf personnes qui ont donné leurs soins aux enfants malades, et se sont trouvées syphilitiques au moment où on les a observées. Si la mère de l'enfant qui a fourni le vaccin a été convaincue de syphilis, qui empêche d'admettre une infection pareille pour les neuf autres syphilitiques, bien qu'elles habitassent la campagne, où il paraît, suivant la remarque naïve de l'auteur allemand, que la syphilis n'existe pas? Et c'est avec des observations pareilles que l'on prétend constituer la science!

Comment! ceux-là mêmes qui professent la possibilité de la transmission de la syphilis constitutionnelle d'individu à individu par le coït nous disent que l'inoculation par la lancette ne peut produire cette transmission, et qu'il faut admettre, pour qu'elle ait lieu, certaines conditions que l'on ne peut produire artificiellement, une sorte d'élévation des parties en contact *au rouge virulent,* qu'on nous passe cette expression; et c'est avec une observation aussi incomplète, qui n'est accompagnée d'aucun des détails que l'on est en droit d'exiger d'un fait tellement en dehors des lois naturelles, c'est avec d'aussi pauvres arguments que l'on vient attaquer une doctrine appuyée sur des cas aussi nombreux, aussi authentiques que ceux recueillis depuis vingt ans par M. Ricord sous les yeux de centaines de médecins et d'élèves!

Résumons-nous en disant que le fait invoqué pour prouver la nature syphilitique du vaccin pris sur un enfant vérolé n'est pas un fait scientifique, et qu'il est tout au plus bon pour servir de texte à des plaidoiries d'avocats incompétents, pour couvrir la conduite de parents libertins et donner satisfaction à un préjugé populaire aussi funeste que ridicule. — Dr A. Foucart.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

ADDITION A LA SÉANCE DU 19 JUIN 1855.

Fin du discours de M. Baillarger sur la folie au point de vue anatomo-pathologique.

M. Baillarger. Je passe aux doctrines de M. Moreau.

J'ai ici, messieurs, à examiner deux points différents :

1° M. Moreau nie la monomanie en principe;

2° Il regarde le délire et la folie comme une seule et même maladie dont les types divers admis jusqu'à présent ne sont que des périodes.

Occupons-nous d'abord du premier point, c'est-à-dire de la négation de la monomanie en principe; je crois devoir faire remarquer avant tout que la position est ici beaucoup moins grave. Il y a loin, en effet, de l'opinion de M. Falret, qui nie l'existence de la monomanie en fait, à celle de M. Moreau, qui la rejetterait en principe en se fondant sur une objection purement psychologique. On sait que, sur le terrain de la psychologie, il est facile de se trouver en dissidence.

Voyons d'abord le passage sur lequel s'est appuyé M. Bousquet pour démontrer l'opinion de M. Moreau :

« D'après les lois constitutives des facultés intellectuelles, dit M. Moreau, il est impossible d'admettre que ces facultés puissent être modifiées d'une manière partielle.

» Dans la plus légère, comme dans la plus grave de ces lésions, il y a nécessairement métamorphose complète, transformation radicale, absolue de toutes les puissances mentales du moi qui les résume.

» En d'autres termes, comme on raisonne, on déraisonne; on est fou ou on ne l'est pas; mais on ne saurait l'être à moitié, aux trois quarts, de face ou de profil. »

Il y a dans l'âme humaine deux ordres de faits, les uns appartiennent à ce que les psychologues ont appelé les capacités naturelles de notre nature, les autres appartiennent au pouvoir personnel qui gouverne ces capacités. M. Moreau, dans le passage cité, me paraît avoir confondu à tort ces deux ordres de faits. J'ajouterai en passant que cette même confusion existe dans toute la partie psychologique du travail de M. Bousquet.

Le pouvoir personnel est un et ne peut se diviser; la perte du libre arbitre, qui constitue essentiellement l'aliénation mentale, ne peut non plus être scindée. Donc, quand vous affirmez qu'un fou ne peut l'être à moitié, aux trois quarts, je suis complétement de votre avis. Je l'ai dit déjà, et presque dans les mêmes termes, dans mon travail sur la classification des maladies mentales. Un homme, en effet, est aliéné ou ne l'est pas; il domine ses actes ou ne les domine pas. La folie, pas plus que la raison, ne peut se partager; aussi, vous le savez, me suis-je élevé contre ces expressions de délire partiel sur lesquelles je reviendrai dans un instant.

Donc, si vous ne voulez parler que des faits appartenant au pouvoir personnel, il n'y a nulle dissidence entre nous; mais la dissidence commence quand vous dites que les facultés de l'âme humaine ne peuvent pas être lésées partiellement, quand vous semblez confondre, par exemple, la mémoire et la liberté. Dire que l'intelligence ne peut pas être lésée partiellement, c'est évidemment une erreur. Non-seulement l'intelligence peut être lésée partiellement, mais elle peut l'être à tous les degrés et de la manière la plus diverse. Que sont, je vous le demande, ces hallucinations isolées observées parfois chez des hommes tout à fait raisonnables? Que sont ces idées fixes qui tendent à dominer l'intelligence et deviennent si exclusives qu'on ne peut plus s'en détourner? Que sont encore ces impulsions si bizarres surgissant tout à coup dans notre esprit et qui parfois feraient de nous autant d'aliénés si elles avaient plus de puissance?

On me citait ces jours derniers un professeur célèbre qui pendant assez longtemps n'a pu commencer sa leçon sans se sentir poussé à escalader au galop les gradins de son amphithéâtre. Ne sont-ce pas là, je le demande, des lésions partielles de nos facultés, lésions légères et passagères quand il s'agit des impulsions dont je viens de parler, lésions graves si nous arrivons jusqu'aux hallucinations?

Observez avec soin tous les degrés de l'excitation maniaque et de la prostration mélancolique, et vous verrez combien il est facile d'établir dans la lésion de nos facultés toute une échelle de gradation. Quant aux contrastes que ces lésions présentent, il suffit pour s'en convaincre d'observer, par exemple, le délire mélancolique et le délire ambitieux. Voici un homme qui passe six mois assailli par les idées les plus tristes, par les tableaux les plus lugubres; il est en proie au découragement le plus profond. Bientôt il sortira de cet état et passera six autres mois au milieu des idées les plus riantes, se berçant d'espérances brillantes et des chimères les plus flatteuses pour sa vanité. N'y a-t-il pas là, je le demande, un enseignement dont il faut profiter, et, quand on voit dans nos facultés des lésions d'une nature si opposée, comment n'admettrait-on pas que ces mêmes facultés peuvent être lésées à des degrés divers? J'admets donc qu'il y a des lésions partielles, mais je reconnais avec vous que la folie dans son essence est une. C'est sur quoi j'ai déjà insisté dans mon *Essai de classification*, et voici dans quels termes je l'ai fait :

Peut-on dire que la folie est partielle ou générale?

Pour décider cette question, il est indispensable de chercher à se rendre compte de ce que c'est que la folie et en quoi consiste son phénomène radical.

Il y a dans la folie deux éléments très distincts :

Le premier est un trouble, un désordre, une lésion de l'entendement.

Le second est la perte de conscience de ce trouble, de ce désordre, de cette lésion.

Prenons pour exemple un halluciné.

Nous trouvons d'abord l'hallucination, lésion de l'intelligence et de la sensibilité, constituant le premier élément; puis la conviction du malade que cette hallucination a réellement une cause dans le monde extérieur et qu'elle est le résultat d'une persécution, etc. C'est-à-dire, *perte* ou *absence de conscience*, que cette hallucination n'est qu'un symptôme de dérangement intellectuel. C'est le deuxième élément.

Quel est ici le phénomène principal?

La réponse est bien facile et ne peut soulever aucune objection.

Il est bien évident que ce n'est pas l'hallucination, c'est-à-dire la lésion de l'entendement. Car un homme, et les exemples n'en sont pas très rares, peut être halluciné sans être aliéné; cela arrive tant qu'il conserve la conscience de sa maladie jugée et appréciée par lui comme par le médecin lui-même.

Le phénomène radical, c'est donc la perte de conscience.

Or, la perte de conscience d'une lésion peut-elle être partielle ou générale?

Non, assurément; ce qui peut s'étendre et se limiter, c'est la lésion, mais non la perte de conscience.

Me fondant sur les raisons qui précèdent, je crois donc qu'il serait plus rigoureux de dire : délire avec *lésion* partielle, délire avec *lésion* générale.

Ainsi donc, vous le voyez, la dissidence entre nous n'est que le résultat d'une confusion. Je pense comme vous qu'un homme ne peut être fou à moitié, et c'est pour cela que j'ai signalé la dénomination de *délire partiel* comme n'étant pas suffisamment rigoureuse.

Je passe au deuxième point.

Je dis que M. Moreau ne voit dans les divers types de la folie que les périodes d'une seule et même maladie. C'est une opinion théorique que je ne saurais admettre, et que j'ai combattue d'avance dans tout ce qui précède en parlant des classifications. Sans donc insister sur ce point, je me bornerai à dire, notre collègue M. Bousquet ne l'ayant pas fait, comment M. Moreau y a été conduit.

Ce médecin admet que tous les délires sans exception sont précédés d'un même état pathologique. Ils prennent tous naissance dans une même lésion des facultés. C'est cette lésion qu'il a appelée le *fait primordial*, ou l'excitation. Elle consiste surtout dans la dissociation des idées; c'est là pour M. Moreau le fait générateur de tous les délires, et ce fait se renouvelle par intervalles chez les monomaniaques eux-mêmes. C'est ce qui avait lieu en particulier chez Berbiguier.

La remarque faite par M. Moreau est importante, j'en ai souvent constaté l'exactitude; mais alors même qu'il n'y aurait pas d'assez nombreuses exceptions, la conséquence qu'il en tire ne me paraîtrait pas suffisamment rigoureuse. Si on découvrait, par exemple, que les convulsions de l'hystérie et de l'épilepsie ne se produisent qu'après un trouble dynamique identique, faudrait-il pour cela les confondre? Non assurément, car les manifestations symptomatiques sont si différentes qu'il y a évidemment d'autres conditions plus que suffisantes pour maintenir la distinction de ces deux maladies. On a vu combien sont tranchés les symptômes de la manie, de la monomanie et de la mélancolie; et quand bien même elles seraient précédées d'un état cérébral identique qui constituerait entre elles une analogie, cela ne ferait en aucune façon disparaître les caractères différentiels qui les séparent.

En résumé, pour tout ce qui a trait à cette question de classification, je crois, et je le dis avec la plus entière conviction, que les médecins aliénistes sont, au fond, bien près d'être d'accord. Les trois grands types admis par Esquirol, conservés par M. Falret, sont en effet généralement reconnus comme la base d'une bonne classification. Il y a donc eu, je le crois, un peu d'exagération, et, j'ajoute à regret, quelques inexactitudes dans les objections qu'a soulevées notre savant collègue.

J'arrive à la deuxième question que je me suis proposé de traiter, c'est-à-dire à la physiologie pathologique.

J'ai exposé dans ma première argumentation une théorie du délire que j'ai désignée sous la dénomination de *théorie de l'automatisme*. Elle est opposée à l'opinion des médecins aliénistes qui admettent des lésions de l'attention, comme l'a fait en particulier Esquirol. L'automatisme de l'intelligence est, à mon avis, le point de départ de la folie, et il suffit, je crois, pour en expliquer toutes les formes.

Je ne saurais dissimuler, messieurs, que cette théorie m'est chère à plus d'un titre; c'est celle que j'ai exposée il y a douze ans dans ma *Physiologie des hallucinations*. C'est elle qui en est la base, et c'est à cette partie physiologique de mon travail, la seule qui ait été imprimée, que fut décerné le prix *Civrieux*. C'est donc avec peine que je renoncerais aujourd'hui à des convictions déjà anciennes, à des opinions auxquelles je ne me suis arrêté qu'après de longues et pénibles recherches. Cependant cette théorie de l'automatisme a été de la part de notre collègue M. Bousquet l'objet de très vives critiques, et l'on trouvera tout simple que je fasse tous mes efforts pour la défendre.

M. Bousquet commence par établir que les mots automatisme et intelligence s'excluent, et il ne conçoit pas une si étrange association. Toute cette théorie est, dit-il, trop profonde pour qu'il la comprenne. Tout ce qu'il voit, c'est que l'automatisme est pour moi d'une grande ressource, car, dit-il, j'en fais souvent usage; je taxe d'automatisme, d'après M. Bousquet, tout penseur qui, absorbé dans ses méditations, s'isole de ses sens au point de rester étranger à ce qui se passe autour de lui, et à ce compte, ajoute-t-il, il n'y aurait jamais plus d'automates que parmi les hommes de génie, etc.

Il n'y a, messieurs, qu'une réponse à faire à ces objections. Il est évident, et la faute en est assurément à moi seul, il est évident que je n'ai pas été compris. J'ai péché par trop de présomption, et j'aurais dû moins compter sur mes propres forces. Je serai plus modeste aujourd'hui. J'appellerai à mon aide un philosophe qui entre beaucoup d'autres mérites a celui de la clarté. Voici quelques passages empruntés à Jouffroy, et que j'extrais de son chapitre sur les facultés de l'âme :

« Comme un ouvrier prend et quitte tour à tour ses instruments, nous sentons la volonté, tantôt se saisir des capacités de notre nature et les employer à ses desseins, tantôt les délaisser et les abandonner à elles-mêmes; et, ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que dans ce dernier cas, nos capacités naturelles n'en marchent pas moins pour être délaissées par le pouvoir personnel; elles se développent sans son secours et vont fort bien sans lui. »

Ainsi il existe en nous, quant à l'exercice intellectuel, deux états très différents : dans l'un nous dirigeons nos facultés, nous les employons à nos desseins, nous sollicitons les idées par une recherche active, et quand nous les avons fait naître, nous les conservons plus ou moins longtemps pour les examiner sous tous leurs aspects : c'est l'intervention active de la personnalité.

L'autre état est tout à fait opposé : c'est l'état d'indépendance pour les facultés et d'inertie pour le pouvoir personnel. « Nous sentons alors notre mémoire, notre imagination, notre entendement se mettre en campagne sans notre congé, courir à droite et à gauche comme des écoliers en récréation et nous rapporter des idées, des images, des souvenirs trouvés sans notre secours et que nous n'avions pas demandés. »

Pour peu qu'on s'observe, on reconnaît que ces deux états se succèdent alternativement; à chaque instant nous reprenons la direction, et à chaque instant elle nous échappe. Mais il arrive aussi que l'état d'indépendance des facultés se prolonge; alors « la défaillance est générale, c'est-

à-dire que le pouvoir personnel abdique entièrement, et lâche en même temps les rênes à nos facultés. C'est ce qu'on peut observer dans ces moments où le corps étant dans un repos parfait, la sensibilité à peine effleurée par quelques sensations légères, nous laissons aussi aller notre mémoire, notre imagination et notre pensée comme elles le veulent, et tombons dans ce qu'on appelle l'état de rêverie. Notre personnalité n'est pas éteinte, elle surveille encore le jeu naturel des capacités qui l'entourent; elle a la conscience qu'elle peut, quand elle le voudra, s'en ressaisir; mais pour le moment elle ne gouverne pas : elle laisse tout aller, elle se repose. Dans cet état, toutes nos facultés se meuvent de leur mouvement propre et selon leurs lois, non selon les nôtres, et par notre impulsion. L'homme s'est retiré, et *notre nature vit comme une chose;* tout ce qui se passe en nous *est fatal;* nous sommes retombés sous la loi de la *nécessité*, *qui se joue de nous comme elle se joue de l'arbre et des nuages.* »

A ces passages nous n'ajouterons plus que le suivant :

« L'homme se rapproche des choses quand il délaisse cet empire qu'il dépend de lui de prendre ; quand au lieu de s'approprier *ses facultés*, il les abandonne à leur propre mouvement, et reste paresseusement endormi au milieu d'un MÉCANISME dont il lui a été donné de gouverner tous les *ressorts.* »

Qu'est-ce, messieurs, que cet état de rêverie pendant lequel notre nature vit comme une chose où tout ce qui se passe en nous est fatal, où nous sommes retombés sous la loi de la nécessité qui se joue de nous comme elle se joue de l'arbre et des nuages? Qu'est-ce que cet état que Jouffroy compare à un *mécanisme* mu par des *ressorts?* Cet état, c'est l'automatisme.

Maintenant, messieurs, notre collègue M. Bousquet dira-t-il que ces mots de mécanisme et d'intelligence s'excluent? s'élèvera-t-il contre ce rapprochement? retournera-t-il les critiques qu'il m'a adressées contre le philosophe spiritualiste? et, s'il ne le fait pas, pourquoi ne serais-je pas autorisé à conserver ce mot d'automatisme pour désigner d'une manière plus brève l'état complet d'indépendance des facultés?

Au reste, messieurs, je comprends sans peine l'opposition de M. Bousquet. Comme je l'ai dit plus haut, il a confondu le pouvoir personnel et les facultés qu'il gouverne, ces facultés soumises au pouvoir de la volonté, et ces mêmes facultés abandonnées à elles-mêmes. Il en résulte que les mots de mécanisme, de ressorts, d'automatisme, employés pour l'activité volontaire des facultés, deviennent pour lui tout ce qu'il y a de plus étrange. Sa critique serait en effet dans ce cas parfaitement fondée, et en me plaçant à son point de vue je ne m'expliquerais pas différemment. Il suffit donc, au moins je le crois, de s'expliquer d'une manière plus claire et plus complète pour faire disparaître sur ce point toute dissidence.

Après ce qui précède, est-il besoin d'ajouter que je n'ai jamais taxé d'automatisme tout penseur qui vit absorbé dans ses méditations, et qui s'isole ainsi du monde extérieur? Non assurément; une telle pensée n'a jamais été la mienne. La méditation, en effet, c'est l'activité volontaire dans toute sa force ; c'est le moment où le pouvoir personnel use de toute sa puissance, où les facultés, au contraire, sont le plus complétement soumises; et cet état est véritablement le plus opposé à l'état de rêverie que j'ai décrit plus haut. Il n'est donc besoin ici que d'une rectification.

Il en est une autre moins importante, qui se rapporte au fait de Newton. D'après notre collègue M. Bousquet, j'aurais dit que quand cet homme célèbre avait brûlé le doigt de sa fiancée il ne le voulait pas, et M. Bousquet ajoute. C'est qu'il voulait ailleurs trop fortement. Il y a là une opposition qui rend bien la pensée de M. Bousquet; mais il y a aussi une inexactitude. Je n'ai pas dit, et je n'ai pas pu dire que Newton ne le voulait pas; ceci est de toute évidence. Newton était alors dans l'état de rêverie; ses facultés étaient abandonnées à elles-mêmes, et son activité volontaire tout à fait absente; il était, pour rappeler les expressions de Jouffroy, « paresseusement endormi au milieu d'un mécanisme dont il ne gouvernait plus les ressorts. » Il ne méditait pas, il rêvait.

J'arrive, messieurs, au dernier point qui reste à examiner : aux analogies des rêves et de la folie. M. Bousquet n'admet pas ces analogies; il n'admet pas au moins qu'on les regarde comme très intimes et très étroites; c'est encore un rapprochement qui lui paraît des plus bizarres. A cet égard même, notre collègue serait presque tenté de douter de ma conviction, et il me demande si je crois sincèrement ce que j'affirme avec tant d'assurance. « Que l'auteur d'une pareille conception y croie, ajoute M. Bousquet en parlant de M. Moreau, c'est son juste châtiment; mais tout autre n'ayant pas le même intérêt devrait juger plus sainement. »

Il est évident, messieurs, qu'en persistant dans les idées que j'ai émises, je m'expose à perdre beaucoup dans l'opinion de notre collègue, mais avant tout il faut être sincère. Je dois donc déclarer que je crois, en effet, aux analogies des rêves et de la folie; j'ajouterai même que, si c'est une erreur, cette erreur a déjà été commise par moi il y a plus de douze ans.

On a souvent comparé les hallucinés à des hommes qui rêvent éveillés; or j'ai trouvé que ce n'était pas assez, et je me suis efforcé de démontrer que les hallucinés, dans un certain état que j'ai appelé *état d'hallucination*, ne peuvent pas être assimilés à des hommes véritablement éveillés. Ainsi une simple comparaison ne me suffisait pas, et je voulais un rapprochement plus intime et plus complet. Ce que je viens de dire suffira, je l'espère, pour convaincre M. Bousquet de ma sincérité.

Cependant, si j'admets entre les rêves et la folie des analogies, je ne crois pas que l'on puisse ici prononcer le mot *identité;* j'avoue même que je comprendrais difficilement cette identité avec les idées émises par M. Moreau : « La folie, dit-il, est un état mixte résultant de la fusion de l'état de sommeil avec l'état de veille. » S'il en est ainsi, comment la folie serait-elle identique à l'état de rêve? N'est-il pas impossible, en effet, qu'un état qui résume en lui les caractères de deux états opposés soit identique à l'un de ces deux états?

Il y a d'ailleurs dans la folie, comme je l'ai dit plus haut, deux éléments; c'est dans l'un de ces éléments que consiste son analogie avec l'état de rêve; c'est par l'autre qu'elle tient à l'état de veille; chez l'halluciné, par exemple, le premier élément c'est l'hallucination, qui n'a lieu que dans l'état d'indépendance des facultés; le second, c'est la conviction délirante que cette hallucination entraîne, conviction active et qui se continue dans l'état le plus complet de veille.

Telles sont les raisons qui me font croire aux analogies très étroites entre les rêves et la folie, et qui m'empêchent en même temps d'admettre l'identité de ces deux états.

M. Heurteloup a adressé à M. le président de l'Académie, dans la dernière séance, la lettre suivante, dont nous n'avions pu qu'indiquer l'objet dans notre compte rendu :

Monsieur le président,

Depuis longtemps je m'occupe de la solution d'un problème important, celui de convertir la taille par le haut appareil, cette opération maintenant si précieuse, en *plaie simple*, en empêchant pendant la cicatrisation l'urine de sortir par l'ouverture faite à la vessie.

J'obtiens ce résultat :

1° En ne coupant pas l'organe pour pénétrer dans son intérieur, mais en écartant ou rompant ses fibres, qui, entre-croisées sur plusieurs couches, se rapprochent bientôt;

2° En fermant l'ouverture au moyen de l'introduction dans l'intérieur de l'organe, par la plaie, d'un ballon de caoutchouc, qui élevé par l'urine vient fermer l'ouverture.

J'ai l'intention d'exposer ces procédés devant l'Académie dans un mémoire spécial; mais dans ce moment-ci j'ai un malade en traitement, et s'il plaisait à l'Académie de nommer dès à présent une commission pour examiner ces procédés, dont je lui donne une idée exacte, elle pourrait voir dès à présent l'effet des deux moyens que j'emploie, et surtout du second, qui est maintenant en action.

Le malade en question est le deuxième que j'opère; c'est un vieillard malheureusement âgé de soixante-dix-huit ans. Le premier a été guéri.

J'ai l'honneur, etc. Baron HEURTELOUP.

La note suivante, qu'a bien voulu nous remettre un jeune architecte parfaitement compétent, M. Max Vautier, répondra mieux que nous ne pourrions le faire aux nombreuses demandes que des confrères de province et de l'étranger nous adressent chaque jour pour savoir s'ils peuvent enfin se mettre en route pour venir voir notre exposition. Nous saisissons cette occasion pour leur rappeler qu'un salon où ils trouveront les journaux, des renseignements de diverses sortes et tout ce qui est nécessaire pour faire sa correspondance, leur est dès ce moment ouvert dans nos bureaux.

LE PALAIS DE L'INDUSTRIE. — L'EXPOSITION UNIVERSELLE.

Le Palais de l'Industrie est achevé; déjà même depuis quelque temps le public peut visiter la magnifique galerie des machines (1) qui lui sert d'annexe, en admirer le grand effet et les heureuses dispositions. Elle est reliée à l'ensemble de l'exposition par un pont couvert d'une exécution simple et hardie. Le Panorama, qui est situé entre cette galerie et le corps du Palais, sera dans quelques jours livré au public (2); il a été entouré de vastes tentes qui ont déjà reçu les plus beaux articles de l'industrie parisienne; l'intérieur est rempli des splendides produits des manufactures de Sèvres et des Gobelins. La forme circulaire de cet édifice est des plus heureuses; elle distrait l'œil, qui n'en peut mesurer dès l'abord toute l'étendue; à l'entour se développe, sous les beaux arbres qui entourent le Palais, l'exposition spéciale des machines destinées à l'agriculture et à l'ornement des jardins. En somme, car maintenant on peut juger l'ensemble du monument et de ses dépendances, tous les hommes impartiaux conviennent qu'on peut louer sans restriction l'agencement général du Palais, ses abords faciles, ses passages larges et les fréquentes communications qui permettent à la foule de circuler partout sans encombrement.

L'expérience faite le 27 mai dernier (la générosité de l'Empereur avait pour ce jour-là gratuitement ouvert les portes de l'exposition) a prouvé l'immense quantité de visiteurs que l'exposition peut recevoir, puisque 98,000 personnes ont pu, dans cette seule journée, parcourir le Palais de l'Industrie et admirer à leur aise les riches produits qui y sont placés. A cette époque la galerie des machines, le Panorama et le vaste espace occupé par les instruments agricoles n'étaient pas encore ouverts, et ces diverses annexes offrent une surface plus que double de celle du Palais même. Les dimanches suivants, 68,000 visiteurs d'abord, puis 80,391 sont venus confirmer cette expérience, et prouver victorieusement la bonne conception du plan général du monument et les heureuses dispositions prises par la commission impériale.

Dans les beaux jours de l'exposition de Londres, on comptait de 50,000 à 56,000 visiteurs, et c'était au prix d'une cohue dont ceux qui en ont été les témoins et les victimes gardent un vif souvenir.

Certes, si vous disiez qu'en arithmétique la moitié est plus grande que l'entier, chacun vous rirait au nez. C'est pourtant ce que chacun répète ici sous d'autres formes, en soutenant que le *Cristal Palace* était plus vaste que le Palais de l'Industrie. Contre ces gens qui nient l'évidence, il n'y a qu'un argument : les chiffres. Ceux qui suivent ont été puisés aux sources officielles.

Le Palais de l'Industrie et la galerie-annexe des machines comprennent une superficie de.	105,000 mètres
Le Panorama et son pourtour.	18,000 »
Le terrain enclos par des barrières, et consacré à l'exposition des machines agricoles.	44,500 »
Le Palais des Beaux-Arts.	16,700 »
Total. . . .	184,000 »
Le Palais de cristal de Londres avait une superficie totale de.	95,000 »
Différence en faveur du Palais de l'Industrie. . .	89,000 mètres.

(1) C'est dans cette galerie que sont exposés les instruments de chirurgie et tous les objets qui font partie de la ... classe (Hygiène, etc.)

(2) Le *Moniteur* annonce aujourd'hui que le Panorama sera ouvert demain dimanche.

Il faut espérer que ces chiffres suffiront pour détruire une opinion qui s'est accréditée auprès de gens toujours disposés à louer le passé au détriment du présent, les beautés de l'étranger au détriment des magnificences de notre pays.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 16 juin, l'élection faite par l'Académie des sciences de M. Jules Cloquet pour remplir la place d'académicien vacante par suite du décès de M. Lallemand est approuvée.

— Le ministre de l'instruction publique et des cultes a arrêté que les membres de la Faculté des sciences de Montpellier se rendront à Carcassonne, et que ceux de la Faculté des sciences de Grenoble se rendront à Valence, pendant la session d'août 1855, pour y procéder simultanément aux examens du baccalauréat ès sciences, conformément aux dispositions de l'arrêté du 4 mai 1855.

— Par arrêté du 20 juin, la démission de M. Barnetche, professeur d'accouchements, maladies des femmes et des enfants à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux, a été acceptée. M. Barnetche a été nommé professeur honoraire de ladite école.

— Le journal anglais *the Lancet* annonce que M. le docteur Deville, ancien prosecteur des hôpitaux ee Paris, vient d'être nommé professeur d'anatomie à l'école anatomique et médicale de Grosvenor Place, à Londres.

— L'empereur d'Autriche vient de nommer :

M. le docteur Wenzel Treitz professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de Prague;

M. le docteur R. Heschl, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de Cracovie;

M. le docteur A. Willigh, professeur d'anatomie à l'école chirurgicale d'Olmutz.

— Notre honorable confrère M. le docteur A. Bérigny (de Versailles) vient de publier dans *la Science* un long et fort intéressant article intitulé *la Lune rousse et la période de refroidissement du milieu de mai.* De ses observations, il résulte qu'en comparant la température moyenne du mois de mai 1855 au même mois des huit années précédentes, on trouve que celui de cette année a été le plus froid, et même que d'après ces neuf années la température irait presque sans cesse en se refroidissant, ainsi que le prouve le tableau suivant :

Année	Température moyenne	du mois de mai.	
1847			15,4
— 1848	—	—	15,7
— 1849	—	—	15,1
— 1850	—	—	12,7
— 1851	—	—	11,3
— 1852	—	—	14,6
— 1853	—	—	13,1
— 1854	—	—	12,2
— 1855	—	—	10,9

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues à la Faculté de médecine par MM. :

Allain, né le 31 août 1831 à Bourseul (Côtes-du-Nord); *De l'apoplexie pulmonaire.*

Inglessis, né le 21 mai 1827 à Céphalonie (îles Ioniennes); *De quelques cas de méningite cérébro-spinale observés à la Salpêtrière chez des vieillards pendant le printemps de l'année 1852.*

Bonnet, né le 24 juillet à Allanches (Cantal); *De l'iritis, ou inflammation de l'iris.*

Gardelle, né le 28 juin 1830 à Bruniquel (Tarn et-Garonne); *Etudes des indications de l'accouchement prématuré artificiel et de l'avortement médical.*

Epron, né le 13 décembre 1824 à Anctoville (Manche); *Quelques mots sur la formation du sucre à l'état physiologique et à l'état pathologique.*

Ricard, né le 4 novembre 1824 à Crest (Bouches-du-Rhône); *Hygiène des entreprises à la partie intertropicale de la côte occidentale d'Afrique, basée sur l'observation des faits hygiéniques les plus communs.*

Boillet, né le 27 janvier 1827 à Pierrecourt (Seine-Inférieure); *De la pleurésie diaphragmatique.*

Lamiable, né le 21 février 1826 à Coucy (Ardennes); *De la dyspepsie.*

Toutes les thèses soutenues à la Faculté sont annoncées dans la *Gazette;* celles qui sont remises à notre bureau sont analysées dans un des numéros qui suit la remise.

La plupart de nos abonnés de Paris ont déjà échangé leurs numéros de l'année 1854 contre la collection reliée de cette même année.

Pour ceux de la province, cet échange est moins facile. Cependant, l'exposition universelle devant sans doute en faire venir un grand nombre à Paris, nous leur rappelons que nous aurons toujours des volumes reliés à leur disposition.

Le prix de la reliure est de 2 francs. — Le prix des numéros qui auraient été perdus est de 10 centimes.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. DECQ;
A Genève, à la librairie de JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Formulaire des médicaments agréables, faisant suite à la *Pharmacopée de Montpellier*, par M. J.-P.-J. GAY, pharmacien et professeur à l'École supérieure de pharmacie de Montpellier. — Un volume in-18 de 334 pages. Prix : 4 fr. Paris, 1855, chez J.-B. Baillière, rue Hautefeuille, 19.

De la percussion sur l'homme sain, Procédés opératoires réduits à leur plus simple expression, par M. le docteur L. MAILLIOT. — Un volume in-folio de 57 pages. Prix : 2 fr. Paris, 1855, chez J.-B. Baillière, rue Hautefeuille, 19.

LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 74. — MARDI 26 JUIN 1855. (28e ANNÉE.) N° 74. — MARDI 26 JUIN 1855.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 25 JUIN 1855.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'événement de la séance a été le rapport de M. Dumas sur la question de la fonction glucogénique du foie. On se rappelle que la théorie de la glucogénie hépatique de M. Cl. Bernard a été vivement attaquée par M. Figuier dans deux mémoires qu'il a lus successivement à l'Académie des sciences dans les séances du 29 janvier et du 26 mars derniers.

M. Figuier, par une série d'expériences, était arrivé à des résultats qui infirmaient quelques-uns des faits établis par M. Bernard, et qui donnaient à ceux dont la réalité n'était pas en cause une interprétation différente.

D'un autre côté, MM. Poggiale et Leconte, ayant repris, à cette occasion, les expériences de M. Bernard, ont communiqué depuis à l'Académie les résultats entièrement confirmatifs qu'ils ont obtenus. Nous ne nous sommes pas borné à reproduire ces divers travaux, nous avons cherché à exposer l'état de la question et à faire ressortir plus particulièrement le point spécial du débat. Nous sommes arrivé ainsi, en dégageant les données purement théoriques du problème, à montrer que la question en litige reposait tout entière sur un point de fait ; savoir, si le sang de la veine porte contient ou non du sucre chez les animaux nourris de viande. De ce fait découlent, en effet, toutes les conséquences qui confirment ou qui infirment la théorie de M. Cl. Bernard. Or, c'était là une question de pure chimie.

Arrivé à ce terme ultime de la question, nous avons dû nous arrêter devant notre incompétence, et attendre le jugement du tribunal auquel les deux parties en appelaient. C'est ce jugement que M. Dumas est venu formuler lundi dernier devant l'Académie au nom de la commission. Nous publions textuellement le rapport de M. Dumas, dont les conclusions maintiennent implicitement dans son intégrité la doctrine de M. Cl. Bernard. Nous en félicitons notre savant confrère, et nous nous réjouissons de ce résultat pour la science, dont l'intérêt seul était ici en cause. Nous rappellerons à cette occasion ce que nous disions en terminant l'article dans lequel nous avons cherché à résumer l'état de cette question, que, « quelle que dût être l'issue de la lutte, elle ne pourrait affaiblir en rien la juste considération et l'autorité dont jouissent les savants qui s'y sont trouvés engagés », convaincu que ce sera aussi le sentiment de tous nos lecteurs.

— L'Académie a entendu dans cette même séance une lecture de M. Jobard (de Bruxelles), sur la myopie et la presbytie ; on en trouvera au compte rendu un court mais suffisant résumé. Elle a reçu enfin plusieurs communications qui intéressent directement la médecine et la chirurgie pratique ; tel est le mémoire de M. Michel sur les rapports que les anomalies des artères axillaire et humérale déterminent avec le plexus brachial et les branches terminales, rapports extrêmement utiles à connaître pour les chirurgiens, et dont l'auteur a très bien fait ressortir lui-même les déductions au point de vue de la médecine opératoire. Telles sont encore les deux communications de MM. les professeurs Fuster (de Montpellier), sur l'administration de l'acide arsénieux dans les fièvres intermittentes rebelles, et Sédillot (de Strasbourg), sur une opération d'entérotomie pratiquée pour un cas d'anus artificiel. Le *Compte rendu* de l'Académie ne nous fait point connaître les détails de ces deux communications, mais nous aurons certainement à y revenir prochainement. — Dr Brochin.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. ARAN.

De l'atrophie musculaire progressive.

(Leçon recueillie par M. GUYON, interne du service.)

Les trois malades sur lesquels je veux appeler votre attention sont affectés de cette étrange maladie que j'ai décrite, il y a quelques années, sous le nom d'*atrophie musculaire progressive*, qui a reçu de M. Cruveilhier le nom de *paralysie musculaire progressive*, et de M. Duchenne (de Boulogne) celui d'*atrophie musculaire progressive avec dégénérescence graisseuse des muscles.*

Le premier de nos trois malades est en traitement depuis le 10 avril : il a vingt-huit ans, est cultivateur, d'une forte et robuste constitution. Deux de ses tantes sont mortes, dans un âge avancé, avec une atrophie musculaire généralisée.

Chez lui, il y a déjà dix ans, la jambe droite a commencé à faiblir, puis à maigrir un peu ; il y a deux ans ce fut le tour de la jambe gauche, qui n'est que peu amaigrie. Il y a dix-huit mois, le bras droit commença à s'affaiblir. Depuis six mois, l'atrophie est évidente. Il n'y a pas eu de contractions fibrillaires. A son entrée, les membres inférieurs, le droit surtout, paraissaient un peu amaigris ; la marche n'était pas assurée, il penchait en marchant. Aujourd'hui la marche est assurée et à peu près régulière. Le bras droit avait perdu plus de moitié de son volume. Le deltoïde, le biceps et surtout le triceps étaient presque entièrement détruits. Le trapèze, le grand pectoral des deux côtés étaient amaigris. Perte de certains mouvements. L'avant-bras et la main avaient conservé leur volume normal et contrastaient avec le bras amaigri. Aujourd'hui encore, alors que tous les mouvements sont possibles, après plus de trente séances d'électrisation, l'emploi des bains sulfureux, etc., l'amaigrissement du bras et de l'épaule est très prononcé. A son entrée, le membre supérieur droit donnait 13° au dynamomètre à main, il donne aujourd'hui 31° ; le membre droit, qui donnait 31°, donne 34°. Ce malade est encore loin de la guérison ; cependant il interrompt son traitement pour le reprendre au commencement de l'hiver. L'insolation, le séjour à la campagne pendant la belle saison seront des auxiliaires utiles pour le traitement.

Chez le deuxième malade l'affection est complexe ; c'est un homme de quarante et un ans, qui, il y a vingt ans déjà, eut au membre inférieur gauche une atteinte d'atrophie avec sentiment de faiblesse, de froid, un peu d'engourdissement. On crut à une affection de la moelle ; on conclut que le malade était paraplégique, bien que le membre droit restât parfaitement libre. Un traitement fut institué sans succès, et plus tard l'atrophie s'arrêta spontanément et le membre revint peu à peu à son volume normal. Il y a quatre ans, le malade attelait un cheval ; il veut lui passer le collier, il lui est impossible d'élever les bras. Déjà il avait remarqué que les muscles des membres supérieurs étaient le siége de contractions fibrillaires ; il s'était plaint de douleurs persistantes y siégeant également, et depuis quelque temps il était sujet à des congestions cérébrales. Le bras gauche seul présentait de la faiblesse ; le membre maigrit, les mouvements s'amoindrirent. Aujourd'hui encore, après quatre mois de traitement, bien que l'atrophie soit arrêtée, il ne peut encore s'habiller seul et manger sans appuyer le coude et porter la tête à la rencontre de la main gauche. Deux ans après l'affaiblissement du bras gauche, le membre supérieur droit se prenait à son tour, mais l'atrophie était moins prononcée qu'à gauche et les mouvements tous conservés ; l'atrophie ne fait plus de progrès, et le bras a même repris un peu de volume.

Ici l'atrophie porte sur l'ensemble du membre supérieur, mais surtout sur l'épaule et le bras gauche. Le biceps du bras gauche a presque entièrement disparu ; les muscles de l'épaule, et surtout le deltoïde, sont affaissés ; les muscles de l'avant-bras, et de la main sont également atrophiés ; plusieurs autres muscles du tronc sont malades à un moindre degré. Développement graisseux de l'individu, surtout au niveau des parties malades ; impuissance complète de ces parties soumises au froid ; excitabilité musculaire partout conservée ; congestions fréquentes revenant sous l'influence des émotions.

Le troisième malade a vingt-huit ans ; il est écrivain dans un consulat, malade depuis dix-huit mois.

Le début a été insolite ; une fièvre vive avec céphalalgie, suivie d'un affaiblissement général de tous les membres, mais sans anéantissement complet de leurs fonctions, telles ont été les premières manifestations de son affection.

Un mois après, les jambes recouvraient leur force première, mais les membres supérieurs restaient affaiblis, et le bras et l'avant-bras gauches devenaient le siége de douleurs. Traité par les frictions stimulantes, ce malade vit s'accroître ses douleurs et marcher plus rapidement l'amaigrissement du membre supérieur gauche : c'est sur ce membre que porte aujourd'hui l'atrophie ; il a perdu près des deux tiers de son volume et n'exécute que d'imparfaits mouvements ; l'élévation est surtout impossible ; c'est, en effet, le deltoïde qui est le plus atrophié ; réduit à une lame mince, il laisse voir le relief de la tête humérale, qui se trouve portée en avant dans une sorte de semi-luxation, mais n'a pas quitté la cavité articulaire, dans laquelle elle joue facilement par suite du relâchement des muscles qui l'entourent. Le faisceau supérieur du trapèze entraîne l'épaule en haut par suite du défaut d'antagonisme. Les muscles du thorax sont atrophiés de ce côté ; du côté opposé, l'atrophie existe à un degré moindre. Tous les muscles se contractent sous l'influence de l'électricité. Tels sont les principaux points de l'histoire de nos trois malades ; le dernier n'est arrivé à l'hôpital que de la veille.

L'atrophie peut être partielle ou généralisée, d'où deux formes dans l'affection qui nous occupe. C'est à la deuxième forme qu'appartiennent les observations des malades dont nous venons de parler. Ce qu'il importe surtout de bien préciser et de bien connaître dans cette affection, c'est sa physionomie particulière. L'amaigrissement en est le symptôme le plus saillant ; mais cet amaigrissement ne porte que sur un membre, sur un muscle, sur une partie des muscles de ce membre, souvent sur les muscles congénères, et respectant les antagonistes : d'où une forme bizarre des membres malades, et cela chez des personnes jouissant de la meilleure santé, chez lesquelles s'exécutent librement toutes les fonctions, et n'ayant rien perdu de la lucidité de leur intelligence.

L'atrophie est d'abord partielle, ce n'est que plus tard qu'on la voit se généraliser. L'atrophie est précédée par de l'affaiblissement, des douleurs, des crampes, des contractions fibrillaires, des soubresauts de tendons, mais lorsque les malades se présentent à nous déjà l'atrophie existe.

Les muscles, et partant les organes auxquels ils s'insèrent, sont agités de mouvements involontaires ; le pouce se porte spontanément dans l'adduction, les doigts se fléchissent, etc. ; ces contractions existent même pendant le sommeil. Les contractions fibrillaires sont caractérisées par un mouvement vermiculaire parcourant les muscles malades à la manière d'un courant et produites par la contraction isolée et successive des différents fibres et faisceaux du muscle. Ces contractions fibrillaires existent presque constamment dans les muscles atrophiés ou en train de le devenir, et se réveillent surtout à l'occasion de la fatigue musculaire (les frictions augmentent aussi beaucoup ces contractions) ; tandis que celles qui se montrent dans les maladies de la moelle sont réveillées par l'action d'agents excitants, application brusque du froid, chatouillement, etc.

En outre de ces contractions fibrillaires, il existe quelquefois des douleurs, des élancements, des sensations de déchirement autour des articulations ; elles cessent quelquefois dès que l'atrophie est pleinement établie.

La faiblesse augmente par la *fatigue* et le *froid* ; ce sont là deux ennemis redoutables des muscles atrophiés. La faiblesse est d'abord partielle, comme l'atrophie, et c'est ainsi qu'un malade se voit un jour dans l'impossibilité d'exécuter un mouvement qu'il ne fait pas d'habitude, tandis qu'il exécute librement tous les autres mouvements.

Les crampes sont tantôt passagères, tantôt permanentes, et se prolongent pendant des semaines et même des mois, comme vous le voyez chez notre troisième malade, ce qui constitue alors une espèce de contraction ; ces crampes sont rarement douloureuses, mais l'extension des membres occasionne des douleurs vives.

Quand l'atrophie existe, les muscles atrophiés donnent à la main une sensation toute particulière : ce n'est plus cette masse homogène se durcissant tout entière, c'est une masse molle, comme spongieuse, d'un toucher non homogène, se durcissant plus ou moins incomplètement pendant la contraction.

Outre l'aspect bizarre donné au membre par la prédominance de muscles restés sains auprès de muscles atrophiés, le défaut d'antagonisme qui peut s'établir ainsi donne quelquefois aux membres des positions bizarres, et cause des déformations. C'est ainsi que certaines parties sont dans l'adduction, d'autres dans la flexion, dans l'extension, etc. Pour savoir où en sont les muscles, il faut les interroger séparément au moyen de l'électricité localisée. Tant que leurs fibres ne sont pas toutes détruites, ils répondent à ce stimulant et se contractent, mais avec plus ou moins de puissance, comme on le comprend.

Le diagnostic est important à établir. Il y a beaucoup de paralysies qui sont susceptibles de déterminer l'atrophie musculaire ; on a même dénommé paralysie l'affection qui nous occupe. Dans les affections de la moelle, du cerveau, se voient des atrophies. Mais ici tout un côté, les deux membres, etc., sont simultanément

atrophiés; il y a en un mot paralysie d'ensemble. De plus, les symptômes propres à ces affections éclairent le diagnostic.

Les paralysies saturnines entraînent quelquefois très rapidement une atrophie partielle. Mais outre le siége de prédilection de ces atrophies et la marche de l'affection, il est un signe diagnostique découvert par M. Duchenne; je veux dire la perte de l'excitabilité musculaire dans les muscles atrophiés et paralysés par une cause saturnine. Ce signe est constant et ne peut tromper. Appliquez l'électricité, à quelque dose que ce soit, à ces muscles, le malade pourra accuser la douleur, mais le muscle n'entrera pas en contraction. Le même signe a été appliqué au diagnostic, difficile dans certains cas, de la paralysie générale progressive sans aliénation et de l'atrophie musculaire progressive généralisée. Ici encore les muscles ont perdu leur irritabilité.

J'ai cru longtemps, et d'autres l'ont cru aussi, qu'il n'était pas possible d'obtenir la guérison de cette affection, que sa marche était fatale. Cependant il est des malades chez lesquels l'atrophie s'arrête spontanément, et chez lesquels le membre reprend peu à peu son volume.

M. Duchenne (de Boulogne) a fait voir tout le parti que l'on pouvait tirer de l'électricité localisée dans cette affection. Employée avec persévérance et d'une manière convenable, elle suspend les contractions fibrillaires, les crampes, les soubresauts de tendons, arrête les progrès de l'atrophie, rend rapidement aux membres une partie de la force qu'ils avaient perdue; mais elle n'amène que plus tard un changement favorable dans leur volume. Ses effets sont immédiats, mais d'abord peu durables. C'est ainsi qu'après une séance notre premier malade put immédiatement donner un peu plus d'étendue à ses mouvements, et éprouva un bien-être qu'il ne connaissait plus.

Est-ce à dire qu'elle réussit toujours? Non; qu'elle agit comme spécifique? Non pas davantage. Elle n'agit que comme gymnastique musculaire, rien de plus; aussi doit-elle être appliquée successivement à chacun des muscles affectés et à ceux sur lesquels on a des doutes; elle doit les exciter, mais non les fatiguer. Le froid, nous l'avons déjà dit, est l'ennemi des atrophies; aussi est-ce pendant l'été que réussit le mieux le traitement dont nous parlons. L'insolation lui est un adjuvant utile. Les bains sulfureux ont aussi une action des plus favorables, joints à l'emploi de l'excitation électrique. Lorsque les douleurs persistent, elles sont bien calmées par l'enveloppement froid, les douches froides sans percussion et convenablement employées.

Il est beaucoup de moyens que l'analogie nous avait conduit à employer, et que l'expérience nous a démontrés détestables. Tels sont les vésicatoires, sétons, cautères, et surtout les frictions, qui déterminent un état tétanique et l'augmentation des contractions fibrillaires. Les émissions sanguines sont aussi un moyen à éviter; cependant on est quelquefois obligé d'y avoir recours dans les cas compliqués de congestion; mais elles sont toujours suivies d'une grande déperdition de forces; aussi convient-il de n'y avoir recours qu'à son corps défendant.

On doit aussi recommander au malade d'éviter la fatigue musculaire. Le repos de l'organe malade est formellement indiqué, et c'est à son grand détriment qu'on lui ferait exécuter des mouvements que lui défend son état de souffrance.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 18 juin 1855. — Présidence de M. Regnault.

Fonctions du foie. — M. Dumas lit en son nom et celui de MM. Pelouze et Rayer le rapport suivant :

« L'Académie nous a chargés, MM. Pelouze, Rayer et moi, de lui rendre compte des expériences relatives aux vraies fonctions du foie, instituées dans ces derniers temps par MM. Figuier, Poggiale et Leconte. Votre commission a pensé qu'elle devait, laissant de côté toute préoccupation théorique, réduire la question qui lui était soumise aux simples termes d'une vérification de faits. Elle a donc porté toute son attention sur les moyens à prendre pour donner à cette vérification les garanties de précision dont l'état de la science lui permettait de les entourer.

» Un de nos confrères, M. Bernard, avait fait connaître, conjointement avec M. Barreswill, l'existence dans le foie d'une quantité considérable de sucre. Poursuivant les conséquences de cette découverte, M. Bernard a prouvé que le sucre existe dans le foie de tous les animaux, que sa présence est conséquemment un témoin de la nature même des fonctions de cet important organe.

» Jusque-là, les observations nouvelles de M. Bernard et la conséquence qu'il en tire ne sont contestées par personne, elles constituent l'une des plus sérieuses acquisitions de la physiologie moderne.

» Mais d'où vient ce sucre qui existe si constamment dans le foie? Comment disparaît-il de cet organe? Quel est son emploi?

» Ici les opinions se montrent divergentes, les difficultés apparaissent, et les expériences elles-mêmes ne seraient plus d'accord.

» M. Bernard pense que la formation du sucre a lieu dans le foie. Bien entendu que notre savant confrère ne met point en doute la production de sucre qui a lieu par le fait de la digestion dans l'estomac aux dépens des aliments amylacés, moins encore le passage du glucose et de ses analogues de l'estomac ou de l'intestin dans les veines. Mais il admet qu'en dehors de cette source intermittente par laquelle le glucose peut s'introduire dans le sang au moment où la digestion s'accomplit, il y en aurait une autre permanente et tout à fait spéciale : ce serait la fabrication du sucre dans le foie même.

» Ce qui démontrerait cette fabrication, c'est l'absence du sucre dans le sang de la veine porte d'un animal soumis au régime de la viande; c'est la présence de ce sucre dans le sang des veines sus-hépatiques de ce même animal.

» M. Figuier a élevé contre cette doctrine diverses objections.

» Reprenant une opinion déjà émise par M. Mialhe, M. Figuier fait remarquer qu'il serait plus naturel de considérer le foie comme un organe séparateur, à la façon des reins, que d'en faire un organe créateur. Dans cette hypothèse, le foie, véritable régulateur de la composition du sang, arrêterait au passage le sucre provenant de la digestion qui se trouverait en excès dans le sang, comme il arrête certains poisons métalliques, et le restituerait peu à peu à ce liquide lorsque celui-ci en serait dépourvu ou que la proportion de sucre y serait descendue au-dessous de la moyenne pendant les heures de repos de l'estomac.

» Comme le rôle attribué au foie par M. Bernard repose sur quatre données, savoir : 1° la présence constante du sucre dans le foie des animaux herbivores ou carnivores; 2° la présence non moins constante du sucre dans les veines sus-hépatiques; 3° l'absence du sucre dans le sang de la veine porte chez les animaux nourris avec de la viande; 4° l'apparition momentanée du sucre dans le sang de la veine porte sous l'influence de la digestion des matières sucrées ou féculentes, votre commission devait s'attacher à examiner si ces données étaient contestées et si elles l'étaient avec quelque raison.

» Or de ces données, il en est deux qu'on ne conteste pas : la première et la quatrième. Il est admis que le foie contient toujours du sucre, même chez les animaux carnivores. Il ne l'est pas moins que, sous l'influence de la digestion des matières féculentes ou sucrées, le sang de la veine porte en contient aussi.

» Reste donc à savoir si le sang de la veine porte contient ou non du sucre chez les animaux nourris de viande. A cet égard, les expériences de votre commission lui ont semblé décisives. Elle n'a pas trouvé trace appréciable de sucre dans le sang de la veine porte d'un chien nourri à la viande crue.

» Reste encore à décider si, indépendamment de la digestion des matières végétales, le sang des veines sus-hépatiques contient du sucre; si, sous l'influence de la digestion de la viande, le sang de la veine porte en est dépourvu : si enfin, lorsque le sang de la veine porte n'en contient pas, celui des veines sus-hépatiques en contient au contraire.

» Il suffit, pour éclairer tous ces points, d'examiner, comme l'a fait M. Bernard, sur le même animal le sang de la veine porte et celui des veines sus-hépatiques, sous l'influence de la digestion, après un repas uniquement composé de viande, succédant soit à une abstinence prolongée, soit à quelques journées d'un régime purement animal.

» Dans une expérience faite dans cette dernière condition, votre commission s'est assurée que le sang de la veine porte ne renfermait pas trace de sucre, tandis que celui des veines sus-hépatiques en contenait des quantités parfaitement appréciables, ainsi que M. Bernard l'avait annoncé.

» Comme la difficulté se concentre tout entière sur ce point : — Y a-t-il ou non du sucre dans le sang de la veine porte pendant la digestion après un repas formé de viande, l'animal ayant été convenablement soustrait à l'influence d'une alimentation sucrée? — Votre commission a examiné avec tout le soin dont elle était capable les produits extraits par M. Figuier du sang de la veine porte dans un animal sacrifié dans ces conditions, et où l'auteur croyait reconnaître la présence du sucre à l'aide du réactif Frommherz; votre commission n'en a pas trouvé en employant, il est vrai, la fermentation.

» Ainsi tous les faits annoncés par notre confrère M. Bernard au sujet de la fonction qu'il attribue au foie ont été vérifiés par nous, et nous ne pouvons qu'applaudir à la rare habileté du savant physiologiste qui les a mis le premier en évidence.

» Sur la question de doctrine, votre commission n'avait pas à se prononcer. Le foie fabrique-t-il le sucre? le fabrique-t-il aux dépens des éléments albumineux du sang? Le sucre serait-il, au contraire, un produit de la digestion des aliments ou de l'élaboration des éléments du sang pendant le cours de la circulation, qui resterait masqué par la présence de quelque substance étrangère jusqu'à son arrivée au foie chargé de le rendre libre? Ces questions méritent assurément d'être débattues : mais c'est à l'expérience seule à les résoudre définitivement, et nous verrions avec plaisir les jeunes savants qui les ont abordées persévérer dans leurs travaux.

» Jusqu'ici la doctrine professée par notre confrère paraît intacte.

» Les recherches sur ce sujet important n'ont pourtant pas tout appris sans doute, et nous dirons ici à ceux qui voudront s'en occuper qu'on ne doit pas accorder une confiance trop complète à des réactions semblables à celles qu'on obtient avec la dissolution de tartrate de cuivre dans la potasse. Tous ces phénomènes de coloration, de réduction produits par des matières organiques sont trompeurs et incertains. Lorsqu'on ne peut pas isoler le sucre en nature, il faut au moins s'assurer de sa présence par l'action du ferment et par le développement d'acide carbonique que la fermentation produit; il faut, s'il se peut surtout, extraire l'alcool lui-même du résidu de la fermentation, comme l'a fait la commission de l'Académie qui a examiné les travaux de M. Bernard.

» Votre commission, sans entrer plus avant dans l'examen spécial des notes que l'Académie lui a envoyées, se borne donc à établir comme conséquences de son travail :

» 1° Que le sucre n'a pas été appréciable dans le sang de la veine porte d'un chien nourri de viande crue;

» 2° Que la présence du sucre a été facile à constater, au contraire, dans le sang des veines sus-hépatiques recueilli dans le même moment sur le même chien.

» Comme les mémoires de M. Figuier, ceux de MM. Poggiale et Leconte ont été publiés, l'Académie n'avait plus, d'après les règlements, à se prononcer sur leur mérite respectif; mais votre commission a cru qu'il était de son devoir néanmoins de lui faire connaître le résultat de ses propres expériences sur le fond même de la question que ces savants ont étudiée. »

Guérison de la myopie et de la presbytie. — M. Jobard lit sur ce sujet un mémoire dont voici un extrait :

Ayant été myope et presbyte à volonté plusieurs fois dans ma vie, dit M. Jobard, je pense que tous les hommes possèdent la même faculté. Les études du collége m'avaient fait la vue courte; les fonction d'ingénieur du cadastre m'obligeant à voir au loin les points de triangulation et les jalons m'ont donné la vue longue; mais elle s'est raccourcie jusqu'au myopisme le plus complet par la pratique de la miniature et de la gravure lithographique. Depuis lors il m'a souvent suffi d'un voyage d'un mois dans les montagnes pour regagner la vue longue, et de quelques jours de la vie de bureau pour rentrer en possession de la vue moyenne, mais chaque fois avec perte de la vue précédente.

M. Jobard s'explique ce phénomène en considérant l'œil comme une lunette qui a la faculté de se mettre au point en s'allongeant et en se déprimant sous l'action prolongée, volontaire, mais lente, des muscles qui l'enveloppent et qui servent non-seulement à le mouvoir circulairement, mais encore à le comprimer pour allonger ou raccourcir le foyer visuel. Ces opérations ne s'exécutant pas assez promptement au gré de notre impatience, ajoute l'auteur, nous prenons des besicles qui corrigent à l'instant la différence, mais qui rendent ce défaut permanent, parce que les muscles de l'œil deviennent paresseux et finissent par s'atrophier.

Dans les différentes phases que sa vue a subies, M. Jobard a essayé de verres appropriés, mais il les a rejetés aussitôt, désirant pousser l'expérience jusqu'au bout; cette expérience lui a parfaitement réussi, et lui a prouvé que la meilleure gymnastique pour conserver longtemps la vue était la lecture prolongée et journalière pour les hommes, comme la fine broderie pour les dames, même pendant la nuit.

J'ai la conviction, dit l'auteur en terminant, que les personnes qui ne sont pas issues de parents myopes peuvent allonger leur vue en diminuant graduellement les numéros de leurs besicles, et que les myopes récents se guériront promptement en les répudiant tout à fait, comme je l'ai fait moi-même; mais il faut souvent lire, surtout la nuit, avec une faible lumière réfléchie par un abat-jour, en se préservant du rayon direct et de l'éclairage intense qui fait sur la rétine l'effet de l'alcool sur les papilles du goût et de l'estomac.

Rapports que les anomalies des artères axillaire et humérale déterminent avec le plexus brachial. — M. Michel adresse un mémoire anatomique dont l'objet est de rechercher les rapports que les anomalies des artères axillaire et humérale déterminent avec le plexus brachial et ses branches terminales, et d'en exposer les déductions opératoires.

1° *Anomalies de l'artère axillaire.* — L'artère axillaire peut offrir les deux anomalies suivantes; se bifurquer à la hauteur du petit pectoral, c'est-à-dire au deuxième tiers de son trajet, en scapulaire commune et en humérale, ou bien en radiale et cubitale.

Dans le premier cas, les deux branches de bifurcation sont à peu près d'égal volume. La scapulaire inférieure s'engage seule entre les deux branches d'origine du nerf médian pour gagner de dedans en dehors, tandis que l'humérale, restant en dedans du plexus brachial, parcourt le reste de la région axillaire pour longer ensuite la face interne du bras en se plaçant en avant du nerf médian jusqu'à son quart inférieur, où les rapports normaux se rétablissent. Ainsi, par le seul fait de cette anomalie, le trajet de l'artère axillaire est remplacé dans ses deux tiers inférieurs par celui de la scapulaire commune, et les rapports de l'artère humérale avec le nerf médian sont totalement intervertis jusqu'à la partie inférieure du bras. De plus, dans le tiers inférieur de la région axillaire, on trouve en dedans des nerfs le tronc d'origine de l'artère humérale. C'est dans cette variété que la scapulaire commune fournit ordinairement non-seulement les artères circonflexes antérieure et postérieure, la thoracique externe, mais encore l'humérale profonde.

Si l'artère axillaire se divise à la hauteur du petit pectoral en radiale et cubitale, l'une des deux branches s'engage seule entre les divisions du nerf médian en conservant les rapports ordinaires de l'axillaire et ceux de l'humérale avec le nerf médian; la seconde division reste en dedans du plexus dans la région de l'aisselle, et pendant son trajet dans le bras elle se place sur la face antérieure du nerf médian. Ainsi cette seconde anomalie, tout en conservant les dispositions de la précédente, donne dans les trois quarts supérieurs du bras une artère de plus en arrière du nerf médian.

2° *Anomalies de l'artère brachiale.* — Elle se divise souvent en artères cubitale et radiale à des hauteurs variables de la région du bras; parfois il s'ajoute à cette division prématurée une troisième branche qui représente l'interosseuse de l'avant-bras. Elle peut donner une humérale profonde plus volumineuse que de coutume, en sorte que l'humérale proprement dite semble se diviser en deux troncs d'égale grosseur à peu près, dont l'un forme l'humérale profonde fournissant toutes les artères du bras et même la sous-scapulaire, tandis que l'autre sorte d'humérale superficielle gagne l'avant-bras pour se terminer en radiale et cubitale.

Voici les rapports que ces variétés amènent à leur suite :

Dans le cas de division prématurée en artère radiale et cubitale, l'une des deux divisions suit en arrière du nerf médian le trajet normal de l'humérale, tandis que la seconde longe le bras en avant du médian. Dans une dissection, l'auteur a trouvé une troisième division représentant l'artère interosseuse antérieure de l'avant-bras. Cette dernière accompagnait la cubitale située en arrière du nerf médian, tandis que la radiale était en avant.

Si l'artère humérale se divise à la partie supérieure du bras en superficielle et profonde, au moment de cette bifurcation la première contourne de dedans en dehors le nerf médian pour se placer au-devant de lui jusqu'à son quart inférieur, où l'état normal se rétablit. Donc, si le nerf médian se trouve dans les trois quarts supérieurs du bras en arrière d'une artère au lieu de tenir sa place accoutumée, on peut supposer les anomalies artérielles suivantes : une division prématurée de l'axillaire en humérale et scapulaire inférieure ou en radiale et cubitale; une division prématurée de la brachiale en radiale et cubitale ou une sorte de bifurcation en humérale superficielle et profonde. En second lieu, l'existence d'une grosse artère au côté interne des nerfs, dans la partie de l'aisselle située au-dessous du petit pectoral, indique une division prématurée et anomale de l'axillaire en scapulaire commune et humérale ou bien en radiale et cubitale.

Déductions opératoires. — Dans la ligature de l'artère axillaire, le procédé de Lisfranc est loin d'être sans danger, malgré son apparente simplicité, puisqu'il expose l'opérateur à saisir l'artère dans le voisinage d'une grosse division; de plus, la sécurité de l'exécution en est com-

promise par le changement de rapport que peut introduire une anomalie dont la fréquence n'est rien moins que rare. Si pendant la manœuvre opératoire on tombait d'abord sur une artère, on devrait néanmoins poursuivre des recherches dans la place accoutumée, puisque dans la deuxième anomalie de l'axillaire on a vu l'une des divisions en dedans et l'autre en dehors des nerfs. Est-il besoin d'ajouter qu'un opérateur ne doit point perdre de vue ces dispositions, possibles dans ces nombreuses et difficiles extirpations de tumeurs du creux axillaire?

Si dans les ligatures de l'artère humérale on tombe tout de suite sur elle, la prudence commande de poursuivre les investigations en arrière du médian, puisque les dissections prouvent que, dans le cas de division prématurée de l'axillaire ou de l'humérale en artères radiales et cubitales, l'une est constamment en arrière et l'autre en avant de ce nerf. (Commissaires: MM. Serres, Andral, Rayer).

Acide arsénieux dans le traitement des fièvres intermittentes. — M. Fuster, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, communique un mémoire sur l'ingestion par l'estomac de très hautes doses d'acide arsénieux dans le traitement des vieilles fièvres intermittentes. Nous reviendrons sur cette communication.

Anus accidentel à quatre ouvertures. Entérotomie. — M. Sédillot adresse un mémoire intitulé *Anus accidentel présentant quatre ouvertures intestinales complètes. Entérotomie pratiquée avec succès le 22 novembre 1851. Tentatives infructueuses d'oblitération de la plaie tégumentaire. Mort du malade trois années plus tard par suite d'une attaque de choléra épidémique* (2 août 1854). *Examen des parties. Conséquences chirurgicales.*

Le *Compte rendu* s'est borné à énoncer le titre de cette communication, à cause de l'impossibilité de l'analyser.

Préparation iodée. — M. Gagnage adresse une note sur une préparation iodée destinée à remplacer l'huile de foie de morue.

— L'Académie a procédé, dans cette séance, à la nomination d'une commission de cinq membres chargée d'examiner les pièces admises au concours pour le prix de physiologie expérimentale. Cette commission est composée de MM. Cl. Bernard, Flourens, Serres, Rayer et Magendie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 13 juin 1855. — Présidence de M. HUGUIER.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. ROBERT. Lorsque M. Maisonneuve a présenté à la Société de chirurgie l'urétrotomie comme devant amener la cure radicale et instantanée des rétrécissements de l'urètre, la Société tout entière s'est émue et s'est demandé sur quels faits notre collègue s'appuyait pour proposer une opération dont les résultats paraissent à un si haut point merveilleux et incroyables.

Pour ma part, j'adhère complètement aux objections qui lui ont été adressées, et je ne puis surtout admettre qu'une opération née d'hier puisse assurer d'avance une guérison radicale, lorsque tout le monde sait que le temps seul, et un temps fort long, est nécessaire pour sanctionner la cure des rétrécissements. Et d'ailleurs comment apprécier une opération dont M. Maisonneuve n'a point encore énoncé les principes? Lorsqu'il a parlé de l'urétrotomie, a-t-il dit, en effet, dans quelles limites il entendait qu'elle fût faite? pratique-t-il une simple incision des tissus indurés? pénètre-t-il dans l'épaisseur des parois saines de l'urètre ou veut-il qu'on les traverse complétement? Sur ces points importants, notre collègue a gardé le silence. Et cependant ne sait-on pas que, lorsqu'il s'agit de diviser des parties profondes et des organes importants, il est indispensable de poser d'avance des règles précises qui puissent diriger la main de l'opérateur?

Si donc je prends la parole dans cette discussion, c'est moins pour m'occuper du travail de M. Maisonneuve que pour défendre le rapport de la commission du prix d'Argenteuil plusieurs fois mis en cause, et dont les conclusions me paraissent avoir été mal interprétées par plusieurs de nos collègues.

On a en effet parlé de l'urétrotomie en général, et on a paru croire que l'Académie avait sanctionné la méthode de M. Reybard comme applicable à tous les rétrécissements. Cette erreur est grave, et le rapporteur de la commission, plus que tout autre, tient à honneur de la réfuter. J'ai dit dans mon travail que cette méthode devait être réservée comme une ressource extrême applicable seulement à certains cas spéciaux, et notamment aux rétrécissements réfractaires à toutes les méthodes jusqu'ici connues.

Je demande donc à la Société de chirurgie la permission de faire connaître en deux mots et d'une manière bien précise comment, suivant moi, la question de l'urétrotomie doit être envisagée.

La dilatation, comme on sait, est la méthode la plus généralement employée dans le traitement des rétrécissements de l'urètre. Tantôt elle l'est seule, tantôt elle est associée à des scarifications ou à des incisions plus profondes faites sur les tissus malades; ces diverses opérations sanglantes ne sont à proprement parler que des adjuvants de la dilatation, qui reste toujours la méthode principale. Or tout le monde sait que ce traitement n'est que palliatif et n'a presque jamais qu'une efficacité temporaire. M. Reybard, mieux que tout autre, en a fait connaître la raison : c'est que, toutes les fois qu'il y a rétrécissement de l'urètre, la membrane muqueuse est convertie en un tissu fibreux, rétractile, élastique, comme les tissus cicatriciels; en un mot, elle n'existe plus, et aucun procédé de l'art ne saurait la reconstituer. Tous les chirurgiens connaissent si bien cette impuissance de la dilatation qu'après le traitement ils ne manquent pas de recommander aux malades d'introduire de temps à autre dans l'urètre des bougies destinées à en prévenir le retrait. Précaution illusoire ou trop souvent négligée, car il n'est pas rare de revoir, soit dans la pratique civile, soit surtout dans les hôpitaux, des malades déjà plusieurs fois traités et guéris par la même méthode et qui viennent de nouveau réclamer nos soins.

Malgré ces inconvénients, la dilatation, il faut le dire, convient exclusivement à la majorité des cas, car elle peut être employée sans danger, et elle suffit pour conserver aux malades une intégrité fonctionnelle de l'urètre à peu près compatible avec l'état de santé.

Mais il est des cas où elle est complétement insuffisante : je veux parler de ces rétrécissements durs, calleux, comprenant quelquefois toute l'épaisseur des parois de l'urètre, rétrécissements sur la fréquence desquels M. Guérin a appelé récemment l'attention de la Société : on les observe surtout à la suite des déchirures du canal ou des inflammations blennorrhagiques violentes qui ont envahi à la fois la membrane muqueuse et le tissu spongieux de l'urètre. Ils ont pour siége spécial la portion scrotale ou pénienne de ce canal, et en palpant celui-ci on les reconnaît facilement tantôt sous la forme de plaques ou d'anneaux circulaires, tantôt sous celle de noyaux olivaires ou fusiformes qui peuvent avoir jusqu'à plusieurs centimètres de longueur.

L'on sait que tous les moyens connus échouent le plus souvent contre les lésions de ce genre. La dilatation ne peut être employée seule, les scarifications, les incisions plus profondes même, quand elles ne dépassent pas de beaucoup les limites du mal, ne peuvent lutter contre la tendance de ce tissu fibreux à la rétraction, et cette tendance est parfois si rapide que, malgré l'emploi quotidien des bougies, on voit le canal devenir de plus en plus étroit jusqu'à ce que le cours de l'urine soit sérieusement menacé. J'en appelle ici à l'expérience de tous mes collègues, et je leur demande s'ils n'ont pas vu plusieurs fois des cas de ce genre, et si, comme moi, ils n'ont pas été désespérés de l'impuissance des procédés connus? C'est en présence de ces difficultés que le chirurgien est obligé de chercher des moyens plus puissants, même avec la pensée que ces moyens peuvent devenir la source d'accidents sérieux et même de dangers. C'est dans ces conditions qu'il faut, je pense, se placer pour apprécier à sa juste valeur l'urétrotomie suivant la méthode de M. Reybard.

Voici, du reste, par quelle série d'idées le chirurgien de Lyon a été conduit à sa méthode.

D'abord il avait pratiqué sur la muqueuse urétrale des incisions multiples suivies de la dilatation pour modifier la surface des rétrécissements. L'insuccès de ce moyen le fit recourir à des incisions plus profondes, à peu près comme celles que pratique aujourd'hui M. Civiale. Les résultats qu'il obtenait n'étant guère plus avantageux, il fut conduit à pratiquer de grandes incisions sur la muqueuse de l'urètre, incisions comprenant toute l'épaisseur des parois de ce canal. Les bords de la plaie étaient simplement écartés, afin d'obtenir une cicatrice large, dont la surface venait augmenter le diamètre de l'urètre. Les succès que ce chirurgien obtint par cette méthode le conduisirent alors à rechercher quelles étaient les causes qui avaient amené ces guérisons.

Ici nous allons voir M. Reybard venant apporter à sa nouvelle méthode opératoire l'appui de ses recherches expérimentales sur les animaux.

On ne peut s'empêcher de reconnaître tout d'abord qu'il existe, même à l'époque actuelle, une lacune regrettable dans l'anatomie pathologique des cicatrices. Je veux parler surtout de celles qui succèdent aux plaies des membranes muqueuses. On peut les comparer avec les plaies des parties profondément situées sous la peau. On sait, depuis les belles recherches de Hunter et de M. Jules Guérin, que la cicatrisation s'effectue dans ces cas d'une manière particulière : sans production de pus, sans formation de bourgeons charnus, et surtout sans la production de ce tissu fibreux de cicatrice dont les propriétés spéciales ont été si bien étudiées par Delpech.

Les plaies des membranes muqueuses offrent-elles ce même mode de cicatrisation? D'après les faits, peu nombreux il est vrai, d'observation de plaies de ces membranes, on peut l'admettre dans certains cas. Voyez en effet ce qui se passe dans les plaies simples de la muqueuse buccale, du vagin, et même à la suite des excisions de la conjonctive. Mais pour que cette cicatrisation soit régulière, il faut, comme condition indispensable, l'absence de l'inflammation pyogénique.

Expérimentant sur les animaux, M. Reybard a vu qu'en pratiquant des incisions longitudinales à l'urètre, si on maintient les bords de la plaie écartés pour les empêcher de se réunir, on obtient, dans les cas où l'inflammation n'est pas trop vive, une cicatrice que ce chirurgien a appelée cicatrice intermédiaire, et dont les propriétés de tissu sont des plus remarquables. Cette cicatrice est formée en effet par une pellicule mince, lisse, non différente par son aspect de la muqueuse urétrale, reposant sur le tissu spongieux de l'urètre et sur le tissu cellulaire qui l'environne, et ne présentant pas cette rétractilité caractéristique du tissu cicatriciel ordinaire. Cette cicatrice, en s'ajoutant aux parois de l'urètre, en augmente l'étendue; c'est ainsi qu'elle guérit le rétrécissement.

L'importance des propriétés de ce nouveau tissu a engagé la commission de l'Académie à répéter les expériences de M. Reybard pour en constater l'exactitude. Vous savez que le rapporteur, après avoir pratiqué l'urétrotomie sur des chiens, a trouvé des résultats identiques à ceux qui avaient été annoncés par le chirurgien de Lyon, et dont l'exactitude a été constatée de nouveau par la commission.

Mais, dira-t-on, peut-on conclure de ces expériences faites sur les animaux aux opérations que l'on a à pratiquer sur l'homme dans cette même région? Si dans certaines expérimentations on a objecté la structure différente des organes, ici on agit sur des tissus dont les propriétés, les usages enfin sont tout à fait semblables. Du reste, une observation recueillie sur l'homme a montré que les résultats étaient identiques à ceux que l'expérimentation avait produits sur les animaux.

La commission de 1846 a constaté sur l'homme le mode suivant lequel avait eu lieu cette cicatrisation.

J'invoque ici le témoignage de M. Gerdy, rapporteur de cette commission. L'examen des pièces pathologiques fut fait par A. Bérard. « Il » constata que l'urètre présentait au niveau des plaies un aspect très » lisse, sans épanchement de sang, ni infiltration d'urine. Les plaies » anciennes semblaient cicatrisées, et la pellicule de la cicatrice était » mince et souple. Au niveau des parties incisées, l'urètre avait acquis » des dimensions considérables. » (*Rapport à la commission* 1846.)

Ces résultats fournis par l'anatomie pathologique acquièrent une grande valeur par leur concordance avec les faits cliniques que nous allons passer en revue.

L'observation, en effet, est venue à son tour démontrer la possibilité de la guérison radicale des rétrécissements.

Je me bornerai à rappeler ici les faits consignés dans les deux rapports faits à l'Académie de médecine en 1846 et en 1852, et qui se trouvent reproduits avec détails dans l'ouvrage de M. Reybard.

Parmi ces guérisons, les membres de la commission de 1846 ont constaté « celle d'un malade opéré dix mois auparavant : il conservait » l'urètre aussi large qu'après l'incision, bien que depuis plus de six » mois il se fût abstenu de passer des bougies. » C'est M. Gerdy qui a constaté ce fait dans son rapport à l'Académie; vous savez, messieurs, quelle sévérité notre collègue apporte à l'examen des faits.

Mais le plus grand nombre de ces opérations a été pratiqué en présence des chirurgiens les plus honorables de Lyon, qui les ont contrôlées et ont constaté la guérison des malades deux, trois et quatre années après l'opération : qu'il me suffise de citer les témoignages de MM. Bonnet, Barrier, Valette, Levrat et Brachet.

On peut donc regarder l'urétrotomie comme une opération rationnelle, fondée sur les expérimentations chez les animaux, sur l'anatomie pathologique et sur l'observation clinique.

Mais nous ne prétendons pas que cette opération soit toujours couronnée de succès et qu'elle mette les malades constamment à l'abri de la récidive. Nous avons insisté sur ce fait dans notre rapport, et nous avons même posé les conditions de cette récidive. En effet, elle doit avoir lieu toutes les fois qu'une inflammation vive et suppurative s'est emparée de la plaie et y a amené le développement de bourgeons charnus.

Quant aux accidents qui peuvent survenir, ils sont certainement une objection que l'on peut adresser à l'urétrotomie; mais ils ne doivent pas la faire rejeter entièrement. Ne sait-on pas que les opérations les plus simples pratiquées sur l'urètre n'en sont pas exemptes? On a vu de simples scarifications être suivies d'abcès et même d'accidents mortels. Les incisions plus profondes, telles que les pratique M. Civiale, n'en sont pas plus exemptes, et M. Richard, ici présent, vous dira qu'il a vu succomber dans sa pratique deux malades aux suites de ce procédé d'urétrotomie. D'un autre côté, lorsque tous les moyens ont échoué contre le rétrécissement, et que celui-ci tend à se reproduire avec rapidité, n'est-on pas autorisé à mettre en usage un moyen plus puissant, malgré ses dangers?

C'est donc à la sagacité du chirurgien à limiter les cas où l'urétrotomie doit être employée, et à en faire un usage très réservé.

Il est impossible maintenant que vos esprits puissent conserver l'idée que je regarde l'urétrotomie comme une de ces ressources que l'on peut souvent appliquer au traitement des rétrécissements de l'urètre, et je ne puis mieux faire que de reproduire ici l'opinion que j'avais formulée dans mon rapport à l'Académie en 1852.

« On ne saurait disconvenir, disais-je, que l'urétrotomie ne soit une » opération sérieuse, et qu'elle ne puisse provoquer de graves acci- » dents; mais, d'un autre côté, qu'on se reporte au pronostic des ré- » trécissements urétraux auxquels cette opération peut être appliquée; » qu'on se rappelle la série des infirmités et des souffrances qui empoi- » sonnent et abrégent la vie des malades, et qu'on juge si, dans de » telles circonstances, il n'est pas légitime de recourir à une ressource » efficace, bien qu'elle ne procure la guérison qu'au prix de quelques » dangers. »

Pour conclure : Les études de M. Reybard sur l'anatomie pathologique des rétrécissements de l'urètre, ses expérimentations sur les plaies de ce canal, ont conduit ce chirurgien à une idée thérapeutique nouvelle et rationnelle. Loin de moi la pensée que son procédé opératoire ne puisse être modifié et perfectionné. Mais ce chirurgien est le seul, jusqu'à ce jour, qui ait posé et résolu le problème de la cure radicale des rétrécissements anciens et indurés, et c'est à ce titre seul que l'Académie de médecine a couronné ses travaux.

Je vous demande pardon, messieurs, d'avoir trop insisté peut-être sur des faits déjà connus de vous. J'ai tenu à honneur d'établir ici la pensée qui a dicté le rapport de la commission du prix d'Argenteuil, et de répondre ainsi à d'injustes critiques.

M. MAISONNEUVE se plaint de la vivacité avec laquelle sa communication a été attaquée dans les séances précédentes, et il s'étonne surtout que l'argumentation ait porté presque tout le temps à côté de la question. Il groupe néanmoins sous quatre chefs les reproches qu'on lui a faits, et se propose de répondre séparément sur chacun de ces points.

1° Un chirurgien a répété plusieurs fois que le travail de M. Maisonneuve n'était pas sérieux, car il ne s'agissait en résumé que d'un petit bout de bougie. On peut considérer, au contraire, comme très sérieuse une méthode qui permet d'obtenir instantanément la guérison d'un rétrécissement. Jamais jusqu'à ce jour on n'avait pu faire uriner sur-le-champ un malade affecté d'un de ces rétrécissements anciens, durs, calleux; jamais, en un mot, on n'avait obtenu un de ces succès comme celui qui a été réalisé chez le malade du service de M. Velpeau. Un seul cas de ce genre montre que la méthode nouvelle a de la valeur.

2° Plusieurs membres de la Société ont accusé M. Maisonneuve d'avoir, dans sa première réponse, abandonné les opinions formulées dans son travail, ou de les avoir modifiées notablement. On a même paru le féliciter d'avoir changé de manière de voir. Il a été fort surpris de telles allégations. Il a dit, en effet, qu'il admettait les rétrécissements infranchissables; mais où donc avait-on vu qu'il prétendait les franchir tous? où donc a-t-il dit qu'il guérissait tous les rétrécissements? On lui a contesté que ses cures fussent radicales. Mais il n'a jamais prétendu qu'il guérissait radicalement; il n'y a pas un mot de cela dans son mémoire.

L'instantanéité, il ne la revendique pas davantage; au contraire, puisqu'il a dit dans son mémoire que la science possédait déjà des moyens analogues. M. Maisonneuve renvoie ses contradicteurs à ce mémoire, dont il cite quelques passages; ils verront que rien n'y motive les reproches qu'on lui a adressés. Il a voulu seulement montrer que sa méthode de cathétérisme était susceptible d'applications nombreuses, et préciser ces applications.

Il n'a donc rien à désavouer, rien à rétracter; les opinions qu'il avait, il les conserve sans les modifier, sans y changer un mot. Il est possible qu'il se trompe, et que ses procédés soient mauvais; mais c'est ce qu'il faut démontrer, au lieu d'invoquer une rétractation qui n'a jamais eu lieu.

3° M. Lenoir, dans un discours très bien fait, s'est attaché à montrer que la méthode de cathétérisme sur conducteur que M. Maisonneuve a imaginée il y a dix ans ne lui appartenait pas, et que depuis longtemps les principes en existaient dans la science; il a cité les ten-

tatives et les instruments de M. Amussat. Or, ce mode de cathétérisme, M. Maisonneuve le revendique énergiquement. Jamais on n'avait rien fait de semblable avant lui, et il a bien réellement inventé le cathétérisme sur conducteur. Cette opération a rendu et rend tous les jours les services les plus précieux. Il ignore si dans les hôpitaux de Paris il est d'un usage général; mais il est adopté en grand par les praticiens de la ville et de la province. Avant cette invention, le cathétérisme amenait les plus funestes accidents; tous les jours on faisait des fausses routes, et à Bicêtre, en particulier, on peut constater les bienfaits de la méthode de M. Maisonneuve.

L'instrument de M. Amussat n'a aucun rapport avec la sonde à conducteur. C'est une très longue sonde en baleine, qu'il fallait d'abord introduire, pour en introduire une autre ensuite. Mais dans les cas de rétention d'urine il fallait d'abord introduire la première sonde et passer à travers le rétrécissement; or, c'est ce qu'on ne pouvait jamais faire.

M. Lenoir. Et la sonde de Marjolin?

M. Maisonneuve. Il est possible que cette sonde existât; elle existait, puisque M. Lenoir le dit : mais personne ne la connaissait, personne ne s'en servait. D'ailleurs, ce n'est pas là le cathétérisme sur conducteur. Cette méthode a encore un avantage immense, c'est de n'exiger aucun instrument spécial; il s'agit uniquement d'une bougie et d'une sonde, qu'on trouve partout, et au moyen desquelles on est toujours sûr de pénétrer. Bien des fois il a été appelé pour des rétentions d'urine, toujours il en a triomphé. Pour sa part, il n'a jamais rencontré de prostates infranchissables. Il maintient donc son opinion, sans y rien changer, et sur la priorité de l'invention et sur les grands avantages de sa méthode de cathétérisme.

4° M. Lenoir demande encore si on est sûr d'introduire l'instrument quand la bougie filiforme a traversé l'obstacle. Oui, cette introduction est facile, car il y a très peu de différence de volume entre la bougie et l'urétrotome. Cet appareil instrumental, a-t-on dit, n'est pas nouveau; il consiste seulement dans l'articulation d'une bougie avec une canule. On trouve qu'il ressemble à l'urétrotome de M. Ricord. Cela n'est pas exact. L'instrument de M. Ricord est bien différent; et la ressemblance fût-elle plus grande, ce dernier est tout à fait tombé en désuétude.

Certes M. Maisonneuve ne passe pas dans tous les rétrécissements, et il n'a pas la prétention de s'engager dans les urètres oblitérés. Mais quand une fois l'obstacle est traversé par la bougie, l'urétrotome à son tour s'engage constamment.

M. Giraldès demande à M. Maisonneuve s'il n'est jamais arrêté par l'ajutage lui-même, et s'il est vrai que pendant l'opération pratiquée sur le malade du service de M. Velpeau il ait rencontré une difficulté de cette nature. On lui a dit qu'à un certain moment de l'opération, M. Maisonneuve ne pouvait plus ni faire avancer ni faire reculer la bougie et le conducteur, dont l'ajutage était maintenu fixé dans le point rétréci.

M. Maisonneuve reconnaît que M. Giraldès est bien renseigné; l'incident a eu lieu en effet. Il avait associé une bougie de M. Mathieu avec un conducteur métallique de M. Charrière. Il ne s'était pas aperçu que l'ajutage était volumineux. Comme la séance opératoire avait déjà duré longtemps, il eut un instant la velléité de remettre l'opération au lendemain, et s'aperçut, en voulant retirer l'instrument, que celui-ci était retenu dans le point rétréci. Il ne savait pas la cause de cette difficulté, et il se décida alors à terminer l'opération : ce qu'il fit avec succès. Il reconnut sans peine alors la raison de l'incident.

Cela l'a engagé à prendre des précautions et à perfectionner les instruments. En rendant les ajutages plus solides, il ne craint plus de voir la bougie se séparer du conducteur et rester dans la vessie, et il le répète encore, l'introduction du conducteur n'offre jamais de difficultés sérieuses après le passage préalable de la bougie.

M. Maisonneuve a encore modifié l'incision, d'après le conseil de M. Michon. Il fait d'abord la scarification en haut, puis l'incision avec le lithotome en bas. M. Lenoir a fait de singulières objections au lithotome, et c'est probablement faute d'y avoir réfléchi. Cet instrument coupe par un tout autre mécanisme que tous les urétrotomes connus. Ceux-ci coupent d'arrière en avant et d'avant en arrière; aucun ne coupe réellement de dedans en dehors.

On a dit que la lame pouvait casser; cette crainte est chimérique.

M. Lenoir a dit que la lame pouvait casser, parce que cela est vrai, et parce qu'en répétant des opérations à l'amphithéâtre, il a vu trois ou quatre fois casser cette lame en essayant d'inciser longitudinalement l'urètre sain.

M. Maisonneuve se tourmente peu de cette objection; il affirme seulement que le lithotome introduit dans le point rétréci ne peut s'ouvrir sans couper l'obstacle; c'est à mesure que celui-ci est divisé que la lame fait de plus en plus saillie; qu'il y ait un ou plusieurs rétrécissements, on les coupera tous sans diviser la muqueuse.

Une fois le lithotome introduit, on presse sur le ressort pour faire saillir la lame, et l'on incise en retirant l'instrument dans l'étendue de 2 à 3 centimètres.

Maintenant, M. Maisonneuve incise-t-il indistinctement tous les rétrécissements? Eh non, sans doute! Il incise ceux qu'il convient d'inciser, et traite les autres comme il convient.

M. Robert n'hésite point à accorder à M. Amussat la priorité du cathétérisme sur conducteur, qui date de 1823. Il a vu, à cette époque, les instruments de ce chirurgien; il en a même un chez lui depuis fort longtemps. M. Robert donne ici une courte description de l'appareil conducteur en question.

M. Maisonneuve. Passons sur l'instrument et sur la date. Comment M. Amussat l'introduisait-il?

M. Robert. Mais comme tout le monde peut le faire et l'a fait.

M. Maisonneuve affirme qu'il ne l'introduisait pas, qu'il ne l'a jamais employé. Il demande à M. Robert s'il a vu M. Amussat mettre en usage son instrument, et s'il l'a employé lui-même.

M. Robert répond par l'affirmative. Il sait que M. Amussat s'en est servi, et lui-même l'a mis en usage. La Société de chirurgie ne peut laisser passer sans protester un fait de priorité si facile à trancher. L'instrument de M. Amussat est absolument semblable à celui de M. Maisonneuve; on s'en sert de la même manière.

M. Maisonneuve articule deux instruments, l'un très mince, très flexible, l'autre très rigide; qui dit que ce dernier ne viendra pas arc-bouter contre l'obstacle comme le ferait l'extrémité libre d'un cathéter résistant?

Combien de fois M. Maisonneuve a-t-il opéré? Qu'il dépose donc enfin ses observations sur le bureau, afin qu'on puisse les examiner. Pour juger entre le procédé de M. Amussat et celui de M. Maisonneuve, il faut des documents. Le premier est tombé dans l'oubli; son auteur l'a trouvé très précieux autrefois, ce qui n'en a pas pour cela généralisé l'usage. Le second procédé est nouveau; M. Maisonneuve, qui en est l'auteur, le trouve très bon; mais dans trente ans personne peut-être n'en parlera plus. Il faut donc attendre un peu plus longtemps pour proclamer son excellence.

M. Maisonneuve prétend que seul le lithotome coupe exactement le rétrécissement de dedans en dehors : c'est une erreur. Parmi les nombreux instruments de M. Reybard, il y en a un entre autres muni de deux lames qui se déploient comme des ailes, et qui coupent d'une manière très analogue. L'opération de M. Maisonneuve ne constitue donc pas une méthode, c'est tout simplement un procédé dérivé de celui de M. Reybard. On verra plus tard, et quand les observations de M. Maisonneuve seront connues avec détails, si on doit donner la préférence à la modification légère dont il est l'auteur.

M. Robert a ouï dire qu'à l'hôpital Cochin deux malades étaient morts d'infection purulente à la suite d'opérations faites par M. Maisonneuve. Cela est-il vrai?

M. Maisonneuve répond que oui; mais que sa méthode n'en est pas responsable, parce qu'à cette époque il n'opérait pas comme maintenant.

M. Robert objecte qu'en résumé, et quel que soit le procédé employé, il s'agissait d'incisions intra-urétrales suivies de mort. Dans toute cette discussion, il n'a pour but que de chercher la vérité, et il n'en fait nullement une question personnelle. Il désire ardemment le progrès; si M. Maisonneuve en réalise un quelconque, il l'acceptera avec empressement; il désire vivement, et il appelle de tous ses vœux les perfectionnements; mais encore une fois, pour savoir s'ils sont réels, il faut le contrôle du temps; il faut examiner les faits, connaître les résultats, et ne point accepter comme tel tout changement apporté à la pratique usitée de nos jours.

M. Vidal avait fait porter son argumentation sur deux points, sur l'instantanéité de la guérison et sur la cure radicale. Ces deux mots ont des significations très précises, sur lesquelles il est facile de s'entendre. M. Maisonneuve s'est expliqué sur ces deux points, et il en résulte qu'il ne guérit les rétrécissements ni instantanément, ni radicalement; mais bien seulement qu'il fait uriner instantanément. Or, M. Vidal remarque, en comparant le travail et les assertions de M. Maisonneuve avec un travail analogue et des assertions avancées autrefois par Mayor, il remarque, dis-je, une similitude singulière. Ce sont les mêmes idées, les mêmes phrases, les mêmes prétentions, les mêmes succès constants et les mêmes résultats; on dirait les deux mémoires calqués l'un sur l'autre. Certainement il ne veut pas dire que M. Maisonneuve ait copié Mayor, mais la coïncidence est au moins remarquable; le procédé seul diffère. Mayor employait les grosses sondes, et il prétendait arriver partout et toujours à franchir les obstacles; il prétendait n'avoir jamais d'accidents.

Les observations que M. Vidal fit autrefois à la méthode du chirurgien suisse lui valurent de la part de ce dernier des épithètes peu flatteuses, et suscitèrent une polémique dont on a gardé le souvenir.

Or, Mayor réussissait quelquefois; il échouait aussi. Le procédé compta des cas mortels entre les mains de Sanson et de M. Cloquet. M Vidal lui-même l'essaya; dans un cas il réussit, dans un autre l'obstacle fut franchi, mais le malade mourut. Le moyen n'était donc pas dépourvu de danger.

Or, il est probable que la comparaison se poursuivra jusqu'au bout. Le procédé de Mayor amena des accidents; celui de M. Maisonneuve en produira aussi. Il faut laisser le temps se prononcer.

Quant à la question de priorité pour le cathétérisme, M. Vidal, quoique n'aimant pas discuter sur ce terrain, affirme que les bougies de Marjolin remontent à une époque très éloignée. Lorsque l'orateur prit le service de l'hôpital du Midi, ces bougies y étaient fort connues; il y en avait la moitié d'une boîte toute remplie. A cette époque, il ne savait même pas quel était l'inventeur de cette variété de bougies, qui était déjà fort anciennement usitée.

Au reste, il est peut-être plus facile de s'entendre avec M. Maisonneuve qu'on ne paraît le croire. Il y a un certain nombre de points bien explicitement acquis au débat. M. Maisonneuve, en effet :

1° Passe, comme tout le monde, par les portes ouvertes;

2° Il fait parfois uriner les malades instantanément, comme cela arrive quelquefois à tout le monde;

3° Il répète fidèlement les opinions, les idées et jusqu'aux phrases de Mayor;

4° Enfin, il reconnaît l'existence de la sonde de Marjolin, qui a été imaginée depuis un temps immémorial.

Tout ceci simplifie beaucoup la question, et permet de voir ce qui réellement appartient à M. Maisonneuve.

M. Gerdy. Tous les procédés opératoires se composent de plusieurs manœuvres. Pour le cathétérisme, il en est une qui consiste à se servir d'un conducteur pour mener une sonde dans la vessie. Or, cette manœuvre a été pratiquée par M. Amussat, et dans son *Traité des bandages*, M. Gerdy l'a décrite tout au long, en la rapportant à son auteur.

Si c'est la question de priorité qui est posée, la solution ne peut en être douteuse un seul instant. M. Gerdy a encore chez lui l'instrument de M. Amussat, et il s'en est servi bien des fois.

Mais s'il s'agit de l'emploi du moyen, ce n'est pas sans surprise qu'il entend dire qu'il n'y a plus, grâce à lui, de prostates infranchissables. Une assertion aussi absolue est impossible à accepter. M. Gerdy rapporte sommairement un cas de contusion du périnée avec sphacèle d'une partie de l'urètre, dans lequel on n'aurait certainement pas pu parvenir directement dans la vessie par un procédé quelconque.

M. Giraldès *proteste* de nouveau contre les deux expressions de cure instantanée et de cure radicale. Il n'y a qu'une chose d'instantanée, c'est l'évacuation possible des urines; mais si on appelle cela une guérison, et surtout une guérison radicale, autant vaut le dire de toutes les opérations, et dire qu'une maladie quelconque est guérie par cela même qu'on vient de l'opérer.

M. Vidal. La discussion s'est beaucoup étendue. Il est évident qu'on a eu bientôt supprimé M. Maisonneuve, et que c'est de l'urétrotomie en général, de M. Reybard en particulier, qu'il a été question. Or dans les séances précédentes les opinions les plus opposées ont été formulées, et il est facile de voir parmi les membres de la Société des tendances tout à fait différentes.

Les uns ne veulent jamais d'urétrotomie, quels que soient les cas; il se range lui-même volontiers dans cette catégorie; d'autres admettent le principe de cette opération et son utilité dans certaines circonstances; parmi ceux-ci, les uns se contentent des petites incisions, les autres veulent exclusivement les grandes, c'est-à-dire l'urétrotomie proprement dite. Il serait extrêmement important que la discussion fût maintenant régularisée, et qu'elle portât successivement sur les quatre points précédents, de façon que chacun pût se prononcer.

M. Robert a très nettement posé la question; c'est dans cette voie qu'il faut marcher pour juger l'urétrotomie.

— M. le Président annonce que la séance annuelle aura lieu mercredi prochain, 27 juin 1855, et que la discussion actuelle sera reprise immédiatement après.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le vice-secrétaire, Dr Verneuil.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics vient d'adresser à l'Académie des sciences vingt exemplaires de la dernière livraison du second volume de l'*Annuaire des Eaux de la France*; il a annoncé en même temps comme prochain l'envoi de la carte qui formera le complément de ce volume.

— Demain mercredi aura lieu la séance annuelle de la Société de chirurgie. Le secrétaire général, M. R. Marjolin, prononcera l'éloge de M. le professeur Roux. C'est dans cette séance que seront proclamés les noms des lauréats pour le prix de l'Académie et pour le prix Duval. Nos lecteurs se rappellent sans doute que ce dernier prix, d'une valeur de 100 fr. en livres, sera décerné à celui des internes des hôpitaux qui aura présenté la meilleure thèse dans le courant de l'année.

— Par décret de Sa Majesté le Sultan, sont nommés dans l'ordre impérial du Medjidié :

Officiers : MM. Champouillon et Mounier, professeurs à l'Ecole du Val-de-Grâce;

Chevalier : M. Legouest, professeur agrégé à l'Ecole du Val-de-Grâce.

— La distribution des prix aux élèves sages-femmes de l'Ecole d'accouchement de Paris a eu lieu samedi dernier dans l'une des salles de l'établissement.

M. Paul Dubois, en l'absence de M. le directeur de l'assistance publique, présidait cette solennité.

Le premier prix d'accouchement, consistant en une médaille d'or, a été décerné à Mlle Mays (Catherine), élève à ses frais, qui a obtenu, en outre, cinq autres nominations.

Les élèves qui ont été le plus souvent nommées avec Mlle Mays, sont : MMes

Macquet, élève à ses frais;
Lapoujade, élève aux frais du département de Tarn-et-Garonne;
Hérodier, élève aux frais du département de Seine-et-Oise;
Dujarrie, élève aux frais du département de la Dordogne;
Boissy, élève aux frais du département de Seine-et-Marne;
Gros, élève aux frais du département de la Dordogne;
Bouille, élève au frais du département de l'Allier.

— On vient d'essayer à l'École pratique un instrument qui, nous assure-t-on, facilite d'une manière étonnante l'extraction des dents. MM. les professeurs présents ont remarqué que la fracture de l'os maxillaire, la meurtrissure des gencives étaient impossibles par ce nouveau mode d'opération. Il sert de plus à redresser les dents déviées, et est éminemment calculé pour rendre praticable la rupture du nerf dentaire. Nous apprenons que M. Duchesne père est l'inventeur breveté de cet instrument.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. Decq;
A Genève, à la librairie de Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Traité théorique et pratique des maladies des yeux, par M. L.-A. Desmarres, d.-m.-p., professeur de clinique ophthalmologique, membre correspondant et lauréat de l'Institut médical de Valence (Espagne), chevalier de plusieurs ordres. — 2e édition, revue, corrigée et considérablement augmentée. Tome I, un volume in-8° de 640 pages avec 49 figures dans le texte; tome II, un volume in-8° de 602 pages avec 74 figures dans le texte. Le tome III et dernier paraîtra à la fin de 1855. Prix de l'ouvrage complet : 18 fr. Paris, chez Germer Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

De la chaleur produite par les êtres vivants, par J. Gavarret, professeur de physique médicale à la Faculté de médecine de Paris. Un vol. in-18 de iv-560 pages avec 41 figures dans le texte. Prix : 6 fr. — Librairie de Victor Masson, 17, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Traité pratique d'anatomie médico-chirurgicale, par M. A. Richet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, etc. Un volume grand in-8°; avec figures intercalées dans le texte, dessinées par Léveillé, gravées sur bois par Badoureau. — Paris, 1855, Chamerot, libraire-éditeur, rue du Jardinet, 13. — Prix : 10 fr. (La première partie vient de paraître. L'ouvrage se continue sans interruption. La seconde partie se paye d'avance.)

Nouveau procédé de conservation du virus vaccin, par le docteur P.-D. Lalagade, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Montpellier, conservateur du dépôt du virus vaccin du département du Tarn. Un vol. in-8° de 60 pages. Prix : 1 fr. 50 c. — Chez J.-B. Baillière, libraire, rue Hautefeuille, 19.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 27 JUIN 1855.

Séance de l'Académie de Médecine.

Bien que la discussion sur la folie ait été déclarée close dans la dernière séance, elle s'est continuée en réalité hier, mais pour être définitivement terminée, par la lecture de deux lettres de M. Falret et de M. Delasiauve. La lettre de M. Falret avait pour objet principal de rectifier un fait dont M. Baillarger avait tiré parti contre lui dans son dernier discours, en mettant un passage récent d'une note qu'il lui attribuait en opposition avec ses doctrines sur la monomanie. M. Falret a expliqué cette apparente contradiction, qui ne reposait que sur ce que la note en question n'était point de lui. L'honorable académicien a saisi cette occasion de formuler de nouveau d'une manière précise son opinion sur ce sujet. Pour lui, dans la substitution du nom de folie partielle à celui de monomanie il n'y a point une simple question de mots, mais une question de doctrine tout entière, et il s'est attaché, ainsi qu'on le verra dans sa lettre, à faire ressortir les conséquences de cette manière de voir sous les points de vue divers de la pathogénie, de la symptomatologie, de la classification, de la thérapeutique et de la médecine légale.

Après quelques généralités sur l'ensemble de la question, qui n'est soluble, suivant lui, qu'à la condition d'abandonner les théories de matérialisme et de spiritualisme, pour ne suivre que les voies exclusivement rationnelles et sûres de l'observation et de l'expérience, M. Delasiauve expose dans sa lettre un essai de classification qu'il a publié en 1852 dans la *Gazette des Hôpitaux*, et qui s'écarte à plusieurs égards des classifications généralement admises.

Formant de la folie deux groupes principaux, suivant leur origine intellectuelle ou sentimentale, M. Delasiauve comprend dans le premier groupe, outre la manie, la paralysie générale, la stupidité et la série des délires par intoxication. Le second, au contraire, constitué par l'immense diversité des aberrations partielles, n'admet d'autre subdivision que celle des variétés individuelles, chaque cas, dit M. Delasiauve, étant à lui-même son espèce. Prenant ensuite à parti l'argumentation de M. Baillarger, à qui il reproche de n'avoir point tenu compte de cet essai de classification dans son appréciation générale des classifications de l'aliénation mentale, M. Delasiauve lui objecte à son tour que la distinction sur laquelle se fonde la classe lypémaniaque est toute fictive. « Les faits que cette classe renferme, disparates entre eux, ne tranchent point, dit-il, avec ceux de la catégorie opposée par une démarcation nette et saisissable. » Les modifications de la sensibilité, que M. Baillarger considère comme motivant suffisamment cette distinction, et qu'il exprime par les mots d'*expansion* et de *dépression*, ne seraient, suivant M. Delasiauve, qu'un effet et non une cause, la maladie résidant dans les sentiments lésés et les corruptions délirantes, au lieu d'émaner de cet état de la sensibilité.

Tel est le contingent de faits et d'arguments apportés par MM. Falret et Delasiauve à la discussion. Il nous reste maintenant à en résumer le plus brièvement possible les résultats acquis.

Les limites dans lesquelles nous sommes obligé de nous renfermer ne nous permettant pas de présenter, comme nous avions d'abord l'intention de le faire, un résumé complet des points nombreux de philosophie médicale et de physiologie pathologique soulevés dans cette intéressante discussion, nous nous bornerons à constater l'effet général qui en est résulté. Trois points principaux ont été mis en cause, et sur ces trois points, si la discussion n'a pas à proprement parler apporté des lumières nouvelles, elle a du moins permis aux médecins pour qui l'étude de l'aliénation mentale n'est pas familière de se faire une idée assez exacte et assez satisfaisante de l'état actuel de cette science.

Le premier de ces points est le rôle de l'anatomie pathologique dans la folie. C'était là, comme on le sait, l'objet principal du travail de M. Moreau, et par conséquent de la discussion elle-même, dont il était la base. Quelque louables que soient les efforts de M. Moreau pour rattacher les diverses formes de la folie à des modifications organiques correspondantes de l'organe encéphalique, et nous les louons pour notre part sans restriction aucune, il reste évident aujourd'hui que ces efforts sont frappés de stérilité. En vain MM. Ferrus et Londe ont-ils prêté à M. Moreau le concours de leur talent et de leurs lumières, ils ont laissé voir des espérances plutôt qu'ils n'ont articulé des faits précis et concluants en faveur de cette doctrine. Mais s'il est démontré impossible, dans l'état actuel, de faire remonter l'étiologie de la folie à des lésions organiques déterminées et constantes du cerveau, et de baser une classification des divers délires sur le rapport des symptômes avec ces lésions, il reste du moins établi pour tout le monde (et nous n'en exceptons pas M. Bousquet, que l'idée de délire implique l'idée de trouble fonctionnel de l'encéphale, et qu'il n'est pas plus possible de séparer ces deux termes en pathologie qu'en physiologie, quelque difficulté qu'éprouve notre esprit à réduire les uns dans les autres les phénomènes de l'intelligence et ceux de la matière. Réduite à ces termes généraux, la question anatomo-pathologique n'en a pas moins cette première conséquence de justifier le nom de *maladie* donné à la folie, et d'opposer par là une infranchissable limite aux prétentions des doctrines spiritualistes exclusives, qui ne conduiraient pas à moins qu'à contester la compétence de la médecine en aliénation mentale. C'est ce que M. Ferrus a très pertinemment exprimé, en exagérant peut-être un peu, dans l'intérêt des aliénés beaucoup plus que de la médecine elle-même, les dangers qu'on pouvait avoir à redouter de ce côté.

Le second point, qui a occupé une large place dans cette discussion, est la classification nosologique des délires. M. Bousquet, qui n'admet guère qu'il y ait eu de progrès réels en médecine si ce n'est au point de vue nosologique, et qui réduit le plus net de nos connaissances médicales aux proportions de ce que l'on sait en histoire naturelle, n'accorde pas même cette modeste satisfaction aux aliénistes. Nous ne rappelons cette partie importante du débat que pour faire remarquer la brillante et solide défense de M. Baillarger.

Malgré les divergences qui peuvent exister entre quelques médecins aliénistes, et notamment celle que nous constations tout à l'heure de la part de M. Delasiauve, il n'en est pas moins constant qu'il existe entre le plus grand nombre un accord parfait sur les bases de la classification des délires; et cet accord ne résulte pas seulement d'un assentiment purement théorique, mais il se traduit tous les jours en application pratique dans les asiles d'aliénés.

MM. Ferrus et Baillarger ont eu à défendre enfin la science de l'aliénation mentale contre l'accusation d'immobilité, et sinon d'une manière directe, au moins implicitement, la thérapeutique contre le reproche d'insuffisance et de stérilité. Avec moins de modestie, ces deux honorables et savants aliénistes eussent pu réfuter cette première accusation par l'énoncé seul de leur propres travaux. Nous n'essayerons pas d'y suppléer en esquissant le tableau des nombreuses et importantes recherches dont l'aliénation mentale a été l'objet depuis l'impulsion donnée par Pinel d'abord, puis par Esquirol, à cette branche si intéressante des connaissances médicales. Les seuls faits établis par la discussion elle-même nous paraissent suffisants. Quant à la thérapeutique de l'aliénation mentale, si l'on veut bien prendre ce mot dans son acception la plus large, on ne saurait non plus, sans injustice, refuser d'en reconnaître les progrès. Il eût appartenu surtout à M. Ferrus, qui a peut-être craint de se mettre trop directement en cause, de développer devant l'Académie les heureux résultats de l'organisation actuelle des asiles et de l'application des travaux agricoles, auxquels il a contribué lui-même pour une si large part.

Dès le début de cette discussion, nous avons cherché à montrer sa connexion avec les discussions sur le cancer et sur l'organicisme. Cette connexion doit être évidente mainte-

---

UNE VISITE AU JARDIN DES PLANTES.

ANTHROPOLOGIE. — Race sauvage des Boschimans, Boschis, Buschmaniers, Buschmen, noms différents d'une variété de la nation hottentote.

« Monsieur, je n'ai pas une affection assez vive pour votre personne » pour vouloir vous convaincre que vous n'êtes pas une bête. »

Cette réponse un peu vive, peu polie et pas du tout parlementaire, fut faite par un savant à un autre savant avec lequel il avait agité cette question, déjà tant controversée, de la ligne où s'arrête l'animalité : cette ligne se continue-t-elle sans interruption jusqu'à l'anneau sommet? Question qui se traduit tout simplement par celle-ci : l'homme forme-t-il une espèce à part (espèce humaine), ou est-il un animal lui-même, le plus perfectionné sans doute, mais enfin un animal?

Deux savants aimés et honorés de tous les gens de cœur et de goût, MM. Serres et Geoffroy Saint-Hilaire, professent l'opinion que l'homme forme une espèce à part.

Il faut être bien audacieux, ou avoir une conviction bien profonde, pour oser être d'un avis contraire à celui de ces deux illustres professeurs!... Cette conviction, nous l'avons acquise après avoir assisté *de visu* à une visite faite par les Boschimans au chimpanzé et autres singes, ainsi qu'aux bêtes féroces de la ménagerie du Muséum, au jardin des Plantes.

Les auditeurs habituels des cours du Muséum connaissent le docteur Jacquart, que M. Serres, avec le tact qui le distingue, a associé à ses travaux anthropologiques. Sachant nos goûts pour l'histoire naturelle, ce savant anatomiste, artiste aimable, nous invita à venir dans son laboratoire pour voir les Hottentots Boschis récemment arrivés à Paris, et dont les bustes, moulés sur nature par les soins de l'administration, sont destinés à enrichir le Musée qui vient tout récemment d'être ouvert au public.

Ce sont les scènes dont nous avons été témoin que nous allons raconter, après avoir toutefois donné au lecteur un aperçu sommaire des habitudes, coutumes, faits et gestes de cette race de bandits, sauvages qui forment, suivant nous, un des anneaux de cette grande chaîne de l'animalité.

Le 14 avril 1771, Cook arrivait au Cap; il raconte que les diverses tribus de Hottentots ont des habitudes et des coutumes très différentes les unes des autres, ce qui ne les empêche pas de vivre en paix entre eux. Il faut en excepter toutefois une tribu de l'est, dont les habitants sont appelés par les Hollandais Buschmen, et qui ne vivent que du produit du vol et de l'assassinat. Ceux-ci dérobent le bétail la nuit, et s'ils sont découverts, ils ont pour se défendre des lances, de sagaies, et des flèches trempées dans le venin de la couleuvre capelle, ou naja. Certaines herbes vénéneuses leur servent aussi à cet usage, et rendent les blessures presque toujours mortelles. Ils savent lancer une pierre si adroitement, que le narrateur les a vus atteindre plusieurs fois de suite, à cent pas de distance, un but de la largeur d'un écu de 6 livres.

Dans son voyage de 1780 à 1785, Levaillant, en parlant des Boschjesmen, confirme parfaitement ce que Cook en a dit, et ce que Burchele a publié en 1826 sur cette peuplade prouve que rien n'est encore changé chez eux.

La taille des hommes s'élève rarement à cinq pieds; les femmes sont plus petites. Leur peau est d'un brun clair quand elle est débarrassée de l'épaisse couche de graisse malpropre dont ils la recouvrent. Comme chez toute la race hottentote, leurs pieds et leurs mains sont d'une rare petitesse, bien proportionnés d'ailleurs à leur taille. Leur constitution est d'apparence délicate. Leurs habitudes sont ignobles; les mères donnent à leur géniture de la vermine à manger, comme les nôtres donnent des bonbons à leurs enfants.

Leur voracité est excessive; il est vrai de dire qu'ils savent supporter la faim bien plus longtemps que les autres hommes. Mais, quand le ventre d'un animal abattu est ouvert, ils se précipitent sur les entrailles, en font immédiatement curée, et essuient de temps à autre leurs doigts pleins de sang et de graisse sur leurs bras, leurs jambes et leurs cuisses.

Ils savent se servir du cuivre et du fer pour leurs besoins particuliers. Mais la plus redoutable de leurs armes, ce sont sans contredit les flèches, qu'ils savent construire avec un art infernal.

L'arc est en bois, la corde est toujours faite avec les entrailles tordues d'un animal quelconque; le carquois est en cuir soit de bœuf, soit

nant à tous les yeux. C'est toujours, au fond, le même principe qui est en cause ; c'est toujours la question de la valeur de l'anatomie pathologique au double point de vue étiologique et séméiologique, et de la part respective qu'il convient de faire dans tout phénomène pathologique à l'organe et à la force qui l'anime et le fait agir. Ce sera aussi à une conclusion analogue que nous arriverons; et, de même que nous avons déclaré nous rallier, en médecine générale, à cette doctrine mixte de l'organo-vitalisme qui tient également compte de tous les éléments et de toutes les conditions de la vie; de même, en aliénation mentale, nous nous rangeons du côté de ceux qui, repoussant également comme insuffisantes les doctrines exclusives des somatistes ou des psychistes purs, cherchent la vérité dans l'alliance et la fusion des deux principes et des deux ordres de faits sur lesquels ces principes se fondent.

Nous ne terminerons pas sans payer un juste tribut d'éloges à tous les membres qui ont pris part à cette discussion, pour le talent autant que pour la parfaite convenance et le bon ton qu'ils y ont apportés. Nous nous plairons surtout à constater le beau succès de tribune qui a clos cette discussion. M. Baillarger s'est placé d'un coup, par sa brillante improvisation, où l'on retrouve toutes les qualités solides de son esprit et de son jugement, au premier rang des orateurs académiques. — Dr Brochin.

SÉANCE ANNUELLE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Aujourd'hui a eu lieu la séance annuelle de la Société de chirurgie. Une foule nombreuse se pressait dans la salle, beaucoup trop exiguë pour cette solennité, qui a pris cette année un caractère des plus imposants.

La plupart des membres honoraires de la Société, c'est-à-dire presque toutes nos illustrations chirurgicales, étaient présents, ainsi qu'un certain nombre de membres correspondants qui se sont empressés de quitter leur pays pour se rendre à l'invitation de leurs collègues. La Société de médecine des hôpitaux s'y trouvait représentée, et plusieurs praticiens des plus distingués avaient dérobé quelques instants à leur clientèle pour assister à cette séance.

Quel était l'attrait qui appelait dans la salle de la rue de l'Abbaye cette affluence inusitée? Etait-ce l'éloge de M. Roux que devait prononcer M. Marjolin? Cette seule circonstance était certainement suffisante pour provoquer la curiosité du monde médical; il y avait, en effet, quelque chose de touchant à entendre le fils prononcer dans une séance aussi solennelle l'éloge de celui qui fut l'émule et toujours l'ami de son père; mais nous avons cru trouver à cette espèce de manifestation un autre caractère, celui d'un hommage réel rendu aux travaux déjà si importants de la Société de chirurgie.

Composée de presque tous les chirurgiens des hôpitaux, de l'élite des chirurgiens de Paris, cette Société s'est constamment attachée depuis son origine à étudier complétement les questions les plus graves, les plus difficiles de la chirurgie, et elle a pu le faire, car, si elle a rencontré dans le zèle, dans le savoir de ses membres les éléments nécessaires à une discussion approfondie, son homogénéité lui a permis de poursuivre sans interruption le cours de ses travaux : bien différente en cela des grands corps constitués, tels que l'Institut, l'Académie de médecine, elle a pu consacrer autant de séances qu'il était nécessaire à l'étude des questions les plus sérieuses sans être arrêtée par des rapports officiels et quelquefois d'un médiocre intérêt.

La Société a d'abord écouté l'éloge de Roux, prononcé par M. Marjolin, secrétaire général. Cet éloge, aussi remarquable par le fond que par la forme, a provoqué à plusieurs reprises les applaudissements unanimes de l'assemblée. Nous sommes heureux d'annoncer à nos lecteurs que nous le publierons dans un de nos prochains numéros. Elle a ensuite procédé à la distribution des deux prix qu'elle avait mis au concours l'année dernière.

La question pour le prix de la Société était ainsi conçue : *Déterminer les meilleurs modes de traitement applicables aux abcès par congestion symptomatique d'une lésion de la colonne vertébrale.*

Ce prix était de 400 francs. Il n'a pas été décerné ; mais un encouragement de 200 fr. a été accordé à M. le docteur Michel (de Strasbourg).

Le prix Duval, annuellement décerné à l'auteur de la meilleure thèse de chirurgie publiée en France dans le courant de l'année précédente, a été obtenu par M. Paul Denucé, aide d'anatomie de la Faculté de médecine de Paris, auteur d'une thèse intitulée *Mémoire sur les luxations du coude.*

Une mention honorable a été accordée à M. Ulysse Trélat, également aide d'anatomie de la Faculté, auteur d'une thèse intitulée *Des fractures de l'extrémité inférieure du fémur.*

M. le président a rappelé que la question mise au concours de 1856, pour le prix de la Société, était ainsi conçue : *Des résultats définitifs des amputations des membres inférieurs*; puis, dans un discours vivement senti, il a rappelé le nom des membres que la Société a appelés dans son sein pendant l'année, les pertes qu'elle a faites dans la personne de Lallemand et de Mayor (de Lausanne), et d'une voix émue il a fait part de l'envoi d'une somme de 500 fr. mise à la disposition de la Société par la respectable veuve de Marjolin.

En terminant la séance, la Société a installé son nouveau bureau, qui est ainsi composé :

Président, M. Gosselin ;
Vice-président, M. Chassaignac ;
Secrétaire, M. Verneuil;
Vice-secrétaire, M. Laborie ;
Archiviste, M. Giraldès;
Trésorier, M. Houel.
Comité de publication : MM. Gosselin, Cullerier, Chassaignac.

Dr A. Jamain.

HOTEL-DIEU. — M. Trousseau.

De la spécificité des maladies.

Au siècle dernier, l'histoire naturelle a compté de glorieux représentants. L'ère s'est ouverte par Linné, continuée par Buffon, fermée par Jussieu. Duhamel, Réaumur, Spallanzani, Bonnet et tant d'autres ont préparé l'heureuse venue de Daubenton et de Cuvier. Un homme fort instruit s'est rencontré qui, prétendant rattacher à une seule et même catégorie tous les êtres de la création, établit qu'un reptile, qu'une grenouille, se trouvant mal à l'aise sur le sol sablonneux un peu brûlant de l'Afrique, pouvait, le cou tendu, afin de humer un air plus humide et plus frais, finir après de longues années par acquérir une dimension du cou considérable, à peu près identique à l'énorme proportion du cou de la girafe.

Les côtes devaient s'allonger, s'infléchir et s'élargir, le cœur à trois loges devenir un cœur à quatre loges, les cellules pulmonaires se compléter. La girafe n'était, en somme, qu'une grenouille perfectionnée qui, si elle eût été mise dans un étang marécageux, aurait croassé et non bramé, et se serait conduite en grenouille dégénérée.

C'est là l'histoire de la poétique d'Horace, c'est là la fantaisie du peintre plaçant une tête de femme sur les épaules d'un cheval.

Quand un médecin aussi éminent que Broussais viendra dire que cette petite irritation catarrhale du nez occasionnée par la plus légère impression du froid peut devenir un coryza couenneux qui, s'il s'aggrave, dégénérera en coryza morveux; quand il confondra sous le nom d'entérite et le plus minime flux diarrhéique et les plus graves ulcérations des plaques de Peyer, je dirai qu'il y a aussi loin du rapprochement tenté par Lamarque, de la grenouille à la girafe, que du coryza vulgaire au coryza morveux, que de la diarrhée simple aux désordres pathologiques de la fièvre putride.

Tous les êtres de la création se touchent. Les vertébrés n'ont-ils pas indistinctement une colonne vertébrale formant à sa partie supérieure un renflement pour loger un encéphale? Cette colonne vertébrale ne contient-elle pas une moelle? Et cependant il faut bien l'on trouve quelque différence entre cet ovipare à peau lisse, au cœur à trois loges, et cet autre ovipare à écailles, au cœur à deux loges.

Vous classez, d'après leur mode d'organisation, les animaux diversement posés sur les degrés de l'échelle zoologique, vous admettez qu'il y a des mammifères, des oiseaux, des reptiles et des poissons; puis tout à coup force vous est d'admettre une division encore lorsqu'on vous montre cette classe particulière d'animaux, ces sarigues et ces kanguroos de l'Océanie qui, au-devant des mamelles, ont un repli de la peau du ventre en guise de poche pour loger et protéger leurs petits.

La même chose se passe chez les ophidiens. Soyez mordu par une couleuvre, vous n'y ferez pas même attention; mais que la dent d'une vipère vous atteigne et que le canal excréteur de la glande venimeuse verse le venin au fond de la petite plaie, et vous comparerez facilement la différence qui existe entre les deux morsures. Dire que la couleuvre est une vipère exagérée, ou que la vipère est une couleuvre modifiée, le mot peut être joli en histoire naturelle, mais vous êtes forcé de faire une spécialisation, de faire de la couleuvre une espèce parfaitement distincte de la vipère, absolument comme vous faites de la vésicule de la vaccine une espèce particulière à la vésicule de la variole.

Il y a en botanique de ces *compteurs de poils*, de ces gens qui, toujours armés de loupes ou de microscopes, finissent, après avoir pendant un an considéré les plantes d'une même famille, par rencontrer dans l'une d'elles un poil, une petite glande qui ne devrait pas s'y trouver, et qui font de leur *découverte* l'objet d'un volumineux mémoire dont ils vont pieusement donner lecture à l'Institut. Un nom nouveau est bien vite forgé, et la plante fraîchement baptisée porte bientôt le cachet nominal d'un officieux parrain. Cela ressemble à ce que ferait le naturaliste qui ne voudrait pas tenir compte des modifications que la chaleur, la lumière et tous autres agents exercent sur les êtres. Placez un têtard dans l'obscurité, il restera têtard; Edwards vous l'a démontré. Le chien de poche des dames et le chien de Terre-Neuve sont *chiens*, ils se perpétueront *chiens*, mais appartiendront à une variété de chiens.

Si nous rapprochons le cheval anglais du cheval arabe, le porc anglais du porc normand, ne sommes-nous pas frappés des différences qui les séparent? Tous ces animaux sont dégénérés au point de vue de la nature, mais améliorés pour les besoins de l'agriculture ou pour notre usage personnel.

Entrons enfin dans le domaine de la médecine, et choisissons notre premier exemple dans la pathologie cutanée; là tout se voit. Voici un engorgement survenu à la main : une vésicule paraît au sommet, il y a douleur à la pression; c'est un commencement de furoncle. Un jour, deux jours, trois jours se passent, le clou disparaît, non sans s'être fait la graine d'une multitude d'autres. La chirurgie, avec ses procédés tranchants, fend le furoncle en quatre, ce qui fait quatre fois du mal au patient, et aucun bien que je sache.

Dans un pays où des animaux ont succombé à des maladies pestilentielles ou gangréneuses, vous observez chez un individu le développement d'une autre vésicule; vous croyez à un furoncle. Le lendemain la pustule est élargie, la base en est œdémateuse, des ganglions sous-axillaires s'engorgent, le délire fait invasion et la mort arrive. Ce furoncle en question, vous l'avez nommé : c'est la pustule maligne.

Vous touchez une femme infectée de syphilis; vous vous êtes inoculé le virus. Bientôt fait saillie une pustule à base large, puis

---

d'élan; le bois de la flèche est un bout de roseau ordinaire d'Afrique. La pointe consiste principalement en un long morceau d'os aminci de manière à entrer exactement dans le roseau, où il doit tenir avec solidité sans y être pourtant fixé tout à fait. Cet os se termine par une plaque de fer mince et triangulaire, dont les bords sont bien aiguisés, et au-dessous de laquelle est une couche épaisse de gomme empoisonnée qui retient pour barbe deux fragments de plume. La longueur de la flèche est en général de 45 à 60 centimètres, de cette façon ni homme ni animal ne saurait extraire la flèche d'une blessure faite à l'aide du roseau, qui peut tomber dans la fuite ou rester dans la main, tandis que la tête reste dans les chairs pour y produire ses effets meurtriers.

Quelques-uns vivent en bonne intelligence avec les Hollandais, qui les appellent Makke Boschjesmans, ce qui signifie hommes des bois apprivoisés.

Nous prions le lecteur de faire attention à cette dénomination, qui ne va pas tarder à venir à l'appui de l'une de nos observations qui commencent ici.

Le mardi 17 avril 1855, à trois heures de l'après-midi, nous entrions avec les sauvages dans l'habitation des singes; il est à remarquer d'abord que les singes, qui ont l'habitude de faire toutes sortes de gambades et de joyeusetés devant leurs visiteurs européens, mais non de se grouper devant eux, firent ici le contraire et reçurent les Boschis avec une familiarité qui annonçait presque la consanguinité. Les Boschis, eux, étaient de très bonne humeur.

Arrivés devant le chimpanzé, nos trois personnages (car ils sont trois, une femme, un jeune homme petit et grêle, puis un homme à peu près de cinq pieds de haut) prirent chacun une pose différente vis-à-vis du quadrumane, qui lui-même joua un rôle fort actif dans cette entrevue.

Après les premiers instants de surprise réciproque, la femme et le jeune homme se mirent à parler au chimpanzé d'un ton doux et joyeux, auquel Jacques (c'est le nom du chimpanzé) répondit de son mieux et à peu près avec le même langage. Il était facile de voir, comme le disait notre spirituel introducteur, qu'ils avaient étudié dans la même université. Dans ces sons gutturaux, la lettre k domine; elle est souvent suivie de l'e et de l'o. L'r termine et souvent commence. Tout ceci, pour être intraductible, n'en est pas moins très facile à interpréter. Ainsi, après avoir beaucoup ri et parlé, la femme, voulant donner de la jalousie au singe, qui n'avait pas besoin de cet excitant, fit mine d'embrasser le jeune homme, qui riait très fort. A ce spectacle, la colère du pauvre Jacques fut aussi grande que les désirs qu'il avait manifestés à cette belle créature; alors la scène changea : l'homme jusqu'alors s'était contenté de rire et de jaboter comme les autres; en ce moment, il prit le ton de l'insolence et de l'injure; il voulut se servir de ses flèches et les lancer à l'animal, qui, les yeux flamboyants, lui répondait aussi par des injures et des cris furieux, très bien compris de part et d'autre. La paille qu'il faisait voltiger autour de lui en voulant la lancer témoignait qu'il n'avait nulle intention de reculer devant son adversaire. Cependant dans la guerre que leur font les Boschis, les pauvres chimpanzés sont presque toujours vaincus, n'ayant à opposer à des armes très meurtrières que des bâtons et des pierres. Il est vrai que dans ces diverses familles de quadrumanes, les gorilles, les orangs-outangs et autres, la force musculaire est entièrement de leur côté. Néanmoins notre Hottentot sait très bien simuler le combat à mort qu'ils se livrent et le dernier coup qu'ils portent aux malheureux singes.

On fit cesser cette scène, dans la crainte de nuire à la santé de Jacques, qui prenait la chose trop à cœur. On lui donna sa bouteille, nous ne lui avions jamais vu négliger cette amie; ce jour-là il eut à peine l'air de la connaître. Cette nouvelle amie, objet d'une convoitise ardente, lui avait tout à fait fait oublier l'ancienne.

Bacchus était détrôné; *Vénus était tout entière à sa proie attachée.* Nous-même, qui avons certaines relations d'amitié avec Jacques, nous lui parlâmes en vain; il ne tendit pas sa main pour serrer la nôtre, et il fallut nous quitter.

De là nous allâmes auprès des bêtes féroces; elles étaient occupées à prendre leur repas du soir. Les ours ne manifestèrent rien et n'inspirèrent qu'une curiosité légère à nos visiteurs; mais il n'en fut pas de même devant le jaguar du nouveau continent. Sa ressemblance avec le tigre d'Afrique ne laissa pas notre homme tranquille. Cette fois il voulait tout de bon prendre ses armes, et l'un de nous, qu'il avait dans son esprit élu notre chef, eu égard à sa corpulence (pour les sauvages, et en général pour tous les primitifs, les enfants, les paysans, l'ampleur du volume est toujours un signe de force, partant de puissance), était supplié par lui de le laisser se servir de ses flèches; ce que, bien entendu, on ne lui laissa pas faire.

se succèdent assez rapidement des taches de roséole, des ulcérations à la gorge, une démolition des os du nez, etc., etc.

Vous faites l'autopsie d'un cheval morveux, vous vous piquez. Ce n'est rien, dites-vous. Mais voici que vos yeux se gonflent, qu'un affreux coryza vous tourmente, que d'atroces maux de tête vous torturent et que le délire enfin vient vous enlever la connaissance des choses extérieures.

A l'ouverture cadavérique, car elle se fait toujours en pareil cas, vous trouvez, quoi? Du pus dans les poumons. La morve a tué ainsi la victime de la piqûre.

La peau se souvient toujours des irritations. Les cantharides donnent lieu à une bulle particulière; la moutarde cause plus de douleur, mais intéresse moins la peau; l'acide nitrique amène une eschare, le beurre d'antimoine d'effroyables désordres. Suivant chaque irritant, vous aurez une irritation d'une nature spéciale. Lorsque ces agents sont introduits, que ne se passe-t-il pas? Chez les ouvriers qui manient le phosphore, les dents tombent, les os maxillaires se nécrosent. Voyez ces malheureux potiers, polisseurs de glaces ou autres qui touchent à la céruse, au minium, comme ils sont pâles, hébétés! comme ils ont un liséré gris aux gencives! comme les muscles extenseurs de leurs bras sont frappés de paralysie! En présence d'une encéphalo-saturnine, doutez-vous? Non, vous affirmez.

Il y a peu de temps, les brasseurs mettaient de la litharge dans le cidre. Le conseil de salubrité, saisi de cette importante question de la sophistication des boissons, a trouvé du vin lithargiré, du cidre lithargiré; mais comment y est-il arrivé? Par des caractères spécifiques.

Deux ans à peine se sont écoulés qu'appelé à donner des soins à un marchand de bois, je le trouvai pris d'intoxication saturnine. Des coliques de plomb chez un marchand de *bois*, cela ne me parut pas très commun; aussi m'évertuai-je, ainsi que M. le docteur Lasségue, qui était présent, à trouver une cause à ces accidents. « Que font donc ces grains de plomb, lui demandai-je, que j'aperçois dans la cuvette de votre encrier? — C'est du plomb de chasse que je m'amuse à mettre dans ma bouche, tout en écrivant. Il y en a qui chiquent du tabac, moi je chique du plomb de chasse. »

La famille d'Orléans tout entière, sans en excepter l'ex-roi Louis-Philippe lui-même, a été prise de coliques de plomb à Claremont. M. le docteur Gueneau de Mussy a fini par découvrir que les eaux tombaient sur la galerie supérieure du château, dans un bassin revêtu d'une feuille de plomb.

Il y a quatre ans, je voyais en Angleterre une riche famille en proie à des accidents saturnins; rien ne me mettait sur la voie du plomb, lorsque je m'aperçus que l'eau, tirée à deux milles de là, débouchait dans un réservoir en plomb. J'apportai de l'eau à Paris, la fis analyser par M. Mialhe; elle contenait une notable quantité de carbonate de plomb.

Chaque cause produit ses effets spécifiques. Toute l'affaire de la thérapeutique est là dedans. L'enivrement quinique ressemble-t-il à l'enivrement opiacé? Le mercure ressemble-t-il, quant à ses effets pathologiques, la salivation, l'éruption cutanée, à ce que produit la solanée vireuse, par exemple: stupéfaction, dilatation des pupilles, sécheresse de la gorge, délire furieux, fantasmagories, etc.? La papavéracée vireuse à son tour, qui s'accompagne de stupidité profonde, d'éruption légère à la peau, de contraction des pupilles, verra-t-elle ses effets confondus avec ceux de la solanée?

Ne sauriez-vous pas reconnaître un ulcère véritable de celui qu'aura produit un épithème fait avec une plante de la famille des renonculacées, la clématite ou *herbe aux gueux*, par exemple?

Pendant que l'abeille, par sa piqûre, aura causé une fluxion œdémateuse, des désordres locaux avec fièvre, vous voyez d'autres insectes produire d'autres effets. Ainsi, si vous avez touché les nids ou les dépouilles que laisse sur les arbres la chenille processionnaire, vos mains et votre visage se couvrent d'un urticaire. Les personnes qui mangent des moules, des écrevisses, des crevettes ont des éruptions particulières.

En somme, connaissant la maladie, vous remontez à la cause; connaissant la cause, vous descendez à la maladie. Les causes spécifiques ont un caractère particulier, indélébile, constant, invariable, qui permet de les distinguer sûrement.

(La suite à un prochain numéro.)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 26 juin 1855. — Présidence de M. JOBERT (de Lamballe).

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Décrets approuvant les deux dernières élections. — M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation des décrets en date du 29 juin, approuvant l'élection de M. Bouley dans la section de médecine vétérinaire, et de M. Blache, dans la section d'anatomie pathologique.

M. le secrétaire perpétuel donne lecture de la lettre du ministre et des deux décrets.

MM. Bouley et Blache sont invités à prendre place parmi leurs collègues.

— M. le ministre du commerce transmet:

Épidémies. — 1° Un rapport final de M. le docteur Yvonneau, de Blois (Loir-et-Cher), sur une épidémie d'angine couenneuse qui a régné dans la commune d'Autainville. (Commission des épidémies.)

2° Un rapport de M. Bernier, de Montigny (Seine-et-Marne), sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans cette commune pendant les premiers mois de cette année.

Eaux minérales. — 3° Un rapport de M. Bach, médecin inspecteur des eaux minérales de Soultsmatt (Haut-Rhin), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1853. (Commission des eaux minérales.)

4° Une demande d'avis à l'Académie sur l'opportunité de l'exploitation des eaux minérales de Charbonnières (Rhône).

5° Un mémoire de M. le docteur Moritz (de Coblentz), sur l'emploi du phosphore et de la créosote pour la guérison des fièvres intermittentes. (Commissaires: MM. Bouvier et Michel Lévy.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Vaccine. — M. Adde-Margras adresse une réfutation de l'ouvrage de M. Verdé de Lisle sur la vaccine. (Commission de la vaccine.)

Choléra. — M. Dechaud adresse une notice sur le choléra de Montluçon (Allier), de 1854 à 1855.

Accouchement heureux chez une femme atteinte d'un rétrécissement du bassin. — Le même médecin transmet une observation d'accouchement heureux chez une femme âgée de quarante-deux ans, affectée d'un rétrécissement du bassin, qui a déjà subi deux fois la céphalotripsie.

Traitement des cancers par les chlorures. — M. Grimaud, d'Angers (Maine-et-Loire) écrit pour revendiquer en faveur de la médecine française l'antériorité du traitement des cancers par les chlorures, qui est en ce moment l'objet d'expérimentations à l'hospice de la Salpêtrière. M. Grimaud ajoute que dès 1843 il faisait connaître les chlorures comme les plus énergiques escharotiques.

Hippocrate. — M. le docteur Pons, de Bez, près le Vigan (Gard), adresse quelques appréciations sur Hippocrate.

Anniversaire de la mort d'Itard. — M. le directeur de l'Institution impériale des sourds-muets prévient l'Académie que le service anniversaire du décès d'Itard aura lieu le jeudi 5 juillet. MM. Bussy, Gueneau de Mussy, Chomel, E. Gaultier de Claubry, Poiseuille et Bousquet sont invités à se rendre à cette cérémonie.

Folie. — M. Falret adresse une lettre, dans laquelle il répond à une objection du discours de M. Baillarger, relative à la monomanie, en demandant la rectification d'un fait. Voici en quels termes est conçue cette lettre, dont M. le secrétaire perpétuel donne lecture:

« Admettre la monomanie ou nier son existence, et soutenir que le délire n'est jamais limité à une seule idée, à l'altération d'un seul sentiment, d'un seul penchant, ce n'est pas là une question de mots, ce n'est pas seulement substituer au mot monomanie celui d'aliénation partielle, c'est au contraire une question de doctrine; ce résultat de l'observation réagit puissamment sur toutes les branches de la médecine mentale. La théorie et la pratique se trouvent ainsi profondément modifiées.

» Dans la pathogénie, on n'assimile plus l'idée fixe maladive à l'erreur ou à la passion dans l'état normal; on renonce à calquer le tableau de la généalogie de la folie sur le développement progressif de l'erreur ou de la passion chez l'homme sain d'esprit.

» Dans la symptomatologie, on ne se borne plus à décrire les idées et les sentiments altérés d'une manière prédominante, à les rattacher à la lésion d'une seule faculté, on décrit l'ensemble des symptômes, l'état général du malade qui préexiste à la formation du délire prédominant, qui les commande au lieu de leur être subordonné.

» Dans la classification des aliénations partielles, on ne cherche plus à grouper les faits d'après les idées dominantes ou d'après les facultés qu'on suppose isolément lésées, mais on recherche des groupes plus naturels basés sur l'ensemble des symptômes maladifs.

» Dans la thérapeutique, on ne s'attache plus que secondairement à combattre une idée fixe, comme on combat les erreurs d'un homme sain d'esprit, ou à substituer un sentiment normal à un sentiment altéré, parce que l'on sait que ce serait, dans les cas les plus heureux, se borner à remplacer une idée, un sentiment par un autre, et qu'il importe surtout de rechercher des moyens dont l'action soit générale et puisse modifier le fond maladif sur lequel reposent les idées prédominantes, qui les entretient ou les renouvelle incessamment.

» Dans la médecine légale, enfin, on ne se contente pas de fixer l'attention des magistrats sur l'existence d'une idée folle dans une intelligence saine, sur l'état morbide d'un sentiment ou d'un penchant, toutes choses qu'ils n'admettent qu'avec peine, ou même qu'ils n'admettent pas, au grand préjudice de certains aliénés; on leur montre le tableau complet de la maladie dans laquelle l'acte incriminé n'apparaît que comme un épisode; on se base sur l'observation des cas analogues, au lieu de chercher les preuves d'aliénation dans les mobiles, dans les détails de l'acte lui-même, ou dans des distinctions arbitraires sur les divers degrés du libre arbitre. On détruit ainsi par la base même la théorie déplorable de la responsabilité partielle des prétendus monomanes, théorie qui conduit à faire considérer un certain nombre d'aliénés comme responsables de leurs actes, sous prétexte que l'acte incriminé serait étranger à leur délire prédominant, comme si on pouvait fragmenter l'âme humaine, scinder l'homme intellectuel et moral en plusieurs parties, dont l'une serait responsable, tandis que l'autre échapperait à la responsabilité.

» Quant au fait que je dois rectifier, le voici:

» La note sur laquelle M. Baillarger a basé sa dernière argumentation relative à mon mémoire sur la non-existence de la monomanie appartient à la rédaction des *Archives* dans lesquelles mon mémoire a été imprimé. Du reste, j'accepterais volontiers la responsabilité de cette note; il ne serait pas difficile, ce me semble, de prouver que tous les jours dans les sciences, dans les lettres, on se sert sans se contredire d'une dénomination lorsque d'avance on a bien déterminé le sens nouveau qu'on y attachait...... Mais, encore une fois, la note dans laquelle le mot de *monomanie* se trouve inséré n'est pas de moi; conséquemment l'argumentation de M. Baillarger n'est pas exacte en ce qui me concerne, et je puis ajouter qu'elle n'a sous aucun rapport la portée qu'il a cru pouvoir lui attribuer. »

— M. Delasiauve adresse sur le même sujet une lettre dont M. le secrétaire donne également lecture. (Voir le *premier-Paris*.)

RAPPORTS.

Invagination intestinale. — M. Gaultier de Claubry lit un rapport sur une observation d'invagination intestinale suivie de l'expulsion d'une anse de l'intestin grêle, par M. Hallaguen, médecin à Chateaulin.

Il s'agit dans cette observation de l'expulsion d'une portion considérable d'intestin qui avait été mortifiée à la suite d'une invagination. Après avoir fait ressortir toutes les particularités intéressantes de ce fait et en avoir rapproché les faits analogues connus dans la science, M. le rapporteur résume son rapport en ces termes:

Ainsi:

1° L'invagination d'une portion souvent considérable du canal intestinal est un fait incontestable.

2° La constriction d'un point de l'anse intestinale invaginée amène la mortification bornée à l'endroit même qui supporte l'étranglement. La masse intestinale une fois séparée est expulsée spontanément hors de l'anus sous la forme d'une tumeur allongée, présentant au dehors une membrane muqueuse et dans son épaisseur, suivant son axe, un conduit ou canal également tapissé par la continuation de cette même membrane muqueuse, tandis que la tunique péritonéale est juxtaposée à elle-même à l'intérieur.

Devant la panthère de Guinée, même scène. Là seulement il entr'ouvrit son vêtement et fit voir à l'animal étonné qu'une peau semblable à la sienne couvrait son corps à lui, en qualité de dépouilles opimes; puis après lui avoir dit force injures, par un mouvement rapide il découvrit sa tête et nous fit voir que son crâne avait été largement entamé par la dent d'un animal semblable.

Devant les lions, toujours même scène; prière de l'homme pour obtenir la permission de tirer sur la bête; surprise extrême de voir les gardiens caresser ces terribles animaux et jouer avec eux.

Devant les hyènes, ils se mirent à rire très bruyamment et à imiter le cri de l'hyène affamée; ce qui hérissa son poil, sortit ses griffes et, pour toute réponse, se mit dans l'attitude de la défense.

Tous les animaux les regardaient comme d'anciennes connaissances avec lesquelles ils étaient habitués à frayer en maintes circonstances; les panthères et le jaguar avaient lancé leur regard fauve et oblique; mais le lion, ce magnifique dominateur du désert, admirable animal, si beau dans sa force tranquille et dans son imposante fierté, que c'est à en rendre l'homme jaloux, pas le moindre sentiment de crainte sur sa belle face, mais peut-être un peu de surprise de voir des animaux aussi laids oser troubler son repas par les cris de leur petite voix.

Les jeunes lionceaux, doux comme des chiens et qui sont apprivoisés avec nous tous, ouvrirent la gueule et montrèrent des dents déjà formidables aux nouveaux arrivants.

Pour terminer d'une manière courtoise, une jeune femme présente à cette visite a permis au sauvage de l'embrasser, ce qu'il a fait d'une manière très accentuée, et puis ç'a été des joies, des cris de bonheur et des contorsions qui prouvaient qu'il savait apprécier la faveur qui lui avait été accordée.

La femme ne s'occupait pas de nous autres hommes; mais, dût-on nous accuser de fatuité, nous sommes persuadé que cette indifférence apparente tient plutôt au sentiment de l'infériorité de sa race relativement à la nôtre qu'au goût qu'elle aurait pour les Européens. Exemple: l'un de nous, craignant que la confiance avec laquelle elle posait ses mains sur les cages des animaux ne lui devînt fatale, lui prit doucement le bras et l'éloigna de ce danger; elle comprit, car elle se tourna vers lui et le remercia par le plus doux regard de son répertoire... ce qui ne veut pas dire pour cela qu'il fût joli.

En énonçant notre pensée relativement au sentiment d'infériorité dont est pénétrée la race hottentote par rapport à nous, nous sommes parfaitement en harmonie avec le voyageur Cowper-Rose, qui resta longtemps chez eux en 1828.

Notre conclusion est donc celle-ci:

Dans la grande série des êtres, nous croyons fermement que tout est admirablement placé par le Créateur de toutes choses dans le mécanisme éternel, et que si l'homme faisait une espèce à part, le chaînon qui relie les deux extrémités de la chaîne manquerait certainement: l'équilibre serait rompu. Heureusement que la suprême Sagesse, en nous permettant de divaguer tant qu'il nous plaira théoriquement, ne permet pas que nous puissions porter un changement, si insensible qu'il soit, dans les faits qui émanent de sa volonté.

Bornons-nous à souhaiter, en terminant, que si les hommes illustres que nous avons nommés au commencement de cet article le lisaient par hasard, il ne leur passe pas par la pensée de nous appliquer ce que l'un de nos deux savants disait à l'autre.

SERVAIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues à la Faculté de médecine de Montpellier par MM.:

Gingibre, né le 10 janvier 1830 à Saint-Jean-de-Buèges (Hérault); *Considérations et observations sur l'emploi de l'eau froide dans quelques lésions traumatiques.*

Grazietti, né le 27 juillet 1822 à Vizzani (Corse); *Étude sur la gangrène.*

Thomas, né le 15 janvier 1818 à Montpellier (Hérault); *Des causes qui retardent ou empêchent la consolidation des fractures, et des moyens de l'obtenir.*

Poullain, né le 13 juin 1826 à Arc-en-Barrois (Haute-Marne); *Essai sur l'hygiène des habitants de la campagne dans le canton d'Arc-en-Barrois (Haute-Marne).*

Toutes les thèses soutenues à la Faculté sont annoncées dans la *Gazette*; celles qui sont remises à notre bureau sont analysées dans un des numéros qui suit la remise.

3° La séparation de cette masse intestinale une fois effectuée, les deux extrémités intestinales divisées restent en rapport et peuvent contracter l'une avec l'autre des adhérences salutaires qui rétablissent la continuité du canal alimentaire, et, si la portion séparée n'est pas d'une longueur excessive, la vie des malades peut être conservée.

4° Dans l'espèce, le fait que M. Hallaguen a communiqué à l'Académie est un nouvel exemple de cette terminaison de l'iléus avec conservation des jours de la malade.

M. le rapporteur conclut en proposant :

1° D'adresser à M. Hallaguen une lettre de remercîment au sujet de son intéressante communication, avec invitation de continuer à surveiller la femme qui en est le sujet, et de s'efforcer, si le cas échéait que cette femme vînt à mourir, de constater par une ouverture méthodique de l'abdomen les conditions actuelles du canal intestinal;

2° D'insérer dans le *Bulletin de l'Académie* un précis de l'observation elle-même;

3° De conserver dans le cabinet anatomique de l'Académie la pièce pathologique que M. Hallaguen a envoyée. (Adopté.)

Nécessité de l'intervention du médecin dans l'éducation physique et intellectuelle de l'enfance. — M. Collineau lit un rapport sur un mémoire de MM. Poujet et Valat, relatif à la nécessité de l'intervention du médecin dans l'éducation physique et à son utilité dans l'éducation intellectuelle de l'enfance.

Le travail de MM. Poujet et Valat se fonde sur cette considération, que, par suite du mode uniforme de régime et d'instruction qu'on applique aux enfants, ils sont tous exposés à l'action de causes de maladies que le médecin peut connaître, qu'il peut combattre et dont il peut préserver. Il part de ce principe que, depuis les plantes jusqu'aux organisations les plus élevées dans la chaîne des êtres, tout se modifie ou s'étend, s'améliore et se perfectionne par la culture, en appliquant ce mot à la constitution métaphysique comme aux parties organiques ou matérielles.

L'éducation, dans l'espèce humaine, doit donc tendre à un triple but : fortifier le corps par des exercices variés ; entretenir la santé par des moyens hygiéniques constamment suivis et bien dirigés ; enfin donner à l'esprit, sans le fatiguer, des sujets d'exercice sur le plus grand nombre d'idées qu'il peut acquérir suivant les dispositions individuelles.

Sans blâmer entièrement le système d'éducation généralement adopté, les auteurs du mémoire y trouvent des défectuosités, ou plutôt un défaut de complément sur lequel ils appellent l'attention des hommes éclairés. D'après MM. Poujet et Valat, le système d'éducation adopté dans les colléges est dangereux pour la santé des élèves, trop souvent impropre ou insuffisant, et pour le plus grand nombre d'une application trop difficile. Ils proposent un plan d'éducation tracé presque entièrement sous un point de vue d'améliorations hygiéniques et médicales. Ce plan paraît à M. le rapporteur, comme tous les remèdes que l'expérience n'a pas consacrés, une chose douteuse et conjecturale ; et il le considère, en outre, comme n'étant pas entièrement à l'abri de quelques objections relatives principalement au rôle prédominant et difficile qui est assigné au médecin.

M. le rapporteur, d'après ces considérations, propose de placer très honorablement dans les archives le mémoire de MM. Poujet et Valat, de leur adresser des remercîments et d'inscrire sur la liste des futurs correspondants le nom de M. Poujet, qui par divers travaux se recommande à la bienveillance de l'Académie.

PRÉSENTATION.

M. le docteur A. Forget présente une portion de maxillaire inférieur qu'il a extraite chez un jeune homme et qui présente plusieurs particularités remarquables. Nous ferons connaître les détails de cette curieuse observation.

— La séance est levée à cinq heures moins un quart.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 5 avril 1855. — Présidence de M. P. Dubois.

Lecture et adoption du procès-verbal.

— La correspondance comprend :

1° *Études balnéologiques sur les thermes d'Ems*, par le docteur Spengler;

2° *Recherches expérimentales sur les moyens à employer contre les accidents déterminés par les inhalations de chloroforme*, par M. Ludger-Lallemand (M. Terrier);

3° *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, n° 13;

4° *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, mars 1855.

— M. le secrétaire général annonce la mort de M. le docteur Moncourrier de Beauregard, mort à Vincennes le 27 mars dernier, à l'âge de 81 ans, l'un des doyens de la Société et membre honoraire depuis plusieurs années.

M. le docteur Fabre, membre titulaire, médecin aide-major au 1er régiment d'artillerie à pied, a bien voulu représenter la Société aux obsèques de notre confrère.

RAPPORTS.

M. Chalut fait un rapport verbal sur une brochure du docteur Flint, professeur de médecine à l'université de Louisville (Amérique). Ce travail, qui n'est qu'un résumé de recherches cliniques sur la fièvre continue, la dyssenterie, la pleurésie chronique, etc., n'offre qu'un léger intérêt sous le rapport pratique, mais pourrait être utile à ceux qui s'occupent de recherches statistiques sur les typhus et la fièvre typhoïde. (Remercîments à l'auteur.)

— Le même rapporteur analyse rapidement le compte rendu des travaux de la Société médicale du VIIe arrondissement pendant 1853, rédigé par M. Perrin, secrétaire général. Il signale, entre autres faits dignes d'attention, un cas de constipation opiniâtre chez une dame de soixante-cinq ans et qui depuis quarante ans ne va à la garderobe que tous les quinze jours, malgré les moyens les plus variés employés pour la combattre. Cette dame boit et mange de tout indifféremment; seulement, lorsque le besoin de la défécation arrive, surviennent en même temps des lipothymies, des douleurs très vives dans les hypocondres, enfin un vomissement de matières glaireuses blanchâtres. Le ventre une fois débarrassé, tout rentre dans l'état habituel.

2° Un cas de vomissements incoercibles survenus pendant une grossesse, et qui ont été supprimés en favorisant le goût très prononcé qu'avait la malade pour les alcooliques et le vin de Champagne.

3° Enfin un cas d'absence complète du rectum chez un nouveau-né, chez lequel on a pratiqué un anus artificiel, et qui a succombé deux heures après l'opération.

M. Chalut propose d'adresser à la Société médicale du VIIe arrondissement des remercîments pour l'envoi de son compte rendu. (Adopté.)

Ophthalmie purulente. — M. Coursserant fait un rapport verbal sur la thèse de M. le docteur Younis Mohamoud-Effendi, médecin au Caire, ayant pour titre : *De l'ophthalmie purulente en général et de l'ophthalmie d'Egypte en particulier.*

L'auteur de ce travail, dit M. le rapporteur, rappelle d'abord que l'Egypte a été depuis les temps les plus reculés ravagée par les maux d'yeux.

Bruce affirme avoir rencontré 25,000 ophthalmiques dans les hôpitaux du Caire.

Savary, qui faisait partie de l'expédition d'Egypte, nous apprend que 8,000 aveugles étaient nourris dans la mosquée du Caire.

Volney dit que dans l'antique terre des Pharaons sur 100 personnes on trouve 20 aveugles, 10 borgnes, 20 dont les yeux sont rouges, purulents ou tachés.

Enfin, Larrey nous apprend que les troupes françaises et anglaises, à peine débarquées sur les bords du Nil, furent affligées par ce terrible fléau (l'ophthalmie purulente), et que presque tous les soldats qui faisaient partie de l'expédition eurent à en souffrir.

L'encombrement, les désastres qu'entraîne la guerre, les variations dans l'atmosphère sont des circonstances qui favorisent le développement de l'ophthalmie dite égyptienne. Parfois elle apparaît d'une manière épidémique non-seulement dans l'armée, mais encore parmi les populations soit des villes, soit des campagnes. Riches et pauvres en sont également atteints, quelles que soient leur nationalité, leur origine, leur profession.

Cette ophthalmie est-elle contagieuse? De nombreuses et consciencieuses observations paraissent établir la contagion d'une manière à peu près certaine : M. Mohamoud-Effendi est de cet avis et semble avoir puisé sa conviction dans le domaine des faits pratiques dont il cite de nombreux exemples.

M. le rapporteur se demande si l'ophthalmie d'Egypte diffère, quant à sa nature intime, des ophthalmies catarrhale, purulente des enfants, purulente des adultes, épidémiques ou blennorrhagiques. Pour l'auteur de la thèse, toutes ces affections ne sont que des nuances d'une même maladie, dont l'ophthalmie catarrhale constituerait le premier degré; toutes les différences dans la marche et l'intensité des manifestations symptomatiques ne tiendraient qu'à la différence d'âge, des habitudes hygiéniques variables d'individu à individu, de peuple à peuple, et à des conditions particulières dépendant du climat et des lieux infectés.

Pour ce qui concerne le traitement, M. Coursserant, tout en gardant le silence le plus complet, à l'exemple de M. Younis Mohamoud, croit devoir signaler les conseils dangereux de certains auteurs qui ont été jusqu'à proposer l'*ouverture* de la cornée dans le cas d'ophthalmie purulente.

M. le rapporteur propose de remercier M. Mohamoud-Effendi de l'envoi de son travail et de le déposer honorablement dans les archives de la Société.

M. P. Dubois croit que M. Coursserant est tombé dans l'erreur relativement à l'ouverture de la cornée dans le cas d'ophthalmie purulente. Ce n'est pas comme moyen curatif qu'on y a eu recours, mais bien pour opérer le dégorgement, la déplétion de l'organe.

M. Magne signale la facilité désolante avec laquelle la conjonctivite catarrhale se communique d'un enfant à un autre. Il n'est pas rare de voir survenir des granulations sur un grand nombre des enfants placés dans les crèches; il suffit qu'un seul en soit atteint pour voir l'affection s'étendre aux autres avec une extrême rapidité.

M. Vergne ne refuse pas d'admettre l'influence du contact dans la propagation de l'ophthalmie catarrhale chez les jeunes enfants; il a été témoin d'un trop grand nombre d'exemples qui ont établi cette influence et ce mode de propagation d'une manière incontestable; cependant il croit qu'on a beaucoup exagéré cette influence; et, selon lui, on ne tient pas assez compte d'une autre cause qu'on pourrait appeler *traumatique*, et qui, réunie à certaines conditions, soit atmosphériques, soit de toute autre nature, contribue aussi puissamment que la contagion à la propagation de cette cruelle affection. Ainsi, ajoute M. Vergne, dans un asile de la rue Pascal où se trouvaient réunis de 150 à 200 enfants, nous avons vu plusieurs fois se déclarer une véritable épidémie de conjonctivite granuleuse d'une intensité extrême, et frappant de 30 à 40 enfants en un seul jour. Le soir, l'affection semblait revêtir une exacerbation particulière; le matin, au contraire, elle paraissait vouloir diminuer d'une manière sensible.

Quelques jours de repos à l'infirmerie, secondés par des soins de propreté, et dans les cas les plus graves, l'usage de collyres au nitrate d'argent, parfois même quelques cautérisations avec le crayon, arrêtaient la marche de l'affection; mais à peine le jeune malade reprenait et ses occupations et ses jeux, que les accidents recommençaient.

Il faut noter que la cour étroite dans laquelle jouaient les enfants avait été récemment recouverte d'une couche de sable fin qui produisait une poussière plus ou moins épaisse; celle-ci se trouvait concentrée entre les deux corps de bâtiments qui enclavaient cette cour, et les enfants passaient tout le temps de leurs récréations au milieu de cette poussière d'une ténuité extrême, dont ils étaient littéralement aveuglés.

Il fut décidé qu'un certain nombre de ces malheureux seraient transportés dans un autre local; on choisit les plus malades, et ils furent placés dans une maison peu éloignée, mais bien aérée et ornée d'un petit jardin qui leur fut donné pour lieu de récréations. En moins de quelques jours une guérison solide fut obtenue.

Enfin, depuis que le sable et la poussière qui couvraient la cour de l'asile Pascal eurent disparu, l'ophthalmie catarrhale a fait de même; c'est à peine s'il s'en est montré de temps en temps quelques cas isolés.

M. Guersant. Je demanderai s'il n'y a pas une distinction à établir entre cette ophthalmie purulente d'Egypte et celle dont viennent de parler MM. Magne et Vergne. Ainsi, à l'hôpital des Enfants, nous avons une foule d'ophthalmies granuleuses, et les enfants qui les environnent ne la contractent pas le moins du monde. Donc il y a évidemment une différence entre cette ophthalmie et celle dont il est question dans la thèse de M. Mohamoud-Effendi.

M. Dubois pense que ces ophthalmies, sans être différentes, se propagent de deux manières :

1° Par influence épidémique;

2° Par contagion; et non-seulement d'enfants à enfants, mais d'enfants à adultes.

Ainsi, une jeune Américaine étant venue à Paris pour apprendre l'art des accouchements, je l'engageai à entrer à la Maternité. Pendant son séjour dans cet établissement, elle eut à faire des injections entre les paupières d'un enfant atteint d'ophthalmie purulente; quelques gouttes de liquide lui ayant rejailli dans l'œil, cette jeune personne fut prise dans la soirée de douleurs sourdes qui devinrent de plus en plus vives. Bientôt survint une ophthalmie intense qui entraîna la perte de l'œil.

M. Coursserant ne croit pas qu'il y ait une grande différence entre l'ophthalmie des enfants et celle d'Egypte; seulement les conditions dans lesquelles cette affection se développe sont différentes. Ainsi, les enfants dont il s'agit habitent des salles distinctes, bien propres, bien aérées, couchent dans des lits tenus généralement avec une grande propreté; tandis qu'au contraire le paysan égyptien couche sous la tente mal close, malpropre, souvent en plein air, se nourrissant mal, en un mot, se trouvant continuellement dans des conditions hygiéniques des plus fâcheuses : de là nécessairement les différences qu'on croit pouvoir signaler entre deux affections qui, je le répète, ne sont, à mon avis, que des nuances d'une seule et même maladie.

Les conclusions de M. le rapporteur sont adoptées.

Hydrocèle. — M. Coursserant communique à la Société un cas d'opération d'hydrocèle pratiquée selon la méthode de M. Richard, laquelle consiste à injecter et à laisser dans la tunique 5 grammes d'alcool pur. Par ce procédé, il a obtenu un léger gonflement qui a duré cinq à huit jours, et le vingtième jour la guérison était complète.

Je dois, ajoute M. Coursserant, signaler une particularité qui m'est survenue et qui n'a pas manqué de me préoccuper. Ayant plongé le trocart dans une profondeur assez considérable, il n'est pas venu une seule goutte de liquide, quoique pendant cinq minutes j'aie cherché à faire mouvoir la canule dans divers sens; mais en la retirant peu à peu, je l'ai sentie se dégager, et aussitôt elle a donné issue à un liquide de couleur citrine. Le malade, du reste, n'a accusé aucune douleur.

M. Coursserant ne comprend pas que le procédé de M. Richard ne soit pas plus généralement suivi dans la pratique.

M. Guersant emploie ordinairement l'alcool camphré; mais, ainsi que MM. J. Cloquet, Laugier, etc., il retire le liquide injecté presque immédiatement après l'injection, tandis que M. Richard laisse dans la tunique l'alcool injecté; il en est de même pour de Pieris. M. Jalade-Lafond rapporte que son père injectait soit de l'alcool, soit du sublimé étendu suffisamment, et que jamais il n'a vu survenir d'accidents.

M. P. Dubois répond à M. Coursserant que, s'il veut bien réfléchir au temps nécessaire pour que les essais, si heureux qu'ils soient, passent décidément dans la science, il comprendra la difficulté que rencontre la méthode dont il parle.

M. Bossu rapporte s'être servi deux ou trois fois de la teinture d'iode et avoir réussi parfaitement.

M. Coursserant répond que c'est là un liquide composé, tandis que l'alcool est un liquide simple.

M. Duperthuis a fait depuis trente ans une foule d'opérations d'hydrocèle avec du vin, qu'il additionnait habituellement d'un peu d'eau-de-vie, et jamais il n'a éprouvé d'insuccès, jamais il n'a eu d'accidents. Dans ces derniers temps, ajoute notre confrère, je me suis servi d'alcool simple chez un sujet déjà opéré plusieurs fois à Boulogne; à Strasbourg, etc.; un confrère se trouvait avec moi; nous n'avons pas réussi : il faut dire que l'hydrocèle contenait *trois litres* au moins de liquide.

M. Guersant a vu des hydrocèles d'un volume considérable guérir par l'injection, mais à la condition d'injecter une quantité de liquide égale à celle qu'on avait retirée.

M. Duperthuis déclare que ni lui ni son confrère n'ont eu l'idée de retirer tout le liquide; ils se sont contentés d'en retirer un litre à un litre et demi et en ont injecté un peu moins. Il y a eu des accidents abdominaux, et la guérison n'a pas été obtenue.

M. Guersant croit que c'était le cas d'avoir recours au séton ou à l'incision pour atteindre les brides et les divers kystes qui composaient l'hydrocèle.

M. Duhamel pense que retirer peu de liquide et en injecter peu donne le même résultat que si on retire beaucoup et qu'on en injecte beaucoup.

Le secrétaire annuel, Dr Vergne.

La plupart de nos abonnés de Paris ont déjà échangé leurs numéros de l'année 1854 contre la collection reliée de cette même année.

Pour ceux de la province, cet échange est moins facile. Cependant, l'exposition universelle devant sans doute en faire venir un grand nombre à Paris, nous leur rappelons que nous aurons toujours des volumes reliés à leur disposition.

Le prix de la reliure est de 2 francs. — Le prix des numéros qui auraient été perdus est de 10 centimes.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. Decq;
A Genève, à la librairie de Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Traité élémentaire d'anatomie, ou Description succincte des organes et des éléments organiques qui composent le corps humain, par M. A.-L.-G. Bayle, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, chevalier de la Légion d'honneur, etc., etc. Un volume in-32 format de poche. Sixième édition. Prix : 4 fr. 50 c. — Paris, chez Labé, place de l'Ecole-de-Médecine.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 76. — SAMEDI 30 JUIN 1855. (28e ANNÉE.) N° 76. — SAMEDI 30 JUIN 1855.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 29 JUIN 1855.

LIBERTÉ DE LA PRATIQUE MÉDICALE.

Jurisprudence de la Cour de cassation.

La question de la liberté de la pratique médicale, si souvent agitée, et résolue en sens divers par les légistes, vient de recevoir une fois de plus de la Cour suprême une solution que nous nous empressons de porter à la connaissance de nos lecteurs, parce qu'elle intéresse au plus haut point l'indépendance du corps médical. Voici en deux mots quel était le fait qui a motivé l'arrêt de la Cour :

Un accident arrive sur la voie publique ; un magistrat requiert le secours d'un médecin, qui, par une raison quelconque, refuse son assistance. Le médecin encourt-il l'application de l'article 475 du Code pénal, ainsi conçu :

« Seront punis...... ceux qui, le pouvant, auront refusé ou » négligé de faire les travaux, le service, ou de prêter le secours » dont ils auront été requis, dans les circonstances d'accidents, » tumulte, naufrage, inondation, incendie ou autres calamités, etc. »

Le cas s'étant présenté le 23 mars dernier devant le tribunal de simple police d'Angoulême, le médecin fut acquitté. Sur le pourvoi en cassation formé par le ministère public près ce tribunal, la Cour a décidé : « Que la disposition de la loi n'est pas applicable au mé- » decin qui refuse d'accourir pour prêter secours à un individu » tombé sur la voie publique par suite d'un accident ; c'est là un » fait que la morale et l'humanité condamnent, mais qui ne saurait » tomber sous l'application de l'article précité. » (18 mai 1855.)

Un fait analogue s'était déjà présenté devant la Cour de cassation, qui, le 4 juin 1830, avait décidé : « Que les refus faits par » une sage-femme de se rendre auprès d'une indigente qui récla- » merait son secours pour accoucher ne rentrent sous aucun rap- » port dans la disposition de l'article 475 12° du Code pénal; qu'il » n'existe d'ailleurs dans notre législation aucune peine qui puisse » être appliquée à un tel refus, tout inhumain et blâmable qu'il » soit, et que le jugement attaqué (la sage-femme avait été acquit- » tée), en déclarant qu'il ne constituait pas la contravention prévue » par ledit article, en a fait une juste application. »

Enfin, un troisième fait ayant quelque rapport avec les deux précédents a été l'objet d'un arrêt rendu dans le même sens par la même Cour le 29 fructidor an X. Il s'agissait d'un officier de santé condamné par le tribunal de police de Grenoble pour avoir refusé de recevoir dans sa maison un homme blessé qu'on lui amenait pendant la nuit. Le tribunal avait vu dans ce refus une contravention à l'article 17 de la loi du 19 juillet 1791, conçu à peu près dans les mêmes termes que l'article 475 du Code actuel (1). Ici encore la Cour reconnut le droit du médecin et cassa le jugement du tribunal de police, considérant : « Que le refus imputé au mé- » decin pouvait être plus ou moins blâmable, plus ou moins excu- » sable, selon les circonstances, mais que ce n'était pas un délit, » et que l'événement qui avait donné lieu à ce refus ne pouvait, » sous aucun rapport, être assimilé au cas d'incendie ou de fléau » calamiteux... »

La concordance de ces trois arrêts, les seuls qui existent, parfaitement conformes, non pas seulement dans leur esprit, mais dans leur rédaction et dans leur texte, suffit, ce nous semble, pour que l'on doive considérer la jurisprudence sur ce point comme bien définitivement fixée, et l'indépendance du médecin comme péremptoirement établie et reconnue. Le médecin est blâmable de par l'humanité et la morale, mais il est parfaitement à couvert quant à son *droit*.

Un autre point de vue de la question, non moins important, et qui n'a pas encore reçu de solution analogue aux précédentes, a été il y a quelques mois, dans deux journaux de médecine, l'objet d'une discussion animée de la part d'hommes distingués et consciencieux ; le voici : Un médecin requis par l'autorité pour porter secours aux habitants d'une localité ravagée par une épidémie meurtrière a-t-il le droit de refuser son assistance, on tombe-t-il sous le coup de l'article 475?

Ici le cas est plus grave ; il ne s'agit plus d'un individu, il s'agit d'une *calamité publique*. Nous ne voulons pas examiner la question au point de vue de la morale ; le corps médical tout entier se lèverait pour répondre. — La meilleure preuve que nous puissions donner de cette unanimité est celle-ci : depuis plus de soixante ans qu'existe la Cour de cassation (1790), le cas ne s'est pas présenté une seule fois devant elle. — Nous ne demandons la permission que de l'examiner sous le rapport du droit et de l'indépendance du médecin.

Parmi les savants confrères qui ont pris part à cette discussion, M. A. Latour soutenait que le médecin qui aurait refusé son concours en temps d'épidémie serait passible des peines édictées par l'article 475. D'autre part, M. Sanderet, professeur de médecine légale à Besançon, et notre honorable ami M. Caffe défendaient la thèse contraire. L'argumentation logique et serrée de M. Sanderet a fini par convaincre M. Latour, qui a reconnu que le médecin n'était justiciable que *des pénalités morales qui atteignent ceux qui refusent leurs services dans un cas de malheur public.*

Mais qu'il nous soit permis de dire qu'une chose nous étonne : c'est qu'aucun des confrères que nous venons de citer n'ait parlé d'un livre dans lequel se trouve admirablement discutée, et partant résolue, la question si grave alors soulevée. Dans le magnifique ouvrage la *Théorie du Code pénal*, cet article 475 est examiné et commenté au point de vue du *médecin*, et voici comment se prononce un homme justement reconnu comme une des autorités les plus considérables en matière de jurisprudence, M. Faustin Hélie, aujourd'hui membre de la Cour suprême :

« Dans l'article 475, dit-il, il ne s'agit que d'un concours maté- » riel ; les exemples cités par la loi le démontrent suffisamment; » c'est pour éteindre un incendie, sauver des naufragés, etc. Dans » tous ces cas, il y a urgence d'un secours immédiat; il peut y » avoir impossibilité de se procurer sur-le-champ les secours orga- » nisés par l'administration; on invoque l'aide et l'appui des sim- » ples particuliers; la loi leur fait un devoir de le prêter; elle punit » leur refus comme une faute. Mais il n'en serait plus ainsi d'un » concours *intellectuel* ou moral. Supposons qu'un avocat, un *mé- » decin*, un expert soient requis de procéder à une vérification, à » une opération chirurgicale, à une expertise ; leur refus ne moti- » verait nullement l'application de l'article, car il serait peut-être » absurde, et certainement ridicule, de contraindre par une péna- » lité un jurisconsulte à examiner un point de droit, un médecin » à faire une autopsie, un maître d'écriture à vérifier une pièce » fausse. Quelle confiance pourraient inspirer des experts con- » traints par la force à expertiser? Quel bénéfice la justice retire- » rait-elle d'un pareil concours ? »

Nous ajouterons, nous, quel avantage un malade retirerait-il du secours d'un médecin *obligé par force à le soigner*, à prescrire un traitement qui, si le médecin n'était pas honnête, lui donnerait la mort au lieu de le sauver ?

Nous ne dirons pas avec notre confrère : « Si le législateur n'a » pas fait mention du médecin dans l'article 475, c'est par pudeur » pour le corps médical. » La loi n'a pas de ces délicatesses. A notre avis, s'il ne l'a pas fait, c'est parce qu'il a compris que la médecine ne peut être profitable au malade qu'autant qu'elle est exercée librement et sans contrainte.

Nous le répétons, si la Cour de cassation, ce qu'à Dieu ne plaise, devait prononcer en pareille matière, nous ne faisons aucun doute qu'elle ne se conformât, même en présence d'un si déplorable et si blâmable refus de concours, à la jurisprudence qu'elle a établie par les trois arrêts que nous avons rapportés.

Dr A. Foucart.

(1) Il y avait cependant cette différence entre l'article 475 actuel et celui de la loi de 1791, que ce dernier ne déclarait coupable que le refus de secours ou de service requis par la police *en cas d'incendie ou autres fléaux calamiteux*. L'article actuel est plus large.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Dans notre *Revue clinique* de samedi dernier, nous avons rapidement esquissé l'état sanitaire actuel, et nous avons cherché à prémunir nos lecteurs contre les appréhensions qu'avaient pu faire naître quelques nouvelles étrangères à l'égard du choléra, en faisant connaître la situation satisfaisante de la santé publique tant en France que dans notre armée d'Orient. Les nouvelles qui nous sont parvenues depuis samedi ne confirment pas tout à fait malheureusement cette appréciation, pour quelques points au moins. Les dépêches officielles de Crimée nous apprennent, en effet, que quelques cas de choléra ont récemment sévi sur nos troupes ; et nous recevons d'un de nos correspondants (M. le docteur Bopp (de Nancy), quelques renseignements sur des cas de choléra qui ont éclaté depuis le 17 juin dans deux communes du département de la Meurthe, où l'épidémie ne s'était pas montrée l'année dernière.

Quant à la situation de Paris, elle est toujours la même, c'est-à-dire excellente, et tout porte à espérer que le temps magnifique qui a succédé aux longs jours de pluie ne fera que consolider cet état.

Examen des théories de la production de l'asthme par le spasme et par la rétention du mucus bronchique.

L'asthme est-il une affection nerveuse, spasmodique, convulsive, sans matière, indépendante de toute lésion organique soit des voies respiratoires, soit de l'appareil circulatoire, qui n'en serait que l'effet ; ou bien, au contraire, consiste-t-il dans une altération primitive et matérielle des bronches, emphysème comme le veulent quelques-uns, bronchite chronique catarrhale comme d'autres le prétendent? Cette question, depuis longtemps débattue, n'est pas encore résolue pour tous les médecins. Ç'a été longtemps une idée dominante que de faire consister l'asthme dans un état de spasme des fibres musculaires qui entrent dans la structure des conduits aériens. C'était l'opinion de Cullen, de Willis et d'Hoffmann ; c'était aussi celle de Laennec. C'est celle qu'a défendue avec beaucoup de talent M. le docteur Amédée Lefèvre dans un mémoire qui a eu, il y a une vingtaine d'années, un grand retentissement ; c'est celle enfin que défendent encore aujourd'hui MM. Gendrin, Bricheteau, Cruveilhier et d'autres autorités en médecine. D'un autre côté, MM. Piorry et Beau, faisant revivre une ancienne théorie qui remonte jusqu'à Galien, ne veulent voir dans l'asthme qu'une bronchite capillaire, et dans les accès de dyspnée et de spasmes qui le caractérisent qu'un effet momentané de l'obstruction des petites bronches par une accumulation de mucosités épaissies. Cette opinion, que M. Beau a soutenue il y a quinze ans dans un très beau travail physiologico-pathologique sur les bruits respiratoires, publié dans les *Archives de médecine*, est celle qu'il enseigne encore aujourd'hui dans les cours clinique qu'il professe à l'hôpital Cochin. Nous la lui avons entendu développer tout récemment à l'occasion de plusieurs malades de son service affectés d'asthme, et notamment d'un malade couché au n° 12 de la salle des hommes, qui présente une idiosyncrasie particulière dont nous parlerons tout à l'heure. Voici quels sont, en résumé, les principaux faits et arguments que M. Beau invoque à l'appui de cette théorie.

La contraction spasmodique des fibres de Reissessen n'a jamais été démontrée par l'inspection directe, soit dans la trachée, soit dans les bronches.

Si l'accès d'asthme était produit par le retrait des extrémités capillaires des bronches, il devrait y avoir un retrait général du poumon ; or, loin de là, il y a une augmentation d'ampliation de la poitrine pendant les accès.

Si l'asthme était produit par la contraction spasmodique des bronches, on devrait le rencontrer fréquemment chez les enfants et chez les femmes hystériques qui présentent si souvent le spasme glottique, et ce spasme glottique alternerait ou coïnciderait avec l'asthme, ce qui n'a pas lieu.

Enfin, si l'asthme était produit par le spasme des bronches, son invasion serait instantanée et la dyspnée immédiatement portée au summum d'intensité, comme cela se voit pour le spasme de la glotte.

Aux diverses objections opposées à cette théorie, et qui consistent à dire que la nature spasmodique de l'asthme est démontrée par l'intermittence des accès, par la promptitude de leur invasion et de leur disparition, par la faculté d'alterner avec d'autres affections spasmodiques des muscles de la vie intérieure, enfin par la suppression de l'expectoration pendant les accès et la forme des crachats quand ils cessent, M. Beau répond en disant que, d'une part, ces différents faits ne sont pas rigoureusement liés à l'existence de l'asthme; d'une autre part, qu'ils ne démontrent pas nécessairement que l'asthme est d'une nature spasmodique. L'intermittence, dit M. Beau, ne témoigne pas plus en faveur du spasme que de l'obstruction des racines bronchiques, rien n'étant plus commun que de voir les diverses sécrétions morbides affecter un type intermittent. L'asthme se déclare promptement, il est vrai, mais cependant pas d'une manière aussi instantanée que les affections convulsives; et, quant à la rapidité de sa disparition, elle n'a

rien qui ne se comprenne aussi bien par le mucus épaissi des bronches que par le spasme. Enfin, la suppression de l'expectoration pendant l'accès, et la forme des crachats quand il vient de cesser, sont précisément pour M. Beau des faits démonstratifs de la théorie de l'asthme par la rétention du mucus dans les bronches. On comprend, en effet, que les malades n'expectorent pas pendant l'accès, puisque c'est la rétention même du mucus dans les bronches qui le produit. D'un autre côté, l'accès cesse ordinairement dès que l'expectoration a lieu, ou du moins celle-ci suit-elle de près la cessation de l'accès.

Mais il y a précisément dans cette dernière circonstance de l'expulsion des mucosités après la cessation de l'accès un sujet d'objection qu'on n'a pas manqué de faire à la théorie de la rétention du mucus. Puisque l'accès cesse avant que le mucus ait été expulsé, ce n'est donc pas la présence de ce mucus qui produit l'accès. Mais, fait remarquer M. Beau, cette objection n'est que spécieuse. C'est la présence du mucus épaissi dans les dernières radicules bronchiques qui produit l'accès; or il peut arriver, et cela doit arriver souvent, que ce mucus soit expulsé des petites bronches dans des bronches plus volumineuses, où il peut séjourner impunément plus ou moins longtemps sans reproduire les accès et qu'il ne soit rejeté complétement au dehors que plus tard. C'est un fait analogue à ce qui se passe dans la colique néphrétique lorsque le gravier déplacé cesse de produire la douleur, bien qu'il n'ait pas encore été poussé jusque dans la vessie.

Enfin, la forme même de ces produits de l'expectoration des asthmatiques, forme canaliculée, cylindrique, en même temps qu'elle indique son origine, tendrait encore à confirmer l'explication de la production de l'asthme par le mucus.

Il est une autre circonstance sur laquelle M. Beau a appelé l'attention, c'est l'action des influences extérieures qui peuvent concourir à la production des accès. Ces influences sont très différentes chez les divers sujets. M. Beau a vu un jeune homme, garçon de pharmacie, affecté d'asthme, qui était pris d'un accès toutes les fois qu'il respirait des poussières de quinquina, tandis qu'il pouvait respirer impunément toutes les autres poussières de la pharmacie. Chez un étudiant en médecine, également asthmatique, c'était l'odeur du chlorure de chaux qui déterminait l'accès, tandis qu'il restait insensible à l'action de toutes autres odeurs ou poussières. Chez le malade du n° 12 dont nous parlions tout à l'heure, les accès d'asthme sont déterminés par la vapeur de café. Toutes les fois que ce malheureux passe auprès d'un endroit où l'on brûle du café, il est pris aussitôt d'un violent accès. On sait enfin qu'il en est d'autres chez qui ces accès sont déterminés par telle odeur, telle émanation ou poussière, qui restent entièrement sans action chez les autres. Ce sont là autant de ces caprices, de ces bizarreries organiques individuelles, ou, pour parler le langage scolastique, autant d'idiosyncrasies.

Il paraît difficile, au premier abord, de concilier ces susceptibilités individuelles singulières à l'action des agents les plus divers avec l'idée de phlegmasie catarrhale. Elles semblent impliquer une plus large part d'action que M. Beau n'en accorde à l'action nerveuse. Cependant, ainsi qu'on va le voir, elle n'exclut pas le fait d'une sécrétion muqueuse spéciale et de l'existence de ce mucus comme cause immédiate de l'accès. Voici en effet une expérience que M. Beau a répétée plusieurs fois, et qui semblerait établir que c'est sous l'influence même de ces causes spéciales d'irritation ou plutôt de la répulsion qu'éprouvent les bronches de certains sujets pour les agents dont il s'agit, que se produit instantanément cette sécrétion muqueuse pathologique d'où dépend l'accès d'asthme. Nous avons parlé tout à l'heure d'un jeune étudiant qui ne pouvait respirer de l'air imprégné de chlorure de chaux sans éprouver aussitôt un accès d'asthme. Ce jeune homme ayant consenti à cette expérience, on l'a soumis à l'action du chlorure de chaux en présence de plusieurs autres élèves en médecine. Pendant l'expérience, plusieurs des assistants avaient leur oreille appliquée sur la poitrine du jeune homme. Or, après avoir constaté l'absence de tout bruit pathologique, voici ce qu'ils constatèrent plus tard. A peine le patient avait-il respiré le chlorure de chaux, que l'on entendit de gros râles vibrants et sifflants se produire dans la poitrine; puis la dyspnée augmentant et l'attaque d'asthme devenant complète, ces râles furent remplacés par l'absence du bruit respiratoire, et la poitrine subit une ampliation marquée. A peine l'accès venait-il de se terminer, que ce jeune homme expectora un mucus épais ressemblant à cette corne fondue signalée par Laennec. L'expérience, répétée plusieurs fois, donna chaque fois les mêmes résultats: impression nerveuse d'abord suivie de la sécrétion muqueuse des dernières bronches accusée par l'auscultation, avec production de tous les phénomènes de l'accès d'asthme; puis cessation de l'accès par l'expectoration du mucus épaissi.

La théorie de M. Beau explique d'une manière satisfaisante un grand nombre de faits, le plus grand nombre peut-être, nous ne sommes pas éloigné de le reconnaître; mais elle ne les explique pas tous, et particulièrement les cas dans lesquels il n'y a manifestement pas d'expectoration ni avant ni après les accès. Faut-il admettre avec Laennec et M. Andral deux espèces d'asthmes, l'une nerveuse sans matière, et à laquelle s'adapterait plus ou moins bien la théorie du spasme ou toute autre analogue; l'autre avec matière, et dont le mécanisme serait effectivement expliqué par la théorie de M. Beau? C'est ce que les faits et les résultats thérapeutiques surtout nous porteraient volontiers à penser.

De la médication arsenicale à doses élevées dans le traitement des fièvres intermittentes rebelles.

Nos lecteurs connaissent les tentatives qui ont été faites depuis un certain nombre d'années avec les préparations arsenicales pour le traitement des fièvres intermittentes. M. le professeur Fuster (de Montpellier), placé à la tête d'un service de clinique important où l'on reçoit de nombreux fébricitants qui habitent les environs des vastes étangs voisins de cette ville, a mis à profit cette circonstance favorable pour soumettre à une expérimentation régulière et suivie la méthode de traitement préconisée par M. Boudin.

M. Fuster a fait connaître une première série de résultats favorables à la médication arsenicale, bien qu'il l'ait reconnue cependant inférieure à la médication quinique, et insuffisante dans le traitement des accès pernicieux. C'est surtout dans les fièvres tierces anciennes et rebelles au sulfate de quinine, que l'acide arsénieux lui a paru jouir de plus d'efficacité. Quand il ne guérit pas complétement la fièvre dans ce cas, il la rend du moins plus accessible ensuite à l'action des préparations de quinquina, qui, administrées dans cette condition, agissent avec plus de promptitude et plus de sûreté que si on les avait employées d'emblée et seules.

M. Fuster prescrit l'acide arsénieux par paquets de 5 milligrammes, et grâce à l'emploi simultané des éméto-cathartiques, qui ont le triple avantage de faciliter la tolérance, de faire cesser les accidents arsenicaux et de contribuer à la guérison de la fièvre, il a pu en élever la dose dans quelques cas jusqu'à 9 centigrammes par jour en débutant par 2 centigrammes donnés en plusieurs prises.

Une circonstance tout accidentelle est venue lui démontrer récemment que ces doses déjà très élevées pouvaient encore être dépassées et continuées pendant plusieurs jours sans produire d'accidents notables et même à l'avantage des malades, qui ont guéri rapidement de leur fièvre.

Voici les détails que donne M. Fuster dans une note qu'il a adressée, il y a peu de jours, à l'Académie des sciences:

Jusqu'au 25 mai, dit M. Fuster, l'acide arsénieux était administré aux fiévreux de la salle de clinique médicale (salles Saint-Gabriel, Saint-Charles et Saint-Lazare) par paquets de 5 milligrammes (un demi-centigramme). L'un de ces malades, le n° 22 de la salle Saint-Gabriel, n'était encore arrivé le 25 mai qu'à la dose de 3 centigrammes par jour; un deuxième, le n° 3 de la salle Saint-Charles, à la dose de 4 centigrammes; et enfin un troisième, le n° 16 de la salle Saint-Lazare, avait été amené à la même époque jusqu'à 6 centigrammes.

Le 25 mai, les paquets de 5 milligrammes étant épuisés, on les remplace par des paquets de 1 centigramme. L'interne n'étant pas prévenu du changement de titre des paquets, fait prendre dans les vingt-quatre heures au n° 22 (salle Saint-Gabriel) 6 centigrammes d'acide arsénieux, au lieu de 3; au n° 3 (salle Saint-Charles), 8 centigrammes au lieu de 4; au n° 16 (salle Saint-Lazare), 12 centigrammes au lieu de 6. Ces doses ont été continuées sept jours et demi de suite jusqu'au 1er juin, où la méprise a été reconnue. Elles ont produit les effets suivants:

Le n° 22 (salle Saint-Gabriel) n'a eu que quelques coliques très légères, et sa fièvre double tierce, très ancienne, a été coupée radicalement.

Le n° 3 (salle Saint-Charles) a éprouvé quelques vertiges, de la diarrhée, d'assez fortes coliques, pour lesquelles il a pris un vomitif avec 10 centigrammes de tartre stibié; après quoi les 8 centigrammes d'acide arsénieux continués trois jours encore, la fièvre quarte invétérée a disparu aussi complétement.

Le n° 16 (salle Saint-Lazare), qui a pris 12 centigrammes du même agent pendant sept jours et demi de suite, n'a éprouvé que des coliques insignifiantes, et une douleur à la région splénique, qui a cédé à l'application de deux ventouses scarifiées sur l'hypocondre gauche; mais sa fièvre quarte, très ancienne comme les autres, n'a éprouvé ni amendement ni aggravation.

Nous n'oserions pas conclure de ces faits qu'on peut toujours impunément donner l'acide arsénieux à des doses aussi élevées, et nous conseillerons même aux praticiens qui voudraient l'employer aux doses prescrites par M. le professeur Fuster de suivre les sages précautions qu'il indique pour en assurer la tolérance.

Efficacité des préparations d'or dans la chlorose. — Preuve que les préparations de fer agissent dans cette affection autrement qu'en restituant du fer au sang.

Les quelques réflexions cliniques sur le danger des préparations ferrugineuses dans certains cas de chlorose que nous avons publiées dans la *Revue clinique* du 16 courant nous ont valu la note suivante, que nous adresse M. le docteur Chrestien (de Montpellier), pour rappeler que les préparations d'or ont été prescrites avec succès dans la chlorose, ce qui, par parenthèse, tendrait à modifier l'idée que l'on s'est faite de la manière d'agir des préparations ferrugineuses dans ce cas.

« Depuis assez longtemps, nous dit M. Chrestien, je m'occupe à prouver, par des faits de clinique médicale, que les préparations de fer n'agissent pas dans le traitement de la chlorose en rendant au sang la quantité de ce métal qu'il est censé avoir perdue, puisque les préparations d'or agissent tout aussi efficacement que les préparations ferrugineuses, et que l'or n'a encore été signalé par aucun chimiste comme principe constitutif de l'économie animale. Les exigences de la clientèle ne m'ont pas encore permis de mettre la dernière main à ce travail; mais l'article fort intéressant que vous avez publié dans votre numéro du 16 courant sur le *danger des préparations ferrugineuses dans certains cas de chlorose* m'impose l'obligation de faire savoir que les préparations d'or ont sur les préparations de fer l'avantage de combattre avec succès la disposition tuberculeuse si fréquente chez les chlorotiques, et qui est à bon droit pour M. le professeur Trousseau une contre-indication à l'emploi des martiaux. J'ignore si mon oncle, le docteur J.-A. Chrestien, avait déjà reconnu cette coïncidence, que M. le professeur Trousseau signale avec tant d'à-propos, de la disposition tuberculeuse avec la chlorose, ou bien si c'est par la recherche des cas divers dans lesquels ses préparations d'or sont utiles, ou mieux par suite de l'idée qu'il s'était faite de l'opportunité de ses préparations d'or dans le traitement de toute maladie où il y a prédominance de l'action du système lymphatique, toujours est-il que ce praticien guérissait habituellement la chlorose à l'aide de ses préparations aurifères, et notamment à l'aide des oxydes incorporés dans du chocolat.

» L'efficacité des préparations d'or est trop importante et trop négligée à Paris, malgré le concours actif de M. le docteur A. Legrand (1), pour que je ne profite pas de l'occasion que vous m'offrez de la faire ressortir, en disant que dans les cas où la coïncidence d'une prédisposition tuberculeuse empêche M. le professeur Trousseau d'employer les ferrugineux chez ses chlorotiques, il se borne à leur prescrire un régime analeptique, le séjour à la campagne, les sulfureux, et tels autres moyens toniques et fortifiants qui peuvent être plus spécialement indiqués. Les préparations d'or, en effet, doivent figurer en tête de ces moyens toniques et fortifiants. »

DES CAUSES DE L'ACCOUCHEMENT.

Par M. le docteur Mattei, professeur d'accouchements à Bastia (Corse) (2).

§ 1. — Il est désormais puérile de dire qu'arrivé à la maturité, le fœtus brise les membranes pour se frayer un passage, comme le poussin brise la coque qui n'est plus pour lui qu'une prison. Les mouvements du fœtus ont une influence presque nulle dans les phénomènes du travail, et il y a bien des membranes qui se rompent avant terme, à coup sûr sans aucune influence de la part des mouvements du fœtus, comme nous voyons, dans les accouchements ordinaires, le travail commencer avant la rupture de ces enveloppes.

On ne peut pas croire, avec quelques accoucheurs, que la cause de l'accouchement soit la simple distension de l'utérus, car les hydropisies amniotiques le distendent bien plus sans qu'il y ait accouchement. On ne peut pas dire avec d'autres que ce soit le col qui, en s'effaçant et s'ouvrant, ne laisse plus d'étoffe à la distension utérine; car il y a plusieurs grossesses où le col conserve toute sa longueur jusqu'au commencement du travail.

On ne peut pas dire avec d'autres non plus que les contractions du corps sont réveillées par les sympathies qui existent entre le col et le corps utérin, parce que, comme nous venons de le voir, il peut arriver que le col soit encore long jusqu'au moment même du travail, tandis que nous voyons des grossesses où le col est largement ouvert et effacé plusieurs jours avant ce temps.

On ne peut pas dire avec quelques autres que les contractions douloureuses sont la cause de l'accouchement, ou que ces contractions arrivent précisément lorsque le tissu musculaire de l'utérus a acquis son degré de perfection; car ces contractions douloureuses se réveillent souvent avant neuf mois et accompagnent tous les avortements, sans cependant que le travail préparateur soit achevé ni du côté du fœtus, ni du côté de la fibre utérine.

Ces causes et autres semblables qu'on a invoquées ayant été insuffisantes pour expliquer l'accouchement, on a dit enfin que ce phénomène arrive au terme fixé par la nature, et que c'est assez en connaître la cause.

§ 2. — Nous aurions pu nous contenter du fait si la nature se suffisait toujours à elle-même, mais devant intervenir souvent dans l'accomplissement de cette fonction, il serait très utile de remonter aussi haut que possible dans les causes de son accomplissement; aussi tenterons-nous à notre tour de l'expliquer, en gardant cependant la plus grande réserve.

Cette cause, pour nous, est complexe. Le travail préparateur qui se fait sur le fœtus et sur la matrice constitue ce qu'on peut appeler la cause prédisposante. Mais il n'est pas sûr que cette cause ait produit plusieurs accouchements physiologiques. Pour l'accomplissement de ce phénomène, il faut une cause déterminante, qui est la contraction utérine. Celle-ci, il est vrai, agit directement sur

---

(1) Outre le gros volume que ce médecin distingué publia en 1828 sur l'emploi de l'or dans le traitement de la syphilis, et dont il donna plus tard une seconde édition, M. A. Legrand a publié deux mémoires fort intéressants sur l'emploi de l'or dans le traitement des maladies scrofuleuses. Il a en outre publié un travail que liront avec fruit les praticiens qui ont à traiter des *anémiques*, car ce travail a pour but d'indiquer quelle est l'action des préparations d'or sur l'économie animale, et surtout sur les organes de la digestion et de la nutrition. Ce travail, qui n'est certes pas étranger à l'étude de la chlorose, renferme des exemples remarquables d'anémie traitée avec succès par les préparations d'or. (*Note de M. Chrestien.*)

(2) Cet article est extrait d'un ouvrage que M. Mattei va publier incessamment, et qui a pour titre: *Essai sur l'accouchement physiologique.* Le but de cet ouvrage est de rechercher les conditions susceptibles de ramener à sa véritable nature de fonction physiologique le travail de l'accouchement, que les conditions sociales transforment le plus souvent en maladie. C'est sous ce point de vue que l'auteur considère dans cet article les causes de l'accouchement.

(*Note du rédacteur.*)

l'utérus; mais, à son tour, elle a besoin pour agir qu'un stimulus la mette en jeu, et ce stimulus lui-même sera une cause indirecte de l'accouchement.

Nous avons donc pour causes préparantes ou prédisposantes le travail qui se fait du côté de la matrice et du fœtus;

Pour causes occasionnelles indirectes ou éloignées, tout ce qui met en jeu les contractions utérines;

Pour cause déterminante, directe, essentielle ou prochaine, la contraction elle-même.

§ 3. — ... Le travail de la matrice comme cause prédisposante est un antagonisme frappant entre ce qui s'opère sur le segment inférieur et ce qui s'opère sur le segment supérieur de ce viscère. Dans l'un, la fibre musculaire s'organise de plus en plus, et se fait par conséquent plus apte aux contractions; dans l'autre, au contraire, la paroi utérine et surtout le col s'amincissent et s'effacent pour opposer le moins de résistance possible.

Toutes les causes qui tendront à amincir le segment inférieur de l'utérus et le col, comme toutes celles qui contribueront à organiser plus promptement la fibre du corps utérin, agiront dans le sens d'une cause prédisposante.....

§ 4. — Maintenant que nous avons vu en passant les causes préparantes ou prédisposantes, nous arrivons à la cause directe ou la contraction utérine. Cette question devant jouer un grand rôle dans l'accouchement, nous avons besoin de l'analyser dans tous ses éléments.

La matrice dans l'état de vacuité offre bien faiblement les caractères d'un tissu contractile. A-t-elle cependant la faculté de se contracter? On a vu le col se rétracter pendant la cautérisation avec le fer rouge et sous l'action du galvanisme. On aurait vu la matrice à moitié prolabée à l'extérieur se contracter à chaque attouchement; mais les phénomènes physiologiques de cet organe sont bien plus concluants.

Si l'on n'admet pas la sécrétion et le rejet des œufs chaque mois, il faut admettre au moins que quelquefois les œufs nouvellement fécondés peuvent être rejetés au dehors. Nous avons remarqué que les femmes qui souffrent beaucoup pendant la menstruation sont ordinairement stériles ou peu fécondes, et nous avions cru que l'orifice utérin chez elles était trop étroit pour permettre le libre écoulement du sang et la montée du sperme. Aujourd'hui nous sommes sorti de cette erreur, et nous sommes convaincu qu'elles sont peu fécondes surtout parce que l'utérus chez elles chasse l'œuf fécondé, ou peut-être parce qu'une contraction spasmodique de la trompe empêche la descente de l'œuf ou la montée du sperme. Ces femmes finissent ordinairement par avoir à la longue des maladies de matrice. Cette question, du reste, sera mieux éclairée par la suite.

Ce que nous tenons à faire ressortir ici est la manifestation de la contraction utérine dans le cours de la grossesse, et à plus forte raison près du terme. Maintenant cette contraction est-elle douloureuse, ou, en d'autres termes, y a-t-il des contractions dont la femme n'a pas conscience? Cette question est désormais jugée, et la plupart des accoucheurs admettent aujourd'hui que des contractions indolores ont lieu pendant la grossesse; ces contractions se manifestent par la tension de l'utérus, que peuvent constater l'accoucheur et la femme elle-même.

C'est une de ces contractions indolores qui a lieu le plus souvent lorsqu'une impression morale agit sur la femme. Nous avons eu à l'hôpital de Bastia une femme qui avait une de ces contractions toutes les fois que nous allions l'examiner. Cette femme, qui s'apercevait bien de la tension de l'utérus, nous disait que son enfant avait peur de nous. C'est à ces contractions qu'on a rapporté presque tout le travail préparateur du segment inférieur de l'utérus et du col dans les derniers temps de la grossesse.

Le point sur lequel nous ne sommes pas d'accord avec ces accoucheurs, c'est que pour eux ces contractions sont purement préparantes, tandis que pour nous elles sont les véritables contractions physiologiques de l'accouchement. Pour eux, l'accouchement arrive lorsque ces contractions deviennent douloureuses; pour nous, l'accouchement peut arriver et devrait même toujours arriver avec elles pour être le plus naturel. La contraction, comme nous le verrons dans la suite, ne devient douloureuse que lorsqu'un obstacle s'oppose à l'accouchement, ou que la fonction s'opère avant que le travail préparateur soit achevé, c'est-à-dire que les contractions sont douloureuses lorsque l'accouchement n'est pas tout à fait physiologique.

§ 5. — Maintenant que nous avons établi la présence de quelques contractions pendant la grossesse, nous allons examiner quelles sont les causes qui peuvent réveiller ces contractions, ou, en d'autres termes, quelles sont les causes occasionnelles indirectes de l'accouchement; elles sont très nombreuses.

L'utérus, au point surtout où sa texture a acquis une organisation complétement musculaire, n'a d'autre manière de correspondre aux agents qui ont de l'action sur lui que par la contraction. On ne doit donc pas être du tout étonné que des causes de nature si variées produisent sur lui le même effet, la contraction.

Ces causes viennent du fœtus ou de la mère. Le stimulus qui peut faire contracter la matrice vient du fœtus par le poids que celui-ci fait porter à la partie inférieure de l'utérus, ordinairement la plus sensible. Il peut provenir du volume et des frottements fœtaux sur les parois utérines, mais surtout des mouvements actifs. Nous verrons plus loin de quelle manière le fœtus peut réveiller les contractions par la stase de sang qu'il apporte à la fin de la grossesse dans les parois de la matrice.

Les stimulus qui peuvent provenir de la mère sont très nombreux. Les indiquer ici en détail ce serait répéter la liste des causes d'avortement qu'on trouve dans tous les auteurs.

Nous préférons nous arrêter sur une cause qui a pu attirer l'attention jusqu'ici par les résultats qui la suivent, mais non comme cause fréquente de contractions. Ce stimulus est la congestion utérine.

§ 6. — La congestion utérine se manifeste physiologiquement aux époques cataméniales, et nous ne pouvons pas dire si alors le sang sort par le trop plein, ou s'il s'écoule par suite des contractions. Nous avons cependant remarqué que lorsqu'un avortement arrive par cause inconnue, il arrive presque toujours aux époques cataméniales. Si la grossesse est d'un ou deux mois, alors on considère ce sang comme un écoulement abondant qui a remplacé ce qui a pu manquer dans la menstruation précédente.

On a reconnu avant nous que les congestions locales de l'utérus, n'importe leur source, étaient souvent cause d'avortement; or ce phénomène ne peut avoir lieu sans contractions. Les femmes qui ont les règles les plus abondantes sont ordinairement plus exposées à avorter que celles qui les ont en petite quantité. Nous avons vu que, dans le cours même de la grossesse, il y avait souvent quelques symptômes qui annonçaient les époques cataméniales, et qu'enfin l'accouchement arrivait le plus souvent à ces époques. Pendant que la femme éprouve des maux de reins, du poids dans le bas-ventre; pendant qu'elle a un écoulement vaginal plus prononcé, etc., l'accoucheur et la femme elle-même peuvent constater souvent le durcissement passager de l'utérus. Cette coïncidence de la fluxion et de la contraction est si fréquente, que nous ne craignons pas de les réunir avec les liens de cause et effet. Sera-ce la contraction qui appellera la congestion? Nous ne le pensons pas, car la congestion cataméniale est indépendante des contractions. Une contraction, du reste, n'est pas un phénomène de congestion; elle est, au contraire, un phénomène d'expulsion des liquides qui gorgent les vaisseaux utérins; c'est peut-être même le moyen dont se sert la nature pour se débarrasser du trop plein. Une dernière preuve en faveur de notre thèse, c'est que dans les grossesses extra-utérines l'utérus, qui prend part à l'activité de l'œuf et se développe jusqu'à un certain point, se contracte aux époques cataméniales qui correspondent au terme de la grossesse, il y a des douleurs d'enfantement, et l'on ne peut pas dire qu'il n'y a pas alors congestion, car il y a hypersécrétion de mucosités, et souvent écoulement de sang.

Ce fait, inexplicable par les idées ordinaires, devient ainsi naturellement expliqué par la coïncidence de la contraction et de la congestion. D'où l'on peut conclure que la congestion cause la contraction plutôt que celle-ci n'engendre la congestion.

Pour conclure, la cause prochaine de l'accouchement physiologique est pour nous la contraction réveillée le plus souvent par la congestion cataméniale. En dehors de cela, il y a une infinité de causes qui peuvent réveiller ces contractions, et alors l'accouchement sera plus ou moins physiologique, selon que le travail préparateur de l'utérus et de ses annexes sera plus ou moins avancé.

§ 7. — Après tout ce que nous avons dit, on peut se demander pourquoi toutes les grossesses ne vont pas jusqu'au neuvième mois, ou, en d'autres termes, pourquoi toutes les grossesses ne sont pas physiologiques?

Les causes de ces accouchements avant terme ne sont autres que celles de l'accouchement physiologique. Il n'y a de différence que dans les conditions où elles se produisent, et ces conditions découlent précisément de ce que nous avons dit jusqu'ici.

Peut-on admettre qu'il y ait des cas où le travail préparateur soit fini du côté de la mère et du côté de l'enfant avant le neuvième mois? Nous n'en connaissons pas de bien avérés.

Toute la précocité d'un accouchement physiologique peut se borner à quelques jours d'avance, et, nous le répétons, pour que la fonction soit physiologique, elle doit se faire lorsque tout est préparé pour son accomplissement.

§ 8. — Ce que nous disons du travail préparateur n'est pas applicable aux causes occasionnelles de l'accouchement, qui toutes, plus ou moins, peuvent être précisément mises en jeu avant le neuvième mois, c'est-à-dire avant que l'accouchement soit prêt pour la mère et pour l'enfant. C'est la contraction utérine qui est ici mise en jeu prématurément, et quelquefois bien que l'enfant soit dans les meilleures conditions possibles pour une bonne grossesse; d'autres fois elle est mise en jeu par la nécessité d'expulser un produit qui a cessé de vivre ou qui ne jouit pas de toutes les conditions nécessaires à une bonne grossesse.

Ces deux cas, qui semblent être si divergents entre eux et si divergents surtout de l'accouchement à terme, nous paraissent cependant se réunir par des liens très étroits, et, nous le répétons, la cause déterminante de l'accouchement, n'importe à quel terme, est toujours la même : c'est la contraction.

Les auteurs, à propos de l'avortement, ont approfondi les causes diverses qui peuvent mettre en jeu la contractilité utérine avant terme, et il serait inutile de les répéter ici. Nous indiquerons seulement celles qu'ils ont négligées.

Une de ces causes est pour le fœtus la présentation des pieds, et nous appelons sur elle toute l'attention des accoucheurs. Quand on aura appris à connaître plus de bonne heure ces présentations, et qu'on fera la version céphalique, on aura, nous l'espérons, moins d'accouchements avant terme. Ces présentations sont tolérées quelquefois sans gêne pour la femme, et cela peut s'expliquer suivant que les pieds correspondent ou non au segment utérin qui recouvre le détroit. Mais les mouvements du fœtus se faisant dans le voisinage du col sont par eux-mêmes cause fréquente des contractions utérines, de gêne et même de douleur; ensuite ils entretiennent une congestion constante par la surexcitation qu'ils réveillent dans l'utérus, et sont souvent cause d'avortements.

Une autre cause de quelque importance, c'est la mauvaise conformation du bassin, et où la nature, en faisant bien des fois l'accouchement avant terme, nous indique clairement la provocation du travail prématuré.

Enfin, la cause la plus fréquente et la plus générale, c'est l'excitabilité générale du système nerveux.

Si nous indiquons seulement ces quelques sources de contractions, il ne faudrait pas en conclure que nous les croyions seules capables de provoquer l'avortement. Elles prouvent seulement que la liste nombreuse des causes de l'avortement est loin d'être complète.

§ 9. — Comment nous expliquer maintenant l'avortement lorsque le fœtus a cessé de vivre?

Si nous nous en tenons à ce qu'on a dit jusqu'ici, le fœtus, ne vivant plus, devient pour la matrice un corps étranger que celle-ci cherche à expulser, ce qu'elle ne fait ordinairement qu'à l'époque de la maturité de l'œuf, lorsque l'enfant est vivant.

Nous voyons donc tantôt l'utérus effectuer l'accouchement lorsque le fœtus est mort, et tantôt attendre qu'il ait acquis son développement complet. Mais comment se fait-il qu'il fait aussi l'accouchement avant terme bien que le fœtus soit en vie, et qui, sans les contractions, assurément, continuerait à vivre, tandis que nous voyons souvent le repos, l'opium, la saignée et les dérivatifs suspendre les contractions utérines, et avec elles l'hémorrhagie et l'avortement?

Evidemment l'intention qu'on voudrait prêter en quelque sorte à l'utérus est difficile à comprendre.

Ce n'est pas pour nous le plus ou moins de tolérance qui fait que l'utérus se contracte dans un de ces cas plutôt que dans l'autre, mais c'est que les causes qui ont réveillé les contractions de cet organe ont été les mêmes, ou du moins elles ont été analogues dans les trois cas.

Ce qui se passe dans la matrice lorsque le fœtus est mort, et ce qui se passe lorsqu'il est à neuf mois, malgré la différence apparente, nous paraît être la même chose. Dans l'un comme dans l'autre cas, la consommation que fait le fœtus du sang qui gorge la matrice va en diminuant ou se suspend tout à fait, de sorte que ce viscère finit par être congestionné, et cette congestion suffit pour le faire entrer en contraction.

Si à cette stase sanguine nous joignons les congestions cataméniales, si nous y joignons la liste infinie de tout ce qui peut réveiller les contractions utérines, nous trouvons que, par un effet admirable, ce qui cause l'accouchement à terme sert à débarrasser promptement la femme d'un enfant mort.

Ce que nous venons de dire donne l'explication de la durée relative de la grossesse suivant les diverses femmes, ainsi que celle des accouchements anticipés ou retardés; et tout en nous faisant connaître les causes les plus fréquentes de l'avortement, elle nous permet de les éviter.

Pour que l'accouchement soit le plus physiologique possible, il faut donc éloigner, autant que faire se peut, les causes qui réveillent la contraction utérine, et qui appellent surtout la congestion de cet organe. De cette manière, le travail préparateur du côté de la mère et de l'enfant s'achèvent insensiblement, et cette même masse de sang qui avait servi à nourrir le fœtus pendant la grossesse, suffit pour réveiller les contractions expultrices de l'utérus lorsqu'il est à terme.

Lorsque ces phénomènes se succèdent avec ordre, ce ne sont pas des contractions précipitées et douloureuses qu'on observe dans cet organe, mais des contractions insensibles qui aident à préparer le segment inférieur et le col utérin, et qui enfin peuvent suffire à effectuer l'accouchement le plus physiologique.

TUMEUR OSSEUSE ENKYSTÉE DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE.

Résection de la moitié gauche de cet os.

M. le docteur A. Forget a présenté à l'Académie de médecine, dans sa dernière séance, la moitié latérale gauche du corps de la mâchoire inférieure, dont il a pratiqué la résection chez un homme de vingt ans, pour une tumeur de l'os maxillaire, dont l'origine date de douze ans, et qui s'est développée dans des circonstances tout à fait insolites. A l'âge de sept ans, le sujet subit l'extraction de la seconde petite molaire, bien qu'elle fût saine, pour des douleurs intolérables dans la mâchoire. Après cette extraction les douleurs cessèrent, mais une petite grosseur se développa sur la face externe de l'os. Les grosses dents molaires, chose digne de remarque, n'ont jamais poussé chez ce jeune homme. La tumeur, longtemps stationnaire, et plus tard lentement progressive, s'accrût surtout depuis deux ans; elle devint alors le siége de douleurs très vives; l'inflammation s'empara des parties molles, les ganglions sous-maxillaires s'hypertrophièrent, des abcès ossifluents se firent jour autour de la base de l'os; la langue, refoulée du côté opposé, se dévia de sa direction naturelle; la maladie devint chaque jour de plus en plus envahissante, et rendit une opération indispensable.

Par l'examen de la pièce, on peut voir que la résection porte en avant sur l'alvéole de la dent canine, en arrière sur la branche de l'os.

La portion du maxillaire enlevée a 22 centimètres de circonférence dans son grand diamètre, et 18 dans son plus petit. Elle forme un ovoïde assez régulier, et la tumeur qu'elle représente est constituée par un véritable kyste osseux creusé dans le centre de l'os, et limité par les tables interne et externe de celui-ci, qui se sont écartées l'une de l'autre. Quant au contenu du kyste, c'est une masse dure, compacte, de consistance et d'aspect éburnés. Cette masse ovoïde, comme l'excavation qu'elle remplit en totalité, occupe la portion alvéolaire de la mâchoire réservée aux dents molaires quand elles se sont développées normalement. Sa surface, recouverte par le tissu gingival, est rugueuse, inégale, mamelonnée, et présente çà et là des points brillants, nacrés, qui semblent être des parcelles d'émail.

Solidement enclavée dans l'épaisseur de l'os maxillaire, cette production osseuse pourrait bien n'être que les trois dents molaires elle-mêmes, dont les germes, confondus et agrégés par suite d'un vice de développement, se seraient ainsi accrus en masse, et auraient fini par constituer un état morbide de nature à altérer profondément la structure et la forme de l'os maxillaire lui-même.

M. Forget ajoute que le malade auquel il a pratiqué cette résection va bien, et que la plaie est presque entièrement cicatrisée.

MORSURE DES SERPENTS VENIMEUX.

Nous avons reçu il y a quelques jours le rapport général sur les travaux de la Société des sciences médicales de Gannat (Allier), par M. le docteur Gilliot, secrétaire de cette réunion.

Ce rapport, fait avec beaucoup de soin, présente une analyse fidèle et détaillée des travaux lus par les membres de la Société dans les séances de 1853-54. Parmi les mémoires qui nous ont paru les plus intéressants, nous citerons ceux relatifs certains états pathologiques de la moelle épinière, au diabète sucré, une observation de luxation complète tibio-tarsienne, deux faits de fractures vertébrales et quelques considérations sur les fièvres. Nous publierons dans un prochain numéro un résumé de deux faits curieux d'emphysème traumatique, dus à l'un des membres de cette Société. Aujourd'hui nous voulons donner un extrait d'un travail intéressant de M. Tixier, sur la morsure des serpents venimeux.

Vipère. — M. Tixier n'a pas voulu faire l'histoire complète de la vipère, il s'est seulement proposé d'indiquer quelques particularités, de rapprocher les lésions produites par la morsure de notre vipère, de celles déterminées par les grands serpents exotiques, accidents identiques, et qui ne diffèrent que par la puissance du venin et par l'influence exercée par la saison, le climat sur l'intensité des phénomènes.

La vipère est plus commune dans nos contrées qu'on ne le croit généralement; mais on l'a, jusqu'à présent, mal observée. Comme les grands reptiles des Indes et de l'Amérique, elle n'aime que les lieux humides, ombragés, exposés au midi. Dans les lieux secs, elle ne fait que passer ou s'arrête peu. Sans suivre M. Tixier dans les détails anatomiques bien connus aujourd'hui de la tête et des crochets à venin de ces reptiles dangereux, arrivons immédiatement aux accidents qui suivent leur piqûre.

La morsure des serpents produit, suivant l'auteur, des phénomènes nerveux et asthéniques. Dans les cas peu graves, on les explique avec raison par l'absorption du venin; mais, lorsque la mort est instantanée, on ne peut comprendre la destruction subite du blessé qu'en admettant comme cause une épouvantable perturbation du système nerveux.

L'action du venin de la vipère se fait sentir immédiatement. Voici l'exposé rapide des symptômes essentiels : petite plaie, ordinairement double, ressemblant à une piqûre d'où s'écoule parfois une goutte de sang; douleurs vives, brûlantes, suivant le trajet des nerfs; sensation de froid, engourdissement de la partie blessée comparable à celui que cause une plaie d'arme à feu.

Peu après, refroidissement plus intense, tuméfaction œdémateuse des environs de la plaie; lividité de la peau; les ganglions, les vaisseaux s'engorgent; les veines forment des cordons sensibles au toucher, ce qui tient, selon Fontana, à la coagulation du sang, suivant d'autres à une phlébite.

Enfin, si l'on ne peut arrêter le mal il survient une inflammation de mauvaise nature, à laquelle succèdent des abcès multiples, le phlegmon diffus, la gangrène. Lorsque la mort n'est pas immédiate, on observe les mêmes périodes dans les accidents généraux : abattement, stupeur, face terreuse et grippée, sueur glacée sur la surface du corps, tournoiements de tête, palpitations douloureuses; pouls petit, serré; tendance invincible au sommeil, rêves pénibles, puis injection des yeux, larmoiement, rougeur et sécheresse de la langue, soif vive. Dans la dernière période, surviennent les soubresauts des tendons, une agitation convulsive, des défécations volontaires, des vomissements répétés, le hoquet et des défaillances alternant avec d'affreuses convulsions que la mort ne tarde pas à arrêter. C'est surtout sur le système nerveux de la vie organique que paraît réagir l'empoisonnement local; la céphalalgie, la somnolence, le délire n'arrivent que consécutivement.

La morsure de la vipère n'est pas en général un accident très redoutable, lorsque le blessé est vigoureux et que le serpent est sorti depuis longtemps de son sommeil d'hiver. Dans les régions tropicales, c'est surtout des incessantes déjections, que l'on regarde comme le signe d'une mort prochaine et inévitable, que vient le péril. L'indication est précise : neutraliser le venin, s'opposer à son absorption, combattre les accidents. Le fer est le remède héroïque sur le tronc ou sur un membre important; un doigt, un orteil doivent être enlevés sans la moindre hésitation. Il est rare que la morsure de notre vipère soit assez grave pour nécessiter une médication aussi énergique; la cautérisation avec l'ammoniaque, la potasse, les incisions de la plaie suffisent le plus ordinairement; cependant M. Tixier est d'avis, lorsqu'on le peut, d'employer le cautère actuel comme l'agent le plus sûr, le plus prompt.

La ligature du membre au-dessus de la piqûre lui paraît un moyen infidèle, souvent même dangereux. Aux cautérisations, il faut faire succéder les émollients, quelquefois les toniques, les affusions froides et les irrigations continues pour prévenir le phlegmon diffus. Les saignées sont toujours très fâcheuses. Comme moyens généraux, M. Tixier conseille les toniques et les antispasmodiques; l'eau-de-vie camphrée prise en petite quantité lui a réussi sur une jeune sauvage. On a vanté l'huile d'olives prise à l'intérieur sans pouvoir se rendre compte de son action, si elle est réelle. Les Indiens de Coromandel bravent le nageur, terrible reptile du pays, après s'être frottés de jus de citron, et prétendent que le même liquide, pris à l'intérieur, est un puissant préservatif.

L'article relatif aux travaux de M. Tixier sur ce sujet se termine par la relation d'un cas de piqûre faite par un crotale ou serpent à sonnettes dans les plaines du Missouri, et non suivie de mort. En voici un court extrait :

En juin 1840, une jeune femme est piquée par un *crotale miliaris*, serpent de la grosseur d'une vipère ordinaire. Arrivé près de la malade dix minutes après l'accident, M. Tixier trouve la malade, âgée de vingt ans, dans un état d'anxiété extrême; la face est grippée, terreuse, couverte d'une sueur glacée; peau froide, pouls petit et serré; prostration, interrompue de temps en temps par un tremblement convulsif; soubresauts des tendons. La jambe blessée est gonflée, d'un rouge pâle et livide avec taches violacées; douleurs violentes; au-dessous de la malléole interne sont deux petites plaies rondes, éloignées de quelques millimètres, sans ecchymoses. M. Tixier enlève d'un coup de bistouri la peau et le tissu cellulaire sous-cutané dans la région où sont les deux petites plaies, verse de la poudre de chasse dans la plaie et fait rougir un morceau de fer. Quand le cautère est pris, il enlève la poudre, et cautérise profondément toute la surface vive. Cela fait, il panse avec de la charpie saupoudrée de poudre, autant pour employer un excitant local que pour satisfaire les assistants, qui sont persuadés de l'efficacité de cet agent.

Le membre fut maintenu élevé et continuellement arrosé d'eau froide. Trois heures après l'accident, la malade vomit à deux reprises. Une cuillerée d'eau-de-vie camphrée arrêta les nausées. Douleurs toujours très violentes; céphalalgie; langue sèche, rouge; soif ardente. Six heures après, somnolence, rêvasseries, agitation.

Le lendemain, gonflement et dureté du pied et de la jambe; pouls petit et dur; soif vive; les mouvements convulsifs ont disparu. Les phénomènes locaux faisant redouter un phlegmon diffus, de larges incisions sont pratiquées, et l'on trouve le tissu cellulaire grisâtre et déjà purulent. Alimentation substantielle.

Le deuxième jour, le gonflement a diminué; la rougeur persiste; faiblesse extrême, mais calme général.

Au sixième jour la suppuration s'établit, de bonne nature. L'amélioration se soutient.

Le vingt-deuxième jour, la blessée peut monter à cheval.

La malade n'a pas succombé, dit en terminant l'auteur :

1° Parce que le serpent était de la plus petite espèce des crotales;

2° Que la blessure a été faite en juin, époque à laquelle le venin est le moins actif;

3° Les crochets ont dû traverser un morceau de gros drap et une double peau de daim, qui, en absorbant une partie du venin, l'ont empêché d'entrer dans les chairs;

4° Enfin, parce que l'absorption du venin a été arrêtée dix minutes après l'accident.

EMPLOI DU SIROP AU SULFATE DE STRYCHNINE contre le tremblement mercuriel.

Par M. Trousseau.

Tout le monde sait que cette préparation est composée de sirop de sucre, 500 grammes, et sulfate de strychnine, 25 centigrammes; chaque cuillerée, contenant environ 20 grammes de ce sirop, représente 1 centigramme de sulfate de strychnine.

Le premier jour, une cuillerée de ce sirop n'a produit aucun effet; le deuxième jour, deux cuillerées n'ont pas eu plus de succès; les troisième et quatrième jours, on a administré trois cuillerées par jour réparties à distances égales dans les vingt-quatre heures, c'est-à-dire 3 centigrammes par jour de sulfate de strychnine.

A dater de ce moment, le malade a commencé à éprouver les effets du médicament, traduits par un certain degré de roideur incommode dans tous les membres.

Le cinquième jour, la dose a été élevée à quatre cuillerées, toujours distribuées à intervalles sensiblement égaux; la roideur tétanique des membres a augmenté. Enfin, on est allé jusqu'à cinq cuillerées par jour équivalant à 1 grain (5 centigrammes de sulfate de strychnine). Le malade en a pris pendant deux jours à cette dose élevée.

Le deuxième jour, il a voulu se lever, mais il n'avait pas plutôt abandonné les barreaux de son lit qu'il a été pris d'une roideur tétanique telle qu'il a été lancé comme par la détente d'un ressort et est allé tomber à quelques pas la face contre terre.

Bien que portée jusqu'à ce point l'action du sulfate de strychnine, suivant M. Trousseau, ne soit point encore dangereuse, comme il était au moins inutile de la maintenir à ce degré, la dose du médicament a été diminuée. Le jour suivant le malade n'en a pris que quatre cuillerées.

Bref, le tremblement mercuriel, qui avait graduellement diminué à dater des premiers effets de la médication strychnique, avait complétement cessé le dixième jour de son administration.

Après deux ou trois jours de repos dans les salles, le malade a dû sortir hier ou aujourd'hui de l'hôpital. (*Répert. de pharm.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 20 juin 1855. — Présidence de M. Huguier.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Chassaignac montre un malade auquel il a pratiqué la résection de la moitié inférieure de la clavicule, et en fait voir ensuite un autre opéré par Blandin d'une résection de la moitié externe de cet os.

M. Voillemier montre un malade atteint d'une tumeur de la paupière supérieure gauche et de la joue correspondante. Cette tumeur se présente sous l'aspect d'une hypertrophie éléphantiaque du derme et du tissu cellulo-graisseux sous-jacent. Elle forme une espèce lambeau charnu, épais, qui descend au-devant de l'œil, qu'il cache complétement. Il existe en même temps une atrophie remarquable de l'os temporal gauche. M. Voillemier se propose d'inciser cette tumeur; mais il craint que le releveur de la paupière, tiraillé outre mesure, n'ait perdu son action.

M. Follin rapproche le fait curieux dont M. Voillemier vient d'entretenir la Société de ceux publiés récemment par M. Valentine Mott dans les *Medico-chirurg. Transactions* (tome XXXVII, page 155). Le chirurgien américain a donné le nom bizarre de pachydermatocèle à une affection singulière de la peau qui se rapproche beaucoup de celle dont est atteint le malade de M. Voillemier. Cette maladie, dont la plupart des cas sont congéniaux, commence par une tache brunâtre, par un épaississement de la peau et des tissus sous-jacents, qui conservent toutefois une certaine mollesse; puis, en augmentant de volume, la tumeur se dispose sous forme de plis superposés en plusieurs étages. On a observé cette affection à la face, au cou, à la poitrine. L'analyse anatomique n'a fait voir là qu'une hypertrophie cellulo-fibreuse sans augmentation de la vascularité. L'extirpation a été plusieurs fois pratiquée, et plusieurs fois aussi suivie de récidive. Quelque hideuses que soient ces tumeurs, elles ne semblent point avoir compromis l'existence des individus qui en sont atteints.

ÉLECTIONS POUR LE RENOUVELLEMENT DU BUREAU.

La Société procède aujourd'hui au renouvellement de son bureau. (Voir le numéro précédent.)

COMITÉ SECRET.

A cinq heures, la Société se réunit en comité secret pour entendre la lecture des rapports sur les travaux adressés à la Société pour le prix qu'elle a proposé, et sur les thèses envoyées au concours pour le prix Duval.

La commission (MM. Boinet, Robert, Bouvier) chargée d'examiner les travaux envoyés à la Société sur la question suivante : *déterminer les meilleurs modes de traitement applicables aux abcès par congestion symptomatique d'une lésion de la colonne vertébrale*, n'a reçu qu'un mémoire avec l'épigraphe : *Judicium difficile*. Après s'être livrée à une analyse et à une critique approfondie des idées émises dans ce travail, la commission, par l'organe de son rapporteur, M. Bouvier, propose :

1° De ne pas décerner de prix cette année;

2° D'accorder à l'auteur du mémoire qui est parvenu à la Société un encouragement de 200 fr.;

3° L'impression de son travail dans les mémoires de la Société.

La Société décide en outre que le rapport de M. Bouvier sera imprimé à la suite de ce mémoire.

Ces conclusions adoptées par la Société, M. le président ouvre le paquet cacheté qui contient le nom de l'auteur du mémoire, et annonce que le travail auquel on vient d'accorder l'encouragement de 200 fr. est de M. le docteur Michel (de Strasbourg).

RAPPORT.

M. le docteur Broca lit le rapport suivant sur le prix Duval pour l'année 1854.

(Nous donnerons ce rapport dans notre prochain numéro.)

La Société en adopte les conclusions, et décide en outre qu'une mention honorable sera accordée à M. le docteur N. Trélat.

— La séance est levée à six heures.

Le secrétaire de la Société : E. Follin.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décrets du 20 juin, M. Ladrey, docteur ès sciences physiques, est nommé professeur de chimie à la Faculté des sciences de Dijon.

M. Viard, docteur ès sciences physiques, est nommé professeur à la Faculté des sciences de Montpellier.

— Par arrêtés du 21 juin, MM. Jacquemet et Faget sont institués agrégés près la Faculté de médecine de Montpellier; le premier pour la section d'anatomie et de physiologie, le second pour la section des sciences accessoires.

M. Hunold est nommé préparateur à la même Faculté, en remplacement de M. Faget.

— Par arrêté du 25 juin, M. Delcominète, docteur en médecine, est nommé professeur suppléant à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Nancy. Il sera chargé de la suppléance des chaires de matière médicale et thérapeutique, de pharmacie et toxicologie.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 77. — MARDI 3 JUILLET 1855. (28e ANNÉE.) N° 77. — MARDI 3 JUILLET 1855.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, en face de l'Académie de médecine.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 Un an. 30

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 2 JUILLET 1855.

Séance de l'Académie des Sciences.

A l'ouverture de la séance, M. le secrétaire perpétuel a donné lecture de l'ampliation du décret impérial qui approuve la nomination de M. Jules Cloquet ; et, sur l'invitation du président, M. Jules Cloquet a pris place parmi ses nouveaux collègues.

Aucune lecture médicale n'a été faite dans cette séance. Plusieurs mémoires touchant divers points de médecine ou de chirurgie pratique ont été présentés et renvoyés à des commissions. Nous n'en pouvons indiquer que les titres.

La correspondance comprend deux communications qui intéressent la physiologie et l'anatomie. La première, de M. A. Kussmaul (de Heidelberg), est relative à l'influence du cours du sang sur les mouvements de l'iris et des autres parties contractiles de la tête. On trouvera au compte rendu les résultats intéressants que l'auteur a constatés en étudiant les changements alternatifs introduits dans ces organes par l'anémie et l'hyperémie artérielle, ou par la congestion et l'évacuation du sang veineux.

La deuxième communication est de M. Ch. Robin. Elle a pour objet de faire connaître l'existence accidentelle dans les parties du corps dépourvues de glandes d'un tissu ayant la structure glandulaire, et qu'il propose, à cause de cela, de désigner sous le nom générique de tissu ou tumeurs hétéradéniques.

Enfin, M. Guérin-Méneville a rappelé en quelques lignes à l'Académie les précédentes communications qu'il lui a déjà faites depuis plusieurs années sur la *cétoine dorée*, insecte que l'on trouve sur les roses, et qui fournit un spécifique contre la rage, usité avec succès, dit-on, en Russie.

Dr Brochin.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Baillarger.

Classification des maladies mentales (1).

(Leçon clinique recueillie par M. H. Legrand du Saulle.)

Les maladies que nous aurons à étudier dans ces leçons sont de nature très différente. Elles ont cependant toutes un symptôme commun qui sert de lien entre elles ; ce symptôme, c'est l'aliénation mentale.

Disons d'abord en quoi consiste ce symptôme, et tâchons de bien préciser l'idée qu'on doit s'en faire.

Le mot *aliénation* vient du mot latin *alienare*, qui signifie cesser d'être maître de quelque chose ; l'aliéné, en effet, cesse de diriger ses idées et de maîtriser ses impulsions. On peut aussi le faire dériver du mot *alienus*, étranger, parce que l'aliéné devient étranger à ce qui se passe en lui et qu'il finit par n'en avoir plus conscience.

C'est dans ce sens qu'un littérateur a pu dire avec raison que la folie est une infortune qui s'ignore elle-même.

Le principal caractère de l'aliénation est, vous le voyez, une profonde modification de la personnalité qui enlève à l'homme soit la conscience des désordres que la maladie apporte dans l'exercice de ses facultés, soit la puissance de résister à ses impulsions. Vous pressentez la conséquence d'un pareil état : l'homme jeté désormais dans un monde d'illusions, entraîné fatalement dans l'erreur, est exposé à chaque instant à commettre les actes les plus fâcheux. La loi le considère comme privé de son libre arbitre, et par conséquent comme irresponsable de ses actes.

L'aliénation mentale, ainsi envisagée d'une manière générale, se rencontre dans des états très différents. Ces états sont tantôt très passagers, tantôt au contraire ils persistent plus ou moins longtemps ; ce sont surtout ces derniers que nous étudierons. Au premier rang se trouvent naturellement placées les névroses intellectuelles ou les *vésanies*, remarquables, comme toutes les névroses, par l'irrégularité de leur durée, l'intermittence de leur marche, par un appareil souvent effrayant de symptômes et par la fréquente absence de lésions anatomiques. Je dis fréquente absence de lésions, car il en existe quelquefois, mais elles sont dans ce cas insuffisantes pour expliquer les phénomènes morbides observés pendant la vie.

Nous étudierons ensuite la *démence*, et sous cette dénomination nous comprenons tous les modes d'affaiblissement et d'oblitération progressive de l'intelligence.

La paralysie générale avec démence sera pour nous l'objet d'une attention toute particulière ; nous aurons aussi à décrire le delirium tremens.

Enfin, il entre dans notre plan de vous faire l'histoire de l'idiotie et du crétinisme, qui ne sont pas, à proprement parler, des maladies, car on les range dans la classe des monstruosités, mais que nous considérons comme un appendice obligé, comme un complément indispensable des maladies mentales.

Je dis que ces affections sont très différentes entre elles, et cependant elles ont comme caractère commun l'aliénation mentale, qui peut être définie : *la privation du libre arbitre par suite d'un développement incomplet de l'intelligence ou d'une lésion de l'entendement.*

J'arrive enfin à l'ordre ou au plan d'enseignement que je me propose de suivre. Ce cours sera divisé en deux parties : l'une relative à la pathologie générale, l'autre à la pathologie spéciale de l'aliénation. Je m'empresse de dire que celle-ci méritera de notre part plus de développements que celle-là.

1° Dans la pathologie générale, nous étudierons ce qu'on peut appeler les lésions élémentaires ; celles qui, réunies entre elles, se trouvent au fond des diverses formes de l'aliénation. A cette partie de notre cours nous rattacherons l'étude de la physiologie pathologique. Il faut bien connaître, en effet, la manière dont les phénomènes morbides se produisent dans les lésions des facultés.

2° Dans la pathologie spéciale, je n'ai pas besoin de vous le dire, se rangent la description et l'étude des différentes formes de l'aliénation mentale. Parcourons et définissons rapidement ensemble les termes qui composent ces deux tableaux, que j'ai fait dresser devant vos yeux, et dans lesquels j'ai essayé de résumer tout le plan de mon enseignement.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE.

Lésions élémentaires de l'entendement. — *Partielles.* — Conceptions délirantes ; impulsions insolites ; hallucinations.

Générales. — Dépression de l'intelligence ; excitation de l'intelligence.

Mixtes. — Dissociation des idées ; abolition de l'intelligence.

Ces lésions peuvent exister : 1° avec conservation de la raison ; 2° être accompagnées de folie.

Folie conséquence des lésions de l'entendement. — Deux espèces de folies caractérisées : la première, par la perte de conscience des lésions de l'entendement ; la seconde, par la seule impuissance de la volonté à résister à certaines impulsions.

PATHOLOGIE SPÉCIALE. — FORMES DES MALADIES MENTALES.

Curables. — Monomanie, mélancolie, manie, folie à double forme.

Incurables. — Démence incohérente, démence simple.

Mixtes. — Combinaisons des formes curables entre elles, ou avec des formes incurables.

Maladies mentales dues à une cause spécifique. — Delirium tremens. Délire produit : 1° par la belladone ; 2° par le datura ; 3° par le haschich, etc.

Associées à d'autres affections cérébrales. — Paralysie générale, affections convulsives, épilepsie, hystérie, chorée, etc. Affections organiques du cerveau.

APPENDICE.

Idiotie simple avec crétinisme.

En suivant l'ordre que nous avons établi, nous devons commencer par la pathologie générale ; aussi voyez-vous que le cadre s'ouvre par la classification en trois groupes de lésions, savoir :

1° Lésions partielles ;

2° Lésions générales ;

3° Lésions primitivement partielles, mais tendant à se généraliser.

Subdivisant le premier ordre de ces lésions, nous voyons qu'il comprend :

1° Les conceptions délirantes ;

2° Les impulsions insolites ;

3° Les hallucinations.

A. La *conception délirante* peut être définie une idée fausse, extravagante, ridicule ou absurde, d'une exécution impossible ou imaginaire. Un malade de Bicêtre passait ses journées dans une position singulière. Il était constamment debout, à la même place, la main gauche appuyée sur la hanche, la main droite étendue en avant et en bas. Devenu convalescent, il explique qu'il s'était cru transformé en théière. Son bras gauche représentait l'anse, et son bras droit le bec de la théière.

B. Les *impulsions insolites* ne sont guère plus difficiles à définir ; ce sont des tendances, des propensions à tels ou tels actes désordonnés. Un malade est poussé à mettre le feu, un autre se sent entraîné à voler, etc.

C. L'*hallucination* est la sensation perçue en l'absence ou malgré l'absence de toute excitation extérieure des organes des sens. Ainsi l'halluciné voit des objets qui n'existent pas : des fantômes, des animaux, etc. ; il entend des voix qui lui parlent, sent des odeurs sans réalité extérieure, etc. Chacun des cinq sens est sujet à de telles erreurs.

Examinons maintenant les deux lésions générales désignées sur le tableau par les mots de 1° *dépression* et 2° d'*excitation.*

A. La *dépression* se manifeste par la lenteur, l'embarras des idées. Le malade a de la peine à formuler un jugement, à rappeler ses souvenirs, se complaît dans l'inertie, ou ne s'agite que pour résister au mouvement qu'on veut lui donner. D'autre part, la circulation se ralentit, les extrémités se refroidissent, les sécrétions diminuent, l'appétit se perd, une constipation opiniâtre s'établit. Nous pourrions arriver jusqu'à la mort par défaut d'activité.

B. L'*excitation* offre les caractères opposés à ceux de la dépression. Ici, en effet, les idées, au lieu d'être lentes, se produisent avec une rapidité extrême : ainsi tel se met à écrire qui ne s'en croyait pas capable ; tel entreprend une composition à laquelle il n'eût jamais songé dans sa condition normale. L'excitation retentit également sur l'organisme ; il y a surcroît de force, d'activité musculaire. Les fonctions de nutrition participent de leur côté à cette augmentation d'énergie morbide.

A. *Lésions qui, d'abord partielles, tendent bientôt à se généraliser.* — Ces lésions, qu'on pourrait appeler mixtes, sont de deux sortes : la première consiste dans la dissociation des idées entre elles, accident fréquent à la suite des hémorrhagies cérébrales. J'ai vu à Charenton un malade qui ne pouvait guère dire que ces trois mots : *Mes défenses quelconques.* Venait-il de voir son fils, il disait : *Je viens de voir mes défenses quelconques.* Pour demander son habit, c'était : *Donnez-moi mes défenses quelconques.* Dans un instant, je vous montrerai une femme qui ne dit pas quatre mots qu'on puisse associer, et cependant l'expression de sa physionomie semble témoigner qu'elle a une idée, seulement les mots ne servent pas l'idée, au contraire.

B. Quant à la seconde sorte de lésions mixtes, à l'*abolition* des facultés intellectuelles et des idées, le mot abolition exprime tout ce que je veux dire : le cercle intellectuel s'est rétréci de jour en jour, le flambeau s'est éteint ou ne jette plus que de pâles lueurs à peine suffisantes pour témoigner de l'activité ancienne.

Voilà l'énumération un peu rapide des lésions élémentaires de la folie. Elles peuvent se présenter chez l'homme sans qu'il y ait rigoureusement aliénation mentale. D'ordinaire, malheureusement, elles sont associées à l'aliénation et conduisent très vite au délire ; mais la conséquence n'est pas absolue.

Maintenant que nous connaissons les lésions élémentaires et les états fondamentaux de l'aliénation mentale, j'aborde la pathologie spéciale de la folie.

Formes curables. — 1° *Monomanie.* — Voulant rester avant tout dans la pratique, je ne vous parlerai pas des critiques grammaticales qu'on a adressées à cette dénomination. Que le malade ait une seule idée fausse ou qu'il en ait dix, là n'est pas pour le médecin clinicien le point le plus important.

Vous comprendrez la monomanie comme Esquirol l'a comprise lui-même ; ce sera donc pour vous, comme pour l'illustre médecin de la Salpêtrière et de Charenton, un désordre intellectuel concentré sur un objet ou sur une *série d'objets circonscrits.* La monomanie n'était pour Esquirol qu'une forme de délire partiel ; il embrasse, au contraire, pour nous toutes les formes sans exception. Je me borne ici à mentionner ce fait, remettant à le discuter lorsque je traiterai de la monomanie et de la mélancolie.

2° *Mélancolie.* — Voici un aliéné : sa physionomie est triste, sa démarche lourde, sa tenue générale indique l'abattement, etc. Interrogez-le, ses réponses sont courtes, lentes, faites à voix basse ; en un mot, il est visible qu'on l'importune en le faisant parler

(1) Cette leçon, qui est la première d'une série que nous nous proposons de publier, emprunte un intérêt particulier à la récente discussion sur l'aliénation mentale. (N. du R.)

L'inertie d'esprit s'allie ici à l'inertie du corps. Le goût du repos, de la solitude domine tout. Ici vous avez tous nommé la forme du délire, c'est la *mélancolie*.

3° *Manie*. — Nous venons de voir le tableau de la dépression, voici maintenant le tableau de l'excitation. Cet autre malade, en effet, a le visage animé, les yeux brillants, les mouvements brusques et rapides; sa parole est vive et continue; l'agitation sur place est incessante; les actes de violence sont imminents. Chez le mélancolique c'était l'inertie, chez le maniaque c'est l'énergie. Je viens de le dire, nous avons ici affaire à la *manie*.

4° *Folie à double forme*. — La succession de la manie et de la mélancolie, ou si vous aimez mieux de la dépression et de l'excitation, et *vice versâ*, avait été observée par presque tous les praticiens spéciaux; mais quand on en venait à l'interprétation scientifique de ce fait, c'était pour les uns une sorte d'alternance plus ou moins régulière; pour les autres c'était une succession de formes purement fortuite; rien d'essentiel ne liait la dépression à l'excitation; l'une venait après l'autre, cela se rencontrait ainsi; l'aliéné enfin passait d'une maladie à une autre. On alla même jusqu'à croire que la forme qui venait en seconde ligne pouvait être considérée comme un effort critique de la première, ne remarquant pas que la prétendue crise durait souvent autant que la maladie elle-même.

Mais la multiplication des cas, l'examen des observations qu'ils fournissent, la loi qui régit cette succession, demandaient une explication nosologique plus conforme à la réalité. C'est ce que j'ai tenté de faire en liant les deux états ou formes successives, et en les considérant comme les deux périodes d'un seul *accès*. J'ai appelé cette maladie mentale *folie à double forme*, le même accès présentant dans une succession naturelle l'excitation et la dépression.

Formes incurables. — La démence incohérente et la démence simple sont à juste titre taxées d'incurabilité. Les malades en démence, bien que jouissant des apparences de la meilleure santé physique, sont en général placés dans des conditions assez fâcheuses. Nous reviendrons longuement là-dessus en traitant la question de la démence.

Formes mixtes. — Les formes que l'on appelle *mixtes* résultent de la combinaison des formes incurables avec les formes curables. Rien n'est plus ordinaire, par exemple, que de voir un monomaniaque ou un mélancolique avec un commencement de démence. Il n'est pas rare non plus de rencontrer les phénomènes de la manie associés avec ceux tout opposés de la mélancolie. J'ai observé récemment encore trois ou quatre aliénés épileptiques qui présentaient de l'agitation avec les signes d'un délire évidemment mélancolique; ce sont des réactions de l'activité qui s'élèvent comme du sein de la dépression.

Il ne vous suffira pas, en explorant les aliénés soumis à votre examen, de constater les symptômes de la monomanie, de la mélancolie, de la manie, de la folie à double forme, ou de reconnaître que le malade est atteint de démence; il faudra pousser plus loin vos investigations, et vous appliquer à savoir si ces diverses formes ne sont pas associées à une lésion des mouvements.

Vous aurez à rechercher ainsi l'épilepsie, l'hystérie, la chorée, mais surtout la paralysie générale, dont le début est souvent si insidieux et d'une constatation si difficile.

Vous ne négligerez pas enfin une classe de vésanies qui forme une sorte d'intermédiaire : je veux parler des aliénations mentales dues à une cause spécifique, et principalement aux abus alcooliques. Là se trouvent aussi ces délires passagers provoqués par la belladone, le datura, le haschich, etc., et dont nous voyons de temps en temps quelques exemples dans nos asiles.

Quant aux folies symptomatiques d'affections du cœur, de l'estomac, de l'intestin, des voies urinaires, je ne crois pas qu'on puisse en faire une classe spéciale.

Nous pouvons donc, pour la classification des diverses espèces de folie, nous borner à admettre des aliénations mentales *idiopathiques*, des aliénations *symptomatiques* d'affections cérébrales qui se traduisent par des troubles dans le système musculaire, et enfin des folies dues à une cause *spécifique*.

En vous reportant au tableau, vous voyez figurer sous le titre d'appendices l'*idiotie* et le *crétinisme*. L'idiotie n'est pas une maladie, c'est un état congénial qu'il faut assimiler aux monstruosités. Les idiots sont incapables de se conduire eux-mêmes; ils peuvent, faute de discernement, se laisser entraîner à des actes fâcheux pour eux ou pour les autres. On doit donc légalement les réunir aux aliénés, et comme ces derniers les renfermer dans les asiles spéciaux. C'est ainsi que l'histoire de l'idiotie et du crétinisme devient un appendice obligé de celle des maladies mentales. Les deux prochaines séances seront uniquement consacrées à leur étude.

EMPOISONNEMENT PAR LE PHOSPHORE.

Par M. le docteur Émile Marchand, de Sainte-Foy (Gironde).

Le nommé Gauthier, âgé de cinquante-cinq ans environ, intelligence peu développée, mange un potage au pain dans lequel on a incorporé une quantité indéterminée d'une pâte phosphorée dont on se sert pour empoisonner les rats. Cette pâte, fabriquée par les pharmaciens, qui en livrent au premier venu, est composée de farine, de phosphore commun et d'eau.

En mangeant cette soupe, Gauthier comprend au goût qu'elle n'est pas préparée suivant l'habitude. Cependant il finit tout ce qui lui est présenté. Immédiatement après ce repas, il ressent un malaise quelconque, car il va consulter un médecin en disant qu'on lui a fait manger du soufre. Le reste de la journée il reste levé et ne vomit pas.

Le lendemain matin, Gauthier reste au lit. Il éprouve un malaise général; les urines sont supprimées; il n'y a pas de soif; il n'y a pas de vomissements ni de diarrhée. Le médecin prescrit un vomitif (tartre stibié). Ce remède procure des vomissements peu abondants; les matières évacuées sont glaireuses.

Le troisième jour, il survient des douleurs à l'épigastre et au ventre. Le malade ne vomit plus, mais il a quelques selles diarrhéiques. L'anxiété générale est très vive. — Application de quelques sangsues à l'épigastre.

La mort arrive dans la nuit.

Autopsie vingt-deux heures après la mort.

État extérieur. — Cadavre peu amaigri. Couleur jaune uniforme de la peau. Pas de vergetures; peu de rigidité cadavérique.

Poitrine. — Le larynx et la trachée sont à l'état normal. Les deux poumons offrent à leur partie postéro-inférieure une congestion sanguine. Pas de tubercules, d'hépatisation, etc. Traces de pleurésies anciennes. Le péricarde est normal; il renferme une cuillerée de sérosité jaune. Le tissu du cœur est mou et pâle. Il renferme peu de sang et celui qui s'y trouve est liquide. Le ventricule gauche renferme cependant une concrétion fibrineuse allongée.

Organes de la digestion. — Les gencives et le collet des dents ont une couleur bleuâtre. La langue, les parois de la bouche, le pharynx et la partie supérieure de l'œsophage sont dans leur état normal.

Le péritoine qui double la paroi antérieure de l'abdomen est recouvert d'arborisations rouges.

L'estomac paraît extérieurement à l'état normal. A la partie inférieure de l'œsophage, on constate sur une muqueuse décolorée un grand nombre de taches marron foncé. Ces taches sont arrondies et disposées en lignes longitudinales. Elles ont la forme et les dimensions d'une lentille. Si on gratte ces plaques avec l'ongle, elles ne disparaissent pas. Ces plaques se rapprochent à l'extrémité inférieure de l'œsophage et deviennent confluentes. Le cardia est uniformément gris noir, d'un aspect gangréneux.

Dans l'estomac, du côté de la petite courbure, on voit des plaques marron foncé et des arborisations rouges. Rien sur le grand cul-de-sac. Le pilore est couvert d'arborisations rouges. L'intestin grêle est rouge à l'extérieur, sauf le dernier mètre de sa longueur; à l'intérieur, il est rouge foncé, recouvert d'arborisations noires, surtout le duodénum et le jéjunum.

Le gros intestin est sain. L'estomac et les intestins renferment un liquide épais, de couleur jaune sale.

Le foie est gras, mou, graisse le bistouri; la vésicule est remplie de bile très fluide.

Organes urinaires. — Rien de remarquable; la vessie est petite et ne renferme pas d'urine.

Tissu cellulaire, muscles, etc. — On trouve de vastes ecchymoses entre les muscles des cuisses.

Le cerveau et la moelle n'ont pas été examinés.

L'analyse du foie a démontré que cet organe renfermait plus de phosphate qu'à l'état normal.

TRAITEMENT DE L'ÉPILEPSIE,

par M. le professeur Trousseau.

Parmi les nombreux agents thérapeutiques préconisés contre l'épilepsie et essayés avec persévérance par M. Trousseau, il en est qui, suivant lui, sont d'une impuissance constatée. Tels sont la valériane, l'indigo, le bleu de Prusse, le zinc et même l'oxyde de zinc, dont M. Herpin prétend néanmoins avoir apprécié les effets avantageux.

Si les pilules de Méglin ont eu quelque succès, elles l'ont dû peut-être à la jusquiame qu'elles contiennent; car si difficile, si rare que soit la cure de l'épilepsie et dans les cas les plus heureux, ce n'est bien souvent encore qu'une cure relative, il faut en rapporter le mérite aux solanées, et notamment à la belladone, dont MM. Debreyne et Bretonneau ont proclamé la supériorité dans l'espèce sur tous les moyens de traitement appliqués jusqu'à ce jour.

La méthode suivie par ces praticiens, et qui depuis douze ans a été adoptée par MM. Trousseau et Blache, a quelque chose de sacramentel et requiert des soins minutieux et une persévérance sans lesquels on ne peut espérer de succès. C'est ici, en effet, que l'on peut dire que le remède n'est rien et que la médication est tout.

Vous prescrivez :

Extrait de belladone. . . . . } à à 1 centigramme
Poudre de belladone. . . . . }

pour une pilule.

Le premier mois, le malade prend une pilule ainsi composée le soir en se couchant (le soir plutôt que le matin, parce que l'épilepsie est plus souvent nocturne que diurne, et qu'ensuite la belladone, devant être administrée à doses croissantes, expose le malade à moins d'incommodités quand on la donne à l'entrée de la nuit. Le deuxième mois deux pilules au lieu d'une; le troisième mois trois pilules; le quatrième quatre, toujours à la fois, quel qu'en soit le nombre; ce détail est capital. Si la dose du médicament paraît trop élevée, trouble la vision, produit un sentiment d'âcreté à la gorge, vous rétrogradez et n'augmentez la dose que tous les deux mois. Vous arrivez ainsi au bout de l'année au chiffre de sept ou huit pilules chaque soir, et vous appréciez alors l'influence de la médication.

Les familles ont un registre sur lequel elles inscrivent jour par jour le nombre, la forme et l'intensité des attaques ou des vertiges, et lorsque, après un an de traitement, vous constatez une diminution dans la force et le nombre des attaques, une modification heureuse dans leur forme, vous insistez sur l'emploi de la belladone pendant deux, trois, quatre ans de suite, en augmentant tous les deux à trois mois la quantité de la substance active d'un centigramme jusqu'à doses intolérables.

C'est ainsi qu'avec une patience de plusieurs années vous réussissez à lutter contre une maladie ancienne et tenace, et quand vous avez le bonheur d'obtenir la cessation entière des attaques, vous suspendez la médication pendant un mois pour la reprendre pendant quinze jours; puis vous laissez deux mois de repos suivis de quinze jours de traitement, et ainsi de suite, en augmentant progressivement ces intervalles, mais sans jamais abandonner l'administration de la belladone d'une manière absolue.

M. Trousseau a traité de cette manière plus de 150 malades. Il en a toujours 8 ou 9 à la fois qui s'astreignent aux exigences de cette méthode, et sur ces 150 il en a guéri 20, ou du moins on peut s'assurer que les attaques ou vertiges d'épilepsie ont été complétement suspendus depuis quatre à cinq ans chez ces individus.

(*Journ. de méd. et de chir. pratiques.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 25 juin 1855. — Présidence de M. Regnault.

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation d'un décret de l'Empereur qui approuve la nomination de M. Jules Cloquet à la place vacante dans la section de médecine et de chirurgie par suite du décès de M. Lallemand.

Il est donné lecture de ce décret.

Sur l'invitation de M. le président, M. J. Cloquet prend place parmi ses confrères.

— M. le ministre du commerce transmet un mémoire de M. Trinquier (de Marseille) sur l'épidémie de choléra qui a régné dans cette ville en 1854. (Commission du prix Bréant.)

— L'Académie renvoie à l'examen de la même commission :

Un mémoire écrit en allemand et adressé de Sanok, en Gallicie, par M. Vimpeller;

Une note de M. Delfraysse;

Et une lettre de M. Lacour faisant suite à sa note du 24 mai dernier.

— M. Vinci adresse de Naples un mémoire ayant pour titre : *Avantages de l'application du chloroforme comme agent anesthésique pour la pratique de la lithotritie sur les enfants*. (Commission : MM. Flourens, Velpeau, Civiale.)

— M. Colombe présente au concours pour le prix de la fondation Montyon (médecine et chirurgie) un *Essai sur la version céphalique extra-utérine*. (Commission des prix de médecine et de chirurgie.)

Influence du cours du sang sur les mouvements de l'iris, etc. — M. Cl. Bernard communique au nom de M. A. Kussmaul (de Heidelberg) un travail de physiologie expérimentale sur l'influence du cours du sang sur les mouvements de l'iris et des autres parties contractiles de la tête.

Se proposant d'étudier l'influence du cours du sang sur les mouvements de l'iris et des autres parties contractiles de la tête, M. Kussmaul a examiné les changements produits par l'anémie et l'hyperémie artérielle ou par la congestion et l'évacuation du sang veineux.

Voici les conclusions qu'il déduit des résultats de ses expériences principales :

1° La circulation du sang exerce sur les mouvements de la tête et de ses parties contractiles une influence soumise à certaines lois.

2° Cette influence se fait voir dans les phénomènes de mouvement qui résultent de la suppression ou de la rentrée du sang artériel ou veineux dans les grands vaisseaux du cou.

3° Ces phénomènes ne se produisent pas si la masse du sang de la tête n'éprouve des changements considérables par les perturbations de la circulation.

4° L'arrêt du sang artériel occasionne dans les premiers instants le rétrécissement de la pupille, de l'ouverture palpébrale, des narines, de la bouche et des oreilles; par la suite, au contraire, il en résulte un élargissement. Parmi ces phénomènes, ceux de la pupille et de l'ouverture palpébrale sont constants, tandis que ceux de la bouche ne se montrent que rarement, et pour les oreilles, les narines, le rétrécissement dans la première période manque quelquefois.

5° Le retour et l'augmentation de l'afflux artériel produit une dilatation très considérable de la pupille, de l'ouverture palpébrale et des oreilles. La bouche ne montre que rarement ce phénomène de dilatation. Les narines se dilatent dans certains cas et se rétrécissent dans d'autres. Le cours régulier du sang une fois rétabli, les diamètres reprennent leurs dimensions primitives.

6° Outre les mouvements cités, l'arrêt du sang artériel en produit encore d'autres dans les globes oculaires, la troisième paupière, les poils de la barbe, les oreilles et même la tête. Ces mouvements prennent aussi dans la seconde période une direction contraire à celle de la première période.

7° De même le rétablissement et l'augmentation du cours artériel produisent un grand nombre de mouvements réguliers des mêmes parties, mouvements tout à fait opposés à ceux qui ont lieu à la seconde période de l'anémie.

8° De la rétention du sang veineux résultent également certains mou-

vements du globe oculaire et de la troisième paupière tout à fait opposés à ceux qui s'opèrent par le rétablissement à l'état normal.

9° L'évacuation du sang artériel des grands vaisseaux du cou, portée à différents degrés, produit des phénomènes semblables à ceux qui résultent de la suppression du cours du sang artériel.

Production accidentelle d'un tissu ayant la structure glandulaire dans des parties du corps dépourvues de glandes. — M. Ch. Robin communique sous ce titre une note qui a pour objet de faire connaître un tissu accidentel qui jusqu'à présent est resté sans description. Sur cinq cent cinquante tumeurs environ que M. Robin a pu observer dans l'espace de trois ans et demi, il l'a rencontré huit fois.

Deux fois il a été trouvé dans les sinus maxillaire et ethmoïdal des fosses nasales; une fois dans la région parotidienne; une fois dans l'épaisseur du muscle masseter et dans la peau qui le recouvre; une fois dans la cavité de l'orbite, d'où il s'étendait dans la cavité du crâne et dans la fosse temporale. Deux fois il a été trouvé entre les lobes du corps thyroïde écartés, mais restés sains, et en même temps il existait deux autres tumeurs de même nature adhérentes aux vertèbres cervicales et comprimant la moelle épinière. Dans un dernier cas, enfin, le même sujet portait trois tumeurs de ce genre : une dans la cavité abdominale au-devant de la colonne lombaire; une deuxième au sommet du sternum, qu'elle avait en partie détruit; et une autre derrière le cou s'étendait de la sixième vertèbre cervicale à la troisième dorsale, qui étaient en partie détruites et laissaient le tissu accidentel arriver usqu'à la moelle, qu'il comprimait.

La structure de ce tissu est essentiellement caractérisée par des filaments tubuleux, larges de quelques centièmes de millimètre, de longueur assez considérable, repliés ou non, tantôt ramifiés à leur extrémité, tantôt offrant d'espace en espace des prolongements ou subdivisions, toutes terminées en doigt de gant, comme dans les glandes en grappe. Une autre analogie avec les tissus glandulaires résulte de la présence dans ces tubes d'un épithélium, qui quelquefois ne fait que tapisser leur face interne, et d'autres fois les remplit.

Ce tissu s'est toujours présenté sous forme de masses arrondies ou un peu aplaties, dont la subdivision en lobes et lobules séparés par du tissu cellulaire parcouru par des vaisseaux capillaires ne laisse pas que d'augmenter sa ressemblance avec les parenchymes glandulaires. La couleur et la consistance de ce tissu sont également très analogues à celles des organes sécréteurs; aussi M. Robin propose-t-il de donner à ces productions le nom générique de *tissu* ou *tumeurs hétéradéniques* (ἕτερος, autre; ἀδήν, glande), qui indique à la fois leur origine accidentelle et leur ressemblance avec les glandes.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

ADDITION A LA SÉANCE DU 20 JUIN 1855.

Rapport de M. Broca sur le prix Duval.

Messieurs,

Notre vénérable collègue Jacques-René Duval, membre de l'Académie de médecine et ancien membre de l'illustre Académie royale de chirurgie, a légué en mourant à notre Société une somme annuelle de 100 francs, destinée à être donnée en prix à l'auteur de la meilleure thèse de chirurgie soutenue dans l'année. Les candidats doivent remplir certaines conditions indiquées par le testateur, et formulées de la manière suivante dans la note que M. le secrétaire général a readue publique :

« La Société de chirurgie de Paris fonde, à titre d'encouragement, » un prix annuel de la valeur de 100 francs, en livres, à décerner à » l'auteur de la meilleure thèse de chirurgie publiée en France dans le » courant de l'année. Autant que possible, les recherches doivent porter sur un seul sujet, et s'appuyer sur des observations recueillies » par l'auteur lui-même dans un service d'hôpital.

» Tous les auteurs anciens ou modernes qui ont traité le même sujet » devront être indiqués, ainsi que la source précise des citations.

» Sont admis seuls à concourir les docteurs qui ont rempli les fonc» tions d'internes titulaires dans les hôpitaux civils, et ceux qui ont » eu un grade analogue dans les hôpitaux militaires ou de la marine. »

Il découle clairement de ce texte, messieurs, que vous n'êtes pas chargés de récompenser indistinctement tous les travaux de chirurgie. Le sage testateur a voulu engager les candidats dans une voie déterminée qu'il croyait et qui est effectivement la meilleure. Il a voulu d'abord écarter du concours les thèses purement théoriques. L'histoire de l'art, qu'il possédait à un degré bien rare chez ses contemporains, lui avait démontré que la théorie pure n'introduit dans la science que des erreurs et des déceptions. L'observation seule fournit des bases solides et réalise des progrès durables. C'est au lit des malades, c'est dans les grands hôpitaux que les chirurgiens doivent puiser les premiers éléments de leur instruction et de leurs travaux. Le testateur a voulu, autant qu'il était en lui, faire pénétrer ces principes dans l'esprit de la jeunesse, et c'est ce qui l'a conduit à exiger comme première condition de la part des candidats un titre constatant qu'ils ont fait un service régulier et important dans les hôpitaux. Les internes titulaires des hôpitaux civils et les docteurs qui, avant de soutenir leur thèse, ont occupé une position équivalente dans les hôpitaux militaires ou maritimes, sont donc seuls admis à concourir.

Mais il ne suffit pas de voir par soi-même, il ne suffit pas de recueillir des observations, de les grouper suivant un ordre plus ou moins méthodique, et d'en tirer, s'il y a lieu, des conséquences plus ou moins légitimes. Les travaux entrepris et exécutés dans cette direction peuvent jouir d'une vogue passagère; mais le plus souvent ils ne restent dans la science que pour l'encombrer. L'observation, pour être utile, doit être bien faite, et celui-là seul sait bien observer qui a acquis des connaissances propres à le mettre en garde contre les causes d'erreur. Pour former le jugement, pour agrandir la pensée, pour prévenir les écarts de l'imagination, il n'est pas d'étude plus utile que celle de l'histoire. L'histoire signale les écueils semés en si grand nombre sur la route de l'observateur; elle met sous nos yeux le spectacle des erreurs commises par nos devanciers, et nous apprend par là même à les éviter. Son utilité est plus grande encore. A elle seule il appartient de nous indiquer les véritables lacunes de la science, de nous épargner de laborieuses recherches sur des questions que d'autres ont déjà résolues, et de nous soustraire à cette accusation de plagiat qui sera la récompense de nos veilles, lorsque nous aurons usé nos forces à retrouver par nous-mêmes quelque découverte des anciens. Combien le progrès serait plus sûr et plus rapide si tous les observateurs connaissaient l'histoire de leur art, et si tous les érudits daignaient observer la nature! On ne verrait plus chaque siècle recommencer l'œuvre des siècles précédents, et la science, au lieu d'osciller sans cesse, irait toujours en avant.

J.-R. Duval a donc fait une chose utile en instituant une récompense en faveur des élèves qui partagent leur temps entre l'hôpital, l'amphithéâtre et les bibliothèques, et qui, à la fin de leurs études, sont en mesure de traiter leur sujet de thèse à la fois sous le point de vue de la clinique et sous celui de l'histoire. Mais il y a une fausse érudition, qui consiste à citer de seconde main, sur la foi d'autrui, des auteurs qu'on n'a jamais lus, et à copier des renvois bibliographiques qui se se sont transmis de livre en livre, en s'altérant chaque fois, sans que personne ait jamais pris la peine de les vérifier. On arrive ainsi à fournir un texte tout émaillé de citations, et on se donne à bon marché un vernis d'érudition et de polyglottisme qui remplit le lecteur d'admiration. Bien des renommées se sont édifiées sur de semblables bases. Ces renommées ont été ou seront passagères, parce qu'elles sont de mauvais aloi. Lorsqu'on procède ainsi, on devient sans le vouloir le falsificateur de la science. Que de fois n'a-t-on pas attribué aux auteurs des opinions contraires à celles qu'ils ont professées! Que de fois n'a-t-on pas altéré, défiguré certains faits, que d'autres faux savants ont ensuite acceptés comme des faits différents de ceux dont ils n'étaient que la reproduction infidèle! Tous ceux qui ont vérifié des relevés d'observations ont eu l'occasion de voir la même histoire figurer jusqu'à trois fois sur le même tableau statistique. Tant d'erreurs déplorables ont pour point de départ une fausse érudition, plus blâmable cent fois que l'ignorance avouée. Le prudent testateur a appelé votre attention d'une manière toute spéciale sur la cause de ces falsifications scientifiques, en imposant aux candidats l'obligation de lire eux-mêmes le texte des auteurs originaux, et d'indiquer la source précise où ils puisent leurs citations.

Mais notre vénérable et regretté collègue a senti qu'il était impossible à l'élève le plus laborieux de satisfaire à toutes les conditions précédentes, s'il ne savait restreindre ses recherches à un cercle limité. Ce n'est pas en débutant dans la carrière qu'on peut, avec utilité pour la science, embrasser d'un seul coup d'œil les grandes questions générales, et les soumettre au double contrôle de l'observation et de la critique historique. Avant d'entreprendre une aussi grande tâche, il faut essayer ses forces sur des sujets moins vastes, et acheter, au prix de longues veilles, une expérience scientifique bien plus rare et bien plus difficile à acquérir que l'expérience du clinicien. L'interne qui termine ses études et qui se prépare à subir la dernière épreuve du doctorat est, au contraire, dans les meilleures conditions pour faire une utile monographie sur l'un des sujets pratiques qui ont fixé son attention pendant son séjour dans les hôpitaux. Déjà délivré du souci des examens, et encore étranger aux préoccupations de la clientèle, il a tout le temps nécessaire pour fouiller dans les annales de la science, pour dépouiller les recueils et pour mettre en présence les observations anciennes ou modernes avec celles qu'il a recueillies lui-même. Il serait à désirer que les candidats au doctorat comprissent tous ainsi leur tâche, la science y trouverait un double profit; elle y gagnerait de bonnes thèses et serait débarrassée des mauvaises. Pénétré de cette idée, J.-R. Duval a exigé que les recherches consignées dans les thèses admises au concours fussent, autant que possible, limitées à un seul sujet.

Telles sont, messieurs, les intentions de celui qui, à la fin d'une carrière si longue et si bien remplie, a tenu à s'asseoir au milieu de nous, et qui en nous quittant nous a laissé un dernier gage de son zèle pour les progrès de la chirurgie. Votre commission s'est efforcée de se conformer à la pensée du testateur; mais, avant de vous soumettre son jugement, elle a cru devoir vous rappeler les conditions posées par le fondateur du prix que vous allez décerner.

Dans notre première réunion, nous avons eu à résoudre une question préalable qui empruntait une certaine ambiguïté au laconisme du texte. Vous êtes appelés à couronner la meilleure thèse de chirurgie publiée en France *dans le courant de l'année*. Le prix Duval ayant été annoncé dans votre dernière séance publique, quelques personnes ont pensé que vous deviez choisir aujourd'hui parmi les thèses soutenues depuis le 5 juillet 1854 jusqu'à ce jour. Cette interprétation n'est pas admissible. Il est clair que, pour établir un jugement consciencieux dans un concours de ce genre, votre commission a besoin de plusieurs semaines et même de plusieurs mois.

Il faut que chacun de ses membres ait le temps de lire avec soin les thèses qui lui sont soumises. Vous êtes obligés par conséquent de désigner vos commissaires deux mois au moins avant la séance publique. Or il faut que la liste des candidats soit close avant la nomination des commissaires. C'est une loi d'équité sans laquelle les concours n'offriraient plus de garanties; de telle sorte que, si on admettait cette première interprétation, les thèses soutenues pendant l'intervalle qui sépare l'élection de la commission de la séance publique seraient chaque année exclues du concours.

Telle n'a pu être l'intention du testateur. *Dans le courant de l'année* signifie donc *depuis le 1er janvier jusqu'au 31 décembre de l'année courante*. Votre commission a été unanime sur ce point.

Nous avons donc eu à choisir parmi les thèses soutenues depuis le 1er janvier 1854 jusqu'au 31 décembre dernier.

Cela posé, six thèses vous ont été adressées par des candidats qui tous remplissent les conditions relatives au service dans les hôpitaux civils ou militaires. Mais l'une de ces thèses, soutenue depuis le 1er janvier 1855, n'a pu entrer dans la lice; elle a par conséquent été réservée pour le concours de l'année prochaine.

Notre attention s'est donc concentrée sur les cinq autres thèses, qui toutes sont remarquables et utiles à divers titres, mais qui ne répondent pas toutes également aux intentions exprimées par le fondateur du prix.

La thèse de M. Sarazin, aide-major stagiaire au Val-de-Grâce, a été soutenue le 4 janvier 1854 et est intitulée *De la constriction des mâchoires au point de vue de ses causes et de son traitement*. On lit à la première page de cette thèse : « La constriction des mâchoires est le » symptôme d'affections fort diverses.... En commençant cette thèse, » je me proposais d'en tracer l'histoire complète; le temps et les forces » m'ont manqué. » Cette déclaration faite par le candidat lui-même suffit à elle seule pour vous montrer que sa thèse ne rentre pas dans le programme du concours; ses études n'ont point porté sur un seul sujet, mais sur plusieurs sujets très différents. Le nombre et la variété des affections dans lesquelles la constriction des mâchoires peut survenir ont nécessairement disséminé les recherches de l'auteur sur un grand nombre de points et ne lui ont même pas permis de traiter complétement sa question. Ainsi le trismus tétanique est entièrement passé sous silence. M. Sarazin s'est occupé seulement dans trois paragraphes distincts des constrictions qui surviennent sous l'influence de l'inflammation, de celles qui sont le résultat d'adhérences et de cicatrices, et enfin de celles qui sont dues aux diverses maladies de l'articulation temporo-maxillaire. La nature en quelque sorte artificielle de ce sujet complexe ne se prêtait pas à des recherches historiques régulières; mais nous devons louer l'auteur pour l'art avec lequel il a groupé les faits qu'il a recueillis lui-même et ceux qu'il a trouvés dans les recueils français et étrangers.

M. Aug. Titon, interne lauréat des hôpitaux de Paris, a soutenu le 29 août 1854 une thèse intitulée *Recherches cliniques et expérimentales sur l'absorption et la valeur thérapeutique des préparations iodées*. C'est un travail considérable, tout à fait hors ligne, entièrement original et bien supérieur à la plupart des publications qui ont été faites jusqu'ici sur le même sujet. Nous avons lu cette thèse volumineuse avec un intérêt qui s'est soutenu jusqu'à la fin. L'auteur, pendant la durée de son internat, s'est livré à de nombreuses recherches relatives à l'absorption des diverses préparations iodées administrées à l'intérieur et appliquées localement sur des tissus sains ou altérés. Il a étudié les effets physiologiques de l'iode, son action pathogénique sur certains organes, et les voies par lesquelles il est éliminé de l'organisme. Il a analysé lui-même plusieurs fois par jour les urines des nombreux malades qui ont été soumis sous ses yeux à la médication iodée. Enfin, il a présenté un historique complet de cette importante question thérapeutique, et la liste des auteurs qu'il a consultés n'occupe pas moins de 13 pages in-4° en petit texte.

Cette étude générale de l'iode, de son histoire, de ses propriétés et de son mode d'administration, remplit la plus grande partie de la thèse de M. Titon. Jusqu'ici on peut dire que les recherches de l'auteur ont porté sur un seul sujet, et elles répondraient pleinement aux conditions du concours si ce sujet était un sujet de chirurgie. Mais, bien que les chirurgiens se servent fréquemment de l'iode soit à l'intérieur, soit en frictions, soit en injections, bien que la thérapeutique chirurgicale ait tiré de la découverte de ce précieux médicament plus de profit peut-être que la thérapeutique médicale, nous sommes obligés de voir dans la remarquable monographie de M. Titon un travail de matière médicale et de thérapeutique plutôt qu'un travail de chirurgie. On trouve, il est vrai, dans le chapitre IV de la thèse des faits et des préceptes relatifs à l'administration de l'iode dans plusieurs maladies chirurgicales; mais, à côté des syphilides et du lupus qui rentrent jusqu'à un certain point dans notre domaine, nous voyons de simples maladies de la peau, diverses affections non chirurgicales de l'utérus et la phthisie pulmonaire. L'auteur, du reste, ne s'est pas proposé de passer en revue toutes les maladies dans lesquelles l'iode peut être administré avec avantage. Ainsi il n'a parlé ni des manifestations locales de la scrofule, ni des accidents tertiaires de la syphilis, ni des nombreuses affections chirurgicales qui peuvent réclamer les injections iodées. Il a passé sous silence la plupart des applications de l'iode, se bornant à fournir quelques détails sur celles de ces applications qui l'avaient le plus frappé pendant son internat dans des services de *médecine*, à l'Hôtel-Dieu chez M. Piedagnel, à l'hôpital Saint-Louis chez M. Cazenave. En un mot, il est évident que sa thèse a été écrite au point de vue médical et non au point de vue chirurgical. Il n'a fallu rien moins que ces raisons catégoriques pour nous décider à écarter la thèse de M. Titon, thèse qui par son importance, son originalité, sa clarté, son excellente bibliographie et ses tendances pratiques eût certainement pu supporter le parallèle avec celle que vous couronnerez.

La troisième thèse est celle de M. Béraud, interne lauréat des hôpitaux de Paris et prosecteur à l'amphithéâtre de Clamart. Elle a été soutenue le 30 décembre 1854 et est intitulée *Essai sur le cathétérisme du canal nasal suivant la méthode de Laforest; nouveau procédé*.

Il y a longtemps déjà que M. Béraud a fixé son attention d'une manière toute spéciale sur les maladies des voies lacrymales internes, et nous n'hésitons pas à considérer le mémoire qu'il a publié dans les *Archives générales de médecine* comme le travail le plus important qui ait paru jusqu'ici sur ce sujet difficile. On avait beaucoup disserté sur la nature présumée et sur le traitement plus ou moins rationnel de la tumeur et de la fistule lacrymale; on avait imaginé plusieurs théories, un grand nombre de méthodes et une multitude de procédés, mais l'anatomie pathologique n'avait pas encore été interrogée; c'est à peine si dans toute la science on trouvait deux autopsies contradictoires, et tous les chirurgiens véritablement instruits avouaient que la pathologie de ces affections était aussi inconnue que leur thérapeutique était incertaine.

M. Béraud a compris que sur ce point, comme sur tant d'autres, la science positive n'était pas même commencée, qu'il y avait là une grave lacune à combler, et que l'anatomie normale et l'anatomie pathologique pouvaient seules fournir des bases solides pour cette étude nouvelle. Il a donc entrepris une longue série de recherches, qui ont déjà réalisé un véritable progrès. Des dissections minutieuses lui ont permis de décrire avec précision les petits appareils valvulaires qui occupent le sac et le canal lacrymal, et de découvrir plusieurs particularités qui avaient échappé à ses devanciers. Aux deux autopsies que la science possédait avant lui, il en a ajouté huit autres. Eclairé par les résultats de ces premières recherches, il a recueilli sur le vivant un grand nombre d'observations dont il a interprété les détails à un point de vue nouveau. Votre commission, messieurs, a dû prendre connaissance de ces premiers travaux de l'auteur, et, quoiqu'elle ne partage pas toutes les opinions qui y sont émises, quoiqu'elle conserve des doutes

sur certaines questions qui y sont résolues, quoiqu'elle y trouve encore bien des points obscurs, elle se plaît à reconnaître que M. Béraud, en appliquant pour la première fois la méthode anatomo-pathologique à l'étude de la tumeur lacrymale, a rendu à la science un service signalé.

La thèse de M. Béraud est en quelque sorte le complément de ses premières recherches. Convaincu par de nombreuses observations de l'inefficacité des moyens de traitement qui sont en vogue aujourd'hui, l'auteur a reporté ses espérances sur la méthode de Laforest, qui consiste, comme on le sait, à pénétrer dans les voies lacrymales de bas en haut, par la fosse nasale correspondante. Il lui a paru que si cette méthode, tant préconisée à une certaine époque, avait été à peu près complétement abandonnée, cela tenait à la difficulté du cathétérisme pratiqué suivant les procédés connus, et il a été conduit à entreprendre de nouvelles études d'anatomie chirurgicale, pour instituer un procédé plus facile et plus sûr. Ces recherches d'anatomie et de médecine opératoire sont le sujet de la thèse que nous avons à apprécier.

M. Béraud commence par exposer dans les plus grands détails l'anatomie chirurgicale des voies lacrymales internes. Il précise mieux qu'on ne l'avait fait avant lui la situation, les dimensions, la direction, la structure du canal nasal osseux et membraneux. La position de l'orifice inférieur de ce canal a surtout attiré son attention, car c'est d'elle que dépend tout le succès des manœuvres opératoires. De nombreuses mensurations lui ont démontré que cette position varie beaucoup chez les divers sujets, et qu'elle est liée aux variations de la direction du canal nasal. Après plus d'un tâtonnement, il a cru trouver un moyen infaillible de reconnaître sur le vivant, par la simple inspection du visage, la situation précise et la direction du canal nasal. Suivant lui, la distance qui existe entre le grand angle de l'œil droit et celui de l'œil gauche est toujours égale à celle qui sépare l'orifice inférieur de ce canal du bord de la narine correspondante, et il tire parti de la constance de ce rapport pour faciliter l'opération du cathétérisme.

Le second chapitre est consacré à l'histoire des divers procédés de cathétérisme qui ont été employés jusqu'à ce jour. L'auteur les expose avec soin, puis il les critique, et s'efforce d'en démontrer l'insuffisance. Cela le conduit à instituer un procédé nouveau, dont la description remplit entièrement le chapitre troisième.

La particularité la plus remarquable de ce procédé est la suivante : M. Béraud, après avoir reconnu que la direction du canal était sujette à beaucoup varier, a pensé qu'il était impossible de pénétrer dans ce canal avec la même sonde chez tous les individus. Il a donc fait construire plusieurs cathéters de courbures différentes. Pour reconnaître quel est celui de ces cathéters qui convient dans chaque cas particulier, on mesure la distance qui sépare l'un de l'autre les deux angles internes des yeux. Plus cette distance est considérable, plus la courbure du cathéter doit être forte. L'instrument, une fois choisi, est introduit directement jusqu'à la profondeur déterminée par la mensuration précédente. C'est à cette profondeur que se trouve exactement l'orifice inférieur du canal nasal. On évite ainsi les tâtonnements douloureux, les fausses manœuvres et les autres inconvénients qui ont fait rejeter les anciens procédés, et qui se retrouvent encore dans le procédé du *tour de maître*, imaginé par M. Gensoul. Nous apprécierons tout à l'heure la valeur du procédé de M. Béraud; mais auparavant terminons l'analyse de sa thèse.

Dans le quatrième, et dernier chapitre, l'auteur examine l'utilité du cathétérisme du canal nasal. Cette utilité est double : elle est relative au diagnostic et au traitement des affections des voies lacrymales. L'auteur, dans ses premières publications, ayant prouvé l'existence de quatre variétés de tumeurs lacrymales, il lui importait de trouver des caractères propres à établir le diagnostic de ces variétés. C'est ce qu'il s'est efforcé de faire dans sa thèse; mais n'ayant eu qu'une seule fois l'occasion de recourir à ce moyen d'exploration, il a cru pouvoir procéder *à priori*, et deviner par le raisonnement les signes diagnostiques des divers groupes de tumeurs lacrymales. Or c'est là une voie bien souvent trompeuse, et nous devons nous borner à faire des vœux pour que M. Béraud ait rencontré juste dans ses prévisions. Le seul fait clinique qu'il invoque à l'appui de ce diagnostic théorique n'a pas toute la valeur désirable. Nous devons donc, avant de rien conclure, attendre que l'expérience ultérieure ait prononcé.

Dans un court paragraphe qui termine sa thèse, l'auteur se demande si la méthode de Laforest est appelée à rendre des services dans le traitement des tumeurs et des fistules lacrymales. Il pense que cette méthode n'a été rejetée qu'à cause de la difficulté du cathétérisme, et qu'elle va reprendre faveur, maintenant que ces difficultés sont surmontées par un nouveau procédé. Mais ce n'est là qu'une espérance, ainsi que cela résulte clairement de la phrase suivante : « Je n'ai pas » les éléments nécessaires pour juger la question, mais je puis prévoir » dès maintenant qu'avec les notions précises que le diagnostic nous » fournira, on obtiendra désormais des succès plus fréquents au moyen » de la cautérisation, de la dilatation et des injections pratiquées sui» vant la méthode inférieure. »

Votre commission, messieurs, fait les mêmes vœux que M. Béraud ; mais elle ne peut se dissimuler qu'il y a une grande différence entre une éventualité plus ou moins probable et un fait accompli qui seul constitue le véritable progrès. D'ailleurs, elle ne pense pas que la méthode de Laforest ait été rejetée à cause des difficultés du cathétérisme. Tout en reconnaissant l'originalité du procédé de M. Béraud et tout en étant disposés à croire qu'il est bon, nous devons dire que les anciens procédés, et notamment celui de M. Gensoul, suffisaient pleinement aux besoins de la pratique. La plupart de vos commissaires ont pendant plusieurs années dirigé un très grand nombre d'élèves dans les manœuvres de la médecine opératoire ; ils ont répété ou fait répéter bien des fois sous leurs yeux le cathétérisme du canal nasal, et, sans avoir connaissance du procédé de M. Béraud, ils n'ont jamais vu que ce cathétérisme présentât de sérieuses difficultés. Tout le monde, il est vrai, sait que sur le vivant on rencontre quelquefois des obstacles insurmontables ; mais ces obstacles dépendent de l'état morbide du canal nasal, et non de la nature du procédé qu'on emploie. Le procédé de M. Béraud réussira-t-il mieux que les autres dans ces cas difficiles? Cela n'est pas impossible. Cela est peu probable cependant ; quoi qu'il en soit, l'expérience n'en a pas encore été faite, et jusque-là l'utilité de cette innovation est au moins incertaine.

En résumé, messieurs, le travail de M. Béraud est une œuvre consciencieuse, pleine d'originalité, très intéressante sous le rapport anatomique, et digne d'une sérieuse attention sous le rapport de la médecine opératoire. Mais elle est entièrement théorique; elle a été faite à l'amphithéâtre, elle ne repose pas sur des faits cliniques, car il est digne de remarque que la seule observation rapportée dans la thèse est relative à un malade sur lequel le cathétérisme du canal nasal fut pratiqué suivant l'ancien procédé. L'œuvre qui vous est soumise ne porte donc pas ce caractère clinique que le fondateur du prix a exigé d'une manière si formelle. Ce n'est pas sans regret que nous la mettons hors de cause, et nous devons déclarer que si M. Béraud eût joint à sa thèse les importantes recherches pratiques qu'il a consignées dans ses précédentes publications sur le même sujet, nous n'aurions pas hésité à lui décerner le prix.

Les deux dernières thèses répondent pleinement à toutes les conditions du concours. Elles sont relatives l'une et l'autre à des affections traumatiques du squelette; elles ont été conçues et rédigées dans le même esprit, soutenues le même jour, et devant les mêmes juges. Voilà bien des points de contact; et nous pouvons pousser plus loin ce parallèle, car ces deux thèses sont dues à deux aides d'anatomie de la Faculté de médecine, tous deux internes et tous deux lauréats des hôpitaux de Paris.

Elles portent la date du 8 avril 1854. L'une est intitulée *Mémoire sur les luxations du coude*, par M. PAUL DENUCÉ ; et l'autre *Des fractures de l'extrémité inférieure du fémur*, par M. ULYSSE TRÉLAT.

Le sujet de chacune de ces thèses est nettement circonscrit, et quoique les fractures de l'extrémité inférieure du fémur présentent plusieurs variétés bien distinctes, quoiqu'on puisse établir parmi les luxations du coude des groupes plus nombreux et plus distincts encore, on peut dire en toute exactitude que les recherches de chacun des deux candidats ont porté sur un seul sujet. Ces deux monographies renferment des observations originales recueillies dans les hôpitaux ; les auteurs y ont joint la plupart des faits de même ordre consignés dans les recueils; enfin ils ont interrogé l'histoire, et l'œuvre de chacun d'eux peut être considérée comme l'expression exacte de l'état actuel de la science. Seules parmi celles qui ont été présentées au concours, ces deux thèses présentent donc toutes les conditions exigées par le fondateur du prix.

Sous le rapport de la méthode qu'ils ont suivie, les deux candidats ont également droit à votre approbation. Rejetant ces raisonnements *à priori* qui ont exercé une si fâcheuse influence sur l'histoire des fractures et des luxations, l'un et l'autre ont fait reposer leurs descriptions sur l'analyse des faits positifs. Pour cela, ils ont commencé par réunir un grand nombre d'observations, puis ils les ont groupées, comparées, critiquées, et c'est alors seulement que, sûrs de ne pas s'écarter de la réalité, ils ont entrepris leur œuvre définitive.

La tâche de M. Denucé était beaucoup plus étendue et beaucoup plus épineuse que celle de M. Trélat. Les luxations du coude forment quatre grands groupes qui renferment chacun plusieurs genres, et dont les variétés connues sont déjà au nombre de vingt et une ; les fractures de l'extrémité inférieure du fémur peuvent au contraire se ramener à trois espèces : les fractures sus-condyliennes, les fractures d'un seul condyle et les fractures des deux condyles.

La simplicité plus grande du sujet a permis à M. Trélat de faire marcher de front l'histoire de ses trois fractures. M. Denucé, au contraire, a été obligé de consacrer une description spéciale à chaque genre de luxation, et le soin qu'il a pris de reproduire les observations qui établissent les caractères de chacun de ces genres et de chacune de leurs variétés a nécessairement rendu sa thèse fort longue. Craignant toutefois que cette méthode analytique ne nuisît à l'ensemble et à l'harmonie de son œuvre, il a placé en tête de sa thèse des considérations générales applicables à toutes les luxations du coude. C'était la partie la plus difficile du sujet. Ce travail de généralisation est réellement original, et ne remplit pas moins de 90 pages. Afin d'apprécier exactement le mécanisme des diverses luxations du coude, l'auteur étudie sous le point de vue chirurgical l'anatomie et la physiologie de cette articulation compliquée. Il insiste en particulier sur un ligament, inconnu avant lui, qui limite les mouvements de l'articulation radio-cubitale supérieure, et qu'il décrit sous le nom de *ligament carré*. Arrivant ensuite à l'étude des mouvements, il indique avec soin toutes les circonstances qui favorisent ou empêchent les déplacements de cause traumatique, et cela le conduit à passer en revue les diverses théories qui ont été invoquées pour expliquer le mécanisme de ces déplacements.

Les articles suivants sont consacrés à l'étude générale des symptômes, des complications, et surtout du traitement des luxations du coude. A ce propos, l'auteur expose avec le plus grand soin les indications de la réduction aux diverses époques, les obstacles qui s'y opposent, et les nombreux moyens qui ont été mis en usage pour en triompher.

Votre commission vous signale tout particulièrement les longues recherches historiques que M. Denucé a consignées dans sa thèse et la saine critique qui y a présidé. Ici encore la tâche de M. Denucé a été plus étendue et plus difficile que celle de son compétiteur, parce que les luxations du coude ont été décrites tant bien que mal depuis la plus haute antiquité, tandis que les fractures de l'extrémité inférieure du fémur n'ont été jugées dignes d'une mention spéciale que depuis le commencement de ce siècle. L'érudition de M. Trélat n'a donc pas pu se déployer aussi librement que celle de M. Denucé; et, tout en reconnaissant que les deux candidats ont dignement rempli leur tâche d'historiens, nous devons ajouter que les difficultés plus grandes surmontées par M. Denucé établissent de son côté une supériorité réelle.

M. Trélat a donné place dans sa thèse à dix observations inédites, dont plusieurs ont été recueillies par lui-même et dont les autres lui ont été communiquées. Il n'a pas jugé nécessaire de reproduire les observations antérieures qui avaient, pour la plupart, été rassemblées quelques années auparavant par M. Malgaigne ; il s'est contenté d'en présenter l'ensemble dans un tableau synoptique. Les faits inédits consignés dans la thèse de M. Denucé sont beaucoup moins nombreux ; mais, en revanche, l'auteur a extrait des recueils scientifiques plus de soixante observations choisies parmi les plus importantes, en donnant plus particulièrement la préférence à celles qui sont accompagnées d'autopsie. Une foule d'autres faits de moindre valeur ont été simplement mentionnés dans le texte. Jusqu'ici aucun auteur n'avait pris la peine de rassembler sur cette question une pareille masse de faits, et le travail de M. Denucé devra être consulté désormais par tous ceux qui écrivent sur les luxations du coude.

Telles sont, messieurs, les deux thèses importantes sur lesquelles nous appelons particulièrement votre attention. MM. Denucé et Trélat ont rendu l'un et l'autre service à la science. L'un et l'autre ils ont suivi la voie qui conduit au véritable progrès ; l'un et l'autre, enfin, ils sont dignes de vos encouragements et de vos éloges. Notre choix a pu rester un instant indécis entre eux. Cependant, considérant que M. Denucé a fait preuve d'une érudition plus étendue, exécuté une œuvre plus longue et plus difficile, montré un esprit plus méthodique et doté la science d'un travail plus utile, votre commission a l'honneur de vous proposer, à l'unanimité, de décerner le prix Duval à M. PAUL DENUCÉ, *aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris;*

Et d'accorder une mention honorable à M. ULYSSE TRÉLAT, *aide d'anatomie à la même Faculté.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 27 juin, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur, MM. :

Vansteenkiste, médecin major du 28e de ligne ;

Petibon, médecin aide-major au 46e de ligne ;

Blanvillain, médecin aide-major aux hôpitaux de la division d'Oran.

— On écrit d'Egypte que le choléra fait de grands ravages au Caire depuis un mois ; une partie de la population aisée se serait enfuie à Alexandrie, où le fléau offre peu d'intensité.

— Le *Raccoglitore medico di Fano* nous apprend que, jusqu'au 13 juin, on comptait dans cette ville 68 cas et 32 décès cholériques depuis le début de l'épidémie. Il ajoute que, parmi les localités de l'Italie nouvellement atteintes, on doit compter Saltara et Monbaroccio. A Ancône, il y a eu quelques cas ; à Borgo di Porta Pia et à Macerata, il y a eu une exacerbation notable du fléau. Dans les provinces de la Romagne, la maladie n'a pas fait de grands progrès. Il en est heureusement de même à Venise et à Padoue, où le choléra s'est montré depuis le commencement de mai et où il persiste sans faire de grands progrès.

— Le journal espagnol *El Siglo Medico*, donne sur le nombre des médecins dans ce pays des renseignements d'où il résulte que dans les grandes villes, telles que Grenade, Barcelone, Valence, Madrid, on compte, en général, 1 médecin pour 300 individus. Dans les villes de France qui sont le mieux pourvues à cet égard, on ne compte pas plus de 1 médecin pour 6 à 700 habitants ; et ce nombre est plus que suffisant.

— L'agitation commencée, il y a quelques mois, par un refus des étudiants en médecine d'Edimbourg de s'engager dans le service médical de la flotte, a fait place à un mouvement réfléchi de réforme qui conduira, nous l'espérons, à l'amélioration des conditions matérielles et hiérarchiques que l'on continue à faire subir aux médecins dans la flotte anglaise. Tous les étudiants signent dans les hôpitaux de Londres des pétitions dont le but est de permettre à la partie éclairée du corps médical d'entrer dans le service médical naval et d'y améliorer les conditions hygiéniques et thérapeutiques des marins, d'obtenir pour les officiers de santé le rang, la solde et le logement appropriés à leurs services et à leur condition.

Dans l'une des dernières séances de la chambre des lords, le capitaine Boldero, comme jadis M. Dupin et le colonel Cerfberr chez nous, a fait une motion dans ce sens. Il n'est pas sans intérêt de rapprocher ce mouvement de celui qui est, dit-on, à la veille de s'opérer en France, grâce à l'énergique influence d'un savant inspecteur qui dirigeait, il y a quelques mois encore, le service de santé de l'armée d'Orient. Espérons que la justice de la cause des médecins militaires triomphera des mauvais vouloirs devenus plus rares, et des prétendues impossibilités administratives. (*Gaz. méd.*)

— Dans l'article que nous avons publié dans le numéro de samedi dernier sur la *liberté médicale*, nous n'avons pas cité parmi les défenseurs du principe de l'indépendance du médecin notre excellent confrère et ami le docteur Dechambre, qui avait examiné cette question de la manière la plus complète au mois d'octobre 1854, dans un feuilleton dont, absent de Paris au moment de sa publication, nous n'avions pas eu connaissance. Nous nous empressons de réparer cette omission bien involontaire. — Dr A. Foucart.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues à la Faculté de médecine de Montpellier par MM. :

Rochat, né le 1er octobre 1813, à Luzinay (Isère); *Essai sur le rhumatisme articulaire aigu et sur son traitement.*

Roubin, né le 25 août 1819, à Toulon (Var) ; *Quelques mots sur la structure du système nerveux.*

Guès, né le 10 avril 1823, à Toulon (Var) ; *Essai sur le croup.*

Romieux, né le 20 mai 1826, à la Rochelle (Charente-Inférieure) ; *De l'utilité de la saignée dans la grossesse et du traitement de l'avortement.*

Jourdan, né le 14 janvier 1825, à Mirande (Gers) ; *Du phlegmon diffus, de son diagnostic et de son traitement.*

Desclaux, né le 24 août 1819 à Blagnac (Haute-Garonne); *Du degré d'application de la lithotritie.*

Toutes les thèses soutenues à la Faculté sont annoncées dans la *Gazette ;* celles qui sont remises à notre bureau sont analysées dans un des numéros qui suit la remise.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 78. — JEUDI 5 JUILLET 1855. (28e ANNÉE.) N° 78. — JEUDI 5 JUILLET 1855.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 4 JUILLET 1855.

Séance de l'Académie de Médecine.

Les rapporteurs officiels, mis en retard par la dernière discussion, ont soldé hier leur arriéré. C'est M. Robinet d'abord, avec sa verve habituelle, qui a fait miroiter sous les yeux de l'assemblée les plus bizarres excentricités médicales. Les inventeurs de remèdes n'ont rien perdu pour attendre. Puis l'Académie a entendu un rapport de M. Boullay sur des demandes tendant à obtenir l'autorisation de fabriquer des eaux minérales gazeuses artificielles. La commission a émis l'avis qu'il y a avait lieu d'accorder ces autorisations, mais sous la condition de se conformer aux sages prescriptions formulées dans le rapport en vue de la salubrité publique.

Enfin, le rapporteur-né de la commission de vaccine, M. Bousquet, a lu le rapport sur les vaccinations opérées en 1854. M. Bousquet a contracté la très louable habitude de relever l'aridité habituelle de ces sortes de rapports en traitant incidemment quelques points de vue théoriques ou pratiques de la vaccine, donnant ainsi un intérêt particulier à chacun de ces rapports, dont la réunion constituera un jour un ensemble de documents des plus instructifs et des plus utiles pour l'histoire de la vaccine.

Le point que M. Bousquet a traité dans ce rapport est relatif aux tentatives qu'on a faites dans ces derniers temps pour remplacer le vaccin par l'inoculation en cherchant à rendre le virus varioleux plus bénin par son mélange avec diverses substances. Celle de ces tentatives qui avait paru inspirer le plus de confiance consistait à inoculer un mélange de virus varioleux et de lait. On verra par la relation des faits contenus dans la partie du rapport que nous avons reproduite au compte rendu que les espérances fondées sur ces essais ont été complétement déçues, et que le virus varioleux ne perd par ce mélange rien de ses propriétés et de son énergie habituelles. Substituer cette nouvelle pratique à la vaccine serait tout simplement revenir à l'inoculation. Or, entre la vaccine et l'inoculation la question est depuis longtemps résolue ; il n'y a pas lieu à y revenir. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

Du catarrhe péripneumonique des enfants.

Les maladies des poumons se présentent chez les enfants avec des caractères très différents, selon qu'ils sont nouveau-nés, à la mamelle ou déjà presque adolescents.

Le poumon du nouveau-né s'indure, se ferme au contact de l'air, s'hépatise à peu près comme au deuxième degré de la pneumonie chez l'adulte. Cet état d'imperméabilité du poumon a été appelé par MM. Bailly et Legendre *le retour à l'état fœtal.* D'après ces médecins, il peut s'observer jusqu'à l'âge de deux ans et même de six ans. Au point de vue physiologique, je déclare que cette opinion n'est point soutenable.

Depuis le premier mois de la naissance jusqu'au quarantième, les enfants sont sujets à une inflammation pulmonaire appelée pneumonie lobulaire ou infantile. Dans cette maladie, le catarrhe pulmonaire est l'affection principale ; la pneumonie n'est que sur le second plan. Or, au lieu de pneumonie catarrhale, nom donné par une foule de praticiens, je préfère l'expression plus logique et plus heureuse de catarrhe péripneumonique.

La pneumonie est une affection aiguë qui guérit vite ou qui tue rapidement. C'est une grande bataille livrée sur un vaste champ ; l'issue ne tarde jamais à se dessiner de la façon la plus nette. Le catarrhe, au contraire, est un combat d'avant-poste, une longue suite de prise d'armes à propos d'escarmouches. Il n'est pas de médecin qui lui ait imposé la loi du vainqueur. Dans le catarrhe, les accidents semblent s'amender pour reparaître bientôt, diminuer un jour d'intensité pour augmenter de gravité le lendemain, et le malheureux enfant, victime dans le même point de son poumon, ou dans un point différent, des retours offensifs les plus inattendus, des attaques multipliées les plus véhémentes, succombe trop souvent. Il meurt immanquablement si le catarrhe bronchique s'étend aux bronches capillaires.

Le petit malade à l'occasion duquel je vous donne ces détails est l'enfant du n° 13 de la salle Saint-Bernard. Il a la coqueluche, des convulsions et un catarrhe péripneumonique ; vous pressentez le résultat.

Le catarrhe péripneumonique débute le plus souvent par un rhume simple, un léger mouvement fébrile, un coryza ; point d'oppression, aucun caractère particulier. La mère au cœur le plus tendre, à la sollicitude la mieux comprise, à la vigilance la plus incessante n'est point inquiétée. Tout à coup la fièvre s'allume, l'oppression se montre, et l'enfant présente bientôt des symptômes alarmants. Sa figure se colore d'une manière caractéristique : les pommettes et les lèvres sont livides. La peau est chaude et très sèche, la dilatation des ailes du nez très considérable et presque constante ; pendant l'inspiration, il se fait un grand jeu de poitrine, l'épigastre s'infléchit profondément vers la colonne vertébrale, la ceinture diaphragmatique s'incline en travers et forme ce qu'on a appelé le *sillon* péripneumonique. L'orthopnée croît sensiblement, le pouls devient d'une fréquence extrême et s'élève jusqu'à 130, 140, 160 pulsations.

La percussion est un mode d'exploration difficile et chanceux dans les maladies de l'enfance. J'ai percuté avec ménagement le petit garçon du n° 13 ; les deux côtés sont mats aujourd'hui, tandis qu'avant-hier le côté gauche seul était pris. La poitrine des enfants est généralement sonore, et, comme l'hypothèse d'une pleurésie est presque toujours écartée, il s'ensuit que l'obscurité du son doit mettre sur la trace d'un catarrhe péripneumonique. Lorsque vous faites inspirer un adulte en lui maintenant la bouche ouverte, vous avez à la percussion une résonnance très grande ; si, au contraire, il ferme la bouche et expire, la résonnance est notablement diminuée. Chez l'enfant qui crie, vous ne pouvez pas à votre guise manœuvrer sa poitrine et perculer dans le moment où il expire. C'est là, vous le comprenez, une condition défavorable et qui ne laisse pas que de nuire beaucoup au bénéfice qui pourrait résulter de l'application du plessimètre.

Si vous appliquez à plat la main sur le thorax de l'enfant pendant qu'il pousse des cris, vous remarquerez que la vibration des parois sera toujours beaucoup plus prononcée du côté malade que du côté sain.

Pour ausculter la poitrine, vous faites en sorte de ne point effrayer l'enfant, afin qu'il ne fasse pas de bruit, qu'il ne crie pas ; vous le placez assis sur les genoux de sa nourrice et appliquez votre oreille sur la partie postérieure et les parties latérales. Le râle sous-crépitant est le phénomène le plus ordinaire ; quelquefois il est précédé de râle muqueux, ronflant ou sibilant. Il n'est pas rare de percevoir également un râle crépitant excessivement fin, comme celui de l'adulte. Le souffle bronchique s'entend pendant l'inspiration, et surtout pendant l'expiration ; mais il n'a ni cette sécheresse, ni cette rondeur qu'on observe chez l'adulte. Ce souffle, qui a quelque chose de moelleux se montre non plus à la base, mais habituellement à la partie supérieure du lobe inférieur du poumon. La présence du souffle peut être parfois constatée dans quatre ou cinq parties différentes de la poitrine. Les signes fournis par l'auscultation sont d'une fugacité inouïe. Ainsi, vous ne trouvez pas le lendemain dans un point de la poitrine le souffle que vous aviez perçu la veille. Cela tient à ce que du mucus s'est accumulé dans la bronche principale qui apportait l'air dans cette partie du poumon, ou bien à ce que, le poumon se dégageant, il revient de l'état péripneumonique à l'état catarrhal.

Dans beaucoup de cas, on préjuge trop bien de la maladie, qui, je le répète, est de longue durée et sujette à de fréquents retours offensifs. Un catarrhe péripneumonique reste quinze jours, un mois, six semaines et même davantage ; s'il survient dans le cours d'une coqueluche, quatre ou cinq fois vous verrez reparaître des accidents aigus ; ils ne cesseront jamais complétement, et donneront à la maladie une forme chronique, caractère différentiel important de la pneumonie de l'adulte.

Les lésions anatomiques sont bien tranchées. Outre la phlegma-

LETTRES SUR LA PHYSIOLOGIE. (1)

Dans notre première lettre, nous avons jeté un coup d'œil rapide sur les propriétés physiques des aliments ; leurs propriétés chimiques sont beaucoup plus importantes au point de vue de la nutrition.

Toute substance alimentaire doit être composée de trois ordres de principes élémentaires immédiats :

1° Principes protéiques, albumine, fibrine, caséine, etc. ;
2° Les principes sucrés ou amidonnés ;
3° Les graisses, les huiles.

A ces trois ordres de principes on doit ajouter les minéraux qui accompagnent les substances alimentaires. Un aliment n'est complet et propre à la nutrition que lorsqu'il renferme ces trois ordres de principes. M. Magendie, qui a étudié cette question, a vu que l'usage alimentaire d'un seul de ces principes ne suffisait point pour l'entretien de la vie. On conçoit en effet qu'un seul élément ne puisse suffire, car l'organisme les renfermant tous trois, tous trois doivent nécessairement être régénérés. Aussi le lait, cet aliment primitif auquel sont réduits tous les mammifères dans leur jeune âge, constitue-t-il un aliment complet, c'est-à-dire composé des trois ordres de principes : 1° albumine, caséine ; 2° un principe gras à l'état d'émulsine ; 3° du sucre de lait, plus des sels solubles et des sels insolubles. Il en est de même de l'œuf des oiseaux. Le blanc d'œuf renferme de l'albumine, une matière extractive, l'osmazome, du sucre de glucose et des sels, mais point de graisse ; le jaune, au contraire, en contient, puis il contient encore de l'albumine, de la vitelline, de l'huile à l'état d'émulsion, enfin une combinaison de glycérine et de phosphore. Le sang des vertébrés est pour ainsi dire la quintessence des aliments, car, outre les sels de l'économie, il renferme les trois ordres de principes élémentaires.

Certaines séves végétales qui ressemblent au lait, et en contiennent presque tous les éléments, sont également des aliments complets. Ainsi, la séve du galactodendron de la classe des figuiers renferme de la fibrine végétale analogue à la fibrine animale, du glucose et une matière grasse intermédiaire entre la cire et les matières grasses ordinaires.

Les graines aussi sont des aliments complets ; et l'on peut dire, en général, qu'elles sont aux végétaux ce que l'œuf, le lait sont aux animaux.

Le pain, qui est un aliment complet, n'est bon qu'à la condition de tout renfermer, même le son, comme cela a été démontré par M. Magendie. Si par la mouture on n'enlevait que l'épiderme du blé, il n'y aurait pas grande perte, mais on enlève la seconde enveloppe, qui renferme surtout les matières azotées. Là est le mal ; aussi le pain de nos villes, qui est si beau, est-il réellement inférieur en qualités nutritives, puisqu'il renferme moins de matières azotées.

Le froment est composé de gluten, ou fibrine végétale, d'albumine végétale, d'un mucus particulier et de matières azotées, de matières féculentes insolubles qui se transforment en sucre soit dans les animaux ou les végétaux, de matières grasses analogues aux résines et aux graisses, d'un assez grand nombre de sels, parmi lesquels il ne faut point oublier la silice. Cette dernière substance est insoluble dans l'eau, comme on le sait. Il est facile cependant de s'expliquer sa présence dans le froment. Elle se dissout très bien dans une dissolution de sucre, et le sucre existe dans un assez grand nombre de végétaux. Lorsqu'on a une dissolution de sucre et de silice, il est facile de se convaincre de la présence de cette dernière en mélangeant à la dissolution de la levure de bière, qui détruit le sucre, et la silice se précipite aussitôt.

Au point de vue chimique, les aliments ne diffèrent point dans les deux règnes ; c'est ce qui nous montre comment les animaux peuvent se nourrir exclusivement de végétaux.

Les propriétés physiques des aliments influent surtout sur les modifications que subit le tube digestif, très simple chez les animaux qui absorbent des substances solubles, plus compliqué chez ceux qui prennent des aliments insolubles, mais parmi ces derniers il faut arriver aux vertébrés pour trouver un appareil digestif complet.

Il faut considérer dans les animaux qui cherchent leur nourriture (certains se trouvent à peu près dans le cas des plantes, les spongiaires, etc.) l'instinct et les sensations, telles que la faim, la soif, la satiété, qui les poussent à prendre des aliments ou à les abandonner.

On a cherché à localiser ces sensations ; on a coupé les nerfs qui semblaient les provoquer, et elles n'en persistaient pas moins.

La faim a été placée tour à tour dans les centres nerveux, dans le système vasculaire, dans les tiraillements auxquels serait soumis le diaphragme par suite de la vacuité de l'estomac. On a encore essayé de l'expliquer par la stase du suc gastrique dans l'estomac, le reflux de la bile dans ce viscère, par la réplétion de ses glandes, par le froissement de ses parois revenues sur elles-mêmes, ou bien encore elle dépendrait d'un instinct particulier de l'estomac.

(1) Suite. — Voir le n° du 14 juin.

sie de la membrane muqueuse bronchique et sa tuméfaction, on voit une multitude de petits lobes indurés, plongeant au fond de l'eau, dans l'intervalle desquels le poumon est tout à fait sain. La surface de cet organe présente un aspect marbré. A part ces lobules indurés qui envahissent tantôt une portion de lobe, tantôt un lobe entier, on remarque encore d'autres lobules d'un rouge violacé, indice d'un travail inflammatoire pneumonique au premier degré; puis çà et là des masses rouges plus dures, et formant des saillies quand le poumon s'est affaissé. Le microscope a découvert des globules de pus dans ces masses rouges; envers et malgré elles, le poumon reste perméable. Enfin, on découvre des lobules d'une coloration jaune, rappelant l'hépatisation du troisième degré.

Dans le catarrhe péripneumonique, il survient une lésion très spéciale; je veux parler des abcès pulmonaires, de ces cavités remplies de pus, petites ampoules arrondies, qui dans un seul poumon sont quelquefois au nombre de 100, de 200 et même de 500. On a prétendu que ces abcès pulmonaires n'étaient autres que des vésicules dilatées par un emphysème exagéré; mais moi je suis porté à croire que l'anfractuosité de ces cavernes n'est due qu'à un certain nombre de vésicules qui se sont abcédées. Il est très difficile de distinguer les caractères qui différencient les tubercules pulmonaires des vésicules pleines de pus de la pneumonie au troisième degré. A ce sujet, un micrographe fort distingué, M. Robin, a avancé que la phthisie galopante de l'adulte n'était pas une phthisie tuberculeuse, mais bien quelque chose d'intermédiaire entre le commencement de la dégénération tuberculeuse et l'hépatisation grise.

Dans toutes ces questions scientifiques brûlantes d'intérêt qui se discutent aujourd'hui, sachez vous tenir sagement sur la réserve et attendre que lumière se fasse!... elle se fera.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Cazenave.

Leçons cliniques sur les maladies de la peau (1).

DU LUPUS.

Le lupus, maladie chronique, comprend des altérations de la peau qui peuvent être considérées sous deux points de vue différents: celui de leur cause et celui de leur traitement. Sous ce nom, on a rangé plusieurs affections dont le caractère est la dégénérescence de la peau avec perte de tissu, et qui se terminent toujours par une cicatrice, qu'il y ait eu ou qu'il n'y ait pas eu de plaie.

Les anciens auteurs paraissent avoir connu cette maladie, désignée par les Grecs sous le nom de νομη et d'ερπης εστιομενος, et par les Latins sous ceux de *lupus*, *herpes exedens*, etc. Willan a préféré la désigner sous le nom de lupus, que nous avons adopté; mot exprimant bien les ravages destructeurs de cette maladie.

Certaines parties du corps ont le triste privilége d'être le siége de prédilection du lupus; c'est surtout le visage où on le rencontre le plus fréquemment. Le plus souvent, il reste limité au visage, et quand on le trouve ailleurs, il existe presque toujours en même temps sur cette partie de notre corps. C'est de préférence au lobule ou aux ailes du nez, à la lèvre supérieure, à l'une des joues qu'on le voit débuter.

Y a-t-il un rapport entre son siége, sa nature et sa forme? Nous le croyons. La forme ulcéreuse ne se présente jamais qu'au visage; la forme tuberculeuse n'existe que sur les membres.

Alibert, qui a décrit cette maladie avec beaucoup de soin, la désigne sous le nom de dartre rongeante, qui lui a été donné par les Grecs et par Galien. Biett admet pour l'étude trois variétés de de lupus, savoir: le lupus qui détruit en surface, celui qui détruit en profondeur et celui qui s'accompagne d'hypertrophie. Mais cette division n'est pas suffisante; tous les cas de lupus ne peuvent y rentrer. Par exemple, l'on ne peut y placer l'érythème centrifuge; aussi avons-nous admis quatre divisions basées sur la forme du lupus. Nous avons ainsi le lupus érythémateux, tuberculeux, ulcéreux, hypertrophique. Si dans ces quatre genres on prend les types des maladies qui y rentrent, nous avons des différences très grandes qui pourront nous éclairer sur sa nature.

(1) Suite. — Voir les numéros des 24 mai et 5 juin.

Le lupus érythémateux est peu connu, et pourtant très commun; il présente le caractère de tous les érythèmes, c'est-à-dire qu'il est constitué par une rougeur circonscrite qui disparaît momentanément sous la pression du doigt. Son caractère pathognomonique est la formation d'une cicatrice qui ne s'ulcère jamais.

Il se présente sous plusieurs formes. La plus légère, qui a été décrite par Biett sous le nom d'érythème centrifuge, ne se rencontre que rarement; je n'ai ai eu occasion de l'observer que quatre ou cinq fois. Il se montre aux pommettes, présente une rougeur qui a de l'analogie avec celle de l'urticaire, mais il n'a pas cette dureté qui appartient à cette dernière maladie. Sous certaines influences, cette rougeur se gonfle et ne disparaît plus. Si les malades guérissent, il existe une cicatrice très peu nette; la peau n'est atteinte que très superficiellement; elle ne présente presque qu'une décoloration.

Une autre forme du lupus érythémateux souvent méconnue est celle qui, se développant à l'extrémité du nez, lequel se gonfle et devient rouge, a toute l'apparence d'une engelure. Mais cette engelure disparaît pour reparaître bientôt et donner lieu à une exfoliation continuelle. En effet, au centre de la rougeur il se forme une pellicule qui ressemble à une pelure d'oignon. Lorsque cette pellicule est enlevée, on remarque à sa face interne de petites dépressions qui s'emboîtent sur les follicules sébacés. On guérit quelquefois cette affection; la rougeur disparaît pour ne plus revenir; il reste une cicatrice légère qui n'est qu'une décoloration de la peau. Si on ne guérit pas, la pellicule qui s'enlève devient de plus en plus forte, sans cependant jamais présenter de traces d'ulcération.

Il y a une variété de lupus érythémateux encore plus curieuse peut-être que les précédentes. Elle se manifeste, en général, au nez. Elle débute par de la rougeur qui devient le siége d'une petite croûte sèche et dure; c'est même par elle que les malades s'aperçoivent de cette affection. De là partent deux espèces de digitations qui se rendent vers les paupières inférieures; une petite croûte se forme et tombe. On voit qu'elle est le résultat d'une matière dure, fournie par les glandes sébacées qui ont été gênées dans leur sécrétion. La matière sécrétée est alors comme du sable fin qui s'incruste dans l'épiderme; aussi la cicatrice est-elle comme gaufrée. Il y a presque toujours de la rougeur diffuse autour de ce produit anormal.

On ne peut, pour cette variété du lupus érythémateux, faire intervenir le tempérament lymphatique, puisqu'on la rencontre plus fréquemment chez l'homme que chez la femme, chez l'adulte que chez l'enfant. Elle est commune chez les gens dont le métier les force à rester près d'une forte chaleur; il y a quelques années, on la rencontrait souvent chez les courriers des malles-postes, qui restaient des journées entières exposés au soleil. Nous avons établi cette variété, qui se distingue bien des autres lupus érythémateux; dans ce cas seul nous avons trouvé la cause directe qui la produit. Là, comme dans les formes précédentes, il y a cicatrice sans ulcération.

Le lupus tuberculeux est bien plus grave que le précédent et me semble être une manifestation de la syphilis héréditaire; il se présente d'une manière variable quant à sa forme, à sa marche et à son évolution. On en observe quatre variétés: ou bien il n'y a qu'un tubercule, ou bien plusieurs tubercules accompagnés d'une désorganisation abondante, ou bien les tubercules sont en groupe, ou enfin ils présentent la forme désignée sous le nom de serpigineuse.

La première variété se rencontre toujours à la même place, au milieu de la joue, et dans un âge peu avancé; chez les tout jeunes enfants, c'est un tubercule quadrilatère de couleur jaune, pénétrant dans l'épaisseur de la joue; il ne cause ni douleur ni démangeaison. Ce tubercule peut rester des années entières stationnaire; cependant il faut le guérir, car à la rigueur il pourrait finir par s'ulcérer; je n'en ai pourtant jamais rencontré qui se soient ulcérés. On le trouve rarement chez les adultes; comme c'est une maladie de l'enfance et qui se guérit bien, voilà peut-être la cause de sa rareté à un âge plus avancé.

La seconde variété du lupus tuberculeux présente les mêmes caractères que la variété précédente et est assez commune. Elle se rencontre entre l'âge de dix et de vingt ans, et se montre surtout au visage. Il paraît des tubercules de distance en distance qui tendent à se joindre; il se forme une tumeur qui devient parfois très saillante; on voit de petits follicules sur les tubercules mêmes qui s'enflamment. De nouveaux tubercules paraissent ensuite pour se joindre aux autres, et parfois il faut toute la vie pour que cette maladie arrive à sa dernière période.

Voici comment les choses se passent:

Chaque tubercule devient le siége d'une exfoliation abondante, qui accomplit son travail d'élimination pour recommencer de nouveau. Nous avons, au lieu d'une hypertrophie, une atrophie du tissu cellulaire. Il semble que par cette élimination squammeuse tout le corps muqueux doive disparaître; en effet, c'est lui qui fournit à cette exfoliation, et à la longue il est complétement détruit, et la peau se colle sur les os. Il y a là les mêmes symptômes que dans le lupus ulcéreux. J'ai eu occasion de voir une femme de soixante-dix ans qui depuis cinquante ans avait un lupus de cette variété. Après avoir été guéri deux fois par Pelletan et Boyer, il avait récidivé de nouveau, mais sa marche avait été si lente que la malade et sa famille s'étaient insensiblement habituées à cette affection; on lui avait laissé prendre un développement très grand; toute la peau du visage ne formait plus qu'une croûte hideuse collée sur les os.

La troisième variété, ou lupus tuberculeux en groupe, diffère de la précédente en ce qu'on ne la rencontre guère que sur le tronc et les membres. Ses tubercules sont moins aplatis que les précédents. Elle se présente sous l'apparence d'un groupe de tubercules qui, après un temps très long et lorsqu'on guérit, laisse une cicatrice qui occupe un point bien limité.

La quatrième variété, ou lupus tuberculeux serpigineux, a l'aspect des deux variétés précédentes, seulement sa couleur est d'un jaune plus fauve, sa marche est celle de la syphilis serpigineuse. M. Huguier s'en est occupé sous le nom d'esthiomène de la vulve. Je partage complétement sa manière de voir, seulement j'en diffère en un point: il prétend que les tubercules s'ulcèrent, je ne suis pas de cet avis; jamais je n'en ai vu s'ulcérer; j'en ai rencontré qui ont tous présenté même des abcès, mais jamais d'ulcération.

Le lupus ulcéreux se distingue des précédents en ce qu'il ne tend plus à détruire directement la peau, mais à détruire par une plaie. Ce sont un ou plusieurs tubercules qui font des élévations rougeâtres, molles, indolentes; c'est un engorgement de la peau suraigu.

Après un temps variable, ces élévations s'enflamment sans causer de douleur, puis donnent lieu à une ulcération caractérisée par une surface blanchâtre, irrégulière, baveuse, qui va toujours en croissant. Elle se recouvre d'une petite croûte molle, peu résistante; elles tombent et sont remplacées par de nouvelles: c'est le lupus ulcéreux en largeur; il peut envahir une surface plus ou moins grande; il peut attaquer le nez, aller de là aux pommettes et gagner jusqu'aux paupières, qu'il détruit. Le lupus ulcéreux, qui détruit en profondeur, peut gagner la fosse palatine et venir attaquer la muqueuse des dents; cependant il est en général localisé au nez, qui devient rouge et qui présente une ulcération qui en

---

La faim se répète périodiquement, et cela dans de certains rapports avec les phénomènes nutritifs, plus souvent chez les animaux jeunes et à sang chaud que chez des individus âgés ou à sang froid.

On a essayé aussi de localiser la soif; on l'a placée dans le pharynx et par conséquent dans ses nerfs. Mais vient-on à couper ces nerfs, elle n'en persiste pas moins. De plus, si on humecte le pharynx avec de l'eau sans que celle-ci passe dans la circulation, la soif n'en est pas moins vive. Ce n'est donc point la sécheresse de cette partie du canal alimentaire qui détermine cette sensation; pour qu'elle cesse, il faut que l'eau arrive dans le sang, et c'est ce qui se voit bien en l'injectant dans les veines.

Quant à la satiété, on avait pensé qu'elle résidait dans les pneumo-gastriques et dans la portion qui se rend à l'estomac, car après la section de ces nerfs, un chien, un lapin mangent jusqu'à ce qu'ils regorgent. Chez des animaux qui avaient des fistules à l'estomac permettant de regarder tout ce qui se passe dans cet organe, on a vu qu'après la section du pneumo-gastrique les aliments ne descendaient point, n'arrivaient point à l'estomac; ils restaient tassés dans l'œsophage, et les animaux les rejetaient, puis mangeaient de nouveau et sans cesse. Il est facile de se rendre compte de ce phénomène, car par la section des pneumo-gastriques les deux tiers supérieurs de l'œsophage sont seuls paralysés, et c'est ce qui arrive surtout dans les premières vingt-quatre heures qui suivent l'opération.

Ainsi donc, ces sensations ne peuvent être localisées, quoiqu'elles se fassent sentir dans un point plutôt que dans un autre. Elles sont en rapport avec les besoins de la nutrition, avec son intensité; besoins d'abord agréables, puis pénibles, capables enfin de rendre non-seulement les animaux féroces, mais d'empêcher l'homme lui-même d'user de son libre arbitre, et par conséquent de le porter à des actes de cannibalisme. Passé un certain nombre de jours, la faim, la soif disparaissent, et les animaux, incapables de rechercher des aliments, ne les désirent même plus.

Les substances alimentaires choisies par l'animal, introduites dans la première partie du tube alimentaire, subissent en général l'influence de la mastication. Il y a des exceptions cependant, comme cela se voit chez les poissons et les oiseaux, qui avalent leurs aliments. De la bouche, ces substances passent directement dans l'estomac, ou bien avant d'y arriver elles séjournent, comme chez les oiseaux, dans une dilatation de l'œsophage. Chez les ruminants, elles séjournent dans les trois premiers estomacs, que l'on peut considérer aussi comme des dilatations de leur œsophage, dilatations analogues au jabot des oiseaux, la caillette seule représentant l'estomac. Toutes ces variétés, du reste, sont en rapport avec les propriétés physiques des substances alimentaires. Les parties qui précèdent l'estomac peuvent même manquer complétement, mais l'estomac, qui agit chimiquement au moyen du suc qu'il sécrète, ne manque jamais.

Les sucs digestifs sont sans action chimique sur le ligneux et l'épiderme en général, et c'est ainsi que s'explique comment des substances qui s'imbibent de ces sucs et se gonflent peuvent résister à la digestion; l'eau seule les pénètre, le ferment qu'ils renferment reste inerte; son action, comme celle des venins, ne se manifeste que s'il pénètre au delà de l'épiderme. Ainsi s'explique encore la présence de parasites dans le tube intestinal; mais viennent-ils à perdre leur épiderme, immédiatement ils sont digérés.

On s'est demandé comment un agent aussi puissant que le suc gastrique ne digérait point l'estomac lui-même; cela se comprend très bien. L'estomac est revêtu d'un épithélium qui se renouvelle sans cesse, et par conséquent le préserve; mais vient-on à tuer un chien ou tout autre animal en pleine digestion, et à le maintenir à une température suffisamment élevée, l'épithélium ne se reproduisant plus, non-seulement l'estomac est digéré, mais les organes voisins peuvent encore être détruits.

L'épiderme qui recouvre un organe vivant le préserve donc de la digestion par le suc gastrique; comme l'épiderme, toutes les substances épidermiques, ongles, poils, etc., sont également inattaquables par le suc gastrique. Aussi les oiseaux qui avalent leur proie vomissent-ils une boule composée des ongles, du bec, des plumes, et cette régurgitation est même pour ces oiseaux un acte physiologique de leur digestion. Réaumur avait eu soin de profiter de cette circonstance pour retirer au moyen d'éponges une certaine quantité de suc gastrique, et en étudier les propriétés.

Les égagropiles ou bezoards d'Allemagne que l'on trouve dans les intestins des ruminants sont encore une preuve de l'inertie du suc gastrique sur les poils.

Nos abonnés nous demandent souvent de transmettre leurs mémoires aux Académies, de leur faire parvenir du vaccin, des livres, des instruments, etc. Nous leur rappelons qu'une personne attachée à l'administration de la *Gazette* est toujours à leur disposition pour rendre ces petits services.

amène la chute; parfois ce n'est qu'une des ailes du nez qui est détruite; d'autres fois c'est tout le cartilage qui tombe. Le lupus ulcéreux a pour siége le visage, où il amène des désordres locaux, des difficultés et des dérangements à la vision, à l'olfaction, à la respiration nasale, à la préhension des aliments et à la mastication, par le renversement des paupières et l'irritation des yeux, l'oblitération des narines ou la chute du nez, le rétrécissement de la bouche, la perforation des lèvres ou des joues.

Le lupus hypertrophique, le plus difficile à guérir, est aussi celui qui s'éloigne davantage des formes précédentes. Ses caractères les plus importants sont de ne jamais présenter ni amincissement de la peau ni ulcération. Il débute au visage par des tubercules dont les bases en s'élargissant s'unissent entre elles.

Quand la maladie a progressé, le visage est boursouflé; on voit une tuméfaction énorme des lèvres, des joues, de manière que les yeux sont cachés, que la bouche ne peut plus s'ouvrir. Les tubercules ont disparu, ils ne sont plus saillants, et sur cette surface hypertrophiée ils ne présentent qu'une petite tache rouge blanchâtre. Il y a bien un autre lupus hypertrophique, mais il est très rare, et n'est qu'une complication d'une autre maladie. Sur un lupus ulcéré il se développe des fongosités qui sont une hypertrophie réelle, mais qu'on ne peut faire rentrer dans le lupus hypertrophique.

Telles sont les différentes formes que présente le lupus, formes qui, lorsqu'on ne choisit pas les types, peuvent se confondre. Ainsi les deux lupus ulcéreux se confondent facilement. Le lupus se développe à une seule époque de la vie, entre dix et vingt-cinq ans. Avant comme après ces différents âges, on le rencontre très rarement quand il ne s'est pas développé précédemment. Cela est très utile à savoir pour le diagnostic, car il peut arriver qu'on ne sache pas si on a affaire à un lupus ou à une affection syphilitique. La question est facilement résolue si la maladie a déjà paru dans l'enfance. L'hérédité ne me semble pas jouer un grand rôle dans la production de cette affection. Mais expliquons-nous : des parents qui ont eu un lupus ne transmettent pas cette maladie à leurs enfants, mais ils peuvent leur transmettre une constitution qui les prédispose à avoir cette affection, plus commune chez les femmes que chez les hommes. Elle ne me paraît pas être le résultat de causes étrangères au tempérament, si ce n'est pour une variété du lupus érythémateux.

Le diagnostic du lupus paraît au premier abord facile. En effet, c'est une maladie dont le siége est ordinairement au visage, qui tend à détruire les tissus envahis; donc, on ne devrait pas hésiter à se prononcer. Pourtant, soit qu'il ne présente pas un assez grand développement, soit qu'il n'ait pas la forme ulcéreuse, soit que des produits accidentels cachent ses caractères, on est quelquefois embarrassé pour dire si c'est là évidemment un lupus. Mais pour éviter l'erreur, il faut avoir bien présentes à la mémoire sa marche lente, envahissante; la forme de ses ulcérations de mauvaise nature et de ses cicatrices, inégales, labourées, irrégulières, assez analogues à celles qui succèdent aux brûlures.

Nous allons passer en revue les différentes formes de lupus qui peuvent se confondre avec d'autres maladies. Le lupus érythémateux peut être confondu avec l'urticaire; mais la différence de consistance des deux rougeurs suffit pour les distinguer, et puis cette forme de lupus est très rare. La forme de lupus érythémateux qui ressemble à une engelure pourrait être confondue avec cette maladie; aussi lorsqu'on voit cette rougeur revenir souvent, il faut l'examiner avec soin et voir si la peau ne présente pas un amincissement, car une fois que cette forme de lupus a paru la peau est tendue et son tissu tend à se détruire. Le lupus pourrait être confondu avec certaines formes syphilitiques, avec le *noli me tangere*, avec le cancroïde et avec l'acné sébacé. Il y a lieu de le distinguer des syphilides à plusieurs moments de son évolution. A l'état tuberculeux, la confusion est facile; cependant la teinte cuivrée propre aux affections de nature vénérienne, leurs tubercules plus saillants, plus volumineux, leur marche plus active, leur tendance à l'ulcération, les circonstances commémoratives et concomitantes suffisent en général pour faire reconnaître la syphilide rongeante. A l'état ulcéreux, le lupus se distingue par la forme de son ulcération, dont les bords ne sont pas découpés et taillés à pic; par sa couleur, qui est d'un rouge livide et violacé, et non point terne, éteint, cuivré, comme celui des ulcérations syphilitiques. Du reste, si parfois le lupus ressemble fort aux syphilides, c'est qu'il n'est selon moi qu'une forme de la syphilis héréditaire. Le *noli me tangere*, petite ulcération rongeante qui survient fréquemment au nez et à la joue, surtout chez les vieillards, en diffère en ce que cette petite ulcération, ordinairement sèche et prurigineuse, se recouvre d'une petite croûte sèche et mince qui ne ressemble guère aux ulcérations croûteuses du lupus. Le cancroïde s'en distingue par l'âge des sujets qu'il attaque, les ulcérations fongueuses et à bords renversés qu'il produit, le développement vasculaire variqueux qui s'y joint souvent, les douleurs lancinantes qui l'accompagnent. L'acné sébacé présente une différence; sa pustule, en tombant, laisse une cicatrice nacrée que l'on ne rencontre pas dans le lupus.

Nous avons à nous demander, et c'est là le point important pour le diagnostic et le traitement : Qu'est-ce que le lupus? Est-ce une manifestation de la scrofule, et en disant lupus dit-on également scrofule, ou bien y a-t-il dans le lupus autre chose en même temps qu'existe le vice scrofuleux? Pour nous la scrofule est une manifestation morbide d'un tempérament lymphatique exagéré. Le lupus est-il toujours l'expression de cet état morbide? Non, en général. Le lupus érythémateux et le lupus tuberculeux ne tiennent pas au vice scrofuleux. En effet, pour le premier, nous avons dans une de ses variétés constaté la cause directe; pour le second, nous avons admis que c'était une manifestation de la syphilis héréditaire. Il en est de même pour le lupus serpigineux, qui a la plus grande analogie avec les affections syphilitiques. Les lupus ulcéreux et hypertrophiques sont-ils exclusivement scrofuleux? Je veux bien le croire pour beaucoup de cas; cependant pour le lupus ulcéreux superficiel, je ne l'assurerai pas.

Peut-il y avoir des cas où le lupus ait pour cause la syphilis? Oui, cela me paraît avoir lieu pour le lupus ulcéreux superficiel, car autrement je ne puis me rendre compte des altérations identiques dans les deux cas; mais pour qu'il se développe sous cette influence, il faut qu'il y ait une prédisposition, c'est-à-dire que le malade présente un tempérament lymphatique exagéré. Ainsi il y a des lupus idiopathiques, naissant sous l'influence de causes occasionnelles, l'érythème; il y a une forme diathésique, c'est le lupus tuberculeux, naissant sous l'influence de la syphilis héréditaire; il y a le lupus scrofuleux, diathésique au point de vue de la syphilis, et qui ne naît que chez les individus à tempérament lymphatique. Le lupus est une maladie grave, non par la douleur qu'elle cause, elle est presque nulle, ni par la crainte d'entraîner la perte de la vie, mais par les désordres qu'elle occasionne, désordres qui existent toujours, quelque faible que soit le degré de la maladie, car il y a invariablement production d'une cicatrice, et le plus souvent cette cicatrice se trouve au visage.

Le lupus n'est pas très difficile à guérir, bien qu'Alibert pensât le contraire et que cette opinion soit généralement accréditée. Selon moi, c'est une erreur, et je pense que lorsqu'il est attaqué à temps, lorsque le sujet est doué d'une bonne constitution, on réussit le plus souvent à arrêter le mal à son début; il me semble plus facile à guérir que le psoriasis, par exemple. Son traitement doit-il être local ou général, ou bien l'un et l'autre?

Le traitement du lupus érythémateux consiste en médicaments externes et internes. J'ai obtenu de bons résultats par l'administration à l'intérieur des sudorifiques, salsepareille, gaïac, daphné; à l'extérieur, des douches de vapeur, des lotions excitantes; il semble qu'il faille agir sur la peau de manière à activer la sécrétion sébacée.

Le traitement du lupus tuberculeux consiste depuis longtemps, pour moi, en préparations externes et internes; j'administre à l'intérieur du mercure et des iodures.

J'ai guéri un jeune homme d'un lupus serpigineux qui occupait tout le membre inférieur depuis la hanche en ne lui donnant que de l'iodure de potassium et en continuant ce traitement pendant un long espace de temps.

Pour les formes de lupus précédentes, je joins à ce traitement l'emploi du sirop acide de Portal et une ou deux cuillerées d'huile de foie de morue par jour. Mais les tubercules prennent parfois des développements énormes; alors il faut avoir recours à l'application des topiques, dont l'histoire serait curieuse et instructive considérée au point de vue de l'affection qui nous occupe.

Pendant longtemps le lupus était regardé comme une maladie locale, on cherchait à l'arrêter par des caustiques; on en a employé un grand nombre, je ne vous les énumérerai pas. J'ai été frappé longtemps de l'inconvénient de cette méthode, car si l'on employait un caustique peu actif, il ne faisait rien; s'il l'était trop, son action s'étendait au delà de la surface du mal et agissait trop profondément. Pour certains lupus on avait, en les traitant ainsi, une cicatrice plus grande que ne l'aurait laissée la maladie. Nous cherchions un agent quelconque qui pût modifier la vitalité de ces parties. Les pommades dont on se servit ne nous ont offert rien d'efficace. Mais nous avons vu que parfois cette maladie offre une complication avantageuse; c'est lorsque survient un érysipèle de la face, favorable pour la fonte des tubercules, pour la cicatrisation et pour la guérison. Or j'ai trouvé une substance, le bi-iodure de mercure, qui amène un travail de résolution à peu près semblable à celui de l'érysipèle. Depuis longtemps je m'en sers et j'en obtiens de bons résultats; il n'a qu'un inconvénient, c'est d'être très douloureux. Il faut qu'il soit employé à la plus haute dose et sous la forme de pommade, quinze parties de bi-iodure, cinq d'axonge et dix d'huile. Tous les huit jours on en met avec un pinceau une petite couche sur les endroits malades. L'application n'en est pas immédiatement douloureuse, ce n'est guère qu'au bout d'une demi-heure qu'une sensation très vive de brûlure se fait sentir; il est rare que cette douleur persiste au delà de douze heures. Il y a inflammation tout autour, une exsudation a lieu sur le point touché; on voit la croûte se former, croûte qui dure environ quinze jours: du reste, c'est selon l'état du lupus, quand elle tombe, on fait par le même moyen se former une seconde croûte, et à la troisième il n'y a plus de tubercules. Si c'est sur une ulcération qu'on applique le bi-iodure, les chairs prennent un meilleur aspect et la cicatrisation marche vite. Nous faisons en même temps le traitement général.

Nous aurions bien encore une question à traiter qui rentre dans le lupus, c'est le soin qu'on doit apporter à surveiller la formation des cicatrices; mais depuis l'emploi du bi-iodure dans cette affection elle présente peu d'intérêt, puisque la cicatrice est très limitée, tandis qu'il n'en était pas de même quand on se servait du nitrate acide de mercure, qui donnait lieu à des cicatrices très grandes et dont la formation devait être surveillée avec beaucoup d'attention.

G. B.

HYDRORRHÉE UTÉRINE

survenue dans les derniers mois de la grossesse et persistant après l'accouchement.

Par M. le docteur B.-A. GOMES.

Ce fait intéressant et d'une espèce rare, observé avec une scrupuleuse attention et commenté avec une connaissance parfaite des littératures médicales étrangères, offre cette particularité remarquable qu'il vient en quelque sorte donner une confirmation directe à l'opinion de Nægelé, attribuant à une exhalation séreuse de la face interne de l'utérus l'*hydrorrhée des femmes grosses*, hydrorrhée qui se trouverait ainsi reliée, non seulement par son origine, mais encore par sa nature, à l'*hydrorrhée hors l'état de grossesse*. Relativement à cette dernière affection, il vient en outre confirmer d'autres faits plus ou moins anciens, dont l'authenticité avait été affaiblie, sinon détruite, par la critique.

Une dame de province, venue à Lisbonne pour consulter sur son état, s'adressa à l'auteur, qui la vit avec son ami et collègue le docteur Jose Lourenço da Luz. Agée de vingt-six ans, mariée depuis huit ans, elle avait eu autant de grossesses qu'elle comptait d'années de mariage. Toutes, à l'exception de la deuxième, qui avait été interrompue dans son cours, s'étaient terminées par un accouchement naturel à terme. Elle aurait été affectée dans son bas âge d'une affection probablement rhumatismale; et plus tard un état chlorotique, combattu par les ferrugineux, aurait retardé la menstruation, qui avait fini par s'établir et se régulariser.

Durant la dernière grossesse, à la fin du sixième mois, elle sentit se manifester un écoulement de sérosité par le vagin, accompagné de quelques douleurs comme pour accoucher; mais tout rentra dans l'ordre, et nonobstant la répétition successive de la même perte, qui n'était plus accompagnée de douleurs, elle arriva à terme et accoucha naturellement. Ces pertes se reproduisirent après l'accouchement, et furent surtout remarquées du troisième au cinquième mois. Elles n'étaient pas continuelles, mais arrivaient brusquement, se répétaient ainsi plusieurs fois dans la même journée, et restaient ensuite quelques jours sans reparaître. Elles se montraient dans l'intervalle des époques menstruelles et pendant les époques et beaucoup plus fréquemment pendant la durée de celles-ci, quelquefois jusqu'à vingt fois dans un seul jour; et, chose remarquable, le flot de sérosité était toujours facile à distinguer du sang des règles. La quantité de sérosité évacuée chaque fois était évaluée à 12 onces et même plus. Ce liquide, évidemment, sortait souvent au moment même où il était sécrété, comme pendant les règles, où il ne pouvait rencontrer aucun obstacle; mais souvent aussi il paraissait avoir été retenu quelque temps dans l'utérus, à en juger du moins par sa coloration plus foncée et par son odeur plus prononcée et comme urineuse. Cet état était accompagné de quelques phénomènes dyspepsiques et sympathiques, gonflement des mamelles, douleurs intercostales, amaigrissement, etc.

L'examen direct fit reconnaître que le vagin, le col et le corps de l'utérus étaient à l'état normal; aucune tumeur n'était sentie à l'hypogastre ni dans les flancs; on ne put non plus rien constater de matériel relativement à une douleur que la malade disait sentir quelquefois dans l'hypocondre droit et jusque dans le pli de l'aine du même côté. Les voies urinaires étaient aussi en bon état et fonctionnaient régulièrement. L'examen du linge taché par ce liquide excluait l'idée que ce pût être de l'urine rendue à l'insu de la malade. D'ailleurs quelques parties de ce liquide recueillies et soumises à une analyse chimique et microscopique ne présentèrent pas les caractères de l'urine et ne permirent pas de douter que le liquide ne vînt de l'utérus. Toutefois, il avait une réaction acide prononcée, contenait quelques globules muqueux, beaucoup de détritus d'épithélium. Traité par la chaleur et l'acide nitrique, il ne se prenait pas en masses compactes, mais restait liquide. Réduit par l'évaporation, le microscope faisait découvrir des cristaux de chlorure de soude et non de nitrate d'urée. Mêlé pendant douze heures avec une petite quantité d'acide chlorhydrique, il ne se forma pas de cristaux d'acide urique, comme cela arrive pour l'urine traitée de la même manière, et le liquide ne prit pas la couleur purpurine caractéristique, bien qu'il se colorât un peu. Traité par quelques gouttes d'ammoniaque liquide, des cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien apparurent sur le champ du microscope, comme il s'en produit dans l'urine et d'autres liquides de l'économie.

(*Gazeta medica de Lisboa* et *Gaz. hebd.*)

ACCOUCHEMENT DANS UN CAS DE CICATRICE VICIEUSE

du col de l'utérus.

Par M. le docteur SCHWEITZER (de Militsch).

Le 16 avril 1854, dit l'auteur, je fus appelé par un de mes confrères au village de Goutkowitz, pour l'assister dans un accouchement laborieux.

La paysanne était âgée de trente et un ans, petite, fortement constituée. Il y a environ douze ans qu'elle accoucha pour la première fois, et cet accouchement fut si laborieux que la perforation du crâne fut pratiquée. Depuis cette époque, un écoulement stercoral s'était établi par le vagin. Mariée depuis trois ans, elle était actuellement enceinte de sept mois.

Le 13 avril, les douleurs commencèrent à se développer. On chercha une sage-femme, qui garda la malade jusqu'au 16. Cette dernière, ayant cherché à la toucher, n'avait jamais pu découvrir le col. A l'examen, nous trouvâmes :

1° L'utérus développé et placé dans la région ombilicale; fortement contracté, il était impossible de sentir par le palper une des parties du fœtus; à l'auscultation, pas de pulsations fœtales.

2° Au toucher, on découvrit une fistule vagino-rectale, située près de la cloison recto-utérine, présentant trois quarts de pouce de diamètre. En portant le doigt profondément en arrière, il fut impossible de trouver le col en entier; on rencontrait seulement son segment infé-

rieur, à travers lequel, pendant les douleurs, on sentait les pieds de l'enfant.

Au spéculum, et en portant cet instrument profondément en arrière, on fixait ce segment inférieur. Il nous fut facile alors d'apercevoir une cicatrice étoilée de 1 pouce de long, partant de la paroi postérieure du vagin, englobant le col, et laissant une ouverture qui permettait à peine d'introduire le plus mince stylet.

A chaque contraction un peu forte, un mince filet d'eau s'écoulait par ce pertuis. Cette femme présentait un bassin très étroit et un promontoire saillant.

Craignant une rupture de l'utérus, l'auteur résolut de pratiquer des incisions sur le col. Elles furent cruciales, ce qui permit immédiatement l'introduction du doigt; on rompit les membranes et l'on fit l'extraction d'un fœtus de sept mois. Le placenta fut expulsé naturellement quelques instants après.

La femme perdit peu de sang durant l'opération; les suites furent normales; neuf jours après la femme avait quitté son lit et repris ses occupations journalières. Depuis cette époque elle eut deux fois ses règles, mais elle a cessé d'être l'objet d'observations suivies.

(*Monatsschr. für Geburtsk. und Frauenk.*, et *Gaz. hebd.*)

DES AFFUSIONS FROIDES

répétées dans la méningite et l'hydrocéphale aiguë.

Il n'est que trop vrai que la méningite et l'hydrocéphale aiguë présentent à nos moyens thérapeutiques une résistance qui a fait penser plus d'une fois que ces maladies sont à peu près incurables, à part quelques cas qui appartiennent à certains types cérébraux de nature irrégulière. Il n'est pas douteux cependant que c'est là une opinion trop absolue, et peut-être, si la guérison n'est pas plus souvent obtenue, cela tient-il à ce qu'on ne proportionne pas la puissance des moyens à la gravité des accidents. Nous avons cité dans ce journal des faits qui témoignent en faveur des mercuriaux à haute dose, des frictions sur le cuir chevelu avec la pommade stibiée, etc. Il est encore une ressource dont Récamier faisait grand usage et que M. Foville a surtout recommandée contre la méningite, ce sont les affusions froides.

Nous avons vu dans la méningite aiguë et chronique, dans la méningite cérébro-spinale même, des effets très remarquables de cet emploi du froid; nous n'hésitons donc pas à penser que les médecins trouveraient dans ce moyen une précieuse ressource, et M. Schützenberger rapporte deux faits qui sont bien propres à encourager de nouvelles tentatives.

Dans le premier de ces faits, enfant de douze ans chez lequel la nature de l'état morbide n'était pas plus douteux que sa gravité, le mal avait débuté par un frisson, et quelques jours après le malade présentait un peu de bouffissure à la face et un léger gonflement du ventre et des extrémités inférieures. Convulsions dans la nuit pendant une demi-heure, avec perte de connaissance, alternatives d'agitation et d'affaissement; assoupissement à la suite. Dans la matinée, les convulsions se renouvelèrent et aboutirent aux mêmes conséquences.

Le jour suivant, fièvre ardente, prostration, dilatation des pupilles, rotation des yeux dans leur orbite, incontinence d'urine, jactitation des membres. Les remèdes ordinaires avaient été employés sans succès.

Le cinquième jour, affusion froide en arrosant sur la tête. Aggravation momentanée de l'accablement.

Le lendemain, trois affusions, la dernière seulement suivie de calme. Nuit moins tourmentée, et dans la journée suivante physionomie plus naturelle; l'enfant reconnut sa mère. L'état ayant été moins satisfaisant dans la soirée et dans la nuit, les affusions furent répétées; dès lors la torpeur diminua, le petit malade commença à répondre lentement aux questions, et recouvrait insensiblement son intelligence et ses forces. Il sortit de l'hôpital le dix-septième jour.

— Dans le deuxième fait, une femme de vingt et un ans avait sevré récemment un enfant de dix-huit mois. Après avoir pris l'avant-veille un purgatif pour quelques malaises, elle fut saisie, le 24 décembre dernier, de convulsions avec délire et urines involontaires.

Le lendemain, facies hébété, regard fixe, pupilles très dilatées, légère contracture des avant-bras et anesthésie marquée. Dans l'après-midi, ces symptômes atteignent leur plus haut période. — Bain à 38°, et pendant sa durée double affusion froide; une troisième à dix heures du soir sans changement notable.

Nouvelles affusions très rapprochées le 24, et à la suite amendement prononcé; la malade est plus éveillée et demande à boire.

Le 26, retour de l'abattement et de la somnolence en partie combattus par le même moyen; nuit bonne, et le 25 le pouls est ralenti, la situation meilleure.

A partir du 27, les accidents décroissent et la cure est complète le 3 janvier, c'est-à-dire le douzième jour.

Ajoutons que chez cette malade les affusions ont coïncidé avec l'emploi des sangsues et de l'opium.

M. Schützenberger donne un procédé très simple pour faire les affusions. Le malade est placé sur son lit, la tête un peu inclinée en bas sur un baquet destiné à recevoir l'eau répandue à l'aide d'un arrosoir facile à manier. Par cette méthode, on évite les spasmes respiratoires quelquefois fâcheux qui résultent de l'impression immédiate de l'eau froide, et les suites des refroidissements auxquels exposent trop fréquemment les déplacements nécessaires pour entrer dans les baignoires ou pour en sortir.

(*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 3 juillet 1855. — Présidence de M. Jobert (de Lamballe).

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

Epidémies. — 1° Un compte rendu des maladies qui ont été observées en 1854 dans l'arrondissement d'Yvetot (commission des épidémies);

Eaux minérales. — 2° Une série de rapports sur les eaux minérales de Provins, par M. le docteur Chevallier; de Plan-de-Phazy (Hautes-Alpes), par M. Brunet; de Propiac (Drôme), par M. Loubier; de Bourboule (Puy-de-Dôme), par M. Choussy; de Mont-Dore (Puy-de-Dôme), par M. Bertrand; de Foncaude (Hérault), par M. Bertin; de Nérac (Ardèche), par M. Vialla; de Forges (Seine-Inférieure), par M. Cisseville; de Bagnols et de Chaldesse (Lozère), par les médecins inspecteurs de ces établissements; de Rennes (Aude), par M. Cazaintre; d'Uriage (Isère), par M. Bernard; de Bagnoles (Orne), par M. Lebreton; de Néris (Allier), par M. de Laurès; d'Allevard (Isère), par M. Niepce; de Vals, par M. Ruelle; d'Euret et Saint-Jean de Cyrargues, par M. Perrin; de Lamotte (Isère), par M. Buissard; de Charbonnières (Rhône), par M. Finos; de Castera (Gers), par M. Mattet; de Saint-Laurent-lez-Bains (Ardèche), par M. Furet de Puget; de Sylvanès et Camarès (Aveyron), par M. Calvet; des Bains de mer de Biaritz (Basses-Pyrénées), par M. Affre. (Commission des eaux minérales.)

— Le même ministre transmet des lettres et notices relatives à des remèdes secrets ou nouveaux et des états de vaccinations.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Choléra. — M. le docteur Orango, médecin à Saint-Eugène (Afrique), transmet un mémoire sur le choléra.

Fièvre typhoïde. — M. le docteur Porre, médecin à Pontarlier (Doubs), transmet un rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné en 1854 dans la commune de Chappelle d'Huin. (Commission des épidémies.)

Pellagre. — M. le docteur Billot, médecin de l'asile d'aliénés de Saint-Gemme (Maine-et-Loire), adresse un mémoire sur une épidémie de pellagre qu'il a observée dans cet établissement. (Commissaires : MM. Ferrus, Baillarger et Gibert.)

Captage des eaux minérales. — M. le docteur Despines adresse un travail sur le captage des eaux minérales d'Aix en Savoie. (Commission des eaux minérales.)

Succédané du quinquina. — MM. Duhalde et Halma-Grand adressent des observations relatives à l'administration du ferro-cyanure de sodium et de salicine comme succédané du sulfate de quinine. (Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

Traitement de l'hydrocèle par la bougie. — M. le docteur Guillon adresse une note sur la cure radicale de l'hydrocèle par l'introduction d'une bougie élastique dans la tunique vaginale. (Commission déjà nommée.)

Maladies des nouveau-nés. — M. le docteur Seux (de Marseille), en adressant à l'Académie un exemplaire d'un ouvrage qu'il vient de publier sur les maladies des nouveau-nés, sollicite le titre de membre correspondant. (Commission des correspondants nationaux.)

Coïncidence des accès de fièvre avec les époques lunaires. — M. Velpeau dépose sur le bureau au nom de M. Bellard, médecin sanitaire à Trébizonde (Turquie d'Asie), un mémoire sur la coïncidence des accès de certaines fièvres intermittentes du Levant et des Indes avec les époques lunaires.

— M. le président informe l'Académie que M. le docteur Roux (de Brignolles), correspondant, est présent à la séance.

RAPPORTS.

Remèdes secrets. — M. Robinet lit au nom de la commission des remèdes secrets une série de rapports dont les conclusions négatives sont adoptées.

Fabrication d'eaux minérales. — M. Boullay lit, au nom de la commission des eaux minérales, un rapport sur la fabrication des eaux minérales dans la ville de Lyon.

La commission est d'avis :

1° Qu'il y a lieu de faire droit aux demandes d'autorisation pour la fabrication des eaux gazeuses artificielles dans la ville de Lyon, qui ont été faites à l'autorité;

2° Que vu le nombre des établissements de ce genre, il y a lieu à une surveillance active, à de fréquentes visites et à l'application des prescriptions déjà formulées par l'Académie relativement à la nature des matières qui composent les appareils et leur entretien, au point de vue salubre.

Voici ces prescriptions :

1° Que ces fabricants soient soumis à l'inspection, ainsi que le veut l'ordonnance du 18 juin 1823, conformément à l'article 31 de la loi du 11 avril 1803; c'est-à-dire par l'institution qui dorénavant représentera les jurys médicaux.

2° Que les établissements en question ne puissent employer pour les vaisseaux destinés à l'incorporation des gaz le cuivre ou le plomb, à moins que leur surface intérieure ne soit revêtue d'une feuille d'étain de 2 à 3 millimètres d'épaisseur.

Après quelques observations présentées par M. Desportes, et une courte réplique de M. Boullay, les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

Vaccine. Inoculation du virus varioleux mélangé avec du lait. — M. Bousquet lit, au nom de la commission de vaccine, le rapport officiel sur les vaccinations pratiquées en France pendant l'année 1853.

Nous extrayons de ce rapport un passage relatif aux expériences faites avec un mélange de virus varioleux et de lait.

L'injustice dont on use envers la vaccine, dit M. Bousquet, ne nous fera pas méconnaître l'excellence de l'inoculation; mais toute bonne qu'elle était, elle avait des inconvénients qui lui ont fait justement préférer la vaccine. Il ne serait permis d'y revenir que si, par impossible, la vaccine venait à se perdre, ou, ce qui peut arriver, si en présence d'une épidémie le médecin manquait de vaccin pour la conjurer.

Mais ce n'est pas ainsi qu'on l'entend. Les ennemis de la vaccine se partagent : les uns n'en veulent pas parce qu'elle ne préserve pas assez sûrement; les autres parce qu'elle préserve trop.

Ils ne s'entendent que pour revenir à l'inoculation, sauf à se diviser de nouveau sur la manière de la pratiquer. Nous en connaissons qui ne redoutent rien de cette pratique, et qui veulent qu'on l'emploie dans toute sa pureté, comme faisaient les premiers inoculateurs; les autres ne sont pas si hardis, ils redoutent les emportements du virus varioleux livré à lui-même, et cherchent à le mitiger de quelque façon. On a proposé de le tempérer par le mercure, mais de nos jours c'est au lait qu'on donne la préférence. La même idée est née presque en même temps dans trois têtes différentes : Thiele (de Cazan), Robert (de Marseille) et Brachet (de Lyon).

Cette pratique cache toute une théorie. On suppose que la variole a passé de l'homme à la vache, et on suppose que dans ce passage elle a subi la modification qui en a fait la vaccine. Plus on accordera de vraisemblance à ces suppositions, plus il y aura lieu de s'étonner que la variole et la vaccine soient si loin l'une de l'autre dans le temps.

Nous n'en avons pas fini avec les suppositions; il faut encore admettre que le changement qui s'opère dans le virus varioleux au sein de la vache, une goutte de lait peut le produire en plein air.

Quoi qu'il en soit de ces suppositions, les auteurs dont nous parlons, M. Brachet en particulier, ont bien senti qu'il fallait leur donner un corps pour ainsi dire en leur donnant l'appui de l'expérience. C'est aussi ce qu'ils ont fait. Ils ont donc inoculé un mélange de lait et de virus varioleux. Une éruption est venue, mais une éruption purement locale. L'opération, répétée trente fois, a donné trente fois le même résultat. Et cette unanimité n'a pas peu contribué à prolonger l'illusion de la théorie. M. Brachet nous apprend dans une lettre à M. Diday que sur trente inoculations aucun enfant n'est mort, tandis que deux seraient morts qui avaient été vaccinés. M. Brachet a trop de raison pour rendre la vaccine responsable des revers qu'il cite : cette même raison aurait dû lui laisser des doutes sur l'action qu'il attribue au lait sur le virus varioleux. C'est sans doute une chose assez remarquable que trente inoculations lacto-varioliques qui toutes n'ont donné qu'une éruption locale sans symptômes généraux; mais les faits analogues n'étaient rien moins que rares au temps de l'inoculation du virus varioleux sans mélange. Nous engageons M. Brachet et ses partisans à relire les plus fameux inoculateurs, et ils verront si nous disons vrai.

Et, comme l'opinion que l'expérience leur a faite, une plus longue expérience doit la changer, nous les engageons aussi à multiplier leurs essais. Ils rencontreront des faits qui leur ouvriront les yeux et les ramèneront aux saines doctrines dont le hasard de l'observation les a momentanément détournés.

Un praticien non moins éclairé que consciencieux, M. le docteur Descieux (de Montfort-l'Amaury), voyait une femme atteinte de variole. Trois de ses enfants étaient autour d'elle : deux n'avaient pas été vaccinés. Malheureusement le médecin n'avait pas de vaccin, il en attendait, lorsqu'il lut dans un journal qu'un mélange de lait et de virus varioleux en pouvait tenir lieu. Il fit ce mélange, et l'inocula par quatre piqûres à chaque bras.

Les boutons d'insertion vinrent à leur heure ordinaire et suivirent paisiblement leur marche; mais voilà qu'au huitième jour l'un de ces enfants est pris de fièvre, et trois jours après on vit paraître vingt-cinq ou trente boutons sur le reste du corps. L'autre enfant ne présenta que les boutons d'insertion, plus au onzième jour cinq ou six boutons surnuméraires non loin des piqûres.

Malgré la seconde éruption, M. Descieux restait encore dans l'incertitude. Au huitième jour, il reprit du virus sur le dernier enfant et le transmit à trois autres; mais cette inoculation dissipa toutes ses illusions. Les nouveaux inoculés reçurent tous les trois la variole bien caractérisée, quoique légère. Chez l'un l'éruption générale se montra le septième jour, et chez les deux autres au onzième.

Une sage-femme qui est dans la bonne habitude de vacciner tous les enfants qu'elle reçoit, inocula le virus lacto-variolique à cinq enfants; trois eurent une variole complète, quoique assez bénigne, et les deux autres, à peine âgés de deux mois, eurent une variole confluente qui mit leur vie en danger.

Enfin, le lait modifie si peu la variole, qu'une épidémie de varioloïde sortit de ces expériences et atteignit six vaccinés. Au moment où M. Descieux écrivait ces intéressants détails, l'épidémie n'était pas terminée.

Au reste, quelque échec que la nouvelle pratique reçoive de ces expériences, elles prouvent, d'autre part, que l'inoculation n'était pas, à beaucoup près, aussi dangereuse qu'on l'a dit pour relever la supériorité de la vaccine. Mais si elle était si bénigne, pourquoi, dira-t-on, n'y pas revenir, et pourquoi y revenir si les deux méthodes se valent? En défendant cette bénignité, nous ne pouvons oublier cependant qu'il y avait des cas malheureux; ils étaient rares sans doute : on a dit 1 sur 500, 1 sur 1,000. Mais, fussent-ils encore plus rares, mieux vaut ne courir aucun danger. Enfin, et c'est ici la raison principale, si l'inoculation traitait si bien ceux qui se mettaient sous sa protection, elle se vengeait cruellement sur les autres en répandant partout les germes de la contagion, au point qu'une maladie du printemps et de l'automne, elle avait une maladie qui régnait en toute saison.

..... A ceux à qui l'inoculation a laissé des regrets, nous tenons à dire que la vaccine n'a rien à craindre de la comparaison. Ce sont deux méthodes excellentes, et leurs titres à notre confiance sont les mêmes. La variole inoculée ne diffère de la variole naturelle qu'en ce qu'elle prend une autre voie pour l'introduire et choisit son moment. La vaccine n'est évidemment qu'une variété de la variole, variété si rapprochée qu'il y a presque conformité. Ainsi, ce que l'expérience affirme de leurs propriétés réciproques, le raisonnement le confirme.

La fin de ce rapport, qui se termine par des propositions relatives aux récompenses à décerner aux médecins vaccinateurs, sera lue dans une autre séance en comité secret.

PRÉSENTATION.

Epispadias. — M. Guillon présente un enfant affecté d'épispadias auquel il se propose de pratiquer une opération pour remédier à cette infirmité.

— La séance est levée à quatre heures et demie.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Opération césarienne.

Nous avons annoncé dans le numéro du 10 octobre dernier un nouveau cas d'opération césarienne pratiquée pour la seconde fois sur la même femme, avec un égal succès pour la mère et pour l'enfant. Faute de détails sur ce fait important, nous dûmes nous borner alors à l'énoncer seulement, nous promettant d'y revenir sitôt que nous en trouverions l'occasion. Cette observation venant d'être publiée par M. le professeur Stoltz dans la *Gazette médicale* avec tous les détails qu'elle comporte, nous nous empressons de la reproduire plus bas. Nous nous bornerons ici à résumer brièvement les principales circonstances qui donnent à ce fait le plus d'intérêt.

Il s'agit d'une fille rachitique dont le bassin était rétréci et déformé au point de rendre impossible la délivrance par les voies naturelles. La première opération césarienne fut pratiquée en 1845 par M. Bach, agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg. Elle eut une heureuse issue pour la mère et pour l'enfant, malgré des accidents et des complications graves qui en furent les suites. Cette fille, redevenue enceinte quatre ans plus tard, en 1849, a été opérée pour la seconde fois avec le même succès par M. Stoltz.

Voici quelques-unes des particularités principales qui méritent d'être relevées dans cette observation et sur lesquelles M. Stoltz a plus spécialement appelé l'attention des praticiens.

Il est remarquable que, malgré la constitution débile de cette femme et après les accidents si graves qui ont été la suite de la première opération césarienne qu'elle a subie, la seconde grossesse n'a présenté que les phénomènes les plus ordinaires, preuve que la cicatrisation de la matrice était régulière et assez solide pour résister à une nouvelle dilatation de l'organe.

L'utérus, qui déjà dans la première grossesse était fortement incliné en avant, se trouvait cette fois dans un véritable état d'antéflexion ; il basculait par-dessus la crête pubienne. On le fit relever, redresser, et l'opérateur choisit pour l'incision à peu près le milieu de la cicatrice ancienne. A cet endroit, on était suffisamment éloigné de la vessie et assez rapproché du fond de l'utérus. Dans la partie inférieure de l'incision, on devait trouver la paroi abdominale adhérente à la matrice, circonstance favorable à l'issue de l'opération. Dans les deux tiers supérieurs, il n'existait aucune adhérence. La hernie des intestins pouvait être facilement évitée.

Ce qui ensuite a le plus frappé M. Stoltz et ce qui a fait l'étonnement de tous les assistants, c'est l'expulsion régulière de tout le fœtus sans la moindre coopération de l'art. Cela suppose une grande énergie de contraction de la part de la matrice. M. Stoltz déduit de ce fait le conseil de ne pas se hâter d'extraire l'enfant et d'attendre quelque chose des efforts de la nature, après avoir fait l'incision de l'utérus et y avoir amené la partie fœtale qui s'y présente.

Les couches de l'opérée furent aussi heureuses que possible. Pas un seul accident inquiétant ne se manifesta ; mais on observa quelques-uns des symptômes qui s'étaient déjà déclarés à la suite de la première opération, tels que des accès fébriles intermittents qui ont nécessité l'emploi du sulfate de quinine, la douleur dans les hypocondres, etc., et, en outre, une douleur fixe au côté gauche que M. Stoltz croit devoir attribuer à des adhérences formées à la suite de la première opération entre les annexes de l'utérus et les intestins et l'épiploon.

M. Stoltz attribue encore à la position en antéflexion qu'avait conservée la matrice après être revenue sur elle-même la difficulté avec laquelle a eu lieu le rétablissement des écoulements par les voies naturelles et l'extrême lenteur du travail de cicatrisation.

La première menstruation a eu lieu tout entière par la plaie, et pendant près d'un an les règles ont passé en partie par une petite fistule dont la cicatrisation s'opérait dans l'intervalle des époques, mais qui se rétablissait par la rupture de cette cicatrice peu solide au moment où l'écoulement devait s'établir. Ce passage, trop étroit, ne pouvait être franchi sans difficulté ; en se coagulant, la matière menstruelle bouchait l'ouverture, et l'écoulement ne pouvait s'établir qu'à la suite d'efforts douloureux de la matrice qui provoquaient chaque fois des vomissements.

Nous rappellerons enfin que cette opération est la sixième que M. Stoltz pratique ; sur ces six opérations, quatre fois il est parvenu à sauver la mère et l'enfant, et les deux autres fois il a sauvé l'enfant seulement. Comme exemple d'opérations césariennes multiples suivies de succès, ce serait, d'après le relevé qu'en a fait le professeur de Strasbourg, la dix-septième observation authentique, à compter seulement du commencement de ce siècle.

— Nous saisirons cette occasion pour donner quelques explications sur la faible part que nous avons prise dans la discussion de cette grave question de l'opération césarienne, et sur le rôle que l'on nous a prêté dans cette circonstance.

Depuis quelque temps il a paru dans plusieurs recueils de médecine des articles où la *Gazette des Hôpitaux* est prise à partie et présentée comme cherchant à propager et à vulgariser la céphalotripsie et l'avortement provoqué.

La *Gazette des Hôpitaux* n'a, sur ces graves questions, aucune pratique à défendre, aucune doctrine à faire prévaloir. Lorsqu'elle reproduit les leçons des professeurs et les faits de la pratique des chefs de service des hôpitaux, elle n'entend pas accepter la responsabilité de toutes les idées qui y sont émises et de tous les principes qu'on en peut déduire. Ce n'est pas que le plus souvent nous ne fussions assurément très flattés d'en accepter la solidarité ; encore moins reculons-nous à l'occasion devant l'expression de nos propres opinions sur les points litigieux de science ou de pratique soumis à une discussion publique, témoin la part que nous avons prise dans les dernières discussions de l'Académie de médecine. Mais quand il s'agit d'une question aussi délicate que celle de l'opération césarienne, question qui engage aussi directement la responsabilité du praticien, et pour laquelle ce n'est pas trop que de posséder une expérience personnelle et une connaissance approfondie de toutes ses difficultés, nous déclinons volontiers notre compétence et nous nous bornons au rôle d'historien. C'est ce que nous avons fait, croyons-nous, avec la plus grande impartialité, lorsqu'après avoir reproduit quelques-uns des faits de la clinique d'accouchement de Paris, nous avons inséré à la suite les objections et les protestations plus ou moins énergiques qu'ils ont soulevées, et où, à coup sûr, la part de la critique n'a pas été ménagée. C'est ce que nous faisons encore aujourd'hui en rappelant, à l'occasion d'un nouveau fait heureux d'hystérotomie, l'ensemble imposant de faits qui militent en faveur de cette opération. C'est ce que nous ferons en toute circonstance, et de quelque part que nous viennent les faits ou les communications, toujours prêts à mettre ainsi sous les yeux des lecteurs tous les éléments capables d'éclairer leur jugement.

Éclampsie au terme de la grossesse. — Convient-il de provoquer l'accouchement ? — Traitement général.

Le fait qui précède nous plaçant sur le terrain de l'obstétrique, nous demanderons à nos lecteurs la permission de nous y arrêter un instant pour leur signaler un fait qui s'est passé il y a quelque temps dans la clinique d'accouchements, et qui a donné l'occasion à M. le professeur P. Dubois d'exprimer son opinion sur un point important du traitement de l'éclampsie. Ce point est celui-ci :

Lorsque l'éclampsie se manifeste à une époque voisine du terme de la grossesse, mais avant que le travail soit commencé, convient-il de provoquer prématurément l'accouchement ou de recourir à un accouchement forcé dans le but de mettre un terme aux convulsions ?

Avant de dire comment M. P. Dubois résout cette question, nous rappellerons en peu de mots l'histoire de la malade qui en a fourni le sujet.

Une jeune femme au terme de la grossesse fut amenée à la clinique ayant eu un grand nombre d'accès éclamptiques la nuit précédente ; on en avait compté jusqu'à vingt-deux. Les accès avaient cessé lorsqu'elle entra dans le service ; elle était plongée dans cet état de stupeur qui suit habituellement les attaques convulsives. Mais ils recommencèrent peu de temps après ; elle en eut de nouveau cinq dans le courant de la journée, jusqu'à dix heures du soir.

Les premiers accès, au dire du médecin qui en avait été témoin en ville, avaient été tellement rapprochés que la période ultime de l'un et la première période de l'autre se confondaient, de telle sorte que la malade était restée tout ce temps dans un état de perte absolue de connaissance.

Les accès qui eurent lieu à l'hôpital n'étaient point aussi rapprochés ; les périodes de convulsion et de stupeur étaient mieux dessinées, plus distinctes, et un intervalle marqué de calme complet avec sommeil stertoreux séparait ces accès.

Les circonstances qui, indépendamment de l'état de grossesse, ont pu contribuer à déterminer chez cette femme les accès d'éclampsie, sont une prédisposition à l'état convulsif qui paraît commune aux divers membres de sa famille, et peut-être aussi quelques libations copieuses faites la veille à la barrière.

Comme symptômes précurseurs, on n'a constaté qu'une violente céphalalgie. On a été frappé de l'absence complète d'œdème aux membres inférieurs. Toutefois les urines ont été trouvées fortement albumineuses.

Cette femme, avons-nous dit, était au terme de sa grossesse lorsqu'elle a été prise des premiers accès convulsifs. Le travail s'est manifesté très peu de temps après leur début ; aussi lorsqu'elle est entrée à la Clinique, l'orifice était déjà assez largement entr'ouvert pour admettre deux doigts. Le travail ayant continué dans la journée, le soir la dilatation était complète, et la tête engagée dans l'excavation du bassin. M. Blot, chef de clinique, termina l'accouchement par une application de forceps qui amena un enfant mort. L'enfant était affecté de pieds-bots, circonstance qu'il n'est pas sans intérêt de noter au point de vue de l'étiologie de cette difformité.

La stupeur persista après l'accouchement et dura encore pendant deux jours. Le retour complet à la conscience et à la santé n'eut lieu qu'après ce terme.

La malade avait été traitée en ville par des saignées répétées, des antispasmodiques et des révulsifs cutanés. Il n'a été fait rien autre chose à la Clinique que ce que nous venons d'indiquer.

Quelle conduite eût-on dû suivre, a dit M. P. Dubois au sujet de cette malade, si elle était entrée plus tôt à la Clinique, c'est-à-dire avant que le travail d'accouchement fût commencé ? Aurait-on dû provoquer l'accouchement ? C'était, il n'y a pas longtemps encore, l'opinion la plus généralement adoptée, et c'est encore aujourd'hui celle d'un grand nombre d'accoucheurs. M. Dubois ne pense pas que cette pratique soit utile, et il la considère même comme pouvant être nuisible. Cette pratique est inutile par une raison bien simple, c'est que constamment le travail se déclare de lui-même sous l'influence seule des convulsions ; nuisible, parce qu'on ne peut pas provoquer l'accouchement sans produire une irritation sur l'utérus, et que toute irritation de cet organe ne ferait qu'accroître les convulsions. M. Dubois repousse pour le même motif l'usage du seigle ergoté dans cette circonstance.

Il se borne, en pareil cas, à l'emploi du traitement général, qui consiste dans l'usage de la saignée générale répétée autant que le comporte la force de constitution de la malade, de saignées locales à la base du crâne (sangsues derrière les oreilles) et dans l'emploi des purgatifs. Le purgatif auquel M. Dubois donne la préférence dans ce cas, et qu'il prescrit même exclusivement, est le calomel uni au jalap, et déposé avec un peu de miel sur la langue, à cause de la difficulté de faire boire les malades. Il prescrit 4 à 5 décigrammes de ce mélange par dose de 1 décigramme à donner d'heure en heure. Il y joint aussi l'usage de sinapismes et de la glace sur la tête.

La seule manœuvre active qui lui paraisse pouvoir être utilement employée en pareil cas est l'application du forceps lorsque la tête est complétement engagée, et dans le but unique d'abréger les derniers efforts d'accouchement, ainsi que cela a été pratiqué dans ce cas-ci.

En résumé, abstention de toute manœuvre, traitement général consistant principalement en saignées, purgatifs et révulsifs cutanés, laissant aux efforts naturels le soin de terminer l'accouchement ; tel est, pour M. Dubois, la règle à suivre dans le traitement de l'éclampsie au terme de la grossesse. — Dr Brochin.

HOPITAL DE STRASBOURG. — M. STOLTZ.

Opération césarienne pratiquée pour la seconde fois et avec succès sur la même femme.

Le 5 janvier 1849, M. Stoltz fut consulté par la fille Fenninger (Adèle), âgée de trente-neuf ans. Cette fille, de la taille de 1 mètre 25 centimètre (48 pouces), présentait des déformations rachitiques considérables, et en particulier une étroitesse extrême du bassin. La mensuration donnait : d'une épine iliaque à l'autre, 0,24 (un peu plus de 9 pouces) ; de l'enfoncement correspondant de la base du sacrum à l'extrémité supérieure de la symphyse pubienne, 0,15 (5 pouces 3 lignes). Le doigt,

introduit dans le vagin, arrivait facilement à la saillie sacro-vertébrale. Le pelvimètre de Wellenbergh indiquait un écartement d'environ 0,055 (2 pouces) entre l'angle sacro-vertébral et la face interne du pubis.

Cette fille, qui s'était présentée à la clinique d'accouchement de Strasbourg en 1845, au terme de sa première grossesse, avait été délivrée le 24 novembre par l'opération césarienne, pratiquée avec succès pour la mère et pour l'enfant par M. Bach.

Il serait trop long de reproduire ici la relation de cette première opération. Nous nous bornerons à rappeler que ce premier succès fut d'autant plus remarquable que l'opération avait été faite dans des conditions peu favorables. Le sujet était radicalement rachitique, d'une santé très délicate, mal nourri, et présentait une obliquité de la matrice considérable. De plus on eut à lutter, soit pendant, soit après l'opération, contre des accidents graves, tels qu'une ouverture un peu trop grande de la paroi abdominale et de la matrice, une hernie de l'épiploon et des intestins, l'inflammation érysipélateuse des points de suture, une fièvre de suppuration, la phlébite suivie d'œdème du membre inférieur gauche, etc.

A l'époque où cette fille se présentait à M. Stoltz (5 janvier 1849); elle était enceinte de trois mois seulement. Le diagnostic de la grossesse fut confirmé le mois suivant. Sur la recommandation de M. Stoltz, elle se présenta à la clinique le 26 juin. Elle n'était pas encore au terme de sa grossesse; elle n'était qu'au commencement du neuvième mois; mais à la suite d'un accès de colère, elle avait éprouvé immédiatement après du malaise, des envies de vomir et de violents maux de reins, et le travail s'était prématurément établi, si bien qu'à peine entrée dans la cour de l'hôpital elle perdit les eaux. A huit heures M. Stoltz, l'ayant examinée avec soin, constata ce qui suit :

La partie supérieure de l'abdomen était tendue et résonnante; la matrice occupait la partie la plus déclive et couvrait toute la région pubienne et l'espace prismatique qui existe entre les cuisses. A 16 centimètres au-dessous de l'appendice xyphoïde, sur la ligne médiane, commençait la cicatrice de l'opération pratiquée quatre ans auparavant. Elle avait 28 centimètres de longueur, et s'étendait jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de la crête pubienne; dans ses deux tiers supérieurs elle était presque linéaire et n'adhérait pas aux parties sous-jacentes: mais dans son tiers inférieur, où elle était large, elle était adhérente à la matrice.

A l'auscultation, on entendait distinctement les battements du cœur du fœtus en arrière et à droite. Le bruit de souffle était plus prononcé à gauche.

Au toucher vaginal, on trouva le segment inférieur de l'utérus affaissé, mou et infundibuliforme; l'orifice, au centre, facile à traverser avec le doigt. La tête du fœtus, très élevée, reposait sur le détroit supérieur du bassin, sans y être engagée.

Les contractions ayant acquis une grande intensité et la patiente demandant à grands cris à être délivrée, M. Stoltz, bien convaincu qu'un fœtus ne pouvait pas traverser vivant un bassin aussi rétréci, quoique la grossesse ne fût pas arrivée à terme, se décida à pratiquer l'opération césarienne. Il était alors neuf heures un quart.

A dix heures un quart, tous les préparatifs étant terminés, l'opération fut pratiquée ainsi qu'il suit. Nous laissons parler M. Stoltz :

Je fis placer la femme sur un lit situé au milieu d'une petite salle et convenablement préparé. On la coucha sur le dos et on éleva le bassin en mettant sous la région sacrée un coussin de balle d'avoine. Une compresse longuette fut passée sous la partie la plus déclive du ventre, afin de pouvoir le soulever et de redresser autant que possible la matrice. Je choisis le côté droit pour pratiquer l'incision, parce qu'il était plus saillant que le gauche.

Placé au côté droit de la patiente, je divisai, après l'avoir tendue de la main gauche, la peau du ventre avec un bistouri à tranchant convexe, à deux travers de doigt en dehors et vers le milieu de la longueur de la cicatrice, dans l'étendue de 10 centimètres environ, et de manière à pénétrer inférieurement dans la portion de la cicatrice adhérente à peu près de la longueur de 3 centimètres. En incisant le tissu inodulaire, la résistance éprouvée par le bistouri était celle qu'on remarque en divisant une tumeur fibreuse.

Je pénétrai avec précaution dans la cavité abdominale, en divisant successivement la peau, l'aponévrose et le péritoine, ce dernier sur la sonde cannelée. La matrice se montra alors à nu, mais dans les deux tiers supérieurs de l'incision seulement, car inférieurement, où existait l'adhérence avec la paroi abdominale, les lèvres de la plaie ne s'étaient pas séparées. J'incisai ensuite couche par couche le tissu utérin dans la direction de la plaie extérieure, et dès que j'eus pénétré dans la cavité de la matrice j'échangeai le bistouri ordinaire contre un bistouri boutonné recourbé, avec lequel j'achevai de former la plaie de l'utérus en agissant de dedans en dehors. Par bonheur je n'étais pas tombé sur le lieu d'insertion du placenta; aussi ne coulait-il presque pas de sang. Après avoir ouvert l'œuf, il partit un peu d'eau, et immédiatement une fesse de l'enfant s'engagea dans la plaie utérine : c'était la fesse gauche. En glissant l'indicateur et le doigt du milieu entre l'utérus et la fesse droite, j'atteignis l'aine correspondante et je dégageai le siége. La matrice fit le reste; c'est-à-dire que la contraction de cet organe, aidée des efforts de la femme, expulsa successivement les différentes parties du corps du fœtus. Je n'eus qu'à attirer une anse du cordon et à soutenir le tronc. Les extrémités inférieures étaient étendues sur le plan antérieur, les extrémités supérieures se développèrent avant les épaules, et, pour faire sortir la tête, je n'eus qu'à soulever le corps afin de faciliter l'engagement du menton.

On plaça le nouveau-né près de sa mère, et on attendit qu'il eût bien respiré avant de l'en séparer tout à fait. Déjà pendant sa naissance il avait donné des signes de vie. C'était une fille grasse et si bien développée qu'on n'aurait guère cru qu'elle était venue avant terme. Sa taille (de 44 centimètres) ne différait que peu de celle d'un enfant qui a atteint sa maturité complète; sa tête était tout aussi volumineuse (diamètres occipito-mentonnier, 0,12; occipito-frontal, 0,11; bi-pariétal, 0,09). Il pesait 2,430 grammes.

Pendant l'expulsion de l'enfant, un aide avait étendu ses deux mains sur les côtés de la plaie pour appliquer aussi exactement que possible la paroi abdominale sur l'utérus. Immédiatement après une portion du placenta s'engagea dans la plaie. Je l'y maintins pendant quelque temps, mais bientôt de nouvelles contractions survinrent et chassèrent l'arrière-faix tout entier. Je tirai avec beaucoup de précaution sur les membranes, afin de ne pas les déchirer et d'en laisser peut-être quelque portion dans la matrice. De gros caillots de sang suivirent le délivre, comme dans l'accouchement normal. Le placenta était ovalaire, bien nourri; le cordon, inséré vers sa circonférence, était d'une longueur extraordinaire : il avait 1,013 centimètres de longueur.

Je laissai l'opérée en repos pendant une dizaine de minutes avant de procéder au pansement.

Ni pendant ni après l'opération aucun autre organe que la matrice n'avait paru à la plaie abdominale; aussi fut-il facile d'en réunir les lèvres, du moins dans la partie supérieure, où elles n'étaient pas adhérentes à l'utérus; inférieurement elles étaient restées écartées et formaient avec la plaie utérine un vide prismatique. Je pratiquai supérieurement deux points de suture simple à la distance de 2 centimètres l'un de l'autre et de l'angle supérieur de la plaie. Au-dessous je parvins à en faire un troisième en ne saisissant que la peau. L'angle inférieur resta ouvert, mais je n'y plaçai pas de séton. Entre les points de suture furent jetées des bandelettes agglutinatives; par-dessus on mit une compresse fenêtrée, puis un plumasseau de charpie, enfin quelques compresses carrées, qui furent maintenues avec des bandes de diachylon en place de bandage de corps.

L'opérée fut alors placée commodément dans le lit, la tête et les épaules un peu élevées. Elle éprouvait une soif ardente : un peu d'eau fraîche suffit pour l'apaiser; mais bientôt après se déclarèrent des nausées et des malaises, avec des alternatives de fréquence et de ralentissement du pouls. Quinze gouttes de laudanum et dix gouttes de liqueur d'Hoffmann dans une cuillerée d'eau ramenèrent promptement le calme. Au bout de quelque temps se développèrent peu à peu des tranchées utérines, qui à une heure de l'après-midi revenaient régulièrement toutes les sept ou huit minutes; le pouls était alors à 105; l'appareil de pansement s'imbibait de sang.

Vers le soir, l'opérée sentit un besoin pressant d'uriner. Au moment où on voulait la sonder l'urine coula spontanément dans le lit. La soif la tourmentait; on chercha à la calmer au moyen de petites tranches d'orange. Il n'y avait pas d'écoulement par les parties génitales : chaleur, moiteur, pouls à 115; les nausées ne s'étaient pas reproduites.

En somme, cette première journée s'était bien passée; la réaction fut médiocre, les lochies coulèrent par la plaie, et, à part quelques vomituritions immédiatement après le pansement, il n'y eut pas d'accident du côté des voies digestives.

Pour procurer à l'accouchée une bonne nuit, on lui fit avaler à neuf heures et demie dix gouttes de laudanum dans un liquide sucré. Elle s'endormit peu de temps après. Par moments elle se réveilla en sursaut accusant une douleur à l'hypocondre gauche, où à la suite de la première opération elle avait déjà beaucoup souffert.

Nous abrégerons le récit de ce qui se passa les jours suivants, en nous bornant à résumer les circonstances les plus saillantes;

La journée du lendemain se passe sans accidents.

Le troisième jour, au matin, on trouve le ventre mou, presque indolore; pouls à 110. En changeant l'appareil, qui était imbibé de sang, on trouve la plaie largement béante à son angle inférieur. Pas de selle depuis l'opération; ardeur en urinant. — Lavement émollient avec 20 grammes d'huile de ricin.

Le soir, un peu de fièvre.

Le quatrième jour, en enlevant l'alèze, on trouve un caillot de sang du volume d'un œuf de pigeon. Ce même jour on commence à donner une très légère alimentation.

Le cinquième jour, premier pansement complet. La plaie avait peu suinté; ses bords étaient bien affrontés, excepté vers l'angle inférieur. Le second point de suture se trouvait fortement tendu. Il fut enlevé et remplacé par une bandelette agglutinative.

Le sixième jour, le ventre était complétement affaissé comme avant la grossesse. On enlève le point de suture supérieur. L'appareil est sec; les lochies coulent pour la première fois par la vulve.

Le septième jour, on divise le point de suture inférieur. La matrice est beaucoup revenue sur elle-même et son ouverture diminuée de moitié. C'est inférieurement, là où existaient des adhérences entre la paroi abdominale et l'utérus et où la plaie était restée largement béante après l'opération, qu'elle se trouve en ce moment le plus étroite. Les bords de la partie supérieure de la plaie ont un peu de tendance à s'écarter, mais ils peuvent être facilement maintenus en contact au moyen de bandelettes de diachylon. Peu de suintement par la plaie, écoulement lochial normal.

Le huitième jour, dans la journée, l'accouchée ressent une douleur vive au côté gauche du ventre, au-dessous de l'hypocondre, vers l'angle de la matrice, douleur augmentant par la pression et par la toux, et qui est atténuée par quelques gouttes de laudanum.

Le neuvième jour, la plaie est dans un état très satisfaisant; suintement presque nul, lochies normales.

Le onzième jour, accès fébrile qui se répète les jours suivants et cède au bout de quelque temps à l'usage du sulfate de quinine.

Dès ce même jour on s'aperçoit que la matrice était logée dans une espèce de sac formé par la paroi abdominale antérieure qui pendait en besace sur les cuisses. En s'appuyant sur les téguments, l'utérus écartait et maintenait écartées les lèvres de la plaie. On eut soin, à partir de ce moment, de relever ce paquet avec les deux mains et de le fixer aussi parallèlement que possible à l'axe du corps au moyen d'un bandage qu'on serra autant que le permettait la sensibilité des parties.

Le vingt-troisième jour, l'angle supérieur était solidement cicatrisé dans l'étendue de 2 centimètres et l'inférieur d'un centimètre.

Le vingt-cinquième jour, l'accouchée se lève pour la première fois et se promène dans la salle.

Le vingt-neuvième jour, on voit s'élever du fond de la partie moyenne de la plaie, en forme d'entonnoir, des bourgeons charnus qui la comblèrent plus tard peu à peu. L'écoulement qui avait lieu par la plaie avait perdu toute mauvaise odeur et était devenu blanchâtre, muqueux.

Le trente-troisième jour au matin, et sans cause connue, il survint des vomissements à la suite desquels le ventre devint très douloureux. Au pansement, on trouva l'appareil teint d'un sang vermeil. Les mamelles étaient gonflées et le siége d'élancements douloureux. Les jours suivants, cet écoulement devint plus abondant, il fallut enlever deux fois dans les vingt-quatre heures l'appareil de pansement afin de le faciliter, et sous son influence le ventre s'affaissa et la matrice diminua sensiblement de volume; enfin la plaie elle-même devint plus petite. Il n'était pas douteux que c'était l'écoulement menstruel qui venait d'avoir lieu, bien que rien n'eût paru par la vulve.

Le quarantième jour, huitième de cette menstruation par la plaie, l'écoulement diminua; le quarante-sixième il durait encore, mais il était devenu séro-sanguin.

Le cinquantième jour, l'accouchée put sortir pour visiter ses parents.

Le cinquante et unième jour, il s'établit pour la troisième fois un écoulement sanguin par la fistule. Le soixantième, cet écoulement était abondant; il y eut même un peu de perte par les parties génitales. Le soixante-quatrième jour, la perte sanguine par la fistule, après avoir duré plus de vingt jours, cessa définitivement et fut remplacée par un écoulement muqueux, transparent et filant comme du blanc d'œuf.

A cette époque, l'ouverture fistuleuse était tellement étroite, qu'on pouvait à peine y engager l'extrémité arrondie d'une sonde à panaris. La cicatrice était blanche, ferme, rayonnée, de la longueur de 6 à 8 centimètres; la matrice si bien retirée qu'on en touchait à peine le fond par l'hypogastre. La paroi abdominale, à l'endroit où elle avait été ouverte, formait un sac herniaire dans lequel une partie du paquet intestinal se trouvait renfermée. On maintint cette hernie au moyen d'une ceinture élastique.

La santé de la fille Fenninger était excellente : l'opérée pouvait être considérée comme guérie; cependant elle ne quitta définitivement l'hôpital que le 15 septembre.

L'enfant, après avoir été allaitée pendant un mois par une des nourrices de la clinique, fut placée en ville, où elle prospéra.

ÉPILEPSIE CHEZ UN ENFANT.

Plusieurs traitements infructueux; guérison après l'administration de l'oxyde de zinc.

La valeur de l'emploi de ce médicament étant une question à l'ordre du jour, nous croyons devoir enregistrer le fait suivant :

Augustin Viard, âgé de dix ans et demi, entre à l'hôpital des Enfants le 12 mai 1854 pour une maladie convulsive qui avait débuté sans cause connue au mois de septembre 1853. Après être resté quelques semaines dans le service de M. Blache, où l'on employa sans succès les exercices gymnastiques, il passa dans le service de M. Bouvier, de qui nous tenons les détails qui suivent.

Blond, à peau blanche et fine, très coloré à la face, fortement constitué et bien portant d'ailleurs, d'une intelligence médiocre, cet enfant était pris tout à coup de perte de connaissance, tombait à terre, y restait étendu une ou deux minutes, sans mouvement, les membres un peu roides, la face pâle, les traits immobiles, les lèvres légèrement soulevées comme dans un demi-sourire de béatitude; les yeux ouverts, fixes; les pupilles un peu dilatées; la respiration libre, le pouls ralenti. L'accès passé, l'enfant se relevait presque aussitôt, avait l'air un peu étonné, puis reprenait l'occupation qu'il avait auparavant.

Il n'y avait au début que deux ou trois accès par jour; mais leur nombre avait augmenté peu à peu, et à l'époque où l'enfant passa dans le service de M. Bouvier ils se reproduisaient dans la journée trente ou quarante fois. Quand le petit malade restait éveillé dans la nuit, il éprouvait aussi des attaques semblables : on le voyait tout d'un coup immobile, un peu roide, la physionomie empreinte de cette expression que j'ai signalée; l'instant d'après tout était terminé.

On employa d'abord les inhalations de chloroforme. On endormait le malade deux fois par jour; il se réveillait ordinairement au bout d'un quart d'heure, et sa santé n'en souffrait nullement. Les accès devinrent moins fréquents, mais ils ne changèrent point de caractère. Il n'y en eut pendant quelque temps que huit à dix par jour.

Cependant, au bout de trois semaines, la maladie n'étant plus sensiblement modifiée, on renonce à l'emploi du chloroforme, et on administre des pilules d'atropine. La dose de cet alcaloïde fut portée progressivement de 2 à 12 milligrammes dans les vingt-quatre heures. Il n'eut aucune influence sur les accès, qui revenaient alors quinze à vingt fois par jour. Ses effets physiologiques se bornèrent à une rougeur assez vive de la face peu après l'ingestion du médicament.

On essaya alors le sulfate de strychnine en sirop, suivant la formule de M. Trousseau. La dose en fut portée jusqu'à 60 grammes par jour, soit 3 centigrammes de sel. Il y eut quelques roideurs, mais les attaques furent les mêmes.

On revint à la gymnastique en donnant une séance chaque jour, au lieu que la première fois elles n'avaient lieu que tous les deux jours. Le résultat fut encore négatif. Le nombre des attaques présentait quelques variations; mais, lorsqu'il y en avait moins, elles étaient plus fortes et plus longues. On observa même dans les derniers temps quelques secousses convulsives des membres et de la suspension de la respiration, comme dans l'épilepsie ordinaire parvenue à son entier développement. L'état général était aussi alors un peu moins satisfaisant; la face était plus pâle et l'embonpoint avait un peu diminué.

Le 25 octobre, plus d'un an après l'invasion de la maladie, on suspend les exercices gymnastiques et on prescrit des pilules de 10 centigrammes d'oxyde de zinc et d'autant d'extrait de valériane. Plus tard, la dose d'oxyde de zinc fut de 20 centigrammes par pilule, et l'enfant finit par prendre 1 gramme 40 centigrammes de cet oxyde par jour. Ce traitement fut continué jusqu'au 13 novembre. Il n'y eut aucune amélioration pendant sa durée; les attaques parurent même plutôt augmenter de nombre et d'intensité.

On venait de cesser l'usage des pilules, et on se disposait à passer à une autre préparation de zinc, telle que le sulfate, la pharmacie des hôpitaux n'ayant point de valérianate, lorsque le nombre des accès diminua tout à coup d'une manière très notable.

Le 16 novembre, il n'y en eut que deux dans les vingt-quatre heures; ce furent les derniers.

Dix jours après, l'enfant fut envoyé à la maison de convalescence, afin que l'on pût s'assurer de la solidité de la guérison. Aujourd'hui 9 juin, les attaques n'ont pas reparu; l'embonpoint et les couleurs sont revenus. (*Bull. de thérap.*)

HERNIE CRURALE ÉTRANGLÉE
contenant l'ovaire et la trompe de Fallope.

Par M. Parker.

Outre la présence de l'ovaire dans une hernie crurale, fait assez rare, ce cas est surtout intéressant, en raison du parti que le chirurgien prit à l'égard de l'organe hernié.

Obs. — Une femme de soixante-neuf ans portait depuis plusieurs années, du côté droit, une hernie qu'elle avait essayé, mais en vain, de contenir à l'aide d'un bandage. Réductible néanmoins jusqu'à ces derniers temps, la hernie n'avait qu'une seule fois nécessité la présence d'un médecin, qui parvint assez aisément à la repousser dans l'abdomen.

Lorsque M. Parker la vit, elle souffrait depuis trois jours de vomissements et de nausées, avec constipation. Peau froide; pouls faible, à 90. La tumeur, sortie depuis cette époque, dure et douloureuse, surtout à son col, sous le ligament de Poupart, fut réduite une première fois avec le secours du chloroforme; mais elle sortit de nouveau, ce qui montra qu'on n'avait obtenu que la réduction en masse.

Les accidents persistants, on en vint à l'opération. Après avoir mis le sac à nu et essayé infructueusement de le réduire lui et son contenu sans l'ouvrir, il fallut l'inciser. Une anse intestinale se présenta, d'un rouge foncé, mais non gangrenée. Le collet du sac ayant été débridé et l'intestin attiré en bas et reconnu sain, on le réduisit. M. Parker vit alors quelque chose de dur, grenu et vasculaire qui adhérait à la surface du sac par une petite bande et qui était resté en place. Certain que ce n'était point l'épiploon, il le considéra comme le produit d'une inflammation ancienne. En conséquence, et comme cette partie saignait, il plaça autour d'elle une ligature, et coupa au-dessous. En l'examinant alors, il constata qu'il avait excisé l'extrémité frangée de la trompe de Fallope. Il reconnut l'ovaire, le repoussa vers le ventre avec le reste de la trompe, réunit la plaie par la suture. La malade guérit. (*New-York medical Times.*)

DE LA DÉCOCTION DE TÊTE DE PAVOT
contre le prurit de la vulve.

Par M. Balbo.

Malgré le nombre déjà considérable des prétendus spécifiques du *prurigo pudendi*, il ne saurait être inopportun de publier tous les remèdes, et surtout les remèdes faciles à composer, qui ont été expérimentés avec succès dans le traitement de cette pénible incommodité.

Obs. — M. Balbo eut occasion de voir deux femmes, l'une de vingt-six ans, l'autre de vingt-cinq, affectées de démangeaison opiniâtre de la vulve. La maladie, chez la première, avait succédé à une couche, chez l'autre, elle paraissait liée à l'existence de pertes blanches. Mais sur aucune on ne put constater ni vésicules, ni papules, ni le moindre signe perceptible de lésion matérielle de la peau. Ses clientes étant à une grande distance de tout secours pharmaceutique, M. Balbo eut l'idée de leur donner trois ou quatre têtes de pavot, en leur recommandant de les faire bouillir dans de l'eau de mauve, puis de bassiner fréquemment la partie douloureuse avec un linge imbibé de ce liquide tiède. Toutes deux furent promptement et complétement guéries. Chez la dernière, il fallut ajouter quelques injections faites dans l'urètre avec la même décoction.

(*Gazetta medica italiana, Stati Sardi*, et *Gaz. hebd.*)

EMPLOI DU CUBÈBE
dans l'incontinence d'urine des enfants.

Le docteur Deiters a trouvé que le cubèbe avait dans cette affection plus d'effet que les autres agents thérapeutiques. L'incontinence d'urine chez les enfants peut dépendre de l'atonie de la vessie ou de la présence de vers intestinaux. Dans le premier cas, le cubèbe agit comme tonique; dans le second, comme anthelmintique. On donne ce médicament à haute dose : pour un enfant deux pincées, c'est-à-dire quelques grains; pour un enfant un peu plus âgé, une demi-cuillerée deux ou trois fois par jour. L'effet produit est prompt et permanent, et quoique parfois l'incontinence reparaisse par intervalles, ces apparitions deviennent de moins en moins nombreuses, et bientôt disparaissent complétement.

Pour obtenir la cure radicale, il faut continuer ce traitement de trois à huit semaines. Jamais ce traitement n'a été suivi d'accidents.

Le même médecin recommande le cubèbe comme très efficace dans les pertes séminales nocturnes. (*Preuss. Varein. Zeitoch.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance annuelle du 28 juin 1855. — Présidence de M. Huguier.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Éloge de M. le professeur Roux. — M. le secrétaire général lit l'éloge de M. le professeur Roux, membre honoraire de la Société. Il s'exprime en ces termes :

Messieurs et chers collègues,

En vous voyant tous réunis dans ce jour de solennité pour entendre retracer la vie du chirurgien illustre, du savant collègue dont la perte nous fut si sensible, un sentiment de crainte et d'inquiétude me domine, et plus que jamais je sens que pour dire convenablement une telle existence, pour rendre à la mémoire de ce maître vénéré, qui voulut bien s'associer à nos travaux, un hommage digne d'elle et digne de vous, il fallait un interprète plus éloquent. A défaut d'éloquence, j'invoquerai la vérité; elle sera encore assez belle pour paraître sans ornement.

Philibert-Joseph Roux, fils d'un chirurgien distingué d'Auxerre, naquit dans cette ville le 26 avril 1780. Il était encore enfant lorsqu'il perdit sa mère. Son père se remaria, heureusement pour lui; il rencontra en effet dans sa belle-mère une digne et excellente femme qui l'aima aussi tendrement que s'il eût été son propre fils, et, grâce à sa bonté, il échappa souvent à des corrections paternelles un peu trop vives, non pas qu'il eût commis des fautes bien graves, mais parce que ses plus simples espiègleries étaient sévèrement punies.

Ces preuves d'affection vraiment maternelle restèrent toujours gravées dans son cœur; à son tour il eut pour sa mère adoptive tout l'attachement d'un fils, et jusqu'à sa mort, arrivée il y a peu d'années, il l'entoura des soins les plus tendres.

Ce fut au collége d'Auxerre, dirigé alors par des Bénédictins, qu'il fit ses premières études; Joseph Fourier, l'auteur de la célèbre introduction au grand ouvrage sur l'Egypte et dont plus tard il devait faire l'éloge, y professait alors la rhétorique.

Ses études terminées, il était à peine rentré dans sa famille que, malgré son extrême jeunesse (il avait alors à peine quinze ans), son père l'envoya rejoindre l'armée à la frontière. Il reçut une commission de sous-aide et fut dirigé sur les ambulances de l'armée de Sambre-et-Meuse, sachant à peine saigner et faire un pansement.

Il partit pour Andernach le sac sur le dos; ne fit qu'un court séjour dans cette ville et fut envoyé à l'hôpital militaire d'Aix-la-Chapelle, où il resta dix-huit mois attaché au service des ambulances. Au bout de ce temps, il revint dans sa famille, après la dissolution du corps d'armée auquel il était attaché.

Quelque courte qu'eût été cette campagne, il en garda toujours le souvenir; il aimait à revenir sur cette époque de sa première jeunesse; il parlait souvent des premiers cas de chirurgie qui l'avaient frappé, et, comme si la vue de ces lieux témoins de ses premières armes l'eût rajeuni, jusque dans ces derniers temps il ne manqua jamais, pendant ses voyages en Allemagne, de se détourner pour les revoir.

A son retour de l'armée, son père se décida à l'envoyer à Paris pour y étudier la médecine; ses ressources pécuniaires étaient fort exiguës, mais il sut bientôt à force de travail se créer une sorte d'indépendance. En très peu de temps, il se fit remarquer parmi les meilleurs élèves, et dès l'an VI il remportait un prix à l'Ecole pratique. Son père fut tellement surpris de ce premier succès qu'il fit exprès le voyage de Paris pour en avoir la certitude.

A cette époque, il n'était bruit que d'un jeune professeur dont l'enseignement attirait à lui tout ce que l'école renfermait d'élèves avides de s'instruire : c'était Bichat. Lui aussi était fils d'un médecin honorable de la province, et tout jeune il avait également suivi l'armée à la frontière; puis, pressé du désir d'agrandir ses connaissances, il était venu à Paris, avait été remarqué par Desault, et bientôt d'élève était devenu maître.

Au milieu de ses nombreux auditeurs, Bichat ne tarda pas à distinguer M. Roux; il le prit en affection, l'associa à ses travaux avec Buisson, et dès ce moment, malgré la différence d'âge, il s'établit entre le maître et l'élève une étroite amitié que la mort devait bientôt briser, mais dont le temps ne put jamais effacer le souvenir.

Loin de là, ce sentiment devint dans le cœur de M. Roux comme une sorte de culte : il était fier d'avoir été l'ami et le collaborateur de cet homme prodigieux, dont le nom sera une des gloires de notre siècle, et, lorsque dans ses leçons ou dans ses entretiens le sujet le ramenait vers quelqu'une de ses découvertes, il en parlait avec une vivacité, un entraînement qui partaient autant de son cœur que de la juste admiration qu'il professait pour son illustre maître.

Sur un esprit jeune et ardent, l'amitié d'un tel homme devait avoir une influence immense; avec l'ardeur au travail, elle devait nécessairement communiquer cette confiance que ne rebutent ni les plus grandes difficultés ni la crainte d'un insuccès. Bichat avait succédé à Desault, M. Roux osa continuer Bichat. Ce magnifique ouvrage de l'*Anatomie descriptive* que la mort avait interrompu, il le termina; lui seul rédigea tout le cinquième volume. Certes, il fallait avoir en soi-même une bien grande confiance pour mener à bonne fin un pareil travail; et cependant ce n'était encore rien à côté de ce qu'il allait entreprendre.

En 1802, à la mort de Bichat, M. Roux n'avait que vingt-deux ans. Malgré sa jeunesse, il n'hésita pas à s'emparer hardiment de l'héritage de son maître et à continuer, avec ses seules ressources, ses cours particuliers, où affluait un si grand nombre d'auditeurs.

Le succès fut inespéré, et bientôt à son tour il prit rang parmi ces jeunes professeurs dont l'enseignement particulier, tout en étant l'honneur de la Faculté de Paris, lui faisait alors une si rude concurrence.

Ce fut dans le cloître de Saint-Jean-de-Beauvais, et plus tard dans la rue de la Huchette, qu'il ouvrit un amphithéâtre d'anatomie et de médecine opératoire. Vous dire l'affluence d'élèves qui s'attacha à son enseignement, vous dépeindre toute son activité et tous les subterfuges auxquels il dut recourir pour subvenir aux exigences d'un enseignement dont aujourd'hui nous n'avons plus d'exemple, ce serait dépasser le but que je me suis proposé. Ces souvenirs, d'ailleurs, ne peuvent être rappelés que par des contemporains; eux seuls pourraient bien faire l'histoire de cette brillante époque de l'enseignement particulier; car lorsqu'on a pu l'entendre conter par ceux mêmes qui y prirent une part active, on court grand risque, en parlant de semblables succès, ou de rester au-dessous de la vérité, ou de sembler vouloir l'exagérer.

Mais ce n'était pas assez d'avoir réussi dans l'enseignement, M. Roux sentait qu'il lui fallait arriver à un hôpital. Bichat, son maître, n'avait-il pas porté le titre de médecin de l'Hôtel-Dieu; n'était-ce pas là qu'il avait en partie fait ses belles recherches? Aussi lorsqu'une place de chirurgien en second vint à être créée dans cet hôpital, il n'hésita pas à se présenter au concours en même temps que Dupuytren, et s'il ne fut pas nommé, il prouva du moins qu'il pouvait se mesurer dignement avec ce redoutable adversaire.

En 1803, il passa sa thèse de docteur; elle a pour titre : *Coup d'œil physiologique sur les sécrétions*, et consiste dans une série de propositions plus faciles à développer qu'à analyser. Elle précéda de peu l'apparition du cinquième volume de l'*Anatomie descriptive* de Bichat, dans lequel se trouvent contenus, outre la description de tous les organes glandulaires, celle des organes génitaux et urinaires de l'homme et de la femme, et tout ce qui a trait au fœtus et à ses dépendances.

Puis successivement, et à de courts intervalles, parurent divers mémoires de physiologie : l'un sur l'influence des nerfs du cerveau ou de la moelle épinière et ceux des ganglions réunis dans quelques organes contractiles, tels que l'œsophage, l'estomac, le diaphragme, le rectum et la vessie; l'autre sur la sympathie organique; et enfin le supplément au *Traité des maladies des voies urinaires* de Desault.

Comme vous le voyez, l'activité du jeune professeur, loin de se ralentir, semblait puiser une nouvelle énergie dans la multiplicité de ses travaux. Occupé de ses cours particuliers d'anatomie, de physiologie et de médecine opératoire, chargé en outre comme chirurgien en second d'un service à l'hôpital Beaujon, il trouva encore le moyen de publier quelques fragments de nosographie chirurgicale, un mémoire sur les avantages de l'adhérence des poumons aux parois de la poitrine dans les plaies pénétrantes, des recherches sur le cancer, sur les phénomènes de continuité de l'inflammation et sur la pression abdominale appliquée au diagnostic des maladies de poitrine.

C'était par ces divers travaux que M. Roux préludait dans la carrière qu'il devait parcourir d'une manière si brillante. En 1809, il les réunit en un volume, aujourd'hui assez rare, ayant pour titre : *Mélanges de chirurgie et de physiologie.*

Il faut lire la préface qu'il mit en tête, pour voir comme déjà il se défend de la publication d'un ouvrage didactique. Mais, disons-le tout de suite, il obéissait bien moins à l'impulsion scientifique de l'époque qu'à une voix intérieure qui lui disait qu'il ne pourrait jamais mener à fin un traité général. Une seule fois il l'a tenté, comme nous le verrons en parlant de sa médecine opératoire, et au grand regret de tous la seconde partie de l'ouvrage n'a jamais été imprimée.

Ce qui semblera peut-être singulier, c'est qu'après s'être si bien défendu de vouloir publier aucun ouvrage didactique, il débuta, dans ces mêmes *Mélanges de chirurgie et de physiologie*, par trois chapitres qui ne sont autres que des essais d'une vaste classification nosologique des fractures, des luxations et des hernies. Nul doute que bien des fois, malgré tout ce qu'il avait pu dire, il n'ait eu la pensée d'entreprendre un traité complet de pathologie chirurgicale, sinon d'une manière suivie, au moins par fragments, genre de travail qui convenait le plus à la tournure de son esprit.

Outre ces divers travaux, sont encore consignés dans ce recueil des recherches sur les polypes utérins, et plusieurs faits cliniques importants au nombre desquels se trouve son premier cas de résection de la tête de l'humérus.

M. Roux, bien que fort jeune, avait déjà acquis par son enseignement et par ses publications un rang distingué parmi les chirurgiens, lorsque en 1812, à la mort de Sabatier, la chaire de médecine opératoire étant devenue vacante, il se mit sur les rangs. Le sujet qui lui échut était en quelque sorte neuf, la science ne possédant alors que des documents épars et peu nombreux. Malgré cette difficulté et le peu de temps accordé, il s'en tira avec beaucoup d'honneur, et sa thèse sur les résections restera non-seulement comme un souvenir de ce mémorable concours, mais aussi comme la première monographie publiée sur ce sujet.

Dans l'année suivante parut le premier volume de ses *Eléments de médecine opératoire*; cet ouvrage, dont la première partie seule a été imprimée et dont tout le manuscrit existe, a un caractère essentiellement pratique.

Le chapitre des plaies, écrit avec beaucoup de soin, renferme d'intéressantes considérations sur la réunion des tendons au moyen de la suture, et la question des anévrismes y est déjà traitée avec une sorte de prédilection.

Le second volume était entièrement composé, lorsque des circonstances imprévues en firent ajourner l'impression. On était en 1814 : désespéré de voir dans nos hôpitaux un si grand nombre de blessés périr à la suite des amputations, et croyant que ces insuccès dépendaient de l'emploi habituel de la réunion par deuxième intention, il voulut convaincre les chirurgiens des avantages de la réunion immédiate, et, dans ce but, il communiqua à l'Institut un mémoire dans lequel il essaya de démontrer toute la supériorité de cette méthode.

Il exposa avec grand soin toutes les précautions à prendre pour bien réussir; et afin de prouver qu'il n'obéissait pas seulement à de simples idées théoriques, il cita les faits qui lui étaient particuliers, ceux qu'il avait observés soit à Beaujon, soit en Espagne pendant son voyage avec Boyer, soit à la Charité, où depuis quelques années il occupait la place de chirurgien en second.

Percy, chargé du rapport conjointement avec Deschamps, rendit pleinement justice à ce travail. Il cita à l'appui le chiffre si remarquable des amputations faites avec succès à la bataille de Newbourg; mais il faut ajouter aussi, pour être juste, que ce relevé prouva au moins autant l'utilité de l'amputation immédiate que celle de la réunion par première intention.

Comment était née cette méthode, comment s'était-elle en quelque sorte identifiée avec la pratique des chirurgiens anglais? C'est une circonstance assez intéressante pour la rappeler au moment surtout où nous allons voir quelle influence les voyages peuvent avoir sur les sciences; voici comment Percy la raconte.

Vers 1772, Benjamin Bell, visitant la France, étonné du peu d'attention que les chirurgiens apportaient à ménager les téguments dans toutes leurs opérations, et frappé des inconvénients qui résultaient de cette méthode, songea à en suivre une tout opposée.

De retour dans son pays, il commença, dans les premières amputations du sein qu'il pratiqua, par ménager autant que possible la peau, et voyant tous les avantages de ce procédé, il l'appliqua dès lors aux amputations de la cuisse. C'est à dater de ce moment que cette heureuse modification, à laquelle on a peut-être donné à tort le nom de méthode d'Alanson, fut généralement adoptée en Angleterre dans les hôpitaux et à l'armée.

Il avait donc suffi, comme vous venez de le voir, d'un voyage pour faire dans la chirurgie une révolution immense. Voyons maintenant quel heureux parti M. Roux tira de sa visite en Angleterre.

La paix venait d'être conclue; nul obstacle ne s'opposant au désir qu'il avait depuis longtemps de mieux connaître la chirurgie anglaise

et de voir de près des hommes qui jouissaient d'une grande célébrité, il se rendit à Londres. C'est le résultat de ses observations qu'il publia en 1815 sous le titre de *Voyage à Londres*, ou *Parallèle de la chirurgie anglaise avec la chirurgie française*. Ce livre eut d'autant plus de retentissement que, bien qu'à des époques diverses Morand, Ténon, Chopart et Antoine Dubois eussent visité l'Angleterre, aucun n'avait publié de renseignements complets sur l'état de la science chez nos voisins.

Etudié aujourd'hui, non-seulement cet ouvrage n'a rien perdu de sa première valeur, mais il nous offre un nouvel intérêt en nous montrant quelle était alors l'opinion de M. Roux sur certains points de la science et comment elle s'est modifiée depuis. Mais si l'expérience apporta quelques changements à sa pratique, il est des points pourtant sur lesquels il n'a jamais varié : telle a été sa prédilection constante pour l'extraction de la cataracte. Quels pouvaient être, dès cette époque, les motifs de sa préférence? Il nous les expose lui-même dans son récit : « J'ai fait, dit-il, deux fois, en présence de MM. Travers et Lawrence, » l'opération de la cataracte par extraction, méthode, le dirai-je! pour » laquelle j'ai peine à me défendre d'un peu de prédilection. En effet » elle permet mieux que l'abaissement à chaque opérateur d'avoir une » manière à lui, et de montrer ou une adresse naturelle, ou une dex- » térité acquise par l'habitude. »

Du reste, tout en défendant l'extraction dans la cataracte, M. Roux reconnaissait qu'il est des cas où l'abaissement est préférable; et s'il invoquait à l'appui de son opinion l'habitude ou l'habileté manuelle, il pouvait aussi se fonder sur ses résultats, car lorsque en 1817 il communiqua à l'Institut le résumé de sa pratique, il n'avait pas opéré moins de 700 individus, sur lesquels il avait obtenu les sept dixièmes de guérisons.

Plus tard le nombre total de ses opérations s'éleva à plus de 3,000, chiffre immense, mais qu'il devait autant à ses nombreux succès qu'à son habileté incontestable.

L'apparition de cet ouvrage fut comme un trait d'union entre la chirurgie anglaise et la chirurgie française; et on ne pourra jamais assez redire quelle influence eut le récit bien fait de quelques mois passés au milieu de tout ce que Londres renfermait de chirurgiens distingués.

Les relations scientifiques que la guerre avait si longtemps suspendues se rétablirent. Aux noms déjà connus d'Everard Home, de Kline, d'Abernethy, vinrent s'ajouter ceux d'Astley Cooper, de Brodie, de Lawrence, de Travers, de Charles Bell, et bientôt leurs précieux travaux se répandirent dans toute la France.

M. Roux écrivit ce voyage avec entraînement; il peignit les hommes de cette époque avec vérité, et il les représenta pleins de ce feu sacré, de cette noble passion pour la science qui ne l'ont lui-même jamais abandonné. Avec quel plaisir ne lit-on pas ces premières pages dans lesquelles il parle non-seulement de la façon honorable et gracieuse dont il fut accueilli, mais aussi des relations dignes de ces hommes de talent entre eux. On est si bien initié aux manières, aux usages de chacun d'eux, que dès ce moment ils cessent de vous être étrangers.

C'est par ces préliminaires qu'il débute; puis, après avoir fait connaître au lecteur les divers hôpitaux et les diverses institutions scientifiques de Londres, il l'amène à l'examen des doctrines et des pratiques chirurgicales.

On se tromperait cependant si on croyait que dans cet ouvrage M. Roux a donné trop d'éloges à la chirurgie anglaise. Critique de bon ton et toujours éclairé, il sut blâmer l'abus de la réunion immédiate avec autant de discernement qu'il avait mis de conviction à soutenir ses avantages dans les amputations. S'il rendit justice à la conduite des chirurgiens anglais dans les luxations compliquées du pied, il n'hésita pas à dire qu'à cette époque ils étaient inférieurs à nous dans le traitement des fractures; et, fidèle aux principes de l'école de Desault, non-seulement il s'éleva contre la méthode de Pott dans le traitement des fractures des membres inférieurs, mais il combattit les idées d'Astley Cooper sur l'impossibilité de la consolidation dans quelques fractures du col du fémur.

Convaincu de l'importance des plus petits détails en chirurgie, il examina tout avec le plus grand soin; depuis les appareils les plus ingénieux jusqu'aux moindres pansements, rien ne lui échappa. Pour n'en citer qu'un exemple, je dirai que c'est peut-être à lui que nous devons l'introduction en France d'un usage tellement simple qu'on devrait croire qu'il a toujours existé, celui de couper aussi près que possible du nœud l'un des chefs de la ligature. C'est également à lui que nous sommes redevables de l'emploi des bandelettes dans le pansement des ulcères.

Bien différent de quelques personnes qui changent souvent de méthode sans motif réel, il n'adopta pas tout de suite tous les usages des chirurgiens anglais. Ainsi, bien qu'il les eût vus étreindre franchement l'artère avec une ligature cylindrique, longtemps encore il préféra se servir de fils plats formant une sorte de ruban; longtemps encore il appliqua aussi des ligatures d'attente, et se servit, comme Scarpa, d'un petit rouleau de diachylon interposé entre la ligature et l'artère.

Dans les voyages, tantôt nous examinons tout avec prévention; d'autres fois aussi nous nous laissons trop facilement séduire; et ce fut peut-être pour avoir vu deux fois A. Cooper employer le gorgeret d'Hawkins que M. Roux se laissa aller à suivre pendant longtemps cette méthode plus brillante que sûre. Dans ses dernières années, il en reconnut les inconvénients et revint à la taille latéralisée et à l'emploi du lithotome caché de frère Côme.

J'abuserais de votre attention si j'entrais dans de plus longs détails sur tout ce que renferme ce livre intéressant. Vous le savez tous, c'est là aussi que l'on trouve, avec la description du cancer des ramoneurs, tout ce qui a trait au fongus hématode, à la classification des anévrismes, au perfectionnement de la méthode d'Anel, et enfin les procédés d'Adams pour la pupille artificielle et pour l'ectropion.

La relation du voyage de M. Roux nous avait fait connaître l'état de la chirurgie anglaise; mais ce qu'il ne faut pas oublier, c'est qu'à son tour il fit connaître en Angleterre les progrès des chirurgiens français, et qu'il rectifia bien des opinions erronées sur leur pratique.

On croyait généralement de l'autre côté du détroit que nous abusions du feu et des moxas dans le traitement des affections articulaires; il combattit cette idée et prouva tout ce que cette méthode bien employée avait d'avantageux. On connaissait à peine le procédé de Chopart dans la désarticulation du pied; il le démontra et indiqua quelles étaient les règles les plus certaines pour bien pénétrer dans l'articulation en se guidant sur la saillie de l'apophyse du scaphoïde. La ligature des polypes d'après la méthode de Desault n'avait pas encore été employée, Brodie, pour la première fois, la tenta d'après ses conseils.

Si donc il avait largement emprunté aux Anglais, il leur avait rendu avec la même profusion; et, ce qui était tout aussi important, il avait rectifié leur jugement sur notre pratique.

Après de tels débuts on pouvait prédire un brillant avenir; et, en effet, nous touchons à l'époque où la staphyloraphie vint ajouter un nouveau lustre à sa réputation chirurgicale. Nous sommes en 1819. Pour la première fois, il tente de réunir le voile du palais divisé, et la première tentative est un succès.

Il est des travaux qu'on ne doit pas analyser, et le mémoire dans lequel M. Roux rendit compte un peu plus tard à l'Académie de médecine de ses douze opérations est peut-être de ce nombre. Essayez d'écrire l'histoire de la staphylorapie, il faudra toujours que vous en veniez à reproduire l'histoire de l'entrevue du docteur Stephenson; car il est difficile de mieux la conter. Toute la découverte de cette ingénieuse opération est dans cette anecdote. Qui de vous ne se rappelle la visite de ce jeune médecin étranger venant prendre congé de son professeur? Dans la conversation, M. Roux, s'apercevant de la difficulté de sa prononciation, croit à quelque peccadille de jeunesse; il questionne son jeune confrère avec amitié; puis, la vérité connue, il lui fait ses excuses sur ses soupçons et l'examine. C'est alors que tout d'un coup, en observant le jeu des muscles du voile du palais, il conçoit la possibilité de rapprocher les bords de cette division par une opération plus délicate, mais analogue à celle du bec-de-lièvre. A peine a-t-il fait part à M. Stephenson de son idée et de la possibilité d'une guérison, que celui-ci, à son tour, lui laisse à peine le temps de réfléchir sur le procédé; un bistouri boutonné, un porte-aiguille, voilà les seuls instruments pour faire, le surlendemain, cette opération si délicate, et douze jours après le malade lira lui-même son observation devant l'Académie des sciences.

Je vous laisse à penser qui fut le plus heureux de M. Stephenson ou de M. Roux! L'un se trouvait pour toujours délivré d'une infirmité qui pouvait être un obstacle à sa carrière, et l'autre avait eu le bonheur, dans une première tentative, de rendre à un confrère un service inespéré. Quelle fortune! Mais si le hasard avait bien servi M. Roux, avouons aussi que son génie chirurgical l'avait bien inspiré, et qu'il ne laissa plus à la staphyloraphie une fois créée que de bien légers perfectionnements à subir.

Du reste, il ne se borna pas dans son mémoire à décrire l'opération telle qu'il l'avait conçue, il en indiqua toutes les conséquences et toutes les déductions pratiques pour l'ablation de certaines tumeurs, et, reconnaissant en outre que, dans les cas de division longitudinale de la voûte palatine, il fallait, pour combattre avec avantage le défaut de glissement de la membrane muqueuse, modifier le procédé, il adopta dès lors les deux incisions latérales.

Il y a dans les sciences des questions qui, faute d'être envisagées sous leur véritable point de vue, donnent lieu à des luttes interminables sans pour cela faire le moindre progrès: telles sont les discussions de priorité, questions souvent stériles, trop souvent personnelles, et dans lesquelles l'amour-propre est bien plus en jeu que l'amour de la science.

On a contesté à M. Roux l'invention de la staphyloraphie, et on a dit que dès 1817 Graeffe (de Berlin) l'avait tentée sans succès. Rien de plus vrai; mais ce qui est également vrai, c'est qu'il ignorait complétement cette tentative et qu'il n'en eut connaissance qu'après sa lecture à l'Académie de médecine. Du reste, si c'est une contestation que l'on veut établir, je répondrai : Morinier et Jourdain avaient aussi fait des tentatives bien avant Graeffe, et dès lors l'honneur de la staphyloraphie n'appartiendrait plus au professeur de Berlin.

En résumé, que prouverait tout ceci? C'est qu'à diverses époques des hommes d'un grand talent ont eu une même pensée, un même but et qu'ils ont suivi presque la même voie; mais cela n'est pas suffisant dans les sciences pour acquérir un titre durable à la renommée; une fois l'idée conçue, il faut la développer, la féconder: voilà ce que M. Roux a fait; aussi a-t-il toujours été, malgré quelques tentatives antérieures, considéré comme le véritable créateur de la staphyloraphie, et son nom restera seul attaché d'une manière impérissable à cette brillante conquête de la chirurgie moderne.

L'art qui prolonge nos jours est sans doute un bienfait, mais il est des infirmités tellement pénibles que la vie devient un supplice et que celui qui les fait disparaître acquiert peut-être plus de droits à notre reconnaissance que s'il nous eût préservés de la mort. C'est là le vrai triomphe de la chirurgie réparatrice, de cette chirurgie qui a fait tant de progrès dans ces dernières années. Il était réservé à M. Roux, l'inventeur de la staphyloraphie, de conquérir une nouvelle gloire en faisant revivre en France la suture du périnée.

Imaginée et faite pour la première fois avec succès par Guillemeau, reprise par Mauriceau, Lamotte et Smellie, elle faisait toujours le désespoir des chirurgiens, et bien que trois nouveaux succès eussent couronné les efforts de Noël (de Reims), de Saucerotte (de Lunéville) et de Montain (de Lyon), elle était retombée dans l'oubli. En vain en Allemagne les travaux de Mursinna, de Mentzel, d'Osiander et de Dieffenbach se continuaient, les succès passaient comme inaperçus sans éveiller l'attention des chirurgiens français.

Les choses en étaient là, lorsqu'en 1831 M. Roux, consulté pour la femme d'un confrère, reprit la question, et sans se laisser décourager par un premier insuccès, réfléchit aux causes qui l'avaient fait échouer, et modifia entièrement l'ancien procédé. Tantôt les découvertes tiennent à un hasard, à une bonne fortune, et quelques instants ont suffi à l'homme de génie pour faire plus de progrès qu'en bien des années. C'était ce qui était arrivé à M. Roux pour la staphyloraphie. Cette fois il fut guidé par la réflexion, la réflexion à la marche lente qui médite sur tout, sur les revers comme sur les succès.

Supposez un instant qu'il eût été heureux dans sa première tentative de suture du périnée par l'ancien procédé, il s'en serait tenu là, et très probablement on serait retombé plus tard dans une nouvelle série de revers. Mais ce n'est pas ce qui lui arriva. Touché de l'état de cette malheureuse femme, il réfléchit à la solution du problème, aux causes qui avaient fait échouer l'opération, et bientôt il vit qu'ayant à agir sur des parties profondes, la suture entortillée était insuffisante. Il lui fallait une action plus puissante; la suture enchevillée seule était assez forte. Dès ce moment il modifia tout son plan; non content d'agir dans le fond de la plaie, il chercha à combattre par une suture simple l'écartement superficiel de ses bords. Ainsi conçue, il exécuta la seconde opération et obtint un plein succès; et lorsqu'en 1834 il lut son mémoire à l'Institut, il avait déjà opéré quatre malades, dont trois avaient guéri.

Que d'hommes célèbres n'ont pas de semblables titres à présenter! et pourtant je n'ai pas tout énuméré. N'est-ce pas à lui que nous sommes redevables de la plupart des travaux entrepris en France sur l'autoplastie, sur les résections? Ouvrez les recueils de médecine opératoire, et vous verrez qu'il n'est peut-être pas une de ces opérations qu'il n'ait pratiquée et quelquefois modifiée! Parcourez les thèses qui ont été publiées sur ce sujet, sans citer celles si remarquables de MM. Dubourg et Thore, et tant d'autres non moins intéressantes, vous verrez que la plupart se sont inspirées de ses savantes leçons!

Enfin, n'est-ce pas encore lui qui, d'abord partisan de la méthode ancienne dans le traitement des anévrismes, a tant contribué à répandre la méthode de la ligature loin de la tumeur? Rappelez-vous ces pages si intéressantes qu'il nous lut sur les maladies du système vasculaire, et avec quelle chaleur, tout en rendant justice à Hunter, il réclamait en faveur d'Anel! C'est que, malgré ses sympathies pour les savants de tous les pays, il y avait encore en lui un sentiment dominant, celui de l'amour national.

Dans une notice de ce genre, vous devez bien comprendre qu'il est impossible de passer en revue chacune des opinions scientifiques dont l'ensemble constitue le caractère individuel; ce serait peut-être aussi entrer dans une appréciation critique et sortir du rôle d'historien. D'une manière générale, on peut dire que M. Roux partageait la plupart des opinions de Boyer; seulement j'ajouterai que personne, parmi les chirugiens de notre époque, n'a porté aussi loin que lui le soin des moindres détails dans les opérations comme dans les pansements. Peut-être même l'espèce de coquetterie qu'il mettait dans l'application des appareils de fracture l'empêcha-t-elle d'adopter les appareils inamovibles; il se serait cru malheureux de savoir que la nature pouvait travailler à la formation d'un cal régulier sans sa surveillance.

Généralement ami du progrès jusque dans ses dernières années, il étudia chacune des découvertes de la chirurgie sans y apporter d'idée préconçue. La lithotritie, malgré toute son habileté dans les opérations, ne le trouva point systématiquement opposé, et, si on veut en avoir la preuve, il suffit de parcourir le rapport qu'il fit en 1825 à l'Académie de médecine au nom de la section de chirurgie.

Que pouvait-on dire alors de plus encourageant à ceux qui avaient fait les premières recherches que ces paroles suivantes? « Oui les plus » grands éloges sont dus à ceux qui depuis quelques années s'occupent » avec tant de zèle du broiement de la pierre dans la vessie. » Et, comme si déjà il eût prévu toutes les discussions que soulèverait la question si difficile et si délicate du choix entre la taille et la lithotritie, il indiqua tout de suite la seule marche à suivre pour résoudre le problème et termina ses sages conseils par cette phrase que tous les novateurs ne devraient jamais perdre de vue, c'est en ne cachant rien de ce qui peut contribuer à dissiper le doute et l'incertitude sur tous ces points que ceux qui s'occupent spécialement de la lithotritie satisferont aux vœux de la science et travailleront à leur propre gloire. Dans cette question, qui avait alors soulevé tant d'enthousiasme et tant d'injustes préventions, il eut le talent, en prévenant un jugement précipité, de conserver au corps scientifique dont il était l'organe une attitude digne et sévère, la seule, comme il le dit si bien, qui convînt à sa position, la seule qui fût digne de la section de chirurgie.

(Nous donnerons la fin de ce discours dans le prochain numéro.)

CONSEIL DE SANTÉ DE GENÈVE.

Le conseil de santé de Genève a reçu de la compagnie des colonies suisses de Sétif, province de Constantine (Algérie), la demande d'ouvrir une inscription pour une place de médecin dans les villages de la colonie.

Indépendamment d'un traitement de 2,000 fr. et d'une indemnité de 800 fr. pour entretien d'un cheval, le titulaire pourra se faire rétribuer par les colons au taux du tarif fixé par le gouvernement français pour ses médecins de colonisation. Il conservera aussi la faculté de donner des soins aux autres habitants du pays.

Il est nécessaire d'être gradué en France.

Les candidats sont invités à s'adresser, dans le plus bref délai, à M. Viguet, vice-président du conseil de santé à Genève.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. Guillou, chirurgien de la marine de 2e classe, vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— D'après les journaux d'Espagne, le choléra tend plutôt à diminuer qu'à faire de nouveaux progrès dans les diverses localités où il s'est manifesté depuis quelques mois. Cependant, à peu de jours de distance il a enlevé deux de nos confrères, les docteurs A. Domingo Delgado, professeur de médecine à Loranca (province de Guadalajara), et D. Telesforo Ambite, professeur de pharmacie dans la même ville.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. Decq;
A Genève, à la librairie de Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

De la Suette miliaire, de sa nature et de son traitement. Traité pratique suivi d'une analyse de toutes les épidémies de suette observées jusqu'à nos jours; par le docteur A. Foucart, lauréat (médaille d'or) et ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris. Présenté à l'Académie impériale de médecine, et précédé du Rapport lu dans la séance du 9 septembre 1851. — Ouvrage honoré de souscriptions par les ministres de l'agriculture et du commerce, de la guerre et de la marine. — Un vol. in-8°. Prix : 6 fr. Chez Labé, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 33.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 80. — MARDI 10 JUILLET 1855 (28e ANNÉE.) N° 80. — MARDI 10 JUILLET 1855.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 9 JUILLET 1855.

Séance de l'Académie des Sciences.

M. Payen a communiqué dans cette séance la suite de ses recherches sur les matières huileuses de la chair des poissons et sur le rôle que jouent ces matières dans l'alimentation. Ces recherches sont un complément naturel de la série de travaux que ce savant chimiste a accomplis sur les substances alimentaires. On trouvera dans ce dernier travail la confirmation des rapports établis par le double concours de l'expérience et de l'analyse chimique entre la proportion des matières grasses et azotées qui entrent dans la composition des substances destinées à l'alimentation et le degré de leurs propriétés nutritives.

Dans un mémoire dont il n'a lu qu'un court résumé, M. Gratiolet a exposé les résultats d'une nouvelle étude qu'il a faite de la composition et des rapports des diverses parties constitutives du cerveau. Il s'est servi pour cette étude des hémisphères des singes, en général semblables à ceux de l'homme, mais moins compliqués, et surtout moins volumineux. On trouvera au compte rendu les principaux faits que ces recherches lui ont fait constater.

Parmi les pièces et mémoires communiqués, nous aurions eu à signaler les recherches de M. Reynal sur les propriétés toxiques de la saumure, si nous ne les avions déjà fait connaître dans le compte rendu de l'une des précédentes séances de l'Académie de médecine. — Dr Brochin.

DE LA DUALITÉ DES SENS

ou de l'unité de siége des perceptions externes et internes.

Nous pouvons parler de deux manières au monde extérieur et à nous-mêmes. Mais, si nous pouvons nous parler à nous-mêmes, il est nécessaire que nous entendions, que nous voyions, que nous sentions non-seulement ce qui se passe à l'extérieur, mais encore ce qui se passe en nous. Ce que je veux démontrer aujourd'hui, c'est que ces deux ordres de perception ont un siége identique dans le cerveau ; de sorte qu'en définitive l'âme et, si l'on veut, le *sensorium commune* est influencé de la même manière par ces deux espèces de sensations.

Tout le monde est d'accord pour reconnaître qu'il existe dans le cerveau un point (que je placerai au niveau des tubercules quadrijumeaux pour fixer les idées) destiné à recevoir les impressions visuelles ; mais personne n'a songé encore à considérer ce point comme pouvant recevoir les images que nous conservons dans notre mémoire ou que notre imagination a créées de toutes pièces ; personne ne paraît avoir songé non plus que pour l'audition, peut-être aussi pour le toucher, la même chose avait lieu.

Cette manière de voir peut paraître assez singulière ; mais en considérant les faits de près, elle le deviendra peut-être un peu moins.

Examinons d'abord ce qui se passe à l'état physiologique ; nous verrons ensuite ce que l'on observe à l'état pathologique.

Quand un individu veut réfléchir, c'est-à-dire se *parler à lui-même*, il commence par s'éloigner de tout bruit, et ce n'est que lorsqu'il est plongé dans le silence le plus complet qu'il se livre à ses méditations. Quelquefois cependant il n'a pas besoin de ce calme ; mais alors qu'arrive-t-il ? C'est qu'il n'entend ni ne voit plus rien de ce qui se passe autour de lui. Et sans aller chercher des exemples bien loin, ne voit-on pas tous les jours des personnes ne pas entendre, par exemple, un mot de ce qu'on leur a dit ? Interrogez-les, elles vous répondront toutes qu'elles réfléchissaient. Ainsi on ne peut pas entendre à la fois *physiquement* et *intellectuellement*. Mais si les deux perceptions ne peuvent pas avoir lieu à la fois simultanément, il faut bien admettre que la même partie du cerveau sert à la fois à ces deux actes ; car s'il en existait deux, je ne vois pas quelle raison les empêcherait de fonctionner ensemble.

Pour la vue, les mêmes raisonnements sont applicables. Quand on veut se rappeler une image quelconque, on commence par fermer les yeux et on y réfléchit sérieusement ; les traits commencent à apparaître, et bientôt l'image devient parfaitement nette.

A ce propos, je ne puis m'empêcher de parler des expériences faites sur des jeunes gens par M. Boisbaudran, professeur à l'École impériale de dessin. Il leur met devant les yeux un modèle et leur dit de le bien examiner ; puis, au bout de quelques minutes, il le leur enlève et le leur fait dessiner de mémoire.

Les premiers jours, les élèves sont un peu déroutés ; ils ne savent pas trop ce qu'ils font ; mais bientôt leur intelligence travaille, et ils finissent par dessiner avec une exactitude remarquable tous les objets qu'on leur a fait examiner.

M. Boisbaudran a interrogé plusieurs d'entre eux ; leurs réponses sont tellement intéressantes, elles viennent tellement à l'appui de ce que j'avance que je crois devoir en citer textuellement quelques-unes.

Demande. — Lorsque, après avoir étudié votre modèle, il vous est retiré et que vous cherchez à le dessiner de mémoire, quel moyen employez-vous, quel est alors votre guide ?

Réponse. — Je cherche à me figurer mon modèle, mais je ne le vois que confusément.

Autre réponse. — Je vois mon modèle dans ma tête.

Autre réponse. — Je le vois mieux en *fermant les yeux.*

Demande. — Comment faites-vous lorsque votre modèle est trop confus ou disparaît ?

Réponse. — Je fais effort, et il devient plus visible ; quelquefois il m'échappe tout à fait, mais avec de la peine je parviens à le faire revenir.

Demande. — Voici quatre mois que vous vous exercez, éprouvez-vous toujours autant de peine ?

Réponse. — Non, l'image est d'abord beaucoup plus distincte que dans les premiers temps, et, si elle s'en va, je la fais revenir presque à volonté (cette réponse a été confirmée par toutes les autres).

Mon frère a fait les mêmes expériences sur ses nombreux élèves au petit séminaire de Paris, et il est arrivé aux mêmes résultats.

Ainsi, ces enfants, qui très probablement ne connaissaient pas les travaux de M. Baillarger, se trouvent absolument dans le cas de l'halluciné cité dans l'ouvrage de cet auteur sur les hallucinations. La seule différence, c'est que chez l'un l'image venait d'être gravée dans la mémoire depuis peu de temps, tandis que chez l'autre elle y existait depuis longtemps ou elle était le fruit de l'imagination.

Pour le sens du toucher et ceux qui s'y rapportent, tels que l'odorat et le goût, les choses doivent se passer de même ; mais il n'existe pas encore assez de preuves pour le démontrer d'une manière positive.

Voilà les renseignements que nous donnent les facultés considérées à leur état physiologique. Voyons si, examinées à l'état pathologique, elles nous fourniront des résultats propres à confirmer les premiers.

Quand un halluciné a ses voix, c'est au milieu du plus grand calme et alors qu'il ne se fait aucun bruit autour de lui. Faites-en entrer un chez vous. Parlez-lui, il vous répondra ; laissez-le quelques instants tranquille sans faire le moindre bruit, il parlera immédiatement à ses voix. J'ai connu une dame qui avait des hallucinations de l'ouïe toutes les fois qu'elle était seule et qu'elle se mettait à réfléchir, qui les voyait au contraire disparaître complétement dès qu'elle était en société.

Donc, la condition indispensable pour la production des hallucinations est le calme, c'est-à-dire la non-perception de sensations auditives provenant du dehors.

Ce genre d'hallucinations vient complétement à l'appui de ce que j'ai avancé plus haut. Il en est de même de celles de la vue. J'ai observé plusieurs malades dans le service de M. Baillarger, et entre autres une femme qui avait de ces hallucinations de la vue toutes les fois qu'elle fermait les yeux. Dans le mémoire de ce même aliéniste, il est rapporté un certain nombre d'exemples du même genre. Ici donc la disposition des perceptions externes est encore indispensable à la production des hallucinations.

Enfin la dernière raison, et la plus importante, celle qui résume toutes les autres, est celle qui se déduit de l'instant où se développent de préférence les hallucinations, de quelque nature qu'elles soient.

Au moment de se coucher, alors qu'aucun bruit ne se fait entendre, que l'obscurité règne partout, que l'âme elle-même commence à reposer, les sensations externes ne sont-elles pas complétement détruites ; les impressions internes, au contraire, ne sont-elles pas placées dans les conditions les plus convenables pour réagir sur les points du cerveau assignés à chacune d'elles ? Tout ne concourt-il pas ici à les rendre plus fortes, et par conséquent à impressionner plus vivement le cerveau ? Aussi les impressions acquièrent-elles une telle intensité qu'il n'est pas rare de les voir agir absolument comme si elles provenaient du dehors, et, en d'autres termes, produire les hallucinations.

On s'explique ainsi nettement, et d'une manière simple, pourquoi les hallucinations éclatent de préférence à ce moment plutôt que dans un autre. Quand elles ont fait des progrès, les choses, quoique différentes, conduisent au même résultat, car l'halluciné cesse complétement par instants d'être en rapport avec le monde extérieur, et il n'est pas rare de le voir alors se frapper violemment contre les murs, contre les meubles, qu'il ne distingue plus.

D'après ces faits, il est donc permis d'admettre :

1° Que les points du cerveau qui reçoivent les perceptions sensorielles ne perçoivent pas seulement ces dernières, mais aussi celles qui ont été déjà gravées dans le cerveau par les sens ; car ces deux ordres d'impression ne peuvent pas être perçues à la fois, et il est indispensable que l'une cède la place à l'autre ;

2° Que les impressions provenant de la mémoire et venant, en définitive, agir sur un point du cerveau identique à celui des impressions externes, peuvent, sous l'influence de causes prédisposantes, comme l'*état intermédiaire* entre la veille et le sommeil, devenir tellement vives qu'elles réagissent sur le *sensorium commune* à la manière des perceptions extérieures, et soient l'origine des hallucinations.

Il y a encore un autre fait qui vient à l'appui de cette manière de voir, c'est la perte complète de la mémoire chez la plupart des hallucinés ; il semble que l'influx nerveux qui est destiné à la fonction tout entière est employé à produire l'hallucination, et qu'il n'en reste plus pour permettre à la mémoire de faire fonctionner ses autres parties. — JUDÉE.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

De la spécificité des maladies (1).

La spécificité des maladies est une question essentiellement vitale en pathologie et en thérapeutique. Pour en donner une idée bien nette, je suis forcé de m'appuyer encore sur des exemples.

Les névroses sont partielles ou générales. En fait de névroses partielles, voici, par exemple, une première névralgie occupant la cinquième paire de nerfs, qui reviendra tous les jours ou tous les deux jours avec une indicible violence, et qui s'accompagnera de larmoiement et de coryza ; puis une seconde apparaissant quatre ou cinq fois par jour avec élancements douloureux, photophobie, larmoiement, coryza ; une troisième enfin, siégeant seulement au tronc maxillaire inférieur, durant une minute ou une minute et demie avec une légère convulsion dans les muscles. De ces trois névralgies, la première guérira avec une merveilleuse facilité, grâce à l'emploi du quinquina. Un vomitif, une médication perturbatrice, et quelquefois même l'expectation, feront promptement justice de cet accident nerveux dû à une fièvre larvée ou palustre. La seconde, aux accès paroxystiques, se liera fréquemment à la chlorose, et vous avez déjà nommé le fer comme devant en être le puissant remède ; ou bien au rhumatisme, et alors il y a indication de faire appel à la vératrine, au colchique, à la belladone, etc. La troisième, la névralgie d'une minute avec convulsion des muscles qu'anime la septième paire, sera très grave, incurable, et tuera de douleur.

Il est très important de savoir distinguer ces trois ordres de névralgies, car si vous les mettez dans un même sac, portant une même étiquette, vous n'aurez dans l'esprit que les notions les plus confuses. Ne spécialisant pas la maladie, vous tenterez tous les remèdes préconisés dans le traitement des névralgies, et échouerez le plus souvent ; bien heureux serez-vous encore si, après avoir essayé de tout, vous finissez par réussir. C'est une coupable manœuvre que de tâter le remède, et que d'administrer au hasard même celui qui ne convient point à la maladie. Gardez-vous de tomber dans un pareil errement, car ne croyant plus bientôt à la médecine, vous deviendriez des médecins de la pire espèce, de mécréants médecins.

Je passe aux névroses générales.

(1) Suite. — Voir le numéro du 28 juin.

Après avoir valsé quelque temps, vous avez le vertige ; sur mer, ou mieux en débarquant, vous êtes pris de vertige ; après une saignée survient souvent un vertige ; l'homme frappé du mal d'*Hercule* sera enfin atteint de vertige. Si vous ne savez pas distinguer toutes ces sortes de vertiges, vous prendrez le vertige *comitial* pour le vertige anémique, celui qui se produit après une émission sanguine, et vous prescrirez le fer ; le vertige stomacal, *vertigo a stomaco leso*, sera pour vous un prélude d'apoplexie et vous ouvrirez la veine, ou le début d'une épilepsie, et vous aurez recours à la valériane, au valérianate de zinc, etc. Si au contraire vous spécialisez, vous donnerez au malade dont les voies digestives seront altérées du carbonate de soude, de l'eau de Vichy, une infusion de camomille, de quassia amara, etc. ; des toniques et des réconfortants à celui qui sera épuisé et du fer à l'anémique. Quant au vertige épileptique, je vous ai dit qu'à sa suite les individus conservaient pendant quinze, vingt ou trente minutes des troubles notables de l'intelligence ; qu'ils avaient la tête lourde, embarrassée, les idées confuses. Si léger que soit le vertige, ai-je ajouté, il apporte de la confusion dans les manifestations du cerveau, non-seulement pendant l'attaque, mais encore après elle. Mon mode de traitement, vous ne l'avez pas oublié ; je passe outre.

Arrivons aux membranes muqueuses. Un enfant fait des dents ; il a de la fièvre avec des engorgements ganglionnaires ; ses gencives sont tuméfiées et s'ulcèrent ; sa langue se gonfle. Il souffre, crie presque constamment, refuse de manger et de boire ; sa santé s'altère. Vous, médecins, que faites-vous? Peu de chose, et rien même, si voulez. Huit jours après, tout est passé.

Dans la bouche de cet autre enfant, au frein de la langue, rarement au voile du palais, vous apercevez de petites vésicules transparentes ou d'un gris de perle qui prennent, au bout de quelques heures, l'aspect purulent, et qui se transforment dès le deuxième ou le troisième jour en ulcérations douloureuses ; ce sont des aphthes. Vous touchez avec un crayon d'azotate d'argent, et tout est dit.

Vous remarquez à la certissure des dents d'un enfant ou d'un adulte un liséré blanc. Vous abaissez la langue ; le sang suinte le long de ce liséré, puis le mal s'étend, gagne les dents incisives supérieures et inférieures, donne une grande fétidité à l'haleine et dure des mois entiers. Dans les familles atteintes de cette diphthérite gingivale, les enfants ont le croup et meurent.

La diphthérite gingivale fait ainsi de la graine de diphthérite et sème la diphthérite trachéale.

La stomatite phosphorique, je vous l'ai dit, fait tomber les dents et nécrose les os maxillaires.

La stomatite mercurielle, frappant le bord alvéolaire, détermine une périostite périodontique.

Le muguet, chez l'enfant, stomatite caractérisée par l'exsudation de petites concrétions blanchâtres, tantôt disséminées, tantôt confluentes, qui guérit si bien toutes les fois qu'il atteint un enfant dans de bonnes conditions, le confondrez-vous avec le muguet de l'adulte, toujours d'un fâcheux augure, qui apparaît dans les maladies chroniques, telles que la phthisie et le cancer, et qui n'est que l'avant-coureur d'une mort assez prochaine ? Quand vous voyez le muguet, quand vous voyez le liséré blanchâtre de la diphthérite, que pouvez-vous faire si vous ne spécialisez pas?

Mais voici qu'à la gencive d'un enfant de cinq ou six ans il paraît une petite exsudation blanchâtre avec rougeur et tuméfaction de la joue ; c'est une fluxion, dites-vous. Le lendemain, la rougeur est plus vive, il y a quelques phlyctènes avec un point noir, et l'enfant meurt d'une gangrène à la bouche. Il faut vous accoutumer à voir survenir à la muqueuse buccale des affections aussi différentes que la variole l'est de la rougeole, la rougeole de la scarlatine, la scarlatine de l'ecthyma, etc. Cet enfant que va tuer la gangrène au premier jour, arrachez lui la dent et cautérisez profondément, il guérira. Si vous hésitez, si vous tardez, il est à jamais perdu.

En distinguant bien les autres stomatites, vous traiterez le muguet avec le borax ; la stomatite mercurielle avec le chlorate de potasse, etc.

A propos de maux de gorge où règne trop souvent la confusion, vous voyez des productions couenneuses séjourner là où elles sont : l'inflammation couenneuse de l'amygdale reste sur l'amygdale ; l'affection couenneuse herpétique, après avoir envahi l'amygdale, ne descend pas dans le larynx. Mais il est des cas où vous voyez une couenne d'un blanc jaunâtre occuper une portion de l'amygdale, puis une amygdale entière, puis la luette, la partie postérieure du pharynx. Il y a de la toux ; elle devient rauque, croupale, éteinte. Vous faites la trachéotomie, et vous trouvez de fausses membranes. C'est que les unes étaient des angines confinées restant là où elles se développent ; les autres des angines tendant toujours à gagner les parties voisines. Différenciez donc bien les angines qui guérissent avec du borax, de l'alun ou du bicarbonate de soude, de l'angine diphthéritique ; ne battez pas la campagne avec des médications inutiles, sinon nuisibles ; ne vous disputez pas dans le vide et ne criez pas trop vite au succès quand vous aurez guéri avec de très énergiques moyens un mal de gorge qui se serait bien passé de vous.

Il ne vous sera jamais possible de faire de la médecine sans une certaine exagération de spécialisation des maladies ; non pas, comme on me l'a prêté à tort, qu'à une maladie spécifique il faille toujours opposer un remède spécifique ; je ne suis pas assez sot pour dire cela et vous ne l'êtes pas assez pour le croire. Je sais très bien, par exemple, que quatre ophthalmies peuvent guérir par l'emploi du même moyen, que deux maladies essentielles différentes, le furoncle et la pustule maligne, peuvent être apaisées par le feu, et que la pustule variolique ainsi que la pustule d'ecthyma sont susceptibles d'être conjurées par la cautérisation.

N'importe où vous prenez la spécificité, elle est d'un indispensable secours ; sans elle vous suivez le sillon routinier du plus aveugle empirisme.

MÉMOIRE

sur la paralysie du sentiment d'activité musculaire (1).

Par M. O. LANDRY, docteur en médecine, ex-interne lauréat des hôpitaux, etc.

Diagnostic. — Les désordres fonctionnels que j'ai énumérés constituent les signes fondamentaux et pathognomoniques de la paralysie du sentiment musculaire ; toutes les fois qu'on les rencontrera on pourra donc diagnostiquer à coup sûr cette affection, quels que puissent être son siége et ses complications, car, ai-je dit, ils lui appartiennent exclusivement. Il est cependant nécessaire d'indiquer les causes d'erreur et les moyens de s'en mettre à l'abri.

La paralysie du sentiment musculaire peut-être confondue :

1° Avec diverses paralysies ;

2° Parfois avec la chorée.

1° A. *Anesthésie.* — Les troubles observés du côté du toucher font croire d'abord à une altération des sensations générales. Mais il suffit d'un peu d'attention pour constater dans les cas non compliqués l'intégrité des sensations simples de contact, douleur et température. Piquez ces malades, ils éprouvent la souffrance ordinaire (obs. IV, II, III) ; touchez les divers points de la peau, ils le sentent aussi (obs. IV et V) ; ils apprécient de même le froid et le chaud (obs. II, III, IV, V). Seulement ils ne peuvent acquérir les notions complexes de forme, de volume, de consistance, etc., à la production desquelles concourt le sentiment d'activité musculaire. Les individus atteints d'anesthésie cutanée ou profonde simple ont, au contraire, conscience de la résistance et jusqu'à un certain point du volume ; ils sentent également la pesanteur et la résistance, mais ne perçoivent pas les contacts. Ils saisissent mal les objets et les laissent parfois tomber quand ils les tiennent, mais ils le remarquent à l'absence de leur poids. Ils apprécient fort bien la position de leurs membres, les mouvements passifs qu'on leur imprime, l'étendue et l'énergie de ceux qu'ils exécutent volontairement.

Chez mes malades tout cela fait défaut ; quand on les électrise, ils sentent la douleur de crampe et non la contraction et le mouvement qui en résultent. Dans l'anesthésie profonde ordinaire, la douleur de crampe peut n'être pas perçue (analgésie), mais la contraction et le mouvement le sont toujours.

Le tableau suivant fera d'ailleurs mieux saisir les différences que je signale :

Paralysie du sentiment d'activité musculaire.	*Anesthésie ordinaire.*
Conservation des sensations de contact, de douleur et de température.	Abolition ou diminution des sensations de contact, de douleur et de température, isolément ou simultanément, superficiellement ou profondément.
Les dimensions des corps ne peuvent plus être mesurées.	Les dimensions des corps sont en partie appréciées.
La forme n'est plus appréciée.	La forme n'est plus appréciée.
La consistance n'est plus appréciée.	La consistance est bien appréciée.
Le poids et la résistance ne sont plus perçus.	Le poids et la résistance sont nettement perçus.
La situation des membres, les mouvements passifs, l'étendue et l'énergie des mouvements passifs ne sont plus appréciés.	La situation des membres, les mouvements passifs, l'étendue et l'énergie des mouvements passifs sont bien appréciés.
La contraction musculaire et les mouvements provoqués par l'électricité ne sont plus sentis. La douleur musculaire (crampe) est seule perçue.	La contraction musculaire provoquée par l'électricité n'est plus perçue comme douleur dans l'analgésie profonde ; les malades perçoivent seulement le mouvement qui en résulte.

B. *Paralysie du mouvement.* — En voyant les malades faire usage de leurs membres, on ne manque jamais d'attribuer le désordre du mouvement à une paralysie musculaire. La distinction est cependant facile à établir si l'on tient compte des caractères les plus tranchés de ces deux états morbides. Dans le cas de paralysie musculaire, la difficulté ou l'impossibilité de se mouvoir est réelle, la contraction volontaire est affaiblie ou nulle, ce dont on peut s'assurer de mille manières, et en particulier par l'emploi d'un dynamomètre. Dans la paralysie du sentiment musculaire, la contractilité musculaire est au contraire bien intacte, et les malades exécutent facilement et avec énergie tous les mouvements qu'on les engage à faire. Toutefois il est nécessaire de revenir à ce sujet sur quelques détails déjà indiqués : Lorsque le mal est parvenu à un degré très avancé, il se transforme presque, comme je l'ai dit, en une véritable paralysie du mouvement. Si, par exemple, vous les engagez à vous serrer la main, ils le font avec une extrême mollesse, ou simplement se contentent d'imprimer aux doigts le mouvement nécessaire pour saisir, et l'on ne sent pas leur pression.

(1) Suite. — Voir les numéros des 7, 12 et 19 juin.

Dans les membres inférieurs, des causes d'erreur analogues peuvent rendre le diagnostic douteux. Remarquons seulement que cet état ne tient pas à la diminution de la contractilité volontaire ; car si, étant assis ou couché, on ordonne aux malades de mouvoir un de leurs membres inférieurs, de l'élever au-dessus du lit, ils le font sans hésitation et sans effort apparent.

Quelques autres particularités distinguent encore l'affection dont je m'occupe de la paralysie du mouvement ; ainsi, dans ce dernier cas, les membres paraissent plus lourds que d'ordinaire, difficiles à mouvoir, et les corps d'un poids médiocre semblent très pesants. Mes malades, au contraire, trouvent leurs membres trop légers, trop faciles à mouvoir, et ne perçoivent pas la pesanteur des objets qu'ils soulèvent. Leurs mouvements sont maladroits, sans mesure ; mais ils peuvent en partie les rectifier en s'aidant de la vue, ce qui n'a jamais lieu chez les individus paralytiques du mouvement. Enfin, chez ces derniers, l'irritabilité musculaire est souvent diminuée ou abolie ; on ne l'a observée chez aucun des sujets dont je rapporte l'histoire.

Paralysie du sentiment d'activité musculaire.	*Paralysie du mouvement.*
La contraction volontaire n'est jamais abolie ni même diminuée.	La contraction volontaire est abolie ou diminuée.
Les mouvements, mal mesurés et mal coordonnés, sont cependant possibles et faciles lors même qu'il paraît en être autrement.	Les mouvements sont impossibles ou seulement difficiles ; mais dans ce dernier cas, toujours bien ordonnés.
Car le désordre du mouvement peut toujours être corrigé, au moins en partie, si les malades s'aident de la vue.	Le désordre du mouvement ne peut jamais être modifié quand les malades s'aident de la vue.
Les membres semblent très légers ; les corps dont on les charge paraissent privés de pesanteur.	Les membres semblent extrêmement lourds ; les poids dont on les charge paraissent pesants à l'excès.
Quand les malades suivent de la vue leurs mouvements, des obstacles, même considérables, ne peuvent les arrêter ; et alors même qu'ils y parviennent, les malades n'ont aucune idée de la résistance qu'ils éprouvent.	Le moindre obstacle arrête le mouvement, quoique la vue intervienne, et produit la sensation d'une résistance invincible.
L'irritabilité musculaire reste intacte, à moins de complication.	L'irritabilité musculaire peut être abolie ou diminuée.

C. *Paralysie générale des aliénés.* — Si l'on a comparé une seule fois cette espèce de paralysie et celle que je veux faire connaître, toute confusion sera impossible, tant l'aspect de ces deux affections diffère. Cependant un trait de leur description les rapproche, et peut-être existe-t-il quelque point de contact, non dans leur nature, mais dans leur physiologie. Le tremblement des lèvres, de la langue et des mains ; la maladresse des mouvements chez les paralytiques démontre alors que la contraction volontaire conserve toute son énergie (période de début), dénote aussi un désordre dans la faculté de coordonner les actions musculaires. Seulement, comme chez eux l'appréciation du poids, de la résistance, des mouvements actifs et passifs reste intacte, ce n'est pas un défaut de sensation qui constitue l'état pathologique, comme chez mes malades. Il faut rapporter plutôt cette perturbation fonctionnelle à une modification primitive des phénomènes excito-moteurs dont l'encéphale est le siége.

D'ailleurs, ce défaut de coordination propre aux premières périodes de la paralysie générale des aliénés est le seul symptôme qui la rapproche de la paralysie du sentiment musculaire. Sous tous les autres rapports, ces deux états sont parfaitement distincts. Ainsi, dans la paralysie du sentiment musculaire on ne voit jamais ce tremblement si caractéristique des lèvres, de la langue et des mains, le premier et le plus remarquable des signes propres à la paralysie générale. L'irrégularité des mouvements peut d'ailleurs être réprimée en partie quand les sujets s'aident de la vue pour diriger leurs membres, ce qui ne s'observe pas chez les malades de l'autre espèce. Enfin on ne trouve pas la démence ou manie ambitieuse qui le plus souvent précède ou accompagne la paralysie générale progressive.

2° *Chorée.* — Le caractère distinctif essentiel, c'est que dans la chorée il y a des mouvements désordonnés et involontaires, mais dont le malade a conscience, tandis que dans la paralysie du sentiment musculaire les mouvements ne sont jamais involontaires, quoique désordonnés, et les malades n'ont pas conscience de leur défaut de précision. En outre, les choréiques ne peuvent régulariser l'action musculaire en suivant leurs membres de la vue, et chez eux la faculté d'apprécier la forme, le volume, le poids, la résistance, les mouvements passifs ou actifs, la position des membres, etc., n'a subi aucun changement.

Il est donc facile de distinguer ces deux affections, et il semble oiseux de m'appesantir sur leur diagnostic différentiel. Cependant, dans les premières périodes de la paralysie du sentiment musculaire, il est un phénomène capable d'embarrasser beaucoup si on en ignore la valeur : je veux parler de la disposition à prendre un pas accéléré, et même à convertir la marche en un véritable trot. Je me rappelle avoir vu un médecin de Guéret (Creuse) chez lequel cette particularité était fort remarquable : il conservait mal l'équilibre dans la station debout, était souvent obligé de s'appuyer pour ne pas tomber, et on le voyait souvent avancer brusquement une jambe en avant comme une personne qui cherche à rétablir l'équilibre ; son pas habituel était une sorte de trot singulier qu'il ne pouvait ralentir sans risquer une chute ; pour descendre un esca-

lier, il prenait également un pas de course, et sans cette précaution il ne pouvait y parvenir sans tomber. Les mouvements n'étaient pas involontaires, mais leur brusquerie, leur exécution désordonnée avait fait rapprocher l'état de ce malade de la chorée. C'était, j'en suis persuadé, le début de l'affection que je viens de décrire, et qui a dû par la suite s'aggraver jusqu'à l'impossibilité de marcher, et probablement gagner les membres supérieurs.

(*La fin à un prochain numéro.*)

CHUTE DU RECTUM.

Cautérisation du sphincter avec l'acide azotique,

Par le docteur Aickin.

Au commencement de novembre 1854, je fus appelé près d'une dame que des hémorrhoïdes faisaient cruellement souffrir. Cette femme, d'un âge moyen et non mariée, souffrait d'une chute du rectum depuis treize ans. Souvent ses hémorrhoïdes s'enflammaient, et elle éprouvait alors tous les accidents douloureux de la turgescence des organes du bassin. Après avoir employé divers moyens qui n'eurent aucun bon résultat, je résolus de tenter la guérison radicale du prolapsus ani. Au moindre effort, la membrane interne de l'intestin descendait à l'extérieur dans la longueur de 1 pouce environ, et on apercevait trois ou quatre tumeurs hémorrhoïdales de la grosseur de petites avelines situées au pourtour de l'anus. L'intestin fut facilement réduit, mais le sphincter était tellement relâché, que la malade était obligée de rester dans son lit pendant quelque temps quand le prolapsus s'était produit.

Le traitement préparatoire consista dans le repos au lit, quelques purgatifs, des sangsues et des fomentations pour combattre l'irritation. Alors je me procurai de l'acide nitrique concentré et quelques morceaux de glace, et je procédai à l'opération de la manière suivante :

La patiente fut placée sur le côté, les membres inférieurs pliés. Un speculum ani fut introduit dans le rectum, et ses valves ayant été écartées, je saisis un petit morceau de bois de la grosseur d'un crayon, j'entourai une de ses extrémités d'un morceau de linge et je le plongeai dans l'acide nitrique; alors je le portai entre les valves du spéculum longitudinalement et de manière à couvrir deux tumeurs hémorrhoïdales, coupant ainsi à angle droit les fibres du sphincter dans l'étendue d'environ trois quarts de pouce, et je pressai avec mon pinceau sur ces parties pendant environ dix secondes, après quoi j'introduisis dans le rectum un fragment de glace enveloppé dans un linge fin et je retirai le spéculum. La douleur, qui d'abord avait été assez intense, cessa dès que la glace eut été déposée sur les parties cautérisées. Une potion calmante fut cependant prescrite le soir.

Après deux ou trois jours, il s'écoula par l'anus et avec quelque douleur une petite quantité de pus et de sang; cependant la malade souffrit fort peu. Des injections émollientes furent faites dans le rectum avec une seringue à injection, et au bout de dix jours l'ulcère qui avait suivi la cautérisation était parfaitement cicatrisé. Cette seule opération avait déjà considérablement amélioré un prolapsus qui durait depuis treize ans. On recommença la même application au côté opposé de l'intestin; puis après une quinzaine, le sphincter ne paraissant pas encore avoir recouvré toute sa contractilité, on fit une troisième application du caustique à la partie postérieure du rectum, et cette fois le prolapsus ani ne se reproduisit plus : la guérison était complète. (*Dublin medical Press.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 2 juillet 1855. — Présidence de M. Regnault.

Propriétés alimentaires de la chair des poissons. — M. Payen communique un nouveau mémoire sur ce sujet, qui a été déjà l'objet de recherches qu'il a précédemment communiquées à l'Académie.

L'objet principal de ce travail est de faire connaître le résultat des expériences que M. Payen a faites dans le but de savoir si les substances huileuses qui entrent dans la composition de la chair de certains poissons prennent part à la nutrition des animaux, ou si elles sont rejetées avec les excréments, et de déterminer ainsi le rôle que joue dans l'alimentation cette partie de la chair des poissons.

Déjà, dit M. Payen, un grand nombre de faits, et plus particulièrement ceux recueillis par notre confrère M. Coste dans ses beaux travaux sur la pisciculture, prouvent l'influence très favorable de la chair des poissons introduite dans le régime alimentaire des populations.

Espérant pouvoir ajouter quelque chose à ces notions, j'entrepris des expériences physiologiques spéciales. D'abord je fis présenter à une cane habituellement nourrie de pain des morceaux de chair de congre. Cet aliment isolé fut refusé et resta intact. Il était d'ailleurs probable que l'aliment exclusif, repoussé par l'instinct naturel, eût en effet été insuffisant pour une nutrition convenable. Je composai une ration mixte de pain et de congre qui fut acceptée, et dans laquelle la dose journalière, peu à peu augmentée de cette dernière substance, fut fixée à 80 grammes mêlés avec 50 grammes de pain blanc. D'après l'état d'entretien de l'animal, dont le poids avait d'abord diminué, et son avidité à prendre cette ration, le régime paraissant permettre d'apprécier les effets de la digestion, on procéda aux analyses comparées de la ration alimentaire et des excréments.

Cette première expérience a eu pour résultat de démontrer que 85 pour 100 de la matière grasse et 92 pour 100 de l'azote du congre avaient été consommés dans le même temps.

La matière grasse passée dans les produits excrémentitiels avait subi de profondes modifications, démontrant que même cette proportion minime de matière adipeuse n'était pas restée inerte dans les actes de la digestion.

Afin de comparer les résultats d'une nourriture différente sur le même animal, il fut mis au régime de pain donné exclusivement; il se rationna de lui-même à raison de 80 grammes de pain en vingt-quatre heures.

Dans cette ration alimentaire les excréments rendus en plus faible proportion étaient moins riches encore en substances grasses et azotées, les 0,99 des premières et les 0,79 des secondes ayant été consommés ou étant passés par la digestion ailleurs que parmi les résidus excrémentitiels.

La substance grasse extraite des excréments était plus consistante encore que dans l'essai précédent et très différente aussi de la substance huileuse contenue dans le pain.

Une autre série d'expériences fut alors entreprise dans la vue d'essayer de constater les propriétés alimentaires de la chair d'anguille, et surtout d'observer la digestibilité de la substance huileuse si abondante dans ses tissus.

Afin de rendre plus favorables les circonstances de l'assimilation partielle, je fis augmenter légèrement et varier un peu la ration en y ajoutant une quantité très faible de feuilles fraîches de laitue romaine dont il était facile de tenir compte dans le calcul des résultats analytiques; en quarante-huit heures la ration se composait ainsi : anguille, 160 grammes; pain, 100 grammes; laitue, 40 grammes. La nutrition fut en effet alors plus complète; le poids de l'animal augmenta de 185 grammes et fut porté de 1,490 grammes à 1,675 grammes en quatre jours. Les détails des analyses comparées démontrèrent que la nourriture, en y comprenant les substances adipeuses, avait pu compléter son rôle et subvenir non-seulement à l'entretien, mais encore à l'engraissement.

Dans une cinquième série d'expériences, dont on trouvera également les détails dans le mémoire, la chair du maquereau, plus abondante en matière grasse que la chair du congre, mais bien moins riche sous ce rapport que celle de l'anguille, fut substituée à celle-ci et donna des résultats favorables dans le même sens, quoique moins prononcés.

Structure des hémisphères du cerveau. — M. Gratiolet lit un mémoire sur la structure des hémisphères du cerveau dans l'homme et les primates. L'auteur résume en ces termes le résultat de ses recherches sur le cerveau des singes, qui, étant moins compliqué et moins volumineux que celui de l'homme, lui offrit un sujet d'observations plus faciles :

1° Les couches corticales ont une organisation propre et forment un système distinct. Ces couches sont tantôt lisses, tantôt plissées; les plis qu'elles forment sont les circonvolutions du cerveau.

2° Les circonvolutions ont un sommet, et c'est dans ce sommet uniquement que les fibres rayonnantes de l'axe entrent en rapport avec l'écorce du cerveau. Les circonvolutions traduisent donc avec exactitude la disposition de ces plans foliacés, si bien vus par Malpighi, qui, nés des noyaux terminaux de l'axe, s'épanouissent dans les hémisphères. Ce fait leur donne une importance toute particulière.

3° Les fibres blanches qui sont en rapport avec ces couches corticales sont de plusieurs ordres.

a. Les unes vont, dans un même hémisphère, d'un lobe à un autre lobe, d'un pli à un autre pli. Celles qui occupent la face interne de l'hémisphère se rattachent au système fibreux de l'ourlet, si bien décrit par Arnold et par M. Forelle. M. Serres en a dès 1823 reconnu l'existence. Ces fibres unissent en un système commun tous les plis d'un même hémisphère.

b. D'autres fibres vont d'un hémisphère à l'autre. Ce système est celui de la commissure antérieure. Ces fibres peuvent expliquer la synergie des deux hémisphères.

c. Un troisième système de fibres diverge de l'axe vers les hémisphères, au travers du centre ovale de Vieussens. Les unes passent directement d'une des couronnes radiantes dans le côté du cerveau qui lui correspond. A côté des fibres directes, nous en trouvons d'une autre sorte. Celles-ci passent d'une des couronnes d'un côté au côté opposé du cerveau, et, s'entre-croisant sur la ligne médiane avec celles du côté opposé, forment au-dessus des ventricules une voûte connue sous le nom de *corps calleux*.

Ces fibres fournissent à tous les plis des hémisphères. Dans tous ces plis il y a des fibres émanant du corps calleux, et des fibres directes qui proviennent du côté correspondant de l'axe. Celles-ci sont en minorité. On peut expliquer par ces deux catégories de fibres comment chaque hémisphère peut tenir sous sa dépendance le corps tout entier. J'ai décrit avec soin ce système, et signalé quelques différences qui existent à cet égard entre le cerveau des singes et celui de l'homme.

d. Un quatrième système de fibres rayonne vers les couches corticales et dépend des expansions cérébrales des racines des nerfs spéciaux.

1° Les fibres olfactives s'épanouissent plus particulièrement dans les lobes olfactifs, qu'on peut considérer comme une dépendance des couches corticales du cerveau.

2° Un faisceau particulier de la cinquième paire, que je considère, en raison de ses connexions, comme constituant la racine des nerfs du goût, peut être suivi dans le limbe des couches corticales à la base du lobe olfactif.

3° Je n'ai pu suivre jusqu'à présent jusqu'à leur terminaison les racines cérébrales du nerf acoustique, ou du moins l'épanouissement de ces racines dans le cerveau.

4° Mais j'ai été plus heureux en ce qui touche le nerf optique, dont j'ai suivi les expansions dans toute l'étendue du bord supérieur de l'hémisphère. J'ai pu démontrer en outre la prédominance des plis où ces racines se terminent dans le cerveau de l'homme. Enfin j'ai constaté de la manière la plus rigoureuse une inversion générale de ces racines, inversion qui explique peut-être comment les images renversées sur la rétine sont cependant perçues dans l'attitude des objets qu'elles représentent.

e. J'ai donné dans mon travail une grande attention à ce fait si important de la multiplication des fibres dans le *centre ovale* de Vieussens. La multiplication de ces fibres qui, sans être irritables, conduisent les impressions sensoriales, qui transmettent les impulsions sans être excitables, m'a paru un fait digne d'une considération assidue. (Commissaires : MM. Serres, Flourens et Coste.)

De la saumure et de ses propriétés toxiques. — M. Reynal communique un mémoire sur ce sujet, qui a été déjà l'objet d'une communication semblable à l'Académie de médecine. (Renvoi à la commission des prix de médecine et de chirurgie.)

— M. Bijon adresse un mémoire relatif aux faits qui ont été l'occasion d'un travail sur l'*enrobage des soies* récemment présenté à l'Académie par M. Chevallier. (Renvoi à la commission nommée pour la communication de M. Chevallier, commission qui se compose de MM. Thenard, Chevreul, Payen.)

— M. Bouniceau adresse la deuxième partie de ses *Recherches sur la sangsue médicinale.* (Renvoi à l'examen des commissaires précédemment désignés, MM. Milne Edwards et de Quatrefages, auxquels est adjoint M. Moquin-Tandon.)

Choléra. — M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics invite l'Académie à lui faire connaître le plus promptement qu'il se pourra le jugement qui aura été porté sur un mémoire adressé par M. Bitzel au concours pour le prix du legs Bréant.

Le mémoire de M. Bitzel, de même que toutes les pièces admises au concours seront l'objet d'un rapport unique fait par la section de médecine et de chirurgie constituée en commission du prix Bréant. Ce rapport sera lu à la séance annuelle de l'Académie pour l'année 1855. Jusque-là les concurrents, en supposant que leur travail ait été déjà examiné, ne doivent pas connaître le jugement qui aura été porté par la commission.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Fin de l'éloge de Roux, par M. R. Marjolin.

Vingt ans plus tard, à une époque où la lithotritie avait fait d'immenses progrès, une occasion le ramena à émettre son opinion sur ce sujet. MM. Fleury (de Clermont) et Raynaud (de Montauban) avaient adressé à l'Académie de médecine plusieurs observations de taille et de lithotritie chez des adultes et chez des enfants. Chargé, avec M. Velpeau, de rendre compte de ce double travail, il le fit avec d'autant plus de soin et de plaisir que les mémoires étaient envoyés par les fils de deux de ses anciens collègues auxquels il était sincèrement attaché, et que cette tâche, tout en lui donnant l'occasion d'exprimer franchement sa pensée sur l'état de la science, lui donnait aussi celle de prouver publiquement qu'héritiers de noms honorables, les deux jeunes chirurgiens, autrefois ses élèves, étaient dignes de les porter.

C'est donc dans ce rapport, traité, si je puis le dire, avec une véritable affection, qu'il faut chercher la dernière opinion de M. Roux sur la taille et la lithotritie.

Chez les adultes, pour les calculs moyens, il n'hésite pas à se prononcer en faveur de la taille latéralisée de préférence à la taille bilatérale, comme étant d'une exécution plus facile et plus prompte. Passant ensuite à l'examen du choix des méthodes d'après les âges, il commence par faire ressortir combien l'affection calculeuse est rare parmi les enfants de la classe aisée et fréquent chez les enfants de la classe pauvre soumis à un régime insuffisant ou malsain.

Puis, abordant les motifs qui lui font préférer la taille dans l'enfance, il énumère les considérations pratiques très justes que vous connaissez tous, telles que la facilité de l'opération, la promptitude de la guérison et la rareté des hémorrhagies ou des accidents consécutifs.

Comme ce travail lui fournit l'occasion de parler des divers accident de la taille, il en profite pour insister sur la gravité des hémorrhagies, et rappeler qu'à une époque assez éloignée il conseilla et pratiqua plusieurs fois avec succès la ligature de l'artère honteuse interne pour combattre les suites de la blessure d'une des artères du périnée.

Enfin, ce rapport n'est pas seulement intéressant parce qu'il résume l'opinion de M. Roux sur une question difficile, mais aussi par les réflexions qui le terminent.

Déplorant avec raison le peu de soin que les chirurgiens mettent à enregistrer le résultat de leurs opérations, il leur dit combien ils ont tort de se contenter, pour eux-mêmes, de leurs impressions générales et de simples souvenirs, et de quelle utilité seraient pour la science des relevés statistiques complets et rigoureux. Et comme le besoin de la vérité le domine, il rappelle à l'Académie l'espèce d'engagement tacite qui avait été pris par tous ceux qui étaient le plus en position de pratiquer la taille ou la lithotritie. « Ne soyons pas, dit-il, retenus par la » crainte d'avoir à mentionner trop de revers; un pareil sentiment » d'amour-propre ne saurait être approuvé; toute considération doit » céder devant l'intérêt de la science. »

Ah! si ces belles paroles pouvaient être entendues de toutes les sociétés savantes, si chacun de nous voulait, dans sa pratique, recueillir avec soin tous les résultats non-seulement de ses tailles et de ses lithotrities, mais de toutes ses opérations, ne voyez-vous pas tout de suite que de doutes levés, que de questions résolues, et avec quelle rapidité la science s'avancerait sur les traces de la vérité, au lieu de s'épuiser en vains efforts à renverser le passé ou à errer au milieu du doute et de l'incertitude?

La lithotritie, cette opération si ingénieuse, n'avait donc pas trouvé en lui une opposition systématique, mais un juge éclairé et impartial. Plus tard, lorsque la question de l'anesthésie, cette autre découverte moderne, vint à être déférée devant les corps savants, loin de la combattre, il s'empressa de la défendre, malgré toutes ses imperfections et ses dangers, et de l'accueillir comme un sauveur appelé à délivrer désormais les malheureux patients d'horribles et cruelles souffrances.

Reconnaissant tous les services que la ténotomie bien appliquée peut rendre dans mainte circonstance, il y recourut plusieurs fois; il l'employa même dans le strabisme. J'aurais peut-être évité de vous entretenir de ses opinions sur ce sujet si lui-même n'y était pas revenu à plusieurs reprises, et notamment en 1840, lors de la communication de M. Jules Guérin à l'Institut.

Nous avons tous notre faible, et M. Roux, qui avait bien d'autres titres à une juste célébrité que celui d'avoir guéri quelques personnes du strabisme par le seul effet d'une ferme volonté ou d'un exercice

régulier, n'eut garde de laisser échapper l'occasion de revenir sur la communication qu'il avait faite en 1815. Mais il faut dire que, malgré tout ce que son opinion pouvait avoir de juste sur les causes et les effets du strabisme, malheureusement l'exemple qu'il choisissait n'était pas fait pour porter la conviction dans l'esprit de ses auditeurs. Il suffisait, en effet, de le regarder un instant pour voir que, malgré toute sa bonne volonté et tous ses efforts, l'un de ses yeux était habituellement dévié de l'axe naturel.

En rassemblant ses divers mémoires, son travail sur les plaies d'armes à feu, les articles si importants du dictionnaire et les rapports qu'il fit tant à l'Institut qu'à l'Académie de médecine, M. Roux ne pouvait pas se reprocher de n'avoir rien écrit.

Cependant, malgré ces preuves nombreuses de son activité, il ne se croyait pas encore quitte envers la science.

« Dans une carrière, disait-il, où l'observation est une source iné- » puisable de nouvelles lumières et ajoute sans cesse à la somme des » connaissances acquises, chacun est comptable des fruits de son ex- » périence envers ceux qui lui succèdent; c'est une sorte d'héritage » dont il doit compte à la postérité et que celle-ci a le droit de ré- » clamer. »

Ce fut dans cette pensée qu'il entreprit de publier sous le titre de *Quarante années de pratique chirurgicale* tous les matériaux qu'il avait pu recueillir pendant sa longue carrière. Pour cet ouvrage, qui eût été en quelque sorte le legs de son expérience à la postérité, il avait choisi la forme épistolaire comme étant la seule qui lui permît de suivre son inspiration et de s'abandonner à l'impulsion de son esprit sans être retenu par aucune contrainte.

Une autre pensée lui avait inspiré cette forme : il voulait que ces lettres fussent comme autant de monuments élevés à l'amitié; elles devaient porter les noms des savants illustres qu'il affectionnait, de Lawrence, de Valentine Mott, de Riberi, de Chélius.

M. Roux commença cet ouvrage par la chirurgie réparatrice; c'était un de ses sujets favoris et un de ceux qui avaient le plus contribué à sa réputation.

Il dédia le premier volume à l'illustre chirurgien de l'hôpital Saint-Barthélemy à Londres, à W. Lawrence. La préface qu'il mit en tête est peut-être le portrait le plus fidèle que jamais auteur ait tracé de lui-même. Qui ne reconnaît son caractère dans ces lignes : « Je n'ai » suivi d'autre règle que celle qui m'était dictée par ma convenance, » par la direction de mes pensées ou par l'impulsion que mon esprit a » dû recevoir des circonstances? » N'est-ce pas là l'homme tel que nous l'avons connu, dont l'imagination féconde et la mémoire riche de faits intéressants avait souvent peine à se contenir dans les limites d'une question?

Cet ouvrage, qui n'est qu'une série d'entretiens sérieux, renferme les préceptes les plus instructifs; ce n'est plus l'art didactique gêné par la contrainte, c'est une conversation facile dans laquelle les plus hauts préceptes de l'art font suite à des observations empruntées à sa longue et riche pratique. Voulez-vous être initiés à cette foule de petits détails si futiles en apparence et si précieux dans l'application, étudiez, méditez les *Lettres sur la chirurgie réparatrice*.

Outre tout le talent avec lequel elles sont écrites, il y a une autre qualité bien plus précieuse qui domine, c'est cette excessive bonne foi qui fut du reste le propre de son caractère. A côté du succès, vous trouvez le revers; commet-il une faute, une erreur, il ne cherche pas à la dissimuler; il la découvre et la met au grand jour, afin que d'autres ne viennent pas se briser au même écueil. Ne mettant, du reste, dans l'histoire de ses propres découvertes qu'un sentiment d'amour-propre bien naturel, il sait parfaitement rendre justice à chacun.

C'était ce volume qu'il terminait lorsqu'il ressentit les premières atteintes du mal qui devait bientôt l'emporter : malheureusement il ne put voir se réaliser le vœu qu'il avait formé depuis si longtemps. L'ardeur, l'activité qu'il mit à ce travail hâtèrent sans doute sa fin, et il descendit dans la tombe sans jouir de ce dernier succès.

Frappé d'une congestion cérébrale au moment où il se rendait à l'Institut pour remercier ce corps savant qui venait de l'élever aux honneurs de la présidence, il sentit qu'il touchait à sa fin; il essaya cependant de lutter contre le mal, et un instant sa main défaillante reprit la plume; mais bientôt, une seconde attaque plus violente que la première lui enlevant toutes ses facultés, il n'eut même pas la douce consolation de contempler à ses derniers moments sa famille et ses amis réunis pour lui prodiguer les soins les plus affectueux.

Bien que depuis cette rechute tout espoir de guérison fût perdu, la nouvelle de la mort de M. Roux fut un coup pour tous ceux qui le connaissaient, et elle retentit douloureusement au sein de la Société de chirurgie. C'est qu'il en est d'une société comme d'une famille : lorsqu'une nouvelle alliance vient augmenter sa considération, son bonheur, on célèbre ce jour avec joie, et, lorsque la mort vient enlever celui qui était un juste sujet d'orgueil, l'affliction est générale; on se rappelle le mérite, les qualités de celui qui n'est plus, et on regarde avec tristesse le vide qu'il a laissé.

A notre douleur, une autre inquiétude vint s'ajouter : qu'allait devenir l'ouvrage qu'il avait entrepris? Cet ouvrage, destiné à sauver de l'oubli tant de précieux documents, allait-il rester inachevé? Heureusement non. S'il avait été dans la destinée de M. Roux de ne pas voir ses derniers vœux s'accomplir, il était réservé à la Société de chirurgie de rendre à sa mémoire le même témoignage de respect et d'attachement qu'il avait rendu à celle de Bichat en terminant son *Anatomie descriptive*.

Dans la séance du 26 avril, sur la proposition de notre honorable collègue M. Larrey, il fut décidé qu'une démarche serait faite près de la famille pour lui offrir de surveiller la fin de l'impression de l'ouvrage. Cette demande ayant été accueillie avec empressement, la commission, composée de MM. Danyau, Lenoir, Larrey, Gosselin et Broca, se mit à l'œuvre, et, grâce à son activité, le premier volume si attendu put bientôt être livré au public.

Aujourd'hui le second volume, qui comprend toute l'histoire des anévrismes, est entièrement terminé, et, si je m'abstiens d'en faire l'analyse, c'est que cet honneur revient de droit à notre collègue M. Broca, qui a déployé dans cette circonstance un zèle dont nous ne saurions lui être trop reconnaissants.

Tel est, messieurs, le résumé bien incomplet des travaux qui ont contribué à placer M. Roux au nombre des chirurgiens les plus célèbres de notre époque. Qu'il me soit permis maintenant d'ajouter quelques mots de son caractère, et de vous parler de la trop courte période pendant laquelle il voulut bien s'associer aux travaux de la Société de chirurgie.

Nous l'avons vu nommer en 1807 chirurgien à Beaujon; en 1810, Boyer, dont il avait toujours suivi les leçons, et qui l'affectionnait à cause de ses qualités et de son talent, le fit entrer à la Charité comme adjoint. Dès lors, jusqu'en 1833, il ne cessa de partager avec lui le service. Ce fut donc à cette grande école, qui représentait si fidèlement les principes de l'Académie royale de chirurgie, que M. Roux se forma.

Bien qu'il y eût entre Boyer et lui une grande différence de caractère, bien que souvent ils n'eussent pas les mêmes idées sur certaines questions, jamais l'harmonie du service ne souffrit de ces petites divisions. D'ailleurs Boyer, qui était fier des succès de celui qu'il avait choisi pour gendre, avait l'âme trop grande pour connaître la jalousie.

Singulier exemple des contradictions de l'esprit humain! Étant chirurgien en second, M. Roux s'était souvent plaint d'avoir en quelque sorte été privé de sa liberté d'action, et plus tard on l'entendit plusieurs fois répéter qu'il était fâcheux que le titre de chirurgien en chef eût été aboli. Quel motif lui inspirait cette pensée? Le désir d'un nouveau titre? Il ne pouvait alors en envier aucun. Était-ce la conviction qu'à ce prix seul on peut conserver les traditions et former d'excellents chefs? Il avait alors raison, mais il oubliait que lui qui avait eu quelque peine à accepter les conseils d'un ami, d'un père, n'aurait jamais pu vivre à côté d'un chef, encore moins d'un rival.

M. Roux avait dû son entrée dans les hôpitaux à la manière brillante dont il avait concouru en 1802. Plus tard, ses succès dans l'enseignement particulier, la lutte glorieuse qu'il soutint en 1812 marquèrent sa place à l'École de médecine; aussi lorsqu'en 1820 la chaire de pathologie externe devint vacante, il succéda à Percy, et professa en outre la clinique à la Charité jusqu'en 1835, époque à laquelle il remplaça Dupuytren à l'Hôtel-Dieu.

Si je n'avais craint de dépasser les bornes dans lesquelles je dois me renfermer, j'aurais saisi cette occasion de faire devant vous le parallèle des deux écoles, de l'Hôtel-Dieu et de la Charité. En effet, au moment où M. Roux changea de service, Sanson était encore à l'Hôtel-Dieu; s'il ne représentait pas les doctrines trop absolues de Dupuytren, parce que sa noble indépendance s'y refusait, il en avait au moins conservé les plus précieuses traditions, et de plus il avait enrichi sa propre pratique de tout ce que sa grande expérience lui avait enseigné, et tout ce que sa vaste érudition lui avait permis d'emprunter aux écoles étrangères. Mais un semblable examen m'entraînant trop loin, revenons à M. Roux.

Nous venons de le voir quitter la Charité et entrer à l'Hôtel-Dieu. Il lui fut donc donné, comme à Desault, d'occuper dans sa longue carrière les deux plus grands hôpitaux de Paris; et lorsque la mort vint le surprendre, à soixante-quatorze ans, elle le trouva tout aussi actif, tout aussi zélé que dans les plus belles années de sa jeunesse.

Commençant toujours la visite de bonne heure, comme il était d'une grande exactitude, il avait le droit d'être exigeant envers tout le monde. Recherché dans ses manières et dans sa tenue, sensible aux devoirs de la politesse, il ne voulait pas qu'on en perdît l'habitude à l'hôpital, et il était tellement sévère sur ce point, qu'à moins d'indisposition il ne tolérait pas qu'on fît son service la tête couverte. Du reste bon et affable, il était en général gai et heureux de se trouver au milieu de jeunes gens, et se laissait aller assez facilement à une causerie familière. D'une grande exigence pour tout ce qui tenait aux pansements, jamais il ne passait le moindre oubli, le moindre défaut de soin, et comme il excellait dans l'art d'appliquer les appareils, il voulait que chacun l'imitât.

Les élèves affluaient à ses opérations, à sa clinique; et parmi les nombreux médecins étrangers qui visitent nos hôpitaux, il n'en était pas un qui ne voulût entendre sa parole si autorisée, et être témoin de sa merveilleuse dextérité; aussi étaient-ils assidus à l'Hôtel-Dieu. D'ailleurs, son aménité était connue, tout visiteur était certain d'avance d'être parfaitement accueilli.

Sauf les cas d'urgence, les opérations se faisaient le mardi et le samedi, et jamais il ne commençait sans passer lui-même en revue tout son appareil, afin d'être certain que rien ne manquât.

Plein d'adresse et de sang-froid, excellent anatomiste, ce n'était pas seulement dans les opérations réglées qu'il brillait, c'était surtout dans l'extirpation de ces tumeurs profondes si difficiles à isoler des vaisseaux et des nerfs. Une fois le bistouri à la main, cet homme si vif, si enclin à donner un libre essor à sa parole, gardait le plus profond silence. C'était le contraire de Dupuytren, qui tout en opérant décrivait le procédé.

D'un calme imperturbable dans les moments les plus critiques, jamais il ne se laissa dominer par les difficultés ou les accidents imprévus. Une fois, dans une trachéotomie, du sang ayant pénétré dans les bronches, le malade allait succomber, lorsque, surmontant une répugnance bien naturelle, il appliqua ses lèvres sur la plaie béante, aspira avec force le liquide qui empêchait la respiration, et par sa présence d'esprit sauva ainsi les jours de l'opéré.

Cette habileté, cette adresse qui lui étaient si naturelles et dont il devait être justement fier, ne lui inspirèrent pourtant jamais devant le malade de ces mouvements d'amour-propre auxquels auraient pu le porter les adulations du public; loin de là, considérant l'amphithéâtre comme un lieu de douleur, il voulait que chacun s'y tînt avec respect.

Je n'oublierai jamais qu'assistant à une résection de la tête du fémur, quelques jeunes gens, éblouis par la rapidité et le talent avec lesquels il avait pratiqué cette opération si difficile, s'étant permis d'applaudir, indigné, il se retourna vers eux, et dans quelques mots pleins de noblesse les rappela aux sentiments des convenances.

On s'est demandé bien des fois comment, au milieu de nombreuses occupations et des devoirs imposés par les hôpitaux, l'enseignement, les académies, quelques médecins ont fait pour écrire?

Les uns ont doublé leur temps en l'employant avec ordre et méthode; les autres, doués d'une organisation privilégiée, ont su concilier tous leurs devoirs, faire marcher de front les travaux de tout genre, sans pour cela se refuser aux exigences de la société; il leur a suffi de vouloir.

M. Roux était de ces derniers; homme du monde dans toute l'étendue de l'expression, il ne sacrifiait pourtant jamais rien à ses plaisirs, et le nombre immense de notes, d'observations et même de mémoires trouvés dans ses papiers atteste le soin constant qu'il avait de ne point laisser passer un jour, eût-il été en partie consacré à ses amis, sans consigner par écrit les faits les plus importants de son immense pratique.

Aimant les arts et les lettres autant que la chirurgie, il en causait volontiers. Grâce à son excellente mémoire, il pouvait facilement citer nombre de passages de nos classiques les plus célèbres, et c'était pour lui un vrai plaisir de voir ces goûts se développer parmi les jeunes étudiants.

Convaincu avec raison que l'étude sérieuse des langues anciennes est indispensable au médecin, il déplora amèrement la mesure qui devait plus tard favoriser chez les étudiants en médecine l'abandon du latin.

On devrait naturellement croire, après ce que je viens de dire de son goût pour la littérature, que sa parole était nette, simple, ne laissant rien à désirer. Eh bien, non; loin de là, dans la conversation habituelle et dans les leçons M. Roux prodiguait les épithètes, accumulait les répétitions, et cette manière de rendre sa pensée donnait à son tour de phrase un cachet bizarre. Aussi c'est plutôt dans ses écrits qu'il faut juger l'homme qui savait si bien faire l'apologie des lettres.

Chargé plusieurs fois de rendre un dernier hommage à la mémoire de quelqu'un de ses collègues, il le fit toujours avec une grande noblesse de style et de sentiments.

A deux reprises, désigné pour faire le discours de rentrée à l'Ecole de médecine, il s'en acquitta avec le plus grand succès. Personne de vous n'a oublié la profonde impression que fit son éloge de Boyer et de Bichat, et comment, s'inspirant en quelque sorte de toutes les difficultés d'un semblable parallèle, il sut pendant deux heures captiver l'attention d'un auditoire immense.

Mais si M. Roux puisait dans sa volonté assez de force pour travailler, il avait aussi un autre secret; il savait se reposer. Ce qui avait été d'abord une nécessité pour rétablir sa santé devint par la suite une distraction salutaire et pour ainsi dire une habitude. Tous les ans, aussitôt que les vacances de l'Ecole amenaient la clôture des cours, il partait pour quelque excursion, visitant tantôt notre beau pays de France, tantôt l'Italie, l'Angleterre, l'Allemagne, l'Allemagne qui avait tant d'attraits pour lui. Partout son premier soin était de visiter les hôpitaux, de revoir d'anciens amis ou de nouer de nouvelles relations : il menait ainsi la véritable existence du savant. Puis quand l'heure de la rentrée était sonnée, il venait frais et dispos reprendre ses chères occupations, son service d'hôpital, qui était sa vie, et retrouver cette jeunesse studieuse dont il aimait à encourager les premiers essais.

Ce fut ce sentiment qui l'entraînait vers tout ce qui était jeune et passionné pour le travail qui le porta vers la Société de chirurgie; après la mort de son ancien collègue Marjolin, de celui qui avait le premier applaudi à la fondation de cette Société, il prit sa place, et bientôt par son ascendant moral et sa collaboration active il devint à son tour l'un de ses plus fermes soutiens.

Rappelez-vous avec quel empressement chaque mercredi il se rendait à vos séances, avec quel bonheur il se retrouvait au milieu de ses anciens élèves, de ses collègues de la Faculté, de l'Académie, de l'Institut! Lui qui était si heureux des succès de la Société, que ne lui a-t-il pas été donné de saluer avec nous le nouveau triomphe de notre excellent collègue et maître M. Cloquet? Comme il eût été joyeux de cette nomination!

D'un naturel doux, aimant, M. Roux était rempli d'affection pour tous les siens; aussi son cœur fut-il profondément éprouvé par la longue et cruelle maladie de sa femme et par la mort de Mme Danyau, sa fille chérie. Ce furent les deux seuls chagrins qui attristèrent sa vie, et dans ces deux circonstances il fut admirable de dévouement.

Mais ne nous arrêtons pas plus longtemps sur une pensée douloureuse; au lieu de verser des larmes, songeons plutôt à la manière noble et digne dont il a parcouru sa carrière, et prouvons par notre amour pour la science et notre respect pour la vérité que la Société de chirurgie qu'il honora de son nom fut digne aussi de le posséder (1).

— Après cette lecture, couverte d'applaudissements, M. le président prononce quelques paroles pour remercier la Société de l'avoir appelé à la présidence et lui rendre compte de l'état dans lequel il laisse les intérêts matériels de la Compagnie.

Il proclame ensuite les noms des lauréats pour le prix de la Société et pour le prix Duval.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire de la Société : E. Follin.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues à la Faculté de médecine de Paris par MM. :

Michel, né le 8 juin 1828 à Saint-Laurent-d'Olt (Aveyron); *Essai sur la douleur et les anesthésiques en obstétrique*.

Poirier-Dulavouer, né le 19 février 1828 à Bouchemaine (Maine-et-Loire); *De l'éclampsie puerpérale pendant la grossesse, pendant le travail et après l'accouchement*.

Bourcy, né le 1er octobre 1829 à Néré (Charente-Inférieure); *Recherches cliniques et expérimentales sur les fractures de la jambe*.

Gilles de la Tourette, né le 12 mars 1828 à Loudun (Vienne); *Aperçu sur les fièvres pernicieuses endémiques de l'arrondissement de Loudun (en Poitou)*.

Sabatié, né le 4 avril 1828 à Gabian (Hérault); *De l'anatomie pathologique et du traitement des hémorrhoïdes*.

Soubeiran, né le 27 novembre 1827 à Paris (Seine); *Propositions sur la vipère*.

Toutes les thèses soutenues à la Faculté sont annoncées dans la *Gazette*; celles qui sont remises à notre bureau sont analysées dans un des numéros qui suit la remise.

(1) Je dois à l'excessive obligeance de M. Anatole Roux, et à la bonne amitié de mes excellents collègues MM. Danyau et Prestat les renseignements qui m'ont été d'un si grand secours pour la composition de cette notice biographique.

Le Sourd.
Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 81. — JEUDI 12 JUILLET 1855. (28e ANNÉE.) N° 81. — JEUDI 12 JUILLET 1855.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 11 JUILLET 1855.

Séance de l'Académie de Médecine.

Après un court rapport dans lequel M. Bouvier, grâce à son érudition et à son goût littéraire, a su intéresser vivement son auditoire au sujet d'un infime objet de toilette, l'Académie a successivement entendu deux lectures qui, à des titres divers, se recommandaient également à son attention. M. le docteur Roux, de Brignolles, correspondant de l'Académie, en ce moment à Paris, a lu un mémoire sur les kystes séreux du cou. Deux points ont particulièrement occupé l'auteur dans ce travail : la recherche des causes et du mécanisme de formation de ces tumeurs, et l'examen des diverses méthodes de traitement qu'on leur a opposées jusqu'ici. M. Roux explique la production de ces kystes chez le fœtus par la compression exercée autour du cou par le cordon qui l'entoure souvent dans la vie intra-utérine, et chez l'adulte, par l'usage d'un col trop serré, qui peut déterminer de la gêne et provoquer l'inflammation d'un ganglion ou d'un vaisseau lymphatique. Cet état morbide sert plus tard de base à une poche séreuse ou donne lieu à un épanchement séro-sanguin ou purulent, autour duquel s'organise une cavité membraneuse.

Quoi qu'il en soit de ce mode de production, peut-être un peu hypothétique, du moins en ce qui concerne le fœtus, M. Roux appelle l'attention sur un fait qui, étant plus directement du ressort de l'observation, a pu être rigoureusement apprécié, nous voulons parler du rôle que joue l'inflammation dans les diverses périodes de l'évolution de ces tumeurs. Le développement de l'inflammation dans ces tumeurs entraîne de graves dangers, surtout lorsqu'elle se manifeste dans des tumeurs anciennes et dont les parois sont richement pourvues de vaisseaux sanguins. C'est en vue d'éviter la production de ces phénomènes inflammatoires ou d'en prévenir les conséquences, que M. Roux, après avoir passé successivement en revue tous les procédés opératoires usités pour la guérison de ces kystes, propose de les traiter par l'incision seule. Il réserve les cautérisations et les injections iodées pour une époque où on ne peut plus avoir à craindre le développement de ces accidents.

La deuxième lecture a été faite par M. Delasiauve; elle a pour objet le traitement de l'idiotie. Placé à la tête d'une division d'épileptiques et d'idiots de Bicêtre, et frappé, malgré les améliorations qui ont été introduites dans cette partie du service de l'asile, de l'insuffisance des résultats obtenus par les méthodes de traitement et d'éducation en usage, M. Delasiauve s'est proposé d'étudier les moyens de réaliser un perfectionnement plus considérable. Il cherche à tirer parti des germes d'intelligence ou d'aptitudes instinctives qui semblent sourdre çà et là chez quelques idiots au milieu du sol stérile de leur intelligence, et ne partage pas l'opinion de quelques auteurs qui ne voient dans l'idiotie que des variétés de degré : il croit qu'il y a aussi des variétés de forme. Il admet des idioties partielles, et c'est sur ce fait qu'il s'appuie pour donner plus de développement à l'application de la règle formulée par M. Voisin, et qui se résume dans ce court aphorisme : « Développer ce qui existe. »

« Dans l'idiotie, dit M. Delasiauve, on rencontre les mêmes » virtualités inégalement réparties comme à l'état sain, mais » souvent compromises en plus ou moins grand nombre dans » le naufrage de facultés supérieures. » Il voudrait, en conséquence, qu'on adoptât un système pédagogique qui tiendrait compte de ce fait fondamental, et dans lequel on cherchât à reconnaître et à apprécier les germes cachés de l'être dégradé par l'idiotie, conformant les exercices, les jeux et les travaux au degré de développement intellectuel, artistique, moral ou purement instinctif de chaque individu.

Le plan d'éducation que trace M. Delasiauve n'est possible qu'à la condition de multiplier considérablement et le personnel et l'étendue des établissements consacrés aux idiots. Ce sera là sans doute une difficulté sérieuse; peut-être cependant n'est-elle pas absolument insurmontable. Il serait à désirer, du reste, que la commission chargée de faire un rapport sur la communication de M. Delasiauve voulût bien étudier son projet, suivre les essais partiels qu'il se propose d'en faire sous ses yeux, et en dire son sentiment à l'Académie. — Dr Brochin.

LIBERTÉ DE LA PRATIQUE MÉDICALE.

Jurisprudence de la Cour de cassation.

Dans notre numéro du 30 juin, nous avons examiné la question de la liberté de la pratique médicale, à l'occasion d'un nouvel arrêt de la Cour de cassation en date du 18 mai dernier, et nous avons conclu en démontrant, autant par le raisonnement que par la citation de deux arrêts antérieurs, l'un de l'an X, l'autre de 1830, que le médecin, tout en étant susceptible d'être requis par l'autorité en sa qualité de citoyen, et cela comme tous les autres citoyens, ne pouvait être *forcé* d'exercer son art; que s'il pouvait être requis de prêter un secours *matériel* en cas de calamité publique, il n'y avait nul moyen de le forcer à prêter un secours *intellectuel*.

Voici le texte de cet arrêt :

« Ouï le rapport de M. le conseiller de Glos, les observations de Me Béchard, avocat du défendeur, et les conclusions de M. l'avocat général d'Ubexi;

» Attendu que la signification légale du mot accident, qui se trouve dans l'article 475, n° 12, du Code pénal, est fixée et limitée pour les autres événements qu'il dénomme, et que le refus d'obéir à la réquisition faite à l'occasion de ces accidents ne peut dès lors entraîner l'application de la peine édictée contre les personnes qui n'étaient pas dans l'impossibilité absolue d'y obtempérer incontinent; que dans le cas où ils étaient, comme les tumultes, naufrages et autres événements y spécifiés, susceptibles de compromettre la paix ou la sûreté publique, si les travaux, le service ou le secours requis n'étaient pas immédiatement effectués ou prêtés;

» Attendu que le défendeur Michel-Chéri Eyriaud, docteur en médecine, était prévenu de n'avoir pas obtempéré le quinze mars dernier à la réquisition du commissaire central de police à Angoulême, de venir constater le décès d'un individu qui avait été tué par la chute d'un ballot de marchandises;

» Attendu que le jugement attaqué, en le relaxant de la poursuite par le motif que le fait à l'occasion duquel la réquisition avait eu lieu n'était pas accompagné des circonstances qui auraient rendu le secours ou le service obligatoire, a sainement interprété les dispositions de l'article 475, n° 12, du Code pénal, et par suite n'a violé aucune loi;

» Attendu d'ailleurs que le jugement est régulier en sa forme;

» La Cour rejette le pourvoi. »

On remarquera que cet arrêt ne contient pas, comme ceux de l'an X et de 1830, la moindre expression de blâme contre le docteur Eyriaud, ainsi que l'avait d'abord fait croire le compte rendu inexact de la *Gazette des Tribunaux*. C'est qu'en effet la circonstance était toute différente de celle des deux causes précitées. L'honorable docteur Eyriaud, chirurgien en chef de l'hôpital d'Angoulême, avait été requis par le commissaire non de porter secours à un blessé, mais de venir constater un décès. Acquitté par le tribunal de police, il avait été déféré à la Cour de cassation par le ministère public, dont le pourvoi fut rejeté. S'il s'était agi de porter secours à un malade, l'arrêt de la Cour eût certainement, tout en acquittant le médecin, contenu l'expression du blâme exprimé par les deux arrêts précédents; mais, nous pouvons le dire aussi, s'il y avait eu un mourant à secourir, il n'y aurait pas eu de procès, car notre honorable confrère n'aurait pas refusé son concours. Dr A. Foucart.

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. JOBERT (de Lamballe).

Double fistule vésico-vaginale et recto-vaginale; destruction complète du périnée. — Opération par le procédé d'autoplastie par glissement. — Guérison.

(Observation recueillie par M. BRUN, élève externe des hôpitaux.)

Les heureux résultats que donne chaque jour à M. le professeur Jobert (de Lamballe) l'application de son procédé d'autoplastie par glissement au traitement des fistules vésico-vaginales ont depuis longtemps fixé l'attention des chirurgiens. L'observation suivante présente néanmoins un degré d'intérêt tout particulier. La malade dont il s'agit offrait un état tellement grave, la structure des parties était si profondément altérée, que l'opération semblait au premier abord hérissée de difficultés insurmontables. Elle fut cependant pratiquée avec un plein succès, et la malade a pu partir pour la province six semaines après, complétement guérie de l'infirmité dégoûtante qui avait déjà profondément altéré sa santé.

OBS. — Mme G... habite Marvejols (Lozère). Elle est âgée de vingt-huit ans, d'une taille au-dessous de la moyenne, d'apparence frêle et délicate. Elle ne présente toutefois aucun vice de conformation; les diamètres du bassin sont en rapport avec sa stature. Elle n'a jamais eu de maladie grave. Les règles se sont établies à quinze ans; depuis cette époque elles ont toujours paru régulièrement.

Mariée à l'âge de vingt-six ans, elle devint immédiatement enceinte. Sa grossesse fut parfaitement normale. Il n'en fut pas de même de l'accouchement, qui ne se termina que par l'application du forceps. Les premières douleurs se manifestèrent à une heure du matin, et acquirent bientôt une grande violence. Deux heures après la poche amniotique se rompit. A sept heures la tête de l'enfant occupait l'excavation; elle se trouvait en position occipito-iliaque droite antérieure. L'accoucheur et la sage-femme s'attendaient à voir l'accouchement se terminer régulièrement d'un moment à l'autre. Cependant, malgré les douleurs énergiques et se succédant à des intervalles très rapprochés, la tête n'avançait pas, et le cuir chevelu, soulevé par une grande quantité de sérosité sanguinolente, formait une tumeur volumineuse entre les grandes lèvres. La malade resta quarante-trois heures dans cette position sans que le médecin et la sage-femme fissent rien pour la délivrer. Ce ne fut qu'après cette longue attente qu'on appela un deuxième médecin, qui termina l'accouchement par une application de forceps. L'enfant était mort depuis plusieurs heures. La délivrance se fit presque en même temps; et dans les premiers moments les suites de l'accouchement furent très simples. Vingt-quatre heures après la malade n'avait pas uriné. Le cathétérisme fut pratiqué, et donna issue à une grande quantité d'urine.

Le lendemain, les urines ne s'écoulant pas d'elles-mêmes, on voulut pratiquer de nouveau le cathétérisme. Ce fut alors qu'on s'aperçut que la vessie était à peu près vide. Le lit de la malade était imbibé d'urine, et on trouva dans les draps un lambeau membraneux de la grandeur d'une pièce de cinq francs, qui avait été expulsé par le vagin. La malade ne s'était aperçue de rien, et avait cru n'être mouillée que par les lochies, qui coulaient avec abondance. Un examen attentif fit alors voir que le périnée et une grande partie du rectum étaient détruits et présentaient une large surface ulcérée, dégageant une odeur gangréneuse et imprégnée de matières fécales délayées dans une urine sanguinolente. En même temps, le doigt porté en haut traversait, au niveau de l'urètre, la paroi antérieure du vagin et pénétrait dans la vessie. Le vagin ne formait plus qu'un cloaque dans lequel se mêlaient l'urine et les matières fécales.

A dater de cette époque la malade perdit continuellement ses urines et eut des selles involontaires. Epuisée par ces différentes lésions, elle resta dix mois dans son lit, et ce ne fut qu'un an après son accouchement qu'elle reprit assez de force pour venir à Paris chercher les soins de M. le professeur Jobert, qui la trouva dans l'état suivant :

Les grandes et les petites lèvres, ainsi que le pourtour de l'anus, sont le siége d'un érythème très vif, et de pustules urinaires occupant la face externe des grandes lèvres et la partie supérieure des cuisses.

A la place du périnée, se voit une large fente intéressant dans toute sa longueur la cloison recto-vaginale. En écartant les lèvres de cette fente on voit à nu la muqueuse du rectum, dont la surface, d'une couleur grisâtre, sécrète une abondante quantité de mucosités fétides. Les lèvres de la perte de substance sont rouges, fongueuses, saignant avec la plus grande facilité. Elles se réunissent en haut à angle aigu, de manière à former une sorte de Λ ouvert en bas, et dont la pointe aboutit à un tissu dur, résistant, comme cartilagineux. Ce tissu constitue une espèce de croissant représenté par une bride cicatricielle saillante dans le vagin, et appréciable seulement par le rectum.

A l'entrée de la vulve, se voit une tumeur rougeâtre de la grosseur d'une petite noix. Sa surface est recouverte d'une muqueuse offrant quelques légères ulcérations. Cette tumeur est constituée par la paroi antérieure de la vessie faisant hernie à travers la cloison vésico-vaginale. On peut s'en assurer en introduisant par l'urètre une sonde à l'aide de laquelle on réduit aussitôt la tumeur. On voit alors la sonde pénétrer dans le vagin à travers une ouverture qui présente l'aspect et les dimensions suivantes :

Elle est transversale, située au niveau du col de la vessie, qu'elle intéresse dans toute son étendue ainsi que les trois quarts postérieurs de l'urètre. Ce canal est réduit à un anneau irrégulier, laissant facilement passer une sonde de femme. En arrière de cet anneau, toute la paroi postérieure du canal est détruite et confondue dans la fistule. Celle-ci présente 0,04 centimètres dans son diamètre transversal. Quant à l'é-

cartement antéro-postérieur, il varie suivant la position de la malade. Toutefois, le doigt indicateur traverse aisément la fistule et pénètre dans la vessie. Celle-ci est évidemment revenue sur elle-même, et offre une capacité beaucoup moindre qu'à l'état normal; il est facile de s'en assurer en y promenant une sonde qui permet de mesurer approximativement le retrait subi par le réservoir urinaire.

Si, introduisant le doigt plus profondément dans le vagin, on cherche à reconnaître l'état du col, on constate encore de nouveaux dégâts. Le doigt est arrêté à deux centimètres et demi environ par un cul-de-sac formé de tissus durs, résistants, cicatriciels en un mot, dans lequel viennent se confondre les parois antérieure et postérieure du vagin. Ce cul-de-sac, constitué par une bride irrégulière, oblique de gauche à droite et d'avant en arrière, est formé d'un tissu cicatriciel épais, dans lequel se trouvent confondus les derniers débris du col utérin, contus et déchiré pendant l'accouchement. Les règles n'ont pas reparu depuis la grossesse.

Il s'agit donc ici d'une double fistule vésico-vaginale et recto-vaginale, avec destruction complète du périnée. La cause n'en est pas douteuse. La tête du fœtus, dont le volume était, à ce qu'il paraît, considérable, a été arrêtée dans l'excavation pelvienne, au-dessus du détroit inférieur; elle est restée pendant près de quarante heures contenue dans le vagin, qu'elle a distendu et comprimé. La violence des contractions utérines, tendant à produire les mouvements de rotation et d'extension sous l'arcade pubienne, n'a abouti qu'à appliquer avec force l'occiput contre la partie postérieure de cette arcade, où il a comprimé étroitement la paroi vésico-vaginale. La grosseur insolite de la tête rendant le dégagement naturel impossible, il en est résulté, au bout de quelques heures, une mortification complète des tissus ainsi comprimés.

Quoi qu'il en soit, Mme G..... ne pouvait plus quitter son lit, d'où s'exhalait une odeur ammoniacale repoussante. Un suintement d'urine continuel baignait les draps, et la malade était obligée de changer plusieurs fois par jour ses alèzes souillées par les matières fécales. Un pareil état était incompatible avec la santé, qui, déjà profondément altérée, ne se soutenait que par l'espérance d'une prochaine guérison.

Après avoir préparé la malade par des soins appropriés, M. Jobert pratique l'opération le 28 mai, en présence de MM. Vernois, Hervez de Chégoin, Arnal, Fiévée et de plusieurs de ses élèves.

La malade est placée sur le bord d'un lit de sangle convenablement consolidé, le siége élevé, les jambes fléchies sur les cuisses et les cuisses sur le bassin. Deux aides écartent les grandes et petites lèvres au moyen de leviers. M. Jobert s'occupe d'abord de réparer la cloison vésico-vaginale. Il commence par pratiquer deux incisions dirigées d'avant en arrière sur la bride cicatricielle formant le sommet de la fente recto-vaginale. Cette double incision dégage aussitôt la partie du vagin située au-dessus de la perte de substance et permet de la dilater, afin d'agir avec plus d'aisance sur la cloison vésico-vaginale. La hernie de la vessie est alors réduite au moyen d'une sonde de femme introduite par l'urètre. M. Jobert, à l'aide d'un petit bistouri et d'une sonde à griffes, procède au ravivement des lèvres de la fistule. Les bords rendus saignants sont affrontés par deux points de suture dirigés d'arrière en avant. Trois incisions intéressant toute l'épaisseur du vagin sont aussitôt pratiquées, deux sur les côtés, une troisième en arrière de la fistule. De cette manière, le chirurgien évite tout tiraillement pouvant relâcher les sutures, et permet au contraire à la paroi vaginale de glisser légèrement pour faciliter l'affrontement des lèvres saignantes.

Restait la partie la plus délicate de cette difficile opération, la réunion de la fistule recto-vaginale. A l'aide du bistouri ou des ciseaux, M. Jobert, procédant comme pour la fistule vésico-vaginale, avive largement les deux lèvres de la fente recto-vaginale. Il s'agissait ensuite de réunir ces deux lèvres saignantes dans toute leur étendue au moyen de fils profondément introduits dans le vagin; M. Jobert y parvint de la manière suivante: Une pince à griffes soutient et tend la partie la plus reculée de la lèvre gauche de la fistule; une longue aiguille montée sur un manche et tenue de la main droite traverse cette même lèvre de dehors en dedans et de gauche à droite, et vient montrer sa pointe au sommet du V que décrit la perte de substance. Cette pointe est saisie avec des pinces plates, l'aiguille est tirée au dehors et entraîne avec elle le fil. Elle est alors montée de nouveau sur le porte-aiguille et portée vers l'autre lèvre, qu'elle traverse en sens opposé, c'est-à-dire de dedans en dehors et de bas en haut. Quatre autres fils sont placés de la même manière, mais avec beaucoup moins de difficultés, et réunissent la plaie dans toute son étendue. M. Jobert pratique ensuite à la partie interne des fesses deux incisions semi-elliptiques profondes, destinées à relâcher les tissus et à faciliter leur glissement. Un pansement à plat est appliqué sur la surface de ces incisions; des lamelles d'agaric sont introduites dans le vagin, et le tout maintenu par un bandage en T.

La malade est mise dans son lit, les jambes écartées et fléchies, soutenues par deux petits coussins placés sous le jarret. Une sonde à demeure est introduite dans la vessie, et donne immédiatement issue à de l'urine sanguinolente. La journée se passe sans aucun accident; à peine y a-t-il un peu de réaction fébrile. — Tilleul s.; potion diacodée.

Le lendemain 29, la malade n'a pas dormi pendant la nuit. La sonde est bouchée par quelques caillots sanguins. Une autre sonde est introduite et donne issue à une ou deux cuillerées d'urine sanguinolente. On enlève les lamelles d'agaric introduites dans le vagin. Pansement des incisions extérieures. Pouls dur, à 80 pulsations. — Limonade, potion diacodée.

Le 30, la malade a parfaitement reposé. La sonde fonctionne très bien; l'urine est à peine striée de quelques filets de sang. La surface des incisions latérales paraît vivement enflammée. La fièvre est très modérée. — Lotions émollientes, deux bouillons de poulet.

Le 31, même état. La surface des incisions est moins enflammée; les urines sont limpides.

Le 5 juin, huitième jour après l'opération, l'état de la malade étant des plus satisfaisants, M. Jobert constate à l'examen l'intégrité des sutures. Les deux sutures paraissent parfaitement réunies. Un des fils appartenant à la suture rectale est enlevé. La sonde marche parfaitement et remplit deux urinals par jour. — Bouillons et potages, eau vineuse.

Le 8 juin, onzième jour après l'opération, deuxième examen: les parties sont dans le meilleur état. L'appétit commence à se faire sentir. — Même régime additionné d'une côtelette.

Depuis l'opération, il n'y a pas encore eu d'envies d'aller à la garde-robe.

Les jours suivants, on s'aperçoit que les urines sont moins limpides et laissent déposer un sédiment calcaire qui incruste les parois de la sonde.

Le 17, vingtième jour, M. Jobert enlève le dernier fil du rectum et un des fils de la vessie. La cloison recto-vaginale est parfaitement rétablie. La malade n'a pas encore été à la selle. M. Jobert prescrit une bouteille d'eau de Sedlitz. La malade, sous l'influence du purgatif, rend dans la soirée une grande quantité de matières fécales accumulées dans l'intestin. Cette évacuation n'a pas lieu sans difficulté. On est même obligé de faciliter avec le doigt le passage de quelques bols de matières fécales durs et volumineux. La nouvelle cloison résiste d'ailleurs parfaitement à cette épreuve, qui n'a pas duré moins de deux heures, et se conserve complétement intacte.

Le 20 et le 22, deux selles normales accompagnées de douleurs assez vives, bien qu'on ait soin d'administrer auparavant un demi-lavement d'eau de guimauve. Les urines sont toujours épaisses et déposent sur les parois de la sonde. — Eau de Vichy aux repas.

Le 25, vingt-huitième jour, M. Jobert enlève le dernier fil de la suture vésico-vaginale. La plaie est parfaitement réunie. Les incisions latérales sont tout à fait cicatrisées. On retire la sonde à demeure. Deux heures après, la malade éprouve le besoin d'uriner et rend par l'urètre une petite quantité d'urine. A partir de ce jour, elle se lève et peut se promener en voiture.

Le 29 juin, trente-deuxième jour, dernier examen fait par MM. Jobert et Hervez de Chégoin. Les deux cloisons sont réparées. La cloison recto-vaginale est épaisse et résistante. Le périnée est parfaitement rétabli et présente à peu près son étendue normale. Toute communication est interceptée entre la vessie et le vagin, qui est parfaitement sec. La malade ne perd plus ses urines quand elle est couchée. Elle sent deux ou trois fois dans la nuit le besoin d'uriner. Quand elle est debout, les besoins sont beaucoup plus fréquents, et la malade est obligée d'y satisfaire dès qu'ils se manifestent sans quoi l'urine s'écoule, le col de la vessie n'ayant pas encore recouvré l'énergie nécessaire pour retenir le liquide accumulé dans la cavité vésicale, dont la capacité est encore peu considérable.

Le vagin présente une profondeur de 2 centimètres et demi, et se termine par un cul-de-sac résultant de la fusion de ses deux parois.

L'état général est des plus satisfaisants.

La malade quitte Paris le lendemain.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. BAILLARGER.

Classification des maladies mentales (1).

(Leçon clinique recueillie par M. H. LEGRAND DU SAULLE.)

DE L'IDIOTIE.

J'ai à vous parler aujourd'hui de l'idiotie. L'idiotie est caractérisée par l'absence plus ou moins complète de l'intelligence due à un vice congénial ou à une maladie accidentelle survenue avant la puberté.

Pendant longtemps l'idiotie a été confondue avec la démence et la stupidité; de là dans les ouvrages anciens cette effrayante proportion d'idiots comparativement au nombre des aliénés. Pinel luimême commit l'erreur commune; mais vint Esquirol, et désormais une ligne de démarcation bien tranchée sépara les déments des idiots.

Les déments n'ont vu décroître et disparaître l'exercice de leurs facultés intellectuelles qu'après en avoir joui, tandis que les idiots n'ont rien perdu, n'ayant jamais possédé; l'abolition de l'intelligence ou son défaut de développement sont, vous le voyez, deux états très différents.

Les idiots ne sont point des aliénés, des malades: ce sont des monstres. L'idiotie est, en effet, une monstruosité par arrêt de développement dans laquelle il y a à la fois absence d'organes et absence de fonctions.

Si l'étude de l'idiotie paraît dépourvue d'intérêt au point de vue pratique, elle n'en est pas moins un curieux sujet d'observation psychologique et médico-légale.

L'idiotie est congéniale ou acquise, sporadique ou endémique. Par idiotie *endémique*, on a voulu désigner le crétinisme; la séance prochaine sera tout entière consacrée à son étude.

Idiotie congéniale. — Des causes de l'idiotie, la première et la plus fréquente c'est l'hérédité, dont on retrouve si malheureusement les traces dans le plus grand nombre des affections du système nerveux. Ainsi les idiots naissent de parents faibles d'esprit, aliénés, épileptiques, sourds-muets ou adonnés à la boisson. Une influence moins fréquente, mais cependant bien avérée, est celle de l'âge des parents. Les parents très âgés ont souvent des enfants idiots. Le médecin de l'Institut des sourds-muets de Paris, M. le docteur Ménière, a remarqué que les mariages contractés entre des jeunes hommes et des femmes d'un âge déjà un peu mûr produisaient assez fréquemment des enfants sourds-muets ou idiots. Il en est de même pour les mariages entre proches parents continués pendant plusieurs générations et par conséquent sans croisement des races. Enfin le vice scrofuleux et le rachitisme, existant à un certain degré chez les deux parents, peuvent causer l'idiotie.

Les influences héréditaires ne découlent pas seulement des ascendants; elles peuvent provenir aussi des collatéraux. J'ai vu à Charenton cinq idiots frères et sœurs faisant partie d'une famille qui comptait huit ou dix enfants dont les autres étaient parfaitement sains d'esprit. Il n'est pas douteux qu'il n'y ait là une influence héréditaire.

Quelquefois l'idiotie et l'aliénation mentale se trouvent réunies chez les enfants d'une même famille. Je me souviens d'avoir vu encore à Charenton une dame aliénée dont le frère était imbécile. Il y a quelques années, j'avais dans mon service une idiote dont le père était imbécile et le frère épileptique.

L'influence héréditaire se manifeste quelquefois très tardivement. J'ai été consulté pour une dame dont l'enfant était idiot; au bout de six ans, la mère devint aliénée. N'est-ce pas une révélation de l'hérédité? Une aïeule perdit la raison plusieurs années après l'invasion de la folie chez sa petite-fille. Evidemment ce sont là des faits exceptionnels, mais il faut en tenir compte.

On a beaucoup insisté sur l'influence que peuvent avoir sur la production de l'idiotie chez l'enfant les émotions morales vives éprouvées par la mère pendant la grossesse. Esquirol en a rapporté plusieurs exemples. Sans rejeter de pareils faits, mon avis est qu'il faut les accepter avec une certaine réserve. A ce sujet, je m'empresse de vous citer un cas assez extraordinaire: une femme enceinte de sept mois entendit un jour, en 1795, un grand bruit dans la rue. Elle ouvrit la fenêtre, et se trouva face à face avec la tête de la princesse de Lamballe, qu'on lui présentait au bout d'une pique; elle fut forcée de l'embrasser. Sa frayeur fut telle qu'elle fut prise de convulsions et accoucha presque immédiatement d'une fille qui s'éleva très bien, et qui épousa un tailleur établi au Palais-Royal. En juillet 1830, cette femme, enceinte à son tour, fut glacée d'effroi par la terrible fusillade qui retentit dans le quartier durant plusieurs heures. Des prêtres et des gardes royaux poursuivis vinrent se réfugier dans son appartement, ce qui ne fit qu'accroître ses angoisses. Peu après ces événements, elle mit au monde une fille, laquelle est idiote et dans mon service. L'influence des émotions morales, même dans ce cas-là, n'est pas très manifeste pour moi, car j'ai découvert qu'une des tantes maternelles de ma malade était imbécile, et qu'une autre était frappée d'aliénation mentale.

Voici un autre exemple: au moment où fit explosion la machine infernale qui faillit tuer le premier consul qui se rendait à l'Opéra par la rue Saint-Nicaise, il se donnait un bal très près de là, auquel assistait la femme, alors enceinte, d'un littérateur assez connu à cette époque. Cette dame eut grand'peur. A peu de temps de là elle accouchait d'un enfant idiot qui, parvenu à un certain âge, posséda de tels instincts musicaux, qu'on le produisit dans plusieurs salons de Paris.

Comme une des causes encore de l'idiotie congéniale, on a parlé de la compression du crâne dans les grossesses gémellaires. Je ne possède pas encore assez de chiffres pour pouvoir établir à ce sujet une loi incontestable, mais je crois qu'une statistique bien faite devrait prouver qu'il y a généralement un idiot sur deux jumeaux.

Les manœuvres de l'accouchement, les vêtements trop serrés de la mère pendant la grossesse ont été signalées comme causes efficientes de l'idiotie, mais cela mérite confirmation.

Idiotie acquise. — L'idiotie acquise est souvent provoquée par les convulsions du premier âge, surtout à l'époque de la dentition; par la maladie désignée sous le nom de fièvre cérébrale, par les coups, les chutes sur la tête et les habitudes onaniaques. L'hydrocéphalie chronique est également une cause très fréquente.

Virey (1) a le premier appelé l'attention des médecins sur l'influence que pouvait exercer la compression du crâne de l'enfant par la coiffure. M. Foville a aussi remarqué que dans le département de la Seine-Inférieure il était d'usage d'appliquer sur la tête des enfants au berceau un bandeau triangulaire, qui finissait par produire l'aplatissement de la tête, et plus tard l'idiotie. M. le docteur Lunier a rencontré dix-huit idiotes ou imbéciles sur trente-huit femmes du département des Deux-Sèvres, dont la tête avait été déformée à peu près de la même manière. Enfin M. Delaye (de Toulouse) a cité un grand nombre d'observations à l'appui de cette proposition.

Symptômes. — Sous le rapport de la symptomatologie, il n'y a pas de limites bien tranchées entre l'idiotie et l'imbécillité: les cas intermédiaires sont nombreux; aussi, pour faciliter les descriptions, allons-nous prendre les deux points extrêmes.

Les idiots sont le plus ordinairement de petite taille; ils ont tout au plus 1 mètre 33 centimètres. La tête, ou petite ou très grosse, est souvent irrégulière et déformée; la face est stupide; les yeux sont sans expression, les paupières rouges; le nez est gros, épaté; la bouche grande, la lèvre inférieure grosse et pendante; la langue est épaisse, souvent hors de la bouche; la salive coule lentement sur la poitrine; le teint est brun, l'aspect de la peau pâle et terreux. Souvent le thorax est mal conformé, la colonne vertébrale déviée; les membres supérieurs sont mal proportionnés, les jambes torses, les articulations volumineuses. L'habitude du corps est caractéristique: les idiots affectent des poses singulières et ont des tics particuliers.

Les formes et le volume du crâne des idiots ont été étudiés avec le plus grand soin par MM. Parchappe, Cerise, Marchant, Desmaisons, Belhomme, et surtout par M. Lélut. Il résulte des remarques faites par ce dernier:

1° Que le crâne des idiots est, d'une manière absolue, plus petit que celui des hommes intelligents;

(1) Voir le numéro du 3 juillet.

(1) *Grand Dictionnaire en 60 volumes*, article ENFANT.

2° Que, proportionnellement à la taille, le crâne est plus petit au dernier degré de l'idiotie, mais plus grand dans les autres ;

3° Que les différences observées dans la diminution crânienne des idiots portent sur la partie postérieure du crâne.

En effet, je vous montrerai dans un instant, sur des idiots qui vont venir, que la moitié antérieure du crâne est aussi développée que dans l'état normal, tandis que le manque de capacité et l'inégalité proportionnelle porteront sur la moitié postérieure.

Ce fait est tout à fait en contradiction avec les données phrénologiques, puisque Gall plaçait le siége de l'intelligence en avant, et que chez l'idiot il y a un aplatissement très manifeste de l'occipital.

Il n'y a point de formes de têtes propres à l'idiotie ; elles sont très variées ; la plupart, pour ne pas dire toutes, sont irrégulières, mal conformées, mais sans type constant. Dans un grand nombre de cas, la tête est *asymétrique*, disposition quelquefois assez difficile à saisir du premier coup d'œil. Ainsi, on constatera une saillie d'un côté, une dépression de l'autre. Vous rencontrerez parfois des têtes d'idiots très larges, tout à fait rondes, ou en forme de pain de sucre. Le front sera aplati, fuyant, n'existera pour ainsi dire pas, ou bien, comme chez une tragédienne célèbre, il sera saillant, proéminent, et formera un angle de plus de 90 degrés.

Au dernier degré de l'idiotie, chez les *automates*, la plus petite trace d'intelligence fait défaut ; à peine trouve-t-on les derniers instincts. Les idiots de cette espèce sont insensibles au froid, à la douleur, restent immobiles à la même place, poussant à peine quelques petits cris inarticulés ; ils n'ont aucune idée, aucune notion, et mourraient infailliblement de faim si on ne leur donnait à manger comme aux enfants ; ils vivent, en un mot, de la vie végétative.

Les idiots sont susceptibles d'aimer et de s'attacher beaucoup aux personnes qui les soignent ; ils témoignent leur satisfaction vis-à-vis d'elles par des gestes, des sons inarticulés, de petits cris ; il y a réellement chez eux un commencement de développement des facultés affectives. On leur a prêté outre mesure un penchant vénérien très prononcé, un manque complet de pudeur, des habitudes onaniaques invétérées. Bon nombre d'idiots ne présentent rien de pareil ; ils ont été, sous ce rapport, un peu calomniés.

Les idiots sont emportés, violents, dangereux même, quand on ne les surveille pas d'une manière constante. L'instinct, le besoin d'imitation domine chez eux à un haut degré, et il en est qui imitent ce qu'ils voient avec une rare perfection. J'ai vu une idiote possédant à peine quelques notions simuler à s'y méprendre des attaques d'épilepsie.

Le sens musical est parfois très développé chez eux. Listz, le célèbre pianiste, est venu jouer à la Salpêtrière ; il a paru faire grand plaisir aux idiotes.

Les idiots, en général gloutons, voraces et malpropres, ont souvent des organes des sens lésés, ils sont sourds-muets, sourds seulement ou strabiques. La sensibilité générale est le plus souvent obtuse à ce point qu'ils paraissent insensibles à la douleur et s'écorchent parfois d'une manière horrible. Esquirol a vu un idiot qui avait fini par se perforer la joue. Les lésions des mouvements sont très remarquables et très importantes. Assez fréquemment les idiots ont des tics particuliers, une sorte de balancement continuel. M. Belhomme, auquel on doit un bon travail sur l'idiotie, a trouvé sur 100 individus de cette classe 5 hémiplégiques simples, 5 hémiplégiques avec atrophie et contracture, 10 paralytiques.

Beaucoup d'idiots sont épileptiques : c'est une fâcheuse complication. Enfin, presque tous ont plus ou moins de faiblesse musculaire. Sur 72 idiots et imbéciles, M. Leuret en a trouvé 34, près de la moitié, dont la faiblesse musculaire était bien sensible.

La moyenne de la vie des idiots est de trente ans. La phthisie pulmonaire ou des affections intestinales sont ordinairement les maladies auxquelles ils succombent.

De l'idiotie à l'imbécillité il n'y a qu'un pas.

L'imbécile est grand ; a le crâne bien conformé, mais une prononciation spéciale, une parole brève, bruyante, saccadée, qui dévoile de suite la maladie. La sphère d'action est plus étendue chez les imbéciles qu'elle ne l'est chez les idiots ; leurs facultés sont plus développées : ils apprennent à lire, à écrire, à compter, à exercer de petits états. M. le docteur Bleynie a vu à Charenton un facteur de violons dont les instruments ont encore aujourd'hui une certaine réputation ; cet homme n'avait pas la moindre intelligence. Lorsqu'il venait à Paris, sa femme était obligée de lui mettre dans les poches de petits paquets d'argent séparés pour chacune des destinations projetées ; il ne s'y fût jamais reconnu sans cela.

Les imbéciles ont généralement des instincts très fâcheux ; ils sont colères, violents, menteurs, vindicatifs, dangereux pour la morale publique.

L'épilepsie est moins fréquente chez eux que chez les idiots ; de plus, ils sont susceptibles de devenir aliénés. La manie et la stupeur ont été observées, des tentatives de suicide ont été faites. Les imbéciles peuvent même tomber dans la démence, car rien n'empêche que cette intelligence incomplétement développée ne puisse s'affaisser encore.

Le développement physique est souvent retardé. En prenant des renseignements auprès des familles, on est tout surpris d'apprendre qu'un imbécile n'a marché qu'à l'âge de cinq ou six ans, qu'une fille n'a été réglée qu'à vingt ans, qu'à trente ans même, comme je l'ai vu.

Lorsque l'éducation est bien dirigée, on peut quelquefois obtenir d'un imbécile une amélioration morale lente. La maladie suit alors une marche décroissante. Si au contraire il n'est fait aucun effort pour amender son état, il finit par s'abrutir de plus en plus, et le peu d'intelligence qu'il avait possédé s'évanouit.

Le diagnostic de l'idiotie est très facile. Le masque de l'idiot, la connaissance des antécédents, la prononciation, sont autant de signes qui viennent puissamment en aide.

Il est beaucoup moins aisé de différencier l'idiotie de l'imbécillité. Là encore il ne faut pas négliger les complications de stupeur ou de manie, les vices de la prononciation ; et comme les indications sont à peu près les mêmes, rien ne s'oppose à ce qu'on suspende le diagnostic.

Le pronostic est des plus graves.

Les caractères anatomiques de l'idiotie présentent quelques particularités importantes : le frontal et l'occipital sont ordinairement plus épais qu'à l'état normal. D'après les recherches de M. Lélut sur le poids de l'encéphale, il résulte qu'en moyenne, chez l'homme sain, le cerveau pèse 1,170 grammes, le cervelet 176, ce qui donne pour la masse encéphalique un poids total de 1,346 grammes. Chez l'idiot avancé, l'encéphale ne pèse que 1,208 grammes, le cerveau 1,043, le cervelet 165 : d'où il résulte que l'encéphale de l'idiot pèse moins que celui de l'homme intelligent. Le plus ordinairement le cerveau n'est point symétrique ; les circonvolutions sont plus petites, moins profondes, quelques-unes même sont indurées ; un ou deux lobes sont comme tronqués, atrophiés. Esquirol a vu des rétrécissements des ventricules et le corps calleux plus court. Dans un cas, M. Parchappe a vu deux circonvolutions passant d'un hémisphère à l'autre, jetées comme un pont sur la scissure médiane pour unir les deux lobes latéraux. M. Ferrus a rencontré une fois une ossification de vingt lignes de diamètre dans le cervelet d'un idiot. L'hydrocéphalie est également très fréquente. Nous mentionnerons enfin de nombreuses déformations du système osseux, des courbures de la colonne vertébrale, des déviations des côtes et du sternum.

L'idiotie étant incurable, le traitement est presque nul. On a pu cependant apprécier à Bicêtre les bons effets d'une excellente hygiène, de la gymnastique et des travaux manuels et agricoles.

BRONCHITE CHRONIQUE.

Traitement par le chlorure ammonique.

M. Delvaux (de Bruxelles) a souvent employé le chlorure ammonique (sel ammoniac, chlorhydrate d'ammoniaque), et il a été frappé des bons effets qu'il produit dans la bronchite chronique. Dans plus de vingt cas qu'il a observés durant l'hiver dernier, il a obtenu, sinon des guérisons complètes, du moins des améliorations des plus notables.

Avant l'emploi du chlorure ammonique, qu'il administre à la dose de 1 à 3 grammes dans les vingt-quatre heures, M. Delvaux donne toujours un purgatif, et il prescrit un régime plus ou moins sévère pendant un ou plusieurs jours. Ce sel provoque ordinairement une forte transpiration, des urines abondantes ; quelquefois, après plusieurs jours de son emploi, il survient un léger mouvement fébrile, qui disparaît quand on supprime le médicament pendant un temps plus ou moins long.

Sous l'influence du chlorure ammonique, la dyspnée diminue, la toux devient moins fatigante, l'expectoration plus facile, moins abondante, l'appétit ne tarde pas à reparaître.

M. Delvaux administre le sel ammoniac d'après les formules suivantes, publiées par lui dans la *Presse médicale belge* :

Pilules avec le chlorure ammonique.

Chlorure ammonique.	5 grammes.
Miel, poudre d'althea, de chaque.	Q. S.

Pour faire 20 pilules. A prendre de 4 à 8 pilules dans les vingt-quatre heures.

Electuaire avec le chlorure ammonique.

Rob de sureau.	120 grammes.
Chlorure ammonique.	1, 2, 3 —

A prendre par cuillerées à café d'heure en heure.

DE L'OPÉRATION DE LA FISTULE A L'ANUS

par l'extirpation du trajet.

Par M. Ad. Richard, chirurgien des hôpitaux.

Depuis mon entrée dans les hôpitaux, ayant presque toujours eu le bonheur d'être placé à la tête d'un grand service, j'ai pratiqué ce genre d'opérations trente fois environ ; je l'ai toujours vu suivi de la même innocuité et des mêmes avantages, et j'espère que plusieurs de nos confrères voudront bien en faire l'essai.

Le malade étant dans la position habituelle, j'introduis le stylet cannelé dans le trajet, dont la longueur varie entre 1 et 2 centimètres, et je fais avec douceur sortir le bec de l'instrument par l'anus. Avec douceur : 1° pour éviter la douleur ; car pour une aussi petite opération je n'administre le chloroforme qu'à mon corps défendant ; 2° pour ne pas déchirer le trajet, ce qui ferait totalement manquer le but du chirurgien.

Un aide refoule fortement en haut la fesse, un autre tend avec beaucoup de soin le pourtour de l'anus, en effaçant et déprimant les téguments dans tous les sens.

Si les parois du trajet sont fermes et l'anus bien déplissé, on pourrait raser avec le bistouri le dessous du stylet par un coup sec et rapide, mais cela est chanceux : le bistouri, dont le dos appuie sur la lèvre anale du côté sain, et dont le tranchant presse l'orifice interne du trajet, peut trouver celui-ci assez mou et dépressible pour le refouler sans le couper, et dans l'effort imprimé, les tissus se déchirant, vous n'avez qu'une extirpation incomplète. Aussi le chirurgien doit *sculpter* l'extirpation avec l'instrument tranchant. Pour cela, ayant enfoncé la pointe du bistouri sous le stylet, au milieu du trajet, il fixe ainsi les tissus et détache la moitié interne du canal fistuleux par deux ou trois mouvements rapides, mais pourtant bien combinés, dans le but de sacrifier le moins possible ; puis, d'un coup sec, la moitié externe est à son tour extirpée.

Quelquefois, si malgré l'assistance des aides les parties ne sont pas assez tendues, j'enfonce sous le trajet un ténaculum, et l'extirpation est pratiquée à loisir, en coupant de dehors en dedans, comme dans toutes les dissections possibles. En un mot, le but du chirurgien doit être d'extirper le canal fistuleux en s'en rapprochant assez pour que la perte de substance soit très petite, en évitant pourtant de rien laisser de la membrane pyogénique du trajet.

Quels sont donc les avantages de cette opération plus difficile à faire, plus longue à supporter, laissant une plaie plus large que l'incision ?

Ces avantages se résument en un mot : *on est dispensé des mèches, et même de tout pansement.*

Il y a déjà bien longtemps que le procès a été fait aux mèches à la suite de l'opération de la fistule anale, et cependant elles sont restées ; comme en effet on conserve dans les opérations ordinaires un demi-canal fistuleux, on a toujours à craindre qu'une cicatrisation du fond de la plaie ne reforme la fistule. Aussi ces corps étrangers, sans cesse souillés par les humidités fétides de la région, sont une cause incessante de douleurs pour le malade et d'inflammation de mauvaise nature pour la plaie, et le pansement, loin d'être protecteur et bienfaisant, devient une sorte de traumatisme continuel.

Chez mes opérés, je ne fais aucun pansement ; des lotions tièdes soir et matin, de simples soins de propreté. Deux heures après l'opération, toute douleur a cessé : l'alitement ne dure que vingt-quatre ou quarante huit heures. Comme il n'y a point de douleur, ni d'inflammation, il n'y a jamais d'accidents ; car la plaie qui résulte du trajet fistuleux extirpé est par sa partie interne enfermée dans l'intestin, par sa partie externe embrassée par la marge de l'anus, et, à tous égards, elle paraît avoir l'immunité des solutions de continuité qui échappent au contact de l'air.

Il faut seulement remarquer que la cicatrisation complète peut se faire attendre très longtemps, plusieurs mois, par exemple, sans que pour cela ni le malade, ni le chirurgien doivent se décourager.

(*Bulletin de Thérap.*)

PILULES FERRUGINEUSES COMPOSÉES.

L'action spéciale des préparations ferrugineuses ne suffit pas toujours à la curation des affections chlorotiques. Ainsi les malades se trouvent bien de l'addition du quinquina ; mais un des résultats de cette médication est de provoquer la constipation : de là l'indication d'ajouter à ces éléments toniques et corroborants quelque substance purgative capable d'en prévenir les résultats. Témoin les bons effets d'une formule semblable donnée, il y a huit années, par M. Bretonneau à une de ses jeunes clientes, en pension à Villiers-le-Bel ; M. Garder, pharmacien de cette petite ville, l'a conservée précieusement et vient la recommander à l'attention des praticiens.

Voici cette formule :

Pr. Fer réduit par l'hydrogène.	16 grammes.
Sulfate de quinine.	1 —
Gingembre pulvérisé.	1 —
Extrait de quinquina jaune.	3 —
Extrait de rhubarbe composé.	3 —
Aloès succotrin en poudre.	0,50 centigr.
Sirop de safran.	q. s.

pour former, selon l'art, 100 pilules, qui doivent être conservées dans un flacon hermétiquement bouché.

La dose est d'une pilule le matin à jeun et une le soir en se couchant ; au bout de quatre jours, en prendre deux le matin et deux le soir. Au lieu de produire la constipation, ces pilules agissent comme laxatives.

(*Bull. de Thérap.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 10 juillet 1855. — Présidence de M. Jobert (de Lamballe).

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Épidémies. — Le ministre du commerce transmet :

1° Un rapport de M. Lamontagne sur une épidémie de variole qui a régné dans la commune d'Aubigny-la-Tour (Vosges) en avril et mai derniers ;

2° Un deuxième compte rendu des épidémies qui ont régné en 1854 dans le département de la Moselle ;

3° Un rapport de M. Defrénois sur les épidémies cholériques de 1849 et 1854 dans le département de l'Oise ;

4° un rapport de M. Albert sur les épidémies qui ont régné dans l'arrondissement de Parthenay (Deux-Sèvres) en 1854.

Le même ministre transmet :

Eaux minérales. — 5° Un rapport de M. le docteur Jaubert, sur le service médical de Gréoulx (Basses-Alpes) pendant l'année 1853 ;

6° De M. le docteur Lafon, sur le service des eaux de Trébas pour la même année;

7° Des demandes d'avis sur deux sources situées l'une à Saint-Renault (Moselle), la seconde à la Herse (Orne).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Rêve et folie. — M. Fée, membre de l'Académie, résidant à Strasbourg, adresse une note sur le rêve et la folie, ayant pour titre: *Le rêve et la folie ont-ils quelques rapports et sont-ils comparables?* M. Collineau est chargé de faire un rapport verbal sur cette communication.

Chaleur animale. — M. Wanner adresse un travail sur la chaleur animale. (Commissaire: M. Poiseuille.)

Les Astèques. — M. Desportes, à l'occasion du procès-verbal, prend la parole pour rappeler à l'Académie qu'il y a en ce moment à Paris plusieurs individus de la tribu américaine des Astèques. Il pense qu'il y aurait opportunité à ce qu'une commission fût chargée de se mettre en rapport avec ces individus pour en étudier les caractères anthropologiques, les mœurs et les usages.

RAPPORT.

Busc dit hygiénique. — M. Bouvier lit un rapport officiel sur un busc inventé par MM. ***, désigné sous le nom de *busc hygiénique*.

M. le rapporteur se livre, à cette occasion, à des considérations historiques très intéressantes sur l'origine des buscs et sur les nombreuses attaques dont ils ont été l'objet de la part des moralistes et des médecins. Il conclut en proposant de répondre au ministre, qui demande l'avis de l'Académie, que le busc dit hygiénique de MM. *** ne présente aucun avantage particulier au point de vue médical. (Adopté.)

M. Robinet insiste, à ce sujet, sur la nécessité de frapper énergiquement sur les nombreux abus que certains industriels font des mots hygiénique, médical, etc. Il cite entre autres exemples celui d'une parfumerie qui s'intitule *parfumerie thérapeutique*.

Quelques membres proposent que les réflexions de M. Robinet soient jointes aux conclusions du rapport et communiquées au ministre.

LECTURES.

Kystes séreux du cou. — M. le docteur Roux (de Brignoles), membre correspondant de l'Académie, lit un mémoire sur les kystes séreux du cou.

Entraîné par la divergence des moyens chirurgicaux indiqués depuis Celse jusqu'à ces derniers temps, dit l'auteur, j'ai varié dans le choix des moyens que j'ai adoptés, et je n'ai pas obtenu les résultats rapides, exempts de danger que l'on doit souhaiter quand il s'agit d'une région composée d'organes pour la plupart essentiels à la vie et de natures diverses. M. Roux se range à l'opinion le plus généralement adoptée sur le siége des kystes séreux dans le tissu cellulaire si abondamment répandu au cou. Mais comment des kystes à surfaces séreuses se forment-ils dans le tissu cellulaire avec tant de facilité chez le fœtus et chez l'adulte dans cette région? C'est ce qu'il s'est proposé d'examiner.

La compression exercée autour du cou par le cordon qui l'entoure souvent dans la vie intra-utérine, celle que produit l'usage d'un col trop serré chez l'adulte, peuvent déterminer une gêne suffisante et provoquer l'inflammation d'un ganglion ou d'un vaisseau lymphatique, qui, en se dilatant, peut servir de base à une poche séreuse ou donner lieu à un épanchement séreux sanguin ou purulent fort limité autour duquel une cavité membraneuse pourra néanmoins s'organiser avec la plus grande facilité dans un milieu si riche en tissu celluleux et si facile à déprimer.

Ces poches, d'abord simples dans leur organisation, acquièrent par la suite de l'épaisseur et un véritable épithélium.

Le liquide contenu varie: ordinairement séreux et transparent dans les kystes à parois de médiocre volume, il devient plus épais et opaque et se trouve chargé d'albumine en quantité variable dans les poches à parois épaisses.

La réaction inflammatoire est faible, lente, dans les kystes à parois minces et de formation récente; elle est violente et menaçante pour la vie des malades dans ceux qui sont par leur ancienneté et leur organisation plus complète riches en vaisseaux sanguins.

L'auteur rapporte deux observations qui lui font penser que la thérapeutique des kystes du cou devrait être modifiée et réglée de manière à éviter les phénomènes inflammatoires que l'on ne peut toujours prévoir. Il résulte en outre pour lui de ces deux observations et d'une foule d'autres que l'on trouve répandues dans divers recueils, que certains kystes sont inertes, tandis que d'autres sont fort irritables, sans qu'on puisse *à priori* prévoir ce qui arrivera après l'incision de leurs parois; que les kystes les plus dangereux à toucher sont situés ordinairement en avant du cou, sur les organes de la respiration.

Enfin, après un mûr examen des procédés mis en usage pour la guérison des kystes du cou, M. Roux exprime l'opinion que l'incision est le plus convenable et le plus facile, mais qu'il faut la rendre dans tous les cas exempte de suites fâcheuses. Pour éviter les accidents signalés dans ce travail, il faut, dit-il:

1° Donner la préférence à une incision modérée et verticale, ou parallèle aux organes voisins;

2° Placer dans les lèvres de la plaie une très petite mèche de linge qui occupe le tiers ou la moitié au plus de son étendue, afin d'éviter la réunion de ses bords et de favoriser l'écoulement du liquide séreux pendant quelques jours;

3° Surveiller attentivement dès les premières heures les parties qui ont été le siége de l'opération;

4° Réserver les cautérisations avec le nitrate d'argent et les injections iodées, qui alternent avec le caustique dans la pratique de quelques chirurgiens de nos jours, pour une époque où l'inflammation aiguë du cou n'est plus à craindre, et en prolonger l'usage jusqu'à la destruction complète des poches séreuses.

Traitement de l'idiotie. — M. Delasiauve, médecin à l'hospice de Bicêtre, lit un mémoire sur le traitement de l'idiotie. On peut se faire une idée de ce travail d'après les conditions qui lui ont donné naissance. Par suite de changements opérés dans la répartition des services de l'asile précité, les épileptiques et les enfants idiots, auparavant médicalement confondus avec les autres aliénés, ont été réunis récemment en une section distincte.

Chargé dès lors de la direction médicale du nouveau service, M. Delasiauve s'est naturellement appliqué, en ce qui concerne les enfants épileptiques et idiots, à rechercher les moyens d'amélioration physique et morale dont au point de vue éducateur ces deux classes intéressantes sont susceptibles.

Envisager l'état présent de l'enseignement des idiots à Bicêtre, émettre les principes qui, selon lui, doivent y présider, en déduire un programme pratique justifié par des exemples, tel est le cercle parcouru par l'auteur.

L'idiot, dit M. Delasiauve, est comparable à un homme mutilé. Utiliser en lui ce qui existe, les germes qu'il possède, comme discernement, aptitudes et moralité, telle est l'unique mission de la charité et de la science. Traitement et éducation sont à son égard synonymes.

C'est dans une thèse remarquable, soutenue en 1824 par M. Belhomme, qu'apparaissent les premiers aperçus intéressants sur le sujet. Reconnaissant parmi les idiots des catégories nombreuses, des nuances infinies, M. Belhomme en déduit la nécessité de diversifier individuellement les modes éducateurs.

M. Voisin, dans un mémoire en 1830 et ultérieurement dans d'autres écrits, a été peut-être plus formel encore.

Il veut que, pour entreprendre l'œuvre du perfectionnement d'un idiot, on ouvre sur sa personne une enquête sérieuse, qu'on approfondisse ses manifestations psychiques, ses penchants, ses expressions sentimentales, qu'on fasse, en un mot, le tour de sa constitution, afin de choisir dans le monde extérieur des leviers qui puissent remuer chez lui quelque chose.

M. Delasiauve raconte comment des débris de l'Institut orthophrénique créé par M. Voisin, rue de Sèvres, à l'imitation de ce qu'avait fait en 1831 M. Falret à la Salpêtrière, et, sous les auspices du conseil général, s'est organisée par les soins de M. Ferrus l'école des enfants idiots et épileptiques de la 5e division de Bicêtre, fondation d'où date le véritable enseignement de ces malheureux déshérités non-seulement en France, mais aux Etats-Unis, en Angleterre, en Prusse, en Suisse, où des instituts analogues furent, sous la salutaire contagion de l'exemple, successivement érigés.

Il est un ouvrage *ex-professo*, celui de M. Séguin, qui ne pouvait être passé sous silence. Tout en rendant pleine justice aux éminentes qualités de ce livre, M. Delasiauve n'en adopte pas néanmoins toutes les doctrines. « Dans la pensée de M. Séguin, dit-il, l'infirmité donnerait lieu plutôt à des variétés de degré que de forme. Mais, contrairement à cet auteur, nous croyons aux idioties partielles, dont il plaisante, et nous préférons à ses indications la règle intelligente résumée dans ce court aphorisme de M. Voisin: « Développer ce qui existe. »

« Le discernement, ajoute-t-il, ne crée point les sentiments, les vocations, les penchants. Il favorise seulement leur manifestation, concourt à leur accroissement, suscite ou tempère leur activité. Il peut être étendu ou restreint, abstractivement de leur force intrinsèque. »

Or, dans l'idiotie, on rencontre les mêmes virtualités, inégalement réparties comme à l'état sain, mais souvent compromises en plus ou moins grand nombre dans le naufrage des facultés supérieures.

Toute pédagogie qui ne tiendrait pas compte de ce fait fondamental manquerait de base et de direction. Il est quelquefois difficile, à la vérité, d'apprécier les germes cachés de l'être dégradé par l'idiotie. Bien des évocations peuvent rester vaines jusqu'à un moment donné où se révèlent fortuitement des possibilités inattendues. Cela tient à des notions mères qui ne se font jour que péniblement à travers les obscurités mentales, et desquelles, une fois acquises, découlent plus ou moins immédiatement d'autres séries de connaissances. Quelques tentatives infructueuses ne doivent donc pas décourager; mais l'expérimentation a aussi ses limites, et vouloir indéfiniment stimuler telle ou telle faculté absente, telle ou telle tendance inerte, serait provoquer des mécomptes, courir après les désappointements.

Là où la conception est nulle ou restreinte, en vain on s'appliquerait à inculquer des idées abstraites. Peu sont capables d'une telle instruction; encore, à l'égard de ces privilégiés, faut-il moins leur démontrer l'art de raisonner que les former par l'exercice soutenu du jugement et de la réflexion à observer exactement et à penser juste.

Quant aux individualités obtuses, la tâche se limite nécessairement aux qualités artistiques sentimentales et instinctives. Assimilable à celle des animaux, l'éducation doit être ici matérielle, parlante et soumise à l'incessante et très variée intervention du maître.

Malgré de louables efforts, ces indications n'ont été à Bicêtre qu'incomplétement satisfaites. Outre les raisons plus haut déduites, le principe de la diversité fonctionnelle n'y a pas été suffisamment compris; on y a trop vu l'idéal de l'éducation ordinaire, la culture de l'intelligence par la lecture, l'écriture, le dessin, etc.

Le professeur, pour un chiffre moyen de 110 enfants dont 95 modifiables à différents degrés, n'a d'autres auxiliaires qu'un certain nombre de moniteurs choisis parmi ces malades, péniblement façonnés à leur rôle, et disparaissent souvent à l'heure où leur concours fructifierait. Comment subvenir ainsi à une éducation qui voudrait être individuelle? Pour les classes d'ailleurs, il est difficile dans une enceinte unique, ne fût-ce qu'en raison de l'incoercibilité des enfants, d'organiser des divisions convenables.

M. Delasiauve insiste fortement sur les inconvénients de l'insuffisance du matériel et du personnel, lesquels ont pour effet l'avortement des élèves qui pourraient profiter, le déplorable abandon de ceux placés aux derniers échelons.

Pour obvier à ces tristes résultats, M. Delasiauve, entre autres clauses de son nouveau programme, proclame la nécessité d'un emplacement plus vaste pour sa section, de bâtiments plus nombreux, et surtout de sous-maîtres instruits en nombre proportionnel aux besoins. Il passe ensuite en revue les divers exercices, jeux ou travaux auxquels ces enfants peuvent s'adonner selon leur âge et leur développement intellectuel, artistique, moral et instinctif.

C'est d'abord, et pour tous, la toilette, la propreté et les soins domestiques, puis la gymnastique des mouvements, des sens, du langage, de l'intelligence, enfin l'appropriation aux divers apprentissages.

M. Séguin avait posé en dogme la domination du maître par l'intimidation. Sans contester qu'en certains cas il ne faille opposer une volonté ferme à la mutinerie, M. Delasiauve croit en général à l'empire des bons traitements, dont les animaux fournissent eux-mêmes la preuve. Le principe de l'émulation est également très fécond; aussi M. Delasiauve assure-t-il que la meilleure éducation particulière rivaliserait difficilement d'avantages avec les enseignements d'une institution en commun bien dirigée.

L'auteur termine son travail en citant un certain nombre d'exemples qui attestent les avantages qu'on pourrait attendre de l'application de ce programme.

(Le mémoire de M. Delasiauve est renvoyé à une commission composée de MM. Falret, Baillarger, Ferrus.)

— A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour voter les conclusions du rapport sur la vaccine.

CONSEIL DE SANTÉ DE GENÈVE.

Le conseil de santé de Genève a reçu de la compagnie des colonies suisses de Sétif, province de Constantine (Algérie), la demande d'ouvrir une inscription pour une place de médecin dans les villages de la colonie.

Indépendamment d'un traitement de 2,000 fr. et d'une indemnité de 800 fr. pour entretien d'un cheval, le titulaire pourra se faire rétribuer par les colons au taux du tarif fixé par le gouvernement français pour ses médecins de colonisation. Il conservera aussi la faculté de donner des soins aux autres habitants du pays.

Il est nécessaire d'être gradué en France.

Les candidats sont invités à s'adresser, dans le plus bref délai, à M. Viguet, vice-président du conseil de santé à Genève.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret impérial du 4 juillet, M. le docteur Natalis Guillot a été nommé professeur titulaire de pathologie interne, chaire vacante par le décès du professeur Requin.

— M. le préfet de Seine-et-Oise vient de procéder à la distribution des récompenses accordées aux médecins gratuits des pauvres pendant l'année 1855. Ces récompenses ont consisté en:

17 médailles d'or de 200 à 500 fr.
53 — d'argent de 10 à 200 fr.
18 — de bronze.

— On voit en ce moment au Jardin des Plantes, dans la rotonde, un jeune taureau ayant six pieds, dont deux qu'il porte sur le dos, et tout à fait supplémentaires. Il est du reste parfaitement conformé et se porte à merveille. (*La Science.*)

— La mer Noire est beaucoup moins salée que la mer Méditerranée. Les analyses du docteur Marcet ont établi que la pesanteur spécifique de ses eaux est d'un centième au moins inférieure à la pesanteur spécifique des eaux des mers arctiques et antarctiques, des mers de l'équateur, de la mer Jaune et de la mer Méditerranée; qu'elle est inférieure de 0,005 à la pesanteur des eaux de la mer Blanche et même de la mer de Marmara, et de 0,001 à la pesanteur des eaux de la Baltique.

L'eau de mer résultant de la fonte des glaces donne 1,00057, et l'eau de la mer Noire donne à peine 1,01418.

Les anciens connaissaient cette infériorité de salure, et même ils l'exagéraient jusqu'à regarder les eaux du Pont-Euxin comme un bassin lacustre.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues à la Faculté de médecine de Montpellier par MM.:

Fargues, de Toulouse (Haute-Garonne); *Du rhumatisme au point de vue clinique.*

Bottaro, de Syra (Cyclades); *Considérations cliniques sur la nature et le traitement du rhumatisme aigu.*

Bernard, né à Saverdun (Ariége); *De la fièvre intermittente simple.*

Vovard, de Soulac (Gironde); *Essai sur la gastralgie considérée surtout au point de vue du diagnostic et du traitement.*

Marchant, de Dijon (Côte-d'Or); *De la circoncision au point de vue historique, hygiénique et chirurgical.*

Facieu, de la Bastide de Levis (Tarn); *Quelques mots sur la fistule lacrymale.*

Moufflet, de Rochefort (Charente-Inférieure); *Essai sur les modifications que peut apporter à l'opération de la kélotomie la présence de l'épiploon dans la tumeur.*

Robbe, de Sangatte (Pas-de-Calais); *Quelques observations sur la dénudation des os à la suite des plaies contuses.*

Poizat, d'Avignon (Vaucluse); *Quelques considérations sur l'emploi de la saignée pendant la grossesse.*

Labayle, de Bagnères-de-Bigorre (Hautes-Pyrénées); *De l'inertie de l'utérus pendant l'accouchement.*

Toutes les thèses soutenues à la Faculté sont annoncées dans la *Gazette*; celles qui sont remises à notre bureau sont analysées dans un des numéros qui suit la remise.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de la Société de chirurgie. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Maladies régnantes. Affections scorbutiques. — Transposition du cœur et des viscères constatée pendant la vie. — Hémorrhoïdes. Cautérisation avec la pâte de Vienne. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, séance du 4 juillet. Rapport sur les travaux de la Société pendant l'année 1854-1855. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 13 JUILLET 1855.

La plus grande partie de la séance du 4 juillet de la Société de chirurgie a été consacrée à la lecture du compte rendu de ses travaux de l'année.

Nous ne voulons pas ici faire l'éloge de ce travail en tous points remarquable, dont nous ne publions que la première partie dans ce numéro; il suffit d'ailleurs de jeter un coup d'œil sur le rapport de M. Marjolin pour en saisir toute l'importance. Comment pourrait-il en être autrement, lorsqu'il s'agit des travaux d'une Société qui renferme dans son sein les chirurgiens les plus éminents de la capitale, dont tous les savants de la province et de l'étranger briguent à l'envi le titre de correspondants, dont les mémoires sont recherchés des corps savants du monde entier; qui reçoit en communication les travaux les plus importants sur tous les points de la chirurgie, lesquels sont pour ainsi dire soumis à son contrôle, et qui sont examinés avec la plus scrupuleuse attention et la plus complète impartialité? — Dr A. Jamain.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Maladies régnantes. — Affections scorbutiques.

On a entretenu depuis peu le public médical de faits de scorbut ou d'affections plus ou moins analogues qui se seraient manifestés dans les hôpitaux militaires, dans quelques hôpitaux civils et même en ville. Nous avons eu nous-même l'occasion d'observer tout récemment plusieurs cas de purpura hémorrhagique, d'ecchymoses spontanées ou de suffusions sanguines plus ou moins considérables qui, sans constituer, à proprement parler, l'affection scorbutique, s'en rapprochent cependant par quelques caractères communs. Disons un mot d'abord des cas de scorbut observés dans les hôpitaux militaires.

M. le docteur Tholozan a signalé dans le dernier numéro de la *Gazette médicale* l'existence d'un certain nombre de cas de scorbut depuis environ deux mois au Val-de-Grâce. Ces cas de scorbut, si tel est le nom qu'on doive leur conserver, ont cela de remarquable, qu'ils ne développent pas en même temps tous leurs symptômes caractéristiques, et qu'ils pourraient, par conséquent, être facilement méconnus par les médecins qui n'ont pas une certaine habitude d'observer cette affection. C'est en comparant ces faits avec ceux qu'il a été à même d'étudier récemment à Constantinople sur les soldats de l'armée d'Orient que M. Tholozan a pu en déterminer le véritable caractère. En voici les traits caractéristiques principaux.

L'un des caractères les plus importants des maladies scorbutiques, l'altération des gencives, manque ou est peu prononcé. L'état pathognomonique des gencives lui a paru être plus souvent, au début de la maladie, l'anémie que la congestion sanguine.

Les pétéchies existent dans un certain nombre de cas, elles se développent et se généralisent très facilement dans certaines circonstances; mais elles manquent dans un grand nombre de cas. Elles sont alors remplacées par un état particulier de la peau, qui devient sèche, rugueuse, quelquefois insensible, qui perd ses poils, etc. Les taches violacées ou brunâtres de la peau sont assez rares. Les suffusions sanguines profondes et diffuses des membres n'existent que dans le dixième des cas. Il est bon de faire remarquer que quelques-uns de ces phénomènes caractéristiques ne sont appréciables que pendant un certain temps.

Mais à côté de ces symptômes qui sont le produit direct de la disposition hémorrhagique, et qui manquent, ainsi qu'on vient de le voir, dans un assez grand nombre de cas, M. Tholozan en signale une autre série dont l'interprétation n'est pas aussi généralement connue, mais qui ne s'en rattache pas moins, suivant lui, au scorbut. Ces symptômes, qui paraissent s'être montrés plus constamment que les précédents, sont une teinte jaune et un peu terreuse de la peau du visage, l'œdème de la face, soit seul, soit accompagné d'œdème du cou, du tronc, des bourses, de la partie supérieure des cuisses; l'œdème des jambes, la flaccidité des muscles des mollets, l'induration des muscles cruraux et jambiers, les douleurs des membres pelviens, etc.

De notre côté, disions-nous, nous avons observé depuis quelque temps quelques cas de purpura hémorrhagique et de suffusions sanguines sous-cutanées dans les hôpitaux civils. Nous signalerons, entre autres, deux cas très remarquables de purpura qui ont eu lieu simultanément à l'Hôtel-Dieu, l'un dans le service de M. Trousseau, le second dans le service de M. Rostan. Chez ces deux malades, il y avait des taches hémorrhagiques extrêmement confluentes couvrant la presque totalité du corps et d'abondantes hémorrhagies. L'affection a cédé dans ces deux cas à l'emploi du quinquina et des boissons acidules. Ces deux faits sont trop remarquables, surtout sous le point de vue thérapeutique, pour que nous ne devions pas y revenir plus tard avec de plus amples détails.

Aujourd'hui même nous avons été témoin dans le même hôpital de deux faits qui offrent quelques analogies avec ceux qui précèdent.

Une femme d'un certain âge, entrée dans le service de M. Rostan, n'accusant autre chose qu'un peu d'oppression et de toux (elle a du catarrhe avec emphysème), a frappé tout d'abord l'attention par la teinte cachectique de la peau, qui semblait accuser une affection organique profonde. L'examen le plus attentif n'a rien fait découvrir; mais, au bout de peu de jours de séjour à l'hôpital, il est survenu une quantité de petites ecchymoses sur les membres et particulièrement sur les membres inférieurs.

Le second cas est beaucoup plus curieux, et nous a offert un spécimen de suffusions hémorrhagiques tel que nous n'en avions jamais vu d'exemple. C'est une toute jeune femme, de petite stature, au teint anémique, d'apparence chétive et délicate, qui présente sur le sein droit et sur la jambe et la cuisse du même côté de larges suffusions sanguines d'un rouge vif, au centre desquelles on voit de profondes ecchymoses qui tranchent par leur couleur ardoisée sur le fond rouge de ces larges plaques, comme celles-ci tranchent par leur vivacité sur le fond général pâle et décoloré de la peau. On dirait, au premier coup d'œil, de larges plaques érysipélateuses sur le centre desquelles on aurait appliqué de l'onguent mercuriel. C'est ce qui peut donner l'idée la plus exacte de l'aspect que présentent ces suffusions sanguines. Il n'y a, du reste, aucune élevure à la peau, ni aucun changement dans sa température. La malade accuse quelques douleurs dans le siége des ecchymoses. Mais l'apparition de ces larges taches sanguines se fait presque sans douleur; elle n'en est avertie que par une légère sensation de picotement. Ajoutons que cette jeune femme, accouchée il y a quatre mois, n'a point revu ses règles depuis. Elle a eu aussi quelques saignements des gencives, qui n'offrent en ce moment d'autre altération qu'une décoloration anémique très prononcée, comme les lèvres et toutes les muqueuses.

D'après la *Gazette hebdomadaire* d'aujourd'hui, on observerait également en ce moment à la Salpêtrière une fréquence insolite d'hémorrhagies et de suffusions sanguines profondes. Le même journal rapportait, il y a peu de temps encore, une observation de scorbut recueillie dans le service de M. Grisolle et communiquée par M. O. Masson, interne du service.

Enfin, il nous a été adressé hier par M. le docteur Montanier une observation très intéressante de fièvre typhoïde compliquée de choléra asiatique, de scorbut et de contractures musculaires douloureuses, que nous publierons incessamment.

Quelle relation y a-t-il entre tous ces faits? Leur manifestation simultanée n'est-elle que le résultat d'une simple coïncidence fortuite ou bien accuse-t-elle une influence étiologique commune? C'est ce qu'il serait intéressant de rechercher si ces faits venaient à se multiplier. Nous nous bornons pour le moment à les signaler à l'attention de nos lecteurs.

Transposition du cœur et des viscères constatée pendant la vie.

Les annales de la science contiennent un assez grand nombre d'exemples authentiques et parfaitement observés de transposition des viscères. Mais dans la plupart de ces cas, la singulière anomalie dont il s'agit n'a été constatée qu'à l'autopsie ou n'a été que soupçonnée seulement pendant la vie. M. de Beauvais, chef de clinique à l'Hôtel-Dieu, vient d'en observer un cas très curieux dans le service de M. Rostan. C'est, à notre connaissance, la constatation de ce genre la plus exacte et la plus complète qui ait été faite sur le vivant. Nous reproduisons textuellement l'observation que M. de Beauvais a bien voulu nous communiquer, ainsi que les réflexions très judicieuses dont il l'a fait suivre.

Augustine L... entre à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Rostan (salle Saint-Antoine, n° 20), pour une métrorrhagie abondante occasionnée par la présence d'un corps fibreux dans l'utérus.

Cette femme, âgée de cinquante et un ans, d'une taille au-dessus de la moyenne, d'une bonne santé habituelle et d'une vigoureuse constitution, accuse en ce moment des palpitations violentes, des étouffements, une faiblesse très grande, qu'elle rapporte aux pertes de sang survenues à chaque époque menstruelle depuis plusieurs mois.

Une teinte jaunâtre, véritable couleur de cire, répandue sur le visage et sur le corps, les muqueuses décolorées, indiquent un état prononcé de chloro-anémie.

L'examen particulier du thorax et des organes qu'il contient nous révèle une anomalie de situation aussi curieuse que tranchée.

La poitrine, de prime abord, semble normalement développée; mais par une inspection attentive, on constate une légère voussure à droite, depuis la quatrième articulation synchondro-sternale jusqu'à la sixième. Les espaces intercostaux sont élargis.

Si l'on applique la main sur la région antérieure gauche du thorax, à la région précordiale, il est impossible de sentir battre en un point quelconque la pointe du cœur. Si l'on reporte la main à droite, l'impulsion systolique est immédiatement perçue avec un léger frémissement vibratoire, à trois centimètres en dedans du mamelon droit, entre la sixième et la septième côte correspondantes.

A gauche, la percussion, même profonde, donne un son pulmonal parfaitement dur, depuis la première côte jusqu'à la septième.

A droite, par contre, on trouve une matité bien circonscrite à partir de l'articulation de la deuxième côte jusqu'au niveau du sixième espace intercostal, ayant 9 centimètres de hauteur sur 6 de largeur.

L'auscultation fait entendre à gauche des battements normaux, distincts, mais éloignés. A mesure que l'on se rapproche du côté droit, les battements et les bruits du cœur deviennent plus sensibles et plus appréciables; là le cœur est évidemment sous la main et sous l'oreille, tandis qu'à gauche ce n'est qu'un écho.

On perçoit encore, à droite, nettement un souffle râpeux au premier temps et à la pointe; le deuxième bruit est dédoublé. A la base, souffle doux, se prolongeant dans l'aorte de droite à gauche sous le sternum.

En arrière de la poitrine, du côté droit, on retrouve les battements du cœur; ils n'existent pas à gauche. Dans cette région, la colonne vertébrale présente à son tiers supérieur une incurvation latérale dont la convexité légère est tournée à gauche.

L'examen de la situation des viscères de l'abdomen vient me confirmer l'existence d'une transposition complète et fort intéressante, qui me permet d'ajouter ce nouveau fait aux autres exemples de dexiocardie ou transposition congénitale et primordiale du cœur à droite, selon l'expression de M. Bouillaud.

En effet, immédiatement au-dessous du sixième espace intercostal droit, où l'on sent le choc de la pointe du cœur, la percussion fait reconnaître le son caractéristique stomacal, qui s'étend dans toute la région de l'hypocondre correspondant jusqu'à l'épigastre.

Latéralement on limite avec facilité le volume de la rate, qui n'a pas moins de 14 centimètres de hauteur sur 8 de largeur.

Au niveau de la sixième côte gauche, commence une matité qui descend jusqu'au rebord des fausses côtes, et cesse à la région épigastrique; elle mesure 9 centimètres en hauteur sur 15 de largeur.

Le bord tranchant du foie est appréciable par le palper profond de l'abdomen, qui me permet aussi de constater sur la ligne médiane la présence de l'aorte au-devant de la colonne vertébrale.

La fosse iliaque gauche est le siége d'une sonorité tympanique assez marquée. On obtient un peu de gargouillement à la pression; submatité et absence de gargouillement à droite.

Cette femme n'a jamais eu de pleurésie, de pneumonie ni de rhumatisme. Elle a commencé à éprouver des palpitations en 1852, époque à laquelle un médecin lui apprit pour la première fois que son cœur était situé à droite.

Elle nous affirme être gauchère de naissance; mais cette tendance a été corrigée avec peine par la contrainte de se servir du membre droit, qui lui était imposée par ses parents. Aujourd'hui notre malade est ambidextre; mais il y a quelques années elle était couturière, et elle avoue qu'elle employait de préférence la main

gauche pour coudre. Elle ignore si dans sa famille quelqu'un de ses ascendants présente un déplacement du cœur analogue au sien; quant à ses enfants, elle s'est assurée que le cœur bat à sa place habituelle.

— La déviation simple du cœur à droite est moins rare qu'on ne pourrait le croire. Baron, au rapport de Billard, en aurait présenté plusieurs exemples à l'Académie royale de médecine; mais il ne faut pas la confondre avec la transposition des viscères. M. Bérard rappelle en effet que le cœur peut être situé à droite sans que les viscères aient changé de place. Breschet, dans son savant mémoire sur l'ectopie du cœur, a recueilli quatre cas semblables; aussi M. Isid. Geoffroy Saint-Hilaire les exclut-il des soixante cas de transposition qu'il rapporte sous le nom d'hétérotaxie.

Parmi les faits célèbres de cette curieuse déviation organique, je citerai les suivants :

En 1686, Méry eut l'occasion de disséquer un soldat des Invalides affecté d'un renversement des viscères. A ce propos, le grand Leibnitz composa les quatre vers suivants :

La nature peu sage, et sans doute en débauche,
Plaça le cœur au côté gauche;
Et de même, *vice versâ*,
Le cœur à droite plaça.

Maximilien Stoll (*Méd. prat.*, t. Ier) dit, dans un cas de mort à la suite d'un ictère noir, avoir trouvé, par un jeu extraordinaire de la nature, tous les viscères, tant de la poitrine que de l'abdomen, changés de place.

Béclard, en 1816 (*Bull. de la Faculté de méd. de Paris*), cite un exemple de transposition.

Le fait certainement le plus curieux est celui que rapporte M. Bouillaud, et qui a été publié en 1824 par M. le docteur Dubled dans le tome VI des *Archives générales de médecine*. On en jugera par les détails de l'autopsie, qui semblent s'appliquer de tous points à notre propre observation. Je ne saurais mieux faire que de transcrire cette intéressante et exacte description :

« Le cœur occupait dans le côté droit de la poitrine la place qu'il occupe ordinairement dans la cavité gauche; il se dirigeait de gauche à droite, de manière que sa base regardait la partie gauche de la poitrine, tandis que sa pointe répondait à l'intervalle des sixième et septième côtes droites. Le ventricule droit était à gauche, et réciproquement. La partie interne du ventricule droit, ainsi située à gauche, recevait l'oreillette droite, dans laquelle venaient s'ouvrir les deux veines caves, situées l'une à côté de l'autre, sur le côté gauche de la ligne médiane. De la base de ce même ventricule naissait l'artère pulmonaire, dont la branche qui va ordinairement au poumon gauche se rendait au poumon droit, tandis que la branche affectée normalement à ce dernier poumon se distribuait au poumon gauche. A la base du ventricule gauche, placé à droite, on voyait en dehors l'oreillette gauche, regardant comme lui à droite; en dedans l'aorte qui, dirigée obliquement de bas en haut et de gauche à droite, venait se courber au-dessous de l'extrémité sternale de la clavicule droite. Elle formait ainsi une courbure dont la convexité, tournée en haut et à gauche, donnait naissance successivement à un seul tronc, d'où partaient un peu plus loin : 1° l'artère carotide primitive gauche et la sous-clavière du même côté; 2° l'artère carotide droite; 3° la sous-clavière droite.

» Après avoir fourni ces trois troncs, l'aorte se courbait de haut en bas, et descendait jusqu'à la troisième vertèbre lombaire en suivant le côté droit de la colonne vertébrale.

» Le poumon droit n'offrait qu'une scissure, et conséquemment que deux lobes, tandis que le gauche présentait trois lobes et deux scissures.

» La veine azygos, placée dans le côté gauche de la poitrine, venait s'ouvrir dans l'oreillette droite transposée à gauche.

» Transposé également, le diaphragme présentait à gauche l'anneau fibreux qui donne passage à la veine cave ascendante, tandis qu'à droite il donnait passage en avant à l'œsophage, et en arrière à l'aorte.

» L'œsophage se rendait à l'estomac en se dirigeant obliquement de haut en bas et à droite.

» La grande courbure de l'estomac regardait en bas, en avant et à droite, tandis que la petite courbure de cet organe était tournée en arrière, à gauche et en haut. La grosse tubérosité, ou le grand cul-de-sac de l'estomac, occupait l'hypocondre droit, où se trouvait également la rate, qui en occupait la partie la plus profonde. La petite extrémité de l'estomac, tournée à gauche, donnait naissance au duodénum, qui, d'abord dirigé obliquement de bas en haut et de droit à gauche, se recourbait au-dessous de la vésicule du fiel, descendait jusqu'au-dessus du rein gauche, puis enfin se recourbait de nouveau pour marcher transversalement et venir se terminer sur la partie latérale droite de la deuxième vertèbre lombaire, en donnant la naissance au jéjunum. Ce dernier et l'iléon étaient renfermés dans la duplicature du mésentère, lequel, partant de la partie latérale droite de la deuxième vertèbre lombaire, venait se terminer dans la fosse iliaque gauche, où l'iléon, en se dilatant, donnait naissance au cæcum. De l'extrémité supérieure de ce dernier intestin ainsi situé dans la fosse iliaque gauche, partait le côlon ascendant. L'appendice cæcal était jeté sur le côté gauche de l'excavation pelvienne. Le côlon ascendant montait dans la région lombaire gauche jusqu'au bas-fond de la vésicule du fiel, et là se courbait de haut en bas pour marcher transversalement de gauche à droite, en formant l'arc du côlon. Enfin, ce dernier, arrivé dans l'hypocondre droit au-dessous de la rate, se courbait de de haut en bas pour descendre dans la région lombaire droite, et former le côlon descendant. Cette troisième portion du côlon, parvenue au-devant de la symphyse sacro-iliaque droite, se plongeait dans le petit bassin pour former le rectum, qui offrait une direction inverse de celle qu'il présente ordinairement.

» Le pancréas était placé transversalement au-devant de la colonne vertébrale, de telle sorte que sa tête, ou grosse extrémité, était tournée à gauche, tandis que sa queue regardait à droite.

» Enfin, le foie occupait l'hypocondre gauche; son grand lobe était tourné à gauche, tandis que son lobe moyen, situé à droite, recouvrait un peu le grand cul-de-sac de l'estomac. »

D'après les faits d'hétérotaxie déjà observés, il est donc permis, pendant la vie, après avoir nettement constaté l'inversion des principaux viscères, cœur, foie, rate et estomac, de conclure *à priori* à l'inversion complète et symétrique des autres organes. Aussi, dans l'observation que je publie, la direction du cœur, la pointe en avant et à droite, la base à gauche et en arrière, la situation de l'estomac et de la rate à droite, du cæcum et surtout du foie à gauche, m'autorisent pleinement à admettre une inversion tout à fait analogue au cas vérifié par M. Bouillaud.

Je rappellerai en terminant, comme fait physiologique important, l'incurvation de la colonne vertébrale, et surtout la tendance évidente, naturelle, caractéristique de la malade à se servir de la main gauche; tendance que l'éducation de famille seule a pu corriger par une contrainte journalière. Néanmoins, il est toujours resté, comme par une sorte de protestation accusatrise, la faculté d'être ambidextre, et d'utiliser, au besoin, la main gauche aussi bien que la droite dans les ouvrages les plus délicats et les plus difficiles à l'usage des femmes.

Hémorrhoïdes. Cautérisation avec la pâte de Vienne.

Un jeune homme d'une constitution robuste est entré le 22 juin dernier dans le service de M. Jobert (de Lamballe), à l'Hôtel-Dieu, pour se faire débarrasser d'hémorrhoïdes qui lui causaient de vives souffrances et qui étaient la source d'hémorrhagies répétées. Interrogé sur ses antécédents, ce jeune homme dit qu'après avoir quitté les travaux des champs, il y a cinq ans, pour venir exercer à Paris une profession sédentaire, il en est résulté une habitude de constipation opiniâtre à laquelle il n'a opposé aucun traitement. Il y a trois ans, il s'aperçut pour la première fois de la présence du sang dans ses selles; il n'avait encore alors aucune tumeur à l'anus. L'écoulement de sang parut d'abord tous les mois avec une certaine régularité, durant deux ou trois jours. Bientôt il revint toutes les semaines. Il n'a paru des tumeurs extérieures que depuis un an, et leur apparition eut lieu avec un mouvement fébrile qui ne cessa qu'à la suite d'un écoulement sanguin. Chaque molimen depuis s'est constamment accompagné de fièvre, malaise général, inappétence.

Bref, au moment où le malade est entré à l'hôpital, on voyait à la marge de l'anus trois petites tumeurs hémorrhoïdales dont la surface ne laissait suinter au moment de l'examen qu'une faible quantité de sérosité fétide.

En introduisant le doigt dans l'anus, on sentait, à 3 centimètres de hauteur environ, quelques autres tumeurs formant un bourrelet supérieur, tout prêt à s'ajouter au bourrelet externe sous l'influence des efforts de défécation, ou d'une congestion un peu prolongée de la partie inférieure de l'intestin.

Le malade est habituellement constipé. Les efforts considérables qu'il est obligé de faire déterminent alors un prolapsus de la muqueuse, qui forme autour de l'anus un bourrelet de la grosseur du doigt indicateur. Pendant ces efforts, il ressent des douleurs extrêmement vives. On trouve, en effet, au sommet d'une des petites tumeurs hémorrhoïdales une fissure longitudinale, dont la présence explique parfaitement le sentiment de déchirure qui accompagne la défécation.

Enfin, ce malade nous apprend que la constitution hémorrhoïdaire est habituelle dans sa famille, et que son père et ses frères sont comme lui porteurs d'hémorrhoïdes.

En présence des accidents sérieux qui viennent d'être exposés, c'est-à-dire du retour périodique et à intervalles très rapprochés de congestions hémorrhoïdaires qui s'accompagnaient chaque fois de douleurs extrêmement vives, de fièvre, d'un malaise considérable, d'inappétence, d'une gêne extrême dans les fonctions de la défécation, et enfin d'hémorrhagies fréquentes et de plus en plus abondantes, le malade étant doué d'ailleurs d'une bonne constitution, M. Jobert a pensé qu'il y avait lieu à pratiquer une opération propre à détruire ce paquet hémorrhoïdal. Quelle était la meilleure méthode à suivre en pareil cas? Nous croyons devoir reproduire ici les considérations cliniques qui ont déterminé le choix de la cautérisation par la pâte de Vienne auquel s'est arrêté M. Jobert.

Les auteurs ont émis des opinions toutes différentes sur la nature des hémorrhoïdes. M. Récamier, adoptant les idées de Ledran, voit dans les hémorrhoïdes des tumeurs formées par un tissu aréolaire, spongieux, dans lequel viendraient aboutir des ramifications artérielles.

Cette opinion, qui jouit de quelque faveur, fit bientôt place à celle qui regarde les hémorrhoïdes comme des tumeurs formées par la dilatation des ramuscules terminaux des veines mésaraïques. Ces idées, avancées par Morgagni et Abernethi, ont été soutenues et démontrées en Angleterre par Hodgson; en France, par MM. Ribes, Blandin et Jobert.

M. Jobert a poussé chez des sujets hémorrhoïdaires une injection mercurielle dans les veines mésaraïques, et a fait arriver pardessus cette première injection une autre injection au suif coloré. Il a pu démontrer de cette manière dans la muqueuse du rectum un lacis vasculaire extrêmement riche. Une autre injection poussée de la même manière dans les artères permet de constater de larges communications entre les deux ordres de vaisseaux. Au niveau des tumeurs hémorrhoïdales, le liquide injecté s'accumule et leur donne un volume considérable.

Les hémorrhoïdes ne sont donc autre chose que des varices rectales des ramuscules terminaux de la mésaraïque. L'augmentation de volume des rameaux artériels explique d'ailleurs les hémorrhagies à caractère artériel qui avaient induit Récamier en erreur.

Procédant ensuite à la dissection des tumeurs, M. Jobert a trouvé de dehors en dedans la peau ou la muqueuse épaissie dans certains cas, amincie dans d'autres; quelquefois une fausse membrane entre la veine et la muqueuse ou la peau. Cette fausse membrane, plus ou moins épaisse, recouvre la veine, dont les parois présentent des états différents. En dehors de la veine se trouvent les fibres allongées du sphincter interne qui peuvent invaginer les hémorrhoïdes.

Les divers procédés opératoires employés pour détruire les hémorrhoïdes se réduisent à trois chefs : l'excision, la ligature, la cautérisation. Ils sont trop connus pour que nous nous arrêtions à les décrire.

L'excision des hémorrhoïdes a le grave inconvénient d'être suivie d'hémorrhagies, d'inflammations, de phlébite. On a cherché à remédier aux hémorrhagies en cautérisant au fer rouge ou en tamponnant le rectum. Mais cette pratique elle-même n'était pas exempte d'accidents. Dans un cas où l'autopsie fut pratiquée, le côlon était distendu par des caillots.

M. Jobert a pratiqué longtemps l'excision. Mais il avait soin de couper les tumeurs à petits coups et de lier à mesure les vaisseaux qui se présentaient. Malgré ces précautions, il faillit perdre un malade de phlébite. Depuis ce temps, il s'est arrêté à la cautérisation.

La cautérisation au fer rouge prévient sûrement l'hémorrhagie. Elle n'expose pas à la phlébite; mais elle laisse souvent après elle des rétrécissements incurables. Aussi M. Jobert lui préfère-t-il la cautérisation à l'aide du caustique de Vienne. Pour pratiquer cette opération, on entoure la base des hémorrhoïdes d'une petite cupule composée de deux lames métalliques recourbées sur le plat et réunies par une charnière. On recouvre alors l'hémorrhoïde d'une couche mince de caustique préparé en consistance assez ferme. Au bout de cinq minutes, l'hémorrhoïde est flétrie.

Cette cautérisation est complétement innocente. Un de ses premiers effets est de coaguler le sang dans la tumeur. Elle permet d'éviter tous les accidents que produit la constriction des tumeurs pratiquée au moyen d'un fil ou d'instruments variés, constriction qui donne lieu quelquefois à des phénomènes tellement graves qu'ils ont pu faire croire dans certains cas à un véritable étranglement.

Cette opération est peu douloureuse, et les malades les plus timides la supportent toujours facilement. Jusqu'ici elle a toujours été couronnée de succès entre les mains de M. Jobert, et n'a amené à sa suite aucun accident. C'est celle qu'il a pratiquée chez ce malade. Nous en ferons connaître le résultat. — Dr Brochin.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 4 juillet 1855. — Présidence de M. Huguier.

Rapport sur les travaux de la Société pendant l'année 1854-1855.

M. Marjolin donne lecture du résumé des travaux de la Société pendant le cours de l'année qui vient de finir. Il s'exprime ainsi :

Messieurs et chers collègues,

En obligeant la Société de chirurgie à faire chaque année un compte rendu de ses travaux, ses fondateurs avaient bien compris que la meilleure preuve de l'emploi du temps est dans le résultat, et que devant un juge aussi sévère que le public il faut autre chose que des phrases sonores; il faut des faits. Tel est le règlement qui nous a été sagement imposé; et maintenant, si vous réfléchissez aux obligations que vous avez contractées par vos publications antérieures, vous comprendrez combien chaque année la tâche de votre secrétaire devient plus difficile; car il doit montrer à tous que non-seulement vos travaux ont une suite, un but, mais que vos recherches, loin de se ralentir, se poursuivent avec une persévérance et une activité incessantes.

L'année dernière, trois grandes questions avaient occupé la majeure partie de vos séances; cette fois les discussions ont porté sur un plus grand nombre de points, et la série seule des opérations graves forme un ensemble assez considérable pour en faire presque le chapitre principal de ce compte rendu.

Je commencerai par les opérations qui se pratiquent sur le système vasculaire.

Sur quelques ligatures d'artères. — Bien qu'il ne se passe pas d'année sans que l'on ait à enregistrer quelque cas de ligature d'une artère importante, il se présentera, je crois, rarement à votre observation, dans un aussi court espace de temps, une série semblable à celle dont il va être question.

Trois cas de ligature de la carotide primitive et une de la carotide externe vous ont été communiqués.

L'une de ces ligatures avait été pratiquée il y a deux ans par M. Maisonneuve pour une tumeur cancéreuse. La seconde a été faite par M. Bertherand, médecin principal de l'hôpital d'Alger. C'était dans un cas de plaie d'arme à feu compliqué de fracture du maxillaire supérieur

et du temporal gauches. Dans le troisième fait, communiqué par M. Richet, il s'agissait d'arrêter une hémorrhagie consécutive à un coup de couteau dans la région cervicale.

C'est à la suite de ces trois observations si intéressantes que s'est élevée une discussion sur les accidents immédiats ou consécutifs qui accompagnent assez souvent la ligature de la carotide primitive. M. Maisonneuve, insistant sur la gravité de cette opération, a dit qu'il avait observé la gangrène du cerveau et l'hémiplégie instantanée. Resterait maintenant à connaître d'une manière précise combien de fois il avait constaté ces accidents; car en présence de pareils résultats l'opération serait bien autrement grave qu'on ne le pense, et courrait risque d'être abandonnée.

C'est alors qu'on lui a opposé plusieurs faits prouvant que lorsque la ligature des deux carotides primitives est faite à un intervalle de temps suffisamment éloigné, ces accidents n'ont pas lieu, et on a rappelé l'observation communiquée à la Société par M. Robert. Il résulterait en outre des recherches statistiques faites par M. Giraldès dans les ouvrages de M. Velpeau, de Norris, de Waren et Ellis, que l'hémiplégie, loin d'être un accident fréquent, ne s'est jamais manifestée dans six cas de ligature des deux carotides.

Ainsi donc, ces complications si graves et de nature à compromettre l'existence du malade, ne sont heureusement pas aussi fréquentes qu'on pourrait le croire; et leur crainte, bien que fondée, ne doit pas détourner le chirurgien d'entreprendre une opération légitimée par un bon nombre de succès.

Mais, outre ces désordres faciles à expliquer par le trouble subit de la circulation cérébrale, il y a d'autres phénomènes qui ont été presque constamment observés; ce sont l'aphonie brusque, signalée déjà par M. Robert, et l'affaiblissement, la raucité de la voix, notés par MM. Bertherand et Richet. Il est difficile d'admettre que la ligature du pneumogastrique soit la cause de ce changement dans la voix; car dans tous les cas qui vous ont été rapportés, l'artère avait été soigneusement isolée. Comment donc l'expliquer?

MM. Richet et Verneuil, se fondant sur les recherches de M. Cl. Bernard, ont pensé que ces troubles dans la phonation pourraient bien dépendre de la lésion de quelques filets du grand sympathique. Pour M. Huguier, la lésion porterait sur un plexus formé par les filets de communication entre le nerf récurrent et le nerf laryngé supérieur; et comme ce plexus est en rapport dans toute sa hauteur avec l'artère carotide qui le recouvre en dehors, il est exposé à être compris dans la ligature.

Maintenant, comme suite naturelle de ces grandes opérations, je vous citerai le fait de ligature de la carotide externe pratiquée avec succès par M. Richard, pour un anévrisme faux consécutif de la région parotidienne.

Et puisque nous en sommes aux ligatures et aux plaies des artères de la région du cou, permettez-moi de mentionner en passant un fait que je ne saurais plus classer convenablement dans la suite de ce compte rendu, et qui, par sa rareté, ne saurait être oublié. Il vous a été communiqué par M. Giraldès; il s'agit d'un anévrisme artérioso-veineux de l'artère carotide et de la veine jugulaire interne, causé par un coup de feu.

Ce fait mentionné, si nous reprenons l'histoire des ligatures, nous trouvons dans une observation de M. Maisonneuve quelques tentatives de compression; il s'agissait d'un anévrisme poplité. La compression ayant été tentée sans succès, il fut obligé de recourir à la ligature de l'artère fémorale, la gangrène se manifesta et le malade mourut.

Ce fut à propos de cette communication que M. Broca prit la parole pour développer tous les avantages de la compression faite convenablement. Mais comme nous aurons à revenir sur cette nouvelle méthode à l'occasion du fait de M. Depaul, je n'insisterai pas sur la discussion, et j'arrive à une observation de M. Letenneur (de Nantes). Cette fois nous allons voir, à la suite de la ligature d'un anévrisme spontané de la grande musculaire de la cuisse, la récidive se manifester promptement et nécessiter une nouvelle opération.

Cette récidive, dont il y a un assez bon nombre d'exemples, a fourni à M. Broca l'occasion d'émettre la proposition suivante, proposition qui par son importance mérite d'être étudiée avec grand soin. Suivant notre collègue, dans les anévrismes spontanés, la récidive serait plus fréquente après la ligature qu'après la compression, soit intermittente, soit continue. Il attribue cette différence au mode d'action du traitement, qui ralentit et suspend le cours du sang sans amener l'oblitération de l'artère au point où elle est comprimée.

Abordant alors en plein la question, il a développé tous les avantages que la nouvelle méthode peut apporter au traitement des anévrismes, et dans une analyse aussi rapide que complète, il a retracé tout l'historique des travaux entrepris en Angleterre sur ce sujet, et afin que rien ne manquât à l'exposé, il vous a soumis les instruments construits sous sa direction par M. Charrière. Dire maintenant que la compression est infaillible, et qu'on peut désormais se passer de la ligature, ce ne serait pas la conclusion qu'il en faudrait tirer; mais l'importance de la question est telle qu'on ne saurait trop engager tous les membres de la Société à réunir tous les faits de ce genre qui leur seraient personnels ou dont ils pourraient avoir connaissance.

La discussion en était là, et il nous tardait à tous de voir un succès, lorsque M. Depaul vous a présenté un malade guéri dans l'espace de cinq jours d'un anévrisme poplité par la compression directe alternante.

Certes, il y a quelques années, si quelqu'un fût venu dire devant un corps savant : Je viens de guérir en cinq jours un anévrisme poplité, sans autre moyen qu'une pelote bien appliquée sur l'artère fémorale, on eût douté. Aujourd'hui le doute ne peut plus exister, car vous avez vu le malade. Il ne reste donc plus qu'à donner à cette méthode toute l'extension dont elle est susceptible, et la chirurgie aura fait une conquête de plus.

Tout ce qui touche au mode de cicatrisation des artères, tout ce qui est relatif à la formation, à l'étendue du caillot sanguin a une telle importance en chirurgie, et a été étudié avec tant de soin par les modernes, qu'il semblerait qu'il n'y a plus rien à ajouter. Cependant, malgré l'état avancé de la science sur ce point, M. Notta (de Lisieux) a trouvé moyen de vous lire un travail intéressant sur l'étendue du caillot par rapport à la première collatérale. La discussion a prouvé que si dans la majorité des cas il remonte au-dessus, il existait aussi des exceptions, et M. Robert vous a cité des faits dans lesquels le caillot manquait.

Une autre question essentiellement pratique, puisqu'elle indique au chirurgien le lieu où il doit placer la ligature, c'est celle de la friabilité des extrémités artérielles dans les plaies enflammées. Elle a été soulevée à l'occasion du travail de M. Notta et à la suite d'une communication de M. Chassaignac. Il s'agissait cette fois de la ligature de l'artère humérale pour une hémorrhagie consécutive à l'écrasement d'un doigt, compliqué d'inflammation phlegmoneuse de la paume de la main. Cette opération, qui eut un plein succès, a prouvé de nouveau combien il importe, en pareille circonstance, de ne pas tenter la ligature des deux bouts du vaisseau dont les tuniques sont enflammées, et combien la méthode d'Anel est préférable.

A l'appui de cette opinion, M. Robert a cité plusieurs faits de sa pratique, des plaies d'artères de l'avant-bras ou de la main; constamment la ligature de l'artère humérale a été suivie de succès. Ainsi, loin de redouter la gangrène du membre, ce qu'on devrait peut-être le plus craindre c'est encore le retour trop prompt de la circulation.

La ligature de l'artère principale d'un membre étant toujours une opération grave, il n'est pas étonnant que quelques objections aient été faites à cette méthode, et que M. Broca ait demandé s'il ne vaudrait pas mieux essayer d'abord de la compression, et dans le cas où cette méthode échouerait pratiquer, comme cela a déjà été fait, un large débridement, pour lier les deux extrémités de l'artère dans un point déjà éloigné de l'inflammation.

Maintenant que je vous ai rappelé l'histoire de plusieurs ligatures importantes, permettez-moi de vous dire quelques mots d'une opération encore à l'état de projet. De même que la pensée du chirurgien le dirige toujours vers la simplification du manuel opératoire, sans cesse elle est tourmentée par le désir de reculer les limites du possible. Il n'y a pas bien longtemps encore, la ligature de l'artère principale d'un membre était une opération rare; actuellement, au contraire, non-seulement c'est un fait qui se renouvelle souvent, mais nous voyons que chaque jour on tend à se rapprocher de plus en plus de l'organe central de la circulation. Ne soyons donc pas étonnés si devant vous il a été question d'un nouveau procédé de la ligature de l'aorte abdominale. Et comme d'ailleurs les succès en chirurgie ont quelquefois dépassé toutes les prévisions les plus rationnelles, il ne faut pas repousser les recherches faites dans le but de simplifier ou de rendre possibles des opérations que des cas désespérés peuvent seuls légitimer.

Malgré les insuccès d'Astley Cooper, de James (de Dublin) et de Murray, la pensée de lier l'aorte abdominale n'a pas été abandonnée; seulement dans les procédés nouveaux on a cherché à ne pas intéresser le péritoine. C'est pour cela que MM. Gerdy et Monteiro ont proposé de faire l'incision en arrière du flanc gauche, et que M. Fano, dans la modification qu'il vous a soumise, incise encore plus en arrière dans le point choisi par M. Amussat pour faire l'entérotomie lombaire. De cette manière, comme M. Gosselin l'a dit dans son rapport, l'opération serait plus facile et le pus ne pourrait pas séjourner dans la plaie.

Sur quelques procédés pour l'ablation partielle ou totale de la langue. — Je vous ai dit dès le commencement que je consacrerais un long paragraphe à la médecine opératoire; ne vous étonnez donc pas si je passe brusquement et sans transition de la ligature des artères à l'ablation de la langue, force m'est bien de le faire pour vous suivre.

Autant que possible dans toutes les opérations il faut faire en sorte d'agir librement sur les organes qu'on attaque; de là le précepte dans certaines tumeurs de la face d'ouvrir largement le sinus maxillaire, de là aussi le conseil donné en 1844 par notre collègue M. le professeur Sédillot de pratiquer la section du maxillaire inférieur pour faciliter l'extirpation de la langue. Depuis, ce procédé a été généralement adopté, et MM. Huguier et Maisonneuve vous ont fait part d'opérations semblables. Mais, comme cela est assez habituel, il arrive qu'on paye un avantage par un inconvénient; or voici ce qui est à craindre, c'est que la mobilité des deux fragments ne s'oppose à leur réunion. C'est pour parer à cet inconvénient que M. Sédillot pratique maintenant deux sections en coin dans le sens horizontal de la mâchoire, de cette façon il résulte une sorte d'emboîtement. Nous ajouterons que M. Huguier, en répétant la même opération en 1850, préoccupé également d'immobiliser les fragments, y était parvenu en traversant profondément les gencives avec une des aiguilles à suture.

On en était sur le chapitre des opérations pratiquées sur le maxillaire inférieur, lorsque inopinément vous avez vu surgir une question fort curieuse et citer les faits les plus opposés en apparence aux idées actuellement en cours dans la science.

Comment se comporte la langue chez les individus qui ont subi une perte considérable de la mâchoire inférieure soit à la suite d'une opération régulière, soit à la suite d'un accident? Vous savez tous que l'on s'accorde à dire que, lorsque les insertions des génioglosses sont détruites, la langue tend à se rétracter en arrière, ce qui fait craindre de voir les malades périr d'asphyxie et ce qui a motivé certains préceptes de M. Bégin dans le procédé opératoire.

M. Richet a soulevé cette question à propos de malades opérés par M. Maisonneuve et chez lesquels la langue, bien loin de se rétracter, pendait au dehors.

Si aujourd'hui il était encore besoin d'insister sur l'utilité des réunions scientifiques semblables à la nôtre, je pourrais prendre ce fait pour exemple. Comment! voici un point capital de la médecine opératoire qui a été vérifié par des hommes expérimentés, et tout récemment vous entendiez citer des faits opposés! Mais où donc est l'erreur? où donc est la vérité? Dans des cas semblables, vous le comprenez, chacun ne peut apporter qu'une somme assez restreinte d'observations, les opérations de ce genre n'étant pas de celles qui se pratiquent journellement : il a donc fallu, pour vérifier une assertion en quelque sorte contraire aux lois de la physiologie, que chacun fît appel à ses souvenirs.

M. Larrey vous a dit qu'il avait été plusieurs fois témoin de la projection de la langue en dehors dans des cas de mutilation de la mâchoire inférieure; M. Maisonneuve, qui n'a jamais observé l'accident décrit par M. Bégin, s'est demandé si, en cherchant à réunir de suite les deux extrémités de l'os, le rétrécissement de la cavité buccale ne refoulait pas la langue en arrière.

M. Fleury, également témoin de la projection de la langue en dehors, vous a dit qu'il croyait que les muscles qui la portent en arrière n'ont d'action sur elle qu'autant qu'elle est sortie de son équilibre stable. Restait donc à trouver des faits en rapport avec ce que M. Bégin avait observé; eh bien! M. Richet vous a dit qu'il avait vu dans le service de M. Jobert, au troisième jour d'une résection de la mâchoire inférieure, survenir cette rétraction de la langue en arrière et qu'il avait eu beaucoup de peine à la ramener en avant : dans ce cas, a-t-il ajouté, on ne pouvait pas invoquer le rapprochement des fragments osseux, la perte de substance étant trop grande pour qu'on pût y songer.

Après des observations aussi contradictoires, il devenait intéressant d'examiner de nouveau les malades qui avaient subi des opérations ou qui avaient été mutilés, et la Société n'a rien négligé pour s'éclairer dans cette circonstance; plusieurs blessés vous ont été présentés, et une commission a été nommée pour examiner les opérés de M. Maisonneuve.

M. Larrey vous a fait voir un artilleur qui dans une tentative de suicide s'était brisé la mâchoire inférieure et perforé la langue. Chez ce blessé, au moment de l'accident et après la résection des fragments osseux, la langue était restée pendante. Outre ce malade, notre collègue vous a montré plusieurs dessins rappelant des faits analogues, l'un appartenant à la pratique de Dupuytren, l'autre à celle de M. le docteur Hutin, chirurgien en chef des Invalides. En dernier lieu, il vous a présenté le buste d'un artilleur dont la mâchoire inférieure avait été enlevée par un éclat de bombe. Chez ce malade, qu'il avait soigné à Anvers, non-seulement la langue n'était pas rétractée en arrière, mais elle pendait au-devant du cou. Le blessé ne remédiait à ce déplacement et ne dissimulait l'énorme perte de substance que l'autoplastie n'avait pu combler qu'à l'aide d'un masque fort bien confectionné. Résumant sa pensée sur ce point, M. Larrey vous a dit que, malgré ces ablations traumatiques sans rétraction de la langue, il ne fallait pas affirmer qu'il en fût de même dans les résections de la mâchoire, puisque le contraire avait été observé. En conséquence, il y aurait là une distinction à établir, et les préceptes donnés par M. Bégin seraient loin d'être inutiles.

M. Michon, à son tour, au nom de la commission, vous a rendu compte des malades de M. Maisonneuve, et vous a dit qu'il n'avait pas constaté de rétraction de la langue en arrière; il a ajouté que trois fois il avait eu lui-même occasion de faire la section de cet organe en détachant ses attaches en avant, et dans aucun cas il n'avait été témoin d'accidents de suffocation. Des faits qu'il a observés, il conclut que trois conditions peuvent se rencontrer :

1° L'immobilité de la langue;

2° Son obéissance aux lois de la pesanteur;

3° La projection tantôt dans un sens, tantôt dans un autre, suivant la position des parties.

Pour M. Verneuil, qui a fait des recherches sur ce sujet, il pense qu'on pourrait ainsi classer les divers modes de rétraction de la langue : tantôt elle est primitive, spasmodique ou due au mode de pansement; d'autres fois, elle est consécutive et a lieu plus ou moins promptement; dans ce cas alors elle amène l'asphyxie d'une manière inévitable. C'est donc une terminaison funeste qu'il faut prévoir et pour laquelle la trachéotomie pourrait être employée, comme Lallemand (de Montpellier) en avait donné l'exemple.

Sur quelques désarticulations des membres inférieurs. — L'attention que l'on a dirigée depuis quelques années sur les divers procédés d'amputation ou de désarticulation des membres inférieurs me fait un devoir de vous entretenir des diverses communications qui vous ont été faites sur ce sujet.

Parmi les plus intéressantes, il faut citer le travail de M. le professeur J. Roux (de Toulon) sur la désarticulation tibio-tarsienne. Cette opération, que notre honorable collègue a cherché autant que possible à faire entrer dans la pratique générale, doit être comparée dans ses résultats avec l'amputation sus-malléolaire; et c'est surtout lorsqu'on a le choix entre les deux opérations qu'il faut bien réfléchir sur cette question. Car si on fait attention au temps qui s'écoule entre la cicatrisation complète dans l'amputation sus-malléolaire et à celui qui est nécessaire dans la désarticulation du pied, on voit que dans ces derniers cas les malades sont exposés pendant bien plus de temps à tous les accidents d'une plaie en suppuration. Et si on veut objecter qu'on ne fait qu'une simple désarticulation, on peut répondre aussi qu'il a fallu assez souvent retrancher les apophyses malléolaires.

Si maintenant, après avoir tenu compte de cette nouvelle complication, on arrive à étudier les résultats définitifs, on voit, comme vous avez pu vous en convaincre par l'exposé que M. Verneuil vous a fait de ce nouveau procédé opératoire, que, même après la cicatrisation complète, il peut survenir des accidents dus à la compression du nerf tibial postérieur; aussi a-t-on proposé son excision. Malgré cette modification, les opinions sont encore partagées, et les doutes ont été corroborés par le fait de M. Gosselin. Vous avez vu la pièce; on ne pouvait rien alléguer contre la première opération, qui avait été très bien faite, et cependant le malade, se trouvant dans l'impossibilité de marcher, vint réclamer de M. Voillemier l'amputation de la jambe.

Hâtons-nous cependant de dire que si la désarticulation du pied n'est pas encore jugée, c'est à M. J. Roux que la chirurgie est redevable de l'attention dirigée aujourd'hui vers ce point, et de tous les procédés opératoires proposés le sien est sans contredit le meilleur.

Une autre question importante qui a été cette année encore le sujet de votre étude, c'est celle des amputations partielles du pied.

Malgré tous les avantages du procédé de Chopart, on lui reproche de ne pas donner toujours un moignon convenable pour marcher. Cet inconvénient, qui n'est pas sensible dans les premiers temps, va toujours croissant par suite de l'action du tendon d'Achille; de telle sorte que, pour y remédier, on est quelquefois obligé, comme l'a fait M. Larrey, d'en pratiquer la section. Il y a cependant moyen d'éviter cet inconvénient et de rendre au procédé de Chopart toute sa supériorité; c'est de suivre le précepte sur lequel Blandin, MM. Sédillot et Lenoir ont tant insisté, en un mot, de conserver au lambeau le plus d'épaisseur possible, afin d'obtenir à la partie antérieure une sorte de bourrelet. Vous avez vu dernièrement sous les yeux un malade opéré en 1849 par Blandin, il marchait sans la moindre difficulté; chez lui, comme chez le malade de M. Sédillot, M. Lenoir vous a fait remarquer l'existence d'un bourrelet considérable au-devant du moignon.

Il me serait encore facile de prolonger ce chapitre sur les désarticulations, car je pourrais vous entretenir d'un mémoire de M. le professeur Heyfelder sur la désarticulation coxo-fémorale, qu'il regarde comme moins dangereuse que l'amputation dans la continuité; j'aurais aussi à vous parler d'un fait très intéressant de désarticulation de l'épaule par M. Philippe (de Bordeaux); mais, malgré moi, je suis forcé d'abréger.

Dans tout ce qui précède, nous venons de voir le chirurgien recourir à des opérations pour combattre une maladie qui menace l'existence; dans ce qui va suivre, nous allons le voir prévenir les accidents et faire en quelque sorte une opération préservatrice. Il s'agit de la cure radicale des hernies chez l'homme et chez la femme.

De la cure radicale de la hernie. — Arriver à pouvoir rendre à un homme adonné à de rudes travaux toute la force, toute l'agilité qu'il avait avant d'être blessé; le dispenser de porter un appareil toujours gênant, quelquefois impuissant à maintenir refoulée la masse intestinale; prévenir enfin l'étranglement et ses suites funestes, c'est un beau problème à résoudre. Ne nous étonnons donc pas si à plusieurs époques les chirurgiens ont cherché sa solution par des moyens bien opposés et souvent bien dangereux, et que malgré l'abandon où la cure radicale de la hernie était en quelque sorte tombée, elle ait été reprise dans ces derniers temps avec une nouvelle ardeur. C'est aux efforts persévérants de M. le professeur Gerdy que la science est redevable de ces nouvelles recherches.

Deux grandes méthodes subdivisées en une foule de procédés sont actuellement en usage. L'une consiste à provoquer l'adhérence du sac par l'injection d'un liquide irritant; la seconde, et c'est celle dont l'idée première appartient en entier à notre honorable collègue, est celle dite par invagination. C'est elle qui a donné naissance à un si grand nombre de procédés.

Ce fut vers 1830 que M. Gerdy commença ses premiers travaux; depuis lors, constamment préoccupé de ce sujet, il a perfectionné les instruments, simplifié le manuel opératoire, et est enfin arrivé aux résultats dont vous avez été en partie témoins: aussi, sous ce rapport, ses communications ont été doublement intéressantes. Son but, en opérant, n'est pas seulement d'oblitérer le sac et l'anneau, mais aussi le canal par lequel la hernie se fait.

Dans un résumé de ce genre, il serait trop long de vous rappeler par quelles transitions M. Gerdy a passé, de vous décrire tous les instruments qu'il vous a montrés; il me suffisait de vous signaler le but qu'il voulait atteindre, et il y est arrivé. J'ajouterai qu'il ne s'est pas borné à vous citer des cas de guérison, il a fait plus; il vous a soumis l'un des malades, et vous avez pu constater, outre une véritable guérison, les modifications que subit la cicatrice après de longues années.

Comment obtient-on la cure radicale de la hernie? Est-ce par l'oblitération du canal à l'aide de la peau refoulée? M. Gerdy ne le pense pas; pour lui, il y a une rétraction inflammatoire des tissus cellulaire et fibreux du canal et de ses anneaux.

Trop d'intérêt se rattachait naturellement à cette question de médecine opératoire préservatrice pour que, l'impulsion étant donnée, elle ne fût pas suivie; aussi avez-vous vu dans le savant mémoire que M. le professeur Rothmund (de Munich) vous a adressé qu'il n'a pas compté moins de seize modifications qui peuvent être, comme l'a dit M. Broca dans son rapport, ramenés à trois procédés généraux:

1° Le procédé de M. Gerdy, dans lequel l'invagination est maintenue par des points de suture;

2° Le procédé de M. Wutzer; ici l'invagination est maintenue à l'aide d'un instrument qui doit rester en place dans le canal inguinal jusqu'à ce que la peau ait contracté des adhérences solides avec les parois de ce canal;

3° Enfin le procédé du séton, appartenant à M. Mösner.

Maintenant, si on se demande jusqu'à quel point ces divers procédés et leurs nombreuses modifications sont exempts de danger, comme cette question malheureusement n'a pas été débattue dans la Société, je me contenterai de citer les chiffres: M. Gerdy n'a perdu qu'un malade sur 100, et M. Rothmund dit que sur 140 opérés il n'a eu aucun décès.

La hernie est-elle sujette à reparaître? La vérité est qu'elle peut se montrer de nouveau; mais si on n'a pas obtenu de cure radicale, on aurait au moins une diminution dans la tumeur.

La seconde méthode, qui est celle des injections irritantes, a été conseillée par M. Velpeau. Plus tard, M. Jobert l'a mise en usage, et tout récemment M. Maisonneuve, continuant ces tentatives, a modifié le procédé de la manière suivante: au lieu d'une simple ponction faite dans le sac, il le traverse de part en part avec un trocart, puis retirant un peu la canule, il déplisse entièrement le sac sur celle-ci, et ce n'est que lorsqu'il la sent libre dans sa cavité qu'il pousse l'injection.

M. Follin vous a parlé d'une autre modification. La hernie étant réduite, il fait la ponction, retire le trocart sans bouger la canule, puis laissant ressortir la hernie, il obtient ainsi une dilatation assez brusque du sac, de telle sorte que l'extrémité de la canule devient libre dans son intérieur.

Quelle est la valeur de cette seconde méthode? MM. Maisonneuve, Follin et Boinet n'ont pas encore pu se prononcer; le temps seul pourra résoudre la question, et il restera en outre à voir quels seront les accidents consécutifs.

Un seul mot avant de terminer ce paragraphe: c'est que jusqu'ici l'opération de la cure radicale de la hernie n'a été pratiquée que sur des adultes, et qu'il faut bien se garder de la faire chez les enfants.

De la chirurgie réparatrice.— Après nous être occupés d'opérations destinées à prévenir des accidents, il est assez naturel que nous parlions de celles qui ont pour but, moins de remédier à une difformité que de préserver la plupart du temps un organe de sa perte complète, ou de rétablir ses fonctions. Telles sont les diverses opérations pratiquées par MM. Sédillot, Denonvilliers et Michon pour remédier à des ectropions, à des cicatrices vicieuses de la bouche ou des joues, ou pour remédier à des pertes de substance après l'ablation de cancroïdes. Dans ce cas, l'autoplastie est en quelque sorte le complément obligé de l'opération. C'est dans un cas de ce genre que M. Alquié (de Montpellier) a modifié très heureusement le procédé de Chopart pour la restauration de la lèvre inférieure.

Envisagée de la sorte, l'autoplastie n'est plus une opération de complaisance; elle est même indispensable. Vous n'avez pas oublié que plusieurs fois déjà, dans cette Société, l'autoplastie a été présentée comme devant prévenir la récidive sur place des tumeurs malignes, et ce point de pratique est trop important pour que chacun d'entre nous ne fasse pas tous ses efforts pour le vérifier.

C'est encore à la chirurgie réparatrice qu'appartient le mode de traitement proposé par M. Cloquet dans les divisions du voile du palais, qui consiste à porter à des intervalles éloignés un fer rouge dans l'angle de la plaie. Mais pour que cette méthode réussisse, il faut entre chaque cautérisation un espace de plusieurs semaines; autrement, comme l'a fait observer M. Larrey, on ne donne plus au tissu inodulaire le temps de se former, et le procédé, au lieu d'être utile, devient un agent de destruction. Du reste, M. Cloquet ne s'est pas contenté d'un appel à ses souvenirs, il vous a montré un malade chez lequel la cautérisation a presque entièrement remédié à une large division du voile du palais. C'est pour atteindre le même but que M. Fano a proposé la cautérisation périphérique.

Opérations pratiquées dans les cas de plaie de la trachée. — Il est des fistules pour lesquelles on voudrait bien plus fréquemment profiter des ressources de l'autoplastie, ce sont les fistules aériennes; malheureusement des circonstances particulières s'opposent assez souvent à leur obturation.

M. Richet, en vous parlant d'un individu qui s'était coupé complétement la trachée entre le quatrième et le cinquième anneau, vous a dit que lors de l'accident il y avait eu impossibilité de rapprocher les deux bouts du canal aérien à l'aide de fils, et que toute tentative de réunion n'amenant que la suffocation, force avait été d'abandonner à elle-même cette plaie, qui présentait un écartement de plus de 6 centimètres. La seule précaution qu'il ait dû prendre a été de faire porter au blessé une canule articulée et à soupape plongeant dans le bout supérieur et dans le bout inférieur, précaution indispensable pour s'opposer au rétrécissement progressif de la trachée. C'est dans cet état que le malade vous a été présenté, et jusqu'à ce jour il a été impossible de tenter aucune autoplastie.

Ce fait a amené M. Fleury à vous parler d'un malade de M. Reynaud (de Toulon), chez lequel il y avait le même écartement des deux portions de la trachée, de plus le bout supérieur avait fini par s'oblitérer complétement. Ce blessé avait été examiné en 1828 par M. le docteur Martineuq, chirurgien de 1re classe de la marine, et lui avait suggéré l'idée d'un mémoire qui renferme d'intéressantes considérations physiologiques sur la voix.

Enfin, pour compléter la série des observations de ce genre, M. Houel vous a cité le fait si curieux observé à Berlin par le docteur Breslau dans la clinique du professeur Langenbeck.

Nous trouvons dans le *Moniteur* quelques données statistiques sur la durée moyenne de la vie humaine comparée à diverses époques et dans divers pays, que nos lecteurs parcourront avec intérêt.

En France, il meurt au bout de la première année un sixième des individus; au bout de deux ans il en est mort un cinquième; au bout de quatorze ans, un tiers; au bout quarante-deux ans, la moitié; au bout de soixante-neuf ans, les trois quarts; au bout de soixante-douze ans, les quatre cinquièmes; au bout de soixante-quinze ans, les cinq sixièmes.

Avant 1789, Duvillard calculait que sur 100 hommes, 50 arrivaient à 20 ans; depuis 1789 il y a progrès marqué, et les observations de Bienaymé, de 1823 à 1831, prouvent que le chiffre de 50 est remplacé par celui de 60.

Demontferrand dit que sur 100 hommes, 7 arrivent à 80 ans, 2 à 85, 1 à 89; et que sur 1 million, il n'y a que 640 nonagénaires (de 90 à 99 ans). Mathieu voulait qu'il n'y en eût que 491, dont 9 seulement de 97 ans et 4 de 99.

Les centenaires, suivant Duvillard et Demontferrand, existent dans la proportion de 2 sur 10,000. Il y a des pays privilégiés. Ainsi, à Carlisle, en Ecosse, Milne compte 9 centenaires sur 10,000 individus. A Paris, il en meurt un tout au plus chaque année.

Benoiston de Châteauneuf ayant observé 15 millions d'existences, trouve que 44 sur 100 vont jusqu'à 30 ans, 23 jusqu'à 60, 15 jusqu'à 70, 4 1/2 jusqu'à 80, et 44/73 jusqu'à 90.

Maintenant la vie moyenne, en France, semble être 39 ans 8 mois. Il y a vingt ans, Bienaymé ne l'évaluait qu'à 36 ans; Demontferrand la représentait par 33 ans 8 mois. En 1817, elle n'était que de 31 ans 3 mois; avant 89, suivant Duvillard, que de 28 ans 9 mois; et Villermé établit qu'à Paris elle était, au 18e siècle, de 32 ans; au 17e, de 26 ans, et seulement de 17 ans au 14e siècle.

On ne compte guère en France qu'un septuagénaire sur 33 individus, qu'un octogénaire sur 160, qu'un nonagénaire sur 1,900. Il y en a à peu près 17,500. (Mathieu compte un octogénaire sur 174 personnes et un nonagénaire sur 1,740.)

A Genève, la vie moyenne était de 18 ans 5 mois au 16e siècle, de 23 ans 4 mois au 17e, et de 32 ou 33 ans au 18e; de 1815 à 1826, elle s'est élevée à 38 ans 10 mois.

On a vu qu'aujourd'hui, en France, la vie moyenne est de 39 ans 8 mois, c'est-à-dire qu'en naissant on a 39 ans 8 mois de vie probable; à 4 ans, époque où toutes les chances favorables sont réunies, on a 49 ans 4 mois; on n'a plus, suivant Deparcieux, que 40 ans 3 mois à 20 ans, que 34 ans 1 mois à 30 ans, que 27 ans 6 mois à 40, 20 ans 5 mois à 50, 14 ans 3 mois à 60, 8 ans 3 mois à 70, 4 ans 8 mois à 80, et 1 an 9 mois à 90.

Vers 1840, la vie moyenne était, en Angleterre, de plus de 38 ans; en France, de 36 ans 1/2; dans le Hanovre, de 35 ans 4 mois; dans le Sleswig-Holstein, de 34 ans 7 mois; en Hollande, de 34 ans; dans le duché de Bade, de 32 ans 9 mois; à Naples, de 31 ans 7 mois; en Prusse, de 30 ans 3 mois; dans le Wurtemberg, de 30 ans, et de 29 ans en Saxe.

Demontferrand a divisé en trois classes les départements où la vie est le plus ou le moins longue. Dans la première classe, qui est celle où l'on vit le plus longtemps, il y a 28 départements: Calvados, Gers, Basses-Pyrénées, Cantal, Charente, Orne, Lot-et-Garonne, Lot, Maine-et-Loire, Aveyron, Gironde, Lozère, Deux-Sèvres, Manche, Tarn-et-Garonne, Doubs, Mayenne, Dordogne, Creuse, Loire-Inférieure, Eure, Vienne, Haute-Marne, Indre-et-Loire, Haute-Loire, Ariége et Haute-Garonne. La vie moyenne, par exemple, est de 44 ans 7 mois dans le Calvados et le Lot-et-Garonne.

La seconde classe contient 33 départements: Jura, Puy-de-Dôme, Vendée, Sarthe, Charente-Inférieure, Corse, Seine-et-Oise, Somme, Oise, Tarn, Seine-Inférieure, Corrèze, Eure-et-Loir, Côte-d'Or, Pas-de-Calais, Ardennes, Aube, Marne, Drôme, Allier, Vosges, Ille-et-Vilaine, Isère, Yonne, Var, Meurthe, Meuse, Aude, Landes, Hérault, Ain.

La troisième classe comprend les 25 autres départements. Dans le Finistère et dans les Pyrénées-Orientales, la moyenne n'est que de 28 ans 2 mois et 28 ans 1 mois. Les femmes ont toujours l'avantage sur les hommes: sur 100 individus de chaque sexe, à 10 ans, il y a 58 femmes et 53 hommes; à 20 ans, 58 femmes et 48 hommes; à 50 ans, 33 femmes et 30 hommes; à 60 ans, 23 femmes et 23 hommes; à 70 ans, 15 femmes et 13 hommes; à 80 ans, 5 femmes et 4 hommes, suivant Benoiston (de Châteauneuf); et, quoiqu'il naisse 17 garçons pour 16 filles, la proportion est bientôt rétablie: ainsi, à 1 an, sur 1,000 enfants, il y a 848 filles et 823 garçons.

Toutes ces observations, scrupuleusement faites, sont très curieuses, et elles amènent une conclusion légitime qui est que la durée de la vie moyenne en Europe, et surtout en France, va s'augmentant chaque année.

Nous avons la douleur d'apprendre à nos lecteurs la mort de M. le docteur Valleix, médecin de l'hôpital de la Pitié. M. Valleix était âgé de quarante-huit ans. Il a succombé jeudi soir à une angine couenneuse, dont les progrès rapides n'ont pu être enrayés malgré les soins aussi assidus que dévoués qui lui ont été prodigués par ses amis MM. Louis, Barth et Sestier. Cette perte prématurée sera vivement sentie. M. Valleix joignait à des qualités privées que ses nombreux amis avaient su apprécier un savoir profond et un zèle pour la science qui lui ont valu l'estime et la considération de tous ses confrères. Les nombreux et importants ouvrages qu'il a publiés, et parmi lesquels nous citerons le *Guide du médecin praticien* et le *Traité des névralgies*, sont devenus des livres classiques qui depuis longtemps avaient popularisé son nom dans le public médical.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret impérial du 7 juillet, il est créé dans la ville d'Angers une Ecole préparatoire à l'enseignement supérieur des sciences et des lettres. Ladite école sera organisée dès que les bâtiments de l'ancien Petit-Séminaire auront reçu les appropriations convenables.

— L'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Nantes est organisée comme suit:

Professeurs titulaires.

Anatomie et physiologie. — M. Lafond.
Pathologie et médecine opératoire. — M. Gely.
Clinique externe. — M. Marchand.
Pathologie interne. — M. Sallion.
Clinique interne. — M. Thibeaud.
Accouchements, maladies des femmes et des enfants. — M. Legouais.
Matière médicale et thérapeutique. — M. Delamare.
Pharmacie et notions de toxicologie. — M. Pihan Dufeillay.

Professeurs adjoints.

Clinique externe. — M. Letenneur.
Clinique interne. — M. Bonamy.
Anatomie et physiologie. — M. Hélie.

Professeurs suppléants.

Pour les chaires de médecine proprement dite. — M. Marcé.
Pour les chaires de chirurgie et d'accouchements, de maladies des femmes et des enfants. — M. Mahot.
Pour les chaires d'anatomie et physiologie. — M. Chenantais.
Pour les chaires de sciences accessoires. — M. Cormerais.

Sont nommés: MM. Chenantais, chef des travaux anatomiques; Ecorchard, prosecteur; Jouen, préparateur de pharmacie et de toxicologie.

M. Lafond, professeur d'anatomie et physiologie, est nommé directeur de ladite Ecole.

M. Fouré, ancien professeur de thérapeutique et matière médicale, est nommé professeur honoraire.

— Plusieurs médecins et élèves en médecine viennent d'être nommés chirurgiens auxiliaires de 3e classe dans la marine impériale, à savoir:

A Toulon: MM. Amalbert, le 13 mai 1855; Encognère, le 26 mai; Mory, le 1er juin; Weissenthanner, le 23 juin; Chaussonnet, le 24 juin; Hennecart, le 28 juin.

A Brest: MM. Courtin, le 4 juin; Pavôt, le 1er juillet; Ouvrard, le 1er juillet; Blanchard, le 6 juillet.

A Rochefort: MM. Poitou-Duplessy, le 27 mai; Carpentin, le 10 juin; Voyé, le 20 juin.

A Cherbourg: MM. Mongin, le 1er juin; Duplantier, le 16 juin; Guilloux, le 19 juin; Groud, le 23 juin; Chaillier, le 23 juin; Audouit, le 4 juillet.

A Lorient: MM. Viollaud, le 3 mai; Saget, le 16 mai; Cattin, le 16 juin.

M. Chadebec, chirurgien auxiliaire de 3e classe, débarqué du vaisseau le *Donawerth*, le 23 juin, a été licencié sur sa demande.

Nos abonnés nous demandent souvent de transmettre leurs mémoires aux Académies, de leur faire parvenir du vaccin, des livres, des instruments, etc. Nous leur rappelons qu'une personne attachée à l'administration de la *Gazette* est toujours à leur disposition pour rendre ces petits services.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 83. — MARDI 17 JUILLET 1855. (28e ANNÉE.) N° 83. — MARDI 17 JUILLET 1855.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. — Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. BECQUEREL.

De la rage.

(Leçons recueillies et rédigées par M. L. RAOUX, externe des hôpitaux.)

La rage est une maladie générale, virulente, communiquée par un virus qui se développe chez certains animaux, et caractérisée par une hydrophobie et des accidents nerveux spéciaux.

Anatomie pathologique. — Ce sujet a soulevé de nombreuses discussions, car on ne trouve à l'ouverture des cadavres aucune lésion spéciale à cette maladie. Voici les lésions admises par la plupart des pathologistes.

On a signalé une putréfaction rapide des tissus ; mais cette décomposition peut tout aussi bien être attribuée à l'élévation de température si ordinaire dans la saison pendant laquelle se manifeste la rage qu'à l'influence de la maladie elle-même.

On a noté une congestion intense des poumons, des méninges, du système veineux cérébro-spinal tout entier ; enfin des organes glandulaires renfermés dans la cavité abdominale. Toutes ces parties sont remplies par un sang noir et visqueux.

Je n'accorde à ces altérations qu'une valeur pathognomonique médiocre ; on peut en trouver la cause dans l'asphyxie lente qui précède la plupart du temps la mort des individus atteints de cette affreuse maladie.

Marochetti a signalé à la face inférieure de la langue, dans le voisinage du filet, des pustules de la grosseur d'un petit pois. Il les aurait rencontrées dans la majeure partie des cas qu'il a observés. Plusieurs savants étrangers partagent cette opinion. En France, deux vétérinaires distingués, MM. Renaud et Barthélemy, n'en ont point trouvé de traces dans quatre ou cinq cas observés avec le plus grand soin.

La rougeur et la sécheresse de la muqueuse du pharynx, dont on a voulu faire l'un des caractères principaux de cette affection, paraissent tenir bien plutôt aux contractions spasmodiques que subissent les muscles de cette région et à la privation de toute espèce de boisson ; c'est donc une complication plutôt qu'une lésion caractéristique.

L'écume, ou plutôt la bave rabique, provient-elle d'une lésion anatomique spéciale ? L'examen rigoureux, et fait à l'aide du microscope, n'a jusqu'ici démontré aucune altération des glandes salivaires. On a dit que les mucosités trouvées dans les voies aériennes contenaient le virus, et que la salive n'en était que le conducteur. Sans partager cette opinion, je crois pouvoir dire que l'écume ne me paraît point provenir d'une lésion anatomique quelconque, et que la salive seule de l'animal renferme le virus producteur de la rage.

Étiologie. — Avant de parler des animaux qui transmettent la rage, des symptômes qu'elle présente chez eux et de l'agent de transmission, disons un mot du développement spontané de la rage chez l'homme.

Plusieurs pathologistes ont cru à cette variété de la maladie et cité des cas d'hydrophobie à l'appui de leurs assertions. Mais c'était à des hydrophobies symptomatiques de maladies nerveuses que l'on avait affaire. La marche et la terminaison si différentes dans ces dernières avaient été attribuées à la rage.

Cela dit, entrons dans l'étude de l'étiologie.

Il n'y a dans les carnassiers que deux genres qui puissent communiquer la rage ; ce sont le genre *canis* et le genre *felis*. En France, elle est transmise le plus souvent par le chien, le chat, le loup et le renard.

L'élévation de la température, la privation d'aliments, la soif, sont les causes prédisposantes qu'on peut placer en première ligne. La vie errante et l'abandon d'un grand nombre de chiens se lient d'une manière étroite avec ces causes. Quant aux grands animaux du genre *felis*, tels que le lion et le tigre, nous n'avons aucun fait qui nous apprenne si la rage se développe spontanément chez eux.

La rage se transmet du carnivore à l'herbivore, et Breschet a conclu de ses expériences à ce sujet :

1° Que la rage peut se transmettre facilement du carnivore à l'herbivore ;

2° Que la rage de l'herbivore diffère de celle du carnivore en ce que, chez le premier, il n'y a pas de tendance à la morsure ;

3° L'inoculation pratiquée de l'herbivore au carnivore la reproduit, mais plus rarement.

M. Renaud, répétant les expériences de Breschet, n'est pas arrivé à des résultats semblables, et les variations qu'il a observées ne lui ont pas permis de confirmer ou d'infirmer les conclusions posées.

Symptômes. — Etudiés chez le chien, on peut les diviser en trois périodes.

Première période. — Dans la première, l'animal est triste, il refuse de jouer ; il a les oreilles basses, la queue entre les jambes ; l'œil est chassieux ; il ne répond plus à la voix, il ne cherche pas encore à mordre et n'a point d'écume à la bouche.

Deuxième période. — L'animal est plus agité, plus inquiet ; la bave coule entre ses lèvres et tombe de sa gueule entr'ouverte ; sa langue est pendante et convulsivement agitée ; il ne connaît ni son maître ni les personnes qu'il avait l'habitude de voir ; il ne boit ni ne mange, et loin de rester dans sa niche couché et immobile, il s'agite, va, vient sans régularité d'action ; enfin il s'échappe de la maison qu'il habitait, et fuit droit devant lui sans arrêter un instant sa course. S'il rencontre un obstacle il le franchit ; si c'est un animal ou un homme il se jette dessus avec fureur, les mord, et reprend sa course jusqu'à ce qu'il tombe épuisé dans quelque coin isolé.

Troisième période. — Arrivé à cette troisième période, l'animal n'offre plus de grands dangers ; il a perdu toutes ses forces. On peut l'approcher, sans toutefois qu'on doive se livrer à ses atteintes, parce que le virus conserve encore toute son intensité. Il ne se jette plus sur les personnes ou sur les animaux ; ses yeux sont encore convulsivement fermés, sa langue toujours pendante et convulsive. S'il n'est pas tué, il meurt dans le lieu où il est tombé après sa course.

Quel est l'agent de transmission de la rage ? On a dit que toutes les parties du corps de l'animal enragé pouvaient la communiquer. Ceci est une erreur. Le virus rabique ne se trouve que dans le liquide salivaire. Nul autre liquide, pas même l'écume bronchique, ne peut la transmettre. Nous avons déjà vu que le microscope ne faisait rien découvrir dans la salive ni dans les glandes salivaires. Le sang n'offre à l'œil aucune altération appréciable. Notons toutefois que jusqu'ici aucune analyse n'en a été faite, et que le microscope n'en a pas étudié tous les éléments constitutifs. Cependant il n'a pu développer la rage par inoculation.

Comment agit ce virus ? Des expériences mal faites, des observations incomplètes ont fait admettre que déposé sur une muqueuse saine ce virus était absorbé et donnait naissance à la maladie. Des expériences mieux faites, une observation attentive ont fait justice de cette opinion, et montré qu'il fallait pour cela une dénudation du derme par suite de plaie, d'ulcération, d'excoriations ; en un mot il faut qu'il y ait inoculation.

L'animal mort, ceux qui en font l'autopsie ne seront point atteints de la rage en se piquant avec les instruments de dissection ; il faut que l'inoculation ait lieu d'un animal vivant à un animal vivant. La transmission d'homme à homme n'est pas généralement admise ; aucun fait sérieux ne la démontre. Mais on a parfaitement démontré la transmission de l'homme aux animaux.

La rage, chez l'homme, offre plusieurs périodes à considérer.

Période d'incubation. — Cette période comprend l'espace de temps qui s'écoule entre la morsure et l'apparition des premiers symptômes. Sa durée est très variable ; on l'a vu n'être que de huit jours, d'autres fois elle s'est prolongée jusqu'à dix mois, un an. On a prétendu qu'elle pouvait aller jusqu'à dix-huit mois, deux ans ; mais cela est contestable. En moyenne elle est de trente à quarante jours. Pendant ce temps, aucun symptôme n'apparaît. La plaie de la morsure se cicatrise, ou bien elle prend un mauvais aspect et sécrète un liquide sanieux.

Période d'invasion. — Si la plaie n'est pas cicatrisée, les bords en deviennent douloureux, rouges, fongueux ; ils se renversent et laissent écouler une sanie purulente. Si au contraire elle était cicatrisée, la douleur se fait sentir dans le tissu cicatriciel, la plaie se rouvre, et la série de phénomènes dont je viens de parler s'observe constamment. Tous ces phénomènes locaux ne s'observent que dans un cinquième des cas environ.

Les signes généraux sont les suivants : une lassitude très grande avec douleurs des membres et céphalalgie se font sentir au début. Un sentiment de constriction aux tempes et de l'insomnie poursuivent le malade ; s'il dort, le sommeil est pénible, anxieux et rempli par des rêves exaltants.

Les individus atteints par la maladie sont tristes, inquiets ; quelques-uns agités, bavards, plus vifs dans leurs mouvements ; ils ne peuvent ni entendre parler, ni crier sans douleur, et la vue d'une lumière un peu vive agit douloureusement sur la rétine. Le pouls est accéléré, vif, et l'appétit diminué ou nul. Quelques-uns, a-t-on dit, auraient vers la fin de cette période des nausées et des vomissements. Rien de plus incertain que ces symptômes.

La durée moyenne de cette période est de quatre jours ; quelquefois trois ou six jours ; jamais au delà.

Période de développement. — Tous les symptômes dont je viens de faire l'énumération persistent. Ceux qui sont particuliers au système nerveux prennent un plus grand développement : l'anxiété, la préoccupation font place à l'excitation générale du système nerveux, et du côté des organes viennent s'ajouter des phénomènes plus marqués. Ainsi l'horreur des liquides, de l'eau principalement, se joint aux spasmes du pharynx, aux convulsions de la langue. A cette horreur des boissons on a donné le nom d'hydrophobie, que plus tard, et à cause de la prédominance du caractère, on a étendu à la maladie tout entière. Cette hydrophobie existe à des degrés variables : tantôt il y a horreur de toute espèce de liquides, tantôt de l'eau seulement. Cette répulsion est parfois tellement intense que le bain, la vue de l'eau suffisent pour provoquer des convulsions.

L'hydrophobie n'est point un caractère pathognomonique essentiel à la maladie dont nous parlons ; dans certains cas d'hystérie cette horreur des liquides est bien souvent observée. D'ailleurs elle n'est point absolue : tantôt les malades peuvent prendre du bouillon, du vin, sucer une tranche d'orange ; tantôt enfin elle manque, et les malades avalent toutes sortes de liquides, de l'eau même, pourvu qu'elle ne vienne pas d'un verre ou d'une bouteille.

Il y a une sputation continuelle ; apparition d'une salive écumeuse que le malade rejette tantôt au loin, et qui d'autres fois s'écoule sur le lit.

Il existe une dysphagie rabique due à la contraction spasmodique du pharynx, telle parfois que la déglutition des liquides est impossible.

Nous avons déjà parlé des pustules signalées par Marochetti à la face inférieure de la langue ; elles paraissent, d'après cet auteur, le neuvième jour après la morsure, quelquefois avant, et disparaissent au bout de vingt-quatre heures. L'incision et la cautérisation de ces pustules empêcheraient la rage de se développer. Suivant lui, le virus rabique viendrait s'élaborer dans ces pustules avant de se répandre dans l'organisme. Un immense intérêt se rattache à l'examen de cette théorie, admise par beaucoup de savants étrangers, niée en France, où l'on a fait trop peu de recherches.

Le restant du tube digestif n'offre rien à noter, si ce n'est une constipation opiniâtre.

Appareil circulatoire. — Il n'offre pas de troubles caractéristiques. La fièvre est rare ; la température de la peau est peu élevée.

Système nerveux. — Les symptômes nerveux se rapportent à la sensibilité, à la motilité et à l'intelligence.

Sensibilité. — On observe du malaise, de l'inquiétude, de la céphalalgie, de la douleur dans les membres. Les yeux sont brillants, hagards, les pupilles dilatées ; une lumière vive effraye les malades et leur fait pousser des cris ; l'ouïe présente le même caractère d'exaltation ; l'insomnie est complète ; il y a des rêvasseries, des hallucinations.

Matité. — Du côté de la matité, on observe des convulsions venant par accès. Ceux-ci sont de deux ordres : les uns se composent de symptômes qui se succèdent dans l'ordre suivant : anxiété péricardiale, tremblements, sanglots, soubresauts de tendons, secousses convulsives, puis accès tétanique momentané. Cette variété d'accès porte le nom d'accès rabique. Une autre variété d'accès est constituée par le spasme pharyngien accompagné ou non par le trismus. Le nombre de ces accès est variable : il peut y en avoir de cinq à six dans la journée et dans certains cas de vingt-cinq à trente. Les boissons, la lumière, le bruit, en un mot tout ce qui impressionne le système nerveux peut les reproduire.

Intelligence. — En général, elle est conservée jusqu'à la fin, et les malades meurent avec la conscience de leur mal.

Organes génito-urinaires. — Ils n'offrent rien de spécial ; quelques auteurs ont noté le satyriasis chez l'homme, la nymphomanie chez la femme : ce sont des faits exceptionnels.

Vers la fin de la scène, tous les phénomènes se succèdent et s'exaltent rapidement. La dyspnée devient telle que quelquefois la respiration est suspendue, entrecoupée par les spasmes convulsifs du pharynx. Le crachotement est continuel et la soif très vive ; l'anxiété est très grande et accompagnée de douleur épigastrique ; les yeux sont encavés et hagards ; la face est violacée et les lèvres

bleuâtres, ainsi que les extrémités; enfin, le malade meurt asphyxié avec toute son intelligence.

A partir du moment où les accidents deviennent plus intenses jusqu'à la mort, période qui chez l'homme correspond à la période où le chien se réfugie dans un coin et meurt, on compte deux jours ordinairement; le minimum serait vingt-quatre heures et le maximum cinq jours.

Diagnostic. — Lorsque les commémoratifs sont connus, la marche et la nature des symptômes ne laissent aucun doute sur la réalité de l'affection; mais, quand ils manquent, le diagnostic peut devenir difficile. Toutefois, dès qu'on remarquera de l'hydrophobie, il faut s'assurer si le malade ne présente point dans quelques parties du corps des traces de morsure, et, si on les trouve, surveiller attentivement l'état local.

Dans certaines névroses, telles que l'épilepsie, l'hystérie, on note quelquefois de l'hydrophobie; mais elle est loin d'être aussi intense; c'est plutôt un spasme pharyngien qui empêche la déglutition qu'une véritable hydrophobie. Dans ces affections les accès surviennent brusquement, il n'y a pas une période d'invasion; leur durée est plus courte. La santé n'est point altérée, et il n'y a pas une exaltation aussi grave du système nerveux. La terminaison n'est jamais funeste.

Dans les méningites encéphalo-rachidiennes, l'hydrophobie ressemble à celle des névroses; il y a en outre une constipation opiniâtre, des vomissements, un pouls lent et petit, des convulsions permanentes, du délire.

Des individus peuvent être mordus par des chiens non enragés; et alors il peut arriver deux choses: ou bien les accidents se déclarent peu de temps après la morsure, et ce sont ceux des plaies dilacérantes; ou bien c'est après un temps plus ou moins long, et alors ils sont occasionnés par la peur. Dans ce cas, on ne constate pas de phénomènes locaux. L'hydrophobie et les accidents qui se déclarent sont dus à une irritabilité nerveuse momentanée; ceux-là guérissent toujours.

Pronostic. — Une fois le diagnostic de la rage bien établi, le pronostic est nécessairement funeste: la mort est inévitable.

Traitement. — Le traitement est prophylactique ou curatif.

Le traitement prophylactique consiste dans les mesures prises par l'autorité pour empêcher le développement de la rage ou pour en garantir les populations.

Dans la saison où la rage se développe, il est prescrit de museler les chiens. Cette mesure serait efficace dans l'hypothèse où les chiens, devenant enragés, seraient ainsi dans l'impossibilité de mordre. Or le traitement prophylactique et les mesures administratives doivent bien plutôt chercher à en empêcher le développement. La muselière les gêne, les irrite, ils respirent incomplétement; quand ils ont chaud, ils ne peuvent ni boire, ni manger, et assez souvent on la leur laisse trop longtemps. Un autre inconvénient de cette mesure, c'est que les chiens muselés n'ont que des selles sèches et incomplètes; quelquefois même ils n'en ont point.

L'impôt sur les chiens est une mesure excellente et qui fera anéantir les chiens sans maître. C'est principalement chez ces derniers, qui n'ont qu'une nourriture insuffisante et de mauvaise qualité, que la rage se développe; en outre, il est impossible de les enfermer dès les premiers accidents. On a objecté à cela que la rage est rare en Orient, où les chiens vivent à l'état sauvage pour ainsi dire; mais depuis que nos relations se sont étendues avec ce pays, on a reconnu que cette objection est dénuée de fondement.

Enfin, une dernière précaution à prendre, c'est d'enfermer les chiens dès qu'ils ont été mordus ou dès qu'ils offrent les premiers symptômes de la maladie.

Traitement curatif. — Quand une personne vient d'être mordue, il faut s'empresser de laver la plaie à grande eau; la sucer est imprudent, car on peut avoir aux lèvres une solution de continuité inaperçue et qui suffit à l'absorption. L'application des ventouses est excellente quand on en a sous la main. Ce qu'il y a de plus certain, c'est la cautérisation; mais avant de la faire, il faudra débrider largement, car la plaie peut être profonde et irrégulière. Quel caustique préférer? Le fer rouge est excellent, bien manié; il est de plus à la portée de tout le monde. Le chlorure d'antimoine, le nitrate acide de mercure détruisent profondément; il en est de même de la potasse caustique. Le caustique de Vienne a été vanté, mais il était trop infidèle. La cautérisation doit être faite le plus tôt possible; retardée de quelques heures, elle peut être impuissante.

Une fois la cautérisation faite, peut-on prévenir la rage dans le cas où le caustique aurait été appliqué trop tard? On a cru le faire en donnant à l'intérieur les mercuriaux, l'ammoniaque, les acides minéraux à forte dose, les bains de vapeur. On ne doit guère compter sur ces moyens. Les mercuriaux et les bains sont peut-être les moins infidèles. On a inoculé le venin de la vipère, le malade en est mort. Enfin on a essayé l'inoculation de la syphilis; ce moyen n'a eu aucun avantage.

Une fois la rage développée, on a conseillé la saignée à haute dose et les bains froids; depuis, on a employé la saignée, les narcotiques, les bains tièdes.

La saignée ne doit être employée que pour remédier à une complication.

Les narcotiques ont paru donner de meilleurs résultats.

Les bains tièdes calment le malade quand celui-ci peut les supporter et n'a pas une hydrophobie extrême.

L'hydrothérapie n'a pas été essayée.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. CAZENAVE.

Leçons cliniques sur les maladies de la peau (1).

LE SYCOSIS.

Le sycosis se rencontre à divers degrés: tantôt ce sont des croûtes noires, épaisses, adhérantes aux poils et n'occupant que le menton; d'autres fois il est plus général et ne se borne pas seulement à cette partie de la face; il y a mélange de pustules du sycosis et de pityriasis; chez d'autres malades cette affection n'est plus squammeuse; il y a déformation des traits du visage résultant de tumeurs assez volumineuses. Toutes ces lésions ne constituent qu'une seule et même maladie désignée autrefois sous le nom de mentagre et appelée aujourd'hui sycosis.

Le sycosis est curieux sous tous les rapports, même au point de vue historique. Selon certains auteurs, il aurait été connu par Hippocrate. Pline le jeune en a donné une description détaillée (liv. XXVII, chap. 1); mais son récit ne concorde pas avec les données de l'observation actuelle. D'après cet auteur, cette maladie parut pour la première fois en Italie vers la fin du règne de Claude; ce fut un chevalier romain qui l'apporta d'Asie, où elle régnait, et la transmit ensuite par contagion aux habitants de Rome. Chez beaucoup de sujets, elle ne se bornait point au menton; mais elle envahissait le visage tout entier, à l'exception des yeux, et s'étendait même au cou, à la poitrine, aux mains, qu'elle couvrait de hideuses écailles. Les femmes n'en furent point affligées; les esclaves, le peuple et même la classe moyenne en furent exempts; mais les grands et les nobles en éprouvèrent cruellement les atteintes. Cette affection, qui était contagieuse, se propageait rapidement chez eux par le baiser: c'était alors la manière habituelle de saluer. On fit venir des médecins d'Egypte, qui apportèrent un remède pire que le mal: leur méthode de traitement consistait dans l'emploi de caustiques, qui n'empêchaient pas le mal de se reproduire, à moins que les chairs n'eussent été brûlées jusqu'à l'os, auquel cas le visage restait couvert de cicatrices hideuses. D'après cette description de Pline, on voit que cette affection est loin d'offrir aujourd'hui les mêmes symptômes; si c'est la même maladie, elle a du moins perdu une grande partie de sa malignité.

Au quinzième siècle, une épidémie de sycosis, selon les auteurs de l'époque, se montra en Italie et exerça de grands ravages; mais le vice syphilitique peut avoir joué un rôle que les médecins de ce temps n'ont peut-être pas distingué.

A une époque moins éloignée, le sycosis a été bien décrit par les pathologistes anglais, qui lui ont donné le nom dont nous nous servons; ils ont rejeté le mot de mentagre sous lequel on désignait cette maladie, parce qu'elle n'affecte pas toujours que le menton. Sycosis, selon moi, ne vaut guère davantage: il n'exprime qu'une des formes de cette affection, qui l'a fait comparer à une figue. Il y a quelque chose qui légitimerait le mot mentagre, c'est que les anciens désignaient par ce mot une affection non pas limitée au menton, mais attaquant toute la partie du visage couverte de barbe. Cependant le mot sycosis a prévalu.

Dans ces derniers temps le sycosis a été l'objet de recherches nombreuses, on a voulu en rechercher la nature. Est-on arrivé au but? J'en doute. On a reproché récemment, dans une revue périodique, à Alibert d'avoir fait du sycosis une dartre, et à certains médecins de s'être contentés de le transporter de la classe des tubercules dans celle des pustules. Ces auteurs ont-ils trouvé la nature du sycosis en lui donnant pour cause un petit champignon qui se développerait à la base des poils? Je ne le crois pas. D'abord on n'a pas toujours trouvé ces petits champignons; ensuite ce n'est pas constamment le même qu'on rencontre; on en a trouvé de deux espèces. Enfin cette affection se développe sous l'influence de la syphilis, du tabac, de la scrofule, du coryza. Donc le champignon ne serait qu'un accident de cette maladie. Willan rangeait le sycosis dans la classe des tubercules; mais parfois il n'y a pas de tubercules, et toujours il y a des pustules: d'où il me semble que cette maladie doit être rangée dans la seconde de ces classes et non dans la première. Donc c'est une affection pustuleuse caractérisée par la présence d'une pustule située à l'extrémité du conduit des poils et toujours traversée par lui. Le bulbe pileux ne présente que des accidents de phlegmasie, et cette inflammation ne tient ni à une diathèse, ni à un acarus, ni à un végétal. Ainsi il peut y avoir et il y a tous les produits d'une inflammation, partant engorgement des pustules: d'où sycosis tuberculeux.

Le plus souvent cette maladie est annoncée par de petites pustules éphémères auxquelles on prête peu d'attention. Leur lieu d'élection est la barbe et le milieu de la lèvre supérieure. Ces pustules disparaissent momentanément; mais plus la maladie fait de progrès, plus l'intervalle de leur disparition et de leur apparition est court. Bientôt ces pustules, traversées par un poil, sont agglomérées par deux, par trois; elles sont accompagnées de douleur et de gonflement, deviennent pendant vingt-quatre heures purulentes, et se recouvrent ensuite d'une petite croûte qui se renouvelle; c'est alors que la maladie devient plus grave. Quelquefois elle reste stationnaire pendant longtemps, c'est le sycosis pustuleux. D'autres fois le sycosis a une marche plus active, il se propage sur toute la surface de la lèvre supérieure, sur les bords axillaires; les pustules peuvent se rapprocher et donner lieu à des nodosités. Ces apparences tuberculeuses se développent surtout au menton, qu'elles déforment, et à la barbe, qu'elles détruisent; c'est là le sycosis tuberculeux. Ce dernier est-il toujours la conséquence du premier? est-il un degré plus avancé de cette maladie? Non. Chez certains malades, le sycosis pustuleux passe de suite à l'état tuberculeux; chez d'autres, qui ont cette affection depuis très longtemps, il ne présente jamais cette forme. Cela tient à l'organisation des tissus malades. On a encore admis deux espèces de sycosis: l'un commençant par l'état squammeux; l'autre par un point qui va toujours en s'agrandissant, comme dans l'herpès tonsurant.

Le sycosis peut être compliqué d'un pityriasis de la barbe; il peut être caché par cette dernière maladie ou amené par elle. Les remèdes employés pour guérir le pityriasis sont trop violents; alors la peau est surexcitée et les tubes pileux attaqués, d'où production d'un sycosis. Il en est de même pour l'impétigo, pour l'herpès tonsurans; mais toutes ces maladies ne sont que des complications dont on se rend compte par l'étendue de l'inflammation elle-même.

Le sycosis se développe exclusivement là où il y a de la barbe; et pendant toute la période adulte et la vieillesse. Il n'existe pas chez les femmes. On a voulu rattacher à cette affection une maladie des cils. Cela ne présente aucun avantage; car en agissant ainsi on est amené à confondre une maladie des follicules sébacés avec une maladie des follicules pileux n'attaquant jamais que la barbe.

Une foule de causes peuvent déterminer le sycosis. Les malades attribuent, en général, leur affection à l'usage d'un rasoir qui n'est pas le leur, et qui leur aurait communiqué leur maladie par contagion. Cela peut être vrai jusqu'à un certain point, surtout en ne donnant pas au mot contagion son sens habituel. La barbe est excessivement susceptible, je dirai presque fantastique; du jour au lendemain elle change de manière d'être; tantôt elle se laisse couper facilement; tantôt elle présente plus de difficulté. Aussi le changement seul de rasoir peut-il amener le sycosis. Comment, je ne l'explique pas: c'est un fait que je constate. Cela ne tient pas à la contagion, mais à ce qu'on fait usage d'un rasoir qui n'est pas celui dont on se sert habituellement. D'autres fois le rasoir n'est pour rien dans sa production; nous avons des malades qui ne se sont jamais rasés. Ainsi, c'est sous l'influence du rasoir et de la texture de la peau qu'il paraît. Il peut se montrer encore dans d'autres circonstances; par exemple, à la suite d'un coryza.

Je connais un médecin qui depuis de longues années a chaque hiver un coryza; il survient à sa suite un sycosis à la partie moyenne de la lèvre supérieure, lequel dure des mois et presque toute l'année. Il est encore amené par l'usage du tabac; enfin, par toutes les causes qui peuvent enflammer la peau.

Comme on le voit, le sycosis est une maladie assez facile à reconnaître. On peut cependant la confondre avec d'autres maladies qui se développent sur le menton, sur les joues et sur les lèvres. Avec le pityriasis, on peut toujours trouver sur le visage de petites croûtes qui se distinguent bien de celles du sycosis; de même pour l'herpès. Il est plus difficile de le distinguer de certaines formes d'acné.

Des auteurs recommandables ont rangé dans la même classe ces deux maladies; on peut pourtant les séparer. A l'état pustuleux, les pustules de l'acné sont accompagnées d'un état congestif; ce qui n'a pas lieu pour le sycosis; puis elles sont plus saillantes et ne sont pas traversées par un poil, comme dans cette dernière maladie.

Pour l'ecthyma, la distinction est très facile; ses pustules sont plus larges, plus enflammées que dans le sycosis. Les pustules de l'impétigo, à peine saillantes, ne sont point acuminées comme celles du sycosis; elles en diffèrent en outre par leur développement plus prompt, plus aigu. Quant à la disposition des pustules en groupe, ces deux éruptions peuvent l'offrir. Les pustules sont le plus souvent isolées et discrètes dans le sycosis, tandis que dans l'impétigo elles sont groupées et plus nombreuses. Le sycosis tuberculeux peut se confondre avec des affections syphilitiques. En effet, la syphilis tuberculeuse est caractérisée par des tubercules au menton; mais dans ce dernier cas, ces pustules sont très saillantes; tandis que dans le sycosis ils sont comme enchâssés et présentent toujours des pustules, ce qui n'a pas lieu pour la syphilis tuberculeuse. La coloration n'est pas la même dans un cas et dans l'autre; et puis il y a à considérer la tendance des tubercules syphilitiques à s'ulcérer.

Il me faut parler du point important de cette maladie difficile à guérir et à faire disparaître pour toujours, c'est-à-dire du traitement. Faut-il conserver la barbe ou la couper? Parfois les malades la laissent pousser pour cacher leur difformité; mais au point de vue de la guérison il faut la couper. On doit la couper de préférence avec des ciseaux courbés sur le plat et non avec un rasoir. Le sycosis est une inflammation rebelle; c'est ce qui explique sa durée et sa ténacité. Cette maladie se reproduit par poussées; du jour au lendemain le visage est couvert de pustules. Il y a beaucoup de mobilité dans ces poussées, qui passent de l'état indolent à un état actif. On se sert en général, comme traitement local, des émollients. Il faut appliquer chaque soir un cataplasme sur le point malade pour faire tomber les croûtes, et lors même que la guérison paraît être obtenue, il faut en continuer l'application pendant six mois encore. Comme traitement général, on prescrit des révulsifs, des bains alcalins, du bicarbonate de soude mêlé à un sirop amer (4 grammes de bicarbonate pour 125 grammes de sirop de sapénaire) pris avant le repas ou bien dissous dans de la tisane de houblon. Dans la seconde période, c'est-à-dire à l'état aigu, qui amène une induration indolente, on peut se servir de préparations plus actives: onctions avec une pommade résolutive au calomel (2 grammes d'onguent mercuriel pour 12 grammes d'axonge), tou-

(1) Suite. — Voir les numéros des 24 mai, 5 juin et 5 juillet.

jours des cataplasmes et des lotions alcalines. Parfois le sycosis devient indolent, et ce traitement échoue; il faut se demander par quoi la maladie est entretenue, donner de l'huile de foie de morue et des iodures s'il y a lieu. On a proposé dans ce cas la cautérisation au fer rouge. Des médecins se sont servis du nitrate d'argent. Je crois que c'est un très mauvais moyen, qui ne fait qu'augmenter la maladie. Il en est de même pour la pâte de Vienne. On a proposé les vésicatoires pour faire changer d'état les sycosis indolents, alors qu'il ne paraît plus de poussées, la maladie étant stationnaire. Je pense que c'est un bon moyen pour modifier la peau. Du reste, nous avons actuellement dans nos salles un exemple de l'utilité de ce moyen. Il s'agit d'un homme qui avant d'entrer ici prenait depuis longtemps des pilules arsenicales, que nous avons continuées. Elles n'avaient rien produit avant que nous ayons ordonné un vésicatoire; depuis ce temps la guérison marche bien.

On a critiqué l'emploi des arséniates, proposé par Biett. Il faut s'en servir surtout quand tous les autres médicaments ont été inutilement employés. Je les prescris, et j'en obtiens de bons résultats; quoique dans le cas précédent je n'attribue pas la guérison de cet homme à l'arsenic, puisqu'il n'y a eu d'amélioration dans son état qu'après l'application d'un vésicatoire, bien que depuis longtemps déjà il prît des pilules arsenicales.

On a proposé comme moyen de traitement l'épilation. Cette méthode a peu de valeur, théoriquement parlant, cette maladie n'étant causée ni par un champignon ni par un acarus. Au point de vue pratique les résultats sont peu satisfaisants, si j'en juge par ce qui a été publié; je vois que le sycosis reparaît chez les malades traités ainsi dès qu'ils quittent l'hôpital pour reprendre leurs habitudes et l'usage de leur rasoir. Ainsi donc, cette méthode ne me paraît justifiée ni par la théorie ni par la pratique; il n'y a rien là d'utile, et je crois qu'en employant des excitants et des résolutifs on arrive à la guérison sans avoir besoin de recourir à ces moyens extrêmes.

MODE D'ADMINISTRATION DU PHOSPHATE DE CHAUX.

La plupart des médecins ont rejeté l'emploi du phosphate de chaux à cause de son insolubilité : en effet, quand il est donné seul, il est à peu près inactif. D'après M. Kuchenmeister (de Zittau), il n'en est plus de même lorsque ce sel est uni au carbonate de la même base et qu'on leur ajoute un acide; ils forment alors une combinaison soluble, et constituent un médicament vraiment utile. Voici les proportions que conseille l'auteur :

Carbonate de chaux.	8 grammes.
Phosphate de chaux.	4 —
Sucre de lait.	12 —

M. Kuchenmeister ajoute quelquefois le lactate de fer à la dose de 1 à 2 grammes, et il fait prendre trois pincées de cette poudre au début du repas. L'addition du carbonate au phosphate calcique a pour but principal de favoriser la dissolution de ce dernier. Sous l'influence de l'acide lactique ou de l'acide chlorhydrique qui existe normalement dans les voies digestives, l'acide carbonique du carbonate calcique se dégage et rend une partie du carbonate soluble. Le sucre de lait est destiné à fournir de l'acide lactique. Enfin, l'auteur fait remarquer que, pour déterminer la solution du phosphate de chaux, il est nécessaire de le mettre en présence d'albuminates, ce qui arrive quand on l'administre avec les aliments.

(*Bull. de thérap.*)

RAPPORT SUR LES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE pendant l'année 1854-1855 (1).

Opérations pratiquées pour l'extraction des corps étrangers de l'œsophage. — Parler des plaies du cou et laisser complétement de côté ce qui a trait à l'œsophage, c'est s'exposer à s'éloigner davantage de cette région; je dirai même à l'oublier. Permettez-moi donc de vous entretenir actuellement de la discussion survenue à la suite de faits communiqués par MM. Demarquay et Chassaignac. Dans un cas dont l'issue fut mortelle, il s'agissait d'une arête de poisson implantée dans la partie supérieure de l'œsophage, ayant donné lieu à un vaste abcès rétro-pharyngien communiquant avec la plèvre droite. Dans le second, c'était une pièce de un franc qui, n'ayant pu être retirée avec l'instrument de Graefe, nécessita l'œsophagotomie. Enfin, dans le troisième cas, M. Chassaignac put retirer de fort loin un ratelier artificiel.

Comme vous le voyez, c'était des corps de volume et de forme bien divers, avalés par des enfants et par des adultes. La discussion a porté non-seulement sur les modifications qu'on pouvait faire subir à l'anneau de Graefe et sur l'avantage qu'on pourrait retirer de pinces comme celles qui vous ont été montrées par M. Cloquet, mais surtout sur la difficulté de bien préciser la hauteur où le corps étranger s'est arrêté, sur l'état spasmodique et inflammatoire qui se manifeste bientôt dans l'œsophage autour de l'obstacle, et tout le monde s'est accordé sur ce point, que l'œsophagotomie ne doit être pratiquée que lorsque, par suite de leur forme, les corps étrangers ne peuvent être extraits ou refoulés plus bas sans causer des déchirures dangereuses.

Des opérations nécessitées par quelques maladies du derme. — Jusqu'à présent nous vous avons parlé d'opérations chirurgicales bien limitées, bien circonscrites; nous allons aborder une question plus générale, celle de la chirurgie appliquée au traitement de quelques affections particulières au derme, et chemin faisant dire quelques mots des recherches micrographiques.

Parmi les affections cutanées, il y en a un assez bon nombre qui réclament plus les secours de la chirurgie que de la médecine. Ce n'est pas que dans la grande majorité des cas elles ne dépendent d'une affection interne générale, mais parce que les désordres locaux auxquels elles ont donné lieu ne peuvent être combattus ou réparés que par la main du chirurgien. Tantôt c'est un cancroïde qui détermine une perte considérable de substance, tantôt c'est une chéloïde, affection singulière résultant d'anciennes cicatrices, et qui prend tout d'un coup un caractère sceptique; d'autres fois enfin c'est une tumeur épithéliale qui menace non-seulement d'envahir rapidement les parties voisines, mais encore d'infecter les ganglions éloignés, de telle sorte que l'affection ne tarde pas à devenir incurable.

Comme vous le voyez, ce ne sont pas les maladies qui manquent, et je n'ai pas tout cité; ce sont plutôt les moyens de les combattre, et on doit les attaquer avec d'autant plus d'énergie, que sous une apparence peu grave toutes ces affections sont essentiellement malignes, dangereuses.

Dans ces dernières années, l'étude a principalement porté sur leur diagnostic. Pour l'approfondir, on s'est servi de toutes les découvertes de la physique et de la chimie; on a eu recours à l'instrument dont Leuvenœck avait montré l'utilité, on a examiné avec soin jusqu'aux moindres atomes de ces productions morbides, et d'après leurs formes on a formé des familles, des genres, des espèces, des variétés.

Bientôt ces recherches, qui ne semblaient d'abord qu'un travail de pure curiosité, ont pris un développement immense, une nouvelle ère a commencé pour la clinique et l'anatomie pathologique, et aujourd'hui on attache une telle importance à ces nouvelles données que, faute de l'analyse microscopique, une observation est considérée comme incomplète. De tous côtés de vives discussions se sont élevées non pas sur des points purement spéculatifs, mais sur ceux qui intéressent le plus hautement la clinique.

La Société de chirurgie, dès les premières années de sa fondation, a suivi avec intérêt et persévérance tous les progrès de ces nouvelles doctrines, et elle a pensé que le meilleur moyen d'arriver à la vérité était de les accueillir avec réserve, de les étudier avec soin; jamais elle n'a négligé la moindre occasion de suivre les novateurs sur leur terrain, et ne voyant dans leurs efforts que le désir bien louable d'arriver à la solution de certains problèmes inconnus, loin d'étouffer la discussion, elle lui a donné un libre essor.

Les occasions, cette année comme les années précédentes, n'ont pas manqué pour voir développer devant vous toutes les doctrines nées de l'analyse microscopique.

Dans un rapport sur un travail de M. O. Heyfelder sur la nature du cancroïde, M. Broca a émis une série de propositions représentant non-seulement l'état de la science sur ce point, mais aussi ses opinions personnelles, et vous avez pu vous convaincre par la discussion qui a suivi que, même parmi ceux qui se sont le plus adonnés à ces recherches, il pouvait y avoir des dissidences sur un assez bon nombre de points.

Je n'insisterai pas sur la nécessité des études micrographiques dirigées dans le but clinique, cela m'entraînerait trop loin; mais je dirai que, pour rendre réellement fructueuses les recherches qui ont été entreprises à l'occasion de malades que vous avez observés, il faut que tous les faits de ce genre dont il a été question dans cette enceinte soient scrupuleusement recueillis; à ce prix seul on arrivera à la vérité.

Quel a été le grand argument opposé soit ici, soit à l'Académie de médecine? Le manque d'observations complètes. Et quelles ont été les objections les plus puissantes opposées à la nouvelle doctrine des faits bien recueillis? N'en est-ce pas assez pour nous démontrer comment désormais la discussion doit marcher? J'ajouterai maintenant qu'un silence presque absolu de la part de ceux auxquels l'âge et l'expérience faisaient un devoir de parler a été une chose fâcheuse pour ce débat. La question eût grandi de tout leur nom et de tout leur talent, comme elle l'a fait à l'Académie par l'organe de M. Velpeau. Il y a plus, c'est que dans des cas semblables, lorsqu'on a une opinion, il faut avoir le courage de la défendre, et autant il y aurait d'aveuglement à vouloir par esprit de système s'opposer au progrès de la science, autant il y a de faiblesse à s'incliner devant des idées que le talent, la bonne foi peuvent soutenir avec honneur, mais que l'expérience des temps n'a pas encore entièrement consacrée.

Il serait trop long de revenir sur toute la série des faits de cancroïdes qui vous ont été présentés par MM. Michon, Denonvilliers, Desormeaux, Deguise fils; j'insisterai seulement sur quelques points qui méritent votre attention. Ainsi, M. Follin vous a parlé de l'existence de kystes séreux développés dans les ganglions correspondant à des ulcérations cancroïdales; deux fois il a eu occasion d'observer ce fait, et dans les deux cas il n'a pas hésité à enlever les ganglions.

Quel est le meilleur moyen d'attaquer les affections cancroïdales? Faut-il renoncer à l'emploi des caustiques du moment que l'affection avoisine le cerveau? M. Michon, qui a été à même d'observer des accidents fort graves, s'est élevé contre l'emploi des caustiques; mais, de ce qu'un cas a été malheureux, s'ensuivrait-il qu'il fallût renoncer à l'emploi d'un moyen précieux qui a réussi là où l'instrument avait échoué? Ce serait aller trop loin. La question des caustiques dans le traitement des tumeurs malignes devant du reste être reprise bientôt devant vous, je ne m'y arrêterai pas davantage.

Faut-il faire l'autoplastie dans la même séance où l'on pratique l'ablation d'une tumeur, comme vous l'avez entendu discuter? Évidemment la réponse à cette question varie suivant les cas; il y a des opérations où forcément il faut séance tenante réparer la perte de substance par un emprunt fait aux parties voisines; mais, lorsqu'il n'y a pas nécessité, il est peut-être plus prudent d'attendre le résultat de la première opération pour commencer la seconde.

Un dernier mot sur ces affections du système cutané : outre une hypertrophie très considérable des papilles de la peau et des glandes sébacées de l'aisselle, affection fort rare qui vous a été présentée par M. Richard, il vous a été encore présenté une de ces productions cornées dont il est assez souvent question dans les auteurs, mais dont l'étude emprunte aujourd'hui un nouvel intérêt aux recherches microscopiques. L'observation était adressée par M. Bergot, médecin de l'hospice de Château-Lavallière. Ces productions cornées, constituées par une superposition d'écailles épidermiques, ont le plus habituellement pour base un cancroïde épidermique ulcéré, et elles peuvent dans quelques cas être renfermées dans des kystes, comme M. Denonvilliers vous en a montré un cas il y a deux ans.

En prolongeant trop longtemps ce compte rendu, je crains de fatiguer votre attention, et en cherchant à l'abréger je m'expose à faire de sérieuses omissions. Quand je pense qu'avec les maladies seules du système osseux, il était très facile de faire un chapitre très riche, j'aurais tort de ne pas vous mentionner ici quelques-uns de ces travaux. Ainsi M. Chassaignac vous a entretenus de ce qu'il avait observé dans la formation des abcès sous-périostiques et des bons effets qu'il avait retirés des injections acidulées pour favoriser l'élimination des séquestres. M. Gerdy vous a exposé le fruit de ses recherches sur la carie et la nécrose.

M. Huguier et M. Morel-Lavallée vous ont présenté l'un une nécrose centrale du tibia, l'autre une altération tuberculeuse du fémur.

M. Richard vous a montré un énorme sarcome du tibia. Cette pièce, remarquable par le développement du système vasculaire, a donné lieu à une discussion sur les anévrismes des os; on s'est demandé si, par une sorte d'abus de langage, on n'avait pas désigné ainsi des cancers ou des tumeurs fibro-plastiques vasculaires.

La question des tumeurs du sinus maxillaire a été remise de nouveau à l'ordre du jour à l'occasion d'un jeune enfant présenté par M. Huguier, et vous avez pu voir après l'examen de la pièce pathologique quelle réserve il faut apporter dans les opérations de ce genre.

Voilà pour les altérations organiques. Maintenant, pour ce qui est des lésions traumatiques, nous verrons qu'il y a encore une belle série de faits intéressants. Outre un écrasement de l'apophyse mastoïde et une fracture de la base du crâne causés par le choc de deux projectiles, M. Larrey vous a cité l'observation d'une abrasion complète du rebord alvéolaire des deux maxillaires supérieurs occasionnée par un éclat d'obus. Notre collègue M. Prestat a vu également, à la suite d'un choc violent, toute l'arcade dentaire supérieure entièrement détachée du squelette de la face, et son blessé a heureusement guéri sans aucune difformité.

Quant au malade dont nous a parlé M. Ancelon, il n'en fut pas quitte à si bon compte. Trop prudent pour se faire extraire une dent par un médecin, il alla trouver un maréchal ferrant de ses amis. L'opérateur se mit à la besogne, prit sa tenaille, vous fit une pesée et mit la mâchoire en trois morceaux, laissant toutefois la mauvaise dent en place. Après une aussi rude leçon, on croirait que ce malheureux alla cette fois consulter le médecin; point du tout, ce ne fut qu'à la dernière extrémité et après plusieurs mois de souffrance, lorsque la presque totalité de la mâchoire était nécrosée.

Cet épisode passé, je reprends vos travaux sur les blessures des os, et à l'occasion d'un malade présenté par M. Richard, j'insisterai sur l'énorme quantité de liquide séreux qui peut s'écouler par l'oreille à la suite de fracture du crâne. Ainsi dans le fait communiqué par notre collègue, elle s'éleva jusqu'à 800 grammes dans l'espace de vingt-quatre heures.

Puis, pour terminer ce qui a rapport aux fractures, je vous parlerai de quelques appareils inamovibles. Vous vous souvenez du travail de M. Mathijsen sur les appareils plâtrés, et du nouveau mélange de stuc conseillé par M. Richet. A cette occasion, on est revenu sur chacun des appareils inamovibles, et le résultat de cette discussion a été que chacun des appareils pouvait être appliqué dans un temps opportun et dans des cas déterminés, mais que pour faire quelque chose de réellement utile il ne fallait pas être trop exclusif ni généraliser toutes les innovations à tous ces cas.

Comment se fait-il qu'avec tous les moyens aujourd'hui en usage il y ait encore des fractures qui, malgré les soins les plus intelligents, ne puissent arriver à la consolidation? Cette année encore vous en avez vu deux exemples présentés par M. Guersant. Dans l'un des cas il s'agissait d'un enfant qui avait eu très peu de temps après sa naissance une fracture des deux os de la jambe, et qui ne peut marcher sans un appareil mécanique.

Obstétrique. — Malgré tout mon désir de resserrer les limites de ce compte rendu, il faut bien que je vous parle de quelques questions intéressantes d'obstétrique qui ont fait le sujet de vos travaux.

L'une d'elles n'a été en quelque sorte que soulevée, et une fois encore elle vous aura prouvé que la science est infinie, et que des questions qui semblaient épuisées peuvent tout d'un coup se présenter sous un aspect tout à fait neuf et donner lieu à d'importantes recherches. Vous pressentez déjà qu'il va être question du travail de M. Cazeaux sur l'état du col de la matrice dans la seconde moitié de la grossesse. Pendant longtemps le toucher fut le seul mode d'exploration employé par les accoucheurs; aujourd'hui l'usage du spéculum a permis de nouvelles recherches, et sans m'arrêter aux travaux de MM. Costilhes, Bois de Loury, Bennett et Coffin, j'aborde la question telle qu'elle vous a été présentée.

C'est en 1846 que M. Cazeaux a commencé à s'occuper de l'état du col de la matrice dans la seconde moitié de la grossesse, et voici à quelle conclusion il est arrivé. On observe rarement des ulcérations sur la portion libre du col, mais en revanche on y voit des granulations d'un rouge cerise, saignant facilement. Après plusieurs grossesses, il y a quelquefois des saillies fongueuses séparées par des sillons, et assez souvent par des ulcérations linéaires. Pour lui, cet état n'est autre qu'une exagération des changements imprimés à la structure et à la vascularisation des parois de la matrice; et comme il est convaincu de l'innocuité de ces ulcérations, il croit que tout traitement dirigé contre elles est plutôt nuisible qu'utile, l'observation lui ayant d'ailleurs prouvé que cinq à six semaines après l'accouchement tout a disparu.

Se demandant ensuite quelle influence les ulcérations pouvaient avoir sur la grossesse, il est arrivé à la conclusion suivante : que les ulcérations qui préexistent souvent à cet état peuvent, en s'agrandissant, causer des avortements dans la première période de la grossesse, mais jamais dans la dernière. Il s'ensuit de là qu'il ne faut traiter que ces premières, et abandonner les autres à elles-mêmes. Quant aux ulcérations inflammatoires du col, qui, suivant M. Bennett, sont la cause de ces vomissements incoercibles souvent si graves, M. Cazeaux propose de les traiter par l'application directe de la belladone sur le col utérin.

Tel est le résumé du mémoire qui vous a été soumis, et j'ajouterai que jamais sujet plus ancien ne trouva en quelque sorte tout le monde

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

plus au dépourvu; un instant même on aurait pu craindre qu'il n'y eût pas de discussion, si quelques membres de la Société n'avaient opposé des opinions contraires appuyées sur des observations recueillies avec soin. Si je ne reviens pas aujourd'hui sur ces diverses objections, c'est que cette discussion ne peut manquer d'être reprise lorsqu'on possédera assez d'éléments pour mener à bonne fin, et qu'il est préférable, pour la résumer, d'attendre qu'elle ait eu tout son développement.

Au nombre des communications faites en obstétrique, je vous citerai encore le fait de M. Danyau d'hémorrhagie utéro-placentaire survenue au septième mois de la grossesse sans suites fâcheuses pour la mère, et le travail intéressant de M. Charrier sur l'influence de la compression de la tête par les parties molles dans l'accouchement naturel.

Maintenant, si je voulais entreprendre de vous parler des diverses communications ayant trait aux affections utérines, je devrais vous entretenir de la question des fongosités de la membrane muqueuse, de plusieurs cas de kystes de l'ovaire, de tumeurs fibreuses, et enfin des hématocèles, de ce sujet si obscur sur lequel un jeune médecin des hôpitaux, M. Bernutz, a publié un intéressant travail; mais alors il faudrait une nouvelle séance, car je vois, d'après le temps qui s'est écoulé depuis le commencement de cette lecture et ce qui me reste encore à vous dire, qu'il m'est impossible d'exposer l'ensemble détaillé de vos travaux. Je dirai même que, bien que j'aie cherché à être complet dans les chapitres que je viens de vous lire, vous pourriez cependant tous signaler avec raison de nombreux oublis. Je n'aurais donc plus, pour vous donner une idée de tout ce qui me resterait à vous exposer cette année, qu'à vous en faire l'énumération bien abrégée.

Ainsi, prenons les organes des sens. J'aurais d'abord à vous parler, pour l'œil, de plusieurs cas d'affections cancéreuses, d'un kyste très remarquable pénétrant jusque dans le crâne, et enfin de deux cas de nystagmus fort rares.

S'agit-il des maladies des fosses nasales, nous trouvons plusieurs cas de polypes, un nouveau procédé pour le tamponnement dans les hémorrhagies, et de nombreuses affections cancroïdales.

Dans les maladies de la langue, nous trouvons plusieurs cas de tumeurs malignes éliminées spontanément.

Dans les tumeurs du cou, je vous citerai l'histoire d'un goître volumineux opéré avec succès au moyen du séton; des tumeurs volumineuses, soit fibro-plastiques, soit lipomateuses, enlevées également avec bonheur.

Dans les maladies du sein, j'aurais à vous entretenir de la discussion survenue au sujet de la nature du liquide sécrété dans quelques affections et sur la valeur de ce signe comme diagnostic.

S'agit-il des organes génitaux de l'homme, que de faits importants ne vous ont pas été communiqués sur diverses affections du testicule ou de ses enveloppes, sur des fistules urinaires!

Prenez-vous des questions générales, nous retrouvons des communications importantes sur la syphilis, sur de nouveaux succès obtenus à l'aide du perchlorure de fer dans les maladies du système circulatoire. Vous le voyez vous-mêmes, il était impossible de tout dire, et maintenant, si j'ai été trop long, ne vous en prenez qu'à vous, qu'à votre activité; mais je ne pouvais pas dérober aux yeux de tous une si riche moisson.

J'allais clore ce compte rendu, heureux de contempler toutes ces marques de votre zèle, lorsqu'une nouvelle question est venue à s'élever, et elle a pris en trois séances une telle proportion que j'ai cru devoir la renvoyer au premier compte rendu. Vous devinez que je veux parler de l'urétrotomie; c'est par elle que j'aurais dû finir, c'est par elle que je commencerai l'an prochain.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 4 juillet 1855. — Présidence de M. Huguier.

Installation du bureau. — M. Huguier procède à l'installation du nouveau bureau, et cède le fauteuil de la présidence à M. Gosselin, qui adresse quelques paroles de remercîments à la Société.

CORRESPONDANCE.

Le secrétaire général donne connaissance de la correspondance.

— M. le docteur Sirus Pirondi, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Marseille, qui avait, dans l'une des précédentes séances, adressé à la Société une série d'observations cliniques afin d'obtenir le titre de membre correspondant, fait hommage de plusieurs mémoires sur divers sujets de chirurgie. (Commission: MM. Follin, Broca, Richet.)

— M. Larrey présente à la Société, de la part de M. le professeur Ranzi (de Florence), un ouvrage italien en quatre volumes in-quarto, intitulé *Leçons de médecine opératoire* par le professeur George Regnoli, et *Leçons de pathologie chirurgicale* par le professeur Andrée Ranzi. Dans sa lettre d'envoi à M. le président, M. Ranzi sollicite le titre de membre correspondant. (Commission: MM. Larrey, Richet, Broca.)

— M. Larrey présente à la Société, de la part de M. le docteur E.-L. Bertherand, ex-chirurgien militaire, une brochure intitulée *De la suture mixte et en faufil*, avec deux planches.

M. Verneuil est chargé de faire un rapport verbal sur cette publication, extraite des *Annales médicales de la Flandre occidentale.*

Urétrotomie. — M. Vidal prend la parole à l'occasion du procès-verbal de l'avant-dernière séance, et continue la discussion sur l'urétrotomie.

M. Robert a senti le besoin de défendre le rapport de la commission d'Argenteuil que personne n'a attaqué ici. Deux membres de cette commission ont seulement déclaré qu'ils avaient été entraînés à le signer parce qu'il y avait d'ingénieux dans la partie du travail de M. Reybard qui traite de l'anatomie pathologique. Ce n'est donc pas l'urétrotomie de M. Reybard qu'ils ont couronnée, mais tout autre chose. Ceci, soit dit en passant, servira aux prochains concurrents qui se trouveraient trop gênés par la clause testamentaire d'Argenteuil.

Je n'ai pas la prétention de répliquer à tout un discours qui est une réponse à une attaque extérieure (disons le mot, ou plutôt disons le nom, contre une attaque de M. Civiale). Mais ce discours a été prononcé dans le sein de la Société de chirurgie; il est donc impossible qu'il ne reçoive aucune réponse, au moins sur un point du dogme chirurgical fort maltraité par M. Robert.

Selon le rapporteur de l'Académie impériale de médecine, la plaie qui résulte de l'urétrotomie est une plaie sous-cutanée; mais si j'ai compris Hunter et M. Guérin, si j'ai bien vu les faits qui se sont produits devant moi, il me semble que les *plaies non exposées*, comme le disait le chirurgien anglais, ne suppurent pas, ne sont pas suivies de phlébite et ne sont pas avec hémorrhagie externe, tous phénomènes qui s'observent après les grandes incisions urétrales. Pourquoi, d'ailleurs, Hunter a-t-il appelé les plaies en question *plaies non exposées?* Parce qu'elles n'avaient aucun rapport avec l'air. Or les solutions de continuité produites par l'urétrotomie de M. Reybard sont en rapport avec l'air. Je le prouverai bientôt. Ainsi, dans ce parallèle, M. Robert s'est servi de l'imagination; mais en chirurgie les faits valent mieux, ils établissent l'innocuité de la chirurgie sous-cutanée et prouvent les dangers de l'urétrotomie urétrale.

Du reste, si notre collègue voulait être logique jusqu'au bout, il verrait que le but final des plaies sous-cutanées est une *réparation immédiate*, une très prompte réunion des tissus divisés. Or, cette prompte réunion après l'urétrotomie serait une prompte récidive, beaucoup plus prompte qu'après la dilatation. Mais comme M. Reybard veut obtenir le contraire, il a soin de mettre obstacle à cette prompte réunion, et après avoir profondément incisé, il a recours à un dilatateur spécial, pour qu'on puisse, dit-il, dilater considérablement dans l'urètre. Cet instrument n'est pas formé d'une tige pleine; car, selon M. Reybard, on empêcherait ainsi l'air d'entrer dans le canal et d'occuper le vide qui résulte du soulèvement et de l'écartement de ses parois. Je répète ici les expressions mêmes de M. Reybard. Ainsi, voilà donc une plaie *non exposée*, selon M. Robert, et qui est mise en contact avec l'air par le candidat couronné. C'est même là un élément essentiel de sa méthode et qui la différencie des autres urétrotomies. M. Maisonneuve, quoi qu'il en dise, coupe grandement l'urètre, mais il ne fait que cela. Il préfère déclarer le malade guéri que de mettre la plaie en contact avec l'air. C'est plus instantané et plus sous-cutané.

Un dilatateur métallique avec deux branches qui écartent une plaie et qui transmet continuellement de l'air à cette plaie doit lui imprimer des caractères qui ne sont pas ceux des plaies sous-cutanées, surtout si on y ajoute le contact obligé de l'urine. En effet, cette plaie produit du sang et de la sérosité; enfin, une humeur séro-purulente. M. Reybard avoue même l'écoulement d'un pus blanc, lié, épais, etc. Enfin, tout se passe comme dans les plaies qui suppurent.

Ainsi donc, non-seulement M. Robert n'est pas d'accord avec les faits observés journellement, mais il diffère de M. Reybard.

M. Robert, admettant des exceptions et disant qu'il y avait des cas qui pouvaient nous rendre indulgents à l'égard de l'urétrotomie, fait comme tout avocat dévoué doit faire, il plaide les circonstances atténuantes. Quant à nous, nous devons être indulgents pour le chirurgien qui a déjà des titres scientifiques pour plusieurs procédés ingénieux. Mais si vous acquittiez la méthode, vous condamneriez les malades et exposeriez plus d'un confrère à des remords.

Il y a en effet des rétrécissements d'une opiniâtreté désespérante; ils s'éternisent et récidivent malgré la dilatation, mais aussi malgré l'urétrotomie. J'en possède plusieurs preuves vivantes. Donc aucune des deux méthodes ne guérira radicalement. Mais il y en a une qui tue et l'autre laisse vivre: on choisira.

M. Robert, continuant le rôle de défenseur habile d'une mauvaise cause, invoque en faveur de l'urétrotomie des attestations de la chirurgie lyonnaise. Mais il se trouve que M. Debout a produit des attestations contraires de la même chirurgie. Ce phénomène s'offre en général quand on vient au procédé du certificat. Pour ce qui est de Paris, du moins de la Société de chirurgie, si j'avais la mission flatteuse d'exprimer sa pensée, je dirais: Point d'urétrotomie. Mais je laisse à l'ensemble de cette discussion et au bon sens de ceux qui l'ont suivie le soin de conclure. Je ne doute nullement de leur dernier mot.

M. Bouvier. M. Vidal a parlé de ce qui s'était passé dans le sein de la commission de l'Académie pour le prix d'Argenteuil. Il semble reprocher à cette commission de n'avoir accordé le prix qu'en raison des travaux d'anatomie pathologique de M. Reybard. Il va plus loin, et croit y voir un avertissement pour les concurrents futurs, qui pourront enfreindre le texte posé par le testateur. M. Vidal commet ici une erreur. Il n'y avait pas dans le travail de M. Reybard que de l'anatomie pathologique pure; celle-ci conduisant à des déductions pratiques, il avait à poser de nouvelles bases à la thérapeutique. La volonté du testateur n'était donc pas enfreinte.

M. Gerdy parle dans le même sens. Membre de la première commission, et appréciant déjà à cette époque les travaux de M. Reybard, il a cru devoir encore les appuyer de son vote dans la seconde commission, car rien de supérieur n'avait été produit. Le livre de M. Reybard ne renferme pas seulement de l'anatomie pathologique, c'est un ensemble bien remarquable de faits, d'expériences, de raisonnements, en un mot d'études sérieuses. Le côté thérapeutique, il est vrai, ne paraissait pas très avantageux; mais il fallait décerner le prix, et réellement il revenait de droit à M. Reybard. M. Gerdy explique les embarras dans lesquels se trouvait l'Académie et les imputations fâcheuses qu'on formulait sur elle; on ne pouvait pas retarder plus longtemps la décision de la commission.

M. Larrey, également membre de la deuxième commission, confirme ce que viennent de dire ses deux collègues. La commission, dit-il, a été unanime à récompenser dans le travail de M. Reybard une œuvre remarquable sous plus d'un rapport.

M. Vidal n'a pas voulu diminuer le mérite du travail en question; il a seulement avancé, d'après deux membres de la commission, que ce n'était pas l'urétrotomie qui avait été couronnée, et il maintient son dire; il constate que les deux nouveaux membres de la commission qui viennent de parler, MM. Bouvier et Larrey, n'ont pas davantage voulu récompenser l'opération de M. Reybard.

— M. Forget présente l'articulation du genou d'un malade qui a dû subir l'amputation de la cuisse.

Les pièces d'anatomie pathologique que je place sous les yeux de la Société, dit-il, proviennent d'un homme âgé de quarante-trois ans à qui j'ai pratiqué l'amputation de la cuisse, il y a aujourd'hui dix jours, dans les circonstances suivantes:

Il y a quinze ans que des douleurs, accompagnées de gonflement, se manifestèrent dans l'articulation tibio-fémorale gauche. Depuis cette époque, le genou est resté notablement plus volumineux que celui du côté droit. La marche était gênée, souvent douloureuse pour peu qu'elle se prolongeât: plusieurs fois on constata tous les signes d'un épanchement intra-articulaire à la suite de violences extérieures déterminées soit par un choc, soit par une chute sur le genou.

Il y a deux ans, après un accident semblable, M. X... vit se former au côté interne de l'articulation une tumeur fluctuante, qui se développa de bas en haut. Les progrès de cette tumeur, la gêne et souvent l'obstacle réel qu'elle mettait au jeu de l'articulation décidèrent le malade à recourir à l'intervention du chirurgien.

Consulté par lui, je diagnostiquai un kyste extra-articulaire sans communication avec l'intérieur de l'article; sa forme s'adaptait exactement à la direction de la gaîne synoviale des muscles de la patte d'oie; plusieurs de mes collègues de la Société de chirurgie partagèrent mon opinion sur l'isolement de la tumeur et sa non-communication avec la cavité articulaire. L'avis de la plupart fut de faire une ponction et une injection iodée.

Cette opération faite, je pus constater la nature du kyste, qui contenait une multitude de corpuscules que l'on a comparés à des grains de riz; ceux-ci ne pouvant sortir par la canule du trocart, j'agrandis l'ouverture par une petite incision, puis j'injectai la teinture d'iode. Douze jours après cette injection, le kyste s'enflamma, une suppuration abondante exigea qu'il fût incisé dans toute son étendue. Un pansement à plat fut fait consécutivement à cette incision.

Pendant huit jours, tout paraissait bien se passer; la plaie suivait très régulièrement ses phases, lorsqu'il fut pris d'un frisson très vif, auquel succéda un état fébrile des plus intenses: des douleurs excessives avaient envahi l'articulation du genou, autour de laquelle se formèrent bientôt des collections purulentes multiples; la cavité articulaire elle-même se remplit de pus, qui s'écoulait par une ouverture fistuleuse placée en dedans de l'épine du tibia.

Bientôt les accidents généraux et locaux devinrent plus pressants, des craquements eurent lieu à chaque mouvement, qui était très douloureux. Une mobilité considérable des extrémités articulaires entre elles ne laissait aucun doute sur la lésion profonde dont elles étaient le siége, et qui d'après moi nécessitait l'amputation de la cuisse. Cette opinion fut celle d'un de mes collègues de la Société de chirurgie, qui voulut bien m'assister dans cette opération.

Les pièces anatomiques montrent:

1° Une vaste excavation occupant l'extrémité supérieure du tibia, et qui me paraît de nature tuberculeuse; la matière qu'elle renfermait, la délimitation exacte de la maladie, l'intégrité du tissu osseux et du périoste sur les confins de l'excavation dont il s'agit, la densité du tissu spongieux qui en forme le fond, enfin la matière caséeuse qu'elle contenait, telles sont les raisons qui me font adopter l'existence ancienne de tubercules ramollis et suppurés. Cette excavation tuberculeuse s'ouvre dans la cavité articulaire par deux orifices, et en arrière, dans le creux poplité, par une perforation pouvant admettre l'extrémité d'une sonde. C'est dans cette double direction que les collections purulentes s'étaient surtout produites.

2° Les extrémités articulaires du tibia offraient une décortication des cartilages; le tissu osseux sous-jacent était vascularisé et enflammé. La même lésion existait sur la face interne de la rotule.

3° Il existait en outre sur le condyle interne une excavation très nette, qu'on eût dit faite avec un emporte-pièce, et assez grande pour loger un œuf de pigeon. Elle contenait de la matière tuberculeuse ramollie.

— La Société procède à la nomination de plusieurs commissions chargées de détails d'administration intérieure.

— Comité secret à cinq heures pour entendre le rapport de la commission nommée pour présenter les candidats à la place vacante.

L'ordre de présentation adopté a été le suivant: MM. Cazeaux, Depaul, Fano.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, Dr Arist. Verneuil.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Les mutations suivantes viennent d'avoir lieu parmi les médecins principaux de l'armée:

M. Souceleyer est nommé à l'hôpital de Lyon.

M. Scoutetten, à l'hôpital de Metz.

M. Goffres, à l'hôpital de Montpellier.

M. Aulagnier, à l'hôpital de Sedan.

— Nous avons encore à enregistrer un accident affreux, résultat d'une erreur sur laquelle nous ne saurions trop appeler l'attention.

Une jeune fille de vingt-trois ans était malade depuis quelques jours. Sa mère avait consulté pour elle. On avait ordonné une purgation à l'aide de l'eau de Sedlitz et un bain avec de l'eau de Baréges. La pauvre mère commit une erreur, et un verre d'eau de Baréges pour bain détermina la mort de sa malheureuse enfant.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent:
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. Decq;
A Genève, à la librairie de Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Anatomie pathologique des cicatrices dans les différents tissus; par le docteur Hutin, médecin en chef de l'hôtel impérial des Invalides. Mémoire couronné par l'Académie de médecine. Paris, 1855. Un vol. in-4° de 141 pages. Prix: 4 fr. — Chez J.-B. Baillière, libraire, rue Hautefeuille, 19.

Traité de pathologie générale comparée des animaux domestiques, par O. Delafond, professeur de pathologie, de thérapeutique et de police sanitaire à l'Ecole impériale vétérinaire d'Alfort; deuxième édition, considérablement augmentée, et avec figures intercalées dans le texte. Un fort volume in-8° de 734 pages. Prix: 8 fr. — A Paris, chez Labé, place de l'Ecole-de-Médecine, 23.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 18 JUILLET 1855.

Séances des Académies.

Après deux petits rapports de M. Gibert, qui sont à la fois des modèles de laconisme et de sentiment des devoirs académiques, on a entendu trois lectures sur des sujets également capables d'alimenter l'esprit de controverse dont l'Académie semble depuis quelque temps animée. Que de choses à dire sur la question de pathologie générale que M. Broca a traitée avec son talent ordinaire dans un mémoire dont nous espérons qu'il communiquera bientôt la suite! Quel sujet de discussion dans le fait assez simple en lui-même d'ailleurs, mais gros d'interprétations, communiqué par M. le Dr Bouyer, s'il plaisait à M. Bousquet, qui en a été nommé rapporteur, d'en faire l'objet d'une de ces dissertations critiques que l'on connaît! Quel orage n'eût pas soulevé la lecture de M. Heurteloup, si l'auteur du procédé dont il a fait une si piquante critique eût eu le droit et le pouvoir de répliquer immédiatement, et si la question n'eût été déjà vidée dans un autre lieu! Néanmoins, tout cela a été dit et entendu avec un calme parfait. Nous demanderons la permission de rester, pour l'instant, dans la même quiétude. Il sera temps de prendre part à l'action si elle vient à s'engager sur l'un ou l'autre de ces points.

LES PRÉTENDUS AZTÈQUES. — Il n'est bruit depuis quelques jours dans divers organes de la presse littéraire ou scientique que de l'exhibition publique de deux jeunes sujets attribués à une race américaine perdue, désignée sous le nom d'Aztèques, et sur le compte desquels on débite les histoires les plus extraordinaires. Nous laisserons tous ces récits pour les amateurs du merveilleux, nous bornant, pour notre part, à inscrire le résultat des études scientifiques sérieuses dont ces deux êtres sont en ce moment l'objet. C'est ce que nous faisons dès aujourd'hui en reproduisant un extrait de la courte notice historique que M. Serres a lue à l'Académie des sciences dans la dernière séance, sur la race des Aztèques, à laquelle on rapporte à tort, suivant ce savant anthropologiste, les deux êtres en question. Nous tiendrons nos lecteurs au courant des recherches qui seront faites ultérieurement sur cet intéressant sujet.

— Dans une des séances précédentes, M. le docteur Herpin (de Metz) signalait à l'Académie des sciences quelques particularités relatives à l'action d'une source minérale d'Allemagne; ce médecin a lu dans la dernière séance un travail complet sur les eaux minérales de France et d'Allemagne, dont les conclusions sont résumées dans l'extrait que nous en reproduisons au compte rendu. — Dr Brochin.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIERE. — M. BAILLARGER.

Classification des maladies mentales (1).

(Leçon clinique recueillie par M. H. LEGRAND DU SAULLE.)

DU CRÉTINISME.

Deux opinions sont en présence au sujet de la nature du crétinisme. Parmi les auteurs qui s'en sont occupés, les uns l'ont assimilé à l'idiotie, dont ils ne l'ont séparé que par quelques caractères accessoires et de peu d'importance. Les autres l'ont considéré, au contraire, comme une maladie distincte, spéciale et très différente de l'idiotie.

La première de ces opinions est celle de Fodéré, adoptée depuis par Esquirol avec de légères modifications.

« Le crétinisme complet, dit Fodéré, doit être défini : la priva» tion totale et originelle de la faculté de penser. »

(1) Voir les numéros des 3 et 12 juillet.

Cette définition est défectueuse en ce qu'elle peut aussi bien s'appliquer à l'idiotie qu'au crétinisme.

Esquirol donne le nom de crétins à des *idiots* et à des *imbéciles* qui, dit-il, « habitent ordinairement les gorges des montagnes. » Mais ce fait de l'habitation de tel ou tel endroit n'est pas, à proprement parler, un caractère différentiel.

Les auteurs du *Compendium* définissent le crétinisme : « Une » idiotie endémique dans certaines localités, et presque toujours » accompagnée dans ses degrés les plus élevés de l'hypertrophie du » corps thyroïde et d'autres déformations extérieures. »

La deuxième opinion a été soutenue par le rapporteur de la commission du Piémont, par M. Ferrus et par M. Niepce. D'après le rapporteur de la commission du Piémont, le crétinisme « est » une dégénération de l'espèce humaine caractérisée par un degré » plus ou moins grand d'idiotisme associé à un *habitus* vicié du » corps. »

M. Niepce a reproduit presque textuellement cette définition.

Il y a ici deux éléments bien distincts : d'une part, l'*idiotie*; de l'autre, un aspect, un *habitus* particulier et anomal du corps.

Peut-être pourrait-on croire que les auteurs que je viens de citer n'accordent à ce deuxième élément, à cet aspect extérieur spécial, qu'une importance accessoire et tout à fait secondaire. Ce serait une erreur. Vous verrez, en effet, dans le mémoire de M. Ferrus que « les crétins doivent être complétement séparés des » idiots, et qu'ils ne sauraient occuper la même place dans le cadre » nosologique. »

Ce qui distingue principalement le crétinisme, c'est la dégradation des formes; mais elle offre des caractères très variables et souvent tout à fait opposés. En voici quelques exemples : M. Ferrus a vu à Lyon deux types de crétins bien tranchés. Les uns avaient la taille ramassée, les membres trapus, le nez court et gros, le crâne volumineux, la face plate, etc.; les autres, au contraire, se faisaient remarquer par l'élancement du tronc, la gracilité des membres, la longueur et la flexibilité du cou, les formes anguleuses du visage.

Si nous recherchons ce qui a trait à la taille, même opposition. Ainsi le rapporteur de la commission du Piémont, lorsqu'il en vient à traiter ce point de l'histoire du crétinisme, donne les résultats suivants : « Sur 25 crétins, dit-il, 16 avaient de trois à quatre » pieds de haut, 7 de quatre à cinq pieds, 2 avaient six pieds. »

Il en est de même pour la forme de la tête. D'après M. Ferrus, « la tête est variable dans sa forme suivant les sexes et peut-être » aussi suivant les pays. » Quant aux organes génitaux, qui fournissent des caractères si importants, l'opposition est encore plus radicale. « Les crétins, dit encore M. Ferrus, ont les organes géni» taux d'une grosseur ou d'une exiguïté insolites. » Cette remarque, comme toutes les précédentes, est parfaitement vraie.

Au résumé, vous voyez que les crétins ont la taille tantôt ramassée, tantôt svelte, que leurs membres peuvent être ou trapus ou grêles, que leur face est plus ou moins anguleuse, que leur taille est très petite ou très grande, que leurs organes génitaux sont d'une grosseur démesurée ou d'une exiguïté remarquable. D'où nous sommes forcé de conclure qu'il n'y a rien de caractéristique dans cet aspect particulier du corps que l'on nous donne comme un caractère différentiel.

On pourra m'objecter, je le sais bien, que, pour avoir les véritables caractères extérieurs du crétinisme, il faudrait ne s'attacher qu'aux crétins parvenus au dernier degré, qu'à ceux que le rapporteur de la commission du Piémont appelle les *vrais crétins*; mais d'abord les crétins au dernier degré, les *vrais crétins*, sont assez rares. C'est ainsi qu'ils ne figurent au plus que pour un cinquième dans une statistique dressée il y a quelques années par M. Duclos de l'asile du Betton près de Chambéry, et que M. Niepce déclare que dans certains pays ils ont presque disparu.

Vous voyez donc que l'aspect extérieur du corps ne peut fournir aucun caractère différentiel satisfaisant pour séparer l'idiotie du crétinisme, puisque, si l'on s'en tenait sous ce rapport aux signes du crétinisme au dernier degré, il faudrait laisser en dehors au moins les quatre cinquièmes de la population des crétins.

C'est en me fondant sur les raisons qui précèdent que j'ai soutenu à l'Académie qu'il n'était pas possible de différencier le crétinisme de l'idiotie, au moins d'une manière tranchée et complète, et que j'ai insisté sur l'existence d'une *idiotie endémique*. Mon opinion était alors uniquement basée sur les documents empruntés aux auteurs. Depuis cette époque j'ai pu consacrer près de deux mois à l'observation directe des crétins dans plusieurs vallées des Pyrénées, et récemment encore dans le Valais; aussi me reste-t-il à vous dire quel a été pour moi le résultat de cette étude.

Ma première impression n'a fait que confirmer l'opinion que j'avais déjà. Les premiers crétins, en assez grand nombre, que j'ai eu l'occasion de voir, ne m'ont paru différer des idiots et des imbéciles de nos asiles que par des caractères tout à fait accessoires. J'ai remarqué, par exemple, qu'il y avait parmi eux un plus grand nombre de sourds-muets, que la gêne de la prononciation était plus grande, que la démarche était peut-être plus saccadée.

L'existence de la surdi-mutité s'explique ici d'une manière très simple, puisque vous savez déjà que toutes les contrées où sévit le crétinisme présentent aussi en même temps un nombre considérable de sourds-muets.

J'ai vu, comme les auteurs que je vous ai cités, une foule de types différents, et l'impossibilité de réunir en une seule et même description les caractères si variés qu'offre l'ensemble des individus que l'on range sous la dénomination de crétins.

L'idiotie endémique me parut donc dès ce moment un fait complétement démontré; et je rappellerai en passant que j'avais d'ailleurs trouvé, à l'époque de la discussion de l'Académie, un argument considérable en faveur de ma manière de voir dans le travail même de M. Ferrus. M. Renaudin, directeur de l'asile de Maréville, cité par M. Ferrus, rapporte qu'à Sainte-Marie-aux-Mines, sur une population de 11,000 âmes il y avait encore tout récemment 111 idiots ou idiotes, et 60 crétins ou crétines. D'après M. Renaudin, le crétinisme aurait été autrefois beaucoup plus fréquent, mais il aurait été remplacé par l'idiotie. Il est donc incontestable qu'à Sainte-Marie-aux-Mines il existe véritablement une idiotie endémique; car ce fait qu'elle remplace le crétinisme ne change véritablement rien à la question.

Je reste donc convaincu que dans les pays infectés de crétinisme, et dans les vallées des Pyrénées en particulier, les huit ou neuf dixièmes des individus désignés sous le nom de crétins ne sont autre chose que des idiots ou des imbéciles.

A l'appui de ma manière de voir, j'ai rapporté un grand nombre de portraits (vingt-cinq ou trente) faits au daguerréotype, et qui reproduisent des types très différents de crétinisme. Cependant je dois m'empresser d'ajouter qu'une observation plus attentive m'a amené à reconnaître qu'il existait des faits peu nombreux mais très réels, lesquels ne sauraient être confondus avec les faits d'idiotie ordinaire. J'ai rencontré çà et là des crétins offrant un cachet spécial, que j'avais d'abord peine à caractériser, mais que j'ai pu depuis étudier avec détail.

Ces crétins ne se distinguaient pas principalement par leur mauvaise conformation, ni non plus par l'absence plus complète des facultés intellectuelles. Ce n'était pas non plus l'existence d'une cachexie spéciale qui pût servir à caractériser leur état. Ce qui les distingue véritablement des autres, c'est la continuation au delà des limites ordinaires, ou même la continuation indéfinie des caractères propres à l'enfance.

En étudiant en particulier les traits les plus importants de leur développement, j'ai reconnu que chez les crétins dont je parle la dentition était énormément retardée, et qu'elle était le plus souvent incomplète; que la puberté ne s'établissait que fort tard, ou même ne s'établissait jamais; que les formes générales du corps et des membres continuaient à être celles des très jeunes enfants; qu'il en était de même pour les goûts, les inclinations, qui sont et restent ceux de l'enfance.

Les faits dont je vous parle ont été constatés par M. Gintrac, le savant doyen de l'Ecole de Bordeaux, et par M. le docteur Lassalle, ancien médecin inspecteur de la maison de Charenton, qui se trouvaient en même temps que moi aux Pyrénées. Je me bornerai à citer quelques-unes des principales observations que j'ai recueillies.

1° Marguerite G..., âgée de vingt-trois ans, conservait encore toutes ses premières dents; le pubis était complétement glabre; les glandes mammaires n'avaient acquis aucun développement; l'extérieur de cette jeune fille était celui d'un enfant de dix ans. La taille était de 3 pieds, et son corps pesait 40 livres.

2° Françoise C..., âgée de dix-sept ans, recueillie à l'hôpital de Luce, conservait encore toutes ses premières dents; elle n'offrait, non plus que la précédente, aucun signe de puberté; sa taille était de 3 pieds 1 pouce, et le poids de son corps de 36 livres.

J'ai pu recueillir, à l'aide du daguerréotype, quatre portraits représentant les corps complétement nus de ces crétins, dont le caractère principal est la prolongation de l'enfance.

Le premier représente une fille de treize ans qui n'a que deux pieds et demi, et dont le corps ne pèse que 24 livres.

Le deuxième est celui d'une fille de dix-sept ans qui n'offre au-

cun signe de puberté, et dont la dentition est encore tout à fait incomplète.

La troisième figure est celle d'un garçon de dix-sept ans et demi, dont la conformation est complétement celle d'un petit enfant, tant pour le développement du corps que pour celui des organes génitaux et pour tout ce qui a trait à la dentition.

J'ajouterai que la circulation, chez les sujets dont je viens de vous entretenir, reste fréquente comme chez les très jeunes enfants, et que c'est un caractère de plus à joindre à ceux qui témoignent de la prolongation de l'enfance. Ces caractères ont aussi été constatés par les deux honorables médecins que j'ai cités plus haut, MM. Gintrac et Lassalle.

C'est en me fondant sur les faits qui précèdent que j'ai cru pouvoir définir le crétinisme : le développement incomplet, irrégulier et le plus souvent très lent de l'organisme.

Si le crétinisme devait être envisagé comme je viens de le dire, vous voyez qu'il existerait désormais une ligne de démarcation bien tranchée entre les idiots et les crétins. L'idiotie serait l'arrêt de développement des facultés intellectuelles avec développement général de la constitution ; le crétinisme serait l'arrêt simultané de développement des facultés intellectuelles et de la constitution générale. Aucune confusion ne serait donc possible, et le mot de crétinisme acquerrait désormais un sens précis et déterminé. Il en résulterait que les individus désignés dans les pays infectés sous le nom de crétins pourraient être à l'avenir facilement classés.

1° Les idiots et les imbéciles forment les huit dixièmes environ de la population malade.

2° Les crétins réunissent les caractères que je viens de vous signaler.

Il faut ajouter qu'en dehors des crétins il y a un nombre plus ou moins considérable d'individus offrant des signes partiels de crétinisme, signes trop peu nombreux ou trop légers pour que l'on puisse désigner les sujets qui les présentent sous ce nom de crétins ; enfin, nous ne devons pas oublier que le crétinisme peut n'avoir qu'une durée passagère. On trouve dans les vallées des Pyrénées des individus qui, après être restés avec des signes bien évidents et bien tranchés de crétinisme jusqu'à un certain âge, ont fini par acquérir très tardivement leur entier développement.

C'est ainsi que j'ai vu un fermier du docteur Bordeu chez lequel la puberté ne s'était établie qu'à l'âge de vingt-sept ans, et dont la taille s'est encore développée de vingt-sept à trente ans.

Dans quelques cas exceptionnels, le crétinisme semble tout physique. Parmi les voyageurs qui ont visité la vallée de Luce, beaucoup ont pu voir un homme doué d'une assez grande intelligence, employé comme comptable dans une fabrique, et qui offre des signes très tranchés de crétinisme dans l'ensemble de sa constitution. Si j'en crois les détails qui m'ont été donnés sur son compte, la dentition n'aurait été terminée qu'à trente ans. La puberté n'aurait jamais été établie d'une manière bien complète. J'ajouterai, comme dernier détail digne d'intérêt, que l'homme dont il s'agit a déjà eu plusieurs accès d'aliénation mentale, ce qui semblerait prouver que la prédominance du cerveau sur le reste de l'organisme ne s'est pas faite ici sans quelque compensation.

Si l'opinion que je viens d'émettre est fondée, nous devons forcément en retrouver des traces dans les auteurs. A quelque point de vue que l'on se place, il est impossible, en effet, que des caractères aussi tranchés que ceux que je viens d'indiquer n'aient pas été plus ou moins observés. Nous allons voir que c'est ce qui a lieu, et qu'en rapprochant un grand nombre de citations prises çà et là nous pouvons presque refaire complétement tout notre système sur ce point.

Nous regrettons de ne pas trouver d'observations particulières dans le rapport de la commission de Piémont ; mais le travail de cette commission est complété par la publication d'un certain nombre de portraits de crétins sur lesquels on a donné quelques détails. Ces faits, quoique bien incomplets, me fourniront cependant quelques arguments.

Ainsi le portrait n° 1 est celui d'un enfant de treize ans, qui évidemment ne paraît pas en avoir plus de trois ou quatre.

Le portrait n° 3 est celui d'une fille de dix-neuf ans qui n'offre encore aucun signe de puberté.

Le n° 4 est surtout remarquable sous ce rapport ; c'est celui d'un jeune homme de vingt ans, auquel on serait porté à donner cinq ou six ans au plus. Ce jeune homme n'offre non plus aucun signe de puberté.

Le rapporteur de la commission, après avoir signalé la lenteur avec laquelle la fontanelle disparaît, le retard apporté à la dentition chez les crétins, ajoute ce qui suit : « Il semble, dit-il, que le développement de tout le corps se trouve empêché et qu'il doive » rester constamment à l'état d'enfance. »

On peut voir dans le travail que j'examine ici que les crétins ne marchent souvent qu'à l'âge de six ou sept ans, ou même de dix ou douze ans ; que chez eux l'enfance se prolonge jusqu'à la puberté, fait que déjà M. Cerise avait signalé. Ce qu'il y a, sous ce rapport, de plus remarquable, c'est que, quand il s'agit de classer les crétins, le rapporteur de la commission de Piémont forme une dernière classe dont le caractère principal est l'absence de toute puberté.

L'évolution des organes génitaux n'est pas seulement retardée dans le crétinisme, elle est quelquefois complétement arrêtée. Ainsi s'expliquent les détails donnés par le rapporteur de la commission de Piémont sur la conformation et le volume de ces organes : « Ils sont, dit-il, atrophiés et petits comme chez les enfants. » La verge constitue un cylindre informe sur lequel on voit à peine » la forme du gland ; toute érection est impossible. »

Quant à la dentition, nous trouvons dans le même travail ce fait d'une grande importance, que souvent les premières dents ne sont pas remplacées, et que par conséquent il y a encore ici un arrêt presque complet de développement.

Le travail de M. Ferrus nous offre peu de passages se rapportant au point que nous étudions. Cependant nous y trouvons mentionnée cette circonstance, que les traits, chez les crétins, conservent la physionomie de l'enfance.

L'ouvrage si remarquable de M. Niepce contient, pour nous, des documents aussi importants que le rapport de la commission de Piémont. Il nous suffira, pour le prouver, de citer quelques-unes de ses observations. Ainsi, chez un jeune homme de vingt-deux ans, la verge n'était qu'un cylindre informe, sans corps caverneux ni gland ; les testicules étaient atrophiés ; les vésicules séminales étaient très petites, et on n'y trouvait pas de trace de sperme. Quant au cerveau, les circonvolutions de deux de ces lobes étaient restées à l'état rudimentaire.

Dans une deuxième observation, nous voyons un jeune homme de dix-sept ans qui n'a jamais pu se tenir sur ses jambes et n'a jamais quitté son berceau. Ses organes génitaux étaient petits, mal conformés ; le testicule droit était à peine formé.

Dans un troisième cas, M. Niepce a vu une fille de trente-deux ans qui n'avait jamais été réglée. Outre les observations que je viens de citer, divers passages de l'ouvrage de M. Niepce prouvent que ce n'est pas seulement dans quelques faits isolés qu'il a constaté les caractères de l'arrêt de développement. « Chez les cré- » tins fortement affectés, dit-il, la verge est souvent à l'état rudi- » mentaire. » Quant à la dentition, il affirme, comme le rapporteur de la commission de Piémont, que les dents de lait une fois tombées ne repoussent plus et ne sont pas remplacées.

En résumé, on voit que, d'après les auteurs que je viens de citer, les crétins conservent longtemps ou toujours la physionomie de l'enfance, qu'ils ne marchent souvent qu'à six, sept, huit, dix et douze ans, qu'ils n'ont pas de seconde dentition, que leurs organes génitaux restent à l'état rudimentaire, enfin qu'ils sont privés de la faculté reproductive.

N'y a-t-il pas là un ensemble de traits, de caractères qui prouvent au plus haut degré l'opinion que je vous ai exposée ?

Les rapports du goître et du crétinisme étaient assez difficiles à établir, et l'on se demandait si le goîtreux n'engendrait pas un crétin, lorsque M. Cerise est venu émettre cette opinion, que le développement et la fréquence du goître sont pour ainsi dire en raison inverse du degré du crétinisme. Le rapporteur de la commission de Piémont a également affirmé que les vrais crétins sont rarement goîtreux.

Les caractères anatomiques consistent le plus souvent en des anomalies du crâne et de l'encéphale, dans un défaut de développement du cerveau ou de l'une de ses parties, dans le manque de rapport entre le volume du cerveau et celui du crâne, dans l'absence de symétrie des os du crâne, dans l'existence de vastes épanchements séreux, etc.

Le crétinisme n'est pas le résultat d'une seule influence, il est dû à des causes multiples et très variées. Depuis vingt-cinq ans, on a beaucoup hygiénisé une plaine située près de Tarbes, qui était devenue un véritable nid de crétins ; il y en a beaucoup moins aujourd'hui. Le croisement des races est encore un excellent moyen pour faire disparaître les traces du crétinisme.

Erratum. — Dans la dernière leçon de M. Baillarger (n° du 12 juillet) sur l'idiotie, il s'est glissé une erreur qu'il importe de rectifier. M. Baillarger croit avoir remarqué depuis un certain nombre d'années que l'idiotie, la folie et l'épilepsie sont plus fréquentes chez les enfants jumeaux, mais il est loin de penser, comme cela a été inséré par mégarde, qu'il existe un idiot sur deux jumeaux. M. Baillarger ne saurait même établir la proportion d'une manière absolue ; il a seulement rencontré des faits nombreux qui lui ont paru assez concluants en faveur de cette malheureuse prédisposition des jumeaux.

MÉMOIRE

sur la paralysie du sentiment d'activité musculaire (1).

Par M. O. Landry ; docteur en médecine, ex-interne lauréat des hôpitaux, etc.

Complications. — J'ai présenté jusqu'ici cet état morbide comme tout à fait simple, afin d'en faire mieux ressortir les symptômes ; mais il peut se compliquer, et se complique ordinairement d'accidents capables de dissimuler la véritable nature du mal.

Parmi les plus communs, il faut signaler l'*anesthésie* proprement dite, c'est-à-dire la diminution ou l'abolition des sensations de contact (obs. I, II, III, VI, VIII) ; l'*analgésie*, c'est-à-dire l'abolition des sensations de douleur (obs. I, V, VI, VIII) ; ou bien simultanément l'anesthésie et l'analgésie (obs. I, VI, VIII). Trois fois les sensations de température étaient également abolies (obs. I, VI, VIII). Enfin, j'ai vu coïncider deux fois l'anesthésie et l'*hypéralgésie* dans les mêmes points de la peau (obs. II et III). Une seule fois la sensibilité cutanée était complétement intacte (obs. IV).

L'amaurose est aussi une remarquable complication que j'ai signalée quatre fois à divers degrés (obs. II, III, IV, V) ; dans tous ces cas elle était double. Chez M. X..., elle était complète des deux yeux (obs. III) ; elle n'était complète que de l'œil droit chez le malade de l'observation deuxième. Chez tous, elle avait pour caractère commun un resserrement extrême de la pupille, qui était punctiforme et ne subissait aucune modification à la lumière ou dans l'ombre. Quand l'amaurose a été complète chez M. X... (obs. III), les effets de l'anesthésie musculaire ont été encore plus appréciables, M. X... ne pouvant plus faire servir ses mains à aucun usage depuis qu'il a perdu la vue.

Plusieurs de mes malades ont accusé des vertiges sur la nature desquels j'appelle l'attention. Au point de vue du diagnostic des maladies nerveuses, on attache beaucoup d'importance à tous les symptômes qui peuvent éclairer le siége de ces affections. Ainsi, la rachialgie, la céphalalgie, les vertiges sont notés avec soin et ont une grande influence sur le jugement porté par le médecin. Si mon cadre me le permettait, je démontrerais facilement combien il faut se tenir en garde contre les interprétations habituellement données à ces divers phénomènes. Pour les vertiges en particulier, je puis rappeler que ceux des chlorotiques, des anémiques, des gastralgiques, ceux qui précèdent le vomissement ou accompagnent la constipation, etc., n'ont rien de commun avec une lésion organique de l'encéphale. Ceux éprouvés par mes malades étaient, je le crois, dans le même cas, et ils me paraissaient être un résultat de l'affection paralytique. Ainsi M. X... (obs. III) en était pris surtout lorsqu'il levait les yeux en l'air, par exemple, dans la rue, pour lire une affiche ou le numéro d'une maison. Chez les malades des première et deuxième observations, ils survenaient toutes les fois qu'étant debout ils fermaient les yeux. M. Duchenne (de Boulogne) a indiqué quelque chose d'analogue dans la huitième observation : « Comme elle ne sentait pas le lit sur lequel elle reposait, elle éprouvait des saisissements continuels au moment de son réveil, en se croyant menacée d'une chute. »

Cette phrase contient, à mon avis, toute l'explication de ces vertiges. Quand les malades sont debout, en effet, s'ils ferment les yeux, ne sentant pas leurs membres inférieurs ni la résistance du sol, il leur semble que la terre se dérobe sous eux, impression d'où naît le vertige et que tout le monde a éprouvée au moment où un bateau se met en marche sans qu'on s'y attende. Aussi suffit-il à ces malades d'ouvrir les yeux et de les porter vers la terre, de s'assurer, en un mot, qu'ils ne sont pas en danger de tomber pour mettre fin à cette sensation. Elle ne tient donc pas à un désordre encéphalique, mais bien certainement à une perversion du sentiment.

Enfin, au nombre des complications qui paraissent avoir rapport à l'affection principale, il faut mettre les troubles de l'émission des urines (obs. I et III) ou de la défécation (obs. II et III), et l'extrême sensibilité de l'urètre et de l'anus dont se plaignait M. X... (obs. III, hypéralgésie). Remarquons, toutefois, qu'il n'y a jamais eu incontinence et que les symptômes de rétention, quand ils existaient, ont toujours été fort incomplets. Il ne m'a pas été possible d'apprécier toujours le mécanisme de ces rétentions ; mais dans l'observation troisième, elle m'a paru tenir plutôt à l'anesthésie de la vessie qu'à une lésion de la contractilité ; M. X..., en effet, urinait volontairement, mais il n'en éprouvait le besoin réel que lorsque la vessie était très distendue, et alors ce besoin se traduisait par du ténesme, qui cessait après l'évacuation d'une petite quantité d'urine, quoique la vessie fût encore pleine, comme on pouvait s'en assurer par le cathétérisme.

Inutile d'ajouter que ces individus peuvent contracter diverses maladies intercurrentes. Mais il est bon de noter que jamais chez eux on n'a rencontré nes eschares du sacrum et des trochanters qui surviennent si facilement dans les paraplégies par lésion de la moelle.

Causes. — L'étiologie de l'affection dont je fais l'histoire ne saurait être indiquée avec le petit nombre de faits dont je dispose. Je me bornerai donc à énumérer les circonstances au milieu desquelles ces désordres ont pris naissance.

Sur les huit cas réunis dans ce travail, une seule fois l'examen cadavérique a permis de compléter l'observation (obs. II). Chez cette femme le cerveau et ses membranes étaient intacts ; mais les méninges rachidiennes étaient épaissies, et des indurations probablement tuberculeuses existaient dans les faisceaux postérieurs de la moelle.

Les deux faces du bulbe étaient légèrement rugueuses et d'apparence granuleuse. Les poumons et la rate contenaient des tubercules à divers degrés de développement.

Pendant la vie, on avait constaté la rachialgie et la constriction douloureuse de la base du thorax, qui indiquent ordinairement une affection de la moelle. Ces signes manquaient chez tous les autres sujets.

Deux fois la maladie coïncidait avec la *chlorose* (obs. IV et V) ; deux fois aussi avec de l'*hystérie* (obs. VI et VIII), et M. Gendrin dit avoir observé l'anesthésie musculaire chez les hystériques ; dans deux autres cas, diverses circonstances avaient amené un véritable état d'*épuisement* général (obs. I et III) : pertes séminales, dyspepsie, vomissements quotidiens, privations, chagrins.

Cinq de ces malades étaient des femmes, trois appartenaient à l'autre sexe ; un seul avait cinquante-cinq ans, quatre de quarante-deux à quarante-six ans ; un vingt-cinq, et un autre dix-huit ans.

La constitution présentait de bonnes apparences chez quatre de ces sujets (obs. IV, V, VI et VIII) ; chez trois elle était au contraire chétive (obs. I, II et III).

Le tempérament a été indiqué dix fois. Sur ce nombre on trouve une fois le tempérament lymphatique (obs. VIII) ; trois fois un

(1) Fin. — Voir les numéros des 7, 12, 19 juin et 10 juillet.

tempérament lymphatique nerveux (obs. I, IV et V); deux fois il est franchement nerveux.

Les seuls faits qui soulèvent l'idée d'hérédité se rapportent aux observations III et IV. La malade de l'observation IV avait une sœur sujette à des accidents paralytiques, probablement liés à l'hystérie. La mère de M. X... (obs. III) était d'un tempérament fort nerveux; sa sœur avait éprouvé des phénomènes nerveux voisins de l'aliénation; son fils présente à un haut degré le tempérament propre à toute sa famille, et j'ai observé chez lui un état hystériforme.

Nature et siége de cette affection. — La paralysie du sentiment d'activité musculaire peut être tantôt rattachée à quelque maladie anatomique du système nerveux, comme dans la seconde observation; tantôt rapprochée des névroses, et dans ce dernier cas sa nature doit être infiniment variable, suivant les causes qui y donnent lieu. Quant à son siége, les analogies permettent de croire qu'il n'a rien de fixe, et les désordres fonctionnels observés peuvent tenir soit à un défaut de perception encéphalique, soit à un défaut de transmission des impressions périphériques, soit enfin à un défaut d'impressionnabilité des extrémités nerveuses.

Traitement. — Je ne puis présenter que de très vagues indications sur le traitement à employer contre l'affection que je viens d'étudier. Une seule fois les moyens mis en usage paraissent avoir eu quelque succès (obs. I). Dans ce cas, outre la thérapeutique instituée contre l'état général : toniques, ferrugineux, bonne nourriture, je fis une application particulière de l'électricité. Je faisais pénétrer toute l'épaisseur des membres par de forts courants, en implantant l'aiguille de l'un des pôles à la face antérieure du membre, tandis que l'autre pôle, muni d'une plaque métallique, était placé sur la face postérieure. J'excitais en même temps la peau anesthésiée avec un balai métallique. Le succès fut rapide et évident en ce qui concernait la sensibilité cutanée; mais je n'oserais attribuer à cette pratique l'amélioration survenue du côté des sensations musculaires, car elle a complétement échoué chez la malade de la quatrième observation. Elle serait d'ailleurs inapplicable lorsqu'il existe de l'hyperesthésie, et surtout de l'hyperalgésie, comme dans les observations II et III. Dans l'observation VIII, l'électricité n'a pas amené de résultats plus heureux entre les mains de M. Duchenne.

La strychnine à l'intérieur n'a rien produit chez M. X... (obs. III), mais elle a été maniée avec trop de précautions. Employée en frictions chez la malade de la quatrième observation, ses effets ont été tout aussi nuls.

Les bains alcalins et sulfureux n'ont pas eu plus de réussite, et je ne mentionnerai les révulsifs cutanés, les purgatifs et les émissions sanguines que pour constater leur inefficacité chez quelques-uns de ces sujets.

Ces insuccès ne sauraient cependant autoriser le médecin à se borner à l'expectation; les faits connus jusqu'à ce jour ne permettent pas d'espérer une guérison facile, mais l'incurabilité de cette affection n'est pas assez démontrée pour décourager de nouvelles tentatives. Pour moi, je crois que le traitement doit être avant tout subordonné à la cause présumée du mal. On peut concurremment essayer l'électricité, la strychnine à l'intérieur et en frictions, les bains médicamenteux, l'hydrothérapie, etc. Enfin, en combattant un état morbide aussi rebelle, il faut se rappeler le précepte : *Melius remedium anceps quam nullum.*

DE L'EXISTENCE DE L'ARSENIC DANS QUELQUES EAUX MINÉRALES.

Les eaux de Saint-Gervais en Savoie ne renferment pas d'arsenic, les eaux de Louesche en Suisse en contiennent.

Dans le mémoire que j'ai publié l'année dernière sur les eaux minérales de Saint-Gervais, lequel n'était que le développement d'un article que j'avais inséré en 1852 dans la GAZETTE DES HÔPITAUX, j'annonçais que j'avais infructueusement cherché l'arsenic dans l'eau naturelle et dans l'eau concentrée, et que, doutant de moi, j'avais prié mon excellent ami M. J.-B. Dublanc (de la pharmacie centrale, membre correspondant de l'Académie de médecine, etc.) de vouloir bien répéter ces expériences, qui dans ses mains habiles n'avaient pas donné plus de résultats (1).

M. Dublanc, n'ayant employé qu'une portion de l'eau réduite que je lui avais remise, confia le reste à un élève distingué de l'Ecole des mines, M. Bouquet, dont les remarquables travaux sur Vichy sont aujourd'hui connus de tout le monde savant. Ce chimiste habile n'obtint pas plus que M. Dublanc de traces d'arsenic.

Toutefois, en rendant compte de ces résultats, j'ajoutais que nous n'avions ainsi essayé que les sources qui servent à la boisson et aux bains, et que je regrettais de n'avoir pas compris dans mes recherches une source qui aux autres propriétés des eaux de Saint-Gervais joint celle d'être *ferrugineuse* (1).

J'ai voulu réparer cette omission, et cette même année 1854, me trouvant à Saint-Gervais, j'ai fait évaporer avec toutes les précautions requises et l'addition de quelques grammes de potasse pure dans des capsules de porcelaine et non à feu nu dix litres de l'eau ferrugineuse jusqu'à réduction à un demi-litre. Les résultats, cette fois encore, furent négatifs d'abord dans mes mains, puis dans celles plus expérimentées de M. Dublanc, dont les essais furent répétés et sans plus de succès par M. Reveil, professeur agrégé à l'Ecole de pharmacie.

Mais un doute me restait, et avant de trouver en défaut pour Saint-Gervais la loi posée par M. Walchner, admettant que là où il y a du fer il y a toujours de l'arsenic, loi qui a déjà reçu bon nombre de démentis, notamment pour les eaux ferrugineuses de Passy, de Forges, de Bruckenau, je voulus examiner le dépôt fortement ocreux qui se forme spontanément dans le bassin au fond duquel l'eau ferrugineuse de Saint-Gervais sourd des fissures du rocher, et duquel elle se déverse par un trop-plein.

Je pensais qu'à la rigueur, au moment où la précipitation s'opère, l'arsenic pouvait par son affinité spéciale être retenu par le fer, et je concevais qu'ainsi le liquide ne contînt pas le premier de ces corps (2).

L'expérience n'a pas confirmé cette présomption, et le dépôt fortement ocreux, léger, spongieux, particulièrement composé de matières calcaires et ferrugineuses, examiné cette fois encore par M. Dublanc, n'a pas donné la moindre trace d'arsenic.

La question me paraît donc jugée pour Saint-Gervais. La quantité notable de fer qui se trouve dans l'eau naturelle, et la quantité considérable qu'on rencontre dans le dépôt spontané auraient certainement retenu la moindre proportion d'arsenic qui se serait trouvée dans l'eau, et elle aurait été constatée. M. Dublanc a en effet, après avoir obtenu des résultats négatifs, ajouté une infiniment petite quantité de soluté arsenical, qui a été immédiatement accusé.

Comme, à l'occasion de ces recherches sur l'arsenic dans les eaux de Saint-Gervais, j'avais également recherché, et sans plus de succès, si celles de Louesche en contenaient, je pensai qu'il convenait d'opérer de même sur les boues, dépôts et résidus qu'elles forment à l'air libre dans les conduits ouverts qui les transportent.

M. Dublanc, qui déjà avait analysé, sans y trouver d'arsenic, l'eau de Louesche, réduite de dix litres à un demi-litre, voulut bien encore examiner ce dépôt sec, brunâtre, moins ferrugineux que celui de Saint-Gervais, et que je conservais depuis quelques années. Cette fois M. Dublanc a trouvé de l'arsenic; et à cause de la contradiction que ce résultat établissait avec l'analyse de l'eau simplement concentrée, il a plusieurs fois répété ses expériences, et il a constamment obtenu le même produit.

On peut donc affirmer dorénavant que l'eau de Louesche contient de l'arsenic, et il faut l'ajouter aux sources de Spa, de Wiesbaden, de Schwalbach, d'Ems, de Lamscheid, de la vallée de Brohl, de Liebenstein, de Ripoldsaw, de Dribourg, de Ragotzi et de Pandour à Kissingen et aux quatre-vingt-deux sources de France dans lesquelles on avait constaté la présence de ce métal à l'époque à laquelle M. Chevalier a publié son mémoire intitulé *Notice historique sur la découverte de l'arsenic dans les eaux minérales* (janvier 1855).

Je ferai remarquer que le dépôt de Saint-Gervais a été traité de la même manière et avec les mêmes réactifs que celui de Louesche; par conséquent un résultat confirme l'autre, et si l'arsenic existait dans le premier, on peut croire qu'il eût été trouvé, comme il l'a été, dans le second (3).

J'irai au-devant d'une objection : il y a des terres qui contiennent de l'arsenic. Le sol de la vallée de Louesche serait-il dans ce cas? Pour moi il n'y a pas de doute possible. L'eau de quelques sources, à Louesche, coule dans des rigoles à l'air libre; les bords sont tapissés d'herbe. Le dépôt se fait sur ces végétaux. C'est d'abord une véritable incrustation; puis après la matière terreuse ocracée, devenant plus abondante, forme des magmas, des pelotons tout à fait isolés du sol. C'est là ce que j'ai recueilli, et je suis bien certain de n'avoir enlevé que la matière précipitée de l'eau. Du reste, une portion de ce dépôt a été recueillie sur des conduits isolés du sol. La précipitation du fer se fait à Louesche assez rapidement. M. le docteur Menghis, praticien distingué et médecin instruit qui passe à ces eaux la saison des bains, m'a remis des portions de tubes de verre dans lesquels il avait fait passer de l'eau pendant quinze jours, et dont la paroi inférieure est entièrement couverte de dépôts ferrugineux.

Dr J.-F. PAYEN.

(1) Dans tout cet article il n'est question que de l'emploi de l'appareil de Marsh, qui dans l'espèce me paraît avoir donné des résultats incontestables. Je crois pourtant devoir mentionner ici l'opinion d'un chimiste habile et expérimenté, M. de Fellenberg, ancien professeur de chimie à l'Académie de Lausanne. Ce savant, qui a analysé un grand nombre de sources minérales de la Suisse, reproche à l'appareil de Marsh d'introduire du zinc dans le mélange, à la méthode de Reinsch de précipiter l'arsenic par du cuivre métallique; il préfère donc de beaucoup la méthode de MM. Fresenius et de Babo, dans laquelle la séparation de l'arsenic se fait par l'hydrogène sulfuré sans introduction d'aucune substance métallique.

On peut voir le mémoire de ces docteurs dans le volume X des *Annalen der pharmacie und chimie*, p. 286. M. de Fellenberg l'a analysé dans une communication faite à la Société vaudoise d'histoire naturelle en 1844 (Bulletin n° 9), publiée à part sous ce titre : *Méthode sûre pour trouver et pour doser quantitativement l'arsenic dans les matières empoisonnées*; et il a aussi publié une *Expertise médico-légale à l'occasion d'un cas d'empoisonnement*, dans laquelle il a mis en usage ce procédé qu'il avait antérieurement expérimenté un grand nombre de fois, et auquel, d'après ce qu'il m'en a dit lui-même, il attache une grande valeur.

C'est là un débat dont le dernier mot doit sortir de la bouche toujours vraie de l'expérience prolongée.

(1) Je veux dire un mot au sujet de cette source. Les médecins, même les plus instruits, sont souvent pris au dépourvu quand il s'agit d'eaux minérales, et c'est ainsi qu'un grand nombre adresse ses malades aux eaux qui sont le plus en réputation, bien qu'il arrive souvent que le malade pût être envoyé plus avantageusement, ne fût-ce que sous le rapport de la dépense, à des sources moins renommées et tout aussi efficaces. Tout récemment une femme du monde, qu'il avait été question d'envoyer à Saint-Gervais, réunissait plusieurs médecins pour savoir d'eux quelles eaux elle devait préférer. Un des consultants, qui conseillait les Pyrénées, fit écarter Saint-Gervais, sous prétexte que ces eaux étaient ferrugineuses, et que le fer ne convenait pas à l'état de la malade. Or, les sources employées à Saint-Gervais pour les bains et la boisson sont sulfureuses, alcalines, salines et gélatineuses et ne *contiennent pas un atome de fer*. Une seule source contient spécialement les sels laxatifs qu'on trouve dans les autres, plus de l'oxyde de fer; par conséquent il n'est pas exact de proscrire comme *ferrugineuses* les eaux de Saint-Gervais.

(2) Il est probable même que c'est ainsi que les choses se sont passées à Louesche, puisque l'eau n'a pas donné d'arsenic et que le dépôt en a fourni.

(3) D'après ce que je viens de dire, il ne peut y avoir de doute, et pourtant il a existé pour Saint-Gervais une source d'erreur que je tiens à faire connaître. Je faisais ces essais en automne, et les mouches abondaient; au commencement de mon opération de concentration de l'eau, elles vinrent en foule voltiger autour des capsules ou y boire, et elles tombèrent dans le liquide. Pour plus de sécurité, je jetai cette eau et je recommençai mon évaporation.

Mais il aurait pu arriver qu'en mon absence on eût retiré de l'eau ces mouches mortes; et si par hasard elles avaient été alors empoisonnées par ce cobalt arsenical, qu'on appelle improprement *mine de plomb* et que dans beaucoup d'habitations on emploie comme *tue-mouche*, n'aurait-il pas été possible que ces insectes, imprégnés à l'extérieur et à l'intérieur de cette liqueur arsenicale, eussent déposé dans l'eau minérale une quantité suffisante de métal pour qu'elle fût accusée dans les expériences? Cette chance d'erreur était assurément dans les choses probables. (On sait que M. Payen, membre de l'Institut, autre que le signataire de cet article, pense que ces mouches ainsi empoisonnées ne sont pas *sensiblement* vénéneuses. Voyez *Journal de chimie médicale*, t. I, p. 196. D'un autre côté, je crois être certain, sans cependant pouvoir indiquer la page, que M. le professeur Chevalier a dit, dans son *Journal de chimie médicale*, que l'immersion dans un liquide de mouches détruites par le cobalt arsenical pouvait communiquer à ce liquide des qualités vénéneuses.)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 17 juillet 1855. — Présidence de M. JOBERT (de Lamballe).

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Épidémies. — Le ministre du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Jacques, sur une épidémie de choléra qui a régné en 1854 dans l'arrondissement de Lure (Haute-Saône). (Commission du choléra.)

Eaux minérales. — 2° Une série de rapports sur le service médical des eaux minérales d'Uriage, de Bourbon-Lancy, de Saint-Sauveur, de Bains, de Néris, etc. (Commission des eaux minérales.)

3° Une demande d'avis relative à deux sources minérales situées à Montmirail (Vaucluse).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Structure du cerveau. — M. Alliot adresse un mémoire sur le liquide cérébro-spinal et la structure du cerveau. (Commissaires : MM. Jobert, Cruveilhier et Bérard.)

Choléra. — M. Madin, de Verdun (Meuse), adresse un mémoire sur la nature et le traitement du choléra. (Commission du choléra.)

— M. Feraud communique une note sur l'emploi de la fumée contre le choléra et les épidémies en général.

Eaux minérales. — M. le docteur Herpin (de Metz) adresse des études médicales, scientifiques et statistiques sur les principales sources d'eaux minérales.

Bandage herniaire à pression graduée. — M. Pouillien soumet à l'examen de l'Académie un bandage à *pression graduée* dont il s'est servi avec avantage depuis deux années pour des malades chez lesquels l'âge, l'obésité, l'énorme volume de la hernie et souvent un catarrhe habituel constituaient autant de complications graves, contre lesquelles les meilleurs bandages avaient échoué.

Ce bandage se compose d'une pelote mobile dans tous les sens, fixée à un ressort dont on peut à volonté augmenter ou diminuer la pression.

Cette pression, comme dans presque tous ces appareils, représente une force de deux kilogrammes; mais l'expérience démontre tous les jours qu'elle est insuffisante dans beaucoup de cas.

Pour remédier à cet inconvénient et arriver à un résultat certain, M. Pouillien a imaginé de superposer, suivant les besoins, deux ou trois ressorts les uns sur les autres, de diverses forces et indépendants, de façon à augmenter ou diminuer la pression sans changer de bandage.

La pelote mobile et munie d'une vis de refoulement permet de lui donner toute l'inclinaison désirable et en tous sens, de façon à maintenir la hernie avec la plus grande précision.

Méthode sous-cutanée. — M. Velpeau dépose sur le bureau un mémoire anonyme ayant pour titre : *De la méthode sous-cutanée; examen de son application, de ses lois et de son origine.*

M. le secrétaire perpétuel croit pouvoir assurer que ce mémoire est de M. Alliot. Il est renvoyé à la commission chargée de l'examen de son mémoire sur la structure du cerveau.

— M. Desportes demande si le bureau a pris en considération la proposition qu'il a faite dans la dernière séance de nommer une commission pour examiner les sujets de la race aztèque actuellement à Paris.

M. LE PRÉSIDENT. Le bureau a pensé qu'il n'y avait pas lieu de nommer une commission spéciale, tout membre de l'Académie ayant le droit de lui faire, à cet égard, telle communication qu'il jugera convenable. Si M. Desportes, qui s'est occupé de ces sortes de questions, veut bien voir ces sujets et en faire l'objet d'une communication à l'Académie, elle l'entendra avec le plus grand plaisir.

RAPPORTS.

Lèpre. — M. Gibert lit un rapport collectif sur plusieurs documents relatifs à la lèpre. Voici les titres de ces divers documents :

1° *Ecorce et suc d'assacou contre la lèpre*, transmis par M. le consul de France à Sainte-Marie-de-Belem, au Para (Brésil), 1848;

2° *Du traitement des affections lépreuses*, par H. Hardy, médecin à Port-au-Prince (Haïti), 1851;

3° *Mémoire sur quelques espèces de lèpre*, par M. le docteur J. d'Aquino Fonseca, de la province de Fernambouc (Brésil), 1852;

4° *Mémoire sur le traitement de la lèpre par l'hydrocotile asiatica dans l'Inde*, par M. J. Lépine, pharmacien de 1re classe de la marine impériale, 1855.

L'un de ces auteurs, M. J. d'Aquino Fonseca, s'est livré à des expé-

riences thérapeutiques nombreuses à l'aide du guano et de l'assacou, qui malheureusement ne l'ont conduit qu'à confirmer le jugement porté par Houllier en ces termes : « *Confirmata elephantiasis non curatur.* »

Le plus récent de ces documents, et le plus important, est le mémoire de M. J. Lépine sur le traitement de la lèpre par l'*hydrocotile asiatica*.

Ce mémoire se compose :

1° D'un travail chimique et pharmaceutique sur cette plante ;

2° D'un résumé d'observations cliniques et thérapeutiques qui lui ont été fournies par MM. les docteurs Boileau (de l'île Maurice), Houbert (de Pondichéry), Poupeau, chirurgien de la marine, et Hunter, médecin en chef de l'hôpital des lépreux à Madras.

Le remède a été jugé utile et efficace, non-seulement dans les affections lépreuses, mais encore dans quelques autres maladies de la peau rebelles, dans les scrofules et dans la syphilis.

Néanmoins M. le rapporteur pense qu'il convient de suspendre le jugement à porter, ce médicament ne datant encore que de peu d'années (trois ou quatre ans), et les guérisons n'étant pas par conséquent suffisamment constatées.

M. le rapporteur conclut en proposant d'adresser des remercîments aux auteurs de ces communications, et de prier M. Lépine d'encourager les médecins qui habitent les colonies de l'Inde à poursuivre leurs expériences thérapeutiques sur l'*hydrocatile asiatica*, et de l'inviter à mettre l'Académie à même de les faire répéter à Paris lorsque l'occasion s'en présentera; M. le rapporteur propose, en outre, de renvoyer le mémoire de M. d'Aquino Fonceca au comité de publication. (Adopté.)

Pathologie hippocratique. — M. Gibert lit un deuxième rapport sur un travail de M. Guillaume Delenda de Santorin (Grèce), intitulé *Coup d'œil sur la pathologie hippocratique comparée à la pathologie grecque contemporaine.*

L'auteur exprime dans ce mémoire ces deux idées :

1° On observe encore aujourd'hui dans le climat de la Grèce les maladies endémiques et épidémiques décrites par Hippocrate. Les difficultés et les obscurités apparentes que les médecins modernes ont rencontrées dans ses écrits tiennent presque uniquement à ce que la plupart n'ont pu étudier ces descriptions dans le texte grec, ni contrôler sur les lieux les observations du père de la médecine.

2° Parmi ces maladies, le génie intermittent, rémittent, pernicieux règne très communément, et le sulfate de quinine est le remède de beaucoup d'affections fébriles que l'on pourrait prendre au premier abord pour des phlegmasies ordinaires.

M. Gibert, en faisant remarquer que ces idées ont été exprimées déjà par plusieurs médecins contemporains, et notamment par les médecins français qui ont exercé en Algérie et en Italie, propose d'adresser à l'auteur une lettre de remercîments et de déposer son mémoire aux archives. (Adopté.)

LECTURES.

M. Broca lit un travail ayant pour titre : *Remarques sur quelques phénomènes qu'on attribue généralement à l'inflammation.*

L'objet de ce travail, qui échappe à l'analyse, est de montrer que la doctrine acceptée par la plupart des chirurgiens actuels relativement au rôle de l'inflammation dans un grand nombre de lésions est une doctrine erronée en soi et plus nuisible dans la pratique qu'on ne pourrait le croire au premier abord. L'auteur s'est proposé de soumettre à une nouvelle analyse plusieurs phénomènes chirurgicaux dont la nature inflammatoire lui semble au moins contestable.

L'inflammation étant un état morbide qui a pour siége primitif les vaisseaux capillaires des différents tissus, il est clair que l'inflammation ne peut pas se développer dans les tissus qui ne possèdent pas de vaisseaux.

M. Broca passe successivement en revue les prétendues affections inflammatoires des tissus privés de vaisseaux, tels que les cartilages, les ligaments, les tendons, les artères, les milieux transparents de l'œil, etc. Puis il étudie ces grands phénomènes qui jouent un rôle si important dans la chirurgie, l'ulcération, l'élimination, et il s'attache à démontrer que ce sont autant de phénomènes indépendants de l'inflammation, et que la théorie de l'inflammation ulcérative et de l'inflammation éliminatrice sont également fausses.

Dans la suite de ce travail, M. Broca se propose de démontrer que l'inflammation adhésive est une chimère, que l'inflammation contrarie souvent et ne favorise jamais la réunion par première intention; que, loin d'être l'auxiliaire du travail adhésif, elle en est l'ennemi le plus redoutable; qu'enfin l'application de cette doctrine au traitement des solutions de continuité peut mettre les chirurgiens en mesure d'obtenir l'adhésion des plaies d'une manière presque certaine dans tous les cas où il est possible d'en rapprocher les bords. (Commissaires : MM. Lévy, Velpeau, Bégin.)

Pneumonie aiguë sans fièvre. — M. Bouyer, de Fursac (Creuse), lit une observation intitulée *Pneumonie aiguë sans fièvre*, avec quelques réflexions sur la valeur de la fièvre dans la pneumonie, au point de vue du pronostic.

Il s'agit d'une pneumonie ayant duré sept jours, qui, ayant éclaté avec une fièvre violente, trente-six heures après le début de la maladie ne présentait plus aucun phénomène fébrile, sans avoir rien perdu de sa gravité locale; au contraire, la phlegmasie passa au deuxième degré, où elle se maintint pendant quelques jours, pour revenir au premier degré et disparaître très vite, malgré l'insignifiance du traitement. En un mot, toutes les phases les plus graves de cette pneumonie se sont accomplies vite et bien en l'absence de toute fièvre. Je devrais dire, ajoute l'auteur, grâce à l'absence de fièvre.

L'auteur fait suivre cette observation de considérations théoriques sur la fièvre et sur la manière dont elle est envisagée dans les diverses doctrines antagonistes. Il résume ces considérations en ces termes :

1° Rien ne démontre que la fièvre soit un effort salutaire du principe vital, une *réaction*, l'expérience, au contraire, la raison et la physiologie nous portent à regarder la fièvre comme l'effet de lois solidaires et harmoniques, comme une *sensation*. C'est ce qui ressort du reste de la définition de la fièvre par Broussais, Georget, Dugès, etc.;

2° La fièvre, comme le voulait Fernel, est généralement un mal. Jusqu'à 80 pulsations, elle offre peu de dangers; au-dessus de ce chiffre le danger croît en progression arithmétique jusqu'à 120-125; passé ce terme il y a progression géométrique. (Commissaires : MM. Blache, Grisolle, Bousquet.)

Section instantanée des rétrécissements. — M. Heurteloup lit un mémoire, dont nous nous bornons pour l'instant à inscrire le titre, qui est suffisamment explicatif. Nous en publierons quelques fragments dans un prochain numéro. Voici son titre : *Mémoire sur la section instantanée et simultanée des rétrécissements de l'urètre perméables aux bougies; section nommée tout récemment guérisons instantanées et radicales, et sur un instrument très simple pour pratiquer cette section, lorsqu'on veut absolument la pratiquer.*

PRÉSENTATION.

M. Chassaignac présente un malade qu'il a opéré récemment. Il a enlevé à ce malade un testicule atteint de dégénérescence cancéreuse. Cette tumeur a été présentée à l'Académie immédiatement après son ablation. M. Chassaignac présente aujourd'hui ce sujet, dans le but de faire constater la cicatrice, qui est parfaite.

— La séance est levée à cinq heures moins un quart.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 9 juillet 1855. — Présidence de M. Regnault.

Microcéphales vivants. — M. Serres lit une note sur deux microcéphales vivants attribués à une race américaine, dont nous extrayons les passages qui suivent :

« Toutes les régions du corps ne sont pas également susceptibles de variations; d'après leur structure et la comparaison des diverses races humaines, on remarque que la tête est la partie la plus mobile dans ses caractères; après la tête viennent le bassin et l'abdomen, puis les membres. La poitrine est la partie la plus fixe de l'organisme, par la raison qu'elle renferme les organes les plus essentiels à l'exercice et à l'entretien de la vie.

» Par une bizarrerie dont il est difficile de se rendre compte, dès ses premiers pas dans la civilisation l'homme a cherché à se déformer, et les tentatives qu'il a faites à cet égard ont porté plus particulièrement sur les parties qui par leur mobilité se prêtaient le mieux à ses combinaisons : la tête d'abord, puis l'abdomen, les membres et les pieds.

» A l'aide de ces efforts, l'art est parvenu à faire des types humains artificiels pour satisfaire ses caprices ou ses préjugés. Les prêtres du paganisme sembleraient, au dire de quelques personnes, avoir particulièrement cultivé cet art, et les idoles qu'ils offraient à la vénération des peuples n'étaient peut-être que la représentation des produits qu'ils étaient parvenus à obtenir.

» Cette conjecture s'est présentée à notre esprit en voyant ces jours derniers deux individus paraissant avoir quatre à cinq ans, et ayant, au dire de la personne qui les dirige, l'un, le petit garçon, dix-neuf; l'autre, la petite fille, 17 ans. Rien dans la comparaison des races humaines ne peut donner l'idée de la conformation du crâne de ces enfants. Ce sont des microcéphales, ou plus strictement des micro encéphales, dont l'anencéphalie parmi les monstruosités expliquerait les données principales si une certaine harmonie ne se remarquait dans les diverses parties de leur corps. Ces deux enfants rappellent, en effet, jusqu'à un certain point les idoles que l'on voit figurer sur les bas-reliefs des temples de l'Egypte et sur ceux que l'on a rencontrés dans l'Amérique centrale.

» D'après une notice imprimée à Londres et ayant pour titre : *Aztèques Lilliputiens ou Kaanas d'Iximaya*, l'Amérique centrale serait le lieu d'origine de ces deux enfants.

» D'après cette notice encore, ils appartiendraient à une race particulière presque éteinte et auraient été enlevés par un Espagnol de la *sacrificature* de Kaana.

» Sans nous attacher à faire ressortir ce qu'il y a d'invraisemblable dans le récit contenu dans cette notice, nous ferons observer qu'il est physiquement impossible que des êtres ainsi constitués aient jamais pu former une race particulière; car, en les supposant même toujours entourés de soins et de la tutelle nécessaire, des êtres restés physiquement à l'état de la première enfance ne seraient point aptes à se reproduire. Pour l'intelligence et la composition de la tête, c'est l'idiotie enfantine, s'agitant sans cesse sans but déterminé, sans attention et presque sans réflexion; leurs mouvements sont comparables à ceux des oiseaux les plus remuants.

» Sans nul doute ces enfants adolescents sont un des plus bas degrés auxquels puisse s'arrêter le développement de l'homme. Les Hottentots, les Lapons, les Samoyèdes, les Mirmidons d'Achille, les Macrocéphales d'Hippocrate, les Dokos d'Homère et de Pline seraient des génies et des hercules à côté d'eux.

» Tels qu'ils sont cependant, ils constituent un phénomène humain fort extraordinaire et digne de l'attention des physiologistes, et le problème de la formation de leur crâne est, sans aucun doute, l'un des plus difficiles que puisse présenter la science du développement de l'homme.

» Ainsi que l'a si justement fait remarquer M. J. Guérin, ces enfants doivent être plutôt considérés comme des idiots ou des crétins, et peut-être même les deux à la fois, que comme de véritables nains, et moins encore comme des individus appartenant à une race particulière.

» Par certains de leurs caractères physiques, ces êtres rappelant le type des *Paltas aturiens*, ou têtes plates des anciens Mexicains, peuvent être comparés, jusqu'à un certain point, à la race éteinte des Aztèques, auxquels on a cherché à les rapporter.....

» Les portraits des anciens Aztèques et les figures de quelques-unes de leurs divinités sont remarquables par la dépression du front, d'où résulte la petitesse de l'angle facial; c'est une forme qui paraît avoir appartenu au beau idéal de la race, et que beaucoup de nations américaines ont cherché à imiter au moyen d'une compression artificielle de la tête. On observe aussi la même forme de la tête dans les bas-reliefs des dieux et des héros sculptés dans les anciens temples du Yucatan et du sud du Mexique.

» Peut-on admettre que les sujets dont nous venons d'entretenir l'Académie soient le produit d'une compression artificielle de la tête portée à l'extrême, commençant au moment de la naissance et s'étendant à l'abdomen, au thorax et aux membres? C'est ce qui n'est nullement vraisemblable. Il faut donc recourir à un autre ordre de causes pour expliquer l'arrêt de développement général de ces étranges individus. C'est ce que nous nous proposons de faire dans une prochaine communication. »

Eaux minérales — M. J.-H. Herpin (de Metz) lit un mémoire ayant pour titre : *Etudes médicales, scientifiques et statistiques sur les eaux minérales.*

Les faits de guérison ou de soulagement obtenus sous l'influence du traitement par les eaux minérales sont-ils vrais?

Dans l'affirmative, faut-il attribuer ces résultats à l'eau, aux principes minéralisateurs, ou bien à la thermalité, au changement de vie, au repos, aux distractions, au grand air, etc.?

Enfin, quelles sont les sources qui conviennent spécialement dans telles circonstances ou telles maladies données?

Telles sont les questions que l'auteur s'est proposé d'examiner dans ce mémoire.

Il en conclut que les eaux minérales sont l'un des agents les plus précieux, les plus efficaces et en même temps les plus agréables que la nature nous ait accordés pour soulager, guérir et prévenir un grand nombre de maladies, en corrigeant et améliorant la nature des sécrétions viciées, en apportant à la constitution intime des individus de profondes et salutaires modifications.

Les guérisons opérées par les eaux minérales n'ont rien que de très simple et de très naturel, qui ne soit parfaitement d'accord avec les lois générales de la saine physique et de la physiologie; à savoir :

1° L'action physique et physiologique du calorique et de la thermalité;

2° L'action mécanique diluente et dissolvante de l'eau;

3° L'élimination au dehors du corps des produits hétérogènes, anormaux, viciés et morbides, par l'effet d'un lavage purement et simplement mécanique; le changement de l'état intime des humeurs et des solides; la formation d'un sang nouveau, d'une chair nouvelle; finalement, le rétablissement de la santé sous l'influence des conditions les plus heureuses d'hygiène et de salubrité.

Comme agents chimiques, les eaux minérales apportent des principes et des matériaux utiles ou nécessaires à l'économie; elles forment des combinaisons et des réactions diverses, excitent les organes des sécrétions et des excrétions, en régularisent les fonctions, corrigent et améliorent leurs produits. Dans certains cas, elles opèrent des révulsions et une dérivation salutaire.

Les chlorures excitent le système lymphatique et glandulaire; ils améliorent la nature de leurs sécrétions. Les sulfates agissent d'une manière plus spéciale sur les organes et les viscères de l'abdomen, particulièrement sur les intestins, sur lesquels ils opèrent un relâchement et une dérivation salutaires.

Les carbonates alcalins corrigent l'excès d'acidité anormale, rendent le sang plus fluide et plus coulant. La chaux et les phosphates contenus dans les eaux fournissent les éléments nécessaires à la régénération du tissu osseux. Enfin, l'iode, le fer, le soufre, etc., exercent sur l'économie l'action médicamenteuse qui leur est particulière.

Divers tableaux statistiques font connaître les résultats du traitement des maladies dans les divers groupes d'eaux minérales : sulfatées, chlorurées, carbonatées, ferrugineuses, etc.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du préfet de l'Oise, une prime de 200 francs est allouée au premier médecin qui viendra s'établir dans une des communes rurales de l'un des quatre cantons de Chaumont, de Marseille, de Guiscard et d'Estrées-Saint-Denis, et autant que possible au centre des groupes desdites communes dépourvues d'hommes de l'art.

— M. le docteur Goffres vient d'être chargé par M. le ministre de la guerre, ainsi que nous l'avons déjà annoncé, d'organiser les hôpitaux temporaires que l'on prépare à Montpellier et à Cette pour recevoir les malades et blessés de l'armée d'Orient. Ce savant médecin, dit la *Revue thérapeutique du Midi*, qui avait laissé à Montpellier de si bons souvenirs, est arrivé dans notre ville depuis le commencement du mois, et s'occupe avec activité de la mission qui lui a été confiée. Si nos renseignements sont exacts, il ne sera créé pour le moment que trois centres, de 500 malades chacun : le premier à la citadelle de Montpellier, le second à Château-d'Eau (campagne de monseigneur l'évêque de Montpellier), et le troisième à Cette, dans les bâtiments du Lazaret.

— M. le docteur Lombard, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier (section des sciences accessoires), vient de mourir subitement dans cette ville, à l'âge de quarante-neuf ans. A de véritables qualités comme praticien, M. Lombard joignait un grand amour pour la science, et il s'occupait depuis plusieurs années d'un traité de botanique médicale, à la rédaction duquel il consacrait tous les moments que lui laissait une nombreuse clientèle.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. Decq;
A Genève, à la librairie de Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Nouveau compendium médical à l'usage des médecins praticiens divisé en trois parties : 1° Pathologie générale : Etude des maladies dans ce qu'elles offrent de commun sous le rapport de l'étiologie, de la symptomatologie, de la thérapeutique, de la nomenclature et des classifications; 2° Dictionnaire de pathologie interne : Description des maladies des divers âges et sexes, des maladies de la peau, des maladies des yeux, principalement des ophthalmies, etc., avec l'indication des formules les plus usitées dans leur traitement; 3° Memento thérapeutique : Définition de toutes les préparations pharmaceutiques magistrales et officinales; indication des principales formules qui les représentent; énoncé des propriétés, usages et doses des médicaments les plus employés, etc., le tout par ordre alphabétique, par M. le docteur Antonin Bossu. — 1 fort vol. grand in-18 de 770 pages. 2e édition, entièrement refondue et considérablement augmentée. Prix de l'ouvrage, 7 fr. — Chez G. Baillière, 17, rue de l'Ecole-de-Médecine, et chez l'auteur, 31, rue de Seine.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 85. — SAMEDI 21 JUILLET 1855. (28e ANNÉE.) N° 85. — SAMEDI 21 JUILLET 1855.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, en face de l'Académie de médecine.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 ». Un an. . 30 ».

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Scorbut. — Vomissements incoercibles pendant la grossesse. — Hémorrhagies interstitielles du foie consécutives à une pneumonie. — De la pléthore comme cause de l'asthme. — MAISON DE SANTÉ (M. Demarquay). De quelques cas heureux d'application de l'électricité. — Note sur la non-absorption des médicaments dans la période algide du choléra. — ACADÉMIE DE MÉDECINE, addition à la séance du 17 juillet.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Scorbut.

D'après les renseignements que nous avons pu recueillir de plusieurs points depuis notre dernière *Revue clinique*, les affections scorbutiques dont nous avons signalé l'existence à Paris ne paraissent avoir pris ni plus de développement, ni plus d'intensité. Il paraît même que le nombre des cas nouveaux a sensiblement diminué dans les hôpitaux militaires; et quant aux hôpitaux civils, nous n'avons pas appris qu'ils se fussent multipliés. Mais ce qu'il ne sera pas sans intérêt de constater, c'est que cette sorte d'épidémie n'est pas exclusivement circonscrite à la capitale. Nous apprenons par une lettre publiée par M. le docteur Maugin, médecin de l'hôpital civil et militaire de Douai, qu'une épidémie semblable sévit en ce moment dans les camps et les hôpitaux militaires du Nord. Voici quelques passages de cette lettre :

« J'ai reçu des camps du Nord, dit M. Maugin, depuis le 13 juin, plusieurs centaines de scorbutiques, parmi lesquels j'en ai compté 76 atteints de scorbut à divers degrés. De ces 76 scorbutiques, 20 ont été dirigés, après quelques jours, sur l'hôpital de Cambrai. J'en ai gardé, parmi les plus malades, 56 dont une vingtaine sont retournés guéris aux camps de Boulogne et de Saint-Omer. Ceux qui me restent voient leur état s'améliorer chaque jour, à l'exception peut-être de trois ou quatre, dont le mal, sans faire de progrès, reste au moins stationnaire et ne me laisse guère d'inquiétude. Jusqu'ici, je ne crois pas qu'aucun des malades que j'ai perdus depuis le 13 juin appartienne à la catégorie des scorbutiques.

» Les symptômes observés sur ces malades sont :

1° Des pétéchies ou taches de purpura répandues en plus ou moins grand nombre sur le tronc, mais surtout sur les membres, et plus particulièrement sur les membres pelviens.

» 2° Des taches violacées ou brunâtres de 5 millimètres à 2 centimètres de diamètre, se montrant en nombre beaucoup moins considérable que les pétéchies, et presque exclusivement sur les membres.

» 3° Des ecchymoses profondes et diffuses des membres, plus rares aux membres supérieurs, où elles siégent le plus ordinairement à la partie inférieure et postérieure du bras, plus fréquentes aux membres inférieurs, où on les voit à la partie inférieure et interne des cuisses, le plus souvent aux mollets, et quelquefois vers les malléoles. Le tissu cellulaire qui en est le siége et la peau qui les recouvre sont plus consistants que de coutume, et acquièrent souvent la dureté du marbre, dont ils affectent les couleurs bariolées, variant du jaune au vert, au pourpre, au brun, etc.

« 4° Sous ces taches ecchymotiques, les muscles sont tantôt endurcis et contractés, tantôt flasques et ramollis, mais toujours douloureux et souvent même d'une sensibilité exquise. Non-seulement alors la marche est impossible, mais le moindre mouvement dans le lit devient l'occasion d'une vive douleur.

» 5° Les gencives sont sensibles, fongueuses, boursouflées au point de dépasser le bord libre des dents; elles sont violacées, saignantes, ulcéreuses, et laissent exhaler un odeur repoussante.

» 6° Le teint est généralement pâle, terreux, tirant sur le jaune; le visage est souvent bouffi, les lèvres pâles, ainsi que les conjonctives.

» 7° La respiration est plus ou moins anhélante; les forces anéanties; le cœur bat d'une manière normale; le pouls, généralement, n'est ni plus ni moins fréquent que de coutume; l'appétit est vif et soutenu, les digestions sont faciles et normales. Cependant plusieurs malades ont été affectés de diarrhée intercurrente, et chez l'un d'eux elle persiste avec ténacité. »

La soustraction des sujets aux causes qui ont engendré et développé la maladie a paru à M. Maugin le premier remède à lui opposer.

Le régime alimentaire lui a paru un puissant moyen de guérison (trois quarts de portion de pain avec bouillon et viande bouillie ou rôtie matin et soir; vin). Pour ceux dont les gencives sont plus malades et saignantes, il donne des potages aux herbes, des légumes frais, des œufs, du riz et des pruneaux.

A ce régime il ajoute, comme remèdes généraux, du vin antiscorbutique, du vin de quinquina, des préparations ferrugineuses, la limonade sulfurique, la tisane de scordium et l'alcoolé de cochléaria.

Comme moyens locaux, cataplasmes émollients, eau végéto-minérale, frictions sèches ou avec le liniment narcotique ou volatil camphré, etc.

Contre l'affection des gencives, il emploie localement les gargarismes aluminés, ou au chlorate de potasse, ou bien aiguisés par l'acide hydrochlorique.

Ces divers moyens, employés simultanément ou successivement, ont généralement réussi à déterminer plus ou moins vite une amélioration marquée.

Nous reviendrons sur les faits analogues observés à Paris et sur les moyens de traitement qui ont été mis en usage.

Vomissements incoercibles pendant la grossesse.

Les vomissements incoercibles qui compliquent la grossesse chez quelques femmes constituent une des affections les plus graves, tant à cause de l'impuissance trop commune de la thérapeutique en pareil cas que parce qu'ils menacent à la fois l'existence de deux êtres. Aussi ne saurait-on trop chercher à multiplier les tentatives qui peuvent offrir quelques chances de succès, soit que ces chances reposent sur une donnée purement empirique, soit qu'elles se fondent sur une indication rationnelle. Plusieurs moyens puisés à l'une ou l'autre de ces deux sources ont été préconisés dans ces derniers temps; tels sont, entre autres, les applications de sangsues sur le col et la belladone.

M. le docteur Négrier (d'Angers), ayant cru reconnaître que les vomissements des femmes grosses étaient le résultat de l'irradiation sympathique sur l'estomac d'une irritation inflammatoire du col, a proposé de les combattre par une application de sangsues sur le col. Ce moyen a été mis en pratique par M. Clertan, qui en a obtenu heureux résultat.

D'un autre côté, M. Bretonneau, partant de l'idée que les vomissementssont dus à une rigidité spasmodique de l'utérus, qui *refuse* de se laisser distendre par le produit de la conception, a eu recours à l'emploi de la belladone en frictions sur la région hypogastrique ou porté sur le col à l'aide d'un tampon, et il a eu dans quelques cas le bonheur de réussir.

L'occasion d'expérimenter ces deux moyens se présentait récemment à la Clinique d'accouchements. Une femme, à mi-terme environ, est entrée dans les salles en proie depuis le commencement de sa grossesse à des vomissements répétés qui ne lui permettaient de conserver aucun aliment. Sans être réduite encore à cet état de marasme qui met les jours des malades immédiatement en danger, elle était cependant dans une situation des plus graves.

L'occasion parut favorable à M. P. Dubois pour essayer successivement les deux moyens dont il vient d'être question.

Malheureusement au moment où l'on se proposait de commencer le traitement cette femme a demandé à quitter l'hôpital. L'essai n'a donc pas pu avoir lieu. Toutefois, On a saisi cette occasion pour s'assurer s'il était vrai, ainsi que l'a avancé M. Négrier, qu'il y eût dans ce cas un état de phlogose du col, et on a effectivement constaté que cet organe était le siége d'une rougeur et d'une sensibilité assez prononcées. M. P. Dubois en avait induit l'indication de combiner les deux moyens en question ou du moins de les employer successivement, c'est-à-dire de faire d'abord une application de sangsues sur le col et de la faire suivre, en cas qu'elle n'eût pas un résultat complet et immédiat, de l'usage du tampon belladoné. Ce qui n'a pu être fait dans cette circonstance le sera à la première occasion, sur cette malade, si elle rentre à l'hôpital, ou sur la première qui se présentera.

Au sujet de ce cas, tout nul qu'il est sous le point de vue qui nous intéresse, nous n'avons pas voulu perdre l'occasion d'exposer sommairement les résultats de recherches très intéressantes que vient de faire sur ce sujet M. le docteur P.-M. Cartaya (de l'île de Cuba), et qui se trouvent consignés dans une très bonne thèse qu'il a soutenue récemment devant la Faculté de Paris. Cette thèse a pour titre : *Des vomissements incoercibles pendant la grossesse; de leur traitement, surtout au point de vue de l'avortement provoqué.*

M. Cartaya a réuni dans ce travail 58 observations de vomissements incoercibles qu'il a répartis d'après leur mode de terminaison en cinq groupes. Dans le premier groupe, il a compris les cas de vomissements terminés par la mort sans que l'avortement ait eu lieu; dans le deuxième groupe, ceux qui se sont terminés par la guérison à la suite de l'avortement spontané ou seulement à la suite de la mort du fœtus sans son expulsion immédiate; dans le troisième groupe, les terminaisons par la guérison sans que l'avortement ait eu lieu; dans le quatrième, les terminaisons par la mort, bien que l'avortement spontané ait eu lieu, mais trop tard pour empêcher la mort. Un cinquième groupe comprend enfin les cas dans lesquels on a eu recours à l'avortement provoqué. Sur ces 58 observations, il y en a 24 qui appartiennent au premier groupe, c'est-à-dire aux cas de vomissements terminés par la mort sans que l'avortement ait eu lieu. Nous n'avons pas besoin de dire que dans la plupart de ces cas les médications les plus variées et les plus énergiques ont été vainement mises en usage.

Les observations de la seconde catégorie, où la guérison a eu lieu à la suite de l'avortement spontané ou à la suite de la mort du fœtus sans son expulsion immédiate, sont au nombre de 11. Les cas de terminaison par la guérison sans que l'avortement ait eu lieu sont au nombre de 3 seulement. L'un de ces cas, qui a été vu par MM. Chomel et P. Dubois, chez une malade qui recevait les soins du docteur Koreff, est sans contredit un des exemples de guérison spontanée les plus remarquables et les plus inattendus. Cette femme, réduite au dernier degré de marasme et qui semblait vouée à une mort certaine, fut prise d'une diarrhée soudaine et abondante qui produisit une diversion salutaire.

Le deuxième fait est un exemple de guérison à la suite d'une application de sangsues sur le col indiquée par l'état de phlogose du col utérin. C'est le fait de M. Clertan auquel nous avons fait allusion plus haut.

Dans le troisième fait, la guérison fut due à l'usage des alcooliques et du vin de Champagne pour lesquels la malade avait un goût particulier et excessif.

Les faits de la quatrième catégorie (terminaison par la mort, bien que l'avortement spontané ait eu lieu) sont également au nombre de 3. Dans ces trois cas l'avortement n'eut lieu qu'alors que les malades étaient déjà dans un état de mort imminente.

La cinquième catégorie, celle qui a trait aux cas dans lesquels on a eu recours à l'avortement provoqué, se divise en deux groupes comprenant l'un les succès, l'autre les insuccès. Les premiers sont au nombre de 14, les seconds au nombre de 3 seulement. Nous ferons remarquer que dans les faits du premier groupe, c'est à tort que l'on se sert d'une manière générale du mot *avortement*, car dans le nombre nous avons compté trois cas d'accouchement prématurément provoqué, et qui ont eu pour résultat la guérison de la mère et la naissance d'enfants vivants.

Nous trouvons donc en résumé, sur un total de 58 observations de vomissements incoercibles pendant la grossesse : 30 cas de mort et 28 cas de guérison. Sur ces 28 guérisons, 11 sont attribuables à l'avortement spontané ou à la mort du fœtus expulsé plus tard; 2 à l'influence des moyens thérapeutiques mis en usage, et 1 à une sorte de phénomène critique naturel; 14 à la pratique de l'avortement ou de l'accouchement prématuré artificiel.

Nous ne voulons pas, à l'occasion de ces derniers faits, soulever une question pratique grosse d'orages; nous n'avons d'autre but pour le moment que de faire ressortir de cette statistique, tout incomplète qu'elle est, la conséquence naturelle qu'elle renferme, savoir : l'excessive gravité de l'accident dont il s'agit, et l'impuissance presque constante de la thérapeutique. Est-ce à dire que l'on doive renoncer à de nouvelles tentatives? Non sans doute. Indépendamment des quelques cas rares où l'art a pu conjurer cette grave complication de la grossesse, et qui doivent servir de guide au praticien, l'alternative cruelle où il devra se trouver placé dans un moment donné lui impose le devoir de multiplier et de varier indéfiniment ses recherches et ses tentatives. On comprendra dès lors l'intérêt que nous attachions à suivre le traitement que M. P. Dubois se proposait de mettre en œuvre chez la malade qui fait le sujet de ces réflexions, et le regret que nous avons eu de n'en pouvoir constater les effets.

Hémorrhagies interstitielles du foie consécutives à une pneumonie.

Parmi les phénomènes morbides consécutifs à la pneumonie et qui paraissent devoir être attribués au trouble général de la circulation qui est la première conséquence de la phlegmasie pulmonaire, quelques auteurs ont signalé les hémorrhagies interstitielles du foie. Le fait suivant observé dans le service de M. le professeur Piorry à la Charité, et dont nous devons la communication à M. Frédéric Duriau, élève du service, présente, indépendamment de quelques autres particularités dignes d'intérêt, un exemple re-

marquable de ce genre de lésion consécutive. Nous le ferons suivre des réflexions auxquelles il a donné lieu de la part de M. Piorry.

Pneumonie double entée sur des tubercules; délire; mort, — Méningite et ramollissement cérébral du ventricule gauche; hémorrhagies interstitielles du foie. — M... (Pierre), âgé de vingt ans, tôlier, né en Auvergne, entré le 3 juillet 1855, salle Saint-Charles, n° 12.

Cet homme, d'une constitution faible et d'un tempérament nervoso-sanguin, est malade depuis douze jours, et depuis très longtemps il tousse. Point d'affections tuberculeuses dans sa famille.

Examiné le 4 juillet, jour de son entrée, il a présenté une induration au sommet du poumon droit; les crachats sont rouillés et très visqueux. Le diagnostic fut celui-ci : pneumonie entée probablement sur des tubercules, en raison de la faiblesse et de l'âge du sujet, de l'ancienneté du mal et du siége de la lésion. Le foie et la rate étaient de plus très volumineux, et les symptômes observés du côté de l'intestin faisaient croire à une affection tuberculeuse de ce viscère.

Le malade fut traité par le tartre stibié à haute dose, le sulfate de quinine, et ne présenta aucune modification jusqu'au 6.

Le 6, perte complète de connaissance; on cherche, mais en vain, à fixer l'attention du malade, qui ne répond à aucune question. Il fait des efforts pour se lever et sortir de son lit; dans une de ces tentatives il tombe sur le parquet de la salle : on ignore si dans cette chute la tête a porté sur le sol.

Les 7 et 8, même état. Le tartre stibié n'a pu être avalé; à peine introduit dans la bouche, il est rejeté. Il en est de même du sulfate de quinine.

Le 9, persistance de la pneumonie; les deux poumons sont pris. On entend en arrière des râles larges et humides. Le pouls est à peine fébrile (80 pulsations). Coma complet. La pupille gauche est très dilatée; la droite est au contraire très contractée. Contracture des mâchoires. Point d'hypéresthésie cutanée, si ce n'est à la jambe gauche; quand on pince cette région, la face du malade semble indiquer une souffrance. M. Blain des Cormiers, chef de clinique, chargé en ce moment du service, admet l'existence probable d'une méningite tuberculeuse. — Application de sangsues au cou; émétique.

Le malade meurt le lendemain, présentant les mêmes désordres cérébraux.

Autopsie. — Les téguments du crâne sont intacts, et ne présentent aucune trace de lésion consécutive à la chute que le malade avait faite le 6 juillet.

Les méninges sont injectées, surtout à droite et en arrière, où l'on remarque des granulations; point de tubercules dans ces membranes. Le ventricule gauche renferme une grande quantité de sérosité rougeâtre, et les parois de ce ventricule sont ramollies.

Les deux poumons présentent les différents degrés de la pneumonite, surtout à droite, où se trouvent quelques tubercules. Il n'en existe point dans le poumon gauche. Les bronches sont gorgées d'écume sanguinolente. Le cœur est sain.

Le péritoine offre des traces d'inflammation, surtout à gauche. La rate, énorme, est recouverte d'une couche épaisse de fausses membranes. Point d'ulcérations tuberculeuses de l'intestin.

Le foie est très volumineux; sa surface extérieure est bosselée dans toute son étendue; sa coloration est pâle et rappelle l'aspect du foie gras. Quand on l'incise, on rencontre une altération de tissu très remarquable. Chacune des bosselures observées à l'extérieur correspond à un amas de stries d'un rouge noirâtre, superposées et se détachant parfaitement sur le tissu du foie, qui est grisâtre, granuleux et ramolli. Ces stries noirâtres suivent le trajet des veines sus-hépatiques.

Les reins ne présentent aucune lésion.

Telles sont les altérations qu'a offertes l'examen cadavérique du sujet.

La coïncidence des troubles cérébraux avec une pneumonie du sommet est un fait trop généralement connu pour s'y arrêter. D'ailleurs, l'existence d'une inflammation des méninges explique parfaitement la nature du délire. Il n'en est pas de même pour les désordres qu'a présentés le foie. Déjà M. Hervez de Chégoin a fait connaître des cas où la pneumonie à droite, déterminant une compression de la veine porte, avait amené des hémorrhagies. Dans l'observation que nous venons de relater, des hémorrhagies interstitielles se sont opérées dans le tissu du foie par suite de la rupture des veines sus-hépatiques. Le tissu de cet organe est ramolli; il a perdu sa résistance, et les stries noirâtres, qui ne sont autre chose que du sang, suivent, en effet, le trajet des veines sus-hépatiques. Il s'agissait d'examiner si, dans cette circonstance, l'hémorrhagie interstitielle du foie est consécutive à la pneumonie. Or, l'inflammation du poumon amenant naturellement une gêne dans l'hématose, l'obstacle au cours du sang ne doit-il pas retentir dans le cœur droit, et par suite occasionner une compression des veines sus-hépatiques? Il est donc permis de conclure de ce fait que :

1° Le tissu du foie ayant acquis une densité moins considérable (qui est peut-être la conséquence de la dégénérescence tuberculeuse), les veinules hépatiques se sont rompues et ont déterminé les hémorrhagies que l'on a constatées;

2° L'inflammation du poumon est la cause première de ce phénomène morbide par suite des troubles qu'elle a introduits dans la circulation.

De la pléthore comme cause de l'asthme.

Nous avons soulevé tout récemment, à l'occasion de quelques faits d'asthme observés dans le service de M. Beau, à l'hôpital Cochin, la question de savoir si l'asthme, comme le pense ce savant clinicien, est toujours le résultat d'une phlegmasie chronique des petites bronches, ou s'il faut admettre deux espèces d'asthme, l'un avec matière, l'asthme bronchique ou catarrhal de M. Beau, l'autre sans matière, l'asthme nerveux d'un grand nombre d'auteurs.

Nous recevons à ce sujet d'un de nos correspondants, M. le docteur Hamon (d'Ecommoy), quelques réflexions qui lui ont été probablement suggérées par notre article, et qu'il appuie sur des observations qui tendraient, suivant lui, à démontrer que les deux espèces d'asthme admises jusqu'ici par les auteurs ne suffiraient pas pour donner une explication rationnelle de tous les faits observés, et qu'il faudrait en admettre une troisième espèce dans laquelle un état de pléthore habituelle ou accidentelle jouerait le principal rôle dans la production des accès d'asthme. Alors même que ces observations ne prouveraient pas ce que notre confrère s'est proposé d'établir, elles n'en présentent pas moins assez d'intérêt pour que nous croyions devoir les soumettre à nos lecteurs.

Voici le premier de ces faits :

La fille L..., âgée de vingt-deux ans, mal réglée, rendant un sang noir, épais, qui tache le linge au point de ne pouvoir être que difficilement blanchi, éprouve à chacune de ses époques menstruelles une oppression qui ne se dissipe que lorsque le flux cataménial est décidément établi.

Il y a un mois, dit notre confrère, celui-ci ayant subi quelques jours de retard, la fille L... fut atteinte d'une attaque d'asthme très intense, qu'il fut appelé à combattre. Il était six heures du matin. La crise avait commencé à dix heures du soir; son intensité allait sans cesse croissant. La malade était dans l'état suivant lorsqu'elle fut visitée par M. Hamon :

Orthopnée; face anxieuse, mais non congestionnée, couverte d'une sueur froide; anhélation extrême; pouls petit, d'une fréquence presque normale; matité absolue dans toute l'étendue de la poitrine; inspiration et expiration sifflantes, cette dernière très prolongée. M. Hamon prescrivit une potion purgative énergique au séné et au sulfate de soude, qui ne provoqua que trois garde-robes, sept heures seulement après son ingestion, et deux sinapismes à chaque membre pelvien. Le soulagement produit par les sinapismes fut presque immédiat. Trois heures après leur application la dyspnée avait complétement disparu. La malade éprouva alors le besoin de dormir. A son réveil elle se trouva guérie. Ajoutons qu'il n'y eut pas la moindre expectoration ni pendant, ni après l'accès.

M. Hamon se demande s'il avait eu affaire à un asthme nerveux qui aurait été combattu avec avantage par les effets excitants et perturbateurs des sinapismes. Mais la matité pulmonaire générale, dit-il, comment l'expliquer? S'agissait-il d'un asthme avec matière bronchique? La malade n'a pas rendu un seul crachat ni pendant, ni après l'accès; et il en conclut qu'il faut admettre que cette matité était déterminée par la stase du sang dans les plexus pulmonaires. La preuve en est, pour lui, que les sinapismes, par la dérivation sanguine qu'ils ont produite, ont procuré à la malade un soulagement presque immédiat. Il a été à même d'examiner cette jeune fille quatre jours après l'accès dont il vient d'être question. Sa poitrine était saine, ses règles s'étaient établies. Mais au bout de quelques jours, au retour de la période cataméniale, elle a encore éprouvé de la dyspnée.

M. Hamon se propose, le mois prochain, de faire ingérer à cette jeune fille, quatre ou cinq jours avant le retour des règles, quelques grammes de bi-carbonate de soude, espérant qu'il arrivera peut-être ainsi à diminuer la plasticité du sang et à prévenir le retour de toute attaque ultérieure.

Cette observation est suivie de deux faits analogues qui lui paraissent également devoir faire considérer la trop grande richesse du fluide nourricier comme une cause prédisposante de l'asthme, en rendant plus difficile la circulation capillaire.

Dans le premier, il s'agit d'une dame d'une cinquantaine d'années, sujette depuis longtemps à des attaques d'asthme extrêmement fortes et fréquentes. Depuis vingt ans elle ne pouvait, en toute saison, dormir que la fenêtre ouverte; il lui eût été impossible de faire son lit. A la suite du traitement auquel elle fut soumise, et qui a duré environ deux mois dans toute sa rigueur, elle a vu presque complétement disparaître cette pénible infirmité.

Les moyens principaux qui ont été mis en usage ont été les suivants : une seule dose d'émétique administrée lors de la première attaque que M. Hamon a été appelé à combattre; régime convenable; purgations fréquentes; médicaments altérants. M. Hamon s'était surtout proposé d'appauvrir une constitution trop riche, se fondant sur ce que cette dame lui avait certifié que lorsqu'elle maigrissait ses attaques ne se reproduisaient plus. Le traitement l'a en effet fait maigrir, et sa santé est actuellement excellente.

La seconde observation est moins concluante, à la vérité, que la précédente, parce qu'il y a trop peu de temps que le malade est en traitement; le résultat néanmoins est déjà remarquable.

M. P... (soixante-cinq ans) éprouvait presque tous les jours depuis quelques mois des attaques d'asthme plus ou moins violentes. M. Hamon a commencé par lui administrer l'émétique, afin de débarrasser les bronches du mucus qui les obstruait; puis, croyant devoir attribuer à la pléthore sanguine une large part dans la production fréquente des attaques, il a soumis le malade à un régime convenable et à l'usage de la médication alcaline. Depuis trois semaines qu'il est en traitement, aucun accès ne s'est produit.

Nous engageons notre confrère à nous faire connaître le résultat définitif du traitement de ce dernier malade, ainsi que les effets de l'essai qu'il se propose de faire chez la jeune fille sujet de la première observation.

MAISON DE SANTÉ. — M. DEMARQUAY.

De quelques cas heureux d'application de l'électricité.

L'application de l'électricité à la thérapeutique chirurgicale, aujourd'hui que les connaissances anatomiques et anatomo-pathologiques ont permis d'en préciser plus rigoureusement l'emploi, donne des résultats que les chirurgiens qui les premiers en ont fait usage pouvaient à peine espérer. En effet, si l'on remonte à l'époque où le fluide électrique a pris rang dans le cadre des moyens curatifs, on voit que les essais tentés à Genève vers 1740 n'avaient pas été couronnés d'un plein succès et n'avaient alors permis que d'entrevoir ce que l'étude pourrait en retirer. Quarante ans plus tard, deux médecins, Poma et Arnaud (de Nancy), mettant à profit les recherches de leurs devanciers et leurs propres expériences, étendirent l'application de l'électricité à un certain cercle d'affections nerveuses, rhumatismales, scrofuleuses, etc.; les cas de guérison, quoique peu nombreux, firent cependant pressentir toute la valeur de cet agent. Ces expérimentateurs établirent en principe que pour arriver à la guérison les séances devaient être prolongées et continuées en raison de la durée et de la gravité de la maladie.

Jusqu'en 1836, époque à laquelle M. Sarlandière fit de l'électricité appliquée à la thérapeutique un sujet tout particulier d'études, les travaux les plus importants sur ce sujet sont les expériences de M. Bretonneau et celles de MM. Cloquet et Jobert (de Lamballe). Depuis lors, MM. Duchenne (de Boulogne), Monod, Michon et Debout se sont livrés avec succès à de nouvelles recherches, dont les heureux résultats ont jeté une lumière toute nouvelle sur l'emploi du galvanisme dans les cas multiples qui pourraient le réclamer.

Les bons effets obtenus par M. Jobert dans un grand nombre de cas d'hypertrophie ganglionnaire et de paralysies du tympan, par MM. Duchenne et Debout dans les paralysies musculaires et par MM. Monod et Michon dans celles de la vessie, viennent de recevoir une nouvelle sanction entre les mains de M. Demarquay, momentanément chargé du service de chirurgie dirigé par M. Monod à la Maison municipale de santé.

Voici la relation succincte de ces faits :

Obs. I. — Un jeune homme porteur d'un engorgement des ganglions sous-maxillaires droits est présenté à M. Demarquay dans le milieu du mois de mai par un médecin de la ville pour subir l'extirpation de cette tumeur arrivée à des proportions déjà considérables (œuf de poule). Les fondants de toute nature avaient été employés sans succès; l'opération était la ressource ultime.

Avant d'en venir à ce dernier moyen, M. Demarquay proposa la galvanopuncture; sa proposition fut acceptée. Séance tenante, la tumeur est embrochée dans ses diamètres transversal et vertical par quatre aiguilles et un courant établi au moyen de l'appareil de Breton. L'opération fut à peine douloureuse; à la troisième séance, le volume était sensiblement réduit; à la huitième, il offrait tout au plus la grosseur d'un petit œuf de pigeon.

Aujourd'hui, un mois après le commencement des séances, c'est-à-dire après douze applications, les ganglions sont revenus à leur état normal; ils ne présentent de particulier qu'un léger degré d'induration qui tend tous les jours à disparaître.

Obs. II. — M. X... fait une chute de cheval il y a six semaines; le moignon de l'épaule est surtout le siége de la contusion. Un médecin mandé constate une luxation et procède immédiatement à la réduction; le résultat est satisfaisant.

Quelques jours après, M. X... est dans l'impossibilité de faire exécuter à son bras le moindre mouvement; l'épaule est affaissée, déformée; la déformation porte principalement sur le moignon; l'acromion est très manifestement senti; la tête humérale et toute l'articulation, en un mot, sont si peu matelassées par les fibres deltoïdiennes que les parties osseuses paraissent au toucher n'être recouvertes que par la peau. Le deltoïde avait été isolément frappé de paralysie et d'atrophie consécutive.

M. Demarquay a recours à l'action du galvanomagnétisme à la fois comme moyen diagnostique et curatif. La deuxième séance était suivie d'un résultat qui déjà permettait d'espérer une guérison prochaine. En effet, quinze jours après, à la neuvième séance, les mouvements sont presque totalement revenus. M. X... peut facilement se livrer à tous les soins de sa toilette; à la quinzième séance, il remonte à cheval. Il ne reste aujourd'hui qu'un peu de faiblesse et surtout de roideur dans l'articulation; l'épaule a repris sa forme, les saillies osseuses ont disparu, le muscle ne conserve plus rien de l'atrophie dont il avait été frappé; les mouvements et les forces sont si bien revenus que le bras est facilement élevé au-dessus de la tête et que, tendu de manière à former un angle droit avec le corps, il peut supporter à son extrémité un poids équivalant à 2 kilogrammes environ.

Obs. III, IV et V. — Trois autres malades entrés pour une affection des organes génito-urinaires sont également soumis à la faradisation. Deux d'entre eux, vieillards septuagénaires, sont atteints de rétention d'urine ne reconnaissant pour cause ni rétrécissement de l'urètre, ni valvule vésicale, ni engorgement ou hypertrophie prostatique; leur vessie, de grande capacité, a presque entièrement perdu sa contractilité et ne peut expulser qu'une petite quantité de son contenu. Le troisième est un jeune homme affecté de spermatorrhée avec perte absolue d'érections. Chez l'un des deux vieillards, homme d'une grande sensibilité à l'action électrique, la première séance a été suivie

d'une amélioration remarquable ; l'urine est rendue sous forme de jet et presque en totalité. A la troisième séance, le malade vide complétement sa vessie ; il ne reste que du catarrhe, contre lequel on dirige un traitement approprié. L'électrisation et l'usage des bains sulfureux sont continués simultanément jusqu'à guérison complète. Chez l'autre, d'un âge plus avancé, d'une constitution plus détériorée et d'une sensibilité beaucoup plus obtuse, huit séances ont rendu à la vessie le ressort qu'elle avait perdu. Cet homme a succombé depuis à une diarrhée rebelle.

Le troisième sujet a fait des excès de femmes et de boisson ; il a contracté plusieurs blennorrhagies. A son entrée, il perdait du sperme dans la miction et dans la défécation ; les érections étaient entièrement suspendues. La noix vomique, la belladone, les douches froides, les bains sulfureux n'avaient donné que des résultats à peine appréciables ; M. Demarquay adjoignit la galvano-puncture au traitement général, et en obtint des effets aussi prompts que satisfaisants. Ce malade, après huit séances, est considéré comme guéri ; les érections sont revenues, les pertes de sperme sont excessivement rares.

Les méthodes d'électrisation semblent devoir varier selon les cas pour lesquels on y a recours. Emploiera-t-on indistinctement dans tous les cas l'électrisation directe ou indirecte ? la galvano-puncture présentera-t-elle les mêmes avantages dans une hypertrophie ganglionnaire et dans une paralysie avec atrophie musculaire ? Le conducteur garni d'éponge concentrera-t-il aussi bien ses effets dans un ganglion qu'un certain nombre d'aiguilles implantées dans ce ganglion et mises en rapport avec l'appareil électrique ? La paralysie ou la faiblesse d'un organe situé profondément, isolé en partie, montrant dans sa structure des fibres d'un autre ordre, comme la vessie, exigera-t-elle le même mode d'électrisation que la paralysie des muscles des membres ? Là se trouve une différence que la théorie et la pratique paraissent pleinement justifier. L'observation des faits semble formuler d'une manière générale que toutes les fois que l'on veut s'adresser à la fibre musculaire de la vie de relation (atrophie, paralysie du mouvement ou du sentiment ; pertes de forces, partielle ou étendue ; inaction des sphincters, etc.), c'est à l'induction exercée à la surface de la peau qu'il faut avoir recours de préférence ; c'est d'elle que l'on doit attendre le résultat le plus rapide et le plus certain. Mais si, au contraire, c'est une paralysie des fibres musculaires organiques, une tumeur anévrismatique, une tumeur ganglionnaire, contre lesquelles le courant électrique est dirigé, la galvanopuncture est d'une application plus sûre et plus facile. En effet, qu'une tumeur anévrismatique ou autre soit embrochée par une certaine quantité d'aiguilles enfoncées à différentes profondeurs, dans diverses directions et mises en contact avec une pile quelconque, le courant s'établit d'une pointe à l'autre, traverse la tumeur dans tous les sens, modifie ou désorganise sur son passage les éléments qui entrent dans sa composition, et l'action du fluide se trouve ainsi localisée et circonscrite presque à la volonté de l'opérateur. C'est un fait qu'on a pu vérifier chez le sujet de la première observation ; le ganglion hypertrophié se trouvait sur le trajet des rameaux inférieurs de la branche cervico faciale du nerf facial et sur celui des supérieurs du plexus cervical superficiel ; c'est à peine si les muscles de la face et de la région cervicale supérieure éprouvaient quelques contractions ; les courants établis d'une pointe à l'autre n'étendaient point ou à peine leur effet aux parties voisines.

Chez notre second malade, la faradisation à la surface de la peau dès la première séance a fait prévoir le succès qu'elle devait donner. Dans ce cas, les accidents de paralysie et d'atrophie étaient dus à la compression isolée du muscle deltoïde, qui seul dans la chute avait supporté tout le poids du corps. Le plexus brachial n'avait point été compris dans les parties contuses, ce qui donne l'explication de l'état d'intégrité de tous les autres muscles de l'épaule et du bras. Le deltoïde avait conservé sa sensibilité ; l'action galvanique était aussi manifestement perçue que dans le muscle opposé, condition éminemment favorable à la guérison et pouvant servir à régler l'intervalle et la durée des séances. Ce cas et celui d'un de nos malades affectés de rétention d'urine nous montrent l'application de ce principe : que les séances doivent être d'autant moins rapprochées et moins prolongées que la sensibilité est plus conservée. Chez le malade qui a succombé à des accidents intestinaux, on avait observé le contraire.

M. Demarquay établit d'abord avec les conducteurs hémisphériques, puis avec les éponges mouillées, un courant entre les parties supérieure et inférieure du muscle, éloignant et rapprochant les points de contact, isolant les faisceaux et donnant à parcourir au fluide tout l'espace compris entre les deux insertions. Dès la sixième application les choses rentraient dans l'ordre, l'équilibre se rétablissait, les muscles antagonistes n'exerçaient plus leur influence sur les mouvements de l'articulation.

La méthode employée pour les affections résultant de l'inaction ou de la faiblesse des organes génito-urinaires est celle que MM. Monod et Michon emploient, et dont on a déjà un si grand nombre de fois fait mention. La seule modification est la suppression de la sonde de femme introduite dans le rectum. Le cathétérisme est pratiqué avec l'algalie métallique ; des aiguilles à galvano-puncture sont enfoncées dans la région sus-pubienne à une profondeur telle qu'elles puissent traverser la paroi vésicale, puis une injection d'eau poussée dans la vessie. Le contact est établi avec les deux pôles de l'appareil d'induction, et l'on peut voir alors le liquide jaillir du pavillon de la sonde et être projeté quelquefois à une distance d'un mètre. Il serait difficile d'admettre que la contraction des muscles abdominaux suffise pour produire des effets aussi puissants et aussi directs, car si l'on se borne à fixer un des conducteurs sur la région pubienne et à mettre la sonde en contact avec l'autre, les contractions sont incomparablement moins considérables que par le procédé qui vient d'être indiqué.

Il est un point de l'étude des applications du galvanisme et de l'électro-magnétisme à la thérapeutique qui réclame de nouvelles recherches expérimentales, savoir : si le galvanisme et l'électro-magnétisme doivent être indifféremment employés en toutes circonstances. Deux puissants modes d'action se trouvent ici en présence : l'un, le galvanisme, d'un usage difficile et d'un effet qu'il est permis de qualifier de désorganisateur par excellence ; l'autre, l'électro-magnétisme, d'une application plus facile et remplissant surtout le rôle d'excitateur. De la connaissance des propriétés de ces deux sources ne pourrait-on point émettre cette opinion que dans les paralysies musculaires c'est à l'électricité combinée avec l'aimant que l'on doit s'adresser, tandis que pour toutes les tumeurs qu'il s'agit de faire disparaître, ou plutôt de décomposer, c'est spécialement la pile qui peut fournir les éléments nécessaires. L'importance pratique de cette question est assez grande pour ne pas être passée sous silence et attirer l'attention des hommes compétents.

Quant aux divers genres d'électrisation, c'est surtout l'électrisation directe qui domine dans la thérapeutique ; qu'elle soit faite au moyen d'aiguilles, d'éponges ou d'un conducteur quel qu'il soit, elle est le plus généralement employée et donne d'excellents résultats. L'électrisation indirecte est d'un usage moins commode, et ne présente pas, dans les cas infiniment moins nombreux qui la réclament, des avantages d'une supériorité marquée. C'est du reste à la première de ces méthodes que nous devons attribuer les guérisons obtenues chez nos malades atteints de paralysie. J.

NOTE SUR LA NON ABSORPTION DES MÉDICAMENTS dans la période algide du choléra ;

Par M. le Dr Abeille, ex-médecin de l'hôpital du Roule.

Dans un moment de controverse sur le traitement du choléra, il a été émis une assertion que, dans l'intérêt d'une opinion, on a fait semblant d'accepter comme vérité démontrée pour le besoin de la cause ; je veux parler de la non absorption des médicaments dans la période algide.

Cette assertion, basée sur des expériences qui ont une tout autre signification, ne pouvait être prise au sérieux par les esprits réfléchis et désintéressés dans la question, surtout après la réfutation victorieuse qu'en firent aussitôt quelques confrères.

Il paraît cependant qu'il est quelques médecins de bonne foi qui croient encore aujourd'hui à la non-absorption des médicaments dans la période algide du choléra, témoin la récente communication de M. le docteur Deroy à l'Académie des sciences.

Une pareille croyance pouvant conduire à de fatales erreurs, telles que celle de n'affecter aucun traitement interne aux malades, ou de donner à titre d'essai des doses fabuleuses d'un médicament aussi énergique que le sulfate de strychnine, ainsi que M. le docteur Deroy avoue l'avoir fait lui-même, il devient nécessaire d'en faire, une fois pour toutes, justice complète.

Dans les corps organisés et vivants, l'absorption est une fonction ; comme telle, elle s'exécute à des degrés divers d'activité jusqu'à la mort.

Après la mort, l'absorption est encore une propriété de la matière organisée devenue inerte, et elle subsiste un temps plus ou moins long.

Il a été surabondamment démontré que l'absorption se fait par voie d'endosmose.

Dans l'endosmose, les deux liquides en contact avec les surfaces de la membrane absorbante s'entremêlent à travers cette membrane, de telle façon que le plus dense des deux cède à l'autre de sa densité, c'est-à-dire des sels qu'il tient en dissolution, tandis que celui-ci vient prendre la place de la partie cédée. Tant que la vie se maintient, que la circulation s'effectue, n'importe à quel degré, la fonction d'absorption continue. Dans le choléra le plus algide, il y a encore un reste de circulation, personne de sensé n'oserait le contester ; donc on est admis, jusqu'à preuve rigoureuse du contraire, à croire que l'absorption continue, quoiqu'à un faible degré, dans cette période de la maladie.

J'ai dit qu'après la mort l'absorption est encore une propriété physique et chimique des tissus organisés devenus inertes ; rien de plus facile à démontrer. Après l'avoir fait, j'aborderai les expériences à l'aide desquelles on a cherché à prouver qu'il n'y a plus d'absorption dans la période algide du choléra.

Comment Dutrochet et tous ceux qui l'ont suivi sont-ils parvenus à démontrer que l'absorption se fait par voie d'endosmose, si ce n'est par cette propriété d'absorption que conservent les tissus organisés privés de vie ? L'expérience dont ils se sont servis et que tout le monde connaît est à double fin ; elle démontre et la réalité de l'endosmose, et la propriété absorbante des tissus.

Les cadavres inhumés dans des terrains qui contiennent de l'arsenic recèlent, au bout d'un certain temps, de l'arsenic dans le foie et dans les autres organes parenchymateux. Comment ce phénomène pourrait-il avoir lieu si les tissus privés de vie ne conservaient pas la propriété d'absorber ?

L'embaumement par injection n'est-il pas basé sur cette même propriété d'absorption des tissus organisés après la mort ? Enfin, pour en finir par la preuve la plus vulgaire, le tannage des peaux s'effectue-t-il autrement que par absorption ?

Si l'absorption se maintient comme propriété des tissus après la mort ; si, après la mort, des substances médicamenteuses ou autres peuvent encore être absorbées, comment peut-on soutenir sans preuve décisive que l'absorption ne se fait plus alors que la vie subsiste encore ?

Je ne crains pas de l'avancer, une telle erreur n'est que le produit d'une confusion involontairement commise, confusion qui consiste à prendre l'absence de tout effet physiologique d'un médicament dans un état pathologique inconnu, pour la preuve de sa non-absorption.

Or, les expériences auxquelles on s'est livré autorisent-elles cette dernière conclusion ? C'est ce que nous allons voir.

Pour ne parler que du sulfate de strychnine, qui nous intéresse plus particulièrement, qu'a-t-on fait ?

On a expérimenté ce médicament par deux voies, la surface gastro-intestinale et la surface cutanée.

Dans le premier cas, on donne aux malades des doses plus ou moins élevées du médicament ; et, comme au bout d'un certain temps, il ne s'est manifesté aucun des effets dits physiologiques, c'est-à-dire ni contracture, ni sentiment de pression aux tempes ou à la nuque, et que d'ailleurs les malades n'ont pas même eu conscience de l'amertume que le sulfate de strychnine laisse à la bouche, on en conclut que le médicament n'a pas été absorbé.

Est-ce là ce que démontrent, en effet, ces expériences si peu complètes ? Nullement. Elles ne prouvent qu'une seule chose, que les effets dits physiologiques qu'on attribue à la strychnine ont complétement fait défaut.

Et depuis quand est-on en droit, dans un état pathologique, et un état pathologique aussi exceptionnel que le choléra, de demander à l'action des médicaments les effets qu'ils donnent quand ils sont administrés à l'homme sain ou même à l'homme affecté d'une tout autre maladie ?

L'école rasorienne, qu'on oublie un peu trop, l'école d'Hahnemann, qu'on pourrait parfois consulter avec fruit, vous en apprendraient beaucoup là-dessus.

Le professeur Trousseau, qu'on a invoqué dans ces expériences, s'est chargé tout récemment d'expliquer cette énigme.

Dans deux cas rapportés naguère par la *Gazette des Hôpitaux*, non pas deux cas de choléra, car le savant professeur redoute trop les effets de la strychnine dans cette maladie, dans deux cas, dis-je, dont l'un a trait à un enfant, M. Trousseau a administré pendant plusieurs jours des doses vraiment considérables de sulfate de strychnine, depuis 1 jusqu'à 6 centigrammes dans les vingt-quatre heures, sans qu'il soit survenu, de son aveu, le moindre effet physiologique ; ce n'est que quand les malades ont pris 7 centigrammes en vingt-quatre heures qu'il y a eu tout à coup une violente secousse tétanique.

Demandez au professeur Trousseau si, avant la prise de 7 centigrammes, le médicament n'était pas absorbé, surtout chez l'enfant.

Il vous répondra très ingénieusement, comme il l'a fait, que le médicament était absorbé, ou du moins qu'il le pense, mais qu'il est des conditions *inconnues* qui font qu'il ne donne pas lieu aux mêmes effets et aux mêmes doses chez tous les sujets.

Dans les expériences par la voie cutanée, voici ce qui a été fait :

On a introduit entre les lèvres d'une plaie fraîchement faite à la peau de pauvres cholériques une certaine quantité de sulfate de strychnine non dissous.

Au bout de plusieurs heures, ce médicament a été retrouvé presque en entier à l'état de malgama.

Puisque le médicament a été retrouvé presque en totalité sans avoir été dissous, il n'a pas ou n'a été que très peu absorbé, c'est évident ; peut-être l'eût-il été davantage s'il avait été dissous avant d'être présenté à la surface de la plaie.

En tout cas, ce n'est point parce qu'il n'a pas donné lieu aux effets physiologiques qu'il est permis de conclure à la non-absorption. Encore une fois, cette absence d'effets physiologiques ne prouve absolument qu'une chose, la non-production de ces effets, quelle qu'en soit, au reste, la cause.

Pour prouver qu'un médicament n'est pas absorbé, il faut, à partir du moment de son administration, recueillir, du vivant du malade, les matières vomies, les excréments et les urines, et, après la mort, les résidus du tube digestif, l'urine contenue dans la vessie, une grande quantité de sang. Avec tous ces matériaux soumis à une analyse exacte, on peut arriver à une conclusion rigoureuse.

En effet, si dans les matières vomies et les matières de défécation durant la vie on ne retrouve pas à l'analyse des traces du médicament ingéré, on peut déjà penser qu'il a été absorbé, ou au moins en partie ; cette supposition deviendrait une vérité démontrée si on retrouvait de ses traces dans les urines.

Si l'analyse des résidus du tube digestif recueillis après la mort ne décèle pas de vestige du médicament ingéré, on peut fortement admettre son absorption ; il y aurait démonstration complète si l'analyse du sang et des urines décelait des traces de sa présence dans ces deux liquides ou dans un seul.

Or les expérimentateurs qui se sont chargés de prouver la non-absorption des médicaments dans la période algide du choléra se sont-ils astreints à ces règles rigoureuses ? Non.

Dans un cas cependant, mais un seul cas, le 23e, je crois, où il s'agissait de l'expérimentation d'un autre médicament que le sulfate de strychnine, on s'est avisé d'en rechercher des traces dans les urines rendues par le malade, et on en a trouvé.

Eh bien ! envers et contre cette seule preuve concluante fournie par toute cette série d'expériences, on n'en n'a pas moins conclu à la non-absorption.

Il faut être réellement et complétement dominé par une idée préconçue pour raisonner de la sorte.

Dans trois cas, dont deux se sont terminés par la mort et un par la guérison, nous avons nous-même expérimenté en nous conformant aux règles que nous venons d'indiquer. Ces expériences avaient de nombreux témoins.

Dans les deux cas qui se sont terminés par la mort, le savant et habile chimiste qui a analysé tous les liquides recueillis n'a pu trouver de traces de strychnine ni dans les matières vomies, ni dans les excréments, ni dans les liquides contenus dans le tube digestif. Il est vrai qu'il n'en n'a pas trouvé davantage dans les quelques gouttes d'urine recueillies.

Avec ces données, on pourrait pencher à admettre l'absorption du médicament.

Dans le troisième cas, celui qui s'est terminé par la guérison, il y a eu absence de toute trace du médicament dans les matières vomies, les excréments, les liquides contenus dans le tube digestif ; mais on en a trouvé dans la grande quantité d'urine recueillie.

Ici la démonstration a été complete ; l'absorption a bien et dûment

été prouvée, et cependant les malades n'avaient éprouvé aucun des effets dits physiologiques attribués à la strychnine; deux d'entre eux n'avaient pas même perçu l'amertume qu'elle laisse à la bouche.

Voici des preuves qui ne sont pas moins incontestables : sur plus de soixante malades atteints de cholérine ou choléra moyen, états morbides où de l'avis de tous l'absorption se fait encore, nous avons administré pendant un et plusieurs jours de 1 à 2 et 3 centigrammes de sulfate de strychnine par jour.

Sur ce nombre de malades, trois seulement ont éprouvé à un léger degré quelques-uns des effets dits physiologiques du médicament, tels que sentiment de constriction aux tempes et aux mâchoires, légers mouvements convulsifs des membres ; les autres n'ont absolument rien ressenti.

Tous ont perçu le goût d'amertume dû au médicament; tous, à l'exception d'un seul, ont guéri. Ces faits se sont passés devant de nombreux témoins et devant un témoin officiel.

Nous avons administré 1 et 2 centigrammes de sulfate de strychnine à deux dyssentériques bien caractérisés et graves; tous les deux ont succombé; tous les deux ont ressenti, une heure après l'avoir ingéré, des effets dits physiologiques très tranchés; sur l'un d'eux ces effets ont même été exagérés.

Qu'on remarque bien cette étonnante différence d'effet du même médicament dans deux états pathologiques aussi distincts, la dyssenterie et le choléra!

Non, les expériences mises en avant pour prouver la non-absorption des médicaments dans la période algide du choléra n'ont pas la valeur qu'on a voulu leur attribuer. Elles n'en ont qu'une seule : elles prouvent uniquement que dans cette période de la maladie, comme dans les périodes moins avancées, le sulfate de strychnine ne donne généralement lieu à aucun de ses effets dits physiologiques.

Nous venons de démontrer, au contraire, autant par les preuves tirées de l'induction que par celles fournies par l'expérimentation directe, que l'absorption se fait encore, et cela est consolant.

Et du reste, n'y eût-il pas toutes ces preuves, que le bon nombre de cholériques algides revenus à la santé, après avoir traversé cette période, suffirait à lui seul pour démontrer que l'absorption n'est pas éteinte et qu'on n'est en droit de conclure à son extinction, en tant que fonction, qu'après la mort.

Un célèbre professeur, partisan avoué de la non-absorption dans la période algide du choléra, a donné, sans s'en douter, la preuve la plus convaincante de la persistance de cette fonction. Le traitement par le punch au rhum, qui a si bien réussi entre ses mains, aurait-il, en effet, la plus petite valeur si l'absorption était éteinte?

Après les exemples nombreux d'intoxication alcoolique observés à la suite de ce traitement, pourrait-il aujourd'hui lui rester l'ombre d'un doute sur l'absorption?

Prétendre stimuler par simple contact de la liqueur spiritueuse avec la muqueuse gastro-intestinale est un contre-sens indigne d'un esprit supérieur, car il n'y a pas de stimulation sans l'intervention du système nerveux; et, pour que le système nerveux soit mis en jeu dans cette circonstance, il faut qu'il y ait absorption. Nous pourrions, au besoin, nous servir des propres expériences physiologiques du célèbre professeur pour appuyer cette vérité.

La constatation de la non-absorption dans la période algide du choléra serait le désespoir jeté dans le cœur des malades et des médecins; ce serait la négation absolue de l'intervention de l'art; or personne, pas même ceux qui soutiennent cette doctrine erronée, ne voudrait se condamner à une abstention dont la conséquence rigoureuse serait de ne pas même donner à boire aux malades, puisque d'après leur doctrine les liquides ne sont pas absorbés.

Il resterait un rôle unique au médecin, au moins pendant la durée de l'algidité, ce serait, suivant les uns, d'exercer des frictions non pas avec des substances médicamenteuses, puisqu'il n'y a plus d'absorption, mais avec la glace; d'étouffer les malades, suivant les autres, sous des monceaux de couvertures de laine ou de les rôtir dans des bains d'air chaud.

Vingt-trois ans d'expérience ne sont-ils donc pas suffisants pour faire tomber toutes ces illusions?

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

ADDITION A LA SÉANCE DU 17 JUILLET 1855.

M. Heurteloup lit un mémoire intitulé *Sur la section* INSTANTANÉE ET SIMULTANÉE *de ce sous-ordre des obstacles matériels à la miction qu'on appelle* RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTRE PERMÉABLES AUX BOUGIES; *section nommée tout récemment* GUÉRISONS INSTANTANÉES ET RADICALES, *et sur un instrument très simple pour pratiquer cette section, lorsqu'on veut absolument la pratiquer*. En voici quelques extraits.

...Une communication singulière vient d'être faite à l'Académie des sciences par M. le docteur Maisonneuve. Il s'agit de prétendues guérisons *instantanées* et *radicales*, quoique NOUVELLES, de ceux des rétrécissements qui sont franchissables par les bougies, obtenues par la section longitudinale de l'urètre et l'élargissement subséquent au moyen du lithotome caché.

Depuis bien longtemps j'ai opéré ainsi pour obtenir le même résultat, mais par des moyens différents; et comme je crois que les moyens que j'employais sont préférables sous une infinité de rapports, je crois devoir les faire connaître, ne fût-ce que pour diminuer les dangers que ferait courir aux malades une opération dangereuse dans son principe, et de plus, exécutée au moyen de procédés qui la rendent plus dangereuse encore.

J'ai donc l'honneur d'apporter devant l'Académie des instruments que je possède depuis bien longtemps, qui firent partie de mes études, et avec lesquels j'obtenais, quand je commençais, et comme le chirurgien qui en a dernièrement entretenu le monde savant, l'ouverture de l'urètre obstrué, en fendant d'un seul coup son ou ses rétrécissements.

Comme ce chirurgien et bien d'autres, je me servais d'abord d'une bougie conductrice, et comme lui je tranchais les rétrécissements au moyen d'une lame qui faisait saillie et coupait promptement les parties qui projetaient et souvent celles qui ne projetaient pas. Je faisais cette section en retirant l'instrument à moi.

Lorsque je réussissais à trouver des malades favorables à ce procédé très simple, cela était très soudain; cela ouvrait largement le passage aux urines dans le cas de rétrécissements de peu de longueur, et sans complication des nombreuses causes autres que les rétrécissements secs qui s'opposent à la miction.

Malheureusement l'expérience m'a démontré que ces sections *instantanées* et *simultanées* n'étaient pas, comme on vient de le faire éclater, des *guérisons instantanées*, et *surtout radicales*, car la plupart des malades me sont revenus aussi rétrécis, et quelquefois plus rétrécis qu'auparavant; c'est ce qui m'a engagé à négliger ce procédé pour m'occuper de chercher des moyens plus en harmonie avec la nature du problème à résoudre et avec les difficultés que ce problème présentait.

Parmi ces difficultés il en était une capitale qui dominait toutes les autres, et qui, lorsqu'elle se présentait, frappait de mort le procédé qui consiste à se servir d'une bougie comme conducteur : c'est qu'il y a un grand nombre de malades auxquels on ne peut absolument pas mettre de bougies, et d'autres auxquels on ne peut les mettre qu'avec patience et longueur de temps. Or ce sont précisément ces cas dangereux qui exigent la prompte intervention de l'art. En effet, le rétrécissement dans lequel la bougie pénètre ne met pas la vie du malade en danger immédiat, et ne mérite conséquemment qu'à un degré moindre l'intérêt du chirurgien.

A cette raison capitale il s'en ajoutait une autre, c'est qu'en se servant de la bougie comme conducteur, après avoir vissé l'instrument sur son extrémité, il fallait la pousser, bien que serrée, jusqu'au rétrécissement, qui, comme on le sait, se trouve situé le plus souvent profondément à la courbure de l'urètre; il fallait même nécessairement passer ce rétrécissement. Or la bougie, naturellement faible puisqu'elle était petite, se ployait au-devant de l'obstacle qu'elle ne franchissait pas, ou si elle franchissait un rétrécissement, elle se ployait au-devant d'un second. Il y a aussi des bougies qui franchissent les rétrécissements et qui n'entrent pas dans la vessie. Tout cela faisait que le conducteur ne conduisait pas, et que je m'embarrassais. Cette raison me fit raccourcir le conducteur, que je plaçai à l'extrémité de l'instrument. J'introduisais l'instrument ainsi armé de son conducteur, dont la tête en boule, portée par un col faible, ondoyait et suivait *quelquefois* les méandres du canal. Cela était mieux ainsi; mais ce mieux ne valant que peu de chose, je n'ai pas cru, suivant mon habitude, devoir entretenir le monde savant d'un procédé si imparfait. J'ai gardé d'autant plus ce silence que se servir d'une bougie comme conducteur n'était pas un procédé nouveau, et que je m'aperçus bientôt que là où une bougie passait un instrument pouvait passer sans être affublé d'un conducteur. Je renonçai donc, comme on peut le voir par les instruments présentés, à cette superfluité encombrante, et je n'en parcourus le canal que mieux, avec plus de légèreté et avec plus d'aisance.

Je renonçai également à la section instantanée et simultanée des rétrécissements. Effectivement, comme les rétrécissements sont rarement centraux, il arrivait que la section en bloc se faisait, du côté où ces rétrécissements ne se trouvaient pas, sur les parois saines du canal sur lesquelles la lame courait en l'entamant. La section en bloc avait donc ses dangers, non pas absolument pendant l'opération, qui est effectivement très prompte et souvent très douloureuse, mais après. Passe encore si cette opération eût été suivie d'un succès durable; mais, comme je l'ai dit, ce succès était malheureusement éphémère, et cela devait être, car M. Maisonneuve, si on l'en croyait, en administre luimême victorieusement la preuve.

En effet, ce chirurgien dit que lorsque l'on débride le méat urinaire, dans le cas où cela est nécessaire, l'ouverture se conserve sans corps dilatant, et, partant de là, il base le succès de la méthode de la section *instantanée* et *simultanée* sur ce fait. Or, si ce fait n'est pas réel, M. Maisonneuve avoue que la méthode n'est pas bonne. Eh bien! que mon confrère me le pardonne, mais le fait qu'il invoque est d'autant moins exact que non-seulement le méat incisé ne conserve pas sa largeur sans corps dilatant, mais il ne la conserve quelquefois pas, même lorsqu'on le maintient dilaté par les corps les plus résistants. Il n'y a pas un chirurgien, auquel il soit arrivé de faire quelquefois cette petite opération, qui ne sache cela.

Si donc l'incision du méat ne se conserve pas, les incisions faites dans le canal ne se conserveront pas davantage. C'est ce que prouvent d'ailleurs beaucoup de faits.

Le procédé de la section instantanée des rétrécissements ne saurait donc être une chose nouvelle, car elle a été exécutée non-seulement par moi, mais aussi par tous les chirurgiens qui se sont servis d'un cathéter courbe ou droit renfermant une lame. En effet, pourvu qu'au delà de tous les rétrécissements, leur lame étant déployée, ils *n'avaient qu'à tirer*. S'ils ont abandonné ou négligé ce procédé, c'est qu'ils ont eu de bonnes raisons pour cela, et qu'ils ont pensé qu'il était plus sage et plus rationnel d'inciser les rétrécissements les uns après les autres, attendu que ces rétrécissements n'étaient pas disposés ordinairement sur la même ligne, et que conséquemment ils ne se trouvaient pas dans le coup d'épervier d'une section inflexiblement longitudinale. Aussitôt que ces rétrécissements étaient coupés, l'urine jaillissait quelquefois tout comme l'annonce M. Maisonneuve, et les chirurgiens qui produisaient ce phénomène ne le publiaient pas, par la raison très simple qu'ils ne comptaient pas obtenir la guérison radicale par ce seul fait. En effet, ils soumettaient à l'usage des bougies leurs malades, qui n'en étaient pas plus guéris pour cela, si j'en juge par les résultats que je suis à même d'observer tous les jours.

M. Guillon, que M. Maisonneuve oublie de citer, bien qu'il soit le seul qu'il devrait citer, comme étant le premier qui ait porté profondément une lame dans l'urètre de l'homme, a sans doute commencé par là avant que l'expérience l'ait corrigé.

Ce procédé ne saurait donc en aucune manière arrêter la ferveur de ceux qui cherchent à résoudre le problème non-seulement de guérir immédiatement et radicalement les cas faciles de rétrécissements franchissables par les bougies, ce qui est seulement en question maintenant, mais encore ceux éminemment mortels qui ne sont pas franchissables, et aussi la classe nombreuse des obstacles matériels au cours des urines, qui ne sont pas des rétrécissements. Il resterait donc beaucoup à faire dans cette voie, même après le succès malheureusement douteux de la section longitudinale et instantanée de l'urètre.

Quoi qu'il en soit cependant, ce procédé opératoire étant passé à l'état de fait de pratique publique, il importe de le discuter scientifiquement, et surtout de comparer les moyens de l'obtenir.

Je présente donc à l'Académie, tout en respectant l'initiative de M. Maisonneuve, que je n'ambitionne pas, ceux que j'ai jadis employés, et qui consistent en un seul instrument qui a le double avantage de faire, comme ce chirurgien, la section longitudinale et instantanée de l'urètre ou de ses rétrécissements, et de couper de dedans en dehors.

En montrant l'efficacité et la supériorité de cet instrument pour exécuter le mode opératoire de M. Maisonneuve, que mon expérience me fait désapprouver, en tant qu'opération sans inconvénient et surtout radicale, je prouverai par le fait, dans les cas où une bougie peut préliminairement passer :

1° Qu'il n'est pas besoin de bougie conductrice pour exécuter cette opération, et que, bien que quelquefois elle conduise quand elle est d'un certain volume, elle est plus souvent un obstacle qu'une assistance.

2° Qu'il est contre les lois de la plus naïve physique de prétendre faire servir de conducteur à un instrument rigide une bougie fine et molle; que la loi mécanique veut qu'un conducteur soit supérieur en résistance à l'obstacle qu'il franchit, et que prétendre le contraire est une infraction aux lois les plus élémentaires.

3° Que le mode de section d'avant en arrière de tous les rétrécissements, en tant que cette opération serait raisonnable, est vicieux, car il fronce le canal, au lieu que celui d'arrière en avant l'étend; car la section d'avant en arrière impose au canal une direction droite et vicieuse, et celle d'arrière en avant en suit les contours.

4° Qu'il n'est pas conséquemment besoin d'une sonde cannelée ou canaliculée pour faire la section d'avant en arrière et pour ouvrir le canal et préparer la voie.

5° Que d'ailleurs la section d'avant en arrière n'est utile, au point de vue de couper des rétrécissements, que lorsqu'on ne peut pas la faire d'arrière en avant, et que du moment qu'on peut introduire un instrument au delà du rétrécissement, il est plus simple et plus immédiatement effectif de tirer l'instrument introduit que de le remplacer par un sonde cannelée, la meilleure sonde cannelée au canaliculée étant le canal lui-même.

6° Que cette sonde cannelée, bien que d'une simplicicité apparente, est d'un usage difficile et est nécessairement d'un usage dangereux. Cette sonde cannelée ou canaliculée est nécessairement dangereuse, parce que, introduite, le canal étant ramené à la ligne droite, elle presse fortement sur la partie inférieure de l'urètre correspondante au ligament suspenseur, et presse également sur la partie supérieure de l'urètre correspondante au ligament triangulaire, et que ces deux parties antagonistes et pressées doivent être profondément tranchées par la lame qui parcourt l'urètre. Or, c'est bien raremsnt là où se trouvent les parties rétrécies. Si, au lieu d'être dirigée en haut et en bas, la rainure de la sonde est dirigée latéralement, elle coupe également les parties indiquées de l'urètre, qui, tiré fortement en bas et en haut, se rapproche d'autant plus de cette rainure que le ligament suspenseur, plus court, impose une pression plus grande; de là chances d'infiltrations et d'hémorrhagies mortelles. Quant aux autres parties saines du canal, elles sont plus ou moins atteintes.

7° Que le mode de dilatation du passage préliminairement fait au moyen d'un lithotome est vicieux, car la lame presse sur toute la longueur du canal; elle presse, si le lithotome est courbe, sur la partie inférieure du canal, où ne se trouvent pas ordinairement les hypertrophies qui obstruent; elle presse sur une seule ligne lorsque les parties hypertrophiées se trouvent souvent dans des directions dissemblables.

8° Qu'enfin la section instantanée et simultanée des rétrécissements de l'urètre n'est pas une opération basée sur la saine chirurgie, car il n'est pas selon la raison de faire supporter à la partie saine de l'urètre des incisions qui doivent être faites exclusivement sur les parties malades; que conséquemment, comparativement à la section isolée des rétrécissements, c'est un pas rétrograde.

Il manque aux quelques faits choisis, que d'ailleurs M. Maisonneuve n'a pas mis en permanence sous les yeux du public médical, faits que vient de publier ce chirurgien, la sanction du temps, sanction toujours respectable, et que réclame spécialement la guérison des rétrécissemeents de l'urètre et des autres affections de ce conduit. On trouvera donc ce chirurgien tant soit peu entaché d'illogisme lorsqu'à ces mots ambitieux de *guérison instantanée* il ajoute les mots pleins de prévisions, *et radicale*, et cela devant des traitements qui datent d'hier. Or, en chirurgie, le mot *radical* est synonyme du mot *temps*. C'est parce que je suis persuadé de cette vérité, que j'ai pris le parti d'attendre cette sanction, après avoir mis des malades opérés sous les yeux des médecins et en les maintenant sous cette inspection.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Les journaux politiques espagnols annoncent que le choléra fait des progrès considérables à Madrid et dans quelques autres parties de l'Espagne. Cependant le *Semanario medico* du 12 juillet affirme que l'on a beaucoup exagéré le nombre des morts, soit à Madrid, soit dans les diverses provinces du royaume. Voici, suivant ce journal, le mouvement des malades cholériques reçus à l'hôpital San-Geronimo du 12 mai au 25 juin : entrées, 239; morts, 161. La proportion des décès est, comme on le voit, aussi considérable dans cet hôpital qu'elle l'a été à Paris dans les plus mauvais jours de l'année dernière.

— Un congrès scientifique sera tenu à Cuneo (Etats sardes) les 9, 10, 11 et 12 août prochain. La section médicale s'occupera :

1° De la transfusion du sang dans l'hémorrhagie, la cachexie et les névroses;

2° Des maladies qu'on observe dans les manufactures de soie, de coton, de papier et dans quelques établissements analogues;

3° De l'emploi comme aliment de la chair des animaux charbonneux;

4° De quelques questions d'enseignement médical.

LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 23 JUILLET 1855.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'action de s'élever verticalement à une certaine hauteur au-dessus du sol, le saut, en un mot, est un de ces actes physiologiques qui ne sont simples que pour ceux qui n'y ont jamais réfléchi. La théorie du saut est certainement une des plus difficiles à bien comprendre; elle l'est d'autant plus qu'elle implique à la fois un problème de mécanique fort compliqué et un concours synergique d'actions musculaires d'une analyse très délicate. On a cherché dès longtemps à donner plusieurs explications du saut. Les plus célèbres sont celles de Borelli et de Barthez. La théorie de Borelli, qui a été adoptée par le plus grand nombre des auteurs, parce qu'elle est la plus séduisante par sa simplicité, consiste à assimiler ce phénomène au ressaut d'une tige élastique, comparant le corps fléchi et replié sur lui-même au moment qui précède le saut à un ressort courbe élastique qui, abandonné à lui-même, reprend aussitôt, en vertu de son élasticité, sa longueur première, en acquérant un mouvement de projection. Cette théorie repose sur le principe suivant, qui en est à la fois l'exposition et la formule explicative :

« Les trois articulations de la hanche, du genou et du pied étant préalablement fléchies, le corps se redresse brusquement dans ces trois articulations exactement comme une tige élastique qu'on presserait sur le sol par une de ses extrémités et qu'on abandonnerait ensuite à elle-même. La détente du corps réagit sur l'appui solide du sol, et détermine un mouvement ascensionnel capable de vaincre le poids du corps et de l'élever au-dessus de la terre, etc. » Mais ce qui a manqué jusqu'ici à cette théorie, c'est la démonstration. D'un autre côté, en admettant qu'elle donne l'idée la plus vraie et la plus exacte du phénomène, elle laisserait encore inexpliqués une foule d'éléments auxquels Barthez a cherché à assigner leur rôle par une analyse extrêmement complexe des actions combinées des muscles et du jeu des leviers osseux et des rapports articulaires.

M. Giraud-Teulon a cherché dans l'intéressant travail qu'il a lu à l'Académie à donner à l'explication de ce phénomène la rigueur qui lui a manqué jusqu'ici. Reprenant la théorie mécanique de Borelli, il a étudié en détail le fait dynamique en vertu duquel saute une tige élastique pressée sur le sol par une de ses extrémités; et après avoir déterminé le principe qui préside à son mouvement et la direction de la résultante qui entraîne le système, il en a fait l'application au phénomène du saut chez l'homme.

L'explication développée par M. Giraud-Teulon, qui n'est, en définitive, qu'une démonstration plus claire et plus précise de la théorie de Borelli restée à l'état de simple énoncé, rend-elle suffisamment compte de toutes les conditions et de tous les éléments du phénomène dans les conditions diverses où il peut se produire : le saut vertical, le saut horizontal, en avant, en arrière, etc.? Nous ne nous chargeons pas de résoudre la question; nous ne pouvons qu'appeler sur ce travail l'attention et le contrôle des physiologistes et des mécaniciens.

M. Magne a lu dans cette même séance un mémoire dans lequel il s'est proposé de démontrer les heureux effets de l'emploi de la glace appliquée sur l'œil immédiatement après l'opération de la cataracte par abaissement. On trouvera dans le mémoire de M. Magne ces résultats traduits en chiffres. Une simple proportion entre ces chiffres et ceux que donne la statistique des résultats moyens obtenus par les méthodes le plus en usage permettra à chacun d'apprécier la valeur du moyen adjuvant que l'auteur préconise. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

Des angines.

Un de nos très honorables confrères (M. Valleix) vient d'être tué par une angine couenneuse. Ce douloureux événement me fait changer le sujet de cette leçon pour laquelle je vous avais annoncé l'histoire de la coqueluche; je préfère à ce triste à-propos aborder avec vous l'étude des angines, maladies qui depuis quelques années moissonnent tant de monde et sévissent si cruellement sur la classe des médecins.

Ici encore c'est la question de la spécificité qui domine. En fait d'affections de la gorge, il en est d'érythémateuses, d'ulcéreuses, de couenneuses; gardez-vous de les confondre, elles diffèrent essentiellement. S'il y a un genre couenneux, il existe des espèces couenneuses; s'il y a un genre ulcéreux, il existe des espèces ulcéreuses; s'il y a un genre érythémateux, il existe des espèces érythémateuses. Un individu se refroidit, une heure après il a les amygdales rouges, gonflées, la luette œdémateuse, et il éprouve de la gêne et de la douleur en avalant; voilà une maladie de la plus grande bénignité. Quelques jours de repos, de soins, une médication peu énergique en font rapidement justice. Tel autre, atteint de fièvre scarlatine, a de la douleur et du gonflement à la gorge. La déglutition est très difficile, les amygdales sont tuméfiées et d'un rouge cramoisi; elles se recouvrent, ainsi que tout le fond du pharynx, d'une matière grise, jaune et quelquefois noirâtre. Le degré de gravité de ces deux maux de gorge est loin d'être le même. Celui-ci, affecté de rougeole, éprouve encore du côté de la gorge les accidents qui caractérisent l'érythème morbilleux. Celui-là vous présente à considérer un chancre syphilitique s'accompagnant de rougeur spéciale, de douleurs exacerbantes; il a un érythème syphilitique de la gorge.

Si nous jetons un rapide coup d'œil sur les angines ulcéreuses, nous en trouvons quelques-unes de nature syphilitique, d'autres à la forme aphtheuses, d'autres enfin consécutives au muguet.

Parmi les angines couenneuses, il en est qui chez les enfants succèdent aussi au muguet, ce dont il sera toujours facile de s'apercevoir en abaissant la langue des petits malades. Certains d'entre eux vous présenteront sur l'une et l'autre amygdale de ces productions plastiques, inflammatoires, qui disparaissent avec facilité; ce phénomène morbide produira une angine d'une variété particulière. D'autres fois vous verrez les muqueuses bucco-pharyngiennes se revêtir d'une espèce de pourriture d'hôpital; ce sera encore autre chose. Enfin viendra l'angine couenneuse de la forme et de la gravité de celle qui a fait mourir, plein de vie encore, notre infortuné confrère, et contre laquelle sont si peu efficaces toutes les ressources de notre art.

Quand on parcourt la littérature médicale ancienne, quand on remonte jusqu'à Celse, jusqu'à Arétée, on commence à entendre parler d'une maladie syriaque, d'une maladie égyptiaque remarquable par une lésion spéciale de la gorge prise très fréquemment pour la gangrène, et qui faisait avec la plus grande rapidité succomber les malades par suffocation. Cette dénomination, connue par les médecins arabistes, finit par se perdre. Vers le seizième siècle, une épidémie effroyable d'angines sévit en Italie, dans les Flandres et la péninsule ibérique; elle reçut les nom de *garrotilo*, de *morbus strangulatorius*, de *morbus suffocatorius*, de *synanque maligna*, de *synanque gangrenosa*. Dans le siècle dernier, en 1765, Hôme publia un très mauvais livre sur le croup; là tout fut confondu pêle-mêle, et l'histoire des angines, obscure et ignorée, resta ensevelie dans son inextricable dédale jusqu'à ce qu'il fut donné à M. Bretonneau de nettoyer cette étable d'Augias.

En 1818, M. Bretonneau se livra dans la Touraine aux plus minutieuses recherches anatomiques, assisté alors de son élève M. Velpeau, qui quelques années plus tard devait abandonner la médecine pour suivre avec tant de bonheur, d'éclat et de gloire le sentier chirurgical. Ces recherches anatomiques, M. Velpeau les a popularisées; je n'y ai pas moins contribué aussi après lui.

M. Bretonneau supprima les dénominations de croup et d'angine gangréneuse, parce que le larynx n'est pas toujours frappé, témoin le médecin dont nous déplorons la perte, et que la gangrène fait très souvent défaut; il y substitua celle de diphthérie, du mot grec διφθερα, membrane.

Si l'illustre médecin de Tours eut un tort, c'est celui d'avoir imposé un nom; on ne le comprit pas. Sous le nom de diphthérie ou de diphthérite, on confondit bientôt toutes les sécrétions plastiques qui se firent à la gorge et à l'arrière-gorge, si bien que la diphthérie est devenue aujourd'hui une dénomination générique, quand elle est pour M. Bretonneau une dénomination spécifique.

Qu'est-ce donc que la diphthérie? C'est une maladie d'abord locale comme la vérole et comme elle devenant rapidement générale; une maladie comme la vaccine dont le début est local et la terminaison générale, qui frappe les membranes muqueuses et la

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité pratique des maladies de la peau, par le Dr Alph. DEVERGIE (1).

Traité élémentaire d'anatomie, ou *Description succincte des organes et des éléments organiques qui composent le corps humain*; par M. le docteur A.-L.-J. BAYLE.

La dermatologie est une des branches de la pathologie qui, depuis une vingtaine d'années surtout, a fait le plus de progrès quant au diagnostic, à l'étiologie des affections si diverses qu'elle comprend, à la connaissance du siége anatomique précis et de la nature des altérations élémentaires qui les constituent. Peut-être a-t-elle été un peu moins heureuse quant à la thérapeutique, et les conquêtes déjà faites sont-elles encore moins étendues ici que celles qui restent à faire. Cependant le traitement des dermatoses est devenu plus logique, plus rationnel; on ne fait plus cet abus immodéré des médications empiriques que les charlatans débitaient avec emphase au grand préjudice des malades, et il est permis d'entrevoir l'époque où l'on traitera avec plus de chances encore de succès qu'aujourd'hui ces affections chroniques de la peau dont l'opiniâtreté fait si souvent le désespoir des malades et des médecins. Il a fallu, pour arriver aux résultats obtenus jusqu'à présent, une ténacité vraiment admirable de la part des hommes qui se sont livrés à l'étude de cette spécialité, et qui n'ont cessé d'expérimenter et les moyens déjà préconisés, et les médicaments nouveaux dont s'enrichit chaque jour la matière médicale. Le livre que nous avons sous les yeux est un nouvel exemple de cette louable persévérance, et mérite, à ce titre, d'être l'objet d'un examen sérieux.

Le nouveau *Traité des maladies de la peau* est divisé en deux parties.

La première comprend la pathologie générale, que l'auteur, avec raison, regarde comme un préliminaire indispensable dans l'étude de la pathologie spéciale. Et ici, tout d'abord, il s'élève contre cet isolement des maladies cutanées pour lesquelles on a si longtemps créé des doctrines spéciales. La peau, dit-il, est-elle donc une enveloppe isolée du corps? A-t-elle une vie indépendante? Y a-t-il un virus qui, sous mille formes diverses, la travaille et la dévore? A ces questions il fait la réponse suivante, base de ses doctrines dermatologiques : Les maladies de la peau, communément désignées sous le nom de dartres, ne sont autre chose que des phlegmasies tout à fait identiques avec celles des autres tissus, et la pathologie de la peau ne diffère de celle des autres tissus que par les formes variées de ses productions morbides; il y a identité d'élément morbide et de causes; il doit y avoir identité de thérapeutique.

Ces doctrines, il les formule en quatre propositions, à la suite desquelles il accumule les preuves les plus convaincantes :

1° La généralité des maladies de la peau a pour forme morbide l'élément inflammatoire, ainsi qu'on le voit dans la généralité des maladies des divers tissus de l'économie.

2° Les maladies de la peau peuvent être déterminées par toutes les causes qui déterminent les maladies des autres tissus des organes, causes physiques, causes morales, hérédité, tempérament, constitution, âge, etc.

3° Les maladies de la peau suivent dans leur évolution la même marche et présentent les mêmes terminaisons que les maladies des autres organes.

4° Si les formes morbides sont beaucoup plus variées dans les maladies cutanées, c'est que le tissu de la peau est le plus complexe de tous les tissus de l'économie.

De tout ceci il résulte qu'il faut appliquer au traitement des maladies cutanées les règles de thérapeutique qui dirigent le médecin dans le traitement des maladies des autres tissus.

Ceci posé, M. Devergie passe en revue les causes, l'invasion, la marche, les terminaisons des maladies cutanées, et s'efforce d'établir les rapports d'analogie qui existent entre chacun des points de l'histoire de ces maladies et les points correspondants de l'histoire des affections non spéciales.

Pour les formes que revêtent les maladies cutanées, M. Devergie explique leurs variétés, et par la texture compliquée de la peau qui n'a pas d'analogue dans l'économie, et par sa situation qui permet de voir le mal dans toutes ses phases, ce qui n'a pas lieu pour les maladies des organes internes. Ce n'est pas cependant que, suivant lui, on puisse expliquer les diverses formes morbides de la peau par les connaissances anatomiques actuelles; à son avis, l'anatomie de la peau est encore à

(1) Un vol. in-8°, avec planches. — Chez Victor Masson.

peau, comme la variole, la rougeole, la scarlatine, et cela avec des caractères particuliers. Si l'on a placé, bien qu'un peu à tort, le lieu d'élection de la vérole dans les organes génitaux, on pourra, quoique ce ne soit pas absolu, localiser la diphthérie à la gorge. Il y a dans la diphthérie des degrés très variables, des allures fort différentes : tantôt elle se limite ; tantôt elle frappe le nez, la gorge, la vulve, etc. ; tantôt elle se montre douce et lente, laissant au médecin tout le loisir d'observer sa marche et de l'enrayer ; tantôt, brusque et terrible, elle immole sa victime avant que secours et consolations lui soient prodigués ; tantôt les symptômes locaux sont des plus bénins, et alors de formidables accidents généraux se manifestent ; tantôt les symptômes locaux sont de la plus grande gravité, tandis que l'état général est rassurant.

Un adulte est pris d'un mal de gorge assez vif; les ganglions se tuméfient. Si vous abaissez la langue, vous n'apercevez rien que de l'érythème. Après quelques heures une amygdale se recouvre de plaques jaunâtres; le lendemain l'autre amygdale est prise, la luette est enveloppée, et des concrétions de même nature tapissent le fond du pharynx. Quatre, cinq, six, et quelquefois huit jours se passent ainsi, quand tout à coup la fièvre, qui avait été fort ardente, baisse très sensiblement; les engorgements ganglionnaires diminuent, et bientôt on remarque de l'oppression, une toux rauque, éteinte, et le malade meurt d'une angine diphthérique pharyngienne.

Chez l'enfant, qui contracte plus facilement cette maladie que l'adulte, il y a un mouvement fébrile très vif, un engorgement des ganglions en arrière de la mâchoire, et une difficulté appréciable dans la déglutition. Mais les parents n'ont rien vu de tout cela la plupart du temps, et quand le médecin arrive il existe des accidents au larynx.

Parfois l'engorgement ganglionnaire éveille de meilleure heure la sollicitude de la mère; mais il est déjà un peu tard : des concrétions d'un blanc jaunâtre se sont formées, et des bouffées fétides s'exhalent.

Chez l'adulte, les concrétions sont plus épaisses, parce que la maladie dure plus longtemps; elles se ramollissent et se colorent diversement, selon les boissons qui ont été ingérées. Lorsqu'il y a du sang expectoré, elles sont noirâtres, ce qui fait souvent croire à une gangrène pharyngienne; mais le médecin, qui se souvient de ce qu'il a vu sur le cadavre, ne s'en laisse pas si facilement imposer par ce signe équivoque. L'enrouement qui survient après la diminution de la fièvre ressemble à celui d'un rhume ordinaire, mais vingt-quatre heures après la toux est rauque et dite croupale. Vous ne serez pas sans constater l'existence de cette toux, qui est *fréquente*, et qui a de nombreux points de similitude avec l'aboiement d'un petit chien. Dans le commencement il n'y a point d'oppression, ce qui n'empêche pas la maladie de progresser : la respiration devient sifflante, en même temps que la toux perd de sa fréquence et de sa raucité. Peu à peu l'oppression paraît, et augmente insensiblement; des paroxysmes de suffocation font invasion, et tendent sans cesse à se rapprocher et à devenir plus violents; il n'y a plus de toux, ou elle est éteinte; la voix se meurt à son tour, quoique la stridence persiste malgré les fausses membranes.

Lorsque l'enfant est pris d'accès de suffocation, il se remue et s'agite convulsivement, s'accroche aux draps de son lit, à la robe de sa mère, déchire les papiers de tenture, et retombe brisé au bout d'un instant. Un peu plus tard, alors qu'il a puisé dans un calme fort peu réparateur quelques atomes de forces factices, il reprend sa lutte et veut se mettre en garde contre la mort, mais il lâche bientôt prise, et après avoir respiré quelques instants avec moins de difficulté il rend son âme.

Quelquefois, dans un effort de toux, l'enfant a rendu une fausse membrane tubulée. Aussitôt il se ranime et renaît même à la gaieté; mais que cet armistice est bref et illusoire ! Et cependant, après avoir rendu deux ou trois fois ces fausses membranes, le petit être peut revenir à la vie ; pourquoi faut-il, hélas! qu'un fait de cette nature fasse exception à la loi générale qui condamne à mort ?

La diphthérie, qui ne dure que quatre à six jours chez l'enfant, persiste huit, dix et même quinze jours chez l'adulte. Le larynx de ce dernier est plus large, les fausses membranes peuvent s'y accumuler et descendre dans les bronches; la période d'invasion est d'ailleurs plus lente. Son anxiété est horrible, et je ne sache rien de plus affligeant, de plus navrant que le spectacle d'une agonie de diphthérie. Le malade est plein de vie, jouissant de la plénitude de ses facultés intellectuelles, morales et affectives; il sait ce qu'il éprouve, en connaît souvent l'origine et presque toujours le fatal résultat. Il est engagé dans un duel à outrance; et, bien qu'il n'ignore pas, surtout s'il est médecin, qu'il doive rester sur le terrain, il se bat comme un lion et s'ingénie à attirer à lui l'air respirable qui le fuit. L'agonie de l'enfant est plus courte et moins horrible.

Il arrive très rarement qu'un individu ayant une angine diphthérique ait une affection qui se borne au pharynx et qui ne le dépasse pas. Cela se voit, mais c'est peu commun.

La diphthérie, qui portait le nom d'angine gangréneuse chez l'adulte, était appelée croup chez l'enfant. M. Bretonneau a très bien fait voir que le pharynx était d'abord le siége du mal, et que le larynx ne se prenait qu'après. Autrefois on ne s'occupait même pas du pharynx ; on ne regardait pas la gorge des enfants ; on ne voyait que le croup ; aussi disait-on : les enfants meurent du croup. Si un adulte venait à se plaindre de maux de gorge, et que le médecin, après inspection faite, observât des productions blanches, grisâtres, sanglantes, fétides, vite le nom d'angine maligne, d'angine gangréneuse était prononcé. On ne supposait donc pas, quand est venu M. Bretonneau, qu'un adulte pût mourir du croup. Et cependant Arétée, en parlant du mal syriaque, s'était servi de cette expression : « l'ulcère descend, *in asperam arteriam*, au fond de » la trachée. »

Dans les siècles passés, on avait donc déjà entrevu que le larynx ne se prend que consécutivement au pharynx. Quelquefois le mal va siéger d'emblée au larynx, ce qui est très essentiel à savoir et à reconnaître.

(*La suite au prochain numéro.*)

HOPITAL DE CHARTRES. — M. MAUNOURY.

Recherches expérimentales sur l'action spéciale du chancre syphilitique de l'homme sur les animaux (1).

J'ai l'honneur de présenter à l'examen de la Société de chirurgie le résultat de quelques expériences sur l'action inflammatoire spéciale que produit l'introduction d'un chancre syphilitique récent dans le tissu cellulaire sous-cutané d'un animal (*le lapin*). Ces expériences, je crois, n'ont pas encore été tentées, bien que dans ces derniers temps la question de la transmission de la syphilis de l'homme aux animaux ait été le sujet de nombreuses recherches.

Admettons d'abord comme positifs et sanctionnés par de nombreuses expériences les deux faits suivants :

1° La sérosité d'une pustule charbonneuse ou maligne de l'homme (maladie très fréquente et très meurtrière dans la Beauce), inoculée aux animaux, au mouton, par exemple, est inoffensive; cette inoculation de la sérosité ne produit aucun effet, pas même une inflammation autour de la piqûre;

2° Au contraire, cette pustule maligne excisée, soit en totalité, soit en partie, et introduite sous la peau d'un mouton, dans le tissu cellulaire de la région inguinale, détermine une maladie charbonneuse et la mort de ce mouton en quarante ou soixante heures.

Sans vouloir expliquer cette particularité, il semble que la propriété septique du charbon inoculé de l'homme aux animaux réside non dans la sérosité, mais dans la pustule.

Faisant application au chancre syphilitique de ces données expérimentales fournies par la pustule charbonneuse, nous avons compris la raison des échecs constants des expérimentateurs syphiliographes, qui se sont bornés à inoculer aux animaux le pus du chancre humain; nous avons pensé que, si le pus du chancre inoculé aux animaux a toujours été sans résultat, le chancre excisé et introduit sous la peau, dans le tissu cellulaire, pourrait produire de l'inflammation et de la suppuration, et déterminer des phénomènes spéciaux.

Voici les expériences que nous avons tentées, mon collègue M. Salmon et moi, sur cette question chirurgicale.

(1) Ce travail a été lu à la Société de chirurgie, séance du 11 juillet.

OBS. I.—*Excision d'un chancre syphilitique ulcéré depuis quatre jours. — Introduction de ce chancre dans le tissu cellulaire sous-cutané de la région supérieure du cou d'un lapin. — Inflammation rapide, suppuration abondante; mort du lapin seize jours après l'introduction de la pustule.*

Le 14 février 1855, B..., âgé de vingt ans, tempérament sanguin, entra à l'hôpital pour deux chancres récents situés dans la rigole du pourtour du gland, et une pustule de la grosseur d'un petit pois à sommet noirâtre, sur la peau de la verge, à 5 centimètres de l'extrémité libre du prépuce. Cette pustule était entourée d'une légère inflammation de la peau : c'était la pustule initiale d'un chancre.

Le 18, cette pustule s'était transformée en ulcération, à bords taillés à pic et à fond grisâtre, présentant l'aspect d'un chancre parfaitement caractérisé; bubon commençant à l'aine gauche.

Le 23, introduction de ce chancre excisé dans le tissu cellulaire de la région supérieure du cou d'un lapin ; suture de la petite plaie du cou au moyen d'une épingle.

Le 24, le lapin ne présenta rien de particulier. Dans la journée du 25, il mangea un peu moins; gonflement du cou.

Le 26, suppuration considérable et fétide, à odeur aigre, d'un liquide séro-purulent; gonflement de la peau du cou autour de l'incision jusqu'à la nuque.

Le 27, la suppuration continue abondamment; le lapin mange peu.

Les jours suivants, l'inflammation s'étend jusque sous le ventre, la peau s'ulcère; il s'écoule de ces ulcérations de la peau du ventre un pus fétide.

Le 10 mars, marasme; mort dans la nuit, seize jours après l'introduction de la pustule syphilitique ulcérée.

Autopsie le 11 mars. — Maigreur extrême; le poil se détache facilement de la peau. La plaie du cou ne présente aucune apparence de cicatrisation; sa surface est tapissée d'une pseudo-membrane purulente. En avant, vers l'occiput, il existe un petit abcès dans l'épaisseur d'un ganglion; un second abcès ganglionnaire s'observe sur le côté gauche du cou, vers l'angle de la mâchoire. En arrière de la plaie, il existe entre la peau et les muscles une traînée purulente qui longe le côté gauche de l'épine dorsale; cette traînée purulente s'élargit vers la région lombaire et s'étend en nappe sous le ventre jusqu'à l'aine droite. Ce pus est demi-liquide, d'un blanc laiteux, d'une odeur aigre.

Poitrine. — Pas de sérosité dans les plèvres, ni dans le péricarde; les poumons sont légèrement rosés, crépitants, sans engorgement, sans abcès, sans trace inflammatoire; les bronches ne sont pas injectées.

Les cavités du cœur sont remplies d'un sang noir coagulé.

Abdomen. — Pas de sérosité dans la cavité péritonéale; la surface de l'estomac est blanchâtre, sans inflammation. Rien de particulier dans les intestins.

Le foie n'est pas volumineux; son tissu est de consistance naturelle.

La rate a son volume normal; tissu non ramolli.

Tissu des reins de consistance normale; vessie distendue par l'urine.

Il n'existait donc aucune lésion anatomique des organes internes; mais les altérations de la peau étaient étendues : ulcération de la plaie du cou, suppuration considérable du tissu cellulaire sous-cutané et des ganglions cervicaux.

Ce qui est remarquable, c'est la rapidité avec laquelle l'inflammation suppurative s'est propagée, après l'introduction de la pustule syphilitique, de la région cervicale aux régions dorsale et ventrale ; et quand on sait avec quelle difficulté la suppuration du tissu cellulaire se produit chez les lapins, on est porté à croire à une action phlogistique spéciale du chancre sur ce tissu cellulaire.

C'est le seul cas de mort que nous ayons observé; c'est aussi la seule occasion qui se soit présentée à nous d'introduire sur un lapin *un chancre récent, vierge de médication, par conséquent doué de toute son activité septique.*

Le pus et la surface suppurante de la plaie du cou de ce lapin nous ont servi aux expériences suivantes :

Première expérience. — Le 1er mars, instillation de pus dans l'œil droit d'un second lapin. Résultat nul.

Deuxième expérience. — Inoculation du pus avec une lancette à la lèvre supérieure et à la paupière supérieure de l'œil droit d'un troisième lapin. Résultat nul.

Troisième expérience. — Le 10 mars, introduction sous la peau du cou des deux lapins précédents d'une portion grosse comme une lentille de la surface suppurante du lapin n° 1.

Le 12 mars, tuméfaction et chaleur de la peau au niveau de la petite plaie ; la suppuration commence.

---

faire, et il a dû renoncer à une classification qu'il avait tenté d'établir sur ces données.

Après un coup d'œil rapide jeté sur le diagnostic et sur le pronostic, l'auteur passe à la thérapeutique générale; dans cette section de son ouvrage, il se livre aux considérations les plus étendues sur les diverses médications qui conviennent aux diverses périodes des maladies cutanées, suivant leur nature, leur essence, autant qu'il est possible de la déterminer d'une manière à peu près positive.

La première est sans contredit la médication antiphlogistique, et par son importance et par la fréquence des affections auxquelles elle s'adresse. L'inflammation ici, comme partout ailleurs, doit être envisagée au point de vue thérapeutique, dans ses périodes aiguë, stationnaire et décroissante. A chacune de ses périodes s'adresse un traitement différent : à l'état aigu, les antiphlogistiques purs; à l'état stationnaire, les révulsifs faibles, les dérivatifs ; à l'état décroissant, les révulsifs puissants, les agents perturbateurs, que l'auteur, contrairement aux habitudes classiques, regarde comme faisant partie de la médication antiphlogistique, parce que leur emploi a pour but de terminer le traitement de l'inflammation.

La médication antilymphatique, qui vient ensuite, se décompose en médications antiscrofuleuse et antiherpétique ou sulfureuse. On lira dans ce chapitre quelques pages véritablement instructives sur les effets comparés de l'huile de foie de morue et des préparations iodées. Inutile de dire que M. Devergie donne la préférence à la première et que l'expérience lui a démontré qu'elle ne pouvait être remplacée par aucune de ses huiles iodées artificielles dont on a fait si grand bruit dans ces derniers temps.

Les médications antipapuleuse ou antinerveuse et antisquammeuse, et celles que l'auteur désigne sous le nom de médications mixtes ou composées, terminent le chapitre relatif à la thérapeutique générale; mais, avant d'entrer dans les détails de la pathologie spéciale, M. Devergie trace sous forme d'appendice une histoire aussi complète que succincte des bains d'eau et de vapeur, des douches, de l'hydrothérapie, des bains de son et des eaux minérales, dont l'étude et le mode d'administration ont été peut-être un peu trop négligés par les médecins. Il s'applique à faire connaître les espèces d'eaux minérales dont l'usage est préférable dans le traitement de tel ou tel groupe de dermatoses, et il s'élève avec force contre ce préjugé qui tend à faire croire que les eaux des Pyrénées, sulfureuses pour la plupart, peuvent être conseillées indifféremment contre toutes les affections cutanées.

Enfin, et contrairement aussi aux idées généralement reçues, M. Devergie développe cette opinion que c'est en hiver et non pas au printemps ou dans la saison chaude que les malades se trouvent dans les meilleures conditions de traitement.

Nous avons dit plus haut que M. Devergie regarde l'anatomie de la peau comme encore toute à faire. On ne sera donc pas surpris de le voir rejeter comme méthode de classification celle de Willan introduite en France et adoptée par Biett. A son avis, la méthode de Willan, qui fait reposer la division des maladies de la peau sur les éléments anatomo-pathologiques de ces affections, est fort imparfaite ; elle n'embrasse que les formes simples. Or M. Devergie, qui a, dit-il, décrit un grand nombre de formes composées omises par les auteurs, considère cette classification comme insuffisante; de plus, ajoute-t-il, les maladies de la peau ont deux physionomies différentes suivant les saisons : aiguë en été, chronique en hiver; la méthode de Willan ne serait donc applicable, pour un grand nombre d'affections, que pendant six mois de l'année. A ses yeux, la méthode d'Alibert conduisait à des données bien plus pratiques, et il cherche à s'y rattacher en créant un ordre nouveau d'exposition dans lequel il s'efforce de placer les unes auprès des autres les maladies qui sous le rapport thérapeutique présentent des analogies de développement, d'âge, de tempérament, de constitution, d'évolution et de forme.

C'est assez dire que la classification ou plutôt l'ordre d'exposition de M. Devergie jette souvent de la perturbation dans les ordres généralement adoptés; ainsi il lui est arrivé de réunir dans le même groupe des affections vésiculeuses et des affections bulleuses; il a placé les unes près des autres des affections pustuleuses, bulleuses et des maladies hémateuses; il a rassemblé les maladies spéciales de la tête; mais, et il présente ceci comme un avantage de sa méthode, le praticien trouvera les unes à côté des autres les formes morbides qui dérivent de la même cause et conduisent aux mêmes indications. Suivant M. Devergie, ces groupes sont plus pratiques et satisfont en grande partie aux conditions de l'élément pathologique et du point de vue curatif.

Les groupes formés par M. Devergie sont au nombre de seize :

1° Maladies exanthémateuses; 2° vésiculeuses; 3° bulleuses; 4° pus-

Les 13 et 14, suppuration abondante et fétide. Sur l'un d'eux, gonflement d'une glande parotidienne; chez l'autre, adénite cervicale.

Le 1er avril, la plaie était cicatrisée chez les deux lapins, et les glandes étaient diminuées de volume.

Il y a donc eu, dans ces deux cas, inflammation, suppuration particulière du tissu cellulaire sous-cutané et adénite cervicale consécutive, par suite de l'introduction d'une petite portion de la surface suppurante du lapin qui a succombé; mais l'inflammation a été essentiellement locale et la guérison assez rapide.

Dans l'observation suivante, le chancre, qui était également exempt de médication, mais d'une date moins récente que dans le premier cas, a déterminé chez un lapin une inflammation analogue; le lapin n'a pas succombé, et les accidents ont été seulement locaux.

Obs. II. — Le 25 mars, la fille Ligoreau entre à l'hôpital pour deux chancres situés à la face externe des grandes lèvres et un troisième à la fourchette. Elle ne sait depuis quelle époque les chancres existent; elle n'a subi aucun traitement. Pas d'apparence de bubon.

Le 26, excision d'un des chancres de la grande lèvre, du volume d'une lentille; introduction de ce chancre sous la peau de la région supérieure du cou d'un lapin.

Le 28, inflammation du tissu cellulaire autour de la petite plaie du cou; écoulement d'un pus séro-laiteux assez abondant. Le lapin mange bien.

Le 29, apparition d'une glande au-dessous de l'œil gauche, au-devant du maxillaire supérieur.

Le 1er avril, cette glande a le volume d'un œuf de pigeon; elle est fluctuante. La plaie du cou est suppurante; son fond est d'un blanc grisâtre. Induration de la peau au pourtour de la plaie.

Le 25 avril, la plaie du cou, après avoir suppuré assez abondamment, s'est cicatrisée, et la tumeur prémaxillaire s'est ouverte et fermée à deux reprises différentes.

Comme dans les cas précédents, nous avons constaté la rapidité de l'inflammation et d'une suppuration *sui generis* (séro-laiteuse, à odeur aigre) et l'apparition d'une adénite prémaxillaire. Mais, dira-t-on, cette inflammation est le résultat du séjour d'un corps étranger dans le tissu cellulaire; tout corps du volume d'une petite lentille placé sous la peau du cou d'un lapin peut produire une inflammation identique, de la suppuration et souvent un gonflement des ganglions cervicaux.

Voici des expériences négatives qui répondent à cette question, et qui nous font croire à l'existence dans le chancre récent d'un principe inflammatoire qui agit d'une manière spéciale sur le tissu cellulaire des animaux :

Première expérience. — Fournet, vingt-sept ans, fut atteint pour la première fois, le 10 décembre 1854, de trois chancres.

Il entra à l'hôpital le 21.

Depuis le 21 jusqu'au 9 janvier 1855, cautérisation des chancres avec le nitrate d'argent; traitement interne spécial.

Le 9 janvier, nous avons introduit dans le tissu cellulaire du côté droit du cou d'un lapin une portion de chancre induré en voie de cicatrisation et excisé de la face interne du prépuce.

Six jours après, la peau n'était pas enflammée; un kyste pseudo-membraneux était en voie de formation autour du chancre introduit. Il ne survint ni suppuration, ni induration du tissu cellulaire.

Le résultat fut négatif.

Deuxième expérience. — Un jeune homme entra à l'hôpital le 14 décembre pour un chancre qui existait depuis le 10 novembre 1854, et qui n'avait subi aucun traitement spécial.

Depuis le 14 décembre jusqu'au 7 janvier, administration tous les jours d'une pilule de proto-iodure de mercure; cautérisation du chancre avec le nitrate d'argent.

Le 7 janvier, il y avait encore une induration de la largeur d'une pièce de 25 centimes, avec ulcération superficielle.

Opération. — Excision de cette induration; introduction de cette partie excisée sous la peau d'un lapin, à la partie supérieure et droite de la région cervicale; suture au moyen d'une épingle, pour maintenir sous la peau le morceau excisé.

Les jours suivants, il survint une inflammation légère et l'apparition d'un petit ganglion post-auriculaire. Quinze jours après, la plaie était complétement cicatrisée et le ganglion avait disparu.

Le résultat peut être considéré comme négatif.

Troisième expérience. — Un malade entra à l'hôpital le 10 avril 1855 pour des végétations syphilitiques autour du gland et un balanite simple résultant probablement de la malpropreté. Les végétations sont excisées et introduites sous la peau du cou d'un lapin; suture de la peau.

Il ne survint pas d'inflammation ni de suppuration; la cicatrisation s'est faite par première intention.

Le résultat a été négatif.

Ainsi, dans ces trois cas, bien que les opérations aient été faites de la même manière, et que les tissus introduits sous la peau fussent plus résistants, puisqu'ils étaient indurés, nous n'avons pas observé d'inflammation suppurative.

En présentant ces observations, notre but a été d'apporter quelques faits et quelques expériences à l'étude d'une question qui ne nous paraît pas devoir être complétement rejetée; et, bien que nous ne prétendions tirer encore aucune conséquence d'un aussi petit nombre de faits, l'analogie et l'observation nous permettent cependant de penser :

1° Que le pus du chancre syphilitique, de même que la sérosité de la pustule charbonneuse, inoculé de l'homme aux animaux, est sans effet;

2° Qu'un chancre récent, exempt de médication, excisé en totalité ou en partie, paraît doué d'une propriété inflammatoire spéciale agissant sur les animaux;

3° Que le chancre introduit dans le tissu cellulaire de la région supérieure du cou d'un lapin produit de l'inflammation, une suppuration *sui generis* et un gonflement des ganglions cervicaux;

4° Que cette inflammation a pu être, dans un cas, assez étendue pour déterminer la mort d'un lapin;

5° Que le chancre ancien induré paraît avoir perdu cette propriété spéciale, puisque introduit sous la peau il ne détermine aucune inflammation suppurative;

6° Enfin, que dans certaines affections pustuleuses transmissibles des animaux à l'homme ou de l'homme aux animaux, ce procédé d'introduction sous la peau de la pustule excisée peut mettre sur la voie de nouvelles recherches et donner des résultats précieux.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 16 juillet 1855. — Présidence de M. Regnault.

Emploi de la glace sur l'œil après l'opération de la cataracte par abaissement. — M. Magne lit sous ce titre un mémoire dans lequel il se propose de démontrer les bons effets de la glace appliquée sur l'œil immédiatement après l'opération de la cataracte par abaissement. Les résultats auxquels l'auteur a été amené sont résumés en ces termes :

« Dans les 29 faits que nous avons ici présentés, l'opération par abaissement a été pratiquée 27 fois et l'opération par extraction 2 fois. 25 fois nous avons constaté l'absence de tout phénomène inflammatoire. Sur 4 cas où l'inflammation a paru, 3 fois la glace avait été appliquée, ou par intervalles, ou avec inintelligence. Le quatrième insuccès a eu lieu chez un malade où, malgré mon opinion formulée à l'avance, j'ai dû consentir à opérer les deux yeux le même jour.

» Assurément, si la glace avait pu être impuissante à prévenir les phénomènes inflammatoires, c'eût été chez les malades désignés aux huitième, dix-septième, vingt et unième et vingt-troisième observations. Là, en effet, nous opérions sur des constitutions apoplectiques; la manœuvre était compliquée, difficile, de longue durée. Chez l'un même, il existait une cataracte traumatique dont les accidents avaient persisté; mais, grâce à l'usage intelligent de la glace, l'inflammation ne s'est pas manifestée.

» Il m'est donc permis de poser cette conclusion :

» La glace appliquée sur l'œil immédiatement après l'opération de la cataracte par abaissement, et renouvelée sans interruption pendant trois fois vingt-quatre heures, prévient l'inflammation consécutive.

» Que si maintenant nous voulons établir le chiffre des succès obtenus sur nos 29 opérés, retranchant, bien entendu, les cinquième, vingt et unième, vingt-deuxième et vingt-troisième observations, qui ne peuvent entrer en ligne de compte, puisque les malades sont encore en traitement et que je publierai quand elles seront complètes, mettant aussi de côté la sixième observation, bien qu'elle ait été heureuse et que la malade soit devenue amaurotique par sa faute, il nous reste un total de 19 opérations ou de 18 opérés, puisque sur l'un d'eux j'ai pratiqué l'abaissement des deux yeux.

» Sur ces 19 opérations, nous comptons :

» 14 succès complets, 4 demi-succès, 1 insuccès, celui de la malade chez laquelle j'ai opéré les deux yeux le même jour, et qui ne voit clair que d'un œil.

» Expliquons-nous sur ces demi-succès. Pour moi, l'opération n'est qu'à moitié heureuse toutes les fois que les malades voyant à se conduire et à distinguer les gros objets et les couleurs, ne possèdent cependant pas un degré de vision convenable pour lire et pour écrire. Il s'agit donc, par le fait, de 18 cas heureux sur 19.

» Ceci expliqué, que l'on compare actuellement nos chiffres avec ceux qui ont été publiés jusqu'à ce jour, et l'on arrivera à cette deuxième conclusion, non moins rigoureuse que la première :

» La glace, à la suite de l'opération de la cataracte par abaissement, contribue au rétablissement de la vision d'une manière beaucoup plus efficace que les autres médications généralement employées.

» Enfin, et ce sera notre dernière conclusion, aussi bien établie que les deux premières, la glace, en s'opposant aux suites inflammatoires des opérations de cataracte par abaissement, avance singulièrement l'époque à laquelle l'opéré peut faire usage de l'œil qui lui a été rendu. » (Commissaires : MM. Velpeau, Cloquet.)

Théorie du saut. — M. Giraud-Teulon lit un travail physiologique sur la théorie du saut. Reprenant la question du mécanisme du saut, jadis étudiée par Willis, Borelli et Barthez, M. Giraud-Teulon étudie en détail le fait dynamique en vertu duquel saute une tige élastique qu'on presserait sur le sol par une de ses extrémités, et qu'on abandonnerait ensuite à elle-même; il détermine le principe qui préside à son mouvement, et la direction de la résultante qui entraîne le système. De l'étude de ce fait, qui a la plus grande analogie avec l'action mécanique du saut, il en conclut la théorie de cet acte. Voici en quels termes il la formule :

« Le saut, chez l'homme, est *préparé* (premier temps) par la flexion, à un degré donné, des articulations des membres inférieurs.

» Il *commence* (deuxième temps) par le déploiement de ces articulations, qui imprime au centre de gravité du corps un mouvement de bas en haut dans une certaine direction. Ce déploiement a pour agents la contraction du soléaire étendant la jambe sur le pied et prenant son appui sur celui-ci, et celle du triceps prenant son appui sur le tibia et étendant la cuisse sur la jambe. En même temps, dans le sens complet, les muscles de la région profonde et postérieure de la jambe viennent en aide au soléaire pour mouvoir en haut le calcanéum.

» Tout d'un coup (troisième temps), en un certain instant du cours de ce mouvement, déterminé par la portée du saut proposé, les gastrocnémiens et les muscles de la région postérieure de la cuisse entrent en contraction soudaine. Le mouvement commencé pendant lequel la partie supérieure du système a acquis une certaine vitesse est brusquement modifié par l'introduction ce cette nouvelle force. Un nouvel état dynamique surgit, lequel a pour effet résultant la séparation instantanée du sol et du corps, et la projection de ce dernier dans un sens déterminé. C'est là le *saut proprement dit.*

» La direction de ce mouvement, ou la résultante finale qui emporte le corps, la tangente au premier élément de sa trajectoire parabolique, est représentée par une droite qui joint le centre de gravité du système au point d'appui sur le sol au moment du départ. Cette ligne doit être dirigée en avant ou en arrière de la verticale passant par le même point d'appui, si le saut doit avoir lieu en avant ou en arrière.

» L'expérience confirme pleinement ces conclusions théoriques.

» En somme, l'antagonisme des muscles fléchisseurs et extenseurs de l'articulation fémoro-tibiale joue, dans l'accomplissement du saut, le rôle rempli dans le ressaut de la baguette élastique de Borelli par l'antagonisme des fibres de la surface rendue concave, réagissant contre celles de la surface convexe ou plutôt contre la vitesse acquise. C'est dans cet antagonisme et dans l'instantanéité de sa production que résident l'idée mère, le principe capital du saut; c'est la force élastique de Willis, la *vis percussionis* de Borelli, le coup sec, la situation fixe de Barthez, dégagés de toute obscurité. » (Commissaires : MM. Chasles, Delaunay, Cloquet.)

— M. Thayer envoie de Braintree (Etat de Massachussetts, Amérique du Nord) une note concernant un régime diététique qu'il suppose propre à préserver du choléra-morbus. (Renvoi à l'examen de la section de médecine constituée en commission du concours pour le prix Bréant.

— M. le ministre de l'instruction publique invite l'Académie à lui présenter deux candidats pour la chaire d'anthropologie vacante au Muséum d'histoire naturelle par suite de la nomination de M. Serres à la chaire d'anatomie comparée.

La section d'anatomie et de zoologie est invitée à préparer une liste de candidats pour la présentation demandée par M. le ministre.

M. Hollard prie l'Académie de vouloir bien le comprendre dans le nombre des candidats pour la chaire vacante d'anthropologie, et adresse un exposé des travaux qu'il considère comme lui donnant des titres à cette candidature.

M. Gratiolet adresse une semblable demande.

---

tuleuses; 5° capsuleuses; 6° tuberculeuses; 7° squammeuses; 8° hémateuses; 9° chromateuses; 10° cancéreuses; 11° végétantes; 12° corps étrangers animés; 13° corps étrangers inanimés; 14° maladies de la peau et du tissu cellulaire; 15° maladies des poils; 16° maladies des ongles.

Nous ne pouvons, dans un compte rendu de ce genre, entrer dans le détail des chapitres consacrés à la description et à l'histoire de chaque maladie; nous nous contenterons de signaler parmi les articles les plus intéressants ceux qui ont trait à la pellagre, à l'eczéma, à la gale, à la lèpre, au lupus.

Nous ne dirons qu'un mot des syphilides. M. Devergie n'est pas partisan des nouvelles doctrines : il pense que le chancre n'est pas le seul symptôme capable de donner lieu à l'infection syphilitique; que les accidents secondaires peuvent se transmettre d'individu à individu; que la blennorrhagie peut être syphilitique et devenir le point de départ des accidents constitutionnels. A cette théorie, il y aurait beaucoup à dire. Mais ce n'est pas ici le lieu d'aborder cette discussion; nous nous bornons à mentionner la manière de voir de l'auteur, pour rendre complète l'exposition de ses doctrines.

Le livre de M. Devergie est terminé par un formulaire fort étendu et par cinq planches coloriées avec le plus grand soin, où sont représentés trente à trente-cinq sujets des plus importants. Comme fidélité de reproduction iconographique, nous pouvons dire que ces dessins sont vraiment admirables. Mais il est à regretter que pour plusieurs d'entre eux la portion de tissu malade ne soit pas un peu plus étendue. Voulant représenter la maladie de grandeur naturelle, M. Devergie n'a pu, sans augmenter considérablement le prix de l'ouvrage qu'il voulait mettre à la portée des élèves, donner que des échantillons très restreints offrant les traits les plus caractéristiques de chaque affection. Nous pensons que, sans élever très notablement la dépense, on aurait pu donner quelquefois plus de largeur au lambeau de peau servant de spécimen. Une ou deux planches de plus eussent suffi pour atteindre ce but.

En résumé, le livre de M. Devergie est un ouvrage des plus sérieux, et il facilitera, nous n'en doutons pas, l'étude, si difficile encore au point de vue pratique, des maladies cutanées. Dr A. Foucart.

Traité élémentaire d'anatomie, ou Description succincte des organes et des éléments organiques qui composent le corps humain; par le docteur A.-L.-J. Bayle, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris (1).

Nous n'avons rien à dire de ce livre, dont la réputation est faite depuis longtemps, et qui est devenu classique. Quinze mille exemplaires vendus depuis la première édition, et la traduction qui en a été faite dans toutes les langues de l'Europe, ainsi qu'en arabe, en disent plus que tous nos éloges. Ce succès est justifié par l'excellente classification suivie par l'auteur, et par l'art avec lequel, mettant en pratique le précepte *multa paucis*, il a su réunir en 500 pages tout ce qu'il est nécessaire de savoir et de retenir dans les détails si multipliés dont se compose la science anatomique. Cette sixième édition a, sur les précédentes, le grand avantage d'être très portative et de pouvoir se mettre dans la poche, avantage dont les étudiants sentiront surtout l'importance.

(1) Sixième édition. Paris, 1855. Un vol. in-32, édition de poche. Chez Labé, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine. Prix : 4 fr. 50 c.

On nous demande de divers côtés ce que nous savons de certains projets de réorganisation du service de santé militaire. Bien que nous n'ayons pas l'honneur d'être en relation avec l'administration générale de la guerre, nous avons cependant appris d'une manière positive que celle-ci vient d'arrêter les bases d'un décret portant création de 150 emplois nouveaux dans le cadre des médecins majors de 2e classe, et de 40 dans celui des médecins majors de 1re classe.

Cette mesure ne peut manquer d'être accueillie avec la plus vive satisfaction par les médecins militaires des grades inférieurs, puisqu'elle leur offre des chances d'avancement égales à celles dont jouissent les officiers du génie, de l'artillerie et de l'état-major.

Tout récemment la *Gazette médicale* semblait annoncer comme choses fort probables d'autres modifications dans la position et dans les prérogatives de nos confrères de l'armée. La proposition en a-t-elle été réellement faite; ses adversaires ont-ils enfin capitulé? Nous ne savons jusqu'à quel point il est permis de l'espérer. Puisqu'on nous interroge, nous répondrons qu'il ne faut jamais compter sur les souliers d'un mort pour se mettre en route.

Les deux demandes sont renvoyées à la section d'anatomie et de zoologie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 11 juillet 1855. — Présidence de M. GOSSELIN.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. MONOD comptait mettre sous les yeux de la Société une pièce d'anatomie pathologique recueillie sur un homme mort des suites d'un rétrécissement urétral; il se contentera de fournir quelques renseignements sur le fait clinique.

Un sujet affecté de rétention d'urine complète fut admis à la Maison de santé. M. Demarquay tenta le cathétérisme sans succès. M. Monod essaya à son tour, mais sans mieux réussir. Il engagea M. Maisonneuve à faire de nouvelles tentatives. Ce dernier s'empressa de répondre à l'appel, et vint voir le malade dans la journée; mais il ne fut pas plus heureux. Le lendemain, M. Monod fit la ponction sus-pubienne; une inflammation assez vive se développa dans le tissu cellulaire de la paroi abdominale et du bassin. M. Demarquay eut recours à la ponction rectale; mais malgré tout le malade succomba au bout de deux ou trois jours.

M. DEMARQUAY complète l'observation en fournissant quelques détails sur l'autopsie. Le rétrécissement siégeait à la région du bulbe; il était très serré. Par suite des explorations ou des tentatives de cathétérisme antécédentes, une fausse route avait été pratiquée en avant et au-dessous de la portion rétrécie du canal et dans la paroi postérieure de l'urètre. Il en résultait que les instruments qu'on voulait introduire dans l'obstacle passaient au-dessous en s'engageant dans une cavité sous-jacente assez profonde et assez spacieuse.

L'étroitesse du point rétréci et les rapports de son orifice avec l'orifice anomal laissaient peu de chance à l'introduction d'un instrument dans le rétrécissement.

La ponction sus-pubienne avait entraîné une inflammation de voisinage. La ponction rectale avait atteint la vessie sans intéresser les voies spermatiques.

— A l'occasion de la communication de M. Monod, M. MAISONNEUVE fait observer que cette communication ne contredit en rien la proposition qu'il avait émise en disant qu'il ne reconnaissait pas de prostate infranchissable, et ne peut aucunement faire préjuger de la valeur de sa méthode. En effet, le malade auprès duquel M. Monod avait appelé M. Maisonneuve était atteint non d'une hypertrophie de la prostate, mais d'un rétrécissement. Il avait des fausses routes, des abcès, et de plus était mourant. Dans ces circonstances, M. Maisonneuve a dû s'abstenir.

CORRESPONDANCE.

M. Larrey présente à la Société, avec une lettre d'envoi de la part de M. Hutin, médecin en chef des Invalides, le mémoire qui a obtenu le prix Portal à l'Académie de médecine, sur l'*Anatomie pathologique des cicatrices dans les différents tissus*.

— M. le docteur Hermann Friedberg adresse le premier volume de sa *Clinique chirurgicale*. (M. Broca est chargé d'en rendre compte.)

— M. Sauvé adresse le rapport fait à la Société de médecine de Marseille à l'occasion d'une brochure de M. Chargé intitulée *l'Homœopathie et ses détracteurs*.

ÉLECTION.

La Société procède au scrutin pour l'élection d'un membre titulaire. Nombre des votants : 30.

Les voix sont ainsi réparties : M. Cazeaux, 20 voix
M. Depaul, 8 —
M. Fano, 2 —

M. Cazeaux, ayant obtenu le nombre de voix voulu, est nommé membre titulaire.

LECTURE.

M. Maunoury, chirurgien de l'hôpital de Chartres, membre correspondant de la Société de chirurgie, donne lecture d'un travail intitulé *Recherches expérimentales sur l'action spéciale du chancre syphilitique de l'homme sur les animaux* (1).

Une courte discussion s'engage sur ce travail.

M. CULLERIER a fait, à une autre époque, de nombreuses expériences afin d'étudier la transmissibilité du virus syphilitique de l'homme aux animaux. Il a fait des essais sur cinq espèces différentes, des chiens, des chats, des lapins, des singes et des cochons d'Inde; il ne s'est pas contenté d'inoculer avec la lancette, mais il a introduit le pus dans le tissu cellulaire même au moyen d'incisions faites à la peau. Jamais il n'a rien obtenu, de telle façon que tout en tenant compte des différences d'expérimentation que comportent les essais de M. Maunoury, on peut se demander s'il n'y aurait pas eu là une certaine coïncidence entre les insertions virulentes et les accidents inflammatoires, plutôt qu'une relation de cause à effet.

M. LARREY demande ce que sont devenus les malades qui ont fourni les matériaux syphilitiques; c'est une lacune dans le travail qu'on vient d'entendre.

M. MAUNOURY répond que l'insuccès de l'inoculation du pus simple ne contredit pas les résultats qu'il annonce. En effet, on savait bien que la pustule maligne peut se communiquer des animaux à l'homme par les liquides seuls et par des inoculations très légères; mais on ne savait pas si la réciproque était vraie. Il tenta donc un première série d'expériences, il constata que le sang d'un individu atteint de pustule maligne et la sérosité provenant des vésicules elles-mêmes qui caractérisent cette maladie pouvaient être inoculés impunément aux animaux. On aurait donc pu conclure que la pustule maligne de l'homme n'était pas inoculable aux animaux. C'est alors que vint l'idée d'insérer dans le tissu cellulaire de ces animaux des fragments d'eschares provenant d'une pustule maligne humaine. On se procurait ces fragments en incisant les eschares pour appliquer la cautérisation avec le sublimé. Or, tous les animaux ainsi traités moururent avec tous les signes des affections charbonneuses. C'est par cette voie qu'il a été conduit à essayer l'effet du tissu du chancre, et comme pour la pustule maligne, le résultat a été bien différent entre l'inoculation liquide simple et l'insertion du tissu infecté.

Les malades dont les chancres ont été excisés se sont rétablis très bien, et la cicatrisation a même été un peu plus prompte que par l'emploi de la simple cautérisation.

M. MICHON adresse quelques questions sur la partie des travaux de M. Maunoury relatifs à la pustule maligne. Cette affection est commune chez l'homme et les animaux dans la Beauce, la Bourgogne, et à Paris même, les habitants du faubourg Saint-Marceau en offrent, à raison de leurs professions, d'assez nombreux exemples. M. Michon, qui a observé la maladie dans ces différents pays, désire quelques explications sur les expériences en question. Il en conclut d'abord que, si les liquides humains n'infectent pas les animaux, ceux-ci sont beaucoup plus généreux; car il n'est pas nécessaire, pour l'homme, que le produit virulent soit introduit en nature et sous forme de tissu. La moindre parcelle de fluide animal suffirait pour communiquer l'affection charbonneuse à l'homme.

M. Michon lui-même a tenté des expériences sur plusieurs animaux; il n'a jamais pu inoculer la pustule maligne du bœuf au chien, au cheval, au lapin; ces espèces sont aussi réfractaires à cet empoisonnement que le bœuf, par exemple, l'est à la morve. M. Maunoury a-t-il répété ces tentatives et a-t-il inséré des eschares de pustule maligne dans le tissu cellulaire du chien, du cheval, du lapin? et, s'il l'a fait, a-t-il obtenu des résultats? Si des animaux qui n'ont jamais la maladie charbonneuse la contractaient par ce mode de transmission cela constituerait un fait très curieux et très analogue à la transmission de la syphilis de l'homme à des races animales qui ne l'ont jamais primitivement et qui ne l'admettent pas par l'inoculation purulente simple.

M. MAUNOURY répond d'abord qu'il n'affirme pas donner aux animaux la véritable syphilis; il fait naître chez eux seulement des inflammations graves, parfois mortelles; c'est tout ce qu'il dit pour le moment. Toutes les questions posées par M. Michon ont, du reste, été résolues déjà dans une série d'expériences faites par les médecins du département d'Eure-et-Loir; elles ont été publiées dans les bulletins de l'Association médicale de ce département. On y verra que les insertions virulentes restent sans effet chez le chien, réussissent assez souvent sur le mouton, quelquefois seulement chez le cheval; ce dernier animal, au reste, meurt assez souvent d'affection charbonneuse.

M. DEGUISE fils demande des renseignements sur les résultats du traitement de la pustule maligne par le sublimé dans le but de s'éclairer lui-même.

M. MAUNOURY donne quelques détails sommaires sur ce point et renvoie pour plus ample informé au travail déjà cité.

— La Société procède à l'élection d'une commission de trois membres chargée de poser la question du prix annuel. Cette commission se compose de MM. Michon, Larrey, Broca.

— L'ordre du jour rappelle la discussion sur l'urétrotomie.

M. LENOIR. J'aurais peut-être pu m'abstenir de prendre une seconde fois la parole dans cette discussion, car il m'a semblé, après avoir entendu la réponse que M. Maisonneuve a faite aux critiques que je vous ai présentées sur son travail, que celles-ci n'avaient rien perdu de leur valeur; mais, comme il a produit ses trop courtes objections avec un ton d'assurance qui n'appartient qu'au succès, et que, par défaut de mémoire ou par tout autre motif, il a fait une abstraction par trop radicale des preuves et des arguments que je lui ai opposés, j'ai cru qu'il était de mon devoir de lui répondre, ne fût-ce que pour lui montrer que, malgré ses airs vainqueurs, il n'a encore foudroyé aucun de ses adversaires, et que sa réfutation laisse beaucoup à désirer, s'il a eu la prétention de la faire complète.

Je vais donc soumettre à un nouvel examen la partie de son discours qui me concerne. Je serai court cette fois, car je ne veux répondre qu'aux quelques points de mon travail qui ont été attaqués par notre collègue.

La première objection qu'il m'a faite est relative à l'invention qu'il persiste à réclamer de ce qu'il appelle sa *méthode de cathétérisme sur conducteur*; il a beaucoup insisté sur la différence qui existe, selon lui, entre une tige flexible et mince de baleine et deux bougies fines de gomme élastique réunies par l'intermédiaire d'un fil et employées l'une et l'autre comme moyen conducteur d'une sonde percée à ses deux bouts, la tige de baleine appartenant à M. Amussat et les deux bougies réunies étant la propriété de notre collègue. Je concède bien volontiers à M. Maisonneuve qu'une tige de baleine n'est pas une bougie de gomme élastique; toutefois, lorsque cette tige est façonnée en bougie, qu'elle est mince et flexible dans son corps, qu'elle est pourvue à son extrémité libre d'un petit renflement olivaire qui lui permet de glisser sur les inégalités de l'urètre, il est difficile de croire qu'elle se comporte dans ce canal autrement qu'une bougie de gomme élastique. Mais cette distinction invoquée par notre collègue, fût-elle juste, n'établirait qu'un seul point, à savoir : que M. Maisonneuve a trouvé un autre moyen, ou, ce qui est plus vrai, une autre substance que l'un de ses devanciers pour conduire une sonde dans la vessie. Quant au principe du cathétérisme sur conducteur, je ne puis rien lui concéder à ce sujet, et, à moins qu'il ne supprime le texte des œuvres de Desault que je vous ai cité, celui du mémoire de M. Pichauzel couronné en 1840 par la Société de médecine de Bordeaux et la note entière tirée du livre de M. Rigal (de Gaillac), il faut qu'il admette, lui aussi, que l'on pratiquait le cathétérisme sur conducteur longtemps avant que l'idée lui vînt de le réinventer pour son propre compte.

La seconde objection a eu pour sujet le mode d'action de son urétrotome. Vous vous rappelez cet instrument. M. Maisonneuve affirme de nouveau que de tous les urétrotomes connus celui-ci est le seul qui coupe réellement de dedans en dehors, et que la crainte de casser sa lame dans la manœuvre opératoire est tout à fait chimérique. Voici le dilemme que je posais à notre collègue à ce double propos : ou vous coupez seulement de dedans en dehors, et dans ce cas, votre instrument agissant seulement aussi par pression sur le rétrécissement, vous en casserez la lame pour peu que les tissus indurés offrent de résistance; ou bien vous retirez votre urétrotome en même temps que vous l'ouvrez, et vous coupez alors de dedans en dehors et d'arrière en avant, et dans ce cas vous faites comme tout le monde, et votre urétrotome agit à la manière de tous les autres. A cela M. Maisonneuve répond par une simple dénégation; je ne puis que lui faire observer ici qu'une démonstration m'aurait plus satisfait qu'une dénégation.

La troisième objection de notre collègue porte sur un point de doctrine que je suis bien aise de lui voir partager aujourd'hui. J'avais avancé que M. Maisonneuve incisait tous les rétrécissements urétraux qu'il rencontrait; il s'en défend à présent, et vous l'avez entendu dire devant vous qu'il fait comme tout le monde, qu'il incise les rétrécissements qui doivent être incisés, et qu'il traite les autres comme il convient. Si j'ai commis la faute de prêter à notre collègue une opinion qui n'est pas la sienne, que M. Maisonneuve ne s'en prenne qu'à lui-même, car je lui porte le défi de me citer une seule ligne de son mémoire qui ait rapport à la distinction qu'il établit dans sa réfutation; et dans les cinq observations qui suivent, et où on le voit à l'œuvre, il n'y en a pas une où il soit fait mention de recherches préalables propres à déceler l'espèce de rétrécissement à laquelle il avait affaire. Toutefois, j'admets que notre collègue, puisqu'il le dit, a toujours suivi jusqu'à présent la doctrine qu'il revendique; mais je me demande alors comment cette doctrine peut s'accorder avec celle de la cure instantanée des rétrécissements; car enfin si, préalablement à l'incision, vous voulez vous assurer de la nature de l'obstacle que vous devez traiter, il faut ici que vous fassiez encore comme tout le monde, il faut que, par l'introduction successive d'un certain nombre de bougies graduellement plus fortes, vous arriviez à constater que le rétrécissement est ou n'est pas dilatable; et ces manœuvres longues et délicates sont incompatibles avec l'instantanéité de la cure que vous annoncez. Je me vois donc forcé par la logique de vous demander de faire un second retranchement au titre de votre mémoire. Je vous ai montré précédemment que vous n'étiez pas autorisé par les faits connus et par ceux qui vous sont propres à promettre une cure radicale des rétrécissements que vous incisez; je vous demande aujourd'hui d'effacer aussi les mots *cure instantanée* que vous n'êtes pas en mesure d'effectuer du moment que, comme tous les chirurgiens, vous employez un temps plus ou moins long à reconnaître le rétrécissement qui réclame l'incision pour son traitement.

Je termine ici, messieurs, ce que j'avais à opposer aux objections faites aux critiques que j'ai adressées au mémoire de M. Maisonneuve; j'aurais pu les étendre, mais je préfère me borner, et m'en tenir à l'examen de ce travail. Je regarde l'urétrotomie comme une opération applicable à quelques cas exceptionnels de rétrécissement de l'urètre, et je n'ai du reste qu'une expérience personnelle très restreinte sur cette opération; je crois de plus qu'une discussion qui porterait sur les avantages et les inconvénients de cette nouvelle méthode de traitement serait prématurée et ne pourrait fournir aucuns résultats utiles à la pratique. Ces deux raisons m'engagent seules à laisser sans réponse les discours de MM. Robert et Vidal.

— M. BROCA lit un long rapport sur un travail de M. le docteur Pauli (de Landau) ayant pour titre : *De la contagion et de l'hérédité de la syphilis*.

Ce rapport sera discuté dans la séance prochaine.

— M. AM. FORGET présente une pièce provenant de la mâchoire inférieure. C'est la moitié de cet os qu'il a enlevée pour une exostose assez volumineuse. Une coupe montre que la maladie consiste dans une tumeur interstitielle isolée de toute part et renfermée dans une sorte de kyste ou de coque osseuse. Les molaires, chez ce malade, n'ont jamais paru au dehors de la portion correspondant à la tumeur; mais le centre de celle-ci présente, au contraire, plusieurs de ces organes irrégulièrement étagés. L'une des dents est renversée et l'émail est tourné en bas; la masse principale est formée, au reste, par une substance fort dure.

Est-ce là une exostose qui, développée dans le centre de l'os, a déjeté et refoulé les dents et chassé les bulbes? Est-ce une exostose de la racine même des dents? Dans l'incertitude, M. Forget demande l'avis de la Société.

M. MAISONNEUVE montre précisément une pièce de la même nature. Un jeune homme avait une tumeur du bord libre de la mâchoire du volume d'une petite noix et paraissant adhérer à l'une des molaires. M. Devillemur arracha à la fois la dent et la tumeur. Celle-ci est formée par un tissu très dense, d'apparence osseuse et très solidement adhérente à la dent. Ces tumeurs paraissent intimement liées à l'évolution des dents, et M. Maisonneuve les considère comme de véritables exostoses de la substance dentaire. Le malade n'a éprouvé aucun accident.

M. HOUEL ne partage pas cette manière de voir; il pense que les pièces qu'on vient de montrer diffèrent des vraies exostoses dentaires et doivent se rapprocher plutôt d'une espèce particulière de tumeurs osseuses extrêmement denses, dures et blanches comme de l'ivoire, et qui peuvent se développer dans l'intérieur de toutes les cavités osseuses de la face, même en l'absence de toute connexion avec les dents, comme dans le sinus frontal, par exemple (pièce du Val-de-Grâce), et l'intérieur du sinus maxillaire (pièce de M. Michon) : ces pièces montreraient que la même lésion peut prendre origine jusque dans le canal dentaire. Ces tumeurs peuvent être primitivement fibreuses et s'ossifier ensuite en totalité ou en partie. Il remarque d'ailleurs que la fusion entre la dent et la tumeur n'est pas dans la pièce de M. Maisonneuve aussi marquée qu'on pourrait le croire au premier abord : il n'y a qu'un accolement très intime.

M. MAISONNEUVE montre des granulations intra-utérines qu'il a extraites récemment. La malade qui les a fournies en porte sur toute la muqueuse du col et du corps. Depuis sept ans elles ont été maintes fois déjà raclées, brûlées, extirpées; elles récidivent sans cesse. Cependant la santé générale n'est nullement altérée, ce qui, joint à l'examen fait par M. Maisonneuve, lui fait supposer qu'elles ne sont pas de nature cancéreuse.

M. DEGUISE fils a enlevé, il y a quelque temps, une très grande quantité de ces productions de l'utérus d'une femme; elles avaient le même aspect extérieur que les précédentes, et M. Follin, qui les a examinées, y a reconnu les éléments du cancer.

M. MICHON demande que les malades dont il est question soient suivies autant que possible, afin qu'on sache la marche ultérieure et l'issue de la maladie.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, Dr AR. VERNEUIL.

(1) Voir plus haut HOPITAL DE CHARTRES.

Le Gérant.
Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

 N° 87. — JEUDI 26 JUILLET 1855.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 25 JUILLET 1855.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'intérêt de la séance de l'Académie de médecine a été tout entier dans des communications faites par des savants étrangers à la Compagnie.

M. Carathéodori, professeur à l'École de médecine de Constantinople, a lu un mémoire fort bien fait sur la taille par le procédé bilatéral de Dupuytren, que des circonstances exceptionnelles l'ont forcé de modifier séance tenante. Le chirurgien a dû entamer une seconde fois la prostate par une incision verticale, et comprendre dans l'incision le sphincter de l'anus. Les suites de l'opération, dans les deux cas où elle a été pratiquée, ont été des plus heureuses.

M. Maisonneuve a communiqué un fait d'opération d'anus artificiel pratiquée, chez un nouveau-né dont l'anus naturel était imperforé, par le procédé de Callisen, remis en honneur il y a une quinzaine d'années par M. Amussat. On sait que ce procédé consiste à atteindre le côlon descendant dans la région lombaire, dans la seule région où il soit possible de parvenir jusqu'à lui sans intéresser le péritoine. L'opération a parfaitement réussi. Nous avons eu plus d'une fois occasion de dire quel service avait rendu M. Amussat en faisant entrer définitivement dans le domaine de la chirurgie une opération aussi importante que simple, qui, si elle eût été connue plus tôt, aurait peut-être conservé quelques années de plus Broussais et Talma, deux des gloires de notre époque.

Mais une question qui se rattache jusqu'à un certain point à la déontologie médicale, qui mériterait, à notre avis, d'être soulevée, et qui ne l'a pas encore été, est celle de savoir jusqu'à quel point le chirurgien rend service à un nouveau-né en lui conservant la vie au prix d'une infirmité incurable qui lui fera maudire l'existence. Ceci soit dit sans blâmer aucunement ni celui qui a remis l'opération de Callisen en honneur avec tant de talent, ni celui qui vient de la pratiquer de nouveau avec non moins d'habileté.

Les honneurs de la séance ont été pour les Aztèques, ces petits monstres qui défrayent depuis quelques semaines la curiosité du public et du monde médical. Nous avons rapporté dans un précédent numéro l'opinion de M. Serres. MM. Baillarger et Ferrus en ont fait aujourd'hui le sujet d'une courte discussion; le premier les rattachant aux crétins d'une part, au point de vue du développement de la dentition et des organes génitaux, et de l'autre aux idiots, quant à leur développement intellectuel; M. Ferrus, au contraire, refusant d'y voir aucun rapport avec les crétins, et se bornant à voir dans ces individus des cas d'idiotie résultant d'un arrêt de développement primitif, d'un arrêt de procréation du cerveau, dont le reste n'est que la conséquence.

Quoi qu'il en soit, ces individus ont paru à l'Académie assez intéressants pour être examinés par une commission.

Dr A. FOUCART.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. BAZIN.

Cours de séméiotique cutanée, suivi de leçons théoriques et pratiques sur les teignes.

(Leçons recueillies par M. le Dr E. BEAUGRAND.)

PREMIÈRE LEÇON.

Considérations sur la pathologie générale. — L'administration de l'assistance publique a depuis longtemps divisé ses établissements hospitaliers en deux ordres : les hôpitaux ordinaires, destinés à recevoir les maladies communes, telles que les fièvres, les phlegmasies, les hémorrhagies, etc.; et les hôpitaux spéciaux, destinés à la cure des maladies spéciales : la syphilis et l'aliénation mentale, par exemple.

L'hôpital Saint-Louis est du nombre des hôpitaux spéciaux; c'est dire assez que nous allons nous occuper dans ces leçons d'une spécialité.

L'administration a donc d'elle-même, et non d'après le conseil de ses médecins, consacré le principe des spécialités. En agissant ainsi, a-t-elle fait preuve de discernement et de sagesse?

Vous le savez, les attaques n'ont pas manqué contre les spécialités.

L'enseignement officiel les a toujours repoussées, sans doute dans la crainte de multiplier indéfiniment le nombre de ses professeurs. Avant tout, il fallait défendre ses intérêts et ses privilèges.

Quelques personnes, frappées seulement de l'abus des spécialités, ou plutôt indignées des manœuvres de certains spécialistes, ont cherché à compromettre la pathologie spéciale par une accusation de charlatanisme qui ne devait s'adresser qu'aux hommes chargés d'en faire l'application.

D'autres enfin ont attaqué les spécialités d'un point de vue purement doctrinal.

L'homme est un, disent-ils; son corps et son âme sont substantiellement unis. On ne peut couper le corps en vingt morceaux différents pour étudier à part les maladies de l'esprit et des nerfs, de la peau, des oreilles, etc. Cette objection a sa valeur sans doute; c'est un reproche justement mérité qu'encourent la plupart des spécialistes, de ne s'occuper que de l'organe qui fait l'objet spécial de leurs études et de négliger le reste de l'organisme. Mais si l'on veut quelque peu réfléchir, on se convaincra facilement que cette argumentation est plutôt dirigée contre les doctrines organopathiques que contre les spécialités proprement dites.

Si l'homme est un, les maladies sont multiples; rien n'empêche de se livrer plus particulièrement à l'étude de quelques maladies spéciales, comme la syphilis, la scrofule, les dartres. Pour étudier chacune de ces unités pathologiques, le corps n'a pas besoin d'être divisé; il faut, au contraire, qu'il reste dans son entier.

Quoi qu'on puisse dire, la science entière est trop vaste pour être embrassée complétement dans son ensemble par un seul homme; la vie n'y suffirait pas. Celui qui ne cultive qu'une partie de cette science acquiert dans cette même partie des connaissances approfondies, des connaissances pratiques qui le distingueront toujours du médecin livré à la pratique générale de l'art. Le bon sens du public ne s'y laissera jamais prendre.

Et d'ailleurs, si les spécialités n'étaient bonnes à rien, la médecine ne s'apprendrait que dans les traités généraux. Or, chacun sait que les monographies sont plus utiles pour l'étude de la science que les manuels ou les traités généraux.

Voyons maintenant quels sont les hôpitaux spéciaux de la ville de Paris; nous nous demanderons ensuite quels ont été les motifs de l'administration pour leur donner cette destination spéciale.

Il y a à Paris :

1° Des hôpitaux de nouveau-nés, d'enfants et de vieillards;

2° Des hospices pour les maladies incurables;

3° Des hôpitaux consacrés au traitement des malades atteints de syphilis, de l'un et l'autre sexe;

4° Des hôpitaux pour les aliénés (hommes et femmes);

5° Enfin, l'hôpital Saint-Louis, plus spécialement réservé pour les maladies de la peau.

Tels sont les hôpitaux spéciaux de la ville de Paris.

On voit que des considérations de diverses natures ont ici déterminé l'administration de l'assistance publique. En effet, ce ne sont pas des considérations de l'ordre scientifique qui ont fait établir un hôpital spécial pour les enfants. Les maladies des enfants sont les mêmes que celles des adultes, à part quelques modifications imprimées par l'âge. Les véritables motifs de la séparation des enfants et des adultes ne peuvent se trouver que dans des considérations de l'ordre moral et administratif.

On peut en dire autant des hospices d'incurables que des vues d'économie seulement ont fait établir et que des motifs d'humanité devraient peut-être faire disparaître. Il serait mieux, je pense, de répartir à peu près également dans les divers services des hôpitaux tous les malades atteints de maladies déclarées incurables.

Les hôpitaux d'aliénés et de vénériens reçoivent des maladies bien définies, parfaitement caractérisées : en est-il de même de l'hôpital Saint-Louis, consacré au traitement des maladies de la peau? Assurément non. C'est qu'en effet ici nous retombons dans le reproche si justement mérité qu'on a fait aux spécialistes, d'avoir confondu l'organe lésé avec la maladie, d'avoir établi les spécialités d'après des divisions anatomiques et non d'après des divisions pathologiques, d'avoir fait, en un mot, de l'organopathie.

Les fausses doctrines appliquées à l'étude des sciences médicales ont eu, comme il est aisé de s'en convaincre, de graves conséquences. Au lieu d'avoir à traiter des maladies, on n'a eu à traiter que des parties ou des périodes de maladies.

La syphilis primitive est soignée à l'hôpital du Midi, la syphilis secondaire à l'hôpital Saint-Louis. Une question de fait qui a rapport à l'évolution des symptômes de cette maladie, celle des relations de la blennorrhagie et du chancre avec les éruptions vénériennes, est jugée contradictoirement par les médecins des deux hôpitaux.

La scrofule généralisée, les scrofulides, la cachexie scrofuleuse sont admises et traitées à l'hôpital Saint-Louis; la scrofule primitive, les manifestations uniques, isolées de la scrofule se trouvent répandues dans les divers services chirurgicaux des hôpitaux de Paris. La mortalité dans notre service des scrofuleux est quelquefois effrayante. A quoi cela peut-il tenir? Uniquement à cette seule circonstance que nos malades nous arrivent souvent dans un degré fort avancé de cachexie, après huit ou dix mois d'un séjour inutile dans l'un des services chirurgicaux de la capitale où l'on ne s'est occupé que de la lésion et nullement de la maladie.

Le dartreux vient à l'hôpital Saint-Louis pour y nettoyer sa peau, pour se *blanchir*, selon sa propre expression. Puis il va mourir asthmatique ou d'une hépatite chronique, d'ulcères intestinaux, d'hydropisie, etc., dans l'un des hôpitaux du centre, de sorte que nous manquons d'une histoire complète et générale de la dartre. Il est vraiment singulier que les hommes les plus habiles à reconnaître l'unité des maladies aiguës, la fièvre typhoïde, par exemple, s'égarent complétement dès qu'il s'agit de reconnaître l'unité pathologique dans les maladies chroniques. S'ils guérissent un malade atteint de fièvre typhoïde, ils savent très bien qu'ils ne le guérissent pas de vingt maladies différentes, bronchite, entérite, pneumonie, méningite, etc.; de vingt lésions différentes, ulcères intestinaux, foyers hémorrhagiques, ramollissement splénique, etc. Ils ne le guérissent que d'une seule maladie, la fièvre typhoïde. Mais, s'ils guérissent un dartreux de gastrite chronique avec vomissements noirs, ou un scrofuleux de la phthisie, ils ne manquent pas d'affirmer qu'on peut guérir le cancer de l'estomac, la phthisie pulmonaire essentielle, et pour preuve ils citent ce dartreux ou ce scrofuleux guéris. En définitive, ils n'ont guéri qu'une des lésions si nombreuses de la dartre ou de la scrofule.

La spécificité des affections n'a pas d'autre cause en général que la nature différente des maladies. Les ophthalmies dites spécifiques sont les symptômes de la scrofule, de la syphilis, de la dartre, de la goutte, etc.

J'en ai dit assez pour vous convaincre qu'avant tout il est nécessaire de s'entendre, de parler la même langue. Il faut que vous sachiez comment on doit définir et diviser la médecine, le sens que l'on doit donner aux mots phénomène, symptôme, lésion, maladie, et sur quelles bases il faut établir les classifications symptomatologiques et nosographiques.

La médecine, de μεδειν (avoir soin), ou de *medicari* (administrer un remède), est suivant Galien, et d'après le dictionnaire de l'Académie, l'art qui enseigne les moyens de conserver la santé et de traiter les maladies. Mais la médecine n'est pas seulement un art; elle est aussi une science, parce que les maladies qui sont l'objet de son domaine sont des unités fixes, invariables, inaltérables, qui, comme les autres phénomènes de la nature, peuvent être soumis à des lois.

De la définition de la médecine résulte sa division en deux branches :

L'*hygiène*, qui est l'art de conserver la santé et de prévenir les maladies;

L'*iatrique*, qui est l'art de traiter et de guérir les maladies.

Le sujet de la médecine, c'est le corps humain; son objet, c'est la maladie; son but, c'est le traitement ou la thérapeutique, qui consiste à prévenir, guérir ou pallier la maladie.

Pour connaître la médecine, il faut donc connaître le corps humain, les maladies ou la pathologie, et le traitement des maladies ou la thérapeutique.

On connaît le corps humain par l'étude de l'anatomie et de la physiologie.

La connaissance des maladies a lieu par l'étude du malade : c'est la médecine clinique ou analytique; par l'étude abstraite des maladies : c'est la nosographie ou médecine synthétique.

Le médecin clinicien étudie les troubles de l'organisme, qui sont appelés *phénomènes* quand ils sont communs à l'état de santé

et à l'état de maladie; *symptômes* quand ils sont propres à l'état de maladie; *lésions* quand ils consistent dans une altération matérielle des organes.

L'ensemble des symptômes propres à une même lésion est un *syndrôme*. La coexistence du syndrôme et de la lésion, c'est l'*affection*.

Les lésions peuvent être constatées pendant la vie ou après la mort; elles sont *biologiques* ou *cadavériques*. Dans le premier cas, et en tant qu'elles tombent sous nos sens, elles ne sont que des symptômes.

L'étude des symptômes constitue la *symptomatologie*; l'étude des lésions cadavériques, c'est l'*anatomie pathologique*.

La *nosographie*, ou *médecine synthétique*, est cette partie de la pathologie qui a pour objet spécial la description des maladies considérées comme unités morbides.

Mais qu'est-ce donc que la maladie? Rien n'est plus difficile, a-t-on dit, que de donner une bonne définition de la maladie. Oui sans doute; mais rien n'est plus important.

Tout le monde, dit M. Chomel, sait ce que c'est que la maladie, et cependant personne ne peut en donner une définition exacte. C'est qu'en effet personne n'en a une idée bien claire ni bien nette.

Le dictionnaire de l'Académie définit la maladie : Une altération de la santé. Cette définition n'est pas scientifique; elle est vague, obscure, et confond ensemble tous les modes d'altération de la santé : l'indisposition, l'infirmité, la difformité, etc. Cherchons dans les auteurs une définition plus précise.

Hippocrate connaissait l'unité morbide, la maladie, sa marche, ses périodes, etc., mais nulle part, dans aucun endroit de ses ouvrages il n'a donné une véritable définition de la maladie.

Galien a parfaitement défini la maladie, et synthétiquement établi sa nosographie : c'est une disposition (διαθεσις) ou affection *contre-nature des parties du corps*, qui empêche premièrement et par elle-même leur action. Le symptôme est aussi une affection contre-nature des parties, mais la maladie précède et joue le rôle de cause.

Ainsi, pour Galien, la maladie était une affection contre-nature des parties : c'était la lésion avec laquelle il confondait la maladie. Aussi a-t-on dit qu'il était le père, le premier des organiciens. Galien, cependant, n'était jamais allé si loin que beaucoup d'auteurs modernes. Il ne repoussait pas la maladie en tant qu'unité morbide; il ne confondait pas la maladie, ou le νοσος, avec la souffrance de la fonction, ou le παθος. Il savait que dans une même maladie il pouvait y avoir plusieurs lésions; mais il y en avait toujours une plus importante que les autres, qui étaient secondaires et n'avaient lieu que par consentement.

M. Chomel, en définissant la maladie un désordre notable survenu dans la disposition matérielle des parties ou dans les fonctions, confond comme Galien la maladie avec la lésion, et de plus il la confond avec le symptôme. Aussi trouve-t-il qu'il est inutile de distinguer l'affection de la maladie, et qu'il est convenable d'employer ces deux mots comme synonymes.

Les auteurs qui, comme Sydenham, ont comparé la maladie à un ennemi et le corps du malade au terrain sur lequel se livrait le combat, ont défini la maladie : un effort de la nature (*conamen naturæ, réaction de la vie*, etc.); mais évidemment ils étaient à côté de la question, puisque ce n'était pas le combat qu'il s'agissait de définir, mais bien la *maladie*, l'ennemi du corps ou de la santé. D'ailleurs, la réaction de la vie ne se montre pas dans toutes les maladies.

Une bonne définition de la maladie doit être celle qui distingue l'objet que l'on veut définir, la maladie des objets qui ont avec elle le plus de points de similitude.

Evidemment la maladie est une altération de la santé; mais les indispositions, les infirmités, les difformités ne sont-elles pas aussi des altérations de la santé? Les phénomènes, les symptômes, les lésions et les affections sont des troubles fonctionnels et organiques qui ne doivent pas non plus être confondus avec la maladie.

On peut, je crois, définir la maladie : un état accidentel et contre-nature du corps, qui produit et développe un ensemble de désordres fonctionnels et organiques, isolés ou réunis, simultanés ou successifs.

Passons en revue chacun des termes de cette définition.

(*La suite à un prochain numéro.*)

HOPITAL MILITAIRE DE BISKRA (ALGÉRIE).

Squirrhe des intestins.

Par M. le docteur E. SONRIER.

Attaché depuis neuf mois au service médical du Bureau arabe de Biskra, nous avons vu chaque jour augmenter le nombre des indigènes à nos consultations. Quelques succès obtenus dans le traitement des cataractes, ophthalmies purulentes, kératites si nombreuses dans ces climats brûlants, et presque toujours suivies d'opacité de la cornée; une grande quantité d'affections syphilitiques radicalement guéries ont puissamment contribué à les rapprocher de nous. Enfin, pour les engager à suivre nos prescriptions d'une manière continue, nous venons d'affecter une salle spécialement destinée au traitement des malades arabes. La sollicitude dont on les entoure, leur régime alimentaire habituel qu'on tolère en partie, le caractère religieux dont le médecin français est à leurs yeux revêtu, tout contribue à vaincre leur répugnance nationale, à effacer la mauvaise impression que produit toujours l'entrée d'un malade à l'hôpital, enfin à fixer momentanément près de nous, pour recouvrer la santé, leur existence indépendante et vagabonde.

C'est dans ces sentiments que le nommé Mohamme Sghir, âgé de vingt-trois ans, s'est enfin décidé, le 26 juin dernier, à venir réclamer nos soins pour une tumeur volumineuse au flanc gauche.

Il se présente à notre visite dans un état de débilité et de marasme des plus complets; le pouls est fréquent, filiforme; refroidissement des extrémités; syncopes; quinze selles hémorrhagiques dans la journée.

A travers les paroles incohérentes d'une intelligence qui s'éteint, et que traduit difficilement l'interprète, nous avons cependant pu recueillir les renseignements suivants :

Il raconte qu'il sentit il y a dix mois une tumeur grosse comme un œuf de pigeon se développer dans le flanc gauche, avec une douleur sourde et très supportable; mais cette tumeur prenant du volume, les douleurs devinrent lancinantes, puis atroces, à tel point qu'il en avait complètement perdu le sommeil. L'ingestion d'aliments légers, pris en petite quantité, était immédiatement suivie de vomissements abondants, jaunes, brunâtres. A une constipation opiniâtre avec météorisme succédait tout à coup une débâcle de matières couleur café, d'une odeur repoussante. Depuis quelque temps il ne mange ni ne dort plus. Le décubitus latéral gauche le soulage. Le moindre mouvement éveille des douleurs atroces; aussi reste-t-il dans l'immobilité la plus absolue.

Malgré les amulettes dont les marabouts l'ont couvert, malgré les scarifications, les cautérisations profondes *loco dolenti* employées par les médecins arabes, il voit ses forces s'épuiser chaque jour dans une lutte inégale contre un mal dont les progrès l'épouvantent et qui est incompatible avec la vie; si jeune il ne veut pas mourir; il a entendu parler des thébibes français, et, plein de confiance dans son âge, dans son courage résigné, il est venu de bien loin sur un mauvais mulet, dont les réactions dures l'ont fait horriblement souffrir, par une chaleur de 40 degrés; mais n'importe, pourvu qu'il guérisse; il veut d'abord qu'on l'endorme, ensuite on lui fera une ponction dans la tumeur, et puis *louanges à Dieu qui fera le reste*. Tels sont, selon lui, les deux temps d'une opération qui lui semble très simple et sans aucun danger.

La tumeur est ovale, très dure, étendue de la fosse iliaque jusqu'au rebord des côtes; pas de gargouillement ni de fluctuation; matité profonde, douleur vive quand on lui imprime un mouvement de latéralité; pas d'adhérences avec la paroi abdominale, qui glisse facilement sur elle.

Mais ici commence le doute : quelle est la nature de cette tumeur? Dans quel organe a-t-elle son siége?

La dureté de marbre qu'on perçoit à travers les muscles, l'état de débilité, de marasme, la teinte jaune paille qu'on remarquerait sans doute si la peau d'un mulâtre pouvait être le miroir du mal, les progrès lents de cette affection, de nombreuses hématémèses, des déjections de même nature, tout ne nous porte-t-il pas à croire que nous avons affaire à un squirrhe? Mais quel est l'organe affecté? Les symptômes précités pourraient faire présumer que c'est l'estomac si la tumeur ne siégeait pas plus à gauche. La rate est bien rarement atteinte. Le rein n'aurait jamais ce volume. L'état de constipation et de diarrhée ne sont-ils pas un indice que le mal est dans l'intestin? C'est probable; aussi nous abstenons-nous de toute opération inopportune et téméraire. Cet homme est mort le 27 à midi.

Autopsie. — Après avoir enlevé les muscles abdominaux, nous trouvons une tumeur grosse comme un fœtus à terme dans ses enveloppes, occupant tout le flanc gauche depuis la fosse iliaque jusqu'au pancréas qui la coiffe. La rate, atrophiée, flotte à quelques centimètres au-dessus d'elle. Enlacée par les anses intestinales du côlon, elle forme un paquet adhérent constitué par le tissu carcinomateux et la dernière portion du duodénum détruit et confondu avec cette nouvelle substance. Le scalpel, en la pénétrant, fait entendre le cri particulier que chacun connaît. Elle est formée par un tissu fibro-lardacé très dur, friable, translucide. L'intérieur de cette masse énorme offre une cavité anfractueuse de la contenance d'environ un litre, hérissée de fongosités noirâtres où se voient de nombreuses ulcérations de la grandeur d'une pièce de 50 centimes.

Cette dilatation cancéreuse du duodénum, espèce d'estomac inerte, supplémentaire, explique ces hématémèses et diarrhées abondantes suivies de constipation. Sans doute que les matières, lentement accumulées dans cette poche, en sortaient par regorgement quand une pression un peu forte avait lieu sur le côté gauche ou qu'un mouvement quelconque était imprimé au tronc. Bien qu'on ne rencontre aucun vaisseau sanguin dans la substance lardacée, on doit supposer que les hémorrhagies avaient lieu par exhalation dans cette muqueuse ramollie et ulcérée.

Rien à signaler dans les autres organes, sinon que le duodénum est d'un calibre plus considérable et que le foie et la rate ont perdu de leur volume normal.

DE LA PNEUMONIE FIBRINEUSE.

Sous ce nom, *pneumonie fibrineuse*, M. le docteur Prosper Cadiot désigne cette inflammation du parenchyme pulmonaire qui s'accompagne de l'exsudation d'une matière fibro-albumineuse laquelle se concrète dans les bronches et en oblitère la cavité. Si le nom est nouveau, la maladie n'est pas nouvelle, et les anciens auteurs en ont plus d'une fois parlé en prenant ces concrétions ou pour des *vaisseaux pulmonaires* arrachés et expulsés par la violence de la toux (Galien), ou pour des *productions polypeuses* (Martin Lister). Les observateurs allemands, et à leur tête Remak, ont le plus contribué à jeter du jour sur la nature de ces concrétions; ils ont désigné sous le nom de *bronchite fibrineuse* la maladie dont M. Cadiot vient de faire le sujet de sa dissertation inaugurale et dont nous allons tracer ici un résumé rapide.

A la dénomination des auteurs allemands l'auteur propose de substituer celle de pneumonie fibrineuse, ayant pu s'assurer, dit-il, que le travail inflammatoire n'avait pas envahi les bronches oblitérées dans les pneumonies qui donnent lieu à l'exsudation plastique, caractère spécial de cette affection. Il cherche de plus à démontrer par des citations que la maladie a été observée aux époques les plus reculées, et il en trace avec grand soin l'historique depuis Hippocrate jusqu'à nos jours, en signalant l'erreur des observateurs qui l'ont confondue avec la bronchite diphthéritique ou pseudo-membraneuse. C'est dans le service de M. le professeur Schutzemberger (de Strasbourg), dont il était interne l'an dernier, que M. Cadiot a recueilli les éléments du travail qu'il présente aujourd'hui.

Anatomie pathologique. — 1er degré. *Engouement.* — La pneumonie débute par une hypérémie ou stase inflammatoire, et par l'épanchement d'un exsudat visqueux dans lequel les globules inflammatoires apparaissent bientôt. Remak a prouvé que c'est la couche épithéliale des vésicules et des dernières ramifications bronchiques qui est primitivement affectée. A ce moment, le tissu pulmonaire n'offre encore aucune altération.

2e degré. *Hépatisation rouge.* — L'exsudat devient plus abondant, plus riche en fibrine; le poumon, d'un rouge foncé, devient plus consistant et plus volumineux; il est friable, cassant, et sa coupe présente un aspect granulé caractéristique, qui provient de la distension des vésicules pulmonaires par l'exsudat; les branches des artères et des veines sont, bientôt après leur origine, aplaties et comme effacées par la compression qu'elles éprouvent. La destruction des éléments pulmonaires prend alors le dessus; la trame pulmonaire et le sang qui y stagnait sont résorbés; la fibrine du sang, enrichie de ces produits de la résorption, comprimée de toutes parts, oblitère les voies aériennes et quelquefois les canaux sanguins en transsudant au travers de leurs parois comme au travers d'un filtre, et forme enfin des tubes en masse amorphe, moulée sur les tuyaux qui la contiennent.

La mort est ordinairement la suite de cet état; l'aspect grisâtre de la matière plastique qui compose cet exsudat a souvent fait prendre la pneumonie fibrineuse pour une infiltration purulente. Une pression exercée sur les surfaces de section du poumon malade fait sourdre des points du volume d'une tête d'épingle. Si on les saisit avec une pince et qu'on les tire, on amène au dehors des cylindres blancs, vermicellés, qui constituent la maladie.

Dans quelques cas, les cylindres fibrineux subissent une sorte de fonte qui les ramollit et permet leur expulsion par l'expectoration; d'autres fois la fonte est complète, et le liquide fibrineux rentre dans la circulation pour être éliminé par une autre voie.

3e degré. *Hépatisation grise.* — L'exsudat qui se trouve dans les vésicules pulmonaires s'organise rapidement en cellules; ces cellules peuvent se détruire par métamorphose graisseuse, et le liquide émulsif qui en résulte est en partie résorbé, en partie expectoré. C'est là la terminaison la plus heureuse. Mais quand la formation des cellules est abondante, et l'organisation du tissu inflammatoire très prompte, surviennent alors l'hépatisation grise, amas de tissu inflammatoire arrivé à différents degrés de développement. Ces éléments finissent par se comprimer, s'étouffer; la masse amorphe se liquéfie, et il y a une fonte purulente.

Examen des concrétions. — L'examen chimique, physique et microscopique des concrétions conduit aux corollaires suivants :

L'exsudation de la matière fibrineuse au travers des parois des canaux vasculaires ou aériens se fait sans inflammation des bronches. Ces concrétions, primitivement creuses, finissent quelquefois par former des tubes pleins. Elles diffèrent des productions diphthéritiques des bronches en ce qu'elles n'adhèrent pas aux parois, comme ces dernières, et ne présentent aucun signe d'inflammation. L'excès de fibrine qui donne lieu à ces concrétions est un produit excrémentitiel dont on verrait volontiers la source dans les nombreux éléments des tissus que la phlogose fait disparaître.

Etiologie. — La pneumonie fibrineuse se montre à tous les âges de la vie; elle attaque de préférence les sujets affaiblis, épuisés par des maladies longues ou par une mauvaise alimentation. L'inflammation et l'anémie pouvant rendre compte de l'augmentation de la fibrine du sang, rien de plus facile que d'expliquer comment la pneumonie donne lieu chez ces sujets à une exsudation plastique aussi abondante.

On ne peut saisir l'action d'aucune autre cause. Cette maladie n'est pas contagieuse, mais paraît pouvoir régner épidémiquement, comme le prouvent une observation de Morgagni, recueillie en 1738, et des faits publiés par M. Nonat en 1837, époque à laquelle une épidémie de ce genre régna à l'Hôtel-Dieu de Paris en même temps qu'une épidémie de grippe. A l'occasion de cette coïncidence, l'auteur se demande si la grippe n'a pas pu déterminer une lésion profonde de la nutrition, et donner lieu à un travail d'absorption lymphatique qui surchargerait le sang d'un excès de fibrine. Peut-être encore la grippe a-t-elle déterminé une certaine altération du sang qui fait que la fibrine a perdu de sa vitalité et a une tendance à la coagulation. Quoi qu'il en soit de toutes ces explications théoriques, l'étiologie est encore extrêmement obscure, et ce n'est pas là qu'il faut aller chercher aucun élément de pronostic ou de traitement.

Symptomatologie. — Lorsque dès le principe les forces sont abattues, que la respiration est difficile, haletante, qu'il survient une dyspnée très intense hors de toute proportion avec la pneumonie, que le pouls est petit et misérable, que le teint est jaunâtre avec symptômes typhoïdes, on doit redouter cette forme fibrineuse.

Le sang est toujours très couenneux. A l'auscultation, on constate de très bonne heure un souffle bronchique très fort, qui persiste fort

longtemps, une matité complète, et enfin on peut retirer quelque avantage du *retentissement autophonique* de la voix, signalé par Hourmann, et qui est souvent très prononcé dans cette forme de la pneumonie.

L'expectoration est peu caractéristique au début : crachats blancs, muqueux, rarement sanglants. Plus tard, elle devient tout à fait nulle, ou ne donne que quelques crachats jaunes, visqueux, riches en albumine.

Mais il y a un moment où elle devient pathognomonique, et contient des ramifications polypiformes, creuses, ramifiées. Cependant il arrive souvent que cette expectoration manque aussi. Les productions fibrineuses sont trop élastiques et trop résistantes pour se laisser arracher par les secousses de la toux.

Si les concrétions subissent la fonte dont nous avons parlé plus haut, elles se détachent assez facilement, et alors la dyspnée diminue assez rapidement. Tous les auteurs ont noté la petitesse du pouls, sa fréquence, la prostration profonde et précoce; enfin la cyanose, quand on l'observe, n'apparaît que lentement; c'est un phénomène d'asphyxie lente. Elle s'observe surtout à la face, au cou et à la partie supérieure de la poitrine.

Marche, durée. — La marche de la maladie est rapide; la respiration et la circulation pulmonaire sont profondément altérées, et le résultat en est une grande prostration. Le pouls tombe et reste petit et fréquent; dyspnée, toux fréquente, et bientôt râle trachéal qui vient annoncer la fin prochaine du malade. La mort survient d'ordinaire au quatrième ou cinquième jour.

Terminaison. — La terminaison la plus fréquente est la mort. Cependant, si un traitement bien dirigé parvient à imprimer à la maladie une marche moins fatale et que la résolution s'opère, voici ce que l'on observe : la face redevient normale, le pouls diminue de fréquence et devient plus fort; le souffle est moins intense, ainsi que la bronchophonie, et l'on perçoit des râles crépitants et sous-crépitants de retour.

Que deviennent alors les masses fibrineuses qui s'opposaient à la respiration? L'expectoration n'augmente pas et contient moins de fibrine qu'au commencement de la maladie; mais une résorption très active s'empare des produits exsudés, les fait rentrer dans le torrent circulatoire, qui les expulse par les filtres des glandes sécrétoires et principalement par les reins. A ce moment, on constate la présence de l'albumine dans les urines. L'examen microscopique des crachats s'unit à l'anatomie pathologique pour démontrer que la couche épithéliale des vésicules a été le tissu primitivement affecté dans cette pneumonie, et que l'exsudation fibrino-albumineuse qui a obstrué les petites bronches ne dépendait pas d'un travail inflammatoire de la muqueuse, puisqu'on retrouve intacts dans l'expectoration les épithéliums bronchiques.

Nous ne soutenons pas, ajoute l'auteur, que l'inflammation ne puisse quelquefois s'étendre aux bronches par voie ascendante, de même que dans le croup elle peut s'étendre par voie descendante aux vésicules pulmonaires. Ce que nous soutenons, c'est que le point de départ du travail inflammatoire qui donne lieu à l'exsudation plastique est dans les vésicules pulmonaires, et qu'ainsi nous avons affaire à une pneumonie et non à une bronchite fibrineuse, comme le prétend Remak.

Diagnostic. — Lorsque chez un pneumonique on constate au deuxième ou troisième jour une matité considérable avec souffle tubaire et bronchophonie intenses, une absence ou une durée éphémère des râles crépitants et sous-crépitants, une expectoration peu ou point sanguinolente ou même nulle, enfin un appareil très grave de symptômes généraux, on peut presque à coup sûr se prononcer pour la formation de concrétions fibrineuses. C'est surtout dans la marche de la pneumonie, dans l'ensemble et la combinaison des symptômes locaux que le raisonnement puisera ses ressources pour arriver au diagnostic; il est constant que, dès le deuxième ou le troisième jour, le pouls, dans la pneumonie fibrineuse, tombe à 120, 140 même; la face s'altère, exprime une anxiété très grande, une angoisse qui annonce l'asphyxie.

Traitement. — Les émissions sanguines, si utiles dans la pneumonie ordinaire, ne conviennent dans la pneumonie fibrineuse que tout à fait au début, avant la formation de l'exsudat plastique, alors qu'elles peuvent encore diminuer l'engouement et arrêter le travail inflammatoire avant l'altération du tissu pulmonaire.

Le tartre stibié est également ici complétement inefficace. Dans le cas où l'on supposerait l'existence d'une concrétion volumineuse, le tartre stibié ou le sulfate de cuivre à dose vomitive en favoriseront l'expulsion.

L'auteur pense que la meilleure médication est celle par les mercuriaux; le calomel à doses fractionnées, 1 gramme ou 1 gramme 50 en 12 paquets dans les vingt-quatre heures, suivant la méthode du docteur Gobée; le professeur Schutzemberger, dans le service duquel l'auteur a étudié cette maladie, préfère à toute autre médication les frictions mercurielles aidées à l'intérieur de l'usage du sublimé, qui a des propriétés antiphlogistiques plus fortes que celles du calomel, et n'a pas autant que lui l'inconvénient de produire des stomatites ou des gangrènes de la bouche.

Dans plusieurs cas de pneumonie fibrineuse bien confirmée, deux ou trois frictions mercurielles de 5 grammes chacune d'onguent napolitain, trois ou quatre, et rarement cinq doses de 5 milligrammes de sublimé ont toujours suffi pour modifier très favorablement et très rapidement les symptômes dus à l'oblitération des voies bronchiques.

CAS D'ÉVENTRATION OU HERNIE OMBILICALE CONGÉNIALE guérie spontanément.

Par M. le docteur L. MARGARITEAU.

Le 28 avril 1847, je fus appelé pour accoucher la femme Vigan de la commune de Saint-Sylvain. Quand j'arrivai au domicile de cette femme, l'enfant était né. Après avoir délivré la mère, je donnai mes soins à l'enfant. Quel ne fut pas mon étonnement lorsque je vis le cordon reposer sur une tumeur de la dimension et de la forme d'un gros œuf de poule, le grand axe dirigé transversalement! Les parois de cette tumeur, constituées par une membrane gélatineuse de même nature que celle du cordon, remplaçaient la peau et la couche musculeuse qui constitue la région ombilicale; c'était donc la continuation du cordon, ainsi qu'on l'observe sur les fœtus au quatrième ou cinquième mois de la vie embryonnaire. En présence de ce fait de malformation, mon embarras fut grand : l'enfant était un garçon plein de vie et bien conformé du reste. Où la séparation du cordon devait-elle se faire? Au niveau du collet extérieur de la tumeur ou à sa partie postérieure, là où la membrane gélatineuse se continuait avec la peau de la paroi abdominale? J'avoue que j'adoptai immédiatement cette dernière opinion, et n'hésitai pas à prévenir le père que son enfant était affecté d'un arrêt de développement de la paroi abdominale qui ne lui permettait pas de survivre à la chute du cordon. Pour lui faire mieux saisir ma pensée, je comparai la difformité que présentait son enfant à celle d'un jeune poulet que l'on aurait fait sortir de sa coque avant le terme de son éclosion et alors que son ventre n'est pas encore achevé, faits dont les gens de campagne sont quelquefois témoins.

Je priai mon ami M. le docteur Chedanne (d'Angers) de venir voir ce cas curieux, et de me dire s'il n'y aurait pas quelque opération à tenter pour s'opposer à l'issue prochaine du paquet intestinal lors de la chute de cette ampoule du cordon. La distance qui séparait les deux points normalement développés des parois abdominales était si grande, que notre confrère pensa comme moi qu'il n'y avait lieu d'intervenir, et qu'il était plus sage d'abandonner cette malformation à la marche de la nature, mais qu'il était probable que le pronostic fatal que j'avais porté se réaliserait. En conséquence, je me bornai à soutenir la paroi abdominale avec un bandage de corps, après avoir appliqué sur la tumeur un plumasseau de charpie enduit de cérat. Ma conviction sur l'issue fatale du cas était telle que je ne m'occupais pas de cet enfant, lorsqu'un mois après j'appris que le cordon et l'ampoule ombilicale étaient tombés seulement le dix-huitième ou le vingtième jour; que leur élimination s'était faite lentement, et qu'au pourtour de cette membrane gélatineuse il s'était opéré une sorte de travail de cicatrisation qui avait prévenu l'issue de la masse intestinale.

L'enfant a eu, au 28 avril dernier, huit ans; il a toujours joui d'une excellente santé. La proéminence ombilicale est beaucoup moins prononcée qu'à la naissance, grâce à ce travail de cicatrisation, qui s'est consolidé de jour en jour. Ses dimensions, aujourd'hui, sont : de droite à gauche, 8 centimètres; de haut en bas, 6; d'avant en arrière (saillie), 3 centimètres et demi. Il n'y a pas d'ombilic; on voit des cicatrices linéaires qui, du centre de la tumeur, rayonnent à la circonférence. (*Bull. de thérap.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 24 juillet 1855. — Présidence de M. JOBERT (de Lamballe).

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Congrès de statistique. — M. le ministre du commerce fait connaître à l'Académie qu'un congrès international de statistique se réunira à Paris le 10 septembre prochain pour arrêter les bases d'une statistique comparative. Les membres de l'Académie qui désireront y assister n'auront qu'à en faire la demande.

Eaux minérales. — Le même ministre transmet :

1° Deux rapports de M. le docteur Goyrand sur le service médical des eaux minérales d'Aix en 1852 et 1853;

2° Un rapport de M. le docteur Gaudet sur le service médical des bains de mer de Dieppe en 1853;

3° Une demande d'avis sur la source de Wildegg, en Suisse;

Épidémie de variole. — 4° Un rapport sur une épidémie de variole qui a régné dans les communes de Geispolsheim (Bas-Rhin), par M. le docteur Brouillet. (Commission de vaccine).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Traitement de la hernie étranglée. — M. le docteur de Larue (de Bergerac) adresse un mémoire sur une nouvelle méthode de traitement de la hernie étranglée. (Commissaire : M. Malgaigne.)

Fracture de la jambe traitée par le bandage plâtré. — M. Mathysen adresse une observation de fracture composée de la jambe traitée par un bandage plâtré bivalve. (Commission : MM. Gerdy, Robert et Malgaigne.)

Choléra. — M. Leclerc (de Caen) adresse un mémoire sur le choléra et d'autres affections ayant quelques rapports avec cette maladie. (Commission du choléra.)

Nouvelle méthode de cathétérisme. — M. Maisonneuve adresse, pour le concours du prix d'Argenteuil, son mémoire sur une nouvelle méthode de cathétérisme et sur son application à la cure radicale et instantanée des rétrécissements de l'urètre.

— M. LE PRÉSIDENT annonce que M. Bédor, correspondant à Troyes, est présent à la séance.

LECTURE.

Taille par le procédé bilatéral. — M. Carathéodori, professeur à l'École de médecine de Constantinople, lit un mémoire sur deux cas de taille par le procédé bilatéral de Dupuytren, modifié en raison des circonstances exceptionnelles qui ont été découvertes sous le couteau.

Ces deux observations sont curieuses, l'une sous le rapport du volume de la pierre, et l'autre à cause des adhérences que cette dernière avait contractées avec les parois de la vessie. Ces conditions ne pouvaient être appréciées d'avance; elles ne furent constatées que pendant l'opération (procédé prostatique bilatéral). Dans le premier cas, après des tentatives infructueuses réitérées, ayant reconnu l'impossibilité d'extraire la pierre et de la briser, M. Carathéodori prit instantanément la résolution d'entamer une seconde fois la prostate dans son diamètre inférieur et vertical, en comprenant dans l'incision le sphincter de l'anus, selon le procédé de Sanson. Grâce à cette pratique hardie, il put extraire un calcul extrêmement volumineux et d'une extrême dureté, qu'il fait passer sous les yeux de l'Académie.

La relation détaillée des deux faits rapportés par M. Carathéodori peut servir, suivant l'auteur, à éclairer sur deux points capitaux la conduite du chirurgien placé dans de pareilles circonstances. Ces deux points sont les suivants :

1° Doit-il ou non agir pour terminer immédiatement l'opération?

2° De quelle manière doit-il la terminer?

Pour M. Carathéodori, l'action immédiate dans de pareilles circonstances est un point décidé, sous peine d'exposer le malade à des dangers réels.

Quant à l'extraction de la pierre lorsqu'elle présente de très grandes dimensions, comme dans le premier des cas en question, et qu'on n'a pu réussir à l'écraser pour la retirer en morceaux par l'ouverture périnéale, il faut recourir à l'incision verticale de la partie inférieure de la prostate, en y comprenant le sphincter de l'anus. Cette incision ne rend aucunement l'opération plus grave; au contraire, elle facilite singulièrement la sortie des calculs les plus volumineux.

Quant au reproche qu'on pourrait faire à ce procédé de laisser à la suite une fistule urinaire, M. Carathéodori fait remarquer que cette conséquence ne s'observe pas toujours, ainsi que le prouve l'un des deux cas qu'il communique; et puis, lors même que la fistule aurait lieu, comme elle ne s'établirait probablement que derrière le sphincter de l'anus, ce serait un bien petit mal en présence des dangers réels auxquels le malade se trouve exposé, et en comparaison des inconvénients bien plus sérieux qu'on aurait à craindre si on tentait la taille sus-pubienne, qui non-seulement embarrasserait tout autant l'opérateur pour l'extraction d'une pierre volumineuse et irrégulière, mais qui pourrait occasionner des accidents fâcheux, à cause de l'étendue qu'il faudrait donner à l'incision de la vessie. Celle-ci ne pourrait être effectuée sans décoller le péritoine et sans rendre inévitables les suites dangereuses des infiltrations urinaires.

La seconde histoire confirme ces réflexions et démontre, de plus, la facilité de la manœuvre.

La permanence d'une fistule urinaire, qu'on aurait pu craindre, n'eut lieu ni dans l'un ni dans l'autre cas.

Le mémoire de M. Carathéodori est renvoyé à une commission composée de MM. Hervez de Chégoin, Amussat et Ségalas.

Aztèques. — M. le secrétaire perpétuel annonce qu'il vient de lui être remis à l'instant une lettre adressée à M. Larrey par M. Morris, qui lui exprime le désir de soumettre à l'examen de l'Académie les deux jeunes Aztèques.

M. LE PRÉSIDENT, après avoir consulté l'Académie, fait introduire les Aztèques.

M. MORRIS, par l'intermédiaire d'un interprète, donne quelques explications qu'il nous est extrêmement difficile d'entendre. Tout ce que nous avons pu en saisir, c'est que ces jeunes sujets ont été trouvés dans les environs de Panama, où il existe un grand nombre d'êtres semblables, que l'on évalue à 4 ou 500. Depuis cinq ans qu'ils sont en la possession de M. Morris, ils n'ont point sensiblement changé. Le garçon n'a pas grandi d'une ligne; la jeune fille a grandi de près d'un pouce.

Diverses questions sont adressées par plusieurs membres; mais le bruit nous empêche d'entendre les questions et les réponses qui y sont faites.

M. BAILLARGER demande la parole et s'exprime en ces termes :

J'ai rencontré dans les Pyrénées et dans les Alpes un certain nombre de crétins qui offraient la prolongation au delà des limites ordinaires de tous les caractères propres à l'enfance. Ces types m'ont paru si remarquables, que j'ai rapporté un assez grand nombre de portraits faits au daguerréotype et reproduisant ces enfants entièrement nus.

Dans tous ces faits, je me suis surtout attaché à noter l'état de la dentition et des organes génitaux, et toujours aussi j'ai constaté la taille et le poids du corps. J'ai recueilli ainsi des observations de jeunes gens et de jeunes filles qui, arrivés à vingt ans, n'en paraissaient avoir que six ou huit. Ces sujets, arrêtés dans leur développement, ont non-seulement la conformation et les caractères physiques des très jeunes enfants, mais ils en ont aussi les goûts et les habitudes.

Les sujets dont je présente les types à l'Académie diffèrent évidemment par des points importants des Aztèques, mais ils ont aussi avec eux des caractères communs.

Ces caractères sont le retard de la dentition et du développement des organes génitaux, la persistance des formes enfantines.

Les différences portent surtout sur la conformation de la tête. Les Aztèques sont avant tout des microcéphales, et assurément des plus remarquables qu'on ait eus à examiner. La microcéphalie, au contraire, est rare chez les crétins des vallées. Ces derniers n'ont pas non plus la mobilité si singulière qu'on observe chez les Aztèques. Mais je m'empresse de dire que par ces deux caractères s'ils s'éloignent des crétins, ils se rapprochent, ou plutôt se confondent avec les idiots ordinaires.

Leur tête offre la dépression sus-orbitaire signalée par M. Cerise, et l'offre à un degré extrêmement prononcé, de sorte que le front ne forme réellement qu'un angle au milieu de ces deux dépressions profondes. L'occipital, surtout chez le jeune garçon, est très aplati, et la partie antérieure du crâne est proportionnellement beaucoup plus développée que la partie postérieure.

Quant à cette mobilité incessante, elle est, tout le monde le sait, un caractère assez fréquent de l'idiotie.

L'opinion que les Aztèques appartiendraient à une race particulière ne saurait être discutée. Mais ils sont très probablement nés au milieu d'une population dégénérée, et ils sont eux-mêmes des types des derniers degrés de cette dégénérescence. Je dis que ce sont là les degrés extrêmes, puisque l'homme cesse alors de se reproduire.

Il y a une opinion que je ne saurais admettre, c'est celle qui tendrait à attribuer la conformation particulière du crâne à une déformation artificielle. On comprend un aplatissement de tout le front par des moyens mécaniques, mais non la dépression sus-orbitaire si remarquable ici, et qui constitue d'ailleurs une déformation qu'on rencontre très souvent chez les crétins et les idiots.

Les Aztèques ont encore de commun avec les idiots et les crétins une démarche saccadée et comme choréique.

Quoi qu'il en soit, il faut reconnaître non-seulement que ces enfants offrent des types extrêmement remarquables, mais encore qu'il y a chez eux quelque chose d'étrange qui leur assigne une place à part, bien que l'appréciation générale de leur état ne puisse, à notre avis, soulever aucun doute.

M. Ferrus. Je remercie, pour mon compte, notre honorable confrère M. Baillarger de l'intéressante communication qu'il vient de faire à l'occasion des deux Aztèques présentés à l'Académie sous le patronage de M. Larrey.

Ces cas sont curieux; ils appellent votre attention, et ne peuvent manquer de soulever une discussion importante. Je regrette d'avoir à les commenter hâtivement aujourd'hui, la question devant être examinée par une commission spéciale; mais les observations que suscite la communication de M. Baillarger ne me semblent pas admettre d'ajournement.

M. Baillarger pense avec raison que ces chétives créatures ne sauraient appartenir à la succession d'une race, à une espèce particulière, et, frappé des arrêts de développement qu'elles présentent, il les classe formellement dans la catégorie des idiots.

Jusque-là nous tombons d'accord, en tant toutefois que le mot *idiotie* n'ait d'autre acception que l'absence plus ou moins radicale, plus ou moins complète des facultés de l'entendement. Mais, à mon avis, ces deux désignations, arrêt de développement et idiotisme, sont beaucoup trop générales, beaucoup trop indéterminées. En présence de l'observation qui nous est soumise, on en peut aisément reconnaître les inconvénients. Les arrêts de développement qu'a signalés M. Baillarger portent particulièrement sur l'arrêt de la dentition et celui des organes générateurs. Il serait facile d'en citer encore d'autres du même ordre, c'est-à-dire qui rentrent dans la classe des arrêts de développement consécutifs ou secondaires; car ils peuvent être la suite de vices de conformation ou d'altérations pathologiques du cerveau, fort différentes les unes des autres.

On les retrouve, en effet, dans les cas de microcéphalie qui s'offrent à l'observation. J'en pourrais mentionner plusieurs, mais non aussi complets que ceux des Aztèques ici présents. Evidemment, chez ces deux individus, l'idiotie, de même que l'arrêt de développement des organes génitaux et de la dentition, est la conséquence de l'arrêt de développement primitif de la masse encéphalique; et c'est essentiellement sur cette condition et sur les conséquences qu'elle entraîne que doit porter l'observation.

Chez les idiots de nos établissements et chez ceux qui se rencontrent si fréquemment dans le monde, les arrêts consécutifs sont le produit de maladies fœtales, d'affections de l'enfance, d'altérations ou de destructions partielles du cerveau. En d'autres circonstances, et lorsque le développement cérébral n'a pu s'accomplir, ils sont la suite d'une cause capable d'enrayer les mouvements de l'innervation, l'activité qu'elle imprime aux autres organes de l'économie, et l'influence qu'elle exerce sur leur développement.

Ces dernières conditions constituent suivant moi le crétinisme. Nous nous en sommes expliqué à diverses reprises avec M. Baillarger, et dans une dernière discussion il m'avait semblé que nos opinions étaient devenues bien voisines.

Je viens de parler du crétinisme, et de rappeler la nécessité de le séparer de l'idiotie proprement dite. Or, le crétinisme est encore plus éloigné que l'idiotisme de l'état des Aztèques soumis à votre examen, et mon très honorable confrère s'est, ce me semble, quelque peu abandonné au désir de reproduire l'opinion qu'il avait anciennement émise; car, je le dis sincèrement, et avec le regret de ne pouvoir partager sa manière de voir, aucune des épreuves daguerréotypées qu'il vient de faire passer sous vos yeux, et que j'avais eu déjà l'occasion d'examiner, ne ressemblent aux Aztèques quant à la conformation cérébrale. Ici, en effet, la microcéphalie est poussée à son dernier terme; elle va même jusqu'à l'anencéphalie. Et pourtant, circonstance très notable, elle diffère essentiellement de cette dernière forme en ce que la partie antérieure de la masse cérébrale, réduite à ses plus rudimentaires éléments, n'est point portée en arrière, phénomène habituel, et que les soudures crâniennes m'ont paru, dans un examen il est vrai bien rapide, complétement ossifiées.

Je pense donc à cet égard, d'accord avec M. Baillarger, que nous sommes en présence de cas d'idiotie résultant d'un arrêt de développement primitif du cerveau; j'irai jusqu'à dire d'un arrêt de procréation cérébrale, et je ne considère l'arrêt des autres parties de l'économie que comme secondaire et consécutif à cette première déviation organique.

Cette question, je le répète, est intéressante; elle réclame de votre commission des investigations sévères, car elle peut jeter d'utiles clartés sur divers points d'anatomie, de physiologie et de pathologie. Du reste, il ne saurait exister, à mon avis, ni races ni espèces de ce genre, à supposer même qu'elles se soient éteintes progressivement. Comment eussent vécu dans leur isolement les individus qui les composent? Comment se seraient-ils perpétués? Si de tels êtres ont été adorés dans l'Inde, on ne saurait s'en montrer surpris : les idiots et les crétins, selon les lieux et les civilisations, ont inspiré le même fétichisme (fétichisme heureusement détruit), et ils ont été confondus à cet égard dans leur dégradation avec tant d'autres animaux auxquels l'ignorance rendait des cultes superstitieux.

(Une commission est chargée d'examiner ces sujets. Elle est composée de MM. Duméril, Gerdy, Desportes, Bourdon, Oudet et Baillarger.)

PRÉSENTATION.

Imperforation de l'anus. — Entérotomie du côlon descendant. — Guérison. — M. Maisonneuve présente à l'Académie un enfant auquel il a pratiqué le 9 juillet l'opération de l'entérotomie du côlon descendant (opération de M. Amussat) pour une imperforation de l'anus.

Cet enfant était né de la veille; la garde s'aperçut qu'il avait l'anus imperforé et s'empressa de l'apporter à la consultation de l'hôpital de la Pitié. Là M. Maisonneuve reconnut que non-seulement il y avait imperforation de l'anus, mais encore que pendant les efforts de l'enfant on ne reconnaissait aucune saillie, aucun soulèvement dans cette région; de plus, la place de l'anus était à peine indiquée par une légère dépression.

Malgré ces conditions défavorables, M. Maisonneuve crut devoir tenter d'aller à la recherche de l'intestin par la région anale, et, faisant une incision longitudinale au niveau du coccyx, il chercha avec le bout du doigt à près d'un pouce de profondeur sans pouvoir reconnaître aucune apparence d'intestin. C'est alors seulement qu'il se décida à pratiquer l'entérotomie lombaire d'après l'ingénieux procédé de M. Amussat.

En conséquence, il fit dans la région lombaire gauche, à égale distance des dernières côtes et de la crête iliaque, une incision transversale longue de 3 centimètres, dont le milieu correspondait au devant de la masse musculaire des lombes. Après avoir incisé la peau, le tissu cellulaire, l'aponévrose lombaire, les fibres des muscles petit oblique et transverse, l'opérateur reconnut le rein, qu'il laissa en arrière et en haut, et ne tarda pas à rencontrer le côlon descendant, qu'il saisit par la face postérieure en écartant les lames péritonéales de son mésentère.

Avant d'y faire une incision, M. Maisonneuve eut soin de passer dans les parois de l'intestin deux fils, entre lesquels il fit l'ouverture, dont il fixa les bords aux lèvres cutanées de la plaie. L'enfant rendit immédiatement une assez grande quantité de méconium et fut remis aux soins de sa nourrice.

Aucun accident ne vint contrarier le succès de cette opération. L'enfant ne cessa pas un instant de prendre le sein. Les fils tombèrent le huitième jour, et aujourd'hui, seizième jour, l'enfant est vigoureux et ne paraît pas éprouver de gêne de son infirmité.

M. Maisonneuve se propose d'introduire plus tard une sonde dans le bout inférieur du côlon pour essayer de rétablir l'anus dans sa place naturelle.

— La séance est levée à quatre heures et demie.

CORRESPONDANCE.

A M. le Rédacteur en chef de la Gazette des Hôpitaux.

Monsieur le Rédacteur,

Quand, la première fois, M. Maisonneuve parla du cathétérisme sur conducteur comme procédé de son invention, j'avais dès lors l'intention bien arrêtée de le revendiquer en faveur de M. Amussat, dont je m'honore d'avoir été l'élève, et je m'étonnais qu'aucun des nombreux témoins des manœuvres opératoires de cet éminent chirurgien ne prît la parole pour éclairer la génération médicale actuelle, qui pouvait bien avoir perdu de vue cet ingénieux mécanisme. Ce devoir, je n'ai pu l'accomplir qu'aujourd'hui.

Pour ma part, je déclare avoir été nombre de fois, en 1829, témoin de ce genre de cathétérisme avec une remarquable réussite, en présence de beaucoup de condisciples étrangers ou médecins de Paris, parmi lesquels je puis citer MM. Rognetta et Colombat (de l'Isère), MM. Davidson, élève écossais, et Kœhler, élève polonais. Je suis donc heureux de joindre ici mon faible témoignage à celui si catégorique articulé par MM. Robert et Gerdy dans la séance de la Société de chirurgie du 13 juin dernier. Comme j'ignore depuis combien d'années ce procédé était familier à M. Amussat, je reste donc incompétant pour établir si M. Marjolin y a eu recours publiquement le premier.

Je profite, monsieur le rédacteur, de la même occasion, pour adresser à M. Baudens une courte réplique que j'ai différée jusqu'ici pour plusieurs motifs, et notamment pour un motif qui n'a plus sa raison d'être, et que je laisse à deviner au lecteur.

A la fin d'une observation de hernie crurale étranglée réduite par la position, la compression et les réfrigérants, en un mot par le traitement que venait de préconiser M. Baudens, observation que j'avais consignée dans le n° 109, 14 septembre 1854, de la *Gazette des Hôpitaux*, je faisais appel à la loyauté de ce savant confrère pour savoir si, pendant l'emploi des réfrigérants en chirurgie (j'y comprenais les plaies surtout, bien entendu), il n'avait *jamais* observé de cas de tétanos. Je rapportais deux cas malheureux de ma clientèle où, pour satisfaire au désir bien légitime de la conservation des membres, j'avais, aidé des conseils de quelques confrères, employé les réfrigérants, et vu mes blessés succomber au tétanos. Depuis ce temps, j'en pourrai joindre un troisième arrivé à un confrère de la commune de Bernot (Aisne), et toujours durant l'usage continu de l'eau froide sur le membre blessé, cas qui a eu la même terminaison.

M. Baudens prétendit, dans sa réponse insérée dans le n° 112 (21 septembre 1854) de la *Gazette des Hôpitaux*, que je n'avais sans doute pas bien présentes à l'esprit les règles qu'il avait formulées sur l'emploi de la glace, et cela malgré cette phrase qu'on peut lire au deuxième alinéa de mon observation : « J'avais lu attentivement, etc.»

J'affirme que pas un mot, une idée de M. Baudens sur ce point important de thérapeutique chirurgicale ne m'étaient inconnus; mais, moins préoccupé des vues théoriques qu'il a développées avec talent, qui me paraissent rationnelles, mais non infaillibles, parce qu'il faut compter avec l'intelligence ou le bon vouloir des malades, je voulais savoir si M. Baudens n'avait *jamais* eu de cas de tétanos pendant l'emploi des réfrigérants dans tous les cas de chirurgie possibles. Là est toute la question. J'avais cru l'avoir posée nettement, je serai sans doute plus heureux cette fois.

Que mon honorable confrère sache bien que je soulève cette question uniquement au point de vue de la science et que derrière ce véritable sentiment ne se trouve nulle intention de lui être désagréable.

Nous avons eu tous un maître inimitable ou plutôt peu imité, qui aimait à parler de ses revers aux élèves, au public médical, j'ai nommé le regrettable professeur Roux. En accusant mes deux insuccès sans y être convié par qui que ce soit, je me suis efforcé de marcher sur ses traces.

Agréez, etc. Petel, d.-m.-p. au Cateau (Nord).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

L'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse est réorganisée comme il suit:

Professeurs titulaires.

Anatomie et physiologie. — M. Bonamy (Constantin-Louis).
Pathologie externe et médecine opératoire. — M. Rolland.
Clinique externe. — M. Dieulafoy.
Pathologie interne. — M. Gaussail.
Clinique interne. — M. Dassier (Simon).
Accouchements, maladies des femmes et des enfants. — M. Laforgue.
Matière médicale et thérapeutique. — M. Noulet.
Pharmacie et notions de toxicologie. — M. Filhol.
Médecine légale. — M. Causse (Séverin).

Professeurs adjoints.

Clinique externe. — M. Estevenet.
Clinique interne. — M. Bernard.
Anatomie et physiologie. — M. Pécot.

Professeurs suppléants.

Pour les chaires de médecine proprement dite. — M. Auger (Ferd.).
Pour les chaires de chirurgie et d'accouchements, de maladies des femmes et des enfants. — M. Dassier (Adolphe).
Pour les chaires de matière médicale, thérapeutique, pharmacie et toxicologie. — M. Magnes.

Sont nommés : M. Auger (Ferdinand), chef de clinique; M. Noguès, chef des travaux anatomiques.

M. Dassier (Simon), professeur de clinique interne, est nommé directeur de ladite Ecole.

MM. Naudin, ancien professeur d'anatomie et de physiologie; Bessières, ancien professeur de clinique interne; Ducasse, ancien professeur d'accouchements, ont été nommés professeurs honoraires.

— Par décret du 18 juillet ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur MM. Lambert, médecin major au 4e bataillon de chasseurs à pied; Saint-Supery, médecin major au 19e bataillon; Rioublant, médecin aide-major au 3e régiment de zouaves; De Finance, médecin major de 2e classe.

— Le *Moniteur* du 20 contient une longue liste de personnes autorisées à porter des décorations étrangères. Parmi elles, nous trouvons deux de nos confrères, M. Froment, médecin principal, décoré de l'ordre de Pie (2e classe), et M. Chenu, médecin major, décoré du Medjidié (4e classe).

— Les nominations suivantes viennent d'être faites dans le corps de santé de la marine :

M. Durand, reçu docteur en médecine le 14 juillet dernier, a été nommé chirurgien auxiliaire de 3e classe le 17 de ce mois, et dirigé sur le port de Toulon;

M. Baud, pharmacien reçu, a été nommé pharmacien auxiliaire de 3e classe et destiné pour l'hôpital de Thérapia;

M. Latour, chirurgien auxiliaire de 3e classe, après avoir subi ses examens au port de Brest, a été nommé chirurgien auxiliaire de 2e classe;

M. Narcy a été nommé, à Toulon, chirurgien auxiliaire de 3e classe.

De nouveaux armements ayant été ordonnés, plusieurs emplois de chirurgiens auxiliaires peuvent encore être offerts aux jeunes étudiants qui désireraient prendre du service dans la marine.

Tous les renseignements nécessaires sont fournis chaque jour par l'inspection générale du service de santé, au ministère de la marine, de onze heures à cinq heures.

— M. Bégin, président du conseil de santé, vient de demander sa mise à la retraite.

— Le *Scalpel* du 10 juillet annoncé que depuis le 1er de ce mois le choléra avait reparu à Liége. On comptait de 8 à 10 décès par jour.

— Une correspondance particulière de Londres, datée du 15 juillet, adressée à la *Gazette médicale*, dit : « On craint ici le développement du choléra; il y a beaucoup de diarrhées, et on observe des symptômes cholériques chez quelques malades. »

D'autre part, le rapport hebdomadaire des décès et des naissances du 7 juillet montre qu'il y a eu dans la semaine 28 décès attribués à la diarrhée et 6 au choléra. L'un des cas de choléra surtout était grave, puisque la mort est survenue en onze heures.

— Toutes les correspondances d'Italie s'accordent à indiquer l'état stationnaire du choléra dans les nombreuses localités où il s'était manifesté. Il n'en est malheureusement pas de même en Egypte, et spécialement au Caire, où dans les premiers jours de juin il mourait environ quatre-vingts personnes par jour.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Bonnichon, né le 13 mars 1829, à Saint-Amand (Cher); *Fracture extra-capsulaire du col du fémur.*

Milet, né le 22 décembre 1828, à Péronne (Somme); *Des phlegmons de l'aisselle.*

Constantin, né le 8 mars 1828, à Nérigean (Gironde); *Statistique de l'opération césarienne en France*, ou *Recueil de faits relatifs à cette opération.*

Sanguin, né le 22 décembre 1830, à Saint-Chamans (Bouches-du-Rhône); *De l'influence des climats chauds sur l'homme.*

Forge, né le 7 mai 1827 à Creil (Oise); *Du vomissement par inanition.*

Ségrestan, né le 20 septembre 1830, à Beaumont (Tarn-et-Garonne); *Des principales causes de la mort du fœtus dans le sein de la mère.*

Clairin, né le 23 septembre 1829, à Dijon (Côte-d'Or); *De l'obésité.*

Delorme, né le 12 janvier 1829, à Saint-Cosme (Sarthe); *Du diagnostic des maladies du sein chez la femme.*

Toutes les thèses soutenues à la Faculté sont annoncées dans la *Gazette*; celles qui sont remises à notre bureau sont analysées dans un des numéros qui suit la remise.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 88. — SAMEDI 28 JUILLET 1855 (28e ANNÉE.) N° 88. — SAMEDI 28 JUILLET 1855.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 Un an. . . 30

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Anévrisme cirsoïde.

Dans le service de M. le professeur Nélaton, on a pu voir depuis quelques jours un enfant de quatre ans et demi présentant une affection assez rare ; il s'agit d'un anévrisme cirsoïde de la collatérale interne du doigt indicateur de la main droite. Au moment de la naissance, on aperçut chez cet enfant une petite tache rouge occupant toute la hauteur de la deuxième phalange de ce doigt. On fit peu d'attention à cette altération, et l'enfant fut mis en nourrice. Onze mois après, lorsque la mère le revit, il y avait une tumeur formant une saillie assez notable, et lorsqu'il sortit de nourrice, à deux ans et demi, la tumeur avait à peu près le volume qu'elle a aujourd'hui ; toutefois elle était plus saillante et moins étalée. Les progrès de la maladie n'avaient probablement pas préoccupé les parents, car ce n'est qu'un an après que l'on se décida à consulter un chirurgien.

En février 1854, cet enfant fut conduit à M. Velpeau, qui, le 13 de ce mois, pratiqua l'opération suivante : trois épingles furent implantées au-dessous de la tumeur, et on fit la suture entortillée. Cette petite opération détermina un peu de fièvre, et au bout de huit jours on retira successivement les épingles, à un jour d'intervalle. Le petit malade sortit de l'hôpital le 26 février, le doigt enveloppé avec des bandelettes de diachylon.

Lorsque ce pansement fut enlevé, on trouva quelques croûtes que l'on fit tomber avec des cataplasmes. Mais il survint trois hémorrhagies assez abondantes par jets; elles furent arrêtées momentanément par la mère à l'aide du camphre et de l'alcool. Il en fut de même des deux cautérisations faites par M. Velpeau. Cependant la plaie se cicatrisa peu à peu, et au bout de deux mois et demi la cicatrisation était complète.

Cette opération amena la disparition de la tumeur, mais la tache avait conservé toute son intensité. Il faut dire que le doigt resta pendant quatorze mois comprimé par des bandelettes de diachylon, que la tumeur reparaissait dès qu'on avait enlevé le bandage, qu'aujourd'hui, c'est-à-dire deux mois après la cessation de toute constriction, la tumeur a recommencé à grossir, et que le malade est arrivé à l'hôpital dans l'état suivant :

Sur la face latérale interne de la deuxième phalange du doigt indicateur de la main droite, on constate l'existence d'une tache d'un rouge violacé, qui empiète un peu sur la première et la troisième phalange. Cette tache, en forme de trèfle, recouvre une tumeur bosselée, molle, fluctuante, épaisse de 3 à 4 millimètres. Si on applique le doigt sur cette tumeur, on voit qu'elle est chaude, qu'elle est agitée de mouvements isochrones à ceux du pouls, qu'elle disparaît à la pression. La collatérale qui se rend à cette tumeur est flexueuse et présente à peu près le volume de l'artère radiale. La compression de l'artère radiale ou de l'artère cubitale ne paraît exercer aucune action sur la tumeur. Celle de l'humérale, au contraire, y fait cesser les battements, et en amène la flétrissure, sans toutefois faire disparaître la tache. Les veines correspondantes sont très développées, et forment un cordon noueux sur la face dorsale du doigt. La compression des veines fait gonfler la tumeur. La phalangette est déviée latéralement en dehors; le bord interne de la deuxième phalange est irrégulier et comme corrodé; tous les mouvements sont conservés.

A ces symptômes, et surtout à la dilatation de l'artère collatérale et aux sinuosités qu'elle décrit, il est impossible de méconnaître un anévrisme cirsoïde, ou varice artérielle, affection qui, comme on le sait, est extrêmement rebelle. M. Nélaton a, dans une leçon clinique fort remarquable, examiné les divers modes de traitement imaginés pour amener la guérison de ces tumeurs, dont la guérison spontanée ne saurait être espérée, qui augmentent de volume avec assez de rapidité, et qui exposent à des hémorrhagies fort graves.

Le traitement que M. Velpeau a appliqué était certainement des plus rationnels ; cependant le résultat a été absolument nul, et il est survenu des hémorrhagies inquiétantes ; il ne faudrait donc pas compter sur la suture, qui, dans ce cas, n'a pas pu guérir, et qui a même exposé à des dangers. Il ne faudrait pas compter non plus sur la compression de la tumeur ; car on vient de voir que la compression à l'aide des bandelettes de diachylon n'a agi tout au plus que comme palliatif. On pourrait peut-être exercer la compression sur l'artère; mais il faudrait l'exercer à la fois sur la radiale et sur la cubitale; car on voit que, si l'on arrête la circulation dans l'un ou l'autre de ces vaisseaux, le volume de la tumeur n'est en aucune façon modifié. Dans ces derniers temps, dit M. Nélaton, on a essayé de provoquer la coagulation du sang dans l'anévrisme cirsoïde à l'aide des injections avec le perchlorure de fer; mais chez les malades où ce procédé fut employé il y eut un résultat funeste ; dans les cas les plus heureux il y eut des accidents, et les malades n'ont pas guéri. Le procédé qui lui semble devoir être préféré est la ligature de l'artère collatérale elle-même assez loin de la tumeur; ce procédé lui a déjà réussi dans un cas d'anévrisme cirsoïde siégeant à la conque, la ligature de l'artère auriculaire postérieure a amélioré l'état du malade et l'a débarrassé des hémorrhagies auxquelles il était sujet ; c'est donc à la ligature de la collatérale interne de l'indicateur que M. Nélaton s'est arrêté. La ligature a été pratiquée avant-hier 25 juillet. Nous ferons connaître à nos lecteurs le résultat de cette opération.

Absorption de l'iode par la peau.

Nous avons vu dans le service de M. Bouchut, à l'hôpital Sainte-Eugénie, un très remarquable exemple d'absorption de l'iode par la peau, chez une fille à laquelle on pratiquait sur le ventre des frictions avec la teinture d'iode pour une péritonite tuberculeuse. Ce fait montre à la fois tout le parti que l'on peut tirer de la médication endermique, et la facilité avec laquelle l'iode en nature peut être porté dans l'économie, cheminer avec le sang dans tous les organes et dans tous les tissus, sans avoir été introduit par les voies digestives.

Une fille de sept ans, née de parents tuberculeux, malade depuis six mois, entre à l'hôpital offrant des alternatives fréquentes de constipation et de diarrhée. Son ventre est très développé ; elle est sujette à des accès de fièvre qui se reproduisent irrégulièrement. M. Bouchut prescrit des applications de teinture d'iode sur l'abdomen, et comme moyen révulsif, et comme pouvant déterminer la résolution des granulations qu'il suppose occuper le péritoine et les ganglions mésentériques. Pendant un mois le ventre de cette enfant est chaque jour recouvert d'une couche de teinture d'iode pure, et il semble que son volume a diminué d'une manière assez notable, et depuis le commencement du traitement il n'y a eu que trois jours de diarrhée.

Un des résultats les plus curieux de la médication, et celui sur lequel nous voulons surtout appeler l'attention, c'est l'absorption du médicament par la peau garnie de son épiderme, fait trop souvent nié par les physiologistes, et dont l'observation clinique fournit journellement de nouvelles preuves. Voici comment s'y prit M. Bouchut pour la démontrer.

Chaque jour, les premières urines rendues après les frictions avec la teinture d'iode furent recueillies et examinées par le procédé très simple que voici : on trempait dans l'urine une bande de papier collé, dit *papier écolier*, puis on ajoutait une petite goutte d'acide azotique. L'iode absorbé, combiné avec les sels de l'urine, était immédiatement rendu libre par l'addition de l'acide, et réagissait sur l'amidon du papier de manière à le colorer en bleu. Ce procédé de recherche, d'une extrême simplicité, et qui n'expose à aucune erreur, est, suivant M. Bouchut, le meilleur qui existe pour reconnaître la présence de l'iode dans l'urine.

Chez cette enfant, l'iode combiné à une base existait dans l'urine et ne pouvait provenir que de la teinture d'iode mise sur les téguments de l'abdomen. Il s'y trouvait en quantité considérable et avait saturé l'organisme en pénétrant par les capillaires de la peau. Or c'est là un fait extrêmement important et qui, en dehors de toute idée thérapeutique particulière, découvre un mode tout spécial d'absorption et d'introduction de l'iode dans l'économie. Ce moyen précieux, il sera possible de l'utiliser toutes les fois que l'on aura affaire à des sujets dont les voies digestives seront très susceptibles et incapables de supporter soit l'iode en nature, soit les préparations iodiques.

On rencontre fréquemment des scrofuleux et des phthisiques auxquels on cherche vainement à administrer l'iode et ses composés sans pouvoir y réussir, en raison des douleurs d'estomac et des intestins que ces médicaments provoquent. Chez ces sujets, des frictions quotidiennes pratiquées avec la teinture d'iode sur la peau pourront en introduire dans l'organisme une quantité considérable à l'adresse de la maladie qu'il faut combattre, et remplacer avec avantage l'administration impossible par les voies digestives de certains composés de ce métalloïde.

Exostose de la face dorsale de la dernière phalange du gros orteil.

Nous avons eu l'occasion de voir ces jours derniers dans le service de M. Nélaton une malade portant sur la face dorsale de la dernière phalange du gros orteil une de ces tumeurs sur lesquelles Dupuytren a le premier appelé l'attention des chirurgiens. Cette tumeur consiste en une exostose de forme pyramidale qui se développe au-dessous de l'ongle et le déforme. Ainsi, au lieu de recouvrir les parties molles comme il le fait dans l'état normal, son extrémité libre se redresse, puis se recourbe, au point que le bord libre de l'ongle se trouve quelquefois renversé en arrière et se rapproche de la racine. La malade que nous avons observée ne présentait pas la maladie à un si haut degré; l'ongle est recourbé à peu près comme un pavillon de trompette; mais il est probable que si l'affection eût été abandonnée à elle-même la déviation de la lame cornée n'aurait pas tardé à devenir plus complète.

Sans être commune, cette maladie n'est pas cependant très rare; aussi a-t-on eu plusieurs fois l'occasion de déterminer exactement et le siége de ces tumeurs et leur structure anatomique ; elles occupent, comme nous l'avons dit, la face dorsale de la dernière phalange du gros orteil et sont constituées par du tissu spongieux enveloppé par une lamelle mince de tissu compacte, et dans quelques circonstances elles sont recouvertes par du tissu fibreux plus ou moins adhérent.

L'étiologie de ces tumeurs est fort obscure; les rapporterait-on au vice scrofuleux ou vénérien, ainsi que les autres exostoses? Seraient-elles le résultat d'un coup ou de la pression exercée par une chaussure trop étroite ? Nous devons faire remarquer que, quels que soient les sujets sur lesquels on les observe, ces affections se présentent toujours avec les mêmes caractères, soit que la maladie se développe sans cause connue, soit qu'elle ait été le résultat d'une pression exercée sur le gros orteil, et cela chez des sujets où la diathèse scrofuleuse ou syphilitique ne saurait être raisonnablement invoquée. Cette affection a été prise quelquefois pour une maladie de l'ongle; d'autres fois, lorsqu'elle siége vers l'extrémité de l'orteil, qu'elle est facilement aperçue sous l'ongle soulevé, on l'a prise pour une verrue et traitée comme telle par une cautérisation superficielle.

Cette affection est peu grave par elle-même : de la douleur provoquée par la marche ou par la pression exercée sur l'orteil est le seul symptôme que l'on observe au début; mais les progrès du mal peuvent amener l'ulcération de cette petite tumeur; elle devient fongueuse et les douleurs s'exaspèrent. Le traitement est fort simple. Lorsque la tumeur siége en avant, on peut sans toucher à l'ongle et en rasant l'os l'enlever à l'aide d'un fort bistouri concave; si elle est plus en arrière, on pourra faire sur l'ongle, ainsi que le conseille Dupuytren, deux incisions semi-elliptiques qui cernent la tumeur. En général, la section de l'os est des plus faciles ; il est rare que l'on soit obligé d'employer la gouge et le maillet ; la cicatrisation se fait avec une assez grande rapidité.

Dans cette petite opération, il faudra avoir soin d'enlever la tumeur tout entière, crainte de récidive; chez les malades qui seraient effrayés par l'intrument tranchant, on pourrait, après avoir dénudé la petite exostose, placer sur le sommet du cône un petit morceau de chlorure de zinc. Huit ou dix jours après cette application, la tumeur se détache sous forme d'une petite rondelle. Il va sans dire que l'ongle sera respecté, du moins à son origine.

Quant à l'amputation de l'orteil, elle ne doit être faite que dans le cas d'absolue nécessité, c'est-à-dire lorsque la tumeur est volumineuse, la phalange presque détruite par l'ulcération, etc.; car, ainsi que nous l'avons vu, il y a possibilité de débarrasser les malades sans leur faire courir de danger à l'aide d'une opération des plus simples.

Un mot sur la rage.

Nous avons reçu de M. Festal, médecin vétérinaire à Sainte-Foy (Gironde), une note relative à quelques points d'étiologie de la rage, à laquelle donne un intérêt d'actualité la leçon publiée sur la même maladie dans notre numéro du 17 juillet. Voici le résumé de cette note :

Un chien de taille ordinaire, dit l'auteur, ayant nom *Lion*, entre un jour du mois de juin, en poursuivant un renard, dans un souterrain creusé par les eaux et s'enfonce probablement très avant.

Son maître, témoin de ce fait, ne s'en préoccupe pas, car vingt fois déjà il l'a vu pénétrer dans cette caverne. Mais le lendemain, le chien ne revenant pas, le maître se rend au souterrain, pénètre le plus profondément possible, et là à plusieurs reprises, et de toute la puissance de ses poumons, il appelle son chien de toutes les manières; il entend dans le lointain un hurlement qui arrive à peine jusqu'à lui. Trois jours de suite mêmes appels, et chaque fois il entend le même hurlement; le quatrième, il n'entendit plus rien, et crut son chien mort. Mais le sixième jour *Lion* rentre crotté jusqu'aux oreilles, grelottant, dans un état de maigreur effrayant et littéralement couvert de tics. Après avoir fatigué tout le monde de ses caresses, il lape en un moment une double ration de soupe. On le sèche, on le chauffe, on le couvre de laine, enfin toutes les précautions hygiéniques sont rigoureusement observées.

Cet événement fit bruit dans la localité, et, en passant dans le village, la curiosité me prit de voir ce chien, qui alors était sorti de la caverne depuis trente heures à peu près; j'étais accompagné dans ma visite par mes deux chiennes de chasse, qui ne voulurent d'aucune façon s'en approcher. Nous plaisantions de cette obstination, quand tout à coup *Lion* s'élance, malgré sa faiblesse, sur une de mes chiennes, qui se réfugie entre mes jambes, et là il la terrasse et la déchire, malgré de vigoureux coups de pieds et force coups de bâton. Il quitte la première et se jette sur l'autre, qui se réfugie aussi près de moi; mais celle-là aussi se laisse mordre sans se défendre, puis elles me quittent toutes les deux. Deux points fixèrent mon attention; le premier, c'est que ces deux chiennes se fussent laissé déchirer sans se défendre; le second, qu'elles m'eussent quitté: deux choses qui ne leur étaient jamais arrivées.

J'exprimai mes craintes au propriétaire du chien, que je soupçonnai affecté de rage, et je l'engageai à le mettre à l'attache immédiatement; mais il négligea ces précautions. Dans la même journée ce chien en mordit un autre dans le village, et le soir il disparut, sans avoir voulu manger de la journée: il était enragé.

Arrivé chez moi, je cautérisai les blessures de mes chiennes avec le cautère actuel, et je les fis attacher.

La première mordue fut attaquée de la *rage mue* dix-sept jours, et la seconde dix-neuf après la scène que je viens de raconter. Deux jours après elles étaient mortes. Le troisième chien mourut de la *même maladie* vingt-trois jours après avoir été mordu.

Quelle fut la cause de ce cas de rage chez le premier chien? se demande M. Festal. L'inoculation? Il n'y avait pas eu d'autre chien enragé depuis longtemps. Fut-ce la faim? Je ne le pense pas. Serait-ce la peur ou la joie? Je laisse à d'autres le soin de résoudre cette question. — Quoi qu'il en soit, il découle de cette observation un fait consolant, à savoir, que la rage spontanée, inoculée naturellement à d'autres animaux de la même espèce n'entraîne pas fatalement chez ces derniers le développement d'une maladie semblable, puisque, comme tout le monde le sait, la *rage mue* diffère sous une foule de rapports de la rage ordinaire, et surtout par l'impossibilité dans laquelle sont les chiens qui en sont affectés de pouvoir mordre. De la sorte le foyer d'inoculation et de propagation se trouve réduit à la rage spontanée seule.

Ces trois cas, arrivés sous les yeux de M. Festal, lui firent rechercher l'occasion d'en observer d'autres, afin de vérifier si réellement la rage spontanée est seule contagieuse, et si elle fait développer chez le chien une rage différente et incapable de se transmettre. Les occasions n'ont été qu'au nombre de deux.

En 1843, dit-il, j'étais chez M. de B..., lorsqu'un roquet vint mordre dans la cour, et devant nous, deux chiens appartenant à la maison. A son œil hagard, à la lâcheté des chiens mordus, nous soupçonnâmes la rage chez le roquet, mais il nous fut impossible de l'atteindre, et dans les environs il mordit trois ou quatre autres chiens, qu'on abattit. Les deux chiens de M. de B... furent cautérisés presque immédiatement et tenus à l'attache. Ils moururent tous les deux de la *rage mue*, l'un le douzième jour, l'autre le seizième.

En août 1845, vers minuit à peu près, je suis réveillé en toute hâte par mon domestique, qui m'annonce que mes deux chiennes de chasse poussent des cris effrayants dans le chenil où elles sont enfermées, et qu'elles se jettent violemment contre la porte pour sortir. Nous courons tous deux, et j'entends en effet mes chiennes poussant des cris affreux; la porte à peine ouverte, elles se réfugient entre mes jambes, et j'aperçois un très petit chien, gros comme le poing, qui se précipite sur elles, sans qu'elles songent même à se défendre. Je le chasse à coups de pieds, et il va dans la maison voisine mordre un chien, que j'entends crier de toutes ses forces. Le lendemain, ce même petit chien en mordit deux autres dans le voisinage. Je cautérisai les blessures de mes chiennes. Ces cinq animaux, d'après mes recommandations, furent tenus attachés, et moururent de *la rage mue parfaitement caractérisée*, du dixième au vingt-cinquième jour.

En pareille matière, une dizaine de faits ne sont pas suffisants, mais ils méritent de fixer l'attention, et l'auteur termine en engageant les médecins et les vétérinaires à faire des recherches sur ce sujet, qui lui paraît, et nous sommes de son avis, extrêmement intéressant au point de vue étiologique.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. BAZIN.

Cours de séméiotique cutanée, suivi de leçons théoriques et pratiques sur les teignes (1).

Le mot *état* (*status, conditio corporis humani*, etc.) laisse dans le vague sur la nature de la maladie; il n'implique que l'idée d'une inconnue, d'un x dont il faut tenir compte, sans qu'il soit besoin de pénétrer son essence;

L'adjectif *accidentel* distingue la maladie des lésions permanentes: les infirmités ou difformités;

L'adjectif *contre-nature* (*præter* ou *contra-naturalis*) sépare la maladie des indispositions, des troubles momentanés des fonctions occasionnés par les passions, par les excitations trop fortes des organes, comme l'indigestion. Il les sépare également de certains états physiologiques, comme la menstruation, la gestation, etc.;

Qui *produit* indique que la maladie est la source commune des symptômes et des lésions;

Qui *développe* indique que la maladie est la cause du développement, des évolutions successives de tous les phénomènes morbides;

Isolés ou réunis; ce qui veut dire que dans une maladie il y a tantôt des symptômes et une lésion; que d'autres fois la lésion manque; que d'autres fois ce sont les symptômes. Exemple: les anévrismes de l'aorte, les masses tuberculeuses dans le ventre, etc. Ces altérations organiques ne sont des maladies qu'à la condition de marcher, de suivre un développement, une évolution. Si elles s'arrêtent, si elles restent stationnaires, elles ne sont que des infirmités. Beaucoup de tumeurs de l'ovaire, de polypes fibreux de l'utérus sont dans ce cas. De même pour les symptômes et les affections: la paralysie stationnaire est une infirmité, et non une maladie. La luxation est une maladie chirurgicale; si elle n'est pas réduite et qu'il se forme une fausse articulation, elle devient une infirmité;

Simultanés ou successifs; ce qui veut dire que la marche est continue ou périodique. Les périodes sont quelquefois très rapprochées, et d'autres fois séparées par de longs intervalles pendant lesquels le malade semble jouir d'une santé parfaite.

Pour qu'une série d'accès constitue une maladie, il faut que cette série soit en progression ascendante ou descendante. Si le mal s'arrête, si les accès sont toujours les mêmes, la maladie devient une infirmité.

De cette définition de la maladie il résulte évidemment que tous les troubles, soit des fonctions, soit des organes; que les symptômes, aussi bien que les altérations matérielles, sont au même titre des produits de la maladie.

On en déduit comme corollaire qu'il n'y a aucun rapport nécessaire entre le symptôme et la lésion; que la relation directe n'existe qu'entre le symptôme ou la lésion avec la maladie. Ainsi, une maladie peut être purement fonctionnelle ou simplement organique; très fonctionnelle (grand désordre des fonctions) et peu organique (très faible altération des organes), ou très organique (grande altération matérielle) et peu fonctionnelle (léger trouble des fonctions).

Un prurit très violent peut coïncider avec une altération à peine appréciable de la peau, à ce point que mon honorable collègue M. Devergie a cru devoir admettre un prurigo sans papules. C'est, on en conviendra, pousser un peu loin l'amour de l'affection. S'il avait admis un prurit sans prurigo, cela se comprendrait; mais un prurigo sans prurigo pour expliquer le prurit, cela ne se comprend plus. Il est vrai que quelques auteurs ont admis des *variolæ sine variolis*; mais il faut croire qu'ils se faisaient une autre idée de la maladie et ne la confondaient point avec l'affection.

Le lichen et l'eczéma dartreux produisent d'atroces démangeaisons, le lichen et l'eczéma scrofuleux occasionnent fort peu de souffrance; il en est de même du lichen syphilitique.

Ce n'est pas la nature d'une lésion qui constitue la gravité du mal et rend le pronostic fâcheux, c'est la nature de la maladie. Les produits morbides, tubercule, tissu fibro-plastique, encéphaloïde même, ont une gravité relative, selon qu'ils se forment dans telle ou telle maladie; en d'autres termes, selon qu'ils sont idiopathiques ou symptomatiques. Les symptômes et les lésions par lesquels on arrive à la connaissance de la maladie sont les *signes*. L'étude des signes constitue la séméiotique. Ils donnent la connaissance de l'état actuel de la maladie, *signes diagnostiques*; de l'état futur de la maladie, *signes pronostiques*. Ils fournissent des indications thérapeutiques spéciales. C'est la médecine du symptôme.

Nous avons quelques mots à dire maintenant du classement des symptômes, des lésions et des maladies.

Les divisions, les classifications sont utiles, parce qu'elles rapprochent les objets qui ont entre eux des affinités, des ressemblances; elles aident la mémoire, facilitent l'étude des sciences et donnent lieu à des inductions propres à éclairer les points obscurs de leur histoire.

Le symptôme est une modification morbide de l'action organique, de la fonction ou un changement perceptible aux sens dans les qualités physiques de l'organe ou des matières excrétées. Quoi de plus naturel alors que de partager les symptômes avec tous les anciens auteurs en trois classes?

1° Modifications ou perversions des fonctions;

2° Modifications ou transformations des qualités physiques des organes;

3° Modifications ou transformations des matières excrémentitielles.

La lésion, c'est l'altération matérielle des organes. Le classement des lésions, c'est la classification anatomo-pathologique. Rien n'est plus simple que d'adopter ici un ordre conforme aux divisions de l'anatomie normale.

Nous aurons ainsi trois grandes classes de lésions:

1° Les lésions fœtales et congéniales qui correspondent à l'anatomie embryonnaire;

2° Lésions des caractères physiques des organes, du volume, de la connexion, des rapports, et qui correspondent à l'anatomie descriptive;

3° Enfin les lésions de texture qui répondent à l'anatomie générale et de structure. Ces dernières sont divisées en analogues ou hétérologues, homœomorphes ou hétéromorphes, suivant qu'elles sont constituées par des produits analogues aux tissus normaux ou par des produits étrangers à l'organisation.

Le classement des maladies présente un peu plus de difficultés.

On les a divisées par leur siége en maladies générales et locales. C'est une division des lésions ou des affections, et non des maladies.

On les a divisées par leur nature, c'est-à-dire par la nature supposée des affections. On doit renoncer à un système de classification qui ne classe que des affections sur des hypothèses physico-chimiques ou physiologiques, qui varie selon les idées de l'auteur et qui offre des dangers pour la pratique, parce qu'il commande une thérapeutique découlant directement de l'hypothèse et non de l'expérience, seul juge que l'on doive accepter dans les questions de thérapeutique.

Le classement des maladies doit se faire d'après les ressemblances, les analogies que présentent entre elles les unités pathologiques. On doit avant tout tenir compte des considérations *étiologiques*.

La santé absolue n'existe pas. Chacun a sa part plus ou moins grande de souffrance corporelle et morale; mais enfin ce qu'on est convenu d'appeler la santé pour chacun est une sorte d'équilibre du corps entre la prédisposition morbide ou la cause interne et l'action du monde extérieur du milieu dans lequel nous vivons.

La maladie éclate dès que l'équilibre vient à se rompre par l'éveil des prédispositions qui jusque-là étaient restées latentes ou par l'action toute physique des causes extérieures.

Il y a dans la production de toute maladie une combinaison d'action des causes extérieures et des prédispositions. La part de chacun de ces agents est plus ou moins grande.

Les agents physiques qui agissent sur l'homme peuvent anéantir la vie à l'instant même; il n'y a pas de maladie: on dit alors que la personne est morte d'accident (action de la foudre).

L'action des agents physiques est moins violente; elle produit une lésion qui éclate en même temps que la maladie. (Lésions traumatiques, plaies, fractures, luxations, brûlures, etc., qui constituent les maladies chirurgicales.)

A côté des maladies chirurgicales, nous plaçons les maladies parasitaires produites par les parasites de l'ordre animal et végétal.

Puis viennent les empoisonnements, qui forment le passage des maladies de cause externe aux maladies de cause interne ou spontanées.

Nous avons donc:

1° Des maladies chirurgicales; 2° des maladies parasitaires; 3° des maladies toxiques; 4° des maladies spontanées.

Les maladies spontanées doivent être groupées en familles par les analogies qu'elles présentent dans leurs causes, leurs symptômes, leur marche, etc.

On a ainsi: 1° les fièvres; 2° les pestes; 3° les exanthèmes; 4° les pseudo-exanthèmes; 5° les phlegmasies, etc.

Mon intention n'est pas de faire de la pathologie générale. J'ai hâte d'appliquer ces notions générales à l'étude de la pathologie cutanée.

J'ai dit que le symptôme était une modification de l'action organique, un changement perceptible aux sens dans les qualités de l'organe ou des matières excrétées; il est localisé, et par conséquent il existe une symptamotologie cutanée.

La lésion est une altération morbide de l'organe. Il y a une anatomie pathologique de la peau.

Les symptômes et les lésions de la peau par lesquels on arrive à la connaissance des maladies sont des signes. Il y a donc une séméiotique de la peau qui suppose, d'une part, la connaissance de la symptomatologie cutanée, et de l'autre la connaissance nosographique des maladies.

La maladie est un état de l'organisme et non un état des parties du corps. Par conséquent, il n'y a point de maladie de la peau. Pour la même raison, il ne saurait y avoir de nosographie cutanée.

Cependant tous les auteurs qui ont écrit sur la pathologie cutanée, tous sans exception, depuis Mercuriali jusqu'à M. Devergie, ont admis des maladies de la peau et ont donné une classification particulière de ces prétendues maladies. C'est que tous les dermatologistes ont confondu la maladie avec le symptôme, et non la lésion, ce qui était d'autant plus facile à faire, qu'à la peau l'un et l'autre se trouvent réunis pour constituer l'affection.

Chaque nouveau dermatologiste qui paraît sur la scène se croit obligé à faire la critique des classifications des auteurs qui l'ont précédé sans pouvoir lui-même donner une classification meilleure; c'est qu'en effet le problème qu'ils se sont proposé de résoudre est un problème insoluble. On ne peut pas trouver une classificaton de lésions applicable à la nosographie, ou, pour mieux dire, une classification de symptômes n'est point une classification de maladies.

Parmi les dermatologistes, les uns ont pris dans la cause prochaine leur principe de classification (Baumès, de Lyon), les autres dans la nosographie (Alibert); la plupart dans la lésion cutanée elle-même (Plenck, Willan); quelques-uns tout à la fois dans la

(1) Suite. — Voir le numéro précédent.

lésion et dans la nosographie; d'autres dans la marche des affections, etc.

Plenck a admis quatorze ordres de lésions cutanées; Willan n'en a admis que huit : à quoi peut tenir cette différence, puisque l'un et l'autre sont partis du même principe de classification ?

C'est que plusieurs ordres de Plenck n'en font qu'un pour Willan, qui s'est attaché à prendre la lésion dans sa période d'état ou de plus grand développement, et qui a fait disparaître les croûtes, les ulcères qui constituaient autant d'ordres distincts dans la classification de Plenck. Willan a regardé la croûte et l'ulcération comme des états secondaires, des évolutions différentes de la même affection qui ne devaient pas constituer des ordres à part.

La pustule variolique, au début, est une tache exanthémateuse, puis une papule, une papulo-vésicule, puis une pustule ombiliquée, et enfin une croûte, par suite de la dessiccation de l'humeur purulente qu'elle renferme. Les états papuleux et croûteux n'appartiennent pas essentiellement à la lésion, qui est pustuleuse.

Willan a admis huit ordres de lésions cutanées élémentaires :

1° Exanthèmes; 2° vésicules; 3° bulles; 4° papules; 5° pustules; 6° squammes; 7° macules; 8° tubercules.

Cette classification des lésions cutanées a été adoptée par Bateman, importée en France par Biett, et acceptée presque sans modifications par ses élèves MM. Cazenave et Gibert. Je veux bien l'accepter aussi comme une classification des lésions cutanées, non sans doute comme une classification de maladies. Mais comprend-elle bien au moins toutes les lésions anatomiques élémentaires de la peau? Examinons :

1° L'*hypertrophie érypteuse*, la glande sébacée hypertrophiée, distendue par la matière sébacée, n'a pas de place dans cette classification. Evidemment ce n'est ni une pustule ni un tubercule. Exemple : les boutons de l'*acné varioliforme*.

2° Les *tumeurs de la peau* grosses comme des tomates, décrites sous le nom de *pian*, de *mycosis fongoïdes*, et dont nous avons eu dernièrement un si remarquable exemple à la salle Sainte-Foy, ne s'y trouvent pas comprises. Ce ne sont pas des tubercules. Il est dit que la grosseur des tubercules ne dépasse jamais le volume d'un gros pois.

3° Le *furoncle* ne s'y trouve pas non plus; il fait partie de la peau : c'est une inflammation de l'aréole dermique. M. Rayer l'a ajouté aux ordres de Willan dans sa classification.

4° Enfin le *godet favique*. N'est-ce pas encore une lésion anatomique de la peau? Quoi qu'on en dise, et dût-on pendant vingt ans encore le répéter sur tous les tons, on ne parviendra pas à prouver que le champignon sous-épidermique n'est autre chose que du pus ou un produit altéré de sécrétion glandulaire. Si encore il se trouvait à la surface de l'épiderme sans entraîner par sa présence un changement matériel dans l'organisation de la peau, on pourrait le prendre pour une croûte, un produit d'exhalation, une matière concrétée à la surface de la peau; mais il n'en est rien : ce champignon se développe toujours entre deux lames épidermiques, et au-dessous de lui la peau est rouge, injectée, congestionnée; plus tard elle s'amincit, se déprime, et peut même se perforer. C'est donc une lésion parfaitement caractérisée.

Vous le voyez, comme classification de lésions, la classification de Willan est imparfaite, insuffisante, incomplète dans l'état actuel de la science.

Quelques mots sur la classification rivale, celle d'Alibert, tant prônée par ses élèves et regardée par les uns comme supérieure, par les autres comme inférieure à celle de Willan. La critique n'a pas dit son dernier mot; le parallèle subsiste toujours. Willan l'emporte à l'hôpital Saint-Louis; mais en dehors de cet hôpital, Alibert a encore de chauds partisans.

Nous sommes toujours dans les lésions anatomiques de la peau, remarquez-le bien.

Le moindre coup d'œil jeté sur la classification d'Alibert suffit pour convaincre les plus incrédules qu'elle ne peut soutenir le parallèle avec celle de Willan. Dans toutes les dermatoses, des lésions anatomiques variées, essentiellement différentes; exemple : dermatoses exanthémateuses où à côté de la pustule variolique se trouvent les taches de la rougeole et de la scarlatine.

Willan et Alibert ont tous deux cherché à classer un certain nombre de maladies dans lesquelles existent des lésions plus ou moins profondes de l'appareil tégumentaire; mais Willan est parti de la lésion pour établir ses ordres, il est allé du symptôme à la nosographie; Alibert est parti de la maladie, de la nosographie pour établir ses dermatoses. Il s'ensuit que le premier a rapproché des maladies très étonnées de se trouver l'une à côté de l'autre, la gale et la varicelle, la variole et l'ecthyma, toutes maladies ou affections qui n'ont de commun qu'un seul caractère anatomique; et que le second a rapproché des maladies qui offrent des lésions cutanées essentiellement différentes, ce qui fait un singulier contraste avec la dénomination *dermatoses* que ce spirituel auteur a cru devoir leur imposer.

Alibert s'est donné comme le Jussieu de la dermatologie; il n'a eu rien moins que la prétention d'avoir appliqué une méthode naturelle à la classification des maladies de la peau..... à la classification d'un certain nombre de maladies, peut-être; mais de la peau, assurément non.

D'autres objections ont été faites à cette classification, qui manque, a-t-on dit, d'unité. Ce n'est pas là un défaut, puisque Alibert avait cru donner une méthode naturelle et non un système.

Je lui reprocherais plutôt d'avoir établi sur un seul caractère quelques-unes de ses dermatoses; exemple : les dermatoses teigneuses, qui d'après l'auteur ont toutes pour caractère commun de siéger sur le cuir chevelu. Ce reproche me paraîtrait d'autant plus fondé que le caractère commun sur lequel Alibert a établi ses dermatoses teigneuses est inexact, puisque les teignes peuvent s'observer indistinctement sur toutes les régions du corps où l'on remarque des poils.

En définitive, la classification de Willan n'est pas une classification nosographique; c'est une classification d'éruptions ou de lésions biologique, et, comme classification d'éruptions, elle est incomplète; elle ne comprend pas toutes les lésions anatomiques de la peau. La classification d'Alibert n'est ni une classification nosographique, ni une classification de symptômes : c'est un rapprochement arbitraire de maladies dans le cours desquelles on observe des lésions très variées du tégument externe. Elle ne remplit aucun but, ne saurait aider au diagnostic des symptômes ou des lésions, ni au diagnostic des maladies.

Je m'arrête à ces deux grandes figures de la dermatologie moderne, Alibert et Willan.

Quant aux classifications des auteurs actuels, elles sont toutes empruntées à Alibert ou à Biett.

Ce que j'ai dit des classifications des maîtres est de tous points applicable aux classifications des élèves.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

pour servir à l'histoire de la suette et du choléra, et des rapports qui ont existé entre l'épidémie de 1849 et celle de 1854.

Par M. le docteur A. FOUCART.

(Extrait du mémoire lu à l'Académie de médecine le 23 janvier 1855.)

Il y a cinq ans, le 18 septembre 1849, j'avais l'honneur de présenter à l'Académie de médecine un volumineux travail sur la suette miliaire, sa nature et son traitement. Ce travail était le résultat de l'observation de plus de quinze cents malades atteints de cette affection, et que j'avais vus et traités dans le cours de deux missions qui m'avaient été confiées par M. le ministre de l'Agriculture et du Commerce dans les départements de la Somme, de l'Aisne et de l'Oise. Il fut l'objet d'un rapport favorable que lut M. Jules Guérin dans la séance du 9 septembre 1851, rapport dont la conclusion, adoptée par l'Académie, fut le renvoi au comité de publication.

Le 18 juillet dernier, sur la demande de M. Chauchard, député de la Haute-Marne, M. le ministre du Commerce m'invita à me rendre dans l'arrondissement de Langres, département de la Haute-Marne, où régnait à ce moment une double épidémie de suette et de choléra. Je restai vingt-cinq jours dans cet arrondissement, dans le canton de Fays-Billot, où je pus observer de la manière la plus complète et la plus détaillée les deux affections qui sévissaient, non-seulement au Fays-Billot même, mais encore dans la plupart des communes du canton.

Peu après mon retour à Paris, le même ministre, sur une demande de M. le préfet de la Haute-Garonne, m'envoyait à Toulouse, dans les environs de laquelle venait d'éclater aussi une double épidémie qui avait fait déjà de nombreuses victimes, et qui devait, bien peu de temps après, sévir avec presque autant d'intensité dans le chef-lieu du département.

J'acceptai ces deux missions avec d'autant plus d'empressement que, à part les faibles services que je pouvais être à même de rendre, j'y trouvais une occasion de vérifier, de contrôler par une observation nouvelle et dans des lieux différents l'exactitude des propositions auxquelles m'avait conduit l'étude attentive de la suette miliaire dans la Somme, l'Aisne et l'Oise en 1849, propositions que j'ai longuement développées et que je crois avoir démontrées tant dans mon mémoire de 1849 que dans le livre que j'ai publié au commencement de cette année 1854 (1) et dont j'ai eu l'honneur de faire hommage à l'Académie.

C'est le résultat de cette nouvelle observation que je prends aujourd'hui la liberté de soumettre à la savante Compagnie. On comprendra facilement que j'ai dû retrancher de ce travail tous les détails administratifs qu'il était de mon devoir de consigner dans les deux rapports adressés à M. le ministre; je me suis contenté ici d'exposer les résultats scientifiques auxquels je suis arrivé par la comparaison de l'épidémie de 1849 et de celle de 1854 quant à la suette. J'y ai joint quelques réflexions sur l'épidémie de choléra que j'ai observée dans les mêmes localités, et sur les rapports et les différences que j'ai cru pouvoir noter entre le choléra de 1849 et celui de 1854.

SUETTE MILIAIRE.

J'ai dit que je croyais utile de comparer tant sous le rapport de la symptomatologie et de la marche que sous celui de la nature et surtout du traitement, de comparer, dis-je, l'épidémie qui a régné cette année dans l'est et dans le midi de la France à celle que j'ai étudiée il y a cinq ans dans les départements du nord. Je puiserai dans cette comparaison les éléments propres à résoudre le problème important que je me suis posé à cette époque, à savoir : *si la suette est identique dans tous les temps et dans toutes les contrées.*

Cette question, je l'ai une première fois, et tant d'après ma propre observation que d'après l'analyse des travaux de mes prédécesseurs, résolue d'une manière affirmative. J'espère arriver au même résultat et à la même démonstration par l'analyse des faits que j'ai observés dans les départements de la Haute-Marne et de la Haute-Garonne.

Je n'entrerai pas dans la description générale de la maladie. Ce serait m'exposer à des redites tout au moins inutiles. C'est surtout à l'appréciation des symptômes pris isolément que je m'attacherai.

Prodromes.

J'ai étudié avec soin la question des prodromes, et des questions que j'ai adressées aux malades est résultée pour moi cette certitude que, dans la grande majorité des cas, la suette a été précédée de prodromes plus ou moins tranchés, plus ou moins bien définis, mais dont l'existence n'en était pas pour cela moins évidente. Chez les uns, c'étaient des nausées, un malaise général, un sentiment de courbature; chez d'autres, un peu de céphalalgie, des *entournoiements*, comme on disait dans la Haute-Marne, c'est-à-dire des vertiges, des étourdissements; pour exprimer cet état intermédiaire entre la santé et la maladie, la plupart des sujets disaient qu'avant d'être pris de la suette ils avaient été *convalescents* pendant plusieurs jours; mais ces malaises n'avaient été presque jamais assez intenses pour empêcher les malades de vaquer à leurs occupations ordinaires, et surtout de manger autant que d'habitude.

Dans deux cas seulement, les malades m'ont dit que la veille de l'invasion ils avaient éprouvé un frisson assez violent. L'existence, dans la suette, du frisson initial, assez marqué pour attirer l'attention d'individus endurcis par les rudes travaux des champs, est assez remarquable, et mérite d'autant plus d'être notée que, dans ces deux cas, je n'ai pas vu que la maladie ait été plus grave que chez la généralité des patients, ou qu'elle ait été accompagnée de phénomènes différents. Chez aucun la suette n'a été précédée de diarrhée.

Invasion.

Dans la grande majorité des cas, la suette a débuté pendant la nuit; quelquefois l'invasion a eu lieu pendant le jour, mais toujours à une distance de plusieurs heures du dernier repas. Jamais ici nous n'avons vu la suette se produire sous l'influence des émissions sanguines générales ou locales; jamais, au moins dans les localités que j'ai parcourues cette année, il n'a été fait de saignées préventives : médecins et habitants étaient également prévenus contre ce mode de prophylaxie, que l'expérience de 1849 nous a prouvé être si funeste.

Une des circonstances dans lesquelles, une fois faite la part de l'influence épidémique, je crois avoir trouvé une cause du nombre véritablement effrayant des cas de suette que nous avons observés dans les communes de l'arrondissement de Langres, c'est la funeste disposition des lits, qui constituent de véritables armoires. Qu'on se figure une caisse en bois fermée de tous côtés, sauf une ouverture d'un mètre de hauteur pratiquée du côté de la chambre, et suffisante pour le passage de la personne qui doit y coucher. Au fond de la caisse sont disposés les paillasses et les matelas, si élevés, que dans beaucoup de ces lits il n'y a guère plus de 60 centimètres d'intervalle entre le corps de l'habitant et le plafond du lit. De plus, un appareil vraiment formidable de rideaux épais, disposés sur des tringles, et quelquefois cloués sur le bois de lit, entoure le sujet et défend tout accès à l'air extérieur. Dans plusieurs maisons l'armoire est tellement complète, qu'elle est même munie de battants que l'on ferme pendant le jour, et dont un reste souvent fermé pendant la nuit. Chez les personnes les plus aisées, la plupart des lits sont dans de profondes alcôves, presque aussi nuisibles que les armoires.

Le mode d'invasion de la suette a été le même cette année qu'en 1849; presque tous les cas ont débuté de la même manière, quels que dussent être plus tard leur degré de gravité, leur durée, etc., et jamais rien n'a permis de déterminer, au commencement de la suette, si elle serait intense, quels seraient les phénomènes nerveux prédominants, quelle serait sa longueur.

Période d'état.

La période d'état a toujours été assez longue, d'autant plus longue que le traitement que l'on employait était presque exclusivement l'expectation. Or, nous avons déjà démontré que si dans la suette une hygiène bien entendue, une diététique sévère suffisent le plus ordinairement, il y a des cas aussi où il faut agir plus énergiquement pour faire cesser ou empêcher de se développer les accidents qui font tout le danger de l'affection. Le traitement que j'ai proposé dès 1849, et qui a si bien réussi, non-seulement à moi, mais encore à tous ceux qui en ont fait usage, n'eût-il d'autre avantage que celui d'abréger grandement la période d'état, il est bon d'y avoir recours, car il réduit, dans la plupart des cas, la durée de l'affection à huit ou dix jours au lieu de trois semaines, un mois, et plus quelquefois; et c'est surtout dans la période d'état que les sujets se plaignent le plus de ces malaises insupportables, de ces étouffements, de ces battements épigastriques qui sont le caractère constant de la maladie.

Pendant cette période tous les malades se sont plaints de cette sensation que les habitants de la Somme désignaient sous le nom d'*égorgement*, et que ceux de la Haute-Marne comparaient à un *morceau* qui leur remontait du creux de l'estomac au gosier. « *J'ai le morceau*, » disaient-ils, et c'était là ce qui les inquiétait le plus, à tel point que plusieurs fois, pendant la nuit, ils nous faisaient appeler, en nous affirmant qu'ils allaient mourir, qu'ils ne passeraient pas la nuit.

Éruption.

L'éruption n'a été, ni dans la Haute-Marne, ni dans la Haute-Garonne, aussi constante que dans l'épidémie de 1849. Elle a assez souvent manqué; mais je dois dire cependant qu'elle a été plus fréquente que ne le pensent certains de nos confrères, lesquels affirment qu'elle ne s'est jamais montrée, ou seulement par exception. Nous l'avons notée dans plus de la moitié des cas dans la Haute-Marne, dans les deux tiers environ dans la Haute-Garonne, et j'en ai rencontré, entre autres, un des exemples les mieux caractérisés chez le docteur Duclaux (de Saint-Julia, près de Toulouse), dans l'excursion que nous fîmes le 12 septembre avec M. le préfet dans l'arrondissement de Villefranche. Le corps de notre confrère était littéralement couvert d'une éruption miliaire des plus confluentes, en desquammation sur quelques points déjà.

Nous avons observé les diverses variétés de l'éruption, la miliaire blanche, la rouge, l'éruption scarlatiniforme, et nous n'avons jamais remarqué que ces variétés aient coïncidé avec des phénomènes plus ou moins graves. Rouge, blanche, ou cristalline, la miliaire n'a jamais caractérisé de forme particulière de la maladie.

Le plus souvent l'éruption a été précédée de picotements et de fourmillements. Dans quelques cas, les picotements ont existé sans qu'aucune éruption se soit manifestée.

Presque toujours, lorsque l'éruption a paru, la maladie a pu être considérée comme terminée. Je ne l'ai vue qu'une seule fois (au Fays-

(1) *De la suette miliaire, de sa nature et de son traitement*, traité pratique suivi d'une analyse de toutes les épidémies de suette observées jusqu'à nos jours, présenté à l'Académie impériale de médecine et précédé du rapport lu dans la séance du 9 septembre 1851. Un vol. in-8 de XLVIII-405 pages, 1854. Chez Labé.

Billot) disparaître subitement et sous l'influence d'une cause que je n'ai pu déterminer ; il a suffi de l'administration de deux grammes d'ipéca pour faire cesser les accidents de suffocation qui se manifestaient avec intensité ; mais l'éruption ne reparut point, et la maladie se termina en quelques jours.

Desquammation.

L'éruption n'ayant pas été fréquente, il s'ensuit naturellement que la desquammation ne s'est pas non plus très fréquemment rencontrée. Dans les cas où elle a eu lieu, elle a plutôt affecté la forme de la desquammation rubéolique que de celle qui suit la scarlatine. Cependant j'ai observé cette dernière par grandes plaques dans deux cas ; dans les autres, elle avait lieu par petites écailles furfuracées.

J'ai dit, dans mon premier travail sur la suette, que la période de desquammation pouvait aussi bien s'appeler période de convalescence. J'ai dit aussi qu'une fois cette période bien franchement déclarée, l'appétit revenait. Chez les malades de la Haute-Marne, il ne nous fut presque jamais possible de faire avouer aux sujets qu'ils n'avaient pas d'appétit, quelle que fût l'époque de la maladie à laquelle on les interrogeât. On se figurerait difficilement l'obstination des habitants des campagnes et l'entêtement qu'ils mettent à manger, soit ostensiblement, soit en cachette : de là des oppressions, des étouffements, des indigestions très fréquentes, et des accidents qui sont souvent devenus mortels, principalement lorsque le choléra vint se joindre à la première épidémie. Ce préjugé de la nécessité de l'alimentation, même pendant la période d'état, au *summum* de la maladie, était tellement enraciné dans le public, que nous vîmes plusieurs personnes, même appartenant à la classe aisée et instruite, manger sans appétit et payer cher plus tard leur imprudence.

Néanmoins, nous eûmes assez d'occasions de faire convenir certains malades de leur inappétence pour pouvoir être certain qu'ici, comme en 1849, le désir d'aliments n'était que le résultat d'un raisonnement, et lorsque nous leur affirmions qu'ils ne pouvaient avoir faim avec une langue saburrale comme ils la présentaient, ils répondaient invariablement : C'est vrai, mais je suis si faible !

Un mot en passant sur cette faiblesse que quelques personnes, peu habituées à observer la suette, regardaient comme un symptôme des plus fâcheux. Quelques-unes des sœurs de charité, qui nous prêtaient si généreusement leur concours, attirèrent bien des fois mon attention sur ce phénomène, qui les préoccupait en raison des plaintes continuelles des malades. Ne voulant pas encore donner de nourriture, parce que j'avais remarqué les mauvais effets d'une alimentation prématurée, je permis souvent à plusieurs sujets quelques cuillerées d'eau à peine rougie avec du vin, et, soit effet de l'imagination, soit réalité, beaucoup de malades parurent s'en trouver assez bien.

Durée.

Nous n'avons rien de particulier à dire sur la durée de la suette. Toutes les fois qu'elle n'a pas été attaquée au début par une médication appropriée et surtout que l'on n'a pas vaincu la constipation, la durée de la maladie a été de quinze, vingt jours et plus. Vers la fin de l'épidémie, le moindre excès de nourriture favorisait la transformation, dont je parlerai plus tard, de la suette en cholérine. Aussitôt que la cholérine se déclarait, immédiatement cessaient tous les accidents propres à la suette, les accidents nerveux principalement. L'embarras gastrique disparaissait aussi, et l'on pouvait dire que *la cholérine nettoyait la langue*, pour me servir de l'expression d'un officier de santé d'une commune voisine, avec lequel je me trouvai plusieurs fois en rapport.

Déjà en 1849 j'avais fait cette remarque, et dans le travail que j'ai soumis au jugement de l'Académie j'écrivais ceci :

« La complication de cholérine, lorsqu'elle n'était pas portée à un » trop haut point, au lieu d'être fâcheuse, paraissait au contraire » influer d'une manière favorable sur la rapidité et la régularité de l'évo» lution de la suette. »

Ce qui était vrai en 1849 l'a encore été en 1854 ; seulement il est arrivé ceci, qu'en 1849, bien que le choléra régnât dans plusieurs communes des départements infestés de suette, que nous en ayons vu même quelques cas dans les localités où régnait la suette, la cholérine était une complication assez rare de la suette, et s'arrêtait facilement et spontanément, tandis qu'en 1854 cette complication fut *fréquente*, et que, grâce peut-être aux excès de nourriture universellement commis tous les jours, la cholérine suivait sa marche et que le choléra lui succédait avec une incroyable rapidité.

Ma remarque n'en subsiste pas moins ; et ici encore, l'épidémie de 1854 est venue confirmer mon observation première.

Pronostic.

Cette complication cholérique a dû nécessairement influer sur le pronostic de la maladie. Qu'il me soit permis de m'étendre un peu sur ce sujet.

J'ai dit, dans mon *Traité de la suette* :

« La suette miliaire est une affection communément bénigne, et qui » le plus souvent ne s'accompagne d'accidents sérieux, et surtout ne » devient mortelle que lorsqu'elle est traitée contrairement aux pré» ceptes de l'art et de la logique. » (Conclusion 1re, page 377.)

L'épidémie de 1854 m'a donné pleinement raison sur ce point. On a dit généralement que dans la Haute-Marne la suette avait été *bénigne*. On a répété plus tard la même chose pour la Haute-Garonne. Or, je soutiens qu'elle n'était, en réalité, ni plus, ni moins bénigne qu'en 1849 ; mais dès le début elle fut prise par les médecins d'une tout autre manière qu'en 1849 dans la Somme, l'Aisne et l'Oise.

Ainsi, au lieu d'être ensevelis, étouffés sous des couvertures, des édredons, au lieu d'être abreuvés de boissons chaudes, tous les malades que je vis étaient largement aérés, peu couverts, et buvaient à petites gorgées de la limonade froide. Ce changement dans la thérapeutique explique le changement dans la gravité de l'affection ; et cela est si vrai, que dans quelques localités où l'on mettait en usage l'ancienne méthode on eut une mortalité semblable à celle de 1849.

C'est ce qu'a observé entre autres un élève en médecine, M. Boulay (1), jeune homme fort instruit et d'une rare intelligence, qui vint, sur l'invitation du sous-préfet de Langres, nous prêter assistance au Fays-Billot, au commencement d'août. M. Boulay, précédemment envoyé à Cuzey (Haute-Marne), où régnait la suette, était arrivé dans ce village au moment où sévissait l'affection d'une manière très violente. Elle était traitée par la méthode sudorifique et avait déjà fait plusieurs victimes. Dès qu'il eut fait changer la médication, la mortalité cessa comme par enchantement.

La même chose arriva à M. le docteur Montrol, médecin des épidémies de l'arrondissement de Langres. S'étant rendu à St-Geosmes, où la suette exerçait ses ravages, traitée par la méthode que nous condamnons, il lui suffit, nous raconta-t-il, de changer la thérapeutique pour faire cesser les accidents.

Une seconde preuve à l'appui de ce que j'avance, que la suette de cette année était la même que la précédente, qu'elle n'était pas plus bénigne, c'est que, arrivé au Fays-Billot le 20 juillet, je voyais succomber, le 22, une femme, la nommée Huot-Mony, à des accidents cérébraux foudroyants qui l'enlevaient en quelques heures. Or, cette femme, malade depuis une dizaine de jours, avait été traitée par la méthode expectante, et le jour où elle fut prise des accidents qui l'enlevèrent, il y avait plus d'une semaine que durait la constipation.

Le pronostic de la suette, considérée en elle-même, exempte de toute complication, n'a donc été ni plus ni moins grave cette année et en cet endroit qu'ailleurs et en d'autres temps.

Mais, relativement à la cholérine, comme suite et complication de la suette, il a été incontestable qu'elle a été beaucoup plus fréquente cette année qu'en 1849, et alors aussi ce n'est plus à la suette, qui n'était qu'un état pathologique prédisposant, mais au choléra, qu'il faut rapporter le nombre effrayant de ceux qui, ayant eu la suette d'abord, ont succombé plus tard, tant dans la Haute-Marne que dans la Haute-Garonne.

Lorsque j'arriverai, dans ce travail, à ce qui a trait à la thérapeutique, je prouverai que le traitement proposé par moi en 1849, et qui a été généralement adopté cette année, a réussi dans tous les cas où il a été employé à temps, preuve évidente, selon moi, que la maladie était essentiellement la même. Or, j'ai soutenu et je soutiens encore, avec un argument de plus en ma faveur, que la suette est *une* et *identique* partout où elle existe.

(*La suite à un prochain numéro.*)

(1) M. Boulay, aujourd'hui docteur, et honoré d'une médaille par le ministre du commerce en récompense de son dévouement, a soutenu, au mois de mai, une thèse inaugurale remarquable sur *les divers modes de propagation du choléra.*

STATISTIQUE

des hôpitaux militaires, de 1762 à 1842.

Entre une opinion et un fait il y a l'infini !
(Leibnitz).

Dans un mémoire adressé par le docteur Coste à Louis XVI, il évalue à 1 sur 40 la proportion des morts aux malades militaires. L'Académie des sciences la fixe même à 1 sur 42, de 1783 à 1787 (1).

Il paraît certain que ces recherches furent faites à Versailles, où la cour résidait alors, parmi les troupes d'élite qui y étaient casernées.

En Flandre, avant 1785, la moyenne de 14 ans d'expérience donne pour résultat *un tiers* de l'effectif entrant à l'hôpital. Quant au nombre des morts, il est de 5 par bataillon dans les bonnes années, de 8 dans les médiocres, de 10 dans les mauvaises, et dépasse ce chiffre dans les années épidémiques exceptionnelles (2). Sur une longue série, il paraît donc convenable d'admettre, comme moyenne, 10 morts par bataillon, ce qui concorde d'ailleurs avec la table de Deparcieux établie en 1746 sur l'expérience d'un demi-siècle au moins. D'après cette base, on voit que la proportion des morts aux malades militaires était d'environ 3 pour 100 par an, au dix-huitième siècle, en Flandre.

En Lorraine on trouve ce même rapport, de 1762 à 1778, à l'hôpital militaire de Metz (3).

Pendant la guerre il n'y a pas lieu de le rechercher.

Au retour de la paix, de 1816 à 1818, on retrouve à l'hôpital du Val-de-Grâce, à Paris, la proportion du dix-huitième siècle, 3 pour 100 ! (4)

Mais à dater de 1819 une étonnante révolution s'opère !!!

De 1819 à 1824 cette proportion s'élève à 4 pour 100, *un tiers de plus !* Broussais épuise à la combattre toutes les forces de son génie, et il se trouve des médecins qui l'accusent de l'avoir faite. *O mores !* (5)

Enfin, de 1838 à 1842, elle monte à 7 pour 100. Voici les chiffres authentiques de l'hôpital du Gros-Caillou pendant ces cinq années :

Soldats traités et guéris.	28,674
Soldats traités et morts.	2,185
Total des malades. . .	30,859

Ce qui n'est pas moins surprenant peut-être, c'est que le médecin qui accuse Broussais avec le plus de force d'avoir amené cette situation, celui qui employa à la rendre manifeste toutes les ressources de son esprit, *affirme* aujourd'hui qu'elle n'existe pas ; non, dit-il, qu'il puisse le prouver, mais parce que *sa raison* lui dit que cela ne peut pas être (6) !

L'accusateur était-il donc plus coupable que celui qu'il accusa naguère ? Pourquoi ce changement de langage ? Quoi qu'il en soit, *le fait* répond victorieusement à la témérité de l'*affirmation !*

A. Bayard, D.-M.

(1) Audouin, *Histoire de l'administration militaire*, tome IV (1811).

(2) Ordre du service dans les hôpitaux militaires (1785).

(3) *Discussion entre MM. Miquel, Bousquet et Roche*, page 244 (1827).

(4) Duvivier, *De la médecine considérée comme science ou comme art*, page 332 (1826).

(5) Discussion déjà citée.

(6) *Rapport sur la vaccine ;* juillet 1855.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 21 juillet sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur, MM. Courboulis, médecin aide-major au 1er régiment de voltigeurs de la garde impériale ; — Carmouche, médecin major du 100e de ligne ; — Gouget, médecin major du 5e bataillon de chasseurs à pied ; — Mercier, médecin major du 2e régiment du génie ; — Laforgue et Lapeyre, médecins aides-majors du même régiment.

— M. le professeur Bérard, inspecteur général de l'Université, est resté trois jours à Strasbourg, à la fin du mois de juin, pour inspecter la Faculté de médecine et l'Ecole de pharmacie.

Nous lui avons entendu dire qu'il était étonné de trouver tant d'éléments d'instruction dans notre Faculté, et de voir quel parti en tiraient le zèle et le talent des professeurs. M. Bérard n'a pas été peu surpris de voir que les professeurs font presque tous un cours en hiver et un autre en été ; que ceux qui sont chargés d'un service clinique pendant un semestre font un cours théorique durant l'autre, ce qui a permis à la Faculté d'étendre l'enseignement, et d'y comprendre les cliniques de maladies des enfants, de maladies vénériennes et cutanées, et de maladies des yeux, qui n'existent point dans les deux autres Facultés.

(*Gazette médicale de Strasbourg.*)

— M. Ludwig, professeur d'anatomie et de physiologie à Zurich, vient d'être nommé professeur de physiologie et de zoologie à l'Ecole de médecine militaire (Académie Joséphinienne) de Vienne.

— La croisade contre la vaccine prend en Allemagne des proportions de plus en plus larges. On ne se contente plus d'écrire contre la découverte de Jenner, on en fait l'objet de nombreuses caricatures. Nous venons d'en recevoir une dont l'esprit est peut-être un peu lourd : elle représente la Mort traînée dans un char attelé d'un âne et d'un bœuf, qui sont aiguillonnés par le docteur Jenner déguisé en diablotin. Une foule de maladies accompagnent la Mort, et le char écrase en passant les têtes chauves de tous les académiciens de l'Allemagne.

— Le bruit s'était répandu que le choléra sévissait à Marseille. Voici, à cet égard, quelques renseignements puisés à bonne source :

Depuis deux mois au moins, quelques cas isolés se sont présentés à l'hôpital, ou, pour mieux dire, aux hôpitaux militaires et à l'Hôtel-Dieu : un ou deux sur des matelots provenant de la mer Noire, quelques-uns sur des militaires de la garnison arrivant de l'intérieur de la France, trois ou quatre appartenant à la classe ouvrière de notre ville.

Au commencement de ce mois, un professeur du séminaire a succombé en peu de temps à une atteinte malheureusement trop caractérisée.

Depuis lors, on constate un grand nombre d'affections diarrhéiques plus ou moins sérieuses, mais pas autre chose. (*Gaz. hebd.*)

— Le choléra règne à Porto (Portugal) ; mais il attaque jusqu'ici peu de personnes, et n'est pas très grave. Il sévit avec violence dans le village de Saint-Jean de Pesqueira, où il a déjà amené 30 décès sur une population de 180 habitants.

— Le docteur Archibald Arnott, qui avait été médecin de l'empereur Napoléon, à Sainte-Hélène, vient de mourir en Angleterre, à l'âge de 84 ans.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Lamarque, né le 22 mars 1829, à Gimont (Gers) ; *Des soins à donner à la femme en travail.*

Perrod, né le 4 février 1831, à Digna (Jura) ; *De la fissure à l'anus et de son traitement.*

Davonneau, né le 29 octobre 1823, à Sainte-Maure (Indre-et-Loire) ; *La gangrène de la bouche chez les enfants.*

Fèvre, né le 26 décembre 1826, à Beaune (Côte-d'Or) ; *Du pemphigus des nouveau-nés.*

Bardon, né le 20 janvier 1831, à Pérignac (Charente-Inférieure) ; *De l'accouchement dans la présentation de l'épaule.*

Takvorian, né le 15 mai 1820, à Constantinople (Turquie) ; *De l'entéro-mésentérite typhoïde.*

Jallet, né le 17 janvier 1822, à Angle (Vienne) ; *De la valeur de la ponction vésicale hypogastrique et du cathétérisme forcé.*

Jouslin, né le 14 décembre 1826, à Argenton-sur-Creuse (Indre) ; *De la tumeur et de la fistule lacrymales.*

Chomier, né le 16 décembre 1828, à Valbenoîte (Loire) ; *Utilité des préparations de cannelle.*

Delclaux, né le 3 juin 1833, à Saint-Cyprien (Aveyron) ; *De l'étiologie des hydropisies.*

Toutes les thèses soutenues à la Faculté sont annoncées dans la *Gazette ;* celles qui sont remises à notre bureau sont analysées dans un des numéros qui suit la remise.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. Decq ;
A Genève, à la librairie de Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Cours de physiologie, fait à la Faculté de médecine de Paris par M. le professeur P. Bérard, inspecteur général des Facultés et Ecoles secondaires de médecine de France, etc. — La 31e livraison vient de paraître. Prix : 1 fr. — Chez Labé, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 23.

Précis de chimie physiologique animale, par M. le Dr C.-G. Lehmann ; traduit de l'allemand par M. Ch. Drion. Un vol. gr. in-8o de VIII-396 pag., avec 26 fig. dans le texte. Prix : 4 fr. 50 c. Chez Victor Masson, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 89. — MARDI 30 JUILLET 1855. (28e ANNÉE.) N° 89. — MARDI 30 JUILLET 1855.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, en face de l'Académie de médecine.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 30 juillet 1855.

Séance de l'Académie des Sciences.

La grande et belle question physiologique qui a été récemment le sujet du remarquable débat dont nous avons entretenu nos lecteurs, la question de l'origine du sucre dans l'économie, n'intéresse pas moins les médecins que les physiologistes. Non-seulement sa solution donnerait la clef d'un certain nombre de phénomènes morbides, mais elle devra à l'étude même de ces phénomènes quelques-uns de ses éléments les plus essentiels. Nous avons, dans d'autres circonstances, beaucoup insisté sur la nécessité de faire concourir l'observation pathologique à l'étude de la physiologie, et de contrôler réciproquement les uns par les autres les divers moyens d'investigation que présentent la pathologie, l'anatomie normale et comparée et l'expérimentation. C'est en vertu de cette même pensée et de ce même principe de philosophie scientifique que M. Andral a jugé à propos d'intervenir dans la question avec le tribut de son observation.

L'éminent professeur a communiqué à l'Académie plusieurs faits pathologiques qui lui ont paru propres à jeter quelque lumière sur la production du sucre dans l'économie. Tel est le fait qui lui a donné l'occasion de mettre en relief l'influence exercée par la privation des aliments sur la quantité de sucre contenue dans l'urine d'un diabétique. Ainsi, tandis que les expériences de M. Bernard montrent que le foie et les veines sus-hépatiques contiennent beaucoup moins de sucre lorsque les animaux ne prennent plus d'aliments, les faits pathologiques montrent concurremment que la soustraction des aliments fait disparaître le sucre de l'urine.

D'un autre côté, la physiologie expérimentale montre qu'en l'absence de substances alimentaires susceptibles de se transformer en matière sucrée, celle-ci n'en est pas moins produite dans l'organisme aux dépens des matières albuminoïdes prises exclusivement pour aliments. L'observation pathologique a appris à M. Andral qu'en effet, lorsqu'on soustrayait de la nourriture des diabétiques toute espèce de matière sucrée ou amylacée, on pouvait bien, à la vérité, diminuer momentanément la quantité de sucre contenue dans l'urine, mais que dans la majorité des cas on ne l'y réduisait que d'une manière passagère, la proportion de sucre pouvant même dans certains cas aller croissant avec un régime exclusivement animal. D'où il résulterait, de par la pathologie comme de par la physiologie, qu'une nourriture exclusivement composée de matières albuminoïdes n'empêche pas le sucre de se produire.

Reste encore en suspens la question de savoir jusqu'à quel point ces matières albuminoïdes ne pourraient pas elles-mêmes servir de véhicule au sucre, ainsi que cela a été objecté aux expériences de M. Bernard.

Un autre fait important est ressorti des observations faites par M. Andral. Il y avait à se demander, en prenant toujours pour point de départ les expériences de M. Bernard, si le sucre que l'on trouve dans l'urine et dans d'autres liquides des diabétiques provient ou de ce que le foie, malade, en forme une quantité surabondante qui échappe à l'action du poumon, ou de ce que ce dernier organe, altéré lui-même, laisse passer intact le sucre qui y arrive avec le sang hépatique, ainsi que quelques observations tendraient à le faire présumer. La constatation de l'état des poumons chez les diabétiques n'a pas paru à M. Andral justifier cette dernière hypothèse, au moins dans l'espèce. Mais il n'en a pas été de même pour le foie; il résulte de plusieurs autopsies que le foie des diabétiques présente une altération toujours identique, un état hypérémique général d'une grande intensité, qui pourrait être considéré comme le signe anatomique d'une suractivité morbide de la fonction glucogénique de cet organe.

Sans pousser rigoureusement jusqu'à cette dernière conséquence la déduction de ce fait, il est du moins intéressant de le consigner comme le premier jalon qui marque une voie nouvelle à l'observation.

Nous appellerons également l'attention de nos lecteurs sur les intéressantes recherches expérimentales de M. Brown-Séquard, ayant pour objet de déterminer la voie de transmission des impressions sensitives de la moelle épinière. C'est une suite aux nombreuses et ingénieuses études de physiologie expérimentale que M. Brown-Séquard a depuis longtemps entreprises sur le système nerveux. — Dr Brochin.

Une discussion des plus importantes, à propos d'un rapport de M. Broca, a eu lieu à la Société de chirurgie dans la séance du 18 juillet, sur la transmission des accidents secondaires de la syphilis, et sur la transmission de cette affection par le vaccin. Nous appelons l'attention des lecteurs sur cette question, qui offre un grand intérêt au point de vue pratique, aujourd'hui surtout, quand la vaccine se trouve attaquée avec tant d'énergie en Allemagne et en France.

HOTEL-DIEU. — M. Trousseau.

Des angines (1).

Nous n'avons jusqu'à présent considéré la diphthérie que comme affection locale; mais passons du simple au composé, et nous allons bientôt la voir exerçant ses ravages dans l'économie tout entière, et devenant constitutionnelle.

Ailleurs que dans la gorge et le larynx, tantôt la diphthérie se propage comme un flot de lave qui coule lentement, tantôt comme une impétueuse irruption. Elle n'envahit pas seulement les amygdales, la luette, la partie postérieure du pharynx, où elle constitue alors le croup membraneux, mais bien encore les fosses nasales; puis elle gagne la trompe d'Eustache, le canal nasal, et par continuité les paupières. Il semblerait au premier abord que la propagation du mal du pharynx dans les cavités nasales ne dût présenter rien de sérieux; c'est là une immense erreur, car de toutes les formes de diphthérie c'est la plus grave. A l'hôpital des Enfants, quand nous voyions le nez se prendre, cette complication nous paraissait inévitablement mortelle, et cela n'avait pas échappé non plus à l'attention des religieuses, qui parfois, pour le dire en passant, sont d'une jolie force sur le pronostic. La propagation de la diphthérie dans les fosses nasales est l'indice de la généralisation du mal, et les malades succombent dans ce cas à l'action septique du mal lui-même.

Le symptôme le plus ordinaire, le signe le plus évident de cette propagation est habituellement l'apparition d'un coryza s'accompagnant d'une sécrétion séreuse et non fétide, puis acquérant insensiblement le degré de fétidité due à la suppuration de l'oreille externe. En même temps que cet écoulement séreux se fait par les narines, on remarque une, deux ou trois fois par jour des épistaxis : accident déplorable, et preuve trop certaine de l'envahissement du nez. Quelques jours après le nez se gonfle, principalement à la racine, et en en écartant les ailes il est facile d'apercevoir des fausses membranes sur la cloison, et plus profondément encore sur les cornets; elles débordent souvent les narines, et quand il y a quelques excoriations sur la lèvre supérieure, elles ne tardent pas à l'envahir. Bientôt les ganglions lymphatiques du cou s'engorgent, les yeux larmoient, le visage se revêt d'une teinte particulière d'un blanc mat, l'appétit se perd complétement, le pouls reste fréquent et misérable. Au bout de quatre, six, huit ou dix jours la mort arrive, et parfois au moment où le malade fait un effort pour tousser ou pour uriner. Le nez est incontestablement le siége le plus grave de la diphthérie, sans même excepter le larynx, car dans ce dernier cas la trachéotomie, faite à propos, sauve la moitié des sujets, tandis qu'on ne guérit pas le vingtième de ceux dont le nez s'est pris.

Nous venons de suivre pas à pas la propagation du mal; maintenant nous allons le voir sauter d'une place à l'autre en laissant sains les organes intermédiaires. 99 fois sur 100 on a, dans la pratique, la malheureuse habitude d'appliquer des vésicatoires; ne le faites jamais, si vous ne voulez pas avoir à verser sur votre faute des larmes de sang. Il y a un mois, je fus mandé rue Vivienne, par un très recommandable médecin, auprès d'un enfant atteint de diphthérie, auquel on avait appliqué un vésicatoire sur le devant de la poitrine, afin de combattre l'oppression. Me défiant, et pour cause, de cet exutoire, je proposai à mon confrère d'employer au plus vite le crayonnement avec le nitrate d'argent; en face de ces hésitations j'insistais davantage. Le vésicatoire devint mon *delenda Carthago*; cinq jours après il se recouvrait de fausses membranes, cause inévitable de mort, à mes yeux. L'enfant rendit trois tubes membraneux et, sans le secours de la trachéotomie, guérit de sa diphthérie locale. Au bout de quinze jours, je reçus une lettre du père dans laquelle je remarquai ce passage : « mon pauvre enfant, » épuisé par le vésicatoire qu'il avait à la poitrine, vient de succomber. » Le fait était vrai. L'enfant, miné par la fièvre, s'était affaibli et était mort des suites de la résorption des éléments morbides. Il avait succombé à l'état septique.

Dernièrement, un haut personnage, M. D..., mourut d'une angine maligne. De ses deux enfants jumeaux, l'un prit la diphthérie à l'oreille, l'autre à la gorge; ils succombèrent tous deux.

En 1828, je fus envoyé par M. de Martignac en Sologne, où régnait une épouvantable épidémie de diphthérie, dont le foyer n'avait pas moins en étendue de 80 kilomètres de largeur sur 50 de longueur. J'y restai quatre mois, et vis une quantité innombrable de malades. Dans une commune voisine d'Orléans, une dame très charitable avait la réputation de guérir tous les maux avec certains onguents.

Elle me raconta, entre autres choses fort curieuses, que depuis quelque temps elle voyait les plaies se recouvrir de *peaux blanches* et qu'elles se montraient toutes rebelles, contre l'ordinaire, à l'emploi de ses remèdes. Les pauvres qu'elle secourait avec tant de charité finissaient par mourir, et le neuvième de la population avait disparu.

Dans une ferme, à peu de distance de là, sur dix-sept personnes, quinze étaient mortes. Il ne restait plus qu'une bergère atteinte par le fléau, mais qui fut guérie par le curé avec de l'esprit de sel (acide chlorhydrique), et un vieillard, respectable chef de la famille et de l'exploitation; je le vis debout au milieu de tant de ruines, mais en proie déjà aux signes précurseurs du mal.

Un peu plus loin, un cantonnier se fit une plaie à la jambe; elle se couvrit de diphthérie et les ganglions de l'aine s'engorgèrent. Ses deux filles moururent du *mal de gorge blanc*, et sa femme, qui portait une légère écorchure à la vulve, ne tarda pas à succomber.

Autre part, une femme nouvellement accouchée éprouve des accidents inflammatoires assez légers du côté du péritoine; on lui fait une application de sangsues, la diphthérie se met aux piqûres: elle meurt.

A la Motte-sur-Beuvron, tout près du château de l'Empereur, une femme se fit une petite écorchure au sein; bientôt la mamelle se coiffa d'une calotte diphthérique. D'après les conseils d'un médecin, la fille de cette femme avait été vésiquée derrière le cou, *afin de détourner l'humeur*. Le vésicatoire se recouvrit de fausses membranes; la sérosité, en coulant, irrita et dénuda une si grande surface qu'il se produisit une énorme plaque diphthérique. Grâce au calomel en poudre et au nitrate d'argent, ces deux femmes ont guéri.

Ces exemples vous montrent combien est grave la diphthérie et combien elle infecte profondément l'économie. Ne perdez jamais de vue ces fausses membranes, dont le siége est si variable, et qui, ainsi que j'ai pu l'observer à l'hôpital des Enfants, apparaissent si fréquemment sur les organes génitaux. La diphthérie s'inocule, comme la vérole, dès que le derme est à nu. Les malades affectés de diphthérie cutanée présentent à considérer : des troubles fort appréciables dans la circulation, un refroidissement général, de l'inappétence et de la faiblesse, et ils finissent par succomber soit à une syncope, soit à un abaissement progressif de la chaleur; l'action septique du poison les tue.

On observe quelquefois des cas de paralysie dus à la diphthérie; ainsi, quand le pharynx a été le siége du mal, le voile du palais se prend de paralysie. Je fus mandé un jour, rue de la Paix, par M. le docteur Dumont, auprès d'un enfant de onze ans qui souffrait d'une diphthérie pharyngienne. Il guérit grâce à la cautérisation, mais la persistance du nasonnement de la voix me mit sur la trace d'une paralysie du voile du palais. Son rétablissement, je l'espère, ne se fera pas longtemps attendre. Le père de cet enfant est mort d'une diphthérie trachéale et la mère a succombé à une

(1) Suite. — Voir le numéro du 24 juillet.

diphthérie nasale sans qu'il se soit rien manifesté du côté du larynx, comme chez l'honorable médecin de l'hôpital de la Pitié.

Cette paralysie diphthérique a quelque chose d'analogue avec la paralysie rhumatismale musculaire : ainsi les fibres musculaires sont prises, les nerfs atteints.

Je traitai, il y a deux ans, d'une diphthérie nasale une jeune demoiselle américaine, conjointement avec MM. les docteurs Oliffe, de l'ambassade anglaise, et Beylard. Il existait une monstrueuse tuméfaction du cou; nous cautérisâmes brutalement la gorge, le nez; nous soufflâmes de l'alun, elle guérit. Quinze jours après, survenaient une amaurose double avec dilatation considérable des pupilles, une faiblesse très marquée des extrémités, un commencement d'insensibilité, une paralysie universelle. Six mois après, elle entrait en convalescence.

Le même fait s'est produit chez M. le docteur Herpin, chirurgien de l'hôpital général de Tours. Il guérit d'une diphthérie pharyngo-nasale, mais resta pendant six mois paralytique.

Il y a cinq ans, à la suite d'une diphthérie dont elle se rétablit, une jeune fille présente des signes de faiblesse musculaire, des symptômes de paralysie; j'ai cru avoir affaire à une fièvre cérébrale; la malade est morte.

Une autre fois, j'ai vu dans la rue Saint-Honoré deux enfants dont l'un était dans un état de cachexie, l'autre de paralysie diphthérique; ils ont succombé, mais après avoir fait mourir du croup leur petite cousine.

Je suis donc autorisé, vous le voyez, à déclarer bien septique ce poison, qui non-seulement menace la vie tant que le mal existe, mais qui, alors même que celui-ci a tout à fait disparu, donne lieu à des paralysies locales et générales et laisse dans l'économie de si profondes traces de perturbation.

(La suite à un prochain numéro.)

DISCUSSION
SUR UN RAPPORT DE M. BROCA

lu à la Société de chirurgie, séance du 18 juillet,

relatif à un travail de M. le docteur Pauli (de Landau) intitulé DE LA CONTAGION ET DE L'HÉRÉDITÉ DE LA SYPHILIS.

M. Vidal prend la parole :

Je voulais m'abstenir de parler dans cette discussion, mais, messieurs, le silence n'est pas toujours facile, il n'est pas toujours digne.

Un médecin, un confrère est poursuivi par la haine aveugle des familles. Ses intérêts sont compromis; la liberté va lui être ravie : sa cause est celle de notre profession, qui se trouve menacée dans son indépendance.

M. Pauli prend la défense du confrère malheureux et de la profession malheureuse. M. Broca nous traduit librement M. Pauli; à sa prose, il ajoute de l'éloquence, du sentiment, choses qui me sont très sympathiques et que j'applaudis de tout cœur. Je me serais donc borné à mon humble approbation, si M. Pauli s'était contenté de discuter les faits pour les atténuer, les réduire même à l'état de fables inventées par des parents que le malheur rend injustes. Mais à l'appréciation des faits, chose déjà assez difficile, M. Pauli a joint une question de doctrine; en défendant un confrère, il a attaqué un dogme en syphiliographie.

M. Pauli proclame comme universellement admise la *non-transmissibilité des accidents secondaires*. Ce n'est donc plus seulement une question professionnelle qui vous est soumise, mais encore une question de science. Il serait singulier qu'on la négligeât tout à fait dans une réunion scientifique.

Je ne me propose pas de rouvrir une de ces discussions passionnées dont quelques Académies gardent encore le souvenir. Je pense même qu'il vaut mieux réserver les forces et le temps de la Société pour un prochain débat qui aura l'avantage d'offrir au moins du nouveau; je ne répéterai donc pas les pages que j'ai écrites dans le livre dont j'ai fait hommage à la Société aujourd'hui même. Mais je dirai à M. Pauli qu'il a choisi un mauvais moment pour nier d'une manière absolue la transmissibilité des accidents syphilitiques dits secondaires.

De quoi s'agit-il en effet? D'un enfant issu d'une mère ayant eu la syphilis; il porte des pustules auxquelles on puise pour inoculer douze autres enfants dont huit offrent, après l'inoculation, des accidents syphilitiques qu'ils communiquent à neuf grandes personnes en rapport avec eux pour leur donner des soins. Ces personnes voient naître d'abord des accidents sur les points du corps qui touchaient les enfants, puis à l'anus, aux parties génitales. Je ne connais ces faits que par des analyses de M. Pauli et de M. Broca, qui certainement ne les ont pas voulu les présenter d'une manière défavorable à leur client; cependant il y a dans leur nombre, dans leur ensemble quelque chose que je ne voudrais pas voir comme confrère du praticien qui a comparu devant le tribunal de Bamberg, mais qui n'échappera pas aux regards de la science.

Je le répète, M. Pauli devait se borner à une sévère appréciation des faits. Il a eu tort et a nui à son client en voulant trop prouver.

M. Broca n'a pas pu et n'a pas voulu nier d'une manière absolue la transmissibilité des accidents secondaires; mais, selon notre collègue, les faits qui la prouvaient et les syphiliographes qui la soutenaient étaient très rares. Je ne dirai rien aujourd'hui sur les faits. Il en existe; c'est suffisant au point de vue doctrinal. Quant à leur nombre, je puis avancer qu'il augmente tous les jours, et que sous peu on en connaîtra de nouveaux et de très importants.

M. Broca a voulu compter les noms des partisans de la contagion des accidents secondaires, et il n'en a trouvé que deux dans la Société de chirurgie.

Je ne sais si M. Broca a fait une enquête tout à fait complète. D'ailleurs, tous ceux qui ont une opinion en syphiliographie n'ont pas l'honneur d'appartenir à votre Société; ce n'est pas une raison pour les passer sous silence. Voici un dénombrement qui me paraît avoir une grande valeur. Il n'est pas fait pour la circonstance.

Il est dans la traduction de mon livre par M. Blackman. Ne connaissant pas l'anglais, j'eus recours à l'obligeance de M. Giraldès; voici un feuillet de sa traduction; il contient vingt-huit noms des plus marquants qui sont favorables à la contagion des accidents secondaires.

M. Blackman dit en propres termes, dans une note :

« Comme fréquemment cette question se présente en médecine légale, je crois rendre service aux jeunes praticiens en faisant connaître les autorités anglaises et américaines qui professent cette doctrine. Ce sont :

Sir Astley Cooper, *Leçons de chirurgie*, par Tyvrel, ed. americ., p. 297.
Listen, *Eléments de chirurgie*, par Gross, p. 205.
Colles, *Maladies vénériennes*, p. 263.
Wallace, *Maladies vénériennes*, p. 335.
Hey, *Medico-Surg. Transactions*, vol. VII, 1830, p. 541.
Jesse Toot, *Maladies vénériennes*, p. 402.
Herbert-Mayo, *De la Syphilis*, p. 122-123.
Sir Benj. Brodie, Leçons, *Lancette*, 1844, p. 177.
Babington, *Notes à Hunter*, ed. americ., p. 321.
Lawrence, Leçons de chirurg., *London medical Gazette*, 1830, p. 806-807.
Porter, Leçons sur la syphilis, *Dublin med. Press.*, 1847, p. 99.
Whithehead, *Illustrations de la syphilis transmise.*
Samuel Lane, Leçons sur la syphilis, *Lancette*, 1842, p. 294.
Bacot, *De la syphilis*, p. 252.
Carmicaël, *Leçons cliniques sur les maladies vénériennes*, p. 51.
Langton Parker, *Traitement moderne de la vérole*, p. 169.
Egan, *Maladies syphilitiques*, p. 293-294.
Erasme Wilson, *De la syphilis*, p. 36.
Georg Mac Lellan, *Principe et pratique de la chirurgie*, p. 250-251.
Neligan, *Dublin Journal*, 1853, p. 119.
Campbell, *North journal de médecine*, 1844.
Cormack, *Monthly Journal*, 1844, p. 773.
Evanson et Maunsell, *Maladies des enfants*, ed. americ., p. 350.
James Stewart, *Maladies des enfants*, p. 468.
John Watson, *Journ. de méd. des Etats-Unis*, vol. II, p. 103.
Bulkley, Syphilis des enfants, *Journ. de méd. de New-York*, 1840.

« Dans un voyage que j'ai fait à Dublin, ajoute le traducteur, MM. Cusack, Adams, Fleming et Wilmot m'assurèrent qu'ils adoptaient cette manière de voir. »

En Allemagne, les adhésions seraient encore plus nombreuses.

Revenons d'ailleurs en France, mais sortons de cette enceinte, et nous verrons l'Académie de médecine et l'Institut pencher pour la contagion. Lisez les livres importants de MM. Putegnat et Diday. Ouvrez les meilleurs livres classiques, ceux qui se partagent la faveur publique; et vous y verrez écrit en toutes lettres le nouveau dogme.

Valleix, cet excellent esprit que nous venons de perdre, dit dans le tome III de son ouvrage :

« La transmission, par conséquent, des accidents secondaires, n'a » plus paru douteuse dans un certain nombre de cas, et ce fait, que la » transmissibilité de la syphilis *par hérédité* rendait déjà infiniment » probable, est définitivement adopté par la très grande majorité des » médecins. M. Vidal (de Cassis), qui l'avait démontré expérimentale- » ment, l'a parfaitement établi en rassemblant tous les documents au- » thentiques dans son ouvrage sur la syphilis. »

M. Grisolle a écrit dans son ouvrage : « Cependant nous verrons » plus tard que la contagion des pustules plates est un fait aujourd'hui » parfaitement établi. Rappelons aussi que M. Vidal a cité, dans son » livre, des observations recueillies par lui-même et par d'autres mé- » decins, notamment par MM. Cazenave, Richet, Bouley, où du pus » fourni par des symptômes secondaires a reproduit des accidents carac- » téristiques. Ainsi donc, la vérole constitutionnelle est inoculable, » mais elle l'est à un degré infiniment moindre que les accidents pri- » mitifs. » (T. II, p. 142.)

Je m'arrête, car je ne dois pas discuter.

M. Pauli prétendait que personne n'admettait la transmissibilité des accidents secondaires. J'ai voulu prouver que M. Pauli se trompait sur l'état de la science, qu'il ignorait ses progrès; voilà tout.

Reste une question bien grande, mais très obscure, que soulève ce déplorable procès : la question de savoir si, contrairement à l'opinion de Hunter, deux actions morbides peuvent se produire dans la même partie; si deux éléments, deux virus peuvent exister ensemble sur le même point; si dans la même pustule on peut trouver un élément de conservation et un principe de destruction; si enfin on peut, avec le même pus, préserver de la petite et donner la grande vérole. Je n'ose aborder aujourd'hui cette question. Je laisse cette tâche difficile à de plus habiles.

M. Cullerier ne veut pas reprendre la question de la contagion des accidents secondaires, mais dire ce qu'il pense de l'indépendance des deux virus de la vaccine et de la syphilis. On reçoit à Lourcine un grand nombre d'enfants non vaccinés; on les inocule avec du vaccin de sujets non syphilitiques. Or, ces enfants, qui viennent de mères infectées, ont quelquefois des accidents au moment où on les vaccine, quelquefois en présentent plus tard. Jamais la vaccination n'a paru modifiée en aucune façon par la diathèse syphilitique. Celle-ci ne paraît pas davantage subir l'influence du vaccin. Il se rappelle avoir vacciné un petit enfant couvert d'ecthyma syphilitique à ce point qu'à peine si l'on trouvait sur les bras assez de place pour faire les piqûres sur la peau saine; néanmoins les pustules se développèrent avec une régularité parfaite, et suivirent toutes leurs phases naturelles. L'ecthyma n'en éprouva pas la moindre modification.

M. Cullerier a pris également du vaccin chez des enfants syphilitiques; il s'en est servi sans scrupule pour inoculer d'autres enfants, pour vacciner et revacciner des adultes, jamais il n'a constaté rien de fâcheux, et il n'existe aucun doute dans son esprit sur l'indépendance absolue des deux virus. Il n'a jamais cru devoir essayer les effets d'un mélange de pus chancreux et de pus vaccinal. Cette tentative lui aurait paru dépasser l'expérimentation permise.

M. Robert pense que M. Vidal a déplacé la question, qui, dans le rapport de M. Broca, ne porte pas sur la contagion de la syphilis secondaire. Mais, du reste, M. Robert a des raisons pour croire à cette contagion. Quoiqu'il n'ait pas pris la parole dans la discussion de l'Académie, il a observé, à Lourcine et ailleurs, des faits qui ne laissent pas de doute dans son esprit. M. Vidal peut donc sans crainte l'ajouter à son dénombrement comme convaincu de la contagion des accidents secondaires. Il fut surtout frappé par l'observation d'une femme de soixante-dix ans, qui avait été atteinte d'accidents secondaires à la bouche, communiqués par le biberon d'un nourrisson infecté de syphilis.

Il a vu plusieurs fois aussi de jeunes enfants couchant avec leurs parents gagner de ceux-ci des accidents secondaires, tels que plaques muqueuses, syphilides, etc., etc.

M. Ricord n'a pu lire qu'une partie du rapport de M. Broca. Il y voit deux points distincts : la contagion de la syphilis secondaire et la syphilis donnée par le vaccin. Il a déjà assez discuté autrefois le premier pour ne plus y revenir; c'est sur le second seulement qu'il veut s'étendre aujourd'hui.

Or, il affirme de la manière la plus formelle qu'après avoir observé rigoureusement, et depuis vingt-cinq ans, des femmes syphilitiques, des nourrices, des enfants, en ville, à l'hôpital, jamais il n'a vu un seul cas où l'on puisse *même présumer* que la syphilis avait été donnée par la vaccination. Sa conviction est absolue sur ce point; elle s'appuie sur une longue expérience, sur des essais multipliés, et enfin l'histoire entière de l'art est encore là pour l'appuyer.

M. Ricord a, comme M. Cullerier, vacciné des enfants sains avec du vaccin d'enfants syphilitiques, et réciproquement; il s'est mis dans toutes les conditions imaginables; il est arrivé aux mêmes résultats que son collègue, c'est-à-dire que chaque virus a suivi son évolution normale sans paraître influencé par l'autre. Rien n'autorise à croire que, si les virus vaccin et syphilitique coexistent ensemble chez le même individu, le pus pris dans la pustule vaccinale puisse être entaché de syphilis et la produire plus tard; tous les faits plaident, au contraire, contre cette hypothèse, et démontrent que la *vraie* pustule de vaccin ne renferme jamais à la fois et son virus propre et le virus syphilitique.

D'ailleurs, on le sait bien, la variole n'empêche nullement la syphilis, ni réciproquement. Bien des fois, gardant longtemps dans son service des malades vérolés, M. Ricord a vu sévir sur eux la variole, et à toutes les époques et à toutes les phases de la syphilis. Cette variole n'a été nullement modifiée, la syphilis non plus. Toutefois, l'état des malades était parfois aggravé par la variole quand celle-ci atteignait des sujets déjà débiles et plus ou moins cachectiques. Mais on comprend bien pourquoi, sans qu'il soit permis pour cela d'admettre une combinaison quelconque entre les deux principes virulents.

Mais, comme le disait déjà l'orateur, l'histoire de l'art tout entière vient appuyer ici les résultats de l'expérience et de l'expérimentation. Il n'existe pas dans la science une seule observation à l'appui de l'hypothèse en question qui ne soit discutable et qui résiste à l'argumentation. Jamais on n'a vu d'une manière authentique la syphilis sortir immédiatement de l'inoculation vaccinale. On vaccine les enfants; on les perd de vue; plus tard ils reviennent avec des accidents syphilitiques; on conclut bien vite que la vaccination a été la cause de l'invasion vérolique. C'est à tort, car on n'a pas suivi les sujets, et l'on ne sait pas toujours si pendant le temps qui sépare la vaccination des manifestations de la syphilis celle-ci n'a pas pu s'introduire à la manière accoutumée. Maintenant, les points où le vaccin a été inséré peuvent-ils plus tard devenir le siége d'accidents syphilitiques? Cela est possible. Peut-être ces derniers peuvent-ils sévir là aussi bien qu'ailleurs; peut-être même la peau, qui porte déjà une cicatrice, qui a subi un travail morbide antécédent, est-elle plus apte à être envahie par les lésions syphilitiques. Cela pourrait être, et donnerait le change sur la combinaison et la relation des deux virus. Mais il ne s'agit là que d'hypothèses.

En examinant scrupuleusement les cas douteux, il est presque toujours possible de retrouver les traces de la voie d'entrée de la syphilis, et il est convenu qu'elle n'est jamais spontanée, ce qui est assez heureux. Toutefois il faut reconnaître qu'il existe encore aujourd'hui des faits très bizarres, très exceptionnels, très embarrassants, qui échappent encore à l'explication. Il y a dix à douze ans qu'une histoire de cette espèce a été offerte à son observation. Une douzaine d'enfants juifs avaient été circoncis en même temps, et furent tous atteints d'accidents à la verge consistant en des ulcérations à base dure ayant tous les caractères du chancre primitif; la région inguinale était le siége de l'adénopathie multiple. Quelques-uns eurent des bubons suppurés, dont certains devinrent phagédéniques. D'autres eurent du rupia, de l'ecthyma. Beaucoup de ces enfants moururent, et c'est avec grande peine qu'on sauva les autres.

La circoncision avait été faite par un nommé Galantus; elle avait été pratiquée complétement et conformément aux principes bibliques, c'est-à-dire que la succion avait été associée à la section du prépuce. M. Ricord soumit l'opérateur à une investigation complète : il l'examina des pieds à la tête, et passa une revue générale de tous les orifices, de toutes les muqueuses; il ne trouva absolument rien, aucune trace actuelle ou passée de syphilis. De plus encore, on prit tous les instruments : ciseaux, pinces, bistouris; on les essaya à l'hôpital : ils ne portaient aucun virus. Les parents furent interrogés à leur tour; tous les renseignements furent négatifs, et jamais on ne put découvrir l'origine de cette fatale épidémie.

Or, des épidémies de ce genre pourraient à la rigueur sévir dans un village et coïncider avec une série de vaccinations sans que pour cela le vaccin pût être accusé d'une manière probante. La vaccine a déjà assez d'ennemis, on lui reproche bien assez de méfaits pour qu'on ne lui impute pas encore de communiquer la vérole.

D'ailleurs il n'est pas certain que les accidents qu'on a observés sur les enfants de la campagne aient été réellement syphilitiques; il y a encore quelques doutes sur ce point. Il est possible encore que s'ils étaient vraiment syphilitiques, un des enfants les ait communiqués directement à quelques-uns des autres. Ce qui a fait naître le soupçon dans le cas de M. Hübner, c'est que quelques piqûres ont pris l'aspect d'ulcérations de mauvaise nature et l'apparence phagédénique; mais ceci n'est pas une preuve de la nature spécifique du mal.

Le phagédénisme n'est pas l'attribut de la syphilis toute seule; cette manifestation peut survenir dans bien d'autres circonstances, sous l'influence d'une mauvaise hygiène et d'un état général grave. Des pi-

qûres vaccinales pourraient donc devenir phagédéniques sans pour cela être entachées du virus syphilitique. Ce phagédénisme lui-même doit-il nécessairement rester local; ne peut-il pas se généraliser et amener des accidents dans des points autres que le point où l'inoculation a été faite? La généralisation de cet accident n'a rien d'inadmissible. Ne voit-on pas tous les jours et dans toutes les cachexies le corps se couvrir d'ecthyma, d'impétigo, en un mot d'accidents analogues à ceux de la syphilis secondaire, sans être pourtant issus d'elle? Il est donc rationnel, en théorie, d'admettre que la vaccination peut, dans certaines circonstances encore mal déterminées, se compliquer de phagédénisme local susceptible lui-même de se généraliser et d'étendre au loin ses ravages.

Quant au second point, relatif à la contagion des accidents secondaires, il est tout disposé à concéder à M. Vidal qu'en effet un certain nombre de personnes croient à cette contagion; que par conséquent M. Pauli a eu tort de croire que tout le monde était d'accord sur ce point. Mais s'il connaît les dissidents, et M. Vidal est du nombre, M. Ricord n'en persiste pas moins dans ses convictions entières et absolues.

M. Cullerier. M. Ricord regarde comme possible que des cicatrices de vaccin soient prédisposées à être envahies par la syphilis; or cette possibilité est fort douteuse. Lorsqu'il a vacciné l'enfant dont il parlait, et qui était alors couvert d'ecthyma syphilitique, les piqûres n'ont eu nulle tendance à prendre l'aspect des pustules ecthymateuses : elles ont eu les caractères les plus tranchés du vrai vaccin. En prenant du pus dans les pustules d'ecthyma, M. Cullerier put reproduire, il est vrai, des pustules semblables. Mais la contre-épreuve était nécessaire. Il piqua donc avec une lancette toute neuve plusieurs points de la peau, et y vit naître des pustules d'ecthyma. Celles-ci par conséquent étaient nées sous l'influence d'une piqûre simple, ce qui indique la disposition extrême du sujet à fournir du pus.

Quant à cette singulière histoire de chancres développés chez un grand nombre d'enfants à la suite de la circoncision, M. Cullerier rappelle que dans un cas semblable observé par son père, on constata l'existence d'un chancre dans la bouche de l'opérateur, qui l'avait inoculé à l'enfant en faisant la succion après la circoncision. Ce fait a été anciennement publié.

M. Ricord avait connaissance de cette particularité quand il a observé les cas relatés plus haut; et, mis en garde contre cette cause d'infection, il a examiné avec tout le soin désirable la bouche du prêtre. Il n'y avait rien à invoquer de ce côté. C'est du reste dans la prévision d'inoculation par cette voie qu'il est arrivé à faire modifier par le Consistoire le procédé prescrit par la loi de Moïse, fusionnant le judaïsme et le rendant plus chrétien, il a obtenu que désormais la succion serait abolie. Cette manœuvre était inutile, et digne tout au plus de la chirurgie des premiers âges.

M. Broca. La mémoire ordinairement si précise de M. Vidal l'a servi aujourd'hui moins bien que d'habitude. S'il s'était mieux souvenu des termes de mon rapport, il est probable qu'il n'aurait pas pris la plume ou qu'il se serait du moins exprimé autrement qu'il ne l'a fait. Je ne me plains pas de cette légère méprise à laquelle nous avons dû un discours fort spirituel, mais je ne puis me dispenser de rétablir les choses dans leur réalité.

M. Vidal nous accuse, M. Pauli et moi, d'avoir donné à entendre que la contagion des accidents secondaires n'avait plus de partisans sérieux. C'est contre cette prétention qu'il a voulu protester, et il aurait eu raison de le faire si nous avions dit rien de pareil. M. Pauli, il est vrai, nie résolûment la contagiosité des accidents secondaires; cette négation est pour lui un *axiome inébranlable* qui doit servir de base, suivant lui, à toute la doctrine de la syphilis. Il ne dit pas autre chose, et il ne nie nullement l'existence de ceux qui, comme M. Vidal, n'admettent pas cet axiome. Quant à moi, j'ai dit expressément que j'étais très loin de prendre la responsabilité de cette assertion de M. Pauli. J'ai ajouté que la question était vivement débattue, qu'elle divisait les syphiliographes en deux camps, qu'il y avait dans les deux partis des hommes *également recommandables*, *également dignes de foi*, et que celui qui se *bornerait à compter les voix arriverait à un doute infranchissable*. Je ne crois pas que M. Vidal lui-même eût pu s'exprimer autrement, à moins de nier l'existence de M. Ricord et de ceux qui, comme lui, ne croient pas à la contagion des accidents secondaires. M. Vidal était si peu autorisé à me mettre en cause en même temps que M. Pauli, que sur cette question controversée je me suis séparé de M. Ricord, dont j'ai pourtant été l'élève. J'ai dit et je répète que je n'ai jamais vu réussir l'inoculation des accidents secondaires avec la lancette; mais je n'ai pas nié que d'autres observateurs n'eussent été plus heureux que moi. J'ai surtout établi une distinction capitale entre l'inoculation qui se fait avec la lancette et celle qui s'effectue par le contact des produits de sécrétion sur de larges surfaces. Je crois pour ma part à cette inoculation ou si on veut à cette contagion par les surfaces, et si je n'y ai pas insisté dans mon rapport, si je me suis contenté de l'indiquer en quelques lignes, c'est parce que je n'avais pas mission de traiter la vaste question de la contagiosité des accidents secondaires, et que j'avais à m'occuper seulement de la prétendue inoculation vaccino-syphilitique qui ne peut se faire que par la lancette. C'est sur ce point que j'ai voulu concentrer le débat. Maintenant M. Vidal cherche à rendre la discussion plus générale; je n'ai pas l'intention de m'y opposer. Si nos collègues le suivent sur ce terrain, je pourrai faire connaître à la Société des résultats récemment obtenus en Allemagne et qui ne sont peut-être pas sans intérêt. Mais j'ai évité à dessein d'en parler dans mon rapport, parce que cela eût détourné l'attention de la Société de la grave question que nos collègues MM. Pauli et Heyfelder nous ont priés de discuter.

M. Vidal n'a pas voulu davantage ranimer la discussion générale, le temps n'est pas encore venu pour cela; il a seulement protesté contre l'assertion de M. Pauli, qui regarde la non-contagion des accidents secondaires comme incontestable et incontestée. Il a relevé ce point dans le rapport de M. Broca; or les dissidents sont au contraire fort nombreux, et M. Broca doit être rangé parmi eux. Il n'est donc pas permis de dire que l'opinion est unanime aujourd'hui.

M. Ricord. M. Broca n'est pas un des adhérents à la doctrine de M. Vidal; il est de ceux qui n'ont rien vu encore de parfaitement démontré et qui par conséquent veulent voir encore avant de se décider. Or, si l'on fait une énumération des partisans des deux opinions, il ne faut pas tous les compter au même titre; il faut distinguer ceux qui ont cherché par eux-mêmes, qui ont expérimenté eux-mêmes, qui ont une opinion propre et motivée, et ceux qui ne jugent que sur les renseignements d'autrui et parce que tel fait, telle opinion leur paraissent plus probables que tels autres.

Malgré l'estime et l'amitié qu'il a pour M. Grisolle, malgré la confiance qu'il professe pour les opinions du confrère que tout le monde regrette, de M. Valleix, M. Ricord n'hésite pas à ranger ces auteurs dans la seconde catégorie, parmi les compilateurs qui, faisant des ouvrages didactiques, sont obligés de toucher à toutes les questions et d'en résoudre la plus grande partie sans avoir par eux-mêmes pu acquérir d'expérience personnelle.

Quant aux faits cités par M. Robert, on sait très bien qu'il n'y a pas d'âge qui ferme la porte à la syphilis, et que la malade, malgré ses soixante-dix ans, pouvait bien l'avoir contractée tout autrement que par un biberon; et les enfants atteints d'accidents secondaires parce qu'ils avaient couché avec leurs parents avaient bien pu prendre de ces parents eux-mêmes les accidents primitifs. Ces documents ne sont donc pas probants.

M. Larrey, à propos des faits d'inoculation à la suite de la circoncision cités par MM. Cullerier et Ricord, rappelle qu'en Turquie et en Algérie on a recours encore à la succion, et que la communication des chancres par cette voie pourrait encore s'observer dans ces contrées.

M. Robert proteste contre la fin de non-recevoir invoquée par M. Ricord contre ses observations; il ne suffit pas pour détruire la valeur du fait de dire toujours que l'on peut contracter la syphilis à tous les âges. Ce n'est point là un argument sérieux ou du moins toujours acceptable; il faut tenir compte aussi des autres conditions. Or la femme de soixante-dix ans qu'il a citée vint un jour à sa consultation avec sa fille âgée de quarante ans; la première donnait le biberon à l'enfant, la seconde l'allaitait; toutes deux étaient couvertes d'ecthyma, et la jeune femme avait des ulcérations au mamelon; la plus âgée en portait à la bouche, car souvent elle prenait elle-même le biberon dans ses lèvres avant de le donner à l'enfant. Celui-ci venait de Paris; il avait à sa naissance des plaques aux membres inférieurs, probablement du pemphigus; il était au reste et avait toujours été fort chétif; il succomba bientôt.

M. Robert fit tous ses efforts pour s'assurer de la véracité du récit et de la moralité des femmes; après cette enquête, il ne lui resta pas le moindre doute. La syphilis venait bien du nourrisson.

Ce sont des faits dont il faut tenir compte et qu'il ne faut ni nier obstinément ni expliquer toujours quand même par des raisonnements spécieux.

M. Vidal justifie MM. Grisolle et Valleix du reproche de compilateurs qui leur a été adressé par M. Ricord : ce sont des esprits sérieux, qui ne se décident pas à la légère et sans preuves; ils n'adoptent pas aveuglément toute une doctrine, et cela est tellement vrai que, d'accord avec M. Vidal sur ce point, M. Valleix est en dissidence avec lui sur la blennorrhagie.

D'ailleurs il en est d'autres qui ont expérimenté aussi et qui ne sauraient être rangés parmi les compilateurs, M. Diday entre autres.

M. Ricord répond quelques mots à M. Robert. Jamais il n'a voulu attaquer la valeur scientifique de MM. Valleix et Grisolle; il persiste cependant à dire qu'ils ont surtout jugé par sentiment. Quant aux opinions de M. Diday, M. Ricord s'abstient de les commenter dans ce moment.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 23 juillet 1855. — Présidence de M. Regnault.

De quelques faits pathologiques propres à éclairer la question de la production du sucre dans l'économie animale. — M. Andral expose à l'Académie quelques observations relatives à la question de l'origine du sucre dans l'économie, qu'il a eu occasion de faire chez les diabétiques.

« Je parlerai d'abord, dit M. Andral, de l'influence exercée par la privation des aliments sur la quantité de sucre contenue dans l'urine de ces malades. A cet égard, j'ai observé ce qui suit :

» Lorsqu'un malade dont l'urine contient du sucre cesse, par une cause quelconque, de prendre des aliments, j'ai vu, sans prétendre qu'il en soit ainsi dans tous les cas, le sucre de son urine diminuer ou disparaître. A l'appui de cette assertion, je citerai quelques chiffres, en rappelant, comme garantie de leur exactitude, que dans tous les cas dont il va être question l'extraction et le dosage du sucre ont été faits, sur mon invitation, par M. Favre, dont l'Académie connaît depuis longtemps le nom et les travaux.

» Ainsi, une femme dont l'urine était analysée chaque jour rendait chaque vingt-quatre heures, avec ce liquide, de 40 à 70 grammes de sucre par litre. Le régime à la fois abondant et excitant auquel elle était soumise amena chez elle une affection gastro-intestinale caractérisée par une perte complète d'appétit et de la diarrhée; on diminua d'abord les aliments, puis on les lui supprima entièrement. L'urine, la veille du jour où le régime alimentaire fut rendu plus ténu, avait donné 54 grammes de sucre par litre : quarante-huit heures après, elle n'en donnait plus que 34 grammes; puis, après vingt-quatre autres heures écoulées, 28 grammes. La malade fut soumise à ce moment à une diète absolue; au bout de quarante-huit heures d'abstinence complète, il n'y avait plus dans l'urine un atome de sucre. L'amélioration des fonctions digestives permit alors de rendre quelques aliments; cependant le sucre ne reparut pas sur-le-champ. Ce ne fut que trois jours après la rupture de la diète absolue que l'on commença à en retrouver dans l'urine. La première fois il n'y en avait que 20 grammes par litre; puis très rapidement sa dose revint à ce qu'elle avait été avant la suspension de l'alimentation.

» Ainsi, tandis que M. Bernard montre dans ses expériences que le foie et les veines sus-hépatiques contiennent beaucoup moins de sucre lorsque les animaux ne prennent plus d'aliments, les faits donnés par la pathologie marchent dans le même sens, et en montrant que la soustraction des aliments fait disparaître le sucre de l'urine, ils autorisent à admettre que si alors il n'y a plus de sucre dans ce liquide, c'est qu'il s'en forme au moins une quantité plus faible dans l'économie.

» Mais ici une autre question se présente : c'est celle de savoir si, en l'absence des substances alimentaires susceptibles pour la science du chimiste de se transformer en matière sucrée, celle-ci n'en peut pas moins se produire dans l'organisme aux dépens des matières albuminoïdes prises exclusivement pour aliments. On sait que les expériences de M. Bernard l'ont conduit à une solution affirmative de cette question; on sait qu'il trouve dans le foie et dans les veines sus-hépatiques une quantité considérable de sucre chez des chiens qui depuis longtemps n'ont pris que de la viande pour nourriture. Or les faits pathologiques vont nous conduire à une conclusion analogue : ils nous apprennent, en effet, qu'en soustrayant de la nourriture des malades atteints de glucosurie toute espèce de matière sucrée ou amylacée, on peut bien à la vérité diminuer, momentanément du moins, la quantité de sucre que contient leur urine; mais dans l'immense majorité des cas on ne la réduit pas à zéro, ou du moins on ne l'y réduit que d'une manière passagère, et on peut même voir avec un régime animal exclusif la proportion de sucre dans l'urine aller croissant. Un des faits de ce genre les plus remarquables et en même temps les plus probants, en raison de la rigueur absolue avec laquelle le régime fut suivi, est celui d'une femme qui, dans la persuasion intime où elle était qu'un régime exclusivement animal pourrait seul la guérir, eut le courage de s'y soumettre pendant près de deux mois sans en dévier un seul jour; pendant ce temps, elle ne prit d'autre nourriture que de la viande bouillie ou rôtie, et elle ne but que de l'eau à laquelle on ajoutait une petite quantité d'alcool. Au bout de ce temps, elle dut abandonner ce régime, qui lui était devenu insupportable, et d'ailleurs elle n'était pas mieux. Au moment où elle commença à y être soumise, l'urine donnait 27 grammes de sucre pour un litre; pendant les premiers temps, la proportion de sucre diminua à ce point qu'on n'en trouva plus successivement par litre que 20, 15, 12 et enfin 10 grammes seulement; puis tout à coup, et sans qu'à coup sûr aucune infraction au régime eût eu lieu, la proportion de sucre s'éleva de nouveau. Nous la vîmes progressivement monter de 10 grammes à 15, 20, 30, 44, 49 grammes par litre; il n'y eut pas d'ailleurs un seul jour où ce principe disparut complétement. En outre, ce qui est fort digne d'attention, c'est que pendant les premiers temps où l'on commença à mêler à la viande des œufs, du lait, un peu de pain ordinaire et de légumes, et qu'on remplaça l'eau alcoolisée par de l'eau vineuse, la quantité de sucre, contre toute prévision, se mit à diminuer de nouveau; on n'en trouva plus que 30, 26, 15 grammes par litre; puis au bout de quelques jours, le régime restant le même, elle augmenta, et, trois semaines après l'institution de ce régime mêlé, on trouvait dans l'urine 54 grammes de sucre par litre. De tout cela ressort un fait remarquable, c'est que toutes les fois que chez cette diabétique le régime est brusquement changé, soit qu'on lui enlève les féculents pour ne lui donner que de la viande, soit qu'on mêle de nouveau des féculents à sa nourriture, la quantité de sucre commence par diminuer momentanément, puis de nouveau elle s'accroît.

» Il résulte de ce qui précède, et c'est là la conclusion principale sur laquelle je veux appeler l'attention, qu'une nourriture exclusivement composée de matières albuminoïdes n'empêche pas chez l'homme le sucre de se produire, comme cela a eu également lieu chez les animaux soumis aux expériences de M. Bernard. J'ajouterai que le fait dont je viens de soumettre quelques détails à l'Académie n'est pas pour moi un fait isolé et comme solitaire; j'en ai vu plusieurs autres semblables, et il n'y a pas encore longtemps que j'ai trouvé chez un diabétique qui se nourrissait exclusivement de viande jusqu'à 82 grammes de sucre par litre d'urine, et, comme il rendait 8 litres d'urine en vingt-quatre heures, il s'ensuit que dans cet espace de temps il expulsait de son économie et par conséquent il produisait 656 grammes de sucre.

» Si, comme il est permis de le déduire des expériences de M. Bernard, le sucre se forme dans le foie, et si le sang qui sort du foie chargé de sucre n'en contient plus lorsqu'il a traversé le poumon, on peut se demander si le sucre que l'on trouve dans l'urine et dans d'autres liquides des diabétiques provient ou de ce que le foie malade en forme une quantité surabondante qui échappe à l'action du poumon, ou de ce que ce dernier organe, altéré lui-même, laisse passer intact le sucre qui y arrive avec le sang hépatique; mais on ne trouve dans le poumon des diabétiques aucune altération spéciale : seulement on y rencontre presque toujours des tubercules. A coup sûr ce ne sont pas ceux-ci qui produisent le diabète, car l'urine des phthisiques ne contient pas ordinairement de sucre; et quant à la question de savoir si, dans les cas où la respiration est gênée, l'urine renferme du sucre, ainsi que l'a établi M. Alvarez Reynoso, c'est encore là un sujet à l'étude. On ne trouve pas non plus habituellement de sucre dans l'urine des individus atteints de différentes affections du foie décrites jusqu'à ce jour. Mais tandis que le poumon ne présente rien de spécial chez les diabétiques, il m'a paru ne pas en être de même du foie. En effet, depuis la publication des travaux de M. Bernard, j'ai fait cinq ouvertures de corps de diabétiques; dans ces cinq cas, le foie ne présentait pas évidemment ses conditions anatomiques normales, et l'altération qu'on y reconnaissait était toujours la même : c'était une coloration d'un rouge brun tellement prononcée, que le foie, au lieu de présenter cette apparence de deux substances qu'on y retrouve toujours, l'une jaune et l'autre rouge, n'offrait plus dans toute son étendue qu'une teinte rouge parfaitement uniforme. Il y avait là évidemment tous les caractères anatomiques d'une hypérémie fort intense et d'un autre aspect que les hypérémies ordinaires du foie, hypérémies qui, sous l'influence de causes très diverses, se produisent si facilement et si fréquemment dans cet organe. Ainsi, chez les diabétiques, le foie se fait remarquer par la très grande quantité de sang qui partout gorge son tissu. La constance de ce fait est une preuve de son importance, et si le foie sécrète du sucre, il est logique d'admettre que l'hypérémie du foie des diabétiques est le signe anatomique d'une sur-activité survenue dans sa fonction glucogénique; et ici encore nous voyons la physiologie et la pathologie se contrôler et s'éclairer l'une par l'autre. Et qu'on ne dise pas que la nourriture substantielle et fortement azotée qu'on donne aux diabétiques est la cause de cette hypérémie; car parmi les cinq cas dont il vient d'être question, il y en a deux relatifs à des malades chez lesquels l'alimentation resta à peu près l'alimentation ordinaire, et chez ces deux malades cependant le foie présentait un aspect

analogue. Que si toute congestion hépatique n'est pas suivie d'une augmentation dans la production du sucre; si, par exemple, elle a pour effet plus fréquent de répandre dans toutes les parties de l'organisme les matériaux de la bile, on trouvera peut-être la raison de ce que ces faits paraissent avoir d'étrange dans la différence du siége de la congestion. N'est-il pas possible, en effet, que, suivant que tel ou tel élément anatomique du foie, que tel ou tel ordre de vaisseaux capillaires de cet organe se sera plus spécialement congestionné, il survienne tantôt une altération de la sécrétion de la bile, tantôt une altération de la sécrétion du sucre, tantôt une modification de telle autre action organique dont le foie peut encore être l'instrument?

» Ce sont là des questions d'avenir dont il faudra demander la solution soit aux injections anatomiques, soit aux recherches microscopiques. Aujourd'hui, tout ce que je prétends établir, c'est que chez les diabétiques le foie ne présente pas anatomiquement son état normal, que l'altération qu'on y constate est toujours identique, et que ce fait, trouvé depuis la découverte de la fonction glucogénique du foie, peut à son tour en devenir une des preuves. »

Recherches expérimentales sur la voie de transmission des impressions sensitives dans la moelle épinière. — M. Brown-Séquard lit sous ce titre un mémoire dans lequel il s'est principalement proposé de traiter la question relative au siége précis de l'entre-croisement des fibres sensitives. Il fait voir, dans son mémoire, combien l'histoire physiologique et pathologique du cervelet et de la protubérance est contraire à la théorie d'après laquelle les fibres sensitives du tronc et des membres, après leur arrivée au bulbe rachidien, se trouvent réunies dans les corps restiformes, avec lesquels elles se portent en majeure partie au cervelet, qu'elles traversent d'avant en arrière, pour aller faire leur entre-croisement à l'extrémité antérieure de la protubérance, près des tubercules quadrijumeaux. Comme dernier argument contre cette théorie, M. Brown-Séquard rapporte une expérience qui montre que si les fibres qui paraissent s'entre-croiser à l'extrémité antérieure de la protubérance étaient réellement continues avec celles des corps restiformes (ce qui n'est, suivant lui, qu'une hypothèse sans fondement), il faudrait admettre que ces fibres ont une direction absolument inverse à celle qu'on leur attribue.

Voici cette expérience: si l'on coupe transversalement les cordons postérieurs dans toute leur épaisseur au niveau du bec du *calamus*, c'est-à-dire à l'endroit où ils finissent et où commencent les corps restiformes, on trouve que la surface de section supérieure est insensible; de plus on trouve que les corps restiformes ont perdu leur sensibilité. L'animal cependant n'est pas devenu insensible, et, tout au contraire, il paraît être dans un état d'hypéresthésie; de plus, la face inférieure de la section est sensible, et, en arrière d'elle, les cordons postérieurs et les racines postérieures sont très sensibles, et en apparence quelquefois plus qu'à l'état normal.

Il ressort des résultats de cette expérience:

1° Que la sensibilité si vive des corps restiformes à l'état normal dépend de fibres se dirigeant de ces corps vers les cordons postérieurs, et non de fibres allant de ces cordons aux corps restiformes;

2° Que l'opinion d'après laquelle les corps restiformes sont l'agrégation de fibres sensitives du tronc et des membres montant vers le cerveau n'est pas exacte, et qu'il semble, au contraire, qu'aucune de ces fibres ne s'y trouve;

3° Qu'il n'y a plus de fondement à l'hypothèse d'après laquelle le siége de l'entre-croisement serait à l'extrémité antérieure de la protubérance et formé par les fibres sensitives du tronc et des membres, ayant passé par les corps restiformes et à travers le cervelet.

.....La théorie que j'ai proposée relativement au siége de l'entre-croisement des fibres sensitives, ajoute M. Brown-Séquard, s'appuie sur un grand nombre de faits expérimentaux ou pathologiques. Laissant pour aujourd'hui les faits pathologiques de côté, il se borne à l'exposé de quelques expériences nouvelles, renvoyant pour les anciennes à l'extrait de son premier mémoire.

Il ressort de ces expériences que les racines sensitives des nerfs rachidiens paraissent faire leur entre-croisement en grande partie presque aussitôt après leur entrée dans la moelle épinière, et en partie aussi à quelque distance *en arrière* du point d'entrée. (Commissaires: MM. Flourens, Rayer, Bernard.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 18 juillet 1855. — Présidence de M. Gosselin.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Forget montre le malade auquel il a enlevé la moitié de la mâchoire inférieure; il donne à ce propos quelques détails sur le procédé qu'il a mis en usage. Il a consisté en une seule incision le long de la base de l'os, s'étendant de 3 centimètres au-dessus de l'angle maxillaire jusqu'au niveau du menton. Le lambeau formé de la joue et de la lèvre inférieure a pu être disséqué et relevé sans qu'il fût besoin de pratiquer aucune incision sur la face. Ce procédé a l'avantage de ne laisser aucune difformité et de ménager les nerfs et les vaisseaux, dont la lésion a plusieurs fois produit, à la suite de cette opération, la paralysie faciale.

Aujourd'hui le jeune homme opéré par M. Forget broie facilement les aliments solides, bien qu'un certain défaut de parallélisme se fasse remarquer entre les deux arcades dentaires.

— M. le Président invite M. Cazeaux à prendre place parmi les membres titulaires.

— M. Marjolin communique une lettre de M. le docteur Mercier. Ce praticien réclame la priorité pour les idées que l'on a attribuées à M. Reybard. Il joint à sa réclamation un exemplaire d'un mémoire historique sur les maladies des voies urinaires. La Société, d'après l'avis de quelques membres, décide d'accuser réception du mémoire et de passer à l'ordre du jour sur la réclamation.

— Une lettre a été également adressé par M. Guillon; elle sera lue en comité secret.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend:

1° *Traité des maladies vénériennes*, 2e édit., par M. Vidal (de Cassis);
2° *Journal de thérapeutique*, tome XLVIII, par M. Debout;
3° *Mémoire historique sur divers points de la pathologie urinaire*, par M. Aug. Mercier.

Discussion sur le rapport de M. Broca. (Nous donnons plus haut cette discussion importante et qui a tenu presque toute la séance.)

— M. Gerdy prévient la Société qu'il a en ce moment dans son service un malade soumis à l'opération de la cure radicale pour une hernie; il en donne avis à ceux qui voudront suivre les phases de cette opération.

— M. Deguise fils montre une pièce d'anatomie pathologique fort curieuse et lit l'observation suivante:

Fracture de côte opérée par le manche d'une pelle à feu préalablement introduite par l'œsophage. — Il s'agit d'un homme de trente-huit ans, qui, après s'être déjà livré à plusieurs tentatives de suicide, fut amené il y a dix jours à la Maison de Charenton. Le matin même de son entrée, armé d'un couteau de cuisine, il s'était frappé à la région du cœur et s'était fait une plaie de 2 centimètres environ, dirigée de gauche à droite et paraissant avoir seulement intéressé les téguments. Effectivement, aucun phénomène appréciable ne se développa, soit vers le cœur, soit vers les poumons. Cette plaie semblait devoir se comporter comme une solution de continuité des plus simples. Néanmoins, l'autopsie démontra plus tard que les cartilages des cinquième et sixième côtes gauches avaient été intéressés, en même temps qu'il existait sous le sternum une large infiltration de sang.

Le troisième jour de son entrée à Charenton, cet aliéné, quoique soumis à la plus grande surveillance, profite de l'absence momentanée de son gardien (trois ou quatre minutes au plus), se lève, s'empare d'une petite pelle à feu qu'il découvre sous un poêle et s'en fait un instrument de mort.

Lorsque l'infirmier rentra, ce malheureux était assis sur le parquet et tenait à deux mains l'extrémité aplatie de la pelle qu'il avait eu la singulière précaution d'entourer d'un mouchoir, tandis qu'avec la tige, entièrement disparue par la gorge, il se labourait les tissus avec une sorte de rage.

Ce ne fut pas sans difficulté, sans une sorte de lutte que l'infirmier parvint à s'emparer de la pelle. Il affirme, du reste, que, la pelle une fois saisie, il a pu la retirer sans difficulté. Quelques secondes après, le pauvre fou avait cessé de vivre. Avec le dernier soupir, il rendit quelques gorgées de sang rouge et écumeux.

La pelle, que j'ai cru devoir apporter à la Société de chirurgie, a 44 centimètres de longueur, 34 pour la tige, 10 pour la portion aplatie. La tige ne se termine pas par un bouton, mais par une extrémité recourbée en forme d'S dont l'ouverture mesure 4 centimètres.

A l'autopsie, j'ai constaté les désordres suivants:

L'œsophage est entièrement déchiré un peu au-dessous du pharynx, puis dans toute l'étendue du col; il n'a plus conservé ses rapports habituels avec la colonne vertébrale. En effet, le tissu cellulaire qui unit la paroi postérieure de l'œsophage aux vertèbres est lacéré de tous côtés. Ainsi donc, la pelle, après avoir rompu l'œsophage, a cheminé entre ce tube et la colonne vertébrale sans toucher aux gros vaisseaux du cou, puis est venue pénétrer dans la plèvre droite en passant au-dessous de l'articulation sterno-claviculaire du même côté. Deux litres environ de sang remplissaient la plèvre droite. Lorsque ce sang fut évacué, je fus assez surpris de ne rencontrer aucune déchirure du poumon; mais je fus bien plus surpris encore en constatant une fracture de la quatrième côte au niveau de son articulation vertébrale. La plèvre costale décollée dans une étendue de 10 centimètres, les muscles intercostaux labourés, leurs nerfs et leurs vaisseaux lacérés: tel était l'effroyable désordre qu'avait occasionné la pelle à feu que j'ai mise sous les yeux de la Société.

— M. Blot montre la tête d'un enfant atteint d'encéphalocèle de la région frontale, qui a déjà été mis de son vivant sous les yeux de la Société.

— La Société se forme en comité secret pour entendre le rapport de la commission chargée de poser les questions de prix pour les années 1857 et 1858.

Prix de la Société de chirurgie pour l'année 1856. — La Société rappelle qu'elle a mis au concours pour l'année 1856 la question suivante:

Des résultats définitifs des amputations des membres inférieurs.

Le prix est de 400 francs. Les mémoires devront être rédigés en français ou en latin, et adressés, suivant les formes académiques, au secrétariat de la Société, rue de l'Abbaye, 3, avant le 15 mai 1856.

Prix de la Société pour l'année 1857. — *Des plaies des os.* — (Les candidats n'auront pas à parler des fractures. Ils sont invités à s'occuper principalement des solutions de continuité produites sur le squelette par l'action de la scie; néanmoins la Société accueillera avec intérêt les recherches qu'ils pourront faire sur les lésions des os par des instruments piquants ou tranchants.)

Ce prix est de 400 fr. Les mémoires devront parvenir au secrétariat avant le 15 janvier 1857.

Prix de la Société pour 1858. — *Des paralysies traumatiques.* — Ce prix est de 400 fr. Les mémoires devront parvenir au secrétariat avant le 15 janvier 1858.

Prix Duval. — La Société de chirurgie, après une donation de M. Duval, fonde, à titre d'encouragement, un prix annuel de la valeur de 100 fr., en livres, pour l'auteur de la meilleure thèse en chirurgie publiée en France dans le courant de l'année. Autant que possible, les recherches doivent porter sur un seul sujet et s'appuyer sur des observations recueillies par l'auteur lui-même dans un service d'hôpital.

Tous les auteurs anciens ou modernes qui ont traité le même sujet devront être indiqués, ainsi que la source précise des citations.

Sont admis seuls à concourir les docteurs ayant rempli les fonctions d'internes définitifs dans les hôpitaux civils, ou ayant un grade analogue dans les hôpitaux militaires et dans ceux de la marine.

Les thèses soutenues depuis le 1er janvier 1855 jusqu'au 31 décembre de la même année seront seules admises au concours pour le prix de 1856.

Les candidats devront adresser *franco* deux exemplaires de leur thèse au secrétariat de la Société, rue de l'Abbaye, 3, avant le 15 janvier 1856, et indiquer dans la lettre d'envoi les hôpitaux où ils ont fait leurs études.

Le secrétaire de la Société: Aristide Verneuil.

CORRESPONDANCE.

A M. le Rédacteur en chef de la Gazette des Hôpitaux.

Guéret, 14 juillet 1855.

Monsieur,

M. Landry m'a désigné si nettement dans un article de votre journal (10 juillet) qu'on a cru devoir me le soumettre.

Je n'ai rien à voir dans ses convictions intimes; mais il me semble rationnel de ne point annoncer si authentiquement un résultat à lui inconnu et qui n'a jamais été soumis à son appréciation.

Un cerveau affaibli ou aigri pourrait trouver inconvenante une publication aussi délibérément hasardée; je conserve assez d'équilibre dans les humeurs pour croire que, sans rancune, il sera heureux d'apprendre que membres supérieurs et inférieurs ont encore leur élasticité habituelle.

Veuillez, etc. Fayolle, d.-m.-p.

Voici la réponse de M. Landry:

En rappelant dans mon mémoire sur *la paralysie du sentiment musculaire* un fait qui a été assez longtemps soumis à mon observation et, par conséquent, à mon *appréciation*, je me suis abstenu de citer aucun nom. Comment donc M. Fayolle peut-il se trouver « *si nettement désigné?* »

Cependant, si M. Fayolle est *le médecin de Guéret* qui m'a bien des fois entretenu de sa maladie lorsqu'il suivait la clinique de M. Sandras dont j'étais alors l'interne, je saisis cette occasion pour le féliciter de sa guérison. Qu'il me soit permis en même temps de l'engager à relire le passage à propos duquel il fulmine contre mon inconvenance; il n'y trouvera rien, je pense, que de scientifique.

Recevez, etc. Landry.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le choléra continue à sévir en Espagne, particulièrement en Andalousie. La mortalité est assez grande à Grenade et dans les environs de Séville. A Madrid, il y a eu, du 6 au 14 juillet, 213 nouveaux cas de choléra, sur lesquels 116 décès. Jusqu'à ce moment, cette ville comptait 1,025 cas, sur lesquels 603 morts.

En Portugal, ses ravages sont assez bornés, sauf à Saint-Jean-de-Pesquiera, où les décès sont nombreux. A Porto et à Guymaraes, c'est plutôt le typhus que l'on observe.

En Egypte, l'épidémie paraît être en décroissance; la maladie a disparu du Caire et s'étint à Alexandrie; mais elle règne avec intensité en Arabie et spécialement à la Mecque.

Quelques cas ont été constatés à Malte. Depuis quelques jours on compte 8 à 9 décès par jour à Liége. Rien à Londres. Il semblerait, d'après les correspondances, que Nicolaïef est extrêmement maltraitée, ainsi que la Gallicie.

— La *Gazette médicale de Strasbourg* publie un résumé des décès de cette ville pendant les mois de juin 1854 et 1855 que nos lecteurs ne verront pas sans intérêt:

	1855	1854		1855	1854
Apoplexie	4	7	Maladies cancéreuses	4	7
Hydrocéphale et méningite	8	9	Hydrothorax et hydropisie	5	7
Convulsions des enfants	4	9	Marasme sénile	8	10
Bronchite	0	5	Mort-nés	14	5
Pneumonie	13	10	Typhus et fièvre typhoïde	7	9
Phthisie pulmonaire	21	22	Variole	8	1
Maladies organiques du cœur	8	5	Choléra	3	0
Diarrhée, entérite et gastro-entérite	8	15	Amputation	1	1
Péricardite	2	0	Mort violente	6[1]	3[2]

— On lit dans l'*Indépendance belge*, à l'occasion du recrutement militaire et de l'insuffisance des médecins de l'armée: « ce qui se passe en Angleterre, en France et en Piémont se produit également en Belgique. Si nos renseignements sont exacts, l'appel fait tout récemment pendant près de deux mois aux jeunes docteurs belges est resté complétement stérile. Pas un ne s'est présenté. Les vacances continuent à être nombreuses, et le service est plus ou moins en souffrance. »

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité des fractures et des luxations, par M. le professeur J.-F. Malgaigne. Le tome IIe, *Traité des luxations*, in-8° de 1,000 pages, avec atlas de 14 planches in-folio et texte explicatif des planches des deux volumes. Prix: 16 fr. 50 c. — L'ouvrage complet forme deux beaux volumes in-8° et atlas de 30 planches in-folio. Prix: 33 fr. — Chez J.-B. Baillière, libraire, rue Hautefeuille, 19.

La Maladie des pommes de terre paralysée par un paysan des Vosges (le sieur Folcher), qui a reçu à ce sujet, par décision ministérielle en date des 28 décembre 1854 et 24 février 1855, un encouragement de 1,000 fr. S'adresser à M. Humbert, à Mirecourt (Vosges), pour se procurer ce livre, qui s'expédie au nombre de cent exemplaires, et pas moins, contre un mandat de 5 francs sur la poste. Quelques plans d'un terrain implanté de pommes de terre sont ajoutés à chaque envoi.

(1) 3 noyés accidentellement et 3 suicidés, dont 1 par arme à feu et 2 par submersion.

(2) 2 noyés, 1 par fracture des côtes.

Le Gérant.
Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 1er AOUT 1855.

Séance de l'Académie de Médecine.

Un rapport, trois lectures et trois présentations, tel est le contingent assurément très confortable de cette séance. M. Gibert avait fait, il y a deux ans environ, un rapport sur un travail de M. le docteur Pégot (de Bagnères-de-Luchon), relatif à l'action des eaux sulfureuses thermales sur la syphilis. Deux mémoires sur le même objet ou sur des objets analogues, renvoyés depuis à son examen, ont fait le sujet du nouveau rapport que le zélé académicien a lu dans cette séance.

Dans le premier de ces mémoires, M. Baizeau, médecin militaire, traitant la même question que M. Pégot, est arrivé à peu près aux mêmes conclusions cliniques et thérapeutiques que ce praticien sur l'influence qu'exercent les eaux minérales sulfureuses chez les sujets syphilitiques. Les eaux sulfureuses sont, dans ce cas, ainsi qu'on pourra le voir par les propositions formulées dans le mémoire de M. Baizeau, un adjuvant utile du traitement spécifique, en même temps qu'une sorte de pierre de touche qui permet de déceler, dans quelques circonstances, l'existence latente de la syphilis. Serait-on justifié à déduire de la conformité des résultats constatés par ces deux observateurs, la justesse de l'explication qu'on a cherché à donner dans ces derniers temps de l'effet des eaux sulfureuses administrées à la suite de traitements mercuriels prolongés, en l'attribuant à une action chimique exercée sur le mercure par les sulfureux, qui le rendent soluble et facilitent, d'une part, l'absorption du métal, et de l'autre en provoquent l'élimination?

« Lorsque à la suite de l'emploi prolongé des mercuriaux, a-t-on dit, il survient des accidents de saturation et de cachexie mercurielles, les eaux sulfureuses, par les sulfures, et surtout par les sulfites et les hyposulfites qu'elles introduisent dans le sang et dans la trame de nos organes, rendent solubles les composés albumino-hydrargyriques qui fixent les sels de mercure dans les tissus et facilitent leur élimination sous forme de composés solubles que la suractivité imprimée aux excrétions cutanées, urinaires et muqueuses ne laissent plus séjourner dans l'économie.

M. le rapporteur a fait à l'égard de cette explication une sage réserve, à laquelle nous nous associons entièrement. Indépendamment de ce qu'elle ne repose sur aucune démonstration précise, il est des cas auxquels elle ne serait nullement applicable ; tels sont, par exemple, ceux où l'on n'a employé comme remède spécifique que l'iodure de potassium, et qui n'en ont pas moins bénéficié du bon effet des eaux sulfureuses.

C'est sur cette prétendue action chimique exercée par les sulfites sur les composés mercuriels que M. Colomiès a basé l'indication thérapeutique de l'emploi du sulfite de soude comme moyen curatif et préservatif de la stomatite mercurielle, sujet du second mémoire que M. Gibert avait à examiner. Les faits invoqués par M. Colomiès à l'appui de cette théorie semblaient au premier abord apporter une preuve plus directe et plus décisive en faveur de la neutralisation des composés mercuriels par les sulfites ; cependant M. le rapporteur a fait remarquer avec raison qu'ils n'avaient pas toute la valeur que l'auteur leur attribue, et cela pour deux raisons : la première, c'est que dans les observations consignées dans son mémoire, la durée de la stomatite n'a pas été sensiblement moindre de ce qu'elle est lorsqu'elle est traitée par toute autre méthode ; la seconde, c'est que dans les cas où l'auteur a cru pouvoir prescrire le spécifique mercuriel, nonobstant la persistance d'un certain degré de stomatite, il a eu recours de préférence aux pilules de sublimé. Or on sait, et une discussion récente de l'Académie a mis ce fait hors de doute, que l'administration du sublimé ne donne jamais lieu à la salivation mercurielle.

Quoi qu'il en soit de cette divergence sur leur interprétation, les faits énoncés par MM. Baizeau et Colomiès n'en conservent pas moins une grande valeur clinique.

Le temps nous manque pour apprécier les trois lectures faites par MM. Cazado, Pietra-Santa et Leménan. Nous espérons pouvoir publier plus tard l'observation communiquée par l'honorable professeur de l'École de médecine de Malaga, et dont tout l'intérêt réside dans des détails qu'il nous a été impossible de reproduire. Quant aux mémoires de MM. Pietra-Santa et Leménan, ils soulèvent l'un et l'autre des questions trop importantes pour que les commissaires chargés d'en prendre connaissance ne considèrent pas comme un devoir d'en faire l'objet de rapports qui nous fourniront l'occasion de revenir sur ces deux graves sujets.

Dr Brochin.

HOPITAL COCHIN. — M. BEAU.

Des bruits carotidiens dans les fièvres.

Laënnec, dans le *Traité de l'auscultation médiate*, avait signalé l'existence d'un bruit de soufflet carotidien chez les hypocondriaques jeunes et d'une constitution sanguine ou lymphatico-sanguine. Il pensait que ce bruit de soufflet et le frémissement cataire qui l'accompagne étaient dus à une anomalie de l'influx nerveux, à un spasme des tuniques artérielles. Plus fréquents à droite qu'à gauche, ces bruits auraient existé presque toujours dans les sous-clavières, plus rarement dans les carotides.

A M. Bouillaud revient l'honneur d'avoir établi l'existence constante de bruits de souffle artériels dans la chlorose.

C'est là un symptôme capital autour duquel on voit se grouper des troubles divers; tels sont les battements des artères, la céphalalgie pulsative, les vertiges, les éblouissements, les bourdonnements d'oreilles, le sentiment de resserrement des tempes et du thorax, la dyspnée, les palpitations, etc.

Ces symptômes signalés par tous les auteurs comme les signes les plus incontestables de la chlorose n'avaient reçu aucune explication satisfaisante. Pouvait-il en être autrement? Ces phénomènes ont été regardés de tout temps comme le cortége des affections dites *pléthoriques*, et la chlorose, la cachexie des jeunes filles, comme l'appelaient les anciens, était classée parmi les maladies qui s'accompagnent d'anémie. Il y a en effet anémie dans la chlorose, mais cette altération du sang par défaut ne porte que sur un de ses éléments, sur les globules. Ce fait a été mis hors de doute par les expériences de MM. Andral et Gavarret. Ces médecins ont, en effet, constaté que le chiffre des globules, toujours au-dessous de la moyenne chez les chlorotiques, peut tomber de 127 à 38, tandis que l'eau peut s'élever de 790 à 868.

Dans la chlorose, il y a *anémie globulaire*, mais il y a *pléthore séreuse*.

C'est ce que M. Beau a démontré d'une manière péremptoire dans un mémoire qu'il a publié en 1845 dans les *Archives générales de médecine*. Il expose dans ce travail une théorie nouvelle des bruits artériels et les applications que l'on peut en faire à l'étude de plusieurs maladies. « Les bruits des artères tiennent au frottement » exagéré que le sang exerce sur les parois artérielles quand ce » liquide est en quantité trop considérable relativement à la capa- » cité des artères.

» Toutes les fois que dans une maladie on entend des bruits » artériels qui ne peuvent pas s'expliquer par une lésion locale des » vaisseaux où siége le bruit, on doit en conclure qu'il y a dans » cette maladie surabondance de la masse sanguine, ou polyhémie. »

Ces principes fondamentaux établis, il est facile d'en déduire comme corollaire cette proposition avancée par M. Beau : dans la chlorose, il y a polyhémie.

Mais là ne se sont pas bornées ses applications. Il a successivement passé en revue toutes les affections dans lesquelles on rencontre le groupe de symptômes déjà signalés à propos de la chlorose; à savoir, un pouls plein, vibrant, une augmentation de volume du cœur, avec impulsion exagérée de cet organe ; des battements dans les carotides, la somnolence, la pesanteur de tête, les vertiges, les bourdonnements d'oreilles, les éblouissements, l'anxiété précordiale, la respiration suspirieuse, etc. C'est ainsi que dans un chapitre ayant pour titre *Fièvres*, il range au nombre des maladies qui s'accompagnent de polyhémie la fièvre, le typhus, la fièvre jaune, la peste, la variole, la suette miliaire, les fièvres intermittentes.

EXPOSITION UNIVERSELLE.

Parmi les spectacles qu'il est donné à l'homme de contempler, il n'en est peut-être pas de plus émouvant que celui qui s'offre à ses regards lorsqu'il pénètre dans le Palais de l'Industrie par la porte de l'est. C'est à travers une glace sans tain, la plus grande qui ait encore été fabriquée, que le spectateur découvre dans la grande nef centrale tous les chefs-d'œuvre qui y sont accumulés. Telle est la splendeur de ce spectacle qu'il lui semble voir à travers un prisme; il hésite presque à franchir le seuil, car il craint que ces merveilles ne viennent à disparaître. Mais bientôt il reconnaît que tout est réel, et il peut contempler à son aise les plus beaux produits qui soient sortis de la main de l'homme.

Quelle magnificence ! Le bois, la pierre, les métaux ont pris toutes les formes possibles ; des autels splendides se dressent à côté des meubles les plus précieux; des chaires du haut desquelles on doit entendre la voix de Dieu, des trophées d'armes, des phares, des fontaines, des fleurs, des statues, se pressent dans cette enceinte, ombragés par les drapeaux de toutes les nations, et semblent défier la barbarie.

Mais nous n'avons pas à nous occuper ici de toutes ces merveilles ; la médecine, la chirurgie, l'hygiène, les substances alimentaires et les produits pharmaceutiques doivent seuls nous arrêter. Cependant, avant de quitter le transsept, disons un mot de quelques-uns de nos bons amis que nous y avons rencontrés sous d'élégantes vitrines. Voici, par exemple, nos ouvrages classiques, les livres de nos maîtres bien-aimés ; nous nous sommes empressé de saisir l'occasion d'établir une comparaison entre eux et les produits de l'imprimerie impériale de Paris et de Vienne ; et, nous devons le dire, l'exécution typographique des produits sortis des presses de MM. H. Plon, L. Martinet, Claye, etc., supportent avec grand avantage le voisinage des volumes imprimés avec le plus de soin dans ces établissements impériaux. Les gravures, les lithographies qui illustrent ces ouvrages nous semblent en tout point dignes de figurer dans une autre enceinte. Les magnifiques gravures tirées en couleur de l'*Iconographie ophthalmologique* de M. Sichel, les lithographies de l'atlas de MM. Bonamy, Broca et Beau, celles de l'atlas de MM. Ludovic Hirschfeld et Léveillé, par leur exactitude et le fini du travail, attireraient l'attention même au milieu des chefs-d'œuvre qui décorent le Palais des Beaux-Arts.

Dans quelques volumes où les gravures sont intercalées dans le texte, et par conséquent tirées à la presse, il y a un talent d'exécution auquel rien, dans les éditions de nos anciens imprimeurs, ne saurait être comparé.

Puisque nous disons quelques mots de l'imprimerie, nous ne voulons pas quitter la vitrine de M. H. Plon sans appeler l'attention sur les figures qui décorent son exposition. Pour faire partager notre étonnement à nos lecteurs, il suffira de leur dire que ces imitations de pastel, ces aquarelles sont sorties de la presse, et que pas un coup de pinceau n'est venu les retoucher. Cette découverte est encore toute récente, et cependant les résultats qu'elle a donnés nous font espérer que bientôt l'anatomie normale et l'anatomie pathologique seront reproduites par ce moyen aussi fidèlement qu'elles le sont sur le cuivre, et avec une économie considérable.

Nous ne pouvons nous arrêter davantage dans le transsept ni dans les galeries qui l'entourent; la porcelaine, les cristaux, les bronzes, l'orfévrerie, les draps, les étoffes de laine, de coton, etc., ont certainement leur intérêt, mais nous n'avons pas à nous en occuper. Passons donc rapidement. Nous ne faisons que parcourir la galerie supérieure, et nous jetons en passant un coup d'œil de surprise et d'admiration devant les étoffes de soie de Lyon et de Saint-Etienne, devant les cachemires français, les dentelles de la France, de l'Angleterre et de la Belgique, les mousselines brodées de la Suisse, l'horlogerie de Genève, l'orfévrerie de l'Angleterre, les produits de l'Orient, de la Turquie, de l'Egypte, de la Grèce, etc.

Outre le Palais de l'Industrie, l'exposition étale ses richesses dans deux annexes ; l'une, dite le Panorama, où les diamants de la couronne, admirables produits de la nature disposés avec un art infini, sont entourés d'un triple cadre de produits plus merveilleux encore : tels sont les chefs-d'œuvre de l'art céramique obtenus à la manufacture impériale de Sèvres, les tapisseries des Gobelins et les merveilles de la galvanoplastie exposée par M. Christofle.

Dans la même enceinte, admirons en passant la plus belle décou-

Laënnec avait dit : « Très rarement le bruit de soufflet se trouve » chez les individus attaqués de fièvres, soit essentielles, soit symptomatiques. »

Les règles posées par M. Beau ne lui permettaient pas d'admettre les conclusions de Laënnec, et il devait établir *à priori* que les fièvres s'accompagnent de bruits artériels.

Eh bien, l'observation clinique est venue confirmer le dire de la théorie pour la fièvre typhoïde, la fièvre jaune, la variole, les fièvres intermittentes. Quant au typhus, à la suette miliaire et à la peste, l'attention des observateurs qui ont pu étudier ces affections ne s'étant pas portée sur les faits stéthoscopiques, les symptômes annoncés n'ont pu être encore confirmés.

Deux pyrexies bien vulgaires semblaient faire exception à cette règle, et dans un paragraphe consacré à la variole, M. Beau dit qu'il n'a jamais trouvé les bruits artériels dans la rougeole ni dans quelques cas de scarlatine bénigne, les seuls qui se soient présentés à son observation. Quelques lignes plus loin, il cite à l'appui de cette manière de voir l'opinion de Rhazès. Ce médecin, dans la description qu'il donne de la variole, constate dans cette affection l'existence d'une polyhémie, qu'il nie en même temps pour la rougeole.

Depuis la publication de son mémoire, M. Beau a fait de nombreuses observations ayant trait aux questions qui y sont débattues.

Les propositions de médecine clinique déjà énoncées en 1845 ont reçu une confirmation constante; quelques faits nouveaux se sont manifestés : telle est, par exemple, l'existence de bruits artériels dans la rougeole et dans la scarlatine.

Les deux observations suivantes, que j'ai recueillies depuis que je suis interne dans son service, déposent bien franchement en faveur de la théorie de ce médecin sur les pyrexies; aussi ai-je cru devoir en donner ici un résumé succinct.

Obs. I. — Le 18 juin 1855 est entré dans la salle Saint-Jean le nommé D..., vingt-trois ans, imprimeur.

Ce jeune homme, qui porte tous les attributs d'une bonne constitution, dit n'avoir jamais été malade. Il a toujours eu un appétit irréprochable.

Dimanche matin, 10 juin, il prend un bain de pieds dans de l'eau froide.

Lundi 11, douleurs dans les jambes et à la région lombaire.

Mercredi 13, céphalalgie intense, frisson, anorexie complète; le malade est obligé d'interrompre son travail et de prendre le lit.

Cet état persiste jusqu'au samedi 16; toux, sueurs provoquées.

Dimanche 17, apparition d'une éruption, qui de la face s'étend peu à peu au tronc et aux membres.

Lundi 18, le malade est admis à l'hôpital. Céphalalgie frontale et orbitaire, coryza, face congestionnée, paupières œdémateuses; les conjonctives sont injectées, les yeux larmoyants.

La surface cutanée est dans toute son étendue parsemée de taches d'un rouge rosé. Ces taches ont en général une forme lenticulaire et font à leur centre une légère saillie; elles disparaissent momentanément sous la pression du doigt. Dans les intervalles qu'elles laissent entre elles la peau est à peine congestionnée.

Confluentes et d'une couleur foncée sur la face, elles sont moins nombreuses et plus rosées sur le tronc et sur les membres.

Peau chaude, muqueuses injectées.

La langue est couverte d'un enduit blanchâtre; il existe dans la bouche un goût désagréable.

Toux fréquente; l'expectoration est composée de quelques crachats muco-purulents qui nagent dans un liquide pituiteux. La poitrine est sonore dans toute son étendue, la respiration normale.

Pouls plein, peu résistant, 100 pulsations. Bruit de souffle doux au premier temps du cœur. Dans les carotides, bruit continu avec redoublement; ce bruit, d'une intensité remarquable, s'accompagne de frémissement cataire. Ces derniers symptômes sont également perceptibles à droite et à gauche. — Diète.

Les 19 et 20, l'éruption devient plus complète et les symptômes précédents persistent; quelques râles vibrants dans la poitrine.

Le 21, l'éruption commence à s'effacer, la langue est nette, la toux et les râles persistent. Le pouls, dont l'ampleur s'est considérablement amoindrie, bat 48 fois par minute. Plus de bruit anomal au cœur, plus de frémissement cataire; le bruit de souffle carotidien est à peine perceptible.

Le 22, ce bruit n'existe plus.

Le 25, le malade quitte l'hôpital.

Obs. II. — Le 30 juin 1855 a été admise dans la salle Saint-Philippe, à l'hôpital Cochin, la nommée C..., vingt-deux ans, infirmière à la Maternité. Vaccinée jeudi soir 28, cette jeune fille a été prise de frissons; le lendemain, sentiment de faiblesse excessive dans tout le corps, céphalalgie; elle est obligée de se coucher dans la journée; vomissements bilieux abondants.

Le 30 au soir, au moment du premier examen, céphalalgie frontale et orbitaire, sensation d'un malaise général.

Yeux larmoyants, conjonctives injectées, muqueuse buccale très rouge, langue couverte d'un enduit blanchâtre, constipation.

Respiration fréquente et suspirieuse; toux rare; l'auscultation des poumons permet de constater leur intégrité.

Peau chaude; pouls plein, régulier, 124 pulsations.

Bruit de souffle au premier temps du cœur. Les carotides sont le siége de battements exagérés; et on y entend un bruit de souffle continu avec redoublement : ce bruit s'accompagne de frémissement cataire.

Le 1er juillet, 80 pulsations; le pouls a perdu son ampleur; les bruits anomaux cardiaques et carotidiens ont complétement disparu.

La malade accuse un mieux très sensible; quelques pustules varioliformes sont disséminées çà et là sur la face et sur les membres.

Le 7 juillet, ces pustules se sont desséchées; la malade quitte l'hôpital parfaitement guérie.

La seconde observation, celle de la femme, est un cas de varioloïde légère se développant avec un appareil fébrile considérable chez une jeune fille vaccinée.

Il suffit de l'éruption de quelques pustules pour expulser de l'économie la matière morbifique, et tout le tumulte qu'elle avait excité s'apaise. Plus de fièvre, plus de souffle cardiaque, plus de bruits anomaux dans les carotides. Ce changement considérable s'opère du soir au matin.

Je dois ajouter ici que, la malade ayant été explorée à diverses reprises durant son séjour à l'hôpital, on n'a pu retrouver aucune trace des symptômes stéthoscopiques constatés au début de son affection.

Si les bruits vasculaires anomaux avaient été ici le fait d'un état chlorotique antérieur, état morbide si fréquent chez les jeunes filles, on les aurait retrouvés *à fortiori* après quatre jours de diète. Je crois donc qu'il est inutile d'insister davantage pour prouver la liaison intime qui existait dans le cas de notre malade, entre la fièvre variolique et l'existence des bruits carotidiens.

Quant à la première observation, elle témoigne de l'existence de bruits vasculaires anomaux dans un cas de rougeole boutonneuse observée chez un jeune homme qui jouissait habituellement d'une santé parfaite.

Ici encore, la liaison qui existait entre la fièvre morbilleuse et les bruits carotidiens est incontestable.

L'existence de bruits vasculaires anomaux dans la rougeole avait été niée par M. Beau dans son mémoire de 1845; mais depuis, cet observateur a, comme je l'ai dit, modifié son opinion, et, pour lui, la rougeole vient, au point de vue des signes fournis par l'auscultation des vaisseaux, se ranger à côté de la fièvre typhoïde et de la variole.

La cause prochaine du bruit de souffle à double courant et du frémissement cataire constatés dans les carotides, du bruit de souffle signalé souvent au premier temps du cœur chez les individus atteints de l'une des fièvres déjà mentionnées, se rattache, comme chez les chlorotiques, au frottement exagéré du sang contre les parois artérielles. C'est là un fait précédemment établi.

Y a-t-il dans les pyrexies, comme dans la chlorose, une pléthore séreuse, c'est-à-dire une diminution absolue des globules et une augmentation de l'élément aqueux du sang? Non. Les recherches de MM. Andral et Gavarret ont prouvé que dans les pyrexies la fibrine seule subissait une diminution. Je dirai plus, l'augmentation du chiffre des globules a été signalée par ces auteurs dans quelques cas de fièvre typhoïde.

Peut-on dire que les pyrexies s'accompagnent de polyémie, c'est-à-dire la masse du sang avec son chiffre normal de globules est-elle augmentée? C'est là une question qui n'a pu être résolue.

M. Beau rapporte dans son mémoire des expériences ayant pour but d'apprécier sur des animaux la quantité absolue de la masse sanguine, soit en plus, soit en moins; elles n'ont amené aucun résultat satisfaisant.

Mais il reste un fait incontestable : c'est le volume plus considérable que dans l'état normal de l'ondée sanguine poussée par le ventricule dans le système artériel. Une ondée plus volumineuse implique une cavité ventriculaire, et par suite une cavité auriculaire plus amples que dans l'état de santé. Il y a donc une ampliation des cavités cardiaques dans les pyrexies. Les explorations sur le vivant et les examens cadavériques ont mis ce fait en lumière. M. Beau a constaté que le cœur des malades qui avaient succombé à une pyrexie présentait une dilatation considérable de sa cavité, et que son tissu était d'une flaccidité caractéristique.

Dès lors n'est-il pas permis de dire que la matière virulente ou miasmatique qui produit les pyrexies agit sur le cœur en déterminant un *laxum* exagéré de ses fibres, laxum qui entraîne l'ampliation de ses cavités, et lui permet ainsi, à chaque contraction ventriculaire, de pousser dans les artères une ondée trop volumineuse pour leur calibre. De là dans les pyrexies la production nécessaire de bruits artériels anomaux; de là une plénitude et une ampleur du pouls caractéristiques, des battements artériels exagérés, une tendance aux congestions sanguines, des étourdissements, des bourdonnements d'oreilles, de la somnolence, des troubles passagers de la vue et de l'audition; de là en un mot cet ensemble de symptômes qui caractérise les affections dites pléthoriques.

J. Parrot, interne des hôpitaux.

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. Montanier.

Observation de fièvre typhoïde compliquée de choléra asiatique, de scorbut et de contracture musculaire douloureuse. Guérison.

L'observation suivante me paraît digne d'intérêt à plus d'un titre. Il s'agit d'une jeune femme qui, au dix-septième jour d'une fièvre typhoïde d'intensité moyenne, fut prise, sans cause connue, d'une attaque grave de choléra asiatique bien caractérisée : refroidissement, cyanose, absence du pouls et des urines, voix cassée, vomissements, diarrhée, rien n'y manque, si ce n'est toutefois les crampes, dont la malade n'eut point à souffrir. Mais, par une sorte de compensation, on verra aussi que sans aucune raison la malade fut affectée quelque temps après de contracture douloureuse des mains. Cette attaque si bien caractérisée de choléra épidémique, me donna quelque inquiétude sur la santé publique. Dès le lendemain, je me rendis à la Charité pour savoir si quelques cas de choléra s'étaient montrés. Or, par une singulière coïncidence, ce jour-là même on en observait dans le service de M. Andral, sur une vieille femme, un cas qui se terminait par la mort. Je n'ai pas su que, à cette époque, il s'en fût développé d'autres dans les hôpitaux de Paris.

Un phénomène qui attira aussi vivement mon attention, ce fut l'hémorrhagie de la peau et l'espèce d'œdème général de cette membrane. Je m'expliquais difficilement ces symptômes, qui me parurent d'ailleurs fort graves, lorsque parcourant, il y a quelques jours, un article de M. Tholozan, inséré dans la *Gazette médicale*, j'ai lu que l'on observait alors dans les hôpitaux militaires des cas assez nombreux de scorbut. Ne pourrait-on pas rapporter à cette affection ce qu'a éprouvé ma malade? Je dois dire immédiatement que je n'ai rien noté du côté des gencives, et que cette femme vivait au milieu d'assez bonnes conditions hygiéniques.

La contracture douloureuse des mains est aussi un fait digne de remarque et dont, à cette heure, je ne pourrais, pour ma part, donner aucune explication satisfaisante. Rien ne la faisait présumer, et elle s'est évanouie sans laisser aucune trace et sans que l'on eût essayé contre elle aucune médication directe.

Enfin il est un point de pratique très important que je tiens à

---

verte de la chimie industrielle de notre époque, l'aluminium, ce nouveau et précieux métal dont M. Deville a exposé de magnifiques échantillons.

Un peu plus loin, et dans la galerie circulaire, des meubles, des armes de luxe attirent nos regards; bientôt nous voyons l'acier briller à travers les glaces. Nous apercevons le nom de Charrière, nous nous approchons; mais ce ne sont pas des instruments de chirurgie. Il nous faut donc avancer encore et quitter, quoique à regret, la coutellerie de Paris, de Langres, de Nogent, de Thiers, etc.

Un pont jeté au-dessus du Cours-la-Reine fait communiquer le Panorama avec la seconde annexe. C'est par ce passage que nous pénétrons dans l'enceinte réservée aux machines. Là un spectacle tout nouveau se déroule à nos yeux : d'un côté, des machines puissantes, toutes en mouvement; de l'autre, près de l'anatomie clastique de M. Auzoux, les produits les plus variés, parmi lesquels l'agriculture et la métallurgie occupent la plus large place. Les productions du monde entier attirent l'attention des visiteurs : l'un cherche les substances qui subviennent à l'alimentation de l'homme, le blé, le riz et toutes les céréales, le manioc brut et le tapioca, le salep, l'arrow-root; un autre examine le café, le sucre, le cacao, la vanille et tous ces condiments qui ne se payent qu'au poids de l'or; un autre enfin les produits pharmaceutiques les plus purs, le copahu, les gommes-résines, l'opium, les préparations de fer, d'iode, etc. Plus loin, ce sont les matières tinctoriales, l'indigo, la cochenille et mille autres produits; plus loin encore, les matières textiles, le coton, le chanvre, la soie, le lin, l'*agave*, le *phormium tenax*, l'*urica nivea*, etc. Enfin on admire encore les bois précieux qui doivent servir à fabriquer ces riches ameublements que nous avons déjà admirés en passant. Au milieu de toutes ces productions, les produits de notre magnifique colonie d'Afrique semblent, par leur richesse, effacer ceux si variés de l'Amérique et de l'Inde.

A peine s'il nous reste quelques instants pour jeter un coup d'œil sur ces immenses machines, car il nous faut monter au premier étage de la galerie; cependant nous pouvons remarquer quelques appareils sur lesquels nous devrons revenir : tels sont la machine à ventiler destinée aux mines d'Anzin, les machines à épuisement imaginées pour le desséchement des marais; mais, nous le répétons, nous ne pouvons que passer; il nous faut de suite monter à l'étage qui est du côté du Cours-la-Reine; c'est là que se trouvent les instruments de chirurgie, les appareils orthopédiques, protéthiques, les bandages herniaires etc., dont nous aurons à nous occuper d'une manière spéciale. Il en sera de même d'ailleurs des produits pharmaceutiques et de toutes les inventions dont l'hygiène a été le but. Ces diverses parties seront l'objet d'articles séparés dont plusieurs de nos collaborateurs ont bien voulu se charger.

A. Jamain.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Millet, d'Orange (Vaucluse); *Essai sur l'estomac au point de vue pathologique.*

Bolze, de Nîmes (Gard); *Quelques considérations sur le scorbut.*

Thibon, de Maison-Neuve (Ardèche); *Des accidents de l'opération de la cataracte, des moyens de les prévenir et de les combattre.*

Couve, de Port-Louis (île Maurice); *Des sources du diagnostic des tumeurs.*

Brejon, de Saintes (Charente-Inférieure); *Du croup.*

Guinier, de...; *De la fièvre intermittente pernicieuse, vulgairement appelée accès malin, considérée au point de vue de sa nature.*

Conquet, d'Arbois (Jura); *De l'emphysème traumatique considéré surtout comme complication des plaies de poitrine.*

Stouvenel, de Genève (Suisse); *Quelques considérations sur l'allaitement maternel.*

Poujaye, de Cunet (Aveyron); *Idés de la simplification en obstétrique.*

Jordain, de Moularès (Tarn); *Essai sur la chorée.*

Tourcel, de l'Ile-sur-la-Sorgue (Vaucluse); *Essai sur l'étiologie de la phthisie pulmonaire.*

Malhole, de Cormes (Aveyron); *Quelques considérations sur les tumeurs blanches de nature scrofuleuse.*

Toutes les thèses soutenues à la Faculté sont annoncées dans la *Gazette*; celles qui sont remises à notre bureau sont analysées dans un des numéros qui suit la remise.

faire ressortir. Trompé par un état fébrile, plus apparent que réel; préoccupé d'une diarrhée persistante, je tins continuellement ma malade à la diète. Ce n'est que lorsque je fus enfin averti par un état de faiblesse très alarmant que, notant que si le pouls était très fréquent la peau était médiocrement chaude, je me décidai à l'alimenter un peu. La convalescence s'est en quelque sorte déclarée dès le moment où cette femme a pris quelques aliments solides. Peu partisan, en général, d'une diète trop absolue, même dans les maladies fébriles, cette observation me prouve une fois de plus qu'il est bon de soutenir les forces du malade par une alimentation, légère sans doute, mais suffisante.

Ceci dit, je passe à l'observation :

Obs. — Mme D..., rue Boucher, 12; vingt-sept ans, constitution forte, tempérament sanguin, bonne santé habituelle; bien réglée.

Le 10 mai 1855, Mme D... vient me consulter dans mon cabinet; elle présente les symptômes suivants : céphalalgie frontale très intense, datant déjà de plusieurs jours; face très injectée; bourdonnements d'oreilles insupportables, pas de surdité, pas d'épistaxis; courbature générale, douleurs vives à la nuque; peau chaude, pouls à 90; langue large, sale, couverte d'un enduit blanc très épais; bouche très mauvaise; diarrhée légère. — Limonade citrique pour boisson; 0,40 d'émétique.

Le 14, Mme D... me fait appeler, et je la trouve dans l'état suivant : Prostration très marquée; face fortement injectée, exprimant la stupeur; intelligence nette et assez prompte; décubitus dorsal. Céphalalgie, mais moins intense que les jours précédents; bourdonnements d'oreilles très intenses; épistaxis. Mouvement fébrile avec exacerbation le soir; peau chaude; pouls dicrote, à 100. Diarrhée abondante, sans coliques (quatre ou cinq selles liquides dans la journée). Le ventre n'est presque pas ballonné, il n'est pas douloureux à la pression; gargouillement dans la fosse iliaque; quelques taches rosées lenticulaires sur l'abdomen, dans les hypochondres. La langue est blanche au milieu, rouge sur les bords, sèche. La soif est assez vive. L'auscultation et la percussion ne dénotent rien dans la poitrine. — Limonade citrique; demi-bouteille d'eau de Sedlitz.

Du 14 au 27, les symptômes restent les mêmes sans augmenter sensiblement d'intensité. Ainsi, le ventre ne se ballonne pas davantage; les taches sont peu abondantes; la diarrhée est toujours assez forte; la langue conserve un certain degré d'humidité; les dents ne sont pas recouvertes de fuliginosités; la céphalalgie a cessé; les bourdonnements d'oreilles continuent et fatiguent beaucoup la malade; quelques râles dans la poitrine. Le pouls se maintient de 90 à 100. — Limonade citrique. Tous les trois jours environ un verre d'eau de Sedlitz. Un jour, le 19, je fais appliquer quinze sangsues sur le ventre, devenu douloureux.

Le 27, au matin, je fus frappé de l'aspect de la malade. Rien dans son état général ne paraissait sensiblement aggravé; mais le pouls était petit, très faible; les mains et les avant-bras froids; la face grippée, amaigrie; les yeux enfoncés dans leur orbite, le nez pincé.

Le soir de ce jour, j'observe les phénomènes suivants : amaigrissement très prononcé, yeux enfoncés, nez pincé et tiré; les extrémités sont froides, ainsi que le nez, les joues et les oreilles; les mains et la face sont cyanosées. La peau est molle, flasque; si on la pince, le pli est très lent à disparaître. Depuis le matin, vomissements très fréquents de matières liquides, jaunes; garde-robes liquides, bilieuses, très fétides et très répétées. Anxiété vive, douleur épigastrique. La malade ne veut pas rester couverte un seul instant. Les urines paraissent supprimées. Le pouls, encore perceptible, est filiforme et très faible; il bat 110 fois. Point de crampes. — Infusion de thé; bouteilles d'eau chaude autour de la malade; potion stimulante avec 4 grammes d'esprit de Mindererus.

Le 28, même état. Extrémités toujours froides; amaigrissement et cyanose de plus en plus prononcés; vomissements continuels de matières bilieuses; garde-robes extrêmement fréquentes et fétides; voix éteinte; pouls perceptible, mais on ne peut plus misérable; urines complétement supprimées; anxiété extrême; douleurs vives à l'épigastre; pas de crampes. — Même prescription.

Le 29, même état. — Glace à prendre par petits fragments.

Le 30, les vomissements diminuent, ainsi que la diarrhée; la chaleur reparaît aux extrémités, le pouls se relève un peu; l'anxiété est toujours très vive, la douleur épigastrique intolérable, la soif excessive; la voix est éteinte. La malade n'a pas encore uriné. Délire dans la nuit. — 10 sangsues à l'épigastre; glace.

Le 31, les vomissements ont cessé, mais ils sont remplacés par un hoquet presque continuel et très fatigant. Les extrémités sont chaudes; le pouls petit, faible, à 120. La douleur épigastrique est bien moins vive; la malade est dans un état de faiblesse extrême; la voix a reparu, mais elle est enrouée, cassée; les urines sont toujours supprimées. Délire la nuit. — Potion antispasmodique; deux bouillons.

Ce jour-là, j'observe deux phénomènes très remarquables. Au-devant de la poitrine, et surtout du côté des aisselles, sur le ventre, et principalement vers les aines et le pubis, au cou, se montrent de larges taches hémorrhagiques, beaucoup plus longues que larges, d'un rouge vineux très prononcé. Au centre, la tache est pleine, mais sur les bords c'est un pointillé de taches de même nuance, d'un millimètre environ de diamètre. Il n'existe aucune tache sur les membres, si ce n'est à la partie interne et supérieure des cuisses. En second lieu, la peau, sur tout le corps, est décolorée, et paraît comme œdématiée. Si on la pince, il se forme de larges plis, dans lesquels les doigts semblent pénétrer; on dirait que l'on tient entre les doigts une sorte de couenne de lard. Cependant, quand on comprime cette peau, le doigt n'y laisse aucune empreinte manifeste.

Le 1er juin, le hoquet a cessé, la voix est moins cassée, les urines ont enfin reparu. Les extrémités sont chaudes, mais la malade est extrêmement faible. Le pouls est petit, à 118. Deux garde-robes liquides. Même état des taches et de la peau. — Deux potages.

Le 2, les yeux deviennent moins caves; l'amaigrissement diminue d'une manière sensible; la face, restée très pâle depuis le 27, reprend sa coloration normale. Trois selles liquides. — Deux potages.

Le 4, la diarrhée augmentant encore, le pouls se maintenant à 120, les dents devenant fuligineuses, je supprime toute alimentation. Jusqu'au 9, rien de particulier.

Le 9 au matin, l'état est toujours à peu près le même : prostration, faiblesse extrême, langue sèche, quelques fuliginosités, deux garde-robes liquides dans la journée d'hier; pouls à 118.

Dans l'après-midi, Mme D... a eu une espèce de syncope. On me fait appeler immédiatement. A mon arrivée, la malade commençait à reprendre ses sens. Elle est extrêmement faible, peut à peine parler et mouvoir les membres. La voix est presque éteinte. Pouls petit, misérable, à 120. Je fais prendre immédiatement quelques cuillerées de vin pur. — Potion stimulante; quelques cuillerées de bouillon.

Le 10, la malade va mieux : ses forces sont un peu revenues; la voix est naturelle, le pouls s'est relevé; mais il reste toujours fréquent, à 112. Deux garde-robes liquides. Malgré cela, je fais continuer les bouillons.

Le 11, même état. — Deux petits bouillons; deux petits potages.

Le 13, hier dans la soirée, la malade a eu une contracture douloureuse des deux mains, qui a duré environ deux heures. Les doigts étaient fortement fléchis dans la paume de la main, et il était impossible de les étendre, me dit-on, sans faire beaucoup souffrir la malade. Quelques vomissements dans la nuit, un peu d'agitation. Ce matin elle est assez bien. Depuis quelques jours les taches de la peau commencent à pâlir et à diminuer; elles sont aujourd'hui à moitié effacées. La peau revient à sa coloration normale sans passer par la teinte jaune-verdâtre des ecchymoses. En outre, l'œdème est moins marqué. Quand on pince la peau, on a encore cette sensation de couenne, mais elle est moins prononcée; en un mot, cette membrane semble reprendre un peu de souplesse.

Le 14, la contracture a reparu, mais elle a duré à peine cinq minutes; pouls à 112.

Le 15, pas de contracture; peau chaude, pouls à 120. La journée et la nuit ont été bonnes.

Le 17, il y a eu la nuit dernière un accès de fièvre avec frisson et chaleur. Ce matin, le pouls est à 124; mais la chaleur de la peau est peu élevée. — 0,30 de sulfate de quinine.

Le 18, pas d'accès de fièvre; pouls à 128; mais la peau est assez fraîche. D'ailleurs, la malade ne souffre de nulle part; la langue est rose et humide. Pas de diarrhée. Les taches ecchymotiques s'effacent de plus en plus, la peau reprend sa souplesse. — Deux bouillons; deux potages; un œuf à la coque.

Le 20, bien que le pouls reste à 120, la malade va très bien. — Potages; un œuf; un blanc de volaille.

Le 23, Mme D... va de mieux en mieux, et je ne puis la dissuader de partir demain pour la campagne, à trois lieues de Paris, où elle se fera porter sur un matelas. Le pouls reste fréquent.

GUÉRISON D'UN ANÉVRISME POPLITÉ

par la compression faite seulement avec les doigts sur le trajet de l'artère fémorale.

Après le succès remarquable de la compression obtenu par M. Depaul et que nous avons rapporté dans un de nos derniers numéros, nous croyons devoir en ajouter un autre, obtenu en quelque sorte par hasard, au moyen de la compression, dans des circonstances en apparence peu favorables, succès qui constate, ainsi que M. Broca l'a d'ailleurs établi, qu'il n'est pas toujours nécessaire de comprimer d'une manière continue et permanente, et que la compression, même intermittente, peut suffire à elle seule pour amener la guérison.

Un des chirurgiens de l'hôpital Steevins, à Dublin, M. Colles, avait reçu dans son service, pour le soumettre à une compression méthodique, un homme de trente-six ans, fort et robuste, grand marcheur, qui portait dans le creux poplité gauche, s'étendant jusque dans le gras de la jambe, une large tumeur diffuse, animée de battements isochrones à ceux du pouls, donnant à l'oreille un bruit très fort dans toute son étendue. La compression de l'artère fémorale suspendait immédiatement le bruit et les battements, et ces phénomènes reparaissaient aussitôt qu'elle était interrompue. Bien que la peau fût parfaitement saine, qu'il n'y eût pas d'œdème, le malade se plaignait de souffrir dans la tumeur et d'éprouver une douleur à la plante du pied, derrière les orteils. Tous ces accidents remontaient seulement à une huitaine de jours : il avait ressenti tout d'un coup dans le mollet de la jambe gauche une crampe, qui l'avait empêché de continuer de marcher pendant quelques minutes, mais deux jours après il fut pris d'un engourdissement et d'une douleur qui augmentèrent rapidement par la marche, au point de l'obliger à garder le repos.

Depuis deux jours le malade était à l'hôpital, lorsqu'en se rendant au cabinet, dans la soirée, il fut pris dans la jambe, et surtout dans les orteils, d'une douleur violente dont il parvint à se soulager en comprimant l'artère fémorale, et qui fut encore mieux calmée par une potion opiacée. Depuis cette époque cependant, il souffrait toujours la nuit, et huit jours après ce premier accident, la douleur se reproduisit avec une telle intensité qu'on eut peine à le maintenir dans son lit, à cause de la violente agitation à laquelle il était en proie. La compression devenait donc de jour en jour plus urgente. Deux jours après, M. Colles se préparait à l'employer, lorsque en touchant la tumeur il fut surpris de constater qu'elle était solide. Plus de battements, plus de bruit, excepté un peu en dehors de la tumeur, évidemment sur le trajet d'une artère voisine. A quoi pouvait être due cette heureuse terminaison?

Ce fut alors que M. Colles apprit que le malade, pour diminuer ses douleurs, comprimait depuis environ une semaine l'artère fémorale avec ses doigts aussi longtemps qu'il pouvait le supporter, jusqu'à ce qu'il fût fatigué; autrement dit, sans connaître le traitement que l'on voulait lui appliquer, il l'avait mis en usage, sinon d'une manière continue, au moins d'une manière prolongée, dans le but de calmer ses souffrances, et contre son attente il s'était débarrassé ainsi de son affection. Du reste, la guérison ne s'est pas démentie; la tumeur a diminué peu à peu de volume en se solidifiant et se circonscrivant davantage; il reste seulement encore de l'engourdissement dans le pied et dans la jambe.

(*Dublin hosp. Gaz.* et *Bull. de thér.*)

BLENNORRHAGIE

chez un homme atteint de fistule de la portion membraneuse de l'urètre.

Par M. le docteur Breithaupt.

M. Ricord eut une fois l'occasion d'observer un malade atteint de blennorrhagie dans des conditions identiques avec celles du docteur Breithaupt. Le malade de M. Ricord fut traité par le copahu. Pendant ce traitement, une seule portion de la continuité du canal se modifia d'une manière avantageuse; c'était celle qui était située en arrière de la solution de continuité, la même qui était habituellement parcourue par l'urine, ce liquide s'écoulant par la fistule sans parcourir la portion du canal étendue à l'extrémité du gland. M. Breithaupt publie un fait où la maladie ne s'est pas modifiée de la même manière.

Quoique la partie située en arrière de la fistule fût parcourue seule par l'urine, elle se modifia aussi bien que la partie située en avant pendant le traitement par les balsamiques. Suivant M. le docteur Breithaupt, ce fait prouverait que l'on a eu tort d'avancer que le copahu n'agit que par le contact des urines chargées du principe balsamique sur la muqueuse malade; le fait qu'il a pu observer démontre, suivant lui, que les balsamiques agissent par absorption et introduction dans le torrent circulatoire.

(*Militair-Medicinal-Berichte, Preuss. Ver. Zeit.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 31 juillet 1855. — Présidence de M. Jobert (de Lamballe).

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

Épidémies. — Un rapport de M. Kremmerer, médecin à Saint-Martin (île de Ré), sur une épidémie de suette variolique qui a régné dans la commune de Loix pendant les mois de novembre et décembre 1854 et janvier 1855 (commission des épidémies);

Choléra. — Un mémoire sur le choléra et les causes qui le produisent, par M. Gonzalès, à Paralda (Pyrénées-Orientales);

Un rapport de MM. Culman et Rondolphi sur une épidémie de choléra qui a régné en 1854 dans la commune de Forbach et dans le canton de Grestenguin;

Divers rapports de MM. les docteurs Bonnafis, Jobert et Lafontaine sur l'épidémie cholérique qui a régné en 1854 dans plusieurs communes du département de l'Ariége. (Commission du choléra de 1854.)

— Le même ministre transmet :

Eaux minérales. — Un rapport de M. le docteur Lemaire (de Dunkerque) sur le service des bains de mer de cette ville pendant l'année 1854; et un rapport de M. Carlotti sur le service médical de l'établissement de Pietra Pola (Corse). (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Histoire médicale du marron d'Inde. — M. P.-H. Lepage, pharmacien à Gisors (Eure), adresse un mémoire intitulé *Faits pour servir à l'histoire chimique et médicale du marron d'Inde.* (Commissaires : MM. Chatin et Guibourt.)

Conditions atmosphériques qui accompagnent l'invasion du choléra. — M. Lucien Crioli, au service du gouvernement turc, adresse une note sur les conditions atmosphériques qui accompagnent l'invasion du choléra. (Commission du choléra de 1854.)

Remède de Larnage contre l'épilepsie. — M. Lélut adresse une lettre suivie d'observations sur l'emploi qu'il a fait dans son service de la Salpêtrière du remède de Larnage contre l'épilepsie. Il résulte de ses expériences que ce remède n'a produit aucun effet avantageux, et qu'il a été aussi inefficace que tous ceux qu'il a essayés jusqu'ici.

— M. le président annonce que MM. Felch (de Barcelone), Mirault (d'Angers) et Vrolick (d'Amsterdam), correspondants de l'Académie, sont présents à la séance.

— M. Piorry, à l'occasion du procès-verbal, met sous les yeux de l'Académie un ouvrage qu'il a en sa possession, et qui renferme un grand nombre d'images ayant la plus grande ressemblance avec les Aztèques. Il pense que l'Académie verra avec intérêt ces images.

M. le président invite M. Piorry à mettre cet ouvrage à la disposition de la commission chargée d'examiner les Aztèques.

La commission se réunit immédiatement dans la salle de la bibliothèque, où elle délibère pendant presque toute la durée de la séance.

RAPPORT.

Influence des eaux minérales sulfureuses sur la syphilis. — M. Gibert lit un rapport collectif sur deux mémoires, dont le premier a pour titre *Influence des eaux minérales sulfureuses sur la syphilis,* par M. le docteur Baizeau, médecin militaire à l'armée d'Italie, et le deuxième *Du sulfate de soude dans le traitement de la stomatite mercurielle,* par M. Colomiès, chirurgien adjoint de l'hôpital des Syphilitiques de Toulouse.

Les résultats cliniques et thérapeutiques de l'emploi des eaux sulfureuses chez les sujets syphilitiques constatés par M. Baizeau se rapprochent beaucoup de ceux qu'a déjà fait connaître il y a quelques années M. le docteur Pégot (de Bagnères-de-Luchon), dans un mémoire que M. Gibert a rapporté en 1853. Voici ces résultats :

1° Les eaux sulfureuses ne guérissent pas la syphilis, mais elles font souvent disparaître les *syphilides*. Elles modifient avantageusement

quelques autres accidents syphilitiques, mais il en est aussi qu'elles aggravent, surtout quand ils n'ont point été combattus.

2° Ces eaux déterminent quelquefois l'apparition d'éruptions syphilitiques chez des sujets atteints de syphilis à l'état latent.

3° L'iodure de potassium administré à l'intérieur concourt très efficacement à la guérison dans les cas où, le vice syphilitique n'ayant pas été suffisamment combattu, les eaux sulfureuses employées seules seraient plus nuisibles qu'utiles.

Cette dernière proposition est appuyée sur plusieurs observations qui montrent chez des sujets atteints d'accidents consécutifs l'action des eaux impuissante, ou même donnant lieu à des phénomènes d'irritation tant qu'on n'a pas fait intervenir concurremment l'usage du remède spécifique.

— Le mémoire de M. Colomiès est relatif à l'emploi du sulfite de soude comme moyen curatif ou préservatif de la stomatite mercurielle. L'action chimique qu'exercent les sulfites sur les composés mercuriels sert de base à l'indication thérapeutique. M. Colomiès, dans cette vue, conseille la solution de 30 grammes de sulfite de soude dans 1,000 gram. d'eau, administrée à la dose d'une demie-tasse à café matin et soir. Suivant l'auteur, l'usage de ce remède permet d'administrer impunément le mercure dans des cas où déjà la salivation s'est manifestée.

M. Gibert fait remarquer que dans les observations rapportées par l'auteur, on signale deux faits qui tendent à réduire singulièrement l'efficacité curative, et surtout préservative attribuée au composé sulfureux. Le premier, c'est que la stomatite à laquelle on a opposé le remède n'en a pas moins eu assez généralement une durée totale d'environ quinze jours, durée ordinaire d'une salivation mercurielle traitée par tout autre moyen. Le second, c'est que, dans les cas où l'auteur a cru pouvoir prescrire le spécifique mercuriel, un certain degré de stomatite persistant, il a eu de préférence recours aux pilules de sublimé.

M. le rapporteur termine en exprimant le désir que les expériences de M. Colomiès soient répétées et poursuivies, et propose que des remercîments soient adressés à ce médecin, ainsi qu'à M. le docteur Baizeau, auteur du premier mémoire. (Adopté.)

LECTURES.

Maladie compliquée des voies urinaires. — M. le docteur Casado de Malaga lit une observation relative à un cas de maladie extrêmement compliquée des voies urinaires. L'énoncé seul de l'observation en donnera une idée.

Il s'agit d'un cas de double rétrécissement de l'urètre par cause blennorrhagique avec abcès rénal et fistule consécutive à son ouverture; puis formation de calculs fixés dans la partie prostatique de l'urètre. La lithotritie a été pratiquée avec succès. Mais, quelque temps après cette opération, on a vu reparaître des symptômes calculeux pendant peu de temps. La cessation de ces symptômes a coïncidé avec l'exacerbation de la maladie du rein droit, que l'auteur présume être affecté de cancer. (Commissaires : MM. Civiale, Gimelle, Bégin.)

Non-existence de la colique de cuivre. — M. P. de Pietra-Santa lit une note sur la non-existence de la colique de cuivre.

L'auteur s'est proposé dans ce travail d'appeler l'attention de l'Académie sur la question de savoir si l'on doit admettre l'insalubrité ou l'innocuité des travaux auxquels se livrent les artisans qui travaillent le cuivre et ses alliages. Il se croit en mesure de prouver qu'un ouvrier peut vivre impunément au milieu d'une atmosphère où voltige sans cesse une poussière de cuivre. Il nie en conséquence l'existence de la colique dite de cuivre et attribue à d'autres causes plus ou moins éloignées les accidents décrits par les auteurs comme appartenant spécialement à la présence du métal dans l'organisme.

Parmi ces causes efficientes, l'auteur signale :

1° Le mélange au cuivre d'autres métaux, le plomb, le zinc, etc.;

2° Des constitutions médicales régnantes;

3° La malpropreté des ouvriers, l'exposition aux intempéries des saisons, le corps étant en pleine transpiration; l'abus des boissons alcooliques comme causes premières des paralysies, etc.

Il résulte d'une enquête que M. Pietra-Santa a faite sur des détenus des Madelonnettes employés à des travaux sur des matières de cuivre que l'inspiration de la poussière de cuivre ne produit aucun accident.

En est-il de même quand cette poussière de cuivre est ingérée avec les aliments? M. Pietra-Santa apporte à la solution de cette question un fait observé à trois reprises différentes chez des ouvriers du même atelier, qui, après avoir mangé des aliments recouverts d'une couche de poussière de cuivre, n'en ont ressenti aucun accident sérieux.

M. Pietra-Santa résume son mémoire par les conclusions suivantes :

1° Un individu peut vivre dans une atmosphère chargée de poussière de cuivre sans altération appréciable de sa santé;

2° L'ingestion de la poussière de cuivre donne lieu à quelques légers accidents;

3° La colique de cuivre, telle qu'elle est décrite par les auteurs du dix-huitième siècle et plus près de nous par MM. Blandet, Michel Lévy et autres, n'existe pas;

4° Les phénomènes énoncés par ces autorités doivent se rapporter à d'autres causes ayant agi contemporainement sur l'organisme;

5° Le liséré pourpre des gencives signalé par M. Cordigan comme un trait particulier de l'empoisonnement cuivreux n'a pas la constance et la généralité qu'il lui attribue. (Commissaires : MM. Guérard, Grisolle et Bouvier.)

Avortement provoqué. — M. Leménan des Chênais lit un travail intitulé *Etudes sur le principe de l'avortement provoqué.* L'auteur examine cette question au double point de vue médical et théologique, et résume son travail par les propositions suivantes :

1° L'avortement, étant simplement l'accouchement avant terme, ne doit point être confondu avec le féticide direct, qui n'en est qu'une forme viciée par une intention mauvaise.

2° Les théologiens, comme les législateurs, en parlant de l'avortement, n'ont jamais entendu condamner autre chose que le féticide direct, puisqu'ils admettent qu'indirectement il n'est pas défendu de causer la mort de l'enfant pour sauver la vie à la mère, quand ce moyen est le seul possible.

3° L'avortement provoqué à une époque où l'enfant peut être, physiologiquement parlant, viable ne saurait être un féticide, puisqu'il peut être au contraire un moyen de salut pour la mère et l'enfant.

4° L'avortement médical provoqué à une époque où l'enfant ne peut pas être viable, physiologiquement, peut encore être très licite, pourvu qu'il ait en vue : 1° le salut de la mère; 2° qu'il n'aggrave pas les conditions fâcheuses de l'enfant, ou, en d'autres termes, que la mort de ce dernier ne soit qu'une conséquence indirecte, quoique forcée, de l'avortement.

Anencéphale. — M. Ducos présente un fœtus anencéphale chez lequel le cerveau est remplacé en grande partie par une tumeur fibreuse. Les autres parties du corps ne présentent aucune déformation.

Arrachement d'un doigt. — M. Jobert met sous les yeux de l'Académie un doigt qui a été coupé et violemment arraché par une morsure de cheval. Le doigt (c'est l'auriculaire de la main gauche) a été coupé au milieu de la première phalange, et dans le mouvement violent d'arrachement qui a eu lieu, les tendons fléchisseurs et extenseurs ont été rompus dans le voisinage de leur insertion supérieure, et ont été entraînés dans toute la longueur avec le doigt, auquel ils sont restés adhérents. L'homme qui a subi cet accident n'a éprouvé qu'une douleur légère au moment de la section des parties molles et de l'arrachement des tendons. Il n'a pas souffert non plus depuis, et la plaie qui résulte de cette ablation est en bonne voie de guérison.

Ablation d'une tumeur du cou. — M. Maisonneuve présente un malade auquel il a pratiqué l'extirpation d'une énorme tumeur fibroplastique du cou, qui a nécessité une dissection laborieuse du nerf pneumogastrique et la ligature de la veine jugulaire interne. (Nous donnerons dans le prochain numéro quelques détails sur cette opération.)

— M. Maisonneuve présente un second malade portant une énorme tumeur, qu'il présume de nature fibro-plastique, dans la région maxillaire supérieure. Il se propose de faire l'ablation de cette tumeur et de présenter le malade à l'Académie après l'opération.

La séance est levée à six heures.

CORRESPONDANCE.

A M. le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Paris, le 1er août 1855.

Monsieur le Rédacteur,

Dans votre numéro du 26 juillet dernier, M. le docteur Petel me fait l'honneur de me demander si j'ai vu le tétanos se déclarer consécutivement au traitement par les réfrigérants que je préconise et applique depuis vingt-cinq ans à toutes les lésions de cause traumatique pour combattre un excès d'inflammation.

Mon honorable confrère, que je suis heureux de compter parmi les propagateurs de mon traitement par la glace des hernies étranglées, m'adresse là une demande bien simple et toute naturelle. Bien loin d'y voir une intention de m'être désagréable, je le remercie de me fournir de nouveau l'occasion de parler d'un traitement qui deviendra, j'en suis convaincu, d'un usage général quand il sera mieux connu et quand on voudra bien suivre rigoureusement les règles que j'ai formulées. Je demande seulement, quand ce moment sera venu, qu'on veuille bien se ressouvenir que j'en suis l'auteur.

M. Petel, qui n'est encore qu'à ses débuts, compte déjà deux cas de tétanos, et il pourrait en citer, dit-il, un troisième exemple.

Pendant vingt-cinq ans, j'ai appliqué dans les hôpitaux militaires, et notamment au Val-de-Grâce, dont j'ai dirigé le service chirurgial dix années, le traitement par le froid, et je n'ai pas vu un seul exemple de tétanos. J'en appelle au souvenir des nombreux élèves qui pendant tout ce temps ont suivi mes leçons de clinique chirurgicale : qu'ils disent s'ils ont observé un seul exemple de tétanos dans mes salles de blessés !

J'ai vu quelquefois le tétanos se développer sur des blessés, en campagne, quand il fallait bivouaquer sans tentes, sans abri, exposé au froid humide du jour et de la nuit; mais dans nos hôpitaux militaires de l'intérieur, cette maladie est si rare qu'elle y est presque inconnue. Pour mon compte, je répète que je n'en ai pas vu un seul exemple, même au Val-de-Grâce, sur les nombreux blessés que les événements de février et de juin 1848 y ont fait affluer.

Ma formule pour l'emploi des réfrigérants est bien simple, bien élémentaire; c'est sans doute pour cela que j'ai tant de peine à la faire adopter, et je gage que mon honorable confrère s'en sera écarté dans le cas où il a vu se reproduire le tétanos. Je demande la permission de la rappeler en peu de mots.

1° Les réfrigérants doivent être appliqués à toutes les lésions de cause traumatique, quand il y a lieu de redouter un excès d'inflammation.

2° L'intensité du froid doit être graduée sur l'intensité de l'inflammation traumatique.

3° La méthode réfrigérante roule sur un axe : à l'un des pôles est l'eau froide, à l'autre pôle la glace avec addition de sel marin.

4° Le froid doit respecter le calorique normal ou physiologique; il doit ne soutirer que du calorique en excès ou morbide.

5° La soustraction par la glace du calorique normal expose à des accidents de répercussion, à la gangrène, au tétanos, observé par M. Petel.

6° La soustraction du calorique en excès ou morbide prévient les accidents de l'inflammation portée à ses limites extrêmes, tels que l'étranglement, le sphacèle, etc.

7° Tant que le froid n'opère que sur du calorique en excès, nul danger n'est à redouter, car le malade déclare lui-même que la partie frappée à la glace est encore bien plus chaude que les autres régions du corps.

8° Il ne faut pas chercher à enlever tout le calorique morbide, parce qu'un certain degré d'inflammation est nécessaire à la cicatrisation des plaies.

9° On reconnaît que le froid n'agit que sur du calorique en excès à la sensation de bien-être et de sédation qu'il procure aux malades.

10° Il agit sur du calorique physiologique ou normal quand au sentiment de bien-être succède une impression désagréable de froid humide telle qu'on l'éprouverait en état de santé.

11° Les sensations du malade doivent être soigneusement observées, comme un précieux critérium de la méthode. Tant que la glace est agréable et calme la douleur elle doit être maintenue; on la supprime dès qu'elle cesse de l'être.

12° Le traitement par le froid est applicable à toutes les périodes de l'inflammation quand il y a à redouter ses violents écarts, mais mieux vaut y recourir dès le début.

13° Pour graduer l'intensité du froid, on commence par l'application d'une compresse trempée dans de l'eau rendue de plus en plus froide, puis on met sur cette compresse un sac de toile rempli plus ou moins de morceaux de glace, et on arrive jusqu'à 14° au-dessous de zéro dans les cas d'inflammation avec étranglement, en ajoutant à de la neige ou de la glace pilée du sel marin en certaines proportions.

14° On supprime le froid graduellement, ainsi qu'il a été employé au début, avec des tâtonnements guidés toujours par les sensations du malade. A la fin du traitement, de l'eau froide dans laquelle on a fait bouillir quelques têtes de pavot est préférable à l'eau pure.

15° Un sac en toile vaut mieux, pour y déposer de la glace, qu'une vessie de porc, parce que la perméabilité permet de répandre plus uniformément sur la région l'action des cataplasmes à la glace. Seulement, il faut, à l'aide d'éponges convenablement disposées, absorber l'eau qui provient de la fonte de la glace, pour en préserver le malade.

En terminant et après avoir commencé par remercier M. Petel, qu'il me permette de le plaindre de la mauvaise opinion que lui inspire le corps médical. Placer M. Roux, illustre à tant de titres scientifiques, sur un piédestal parce qu'il aimait à parler de ses revers à ses élèves! Or, dire qu'il est inimitable et peu imité, n'est-ce pas faire gratuitement injure aux hommes de cœur, et abaisser l'honorabilité professionnelle sans élever beaucoup M. Roux? J'ai trop d'estime de moi-même, d'autrui, et de M. Petel en particulier, pour penser que l'absence du mensonge soit une vertu. BAUDENS,

Inspecteur, membre du conseil de santé des armées.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Les inspections médicales pour 1855 viennent d'être arrêtées par M. le ministre de la guerre :

1re *inspection.* M. Maillot, les 1re, 2e, 3e, 4e et 5e divisions militaires.
2e *inspection.* M. Michel Lévy, les 6e, 7e, 8e, 9e divisions.
3e *inspection.* M. Vaillant, les 10e, 11e divisions et celle d'Oran.
4e *inspection.* M. Bégin, les 12e 13e, 14e, 20e divisions.
5e *inspection.* M. Alquié, les 15e, 16e, 18e, 19e, 21e divisions.
6e *inspection.* M. Guyon, les divisions d'Alger et de Constantine.
7e *inspection.* M. Baudens, la Corse, l'Italie, les hôpitaux de Constantinople, l'armée d'Orient.

— M. le docteur Corbin, ancien professeur de rhétorique, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin des hôpitaux d'Orléans, vient de succomber dans cette ville à une mort volontaire et violente. Il laisse une fortune de plus de 300,000 fr. Célibataire, il en a disposé en faveur de fondations utiles et publiques.

— M. le docteur Savoye, né à Saint-Jean-de-Maurienne (Savoie), médecin de Saïd-Pacha, vice-roi d'Egypte, est mort au Caire, le 16 juin dernier, âgé de moins de quarante ans. Il est une des nombreuses victimes que le choléra a faites dans cette ville.

— *Pensions des veuves des médecins militaires en Angleterre.*—D'après un décret royal tout récent, les pensions des veuves de médecins militaires du Royaume-Uni sont réglées comme suit : veuves d'inspecteurs, 4,000 fr.; de sous-inspecteurs, 3,500 fr.; de médecins de 1re classe, 2,500 f.; de médecins de 2e classe, 1,600 f.; des aides, 1,400 f.

— La mer Morte, que des travaux récents ont mieux fait connaître, n'est pas le réservoir d'eaux salées où la densité spécifique du liquide se trouve atteindre le plus haut degré. Il y a en Asie-Mineure un lac, dit le *Grand-Lac-Salé* (Touz-gheul ou Khodj-his-sar-gheul), d'une superficie d'environ 58 lieues carrées et d'une circonférence de 28 lieues, qui présente des phénomènes de salure plus remarquables. Au mois de juillet 1848, un voyageur russe, très connu à cause de ses belles études de géographie savante, l'a trouvé complétement couvert d'une couche de sel d'une épaisseur qui variait entre 0m,05 et 2 mètres. Cette écorce repose sur une masse de glaise bleuâtre. En hiver, il y a entre les deux couches une certaine quantité d'eau pluviale qui quelquefois est assez considérable. On peut, par endroits, traverser à cheval la couche supérieure de sel comme une couverture de glace solide. L'eau de Touz-gheul, analysée, donne 32,2 0/0 de matières salines, dont la pesanteur spécifique est 1,24. La mer Morte, suivant Hamilton, ne contient que 24,5 0/0 de ces matières. L'Asie-Mineure contient un très grand nombre de lacs semblables au Grand-Lac-Salé. (*La Science.*)

— La Société médico-psychologique, dans la séance du 30 juillet, a procédé au renouvellement de son bureau. Ont été élus :

Président, M. Parchappe; vice-président, M. Peisse; secrétaire général, M. Cerise; secrétaire particulier, M. Brierre de Boismont; archiviste trésorier, M. Brochin.

Comité de publication pour l'année 1855-1856, MM. Trélat, Delasiauve et Michéa.

— M. Chassaignac, chirurgien des hôpitaux, ouvrira ses conférences de clinique chirurgicale à l'hôpital Lariboisière le lundi 13 août 1855, et les continuera les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine.

La visite des malades a lieu de huit à neuf heures; les leçons et opérations de neuf à dix heures. Les principales opérations seront faites le lundi.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8

N° 91. — SAMEDI 4 AOUT 1855. (28e ANNÉE.) N° 91. — SAMEDI 4 AOUT 1855.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Des contractures observées dans le cours de la fièvre typhoïde.

Nous avons déjà entretenu plusieurs fois nos lecteurs de ces faits singuliers de contracture essentielle qui, après avoir été longtemps méconnus parce qu'on les avait probablement confondus avec la contracture symptomatique des affections des centres nerveux, ont été depuis quelques années l'objet d'observations assez multipliées. Ces contractures, auxquelles on a donné les diverses dénominations de spasmes musculaires, idiopathiques ou essentiels, de tétanos intermittent, de tétanie, de contracture des nourrices (non qu'elles soient exclusives aux conditions de l'allaitement, mais parce qu'elles ont été observées plus souvent chez les nourrices et chez les femmes récemment accouchées que dans d'autres conditions), ces contractures, disons-nous, que l'on a cherché à rattacher à divers états morbides antérieurs, n'ont été généralement envisagées jusqu'ici que dans leur état simple et isolé; on ne les a qu'exceptionnellement signalées à l'état de complication.

M. le docteur Aran, dans une communication qu'il a faite récemment à la Société médicale des hôpitaux, a signalé l'existence fréquente de cette complication chez les sujets affectés de fièvre typhoïde, pendant le cours de la dernière épidémie que nous venons de traverser. Cette complication lui a paru même si fréquente qu'il en a fait le caractère principal d'une sorte d'épidémie spéciale qu'il a décrite sous le nom d'*épidémie de contractures essentielles observée chez des sujets affectés de fièvre typhoïde*.

Douze malades, tous affectés de cette fièvre, lui ont présenté ces contractures, dans son service de l'hôpital Saint-Antoine, pendant un laps de temps d'environ six mois. (D'autres avaient présenté les mêmes phénomènes avant cette époque, mais ils avaient échappé à l'observation.) C'est presque constamment à une période assez avancée de la fièvre typhoïde que cette complication s'est montrée ; rarement avant le seizième jour, et dans quelques cas le trentième et le trente-neuvième jour. C'était, en général, lorsque où les malades touchaient à la convalescence, ou pendant la convalescence même.

Chez aucun de ces malades la marche de l'affection typhoïde n'a paru influencée ni en bien ni en mal par cette complication. La convalescence n'en a été nullement troublée chez ceux qui ont guéri; et chez ceux qui ont succombé, la maladie a continué sa marche sans interruption jusqu'à la mort.

La contracture s'est présentée dans tous les cas, à peu de chose près, avec les mêmes caractères : sensation de fourmillement et de picotement au début, suivie d'engourdissement dans les membres, de douleurs au niveau des principales articulations, etc. C'était sur les membres supérieurs et inférieurs, mais surtout sur les premiers, que portaient les contractures. Les deux membres correspondants étaient pris à la fois, exactement de la même manière pour chacun d'eux ; les supérieurs étaient souvent seuls envahis; les inférieurs jamais. Les extrémités des membres en étaient le siége de prédilection. Dans les cas légers, les mains et les avant-bras étaient seuls atteints. Aux membres, c'était sur les fléchisseurs presque exclusivement que portait la contracture. Dans un petit nombre de cas les muscles du tronc étaient envahis en même temps que les extrémités ; les contractures portaient alors sur les extenseurs.

Pendant les accès, les malades étaient en proie aux douleurs les plus vives dans les muscles contracturés. En général ils conservaient un peu d'engourdissement, de sensibilité dans les membres affectés; mais là se bornaient les suites de cette complication.

M. Aran a cherché en vain à assigner une cause à cette complication épidémique, d'autant plus singulière et inexplicable qu'elle paraît ne s'être montrée que dans ses salles, les autres services de l'hôpital Saint-Antoine en ayant été entièrement exempts pendant toute sa durée. Une circonstance lui a paru digne d'être notée, et elle n'est pas entièrement sans valeur si l'on se rappelle l'affinité qui a été constatée entre la contracture essentielle et le rhumatisme, c'est que ces contractures ont été observées surtout pendant les temps froids et humides.

Chez la plupart des malades aucun traitement n'a été mis en usage; chez quelques-uns cependant les bains ont été employés avec quelque succès. Un soulagement marqué a suivi une inhalation de chloroforme poussée jusqu'à l'assoupissement chez un malade dont la contracture générale du tronc et des membres avait été portée à un tel point que la vie avait paru un instant en danger. Les révulsifs *loco dolenti*, les sinapismes, les cataplasmes sinapisés ont toujours produit du soulagement, et ont suffi, dans quelques cas, pour triompher complétement de l'accès. Mais de tous les moyens de soulagement immédiat, celui qui a paru le plus efficace, c'est l'extension forcée.

Les faits observés par M. Aran ne sont pas seulement curieux et intéressants comme révélant une complication de l'affection typhoïde que les auteurs n'avaient point mentionnée jusqu'ici; le point de vue sous lequel ils méritent à plus juste titre de fixer l'attention, c'est celui du caractère épidémique de ces accidents; car bien qu'il ne s'agisse ici que d'un nombre assez restreint de cas et d'une sphère d'action très circonscrite, nous n'en croyons pas moins devoir leur maintenir l'épithète d'épidémie qui leur a été donnée. Nous nous y croyons d'autant plus fondé que ce n'est pas le premier exemple d'une manifestation épidémique de cette nature, soit idiopathique, soit à l'état de complication par rapport à d'autres affections plus graves. Sans rappeler cette maladie singulière qu'on a désignée dans le temps sous le nom d'*acrodynie*, et avec laquelle les accidents décrits par M. Aran présentent quelques points d'analogie, on pourrait la rapprocher d'une épidémie plus récente qui a régné en Belgique en 1846 sur une beaucoup plus grande échelle, et qui a été l'objet de nombreux rapports et d'importantes discussions, dont on peut lire la relation dans les *Bulletins* de l'Académie de médecine de ce pays. Quelques cas de contracture du même genre ont été observés chez des cholériques pendant la dernière épidémie. Plus récemment M. Tholozan, pendant son séjour dans les hôpitaux de Constantinople, a recueilli pendant un court espace de temps un assez grand nombre d'observations de contractures chez des convalescents de différentes maladies et chez des hommes encore atteints de typhus ou de dyssenterie. Enfin le même observateur a signalé l'existence des mêmes symptômes, ainsi que nous le rappelions dans une de nos dernières *Revues*, chez quelques-uns des scorbutiques du Val-de-Grâce.

Si le rapprochement de ces différentes circonstances enlève aux faits rapportés par M. Aran le caractère particulier qu'il a cru devoir leur donner en tant que complication spéciale de la fièvre typhoïde, il leur donne en revanche une signification beaucoup plus large et plus générale. La complication de contracture sur laquelle ce médecin a appelé l'attention n'est plus un fait particulier, isolé, il prend les proportions d'un fait général dont il reste à étudier la signification au double point de vue séméiologique et étiologique.

Il resterait encore à examiner jusqu'à quel point ces contractures épidémiques, simples ou à l'état de complication, peuvent être rapprochées des faits de contracture essentielle que nous avons rappelés au commencement de cet article. S'il était démontré que ce fussent là des faits identiques et de même nature, l'étude des conditions communes sous lesquelles se sont produites les contractures épidémiques pourrait peut-être jeter quelque lumière sur l'origine encore si obscure des contractures essentielles sporadiques.

Manie. Influence des règles. Emploi de l'opium. Guérison.

Les médecins allemands et anglais emploient bien plus souvent qu'on ne le fait en France les narcotiques dans le traitement des maladies mentales. Cette médication, beaucoup trop négligée de nos jours et qui a évidemment ses indications et son utilité, tend à reprendre dans la thérapeutique de ces affections le rang et la faveur dont elle jouissait aussi autrefois chez nous et qu'elle n'avait perdus sans doute, depuis un certain nombre d'années, que par suite des craintes chimériques, ou tout au moins exagérées, qu'avaient fait naître les préjugés de la doctrine physiologique.

C'est à M. Michéa et aux intéressants travaux qu'il a publiés sur ce sujet que l'on doit en grande partie la réhabilitation de certains agents pharmaceutiques dans le traitement de la folie. En appelant de nouveau l'attention sur l'emploi de la médication narcotique en particulier, M. Michéa a rendu un véritable service. Tel est du moins le sentiment que partage avec nous à cet égard l'un des médecins les plus compétents pour en juger, M. Baillarger. Depuis deux ans, M. Baillarger a eu souvent recours à l'opium à dose élevée, et si ce médicament n'a pas eu toujours pour effet d'amener une amélioration rapide, il n'a pas vu du moins dans les cas les moins favorables que la durée de la maladie en fût augmentée, et dans plusieurs au contraire il en a obtenu des résultats heureux qui ont pu être constatés par les personnes qui suivent sa clinique.

Voici un fait dont nous lui devons la communication et qui dépose en faveur de cette médication :

Une jeune fille de dix-neuf ans fut arrêtée à une gare de chemin de fer dans un état d'agitation maniaque et conduite à la Salpêtrière le 18 mars 1855.

A son entrée, elle offrait tous les signes d'une manie aiguë. Elle ne dormait pas, criait, menaçait, et une très grande incohérence régnait dans ses paroles. Elle avait alors ses règles. On commença immédiatement l'emploi de l'opium (extrait gommeux) à la dose de 0,05 centigrammes.

Au bout de quatre jours, la malade prenait 15 centigrammes en une seule dose le soir à huit heures. Des vomissements, qui survenaient le matin et quelquefois dans la journée, forcèrent de suspendre le médicament. L'agitation et l'insomnie avaient persisté, à part une ou deux nuits assez calmes. Quelquefois, après une nuit très agitée et sans sommeil, on la trouvait dormant le matin.

Après cinq jours d'interruption, l'opium fut repris le 1er avril et porté en quelques jours à la dose de 15 centigrammes. On obtint ainsi des nuits meilleures, et, le matin surtout, la malade était presque constamment assoupie. L'agitation recommençait ordinairement vers onze heures du matin.

Dès le 15, on put cesser l'emploi de la camisole de force.

Le 20, la jeune malade commença à travailler un peu. La dose d'opium fut alors diminuée et le retour de l'agitation n'eut pas lieu.

Cette amélioration ne fut cependant pas de longue durée, et au commencement de mai, l'agitation reparaissant, on augmenta la dose d'opium, qui fut bientôt portée à 18 centigrammes.

Le 10 mai, le calme était déjà graduellement revenu, et le 15 la malade faisait elle-même sa chambre et travaillait un peu à la couture dans la journée. Le mieux devint de plus en plus prononcé, et le 25 l'opium, qui avait été porté à la dose de 20 centigrammes, fut réduit à 12.

A la fin du mois de mai, les règles, suspendues depuis deux mois et demi, reparurent et durèrent cinq jours. L'abondance de l'écoulement fut telle qu'on dut laisser la malade couchée. L'agitation redevient de nouveau très violente; on est obligé d'employer encore la camisole de force. La malade crie, injurie les personnes qui l'entourent et cherche à les frapper; elle a des idées de grandeur, prétend être impératrice; elle croit sans cesse voyager en chemin de fer, et son délire offre le caractère le plus général. L'opium est porté à 20 centigrammes; le calme ne reparaît que le 15 juin environ; la malade peut de nouveau être laissée libre et recommence bientôt à travailler. Comme on vient de le voir, elle avait perdu beaucoup de sang pendant les règles, et depuis lors sa figure était restée très altérée et amaigrie.

Dès le 10 juin, on avait commencé l'usage du fer réduit par l'hydrogène et des préparations de quinquina, tout en continuant l'opium.

Les règles reparurent le 20 assez fortes, mais beaucoup moins qu'au commencement du mois. Il y eut quelques moments d'agitation, mais à un faible degré. La malade continuait à prendre 20 centigrammes d'opium, et dès le 24 l'équilibre est presque entièrement rétabli. Depuis ce moment, le calme a été en augmentant. Dès le commencement de juillet, cette jeune fille est tout à fait bien; elle est sortie guérie le 20 du même mois.

Le jour même de sa sortie, les règles ont reparu; elles n'avaient été précédées d'aucune insomnie ni d'aucune tendance à l'agitation. Ajoutons que la malade, dans le cours d'un traitement de deux mois et demi, avait pris sept à huit fois des purgatifs et quelques bains, dont la durée n'était pas de plus d'une heure.

Il est bon de faire remarquer que l'apparition des règles dans le cours de la maladie n'a pas été seulement la cause d'une recrudescence, mais que l'abondance du flux menstruel pendant quatre ou cinq jours avait beaucoup affaibli la malade et que la physionomie était profondément altérée. Aurait-on pu dans ces circonstances attendre un bon effet des bains prolongés? M. Baillarger ne le pense pas, et il dit avoir vu dans quelques cas de ce genre la manie se transformer en délire aigu et entraîner la mort. C'est alors surtout que l'opium peut rendre de très grands services.

Témoin le fait suivant que M. Baillarger a observé récemment. Il s'agit d'un jeune homme atteint d'une manie très aiguë à la

suite d'un rhumatisme articulaire et d'une diète presque complète de quarante-cinq jours. Quinze jours de traitement par l'opium, porté graduellement à la dose de 36 centigrammes pris en une seule fois, ont suffi pour calmer les accidents et pour faire disparaître toute trace de délire.

Ce malade, pendant huit jours, a paru complétement guéri. La maigreur extrême qu'il présentait au début de son accès avait déjà en grande partie disparu, lorsqu'une rechute a eu lieu; mais l'agitation est beaucoup moindre, et désormais les forces de ce jeune homme permettraient, si on le jugeait à propos, de recourir aux bains prolongés. Mais M. Baillarger croit que ce ne sera pas nécessaire.

L'opium, ajoute M. Baillarger, nous paraît indiqué dans presque tous les cas de manie, mais il l'est surtout chez des malades affaiblis, et il est dans ce cas bien préférable à des bains, dont la prolongation offre alors des dangers réels.

L'année dernière, les élèves qui suivaient son cours ont pu constater l'effet favorable de cette médication chez une jeune fille atteinte de délire aigu, et dont l'observation a été recueillie par M. Barbreau, interne du service. Les trois derniers cas observés avaient été traités par les bains prolongés, et les trois malades avaient succombé. La jeune fille dont il s'agit a complétement guéri. Depuis, le traitement par l'opium a échoué dans un autre cas de délire aigu, mais le sujet, à son arrivée à la Salpêtrière, était déjà à une période avancée et offrait les symptômes les plus graves. M. Baillarger a encore employé l'opium dans quelques cas de délire maniaque chez des paralytiques, et les effets ont été les mêmes quant au délire, sans modifier la maladie principale.

Délire violent et prolongé pendant le cours d'une fièvre typhoïde; guérison prompte par l'opium à dose narcotique.

Au moment où nous venions de recevoir la communication du fait qui précède, nous lisions dans le *Bulletin général de thérapeutique* un intéressant travail de M. le professeur Forget (de Strasbourg), intitulé *Clinique de l'opium*, dans lequel nous trouvons, entre autres considérations pratiques très dignes d'attention sur la médication narcotique, l'expression de la même pensée qui a dicté l'article précédent. M. Forget s'élève, comme nous, contre l'injuste proscription à laquelle les médecins aliénistes français ont pendant longtemps condamné cette médication, par la crainte chimérique des effets congestifs qu'elle peut produire. « Non-seulement, dit le savant professeur, je n'hésiterais pas, pour ma part, à traiter par l'opium le délire nerveux par excellence, mais je pourrais rapporter quelques faits de délire maniaque dompté pour ainsi dire par l'opium à dose narcotique. » Nous regrettons que M. Forget n'ait pas rapporté ces faits. Mais nous en sommes jusqu'à un certain point dédommagé par la relation qu'il fait plus loin d'un cas de fièvre typhoïde avec délire violent et prolongé, et dans lequel le délire a cédé avec une grande promptitude à l'emploi de l'opium.

Bien que cette observation ait été recueillie dans un but un peu différent, dans le but de démontrer l'utilité de l'opium pour combattre la diarrhée typhoïde, comme il en résulte en définitive que cet agent, loin d'avoir aggravé les accidents cérébraux sérieux que présentait ce malade, ainsi qu'on aurait pu le craindre d'après certaines théories, a été suivi, au contraire, du plus heureux effet sous ce rapport, elle vient on ne peut mieux à propos corroborer ce qui précède. Voici cette observation :

Une jeune dame délicate, nerveuse, est prise le 4 novembre 1854, après un refroidissement, de céphalalgie, courbature, mouvement fébrile le soir, langue saburrale, anorexie, constipation. Après plusieurs jours de ces symptômes, M. Forget accède aux désirs du médecin ordinaire en consentant à l'administration d'une bouteille d'eau de Sedlitz. A partir de ce moment, la fièvre devient continue; la prostration oblige la malade à garder le lit; la somnolence avec rêvasseries et subdélire apparaît, et s'exaspère vers le soir. Langue toujours saburrale, rouge sur les bords; un peu de météorisme et de gargouillement abdominal; sensibilité à la pression de la fosse iliaque droite; constipation persistante; taches rosées à la base du thorax. — Boissons délayantes; lavements de lait miellé; cataplasme sur le ventre; eau froide sur le front.

Cependant le délire s'accroît chaque soir davantage, et vers le dix-huitième jour il prend la forme de manie furieuse et prolongée. Trois personnes suffisent à peine pour contenir la malade, qui s'agite violemment, et par ses vociférations met en émoi tout le voisinage. L'éther est impuissant pour calmer cet état d'ataxie; n'ayant aucune confiance dans les autres antispasmodiques, y compris le musc, M. Forget va droit au but et prescrit l'opium (10 centigrammes dans eau de laitue, 80 grammes; sirop de fleurs d'oranger, 20 grammes), une cuillerée de quart d'heure en quart d'heure. Au bout de deux heures, le délire persistant, avec des rémissions cependant, nouvelle potion dont la malade prend encore la moitié; total, 15 centigrammes d'extrait d'opium en trois heures. L'exaltation tombe, un sommeil calme s'établit. Pouls régulier, à 90; respiration douce; peau tiède (neuf heures du soir).

Le lendemain, le sommeil dure encore; vers midi, réveil avec un peu de délire tranquille. Le reste de la potion est administré par cuillerées d'heure en heure (20 centigr. d'opium en vingt-quatre heures). Nouveau sommeil, qui dure encore le lendemain tout entier et jusqu'au jour suivant, où la malade se réveille dans une douce quiétude. La liberté du ventre est entretenue par des lavements miellés et lactés. On en est au vingt-deuxième jour de la maladie; la fièvre est presque nulle, la langue se nettoie, l'appétit renaît. Convalescence le vingt-cinquième jour.

Quelle autre médication, dirons-nous avec M. Forget, eût fait mieux et surtout aussi promptement, à partir de l'administration du remède !

Ablation d'une tumeur fibro-plastique occupant presque toute la moitié latérale droite du col. Dissection du nerf pneumo-gastrique et ligature de la veine jugulaire interne.

L'opéré que M. Maisonneuve a présenté à l'Académie de médecine dans la dernière séance, et auquel il a pratiqué l'extirpation d'une énorme tumeur fibro-plastique du cou, a présenté des circonstances qui méritent d'être signalées. Dans le tissu de cette tumeur étaient englobés les vaisseaux et nerfs de la région carotidienne. Cette opération a exigé une dissection laborieuse du nerf pneumo-gastrique, que l'opérateur a dû sculpter au milieu du tissu même de la tumeur, dans une étendue de 4 pouces, et la ligature de la veine jugulaire interne au-dessus et au-dessous de la tumeur. Voici en peu de mots l'histoire de ce malade :

Gl... (J.-B.), jardinier, âgé de soixante ans, vint le 25 mai 1855 à l'hôpital de la Pitié consulter M. Maisonneuve pour une affection grave du cou, dont il faisait remonter l'origine à une année. Cette tumeur, pour laquelle plusieurs traitements étaient restés jusqu'alors inefficaces, présentait, à cette époque, un volume énorme. Elle s'étendait de la région parotidienne au tiers inférieur du cou; latéralement, elle s'engageait au-dessus et au-dessous de l'angle de la mâchoire, avec laquelle elle semblait faire corps. Elle occupait toute la région carotidienne. Sa consistance était ferme; sa base, profondément située, rendait sa mobilité presque nulle.

On ne pouvait un instant se faire illusion sur les difficultés que présenterait l'extirpation de cette tumeur. Mais, d'un autre côté, elle était le siége de douleurs vives, augmentait de volume; déjà le malade ne pouvait plus qu'à grand'peine ouvrir la bouche et se désespérait. M. Maisonneuve céda à ses instances et procéda, le 7 juin, à l'opération.

Le malade étant soumis aux inhalations de chloroforme, M. Maisonneuve pratiqua sur toute l'étendue de la tumeur une incision cruciale qui lui permit de la mettre complétement à découvert. Il fut assez facile de l'isoler sur les côtés et de se rendre compte de ses rapports avec les vaisseaux et nerfs de cette région. Le nerf pneumo-gastrique et la veine jugulaire interne pénétraient dans l'épaisseur de la tumeur et la parcouraient dans toute son étendue. L'artère carotide, refoulée en avant, put être protégée par le doigt d'un aide, et l'on procéda à la partie laborieuse de l'opération.

Avant de commencer à disséquer le nerf pneumo-gastrique, M. Maisonneuve lia la veine jugulaire interne à son entrée et à sa sortie de la tumeur; dès lors on put sculpter dans toute son étendue le nerf pneumo-gastrique.

Le morcellement de la tumeur fut d'un grand secours et permit d'achever cette dissection et l'extirpation complète sans accident. Le nerf, dans toute la portion comprise dans l'épaisseur du tissu morbide, présentait une apparence fusiforme; son volume était plus considérable, son tissu comme infiltré, ramolli. La veine était oblitérée en ce point.

La plaie, pansée à plat, marcha rapidement vers la cicatrisation; aucun accident ne vint entraver la guérison. Le 31 juillet, jour de la présentation, cet homme était dans d'excellentes conditions.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. CHAMPOUILLON.

Curieuses observations d'épilepsie attribuée à l'anasarque.

En donnant le titre qui précède aux faits qui vont suivre, nous n'exprimons peut-être que l'insuffisance de notre érudition médicale. Il résulte cependant des recherches auxquelles nous nous sommes livré que les exemples d'épilepsie occasionnée par l'anasarque ne sont pas très communs. Déjà Portal avait entrevu une cause possible d'accidents épileptiformes dans le développement de la pléthore séreuse. M. Sandras, en établissant l'étiologie de cette névrose, parle de la production dans le cerveau de désordres matériels, soit que ces désordres aient leur siége dans l'organe lui-même, soit qu'ils en occupent la surface ou les annexes. Mais aucune mention relative à l'anasarque ne se trouve nettement indiquée dans les ouvrages de MM. Esquirol et Moreau, ni dans le traité plus récent de M. Herpin sur l'épilepsie. Aussi nous croyons-nous autorisé à présenter comme digne d'attention, à cause de leur rareté, les deux cas que nous venons de constater (presque en même temps) dans le service de M. Champouillon.

Obs. I. — Dans les premiers jours du mois de mai dernier, M..., âgé de vingt et un ans, soldat au 2e bataillon de chasseurs à pied, fut admis à l'hôpital du Val-de-Grâce pour une scarlatine d'intensité moyenne. Cette éruption s'éteignit assez rapidement, puisque le malade sortit de l'hôpital onze jours après y être entré.

Mais le 4 juin, après une promenade militaire pendant laquelle il a eu très chaud, et à la suite de laquelle il s'est refroidi, M..., courbaturé et sans forces, interrompit son service et garda la chambre. Dès le lendemain il s'aperçut que ses pieds, puis successivement la figure, le tronc et les mains étaient œdématiés. Douze jours se passent, sans que cet état se complique d'aucun accident nouveau; l'accablement et l'inappétence persistent, mais sans fièvre.

Le 16 juin, M..., causant avec ses camarades, tombe tout à coup à la renverse; des convulsions surviennent aussitôt, la connaissance se perd complétement. Au sortir de cette crise, le malade se sent la tête pesante, les jambes chancelantes et de la douleur au fond des orbites.

Au moment même de son entrée à l'hôpital, il est pris d'une attaque qui se renouvelle jusqu'à huit fois dans le cours de la journée. Chacune de ces attaques est accompagnée des symptômes suivants : la face est cyanosée; les paupières, agitées par un clignotement convulsif, ne laissent apercevoir que le blanc de l'œil et le segment inférieur de la cornée transparente; dans les courts intervalles de rémission, les pupilles se montrent fortement dilatées; spasmes des muscles de la mâchoire inférieure; contracture des poignets et des doigts; agitation des membres; insensibilité complète; écoulement d'écume sanguinolente par les commissures des lèvres; sommeil profond, stertoreux aussitôt que le calme est revenu, tels sont les phénomènes que nous avons observés, et qui dans leur ensemble caractérisent évidemment l'épilepsie.

Les urines, soumises à l'ébullition ou à l'action de l'acide nitrique, ne se troublent par aucun précipité albumineux.

Deux fortes saignées du bras, des boissons diurétiques, des purgatifs hydragogues, un large vésicatoire à la nuque, des ventouses en grand nombre dans les gouttières vertébrales, quelques bains d'air chaud amenèrent rapidement l'état de ce malade. A mesure que l'anasarque diminue, la fréquence des accès va en s'affaiblissant; ceux-ci même disparaissent complétement le 19, c'est-à-dire trois jours après leur invasion.

Par une coïncidence fort singulière, M... fut suivi de près à l'hôpital par Led..., âgé de vingt et un ans, caporal au 53e de ligne. Ce jeune homme est, comme le précédent, d'une constitution dans laquelle prédominent le tempérament lymphatique, l'appareil musculaire et l'ampleur du thorax; comme lui, il est né de parents sains et robustes, exempts de tout soupçon d'épilepsie. Ni l'un ni l'autre de ces deux malades, également vigoureux, n'a jamais été sujet aux affections nerveuses.

Le 11 juin, Led... présente tous les symptômes d'une fièvre éruptive; il y a chez lui de la céphalalgie, du coryza, de l'angine gutturale, des sueurs abondantes, de la soif, une élévation considérable du pouls. Des taches rouges, lenticulaires couvrent toute la peau. Malgré cet état de souffrance, Led... monte néanmoins sa garde, à la suite de laquelle il se refroidit en s'étendant presque nu sur son lit.

Le 13, il s'aperçoit qu'il est complétement infiltré. L'anasarque s'était déclarée en moins de vingt-quatre heures.

Le 16, commencent les attaques d'épilepsie. A la suite de la cinquième la vue se perd complétement. Le traitement qui avait réussi dans le premier cas fut employé ici avec le même résultat; c'est-à-dire que le lendemain il n'y eut plus que deux attaques.

Le 18, l'anasarque avait disparu; elle ne se remarquait plus qu'aux mains et aux deux malléoles; avec elle se dissipèrent les convulsions épileptiques.

Ces deux malades sont sortis de l'hôpital parfaitement guéris.

Que l'anasarque qui se manifeste à la suite de certaines dermatoses aiguës, comme la scarlatine et la rougeole, doive se rattacher à une lésion des reins ou être imputée à une simple hypérémie du tissu cellulaire sous-cutané, ce n'est pas là ce que nous voulons mettre en discussion. Ce qu'il nous importe de rechercher présentement, c'est le mode d'action de l'hydropisie dans la production de l'épilepsie. Cette question est si neuve encore, qu'il ne faudra point s'étonner si nous n'y répondons que par des conjectures.

Il paraît naturel, et cela par analogie, d'attribuer les désordres que nous venons de rapporter à un degré quelconque de compression du cerveau par l'accumulation de la sérosité à la surface ou dans les ventricules de cet organe. Ce qui nous fortifie nous-même dans cette opinion, c'est que nous venons de voir succomber dans le service de M. Champouillon un militaire qui, pendant les quatre jours qui précédèrent la mort, fut pris de 32 à 39 attaques d'épilepsie par vingt-quatre heures. On trouva à l'autopsie deux collections séreuses parfaitement isolées siégeant dans le lobe cérébral droit.

Quelque vraisemblable que paraisse l'explication que nous donnons, nous ne pouvons oublier cependant que nous avons suivi plusieurs malades atteints d'anasarque et que nous n'avons observé chez eux aucun trouble nerveux, si ce n'est quelquefois du côté de la vision.

La sérosité elle-même, modifiée dans sa composition, peut-elle provoquer l'épilepsie ? L'analyse chimique, restreinte à la recherche d'un seul élément il est vrai, nous a montré qu'il n'y avait point d'albumine dans les urines, non plus que dans les autres excrétions, de nos deux malades. Si nous avons porté notre attention sur ce point, c'est que nous avions présente à l'esprit l'observation d'un gendarme de la Seine qui mourut après avoir eu neuf attaques d'épilepsie en quelques heures. Cet homme était atteint d'albuminurie accompagnée d'une anasarque considérable.

Ce fait a été publié par M. Marchal (de Calvi).

Il paraît donc certain que, si les qualités de la sérosité ont une part quelconque dans la production de l'épilepsie, ce n'est point en raison de la présence ou de l'absence de l'albumine dans ce liquide.

Si nous n'appréhendions de risquer quelques-unes de ces banalités si faciles et si commodes à défaut d'interprétations plus rationnelles, nous mettrions sur le compte d'une prédisposition spéciale les deux observations qui précèdent. Nous venons de voir, en effet, il y a trois jours, un grenadier infiltré de la tête aux pieds à la suite d'un érysipèle de la face. Pendant la visite de M. Champouillon, ce malade éprouva cinq attaques d'épilepsie en moins de deux heures. Une abondante saignée du bras, des purgatifs, des boissons diurétiques ont, comme dans les cas précédents, dissipé l'anasarque, ainsi que les phénomènes nerveux concomitants.

En résumé, si nous n'avons jeté aucun jour nouveau sur l'étiologie de l'épilepsie, nous avons toutefois apporté un élément de plus à l'histoire de cette mystérieuse affection.

Dr Lecomte, élève stagiaire.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

pour servir à l'histoire de la suette et du choléra, et des rapports qui ont existé entre l'épidémie de 1849 et celle de 1854. (1)

Par M. le docteur A. FOUCART.

Transmissibilité.

Pas plus cette année que les précédentes, nous n'avons pu constater la transmissibilité d'individu à individu, qui cependant, à notre avis, doit exister, vu les rapports d'analogie que l'on constate entre la suette et les autres typhus. Cette contagion nous a paru moins facile à démontrer que celle du choléra, sur laquelle nous reviendrons plus tard.

Etiologie.

Nous n'avons, pour les causes de la suette, recueilli aucun fait, aucun document nouveau qui ait la moindre importance.

Nous avons trouvé peu d'enfants malades, et parmi les adultes, les femmes ont toujours été en grande majorité. Nous avons, du reste, fait la même remarque, quant au sexe, pour le choléra, dans les premiers jours de son apparition dans la commune de Fays-Billot, et le fait ne nous a pas paru surprenant. En effet, nous venons de dire que la suette avait constitué une véritable prédisposition au choléra. Le nombre des femmes atteintes de la suette étant plus considérable que celui des hommes, rien d'étonnant dès lors qu'elles fussent prises aussi du choléra dans une plus grande proportion. Plus tard, l'épidémie cholérique étant devenue plus générale, cette disproportion a diminué, sans disparaître pourtant complétement.

Il ne nous a pas été possible de constater une différence dans l'extension ou dans la gravité de la maladie, relativement à l'exposition et à la topographie des diverses communes ou des diverses parties de la même commune.

Le département de la Haute-Marne est excessivement accidenté; il y a dans le canton que j'ai visité peu de villages situés en plaine. Ils sont ou sur des collines assez hautes, ou dans des vallées profondes. Un grand nombre sont situés, moitié sur la hauteur, moitié dans les endroits les plus déclives et les plus humides. La suette a sévi partout de la même manière. Le nombre des malades a été partout à peu près le même, ou du moins on n'a pu trouver dans les conditions topographiques aucune raison d'expliquer les différences que l'on a été à même de noter.

Frettes, disposé en amphithéâtre et en partie à cheval sur une colline assez escarpée, n'a été ni plus ni moins maltraitée que Genevrières et Pressigny, qui sont presque en plaine, que Bussières-lez-Belmont, placée en partie au fond d'un vallon, ou Fays-Billot, qui affecte la forme d'un véritable entonnoir un peu évasé.

Nous avons fait la même remarque pour les localités de la Haute-Garonne que nous avons rapidement parcourues.

La classe pauvre n'a pas été attaquée dans une plus grande proportion que la classe aisée ou riche. Mais nous avons pu remarquer que chez les premiers la maladie durait plus longtemps et revêtait une forme plus grave que chez les seconds, ce qu'il faut tout simplement rapporter à une hygiène moins bien entendue et à l'impossibilité de faire observer la diète aux malades.

Les changements de température, les vicissitudes atmosphériques n'ont influé en rien, au moins d'une manière apparente, sur la production ni sur la marche de la suette. Il y eut, pendant mon séjour au Fays-Billot, un violent orage qui dura plusieurs heures, et dont les malades ne ressentirent qu'une légère influence, si tant est même qu'ils s'en soient aperçus.

La menstruation n'a exercé aucune action sur la marche de la maladie. Nous avons trouvé des femmes atteintes de la suette dans toutes les conditions possibles par rapport à la période menstruelle. Cependant nous avons fait une remarque à peu près générale, c'est que, chez la très grande majorité des femmes qui furent prises, la menstruation fut avancée de quatre, cinq, six et même huit jours. Suivant un de nos savants confrères de Langres, l'hémorrhagie, dans ces cas, serait plutôt passive qu'active, et le docteur Montrol nous raconta un fait qui pourrait être invoqué à l'appui de cette opinion.

OBS. — C'est celui d'un homme qui, atteint de la suette, fut pris au troisième ou quatrième jour de la maladie d'une hématurie assez considérable. Les premiers phénomènes ayant été assez peu tranchés, et l'épidémie ne faisant que commencer à Langres, M. Montrol fut un instant embarrassé pour savoir à quelle cause attribuer l'hémorrhagie; il eut un moment la pensée de pratiquer une légère émission sanguine, mais jugeant bientôt, d'après l'ensemble des autres symptômes, qu'il avait affaire à une suette, il administra deux prises d'ipécacuanha, et vit se dissiper tous les accidents du côté de la vessie, en même temps que l'état général s'amendait et que les phénomènes nerveux diminuaient d'intensité.

Il me semble impossible de ne voir dans ce fait de mon honorable confrère qu'une suette hémorrhagique dans laquelle l'hémorrhagie, au lieu de se faire sous la peau, comme dans les cas dont j'ai rapporté les détails dans mon premier travail, s'est faite par une voie insolite. Le résultat obtenu par la médication qui, en toute autre circonstance, eût paru peu logique, est, à mes yeux, comme il le fut pour M. Montrol, une preuve à l'appui de mon opinion.

Rechutes et récidives.

Les rechutes ou récidives n'ont pas été très fréquentes, une fois la maladie entièrement guérie; mais pendant sa durée, les imprudences de régime fréquentes ont souvent déterminé des recrudescences, des accidents plus violents de suffocation, etc. Mais, ce dont nous rendait compte l'influence cholérique qui régnait alors, le plus ordinairement ces imprudences donnaient lieu à des indigestions suivies de vomissements, de diarrhée, et qui, dans un très grand nombre de cas, se sont transformées en choléra vrai, cyanique et algide, et terminées par la mort.

J'ai dit plus haut que cette année l'éruption semblait avoir été moins fréquente qu'en 1849, mais que la nature de la maladie n'en était pas moins restée la même, l'éruption n'étant pour nous qu'un épiphénomène presque sans importance. Je n'ai pas eu occasion de voir cette forme que j'ai notée le premier : la *suette sans sueurs*; par contre, j'ai vu plusieurs fois des sueurs sans suette, moins nombreuses que dans l'épidémie de 1849, les malades étant beaucoup moins imbus de ce préjugé qu'il fallait les couvrir et les faire suer. Comme ces sueurs sans suette ne sont qu'un état artificiellement provoqué par une médication inopportune, leur petit nombre se trouve ainsi tout naturellement expliqué.

Suette intermittente.

Nous arrivons à une forme que j'ai classée parmi les anomalies individuelles, et sur laquelle je me suis longuement arrêté : je veux parler de la *suette* dite *intermittente*.

A mon arrivée dans la Haute-Marne, j'entendis beaucoup parler de la suette intermittente; à en croire le bruit public, cette forme intermittente était celle que revêtait de préférence la maladie. Rapprochant cet ouï-dire des résultats consignés dans le travail de M. Tauflieb, de Barr (Bas-Rhin), j'étais dès lors porté à croire que peut-être cette forme était-elle particulière aux départements de l'Est, bien que l'analyse du travail de M. Tauflieb m'eût conduit à penser que, en 1849, les cas où s'était fait remarquer cette intermittence étaient exceptionnels. Ce fut donc avec un sentiment de défiance contre mes propres opinions que je m'apprêtai à examiner sérieusement la suette sous ce point de vue.

Dans la première visite que je fis à Frettes, avec mon savant confrère M. le docteur Thiberge, on me fit voir plusieurs cas où l'on avait constaté de l'intermittence. A Genevrières, M. Cordier, médecin de la commune, m'en montra deux ou trois. Au Fays-Billot, le nombre m'en avait été annoncé comme très considérable.

Après un examen attentif, il me parut que ces cas étaient beaucoup moins nombreux et moins concluants qu'on ne le pensait.

Chez une malade, à Frettes, il y avait, comme cela ressortit des observations de M. Thiberge et du résultat de l'emploi du sulfate de quinine, lequel fit cesser les accidents, il y avait évidemment intermittence.

Au Fays-Billot, j'en constatai deux bien manifestes, dont fit prompte et bonne justice le sel quinique. A Pressigny, dans un cas qui resta un peu douteux pour nous tous, le sulfate de quinine procura également un peu d'amélioration. Mais pour tout le reste, l'intermittence ne put être démontrée, et ne résista pas à un examen sérieux et répété.

Il y avait des rémittences, ou pour mieux dire des exacerbations, mais non à heures fixes et régulières, comme les accès qui se produisent sous l'influence du génie intermittent. Mais nous avons démontré, et tous les auteurs conviennent que dans la suette il y a, comme dans la plupart des affections aiguës, des exaspérations de la maladie, tantôt dépendant d'une cause appréciable, tantôt se renouvelant sans raison apparente. De ce qu'un accès de suffocation se manifestera à huit heures du matin, puis à six heures du soir, puis à minuit, et le lendemain à onze heures du matin, à quatre heures et à dix heures du soir, etc., sera-t-on en droit de conclure à l'intermittence?

Nullement, à mon avis. Chez les uns, c'était une fâcheuse nouvelle; chez d'autres, la fatigue; chez d'autres, une alimentation intempestive, etc., qui ramenaient ces exaspérations du malaise, et j'en vins bientôt à me demander si ces accès prétendus intermittents ne dépendaient pas plutôt de ce que, la maladie n'ayant pas été vivement attaquée dès le début, la convalescence restait longue et pénible. Je soumis à plusieurs honorables confrères, et particulièrement à MM. Thiberge, Montrol et Conféyron (de Langres), cette question :

Si la suette était, au début, traitée par le vomitif, comme je l'ai proposé, ces accès se reproduiraient-ils? Si, pendant le cours de la suette, on combat par un purgatif la constipation, dont on ne se préoccupe pas assez, et qui entretient la période d'état, ces accès continueront-ils à se manifester?

Pour répondre à ces deux questions, il me fallait essayer la médication vomitive sur des cas *neufs*, si je puis m'exprimer ainsi, et vierges encore de toute médication.

C'est ce que j'essayai dans une trentaine de cas, avec l'aide d'un des médecins du Fays-Billot, et le résultat me donna raison. Aucun des malades traités par l'ipéca au début ne présenta d'accès simulant l'intermittence, et ils guérirent mieux et plus vite que les autres.

Pour la seconde question, le résultat de la médication purgative ne fut pas moins concluant, et les exacerbations, devenues plus rares, finirent, au bout de deux ou trois jours, par disparaître complétement.

Je n'eus, je le répète, à employer le sulfate de quinine que chez deux malades du Fays-Billot, où l'intermittence me parut incontestable, principalement chez la femme Vauvilliers, concierge de la mairie, qui tous les soirs, entre onze heures et minuit, était prise d'accidents terribles de suffocation.

M. Thiberge le mit en usage avec un plein succès chez la malade de Frettes dont j'ai parlé, la femme, je crois, de l'instituteur.

Mais de l'observation des malades qui avaient pris l'ipéca au début, je crois pouvoir conclure que, traités de même au commencement de la suette, ces sujets eux-mêmes n'eussent probablement pas offert ces phénomènes d'intermittence.

Disons sur-le-champ du reste que, hors ces quelques cas que nous avons rapportés en peu de mots, le sulfate de quinine n'a jamais produit dans le traitement de la suette, dans la Haute-Marne, d'effets marqués soit en bien, soit en mal.

Dans la Haute-Garonne, il en a été exactement de même.

Ceux qui ont étudié d'une manière approfondie le sujet qui nous occupe se rappellent que dans toutes les épidémies de suette observées dans le Midi les médecins ont cru remarquer la prédominance du type intermittent. Un habile professeur de la Faculté de Montpellier, notre ami M. Alquié, a publié tout récemment dans ses *Annales cliniques* l'histoire de l'épidémie de l'Hérault en 1851, où il crut avoir observé ce type porté au plus haut degré. Des médecins de Montpellier m'avaient dit bien des fois que le génie des maladies du midi de la France était bien différent de celui des maladies du nord, et l'un des honorables critiques qui ont fait l'analyse de mon *Traité de la suette* avait écrit il y a quelques mois : « M. Foucart n'a pas vu la suette, il a vu » une *épidémie* de suette. »

Tout en déplorant les tristes circonstances qui obligeaient l'autorité à faire appel aux médecins pour porter secours aux localités ravagées par les maladies épidémiques qui ont cette année ravagé la France, ce fut donc avec un certain sentiment de joie que je me vis désigné par M. le ministre du commerce pour aller étudier dans la Haute-Garonne, sous une latitude exactement la même que celle de Montpellier, la maladie dont je fais depuis cinq ans l'objet de mes études continuelles. J'allais donc voir, *in eodem aere*, comme disait Baglivi, cette suette que les médecins du Midi proclamaient comme un type, un modèle de maladie intermittente, et je ne me dissimulais pas toute la portée de cette nouvelle observation.

Si les médecins du Midi avaient raison, ce n'était plus un *Traité de la suette miliaire* que j'avais fait, c'était la relation d'une épidémie du Nord, et j'allais être forcé de rayer de mon livre la neuvième conclusion, l'une des plus importantes, à mon avis, celle qui résultait de l'analyse raisonnée et laborieuse de près de cent mémoires compulsés avec le plus grand soin par moi pendant plus de dix-huit mois, conclusion dont voici le texte :

« Sauf quelques légères modifications de détail, qui n'ont jamais été » assez tranchées pour constituer une différence appréciable dans ce » que l'on est convenu d'appeler le *génie* des épidémies, et surtout » pour influencer la médication, nous sommes porté à croire, d'après » l'analyse et la méditation des faits rapportés par les auteurs, que » toutes les épidémies de suette observées en France jusqu'à ce jour » ont offert les mêmes caractères, les mêmes symptômes, la même na- » ture, en un mot qu'elles ont été parfaitement identiques. » (p. 378.)

Eh bien! l'observation faite dans le Midi, non-seulement par moi, mais par nombre de savants confrères de Toulouse, entre autres par MM. les docteurs Ripoll, Dieulafoy, Dassier, Desbarreaux-Bernard (de Toulouse), Roche (de Caraman), etc., a prouvé que la suette était identiquement la même que celle du nord, du centre et de l'est de la France; que les prétendues différences de la maladie ne tenaient qu'à la différence des médications; enfin que, régulière et bénigne avec la médication hygiénique et thérapeutique instituée par moi en 1849, et qui est presque généralement adoptée aujourd'hui par toute la France, la suette ne devenait meurtrière et ne revêtait le caractère intermittent pernicieux que lorsqu'elle était traitée illogiquement et irrationnellement.

Anomalies individuelles.

Comme *anomalies individuelles*, nous n'avons guère à citer qu'un seul cas extrêmement singulier auquel nous ne connaissons pas d'analogue et qui aurait pu trouver sa place lorsque nous avons parlé des rechutes et récidives.

OBS. II. — Il s'agit d'une femme de Bussières-lez-Belmont (Anne Hallée, âgée de trente-six ans, femme de François Plubel) qui, étant allée à Frettes, où régnait la suette, fut prise de la maladie et resta dans ce village. Le choléra ayant succédé à la suette dans cette commune, la malade, effrayée, fut ramenée à Bussières dans un état de convalescence douteuse. Le 20 juillet, jour de son arrivée à Bussières, elle fut prise dans la soirée d'une attaque violente de choléra, vomissements et selles blanches, cyanose, algidité, etc. C'était le premier cas observé à Bussières.

Energiquement traitée par les purgatifs, les stimulants, puis les opiacés, l'affection cholérique guérit, et à peine la malade commençat-elle à se rétablir, que la suette reparut et se termina par une abondante éruption miliaire. Cette femme finit par recouvrer la santé complétement, mais après une très longue convalescence. Ce fut donc ici une suette coupée en deux par le choléra, disparaissant pour faire place à la maladie la plus grave, et se manifestant de nouveau lorsque le choléra eut disparu.

Ce fait, des plus intéressants, on le voit, et dont je n'avais observé pour ainsi dire que les deux premiers *actes*, m'a été communiqué en entier par le docteur Thiberge. Il me semble mieux placé dans le paragraphe des anomalies individuelles que dans celui des rechutes et récidives, en raison même de sa rareté.

Sauf la complication cholérique, que je regardais plutôt comme une transformation de la suette, en ce sens que l'état d'affaiblissement déterminé par la suette a semblé constituer une prédisposition, je n'ai observé presque aucune complication dans la Haute-Marne, non plus que dans la Haute-Garonne. Quelques angines légères, quelques malaises *teintés* de suette et sans aucune gravité, voilà tout ce que nous avons pu remarquer.

De quelques symptômes en particulier.

Nous nous sommes assez longuement étendu sur le détail des différentes périodes de la maladie pour n'avoir point à revenir sur chacun des symptômes en particulier. Cependant nous avons quelques remarques à présenter qui viennent de tous points confirmer les assertions que nous avons émises dans notre premier travail.

La sueur n'a offert nulle part cette odeur particulière de *paille pourrie* qu'ont accusée plusieurs auteurs, et que nous rapportons uniquement, nous, à la malpropreté des malades.

L'existence de l'embarras gastrique, que nous avons considéré comme le véritable cachet de la maladie, a été constante. La langue était toujours blanche, saburrale. La constipation était habituelle, et presque tous les sujets que nous interrogions nous répondaient ne pas être allés à la selle depuis le commencement de la maladie, lorsqu'on ne leur avait pas fait prendre de lavements. Ce n'est que vers la fin de l'épidémie et lorsque l'influence de la suette fut remplacée en grande partie par celle du choléra, que la constipation fut remplacée aussi par la diarrhée. Dès lors, la maladie changea de caractère; à la suette succéda le choléra.

Nous n'avons, dans les autres appareils organiques, constaté aucune différence entre l'épidémie de 1854 et celle de 1849. Ainsi, nous n'avons rencontré aucune de ces prétendues congestions pulmonaires ou cérébrales dont on faisait si grand bruit à cette époque, et que les observateurs sérieux et attentifs ne rencontraient jamais. Tous les médecins qui avaient à traiter la suette s'accordaient à rapporter au système nerveux les troubles fonctionnels qu'ils constataient.

La maladie étant soignée d'après des principes plus logiques et plus rationnels, ces troubles étaient moins intenses, moins marqués; cependant ils conservaient les mêmes caractères; la barre trachéo-bronchique, la constriction épigastrique, la suffocation étaient exactement les mêmes; je ne les ai jamais vues devenir mortelles. Je n'ai été

(1) Suite. — Voir le numéro du 28 juillet.

témoin que d'un seul accident funeste dans la suette de la Haute-Marne.

Obs. — Une femme, la nommée Huot-Mony, âgée d'une cinquantaine d'années, était atteinte depuis une dizaine de jours d'une suette qui paraissait assez simple. Je la vis le 21 juillet au matin, en faisant dans la ville de Fays-Billot ma tournée habituelle. Elle ne se plaignait que d'un peu d'oppression, n'avait aucune fièvre et se disait très faible. La langue était blanche ; pas de selles depuis cinq jours. Le médecin qui donnait ses soins s'était borné à l'expectation.

Le 22, vers midi, sans que rien eût fait prévoir le moindre malheur, la malade est prise tout à coup d'un accès de suffocation avec délire, accès qui dure trois ou quatre heures, pendant lesquelles la connaissance est tout à fait perdue. La mort survient vers quatre heures de l'après-midi. On m'affirma que la malade n'avait pris aucune nourriture et n'avait commis aucune imprudence capable d'expliquer le développement de ces terribles phénomènes.

Voilà donc, nous sommes bien forcé de l'admettre, un exemple d'accidents nerveux survenus dans le cours d'une suette qui n'avait rien offert de bien grave, dont le début avait été le même que celui des suettes ordinaires, mais qui, sans être mal traitée, avait été abandonnée à elle-même. Nous avons la conviction, d'après tout ce que nous avons vu dans le cours des diverses missions qui nous ont été confiées, que, si au début les vomitifs avaient été mis en usage, si la constipation avait été combattue par un purgatif, ces accidents ne seraient pas survenus.

TRAITEMENT DES GERÇURES DU SEIN PENDANT L'ALLAITEMENT.

Par M. A. Bourdel, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier, médecin inspecteur de la Malou.

L'auteur croit que la *teinture de benjoin* peut rendre les plus grands services contre les gerçures du sein, qu'elles soient superficielles ou profondes, larges ou peu étendues, anciennes ou récentes. Il l'a employée bien souvent depuis plus de dix ans, et il n'a jamais eu qu'à se louer d'y avoir eu recours.

« J'en ai observé les effets, dit-il, et toujours, lorsqu'elles sont simples, c'est-à-dire qu'elles ne dépendent pas d'une diathèse syphilitique ou autre, je les ai vues se cicatriser très rapidement.

» Voici la manière dont je l'emploie :

» Je trempe un pinceau de blaireau fin dans la teinture et le porte à plusieurs reprises sur les parties fendillées ou ulcérées, de manière à les couvrir d'une couche du liquide. Je fais ordinairement moi-même la première application soit parce qu'elle est la plus douloureuse, soit pour montrer la manière de s'y prendre, et je recommande à la malade de renouveler l'opération chaque fois que l'enfant a tetté et plus souvent si besoin est.

» Quelques jours de ce traitement bien simple suffisent pour cicatriser les petites plaies et rendre le mamelon parfaitement propre à ses fonctions. Si la solution de continuité est trop intense, il faut prolonger un peu plus le traitement. Je n'ai jamais vu de cas qui exigeât sa continuation pendant plus de douze jours.

» Voici maintenant les effets et les avantages de ce moyen thérapeutique ;

» La première application de la teinture de benjoin sur le mamelon dénudé détermine une certaine douleur ou plutôt une cuisson bien tolérable dans la plupart des cas, mais qui est assez vive lorsque la solution de continuité est profonde. Jamais elle ne dure plus d'un quart d'heure. Après ce temps, non-seulement elle ne se sent plus, mais les femmes se trouvent soulagées de la souffrance qu'elles éprouvaient avant l'application du topique. Celui-ci forme à la surface du mamelon une espèce d'enduit qui le protége........ L'enfant peut prendre le sein sans inconvénient, et il n'éprouve aucune répugnance. J'en ai vu qui se mettaient à sucer comme si rien n'avait été déposé sur le mamelon, alors même que la teinture n'était pas encore sèche. Ordinairement elle se dessèche et forme une couche qui garantit la plaie du contact de l'air et des vêtements. Plus tard on peut faire teter le nourrisson sans laver le sein, sans l'essuyer. (*J. de chim. méd.*)

DE L'EMPLOI DE LA DEUXIÈME ÉCORCE DU SUREAU contre l'épilepsie.

Par M. le docteur Borgetti.

On connaît depuis longtemps les propriétés éméto-cathartiques et hydragogues de la seconde écorce du sureau (*sambucus nigra*), ce qui l'a fait employer dans le traitement des hydropisies; mais il n'est fait nulle part mention de l'emploi de cette substance dans le traitement de l'épilepsie. M. Borgetti rapporte cinq exemples de guérison obtenue à l'aide de ce remède. Pour l'administrer, on prend des branches de sureau d'un ou deux ans; on enlève l'écorce grise, et on râcle la seconde écorce qui en reste; on prend ensuite 50 grammes de cette écorce, on verse dessus 150 grammes d'eau commune, chaude ou froide; on laisse infuser pendant quarante-huit heures. Cette infusion, passée et exprimée, doit être prise à jeun, par moitié, à un quart d'heure d'intervalle. On revient au même médicament tous les six ou huit jours, pendant deux mois. Cette médication ne paraît réussir que dans les épilepsies essentielles. (*Journ. de chim. méd.*)

MINISTÈRE DE LA GUERRE.

Programme d'un concours pour l'admission aux emplois de médecin et de pharmacien stagiaire à l'École impériale de médecine et de pharmacie militaires à Paris.

L'ouverture des épreuves de ce concours aura lieu simultanément à Paris, à Strasbourg et à Montpellier le 16 août prochain.

Les conditions d'admission aux emplois de stagiaire à l'École impériale du Val-de-Grâce ont été ainsi déterminées par l'article 2 du décret du 13 novembre 1852, que deux décisions en date des 22 août et 1er mars derniers ont modifié :

1° Être né Français ; — 2° être docteur en médecine de l'une des trois facultés, ou pharmacien de 1re classe reçu dans l'une des trois écoles supérieures de pharmacie de l'Empire (*aucune dérogation à cette condition ne pourra être autorisée*) ; — 3° être exempt de toute infirmité qui rende impropre au service militaire ; — 4° n'avoir pas dépassé l'âge de trente ans à l'époque de l'ouverture du concours ; — 5° avoir satisfait à des épreuves déterminées par le ministre de la guerre ; — 6° souscrire un engagement d'honneur de se vouer pendant cinq années au moins au service de santé militaire.

Formalités préliminaires. — En exécution des dispositions qui précèdent, chaque candidat doit déposer dans les bureaux de l'intendance militaire du lieu où il désire concourir :

1° Son acte de naissance dûment légalisé ; — 2° le diplôme de docteur en médecine ou de pharmacien de 1re classe ; — 3° un certificat délivré par un médecin militaire ayant au moins le grade de major et constatant qu'il est apte au service militaire : cette aptitude pourra d'ailleurs être vérifiée par le jury de chaque localité ; — 4° l'indication exacte de sa demeure, pour qu'il puisse être convoqué en temps utile aux épreuves du concours.

CONCOURS DES CANDIDATS MÉDECINS.

I. Nature des épreuves. — 1° Une composition sur une question de pathologie et de thérapeutique médicale ; 2° une épreuve orale d'anatomie des régions, avec application à la médecine et à la chirurgie pratiques ; 3° une épreuve orale de chirurgie, suivie de l'application de deux appareils ou bandages.

II. Mode d'exécution des épreuves. — Il est accordé quatre heures pour rédiger la composition, écrite sans livres ni notes, sous la surveillance d'un membre du jury ; la question est la même pour tous les candidats de chaque localité.

Pour traiter la question orale d'anatomie des régions, il est accordé quinze minutes de réflexion.

Au commencement de la séance chaque candidat tire sa question, qui est numérotée par le président dans l'ordre que le sort a fixé pour son audition ; elle lui est remise dans le cabinet de réflexion quinze minutes avant l'épreuve.

La durée de l'épreuve orale de chirurgie, suivie de l'application de deux appareils ou bandages, est fixée à vingt minutes, dont cinq à huit, au gré du candidat, pour l'épreuve.

CONCOURS DES CANDIDATS PHARMACIENS.

I. Nature des épreuves. — 1° Réponse écrite à une question d'histoire naturelle des médicaments et de matière médicale ; 2° épreuve orale sur une question de chimie ; 3° épreuve orale sur une question de pharmacie, suivie de l'exécution d'une préparation officinale.

II. Mode d'exécution. — Il est le même que pour le concours des candidats médecins, en ce qui concerne les deux premières épreuves. La durée de l'épreuve orale de pharmacie est de dix minutes ; celle de la préparation officinale sera réglée par le jury, suivant la nature et l'objet de la préparation.

Composition des jurys. — Les jurys d'examen sont composés : 1° d'un inspecteur, présidant le jury local : 2° d'un médecin principal choisi dans une autre spécialité que l'inspecteur ; 3° d'un médecin principal et d'un pharmacien principal ou major de 1re classe, désignés par le ministre pour chaque localité.

Classement. — Après la dernière épreuve, le jury local procède, en séance particulière, au classement des candidats par ordre de mérite.

Le classement général de tous les candidats a lieu à Paris ; à cet effet, le jury formé dans cette ville se constitue en jury central.

Ce classement général sera établi d'après les chiffres d'appréciation obtenus par les candidats ; en cas d'égalité de deux de ces candidats, il est fait une nouvelle lecture de leurs compositions en séance du jury, qui prononce sur le rang définitif de chacun d'eux.

Stage a l'École impériale du Val-de-Grace. — La durée de ce stage ne peut dépasser une année, et peut être abrégée si les besoins du service l'exigent.

Pendant leur séjour à l'École, les docteurs admis sont exercés à l'examen des malades, aux prescriptions d'après le régime et le formulaire des hôpitaux militaires, aux opérations, aux pansements, aux analyses de chimie usuelle dans l'armée ; aux expertises d'hygiène et de médecine légale militaire, à la connaissance et à l'application des lois et règlements qui concernent le service de santé militaire. Les pharmaciens sont astreints à des travaux analogues, qui ont pour but de les familiariser avec la gestion des officines des hôpitaux militaires, avec les règles d'une comptabilité spéciale, avec le service pharmaceutique des ambulances.

Les uns et les autres sont soumis aux obligations de la discipline militaire, et reçoivent, pendant leur séjour à l'école, les appointements de l'ancien grade de chirurgien sous-aide, augmentés du supplément de Paris, soit 2,160 francs par an.

L'État pourvoit, en outre, aux dépenses d'habillement, de coiffure et d'armement qu'amènent soit leur admission à l'école, soit leur entrée dans l'armée, quand ils ont satisfait aux examens de sortie.

Au terme de leur temps de stage, ils obtiennent, sous la réserve des examens dont il est question ci-dessus, le brevet du grade de médecin aide-major de 2e classe, et ils jouissent, à partir de ce moment, des priviléges inhérents à la position d'officier.

Paris, le 18 juillet 1855.

Le maréchal de France ministre secrétaire d'État de la guerre,
Vaillant.

Souscription académique pour le buste de Pinel. — En d'autres temps les familles avaient coutume de donner à l'Académie de médecine les bustes en plâtre des membres dont elles voulaient honorer la mémoire, et de garder pour elles les bustes en marbre.

Aujourd'hui c'est le contraire, les familles offrent en hommage à l'Académie les bustes en marbre et gardent pour elles les bustes en plâtre. Ainsi viennent de faire M. Double, M. Nacquart et Mme veuve Récamier ; il en résulte que les bustes en plâtre vont presque tous faire place aux bustes en marbre dans le sein de l'Académie. Il en est un cependant encore en plâtre dont l'Académie se séparerait avec peine ; c'est celui de Pinel, dû au talent de M. Bra ; aussi une commission vient-elle de se former spontanément pour en faire exécuter une copie fidèle en marbre à l'aide d'une souscription.

Cette commission se compose de MM. Ferrus, Falret, Baillarger, Bricheteau et Fr. Dubois. 4,000 fr. suffiront pour le travail de l'artiste, et déjà M. Ferrus s'est engagé à verser 50 fr., M. Falret 100 fr. M. Baillarger 50 fr., M. Bricheteau 50 fr., M. Dubois, 40 fr., M. Pinel neveu 200 fr.

La souscription sera fermée dès qu'on aura atteint le chiffre de 4,000 fr.

Les fonds seront confiés à M. Gimelle, trésorier de l'Académie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le ministre de l'instruction publique vient d'adresser aux recteurs une circulaire relative à l'obligation pour les élèves des écoles préparatoires de suivre les cours de chimie et d'histoire naturelle des facultés.

Nous y remarquons les passages suivants :

« La suppression des chaires de chimie et d'histoire naturelle dans les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, loin d'avoir pour effet d'affranchir les élèves de ces établissements d'une étude qui forme le complément indispensable de leur instruction, et qui est d'ailleurs comprise dans le programme des examens, leur impose au contraire la salutaire obligation d'acquérir des connaissances plus étendues et plus approfondies en suivant les cours de chimie et d'histoire naturelle des facultés des sciences ou des écoles préparatoires à l'enseignement supérieur des sciences et des lettres.

» J'ai décidé, après avoir pris l'avis du comité des inspecteurs généraux de l'enseignement supérieur, qu'à dater de la prochaine année classique les étudiants des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie seraient tenus de s'inscrire aux cours de chimie et d'histoire naturelle de la Faculté des sciences, lorsque ces deux cours ne seraient pas professés dans l'École à laquelle ils appartiennent. Les inscriptions dont il s'agit leur seront délivrées gratuitement, et les professeurs s'assureront par des appels ou par tout autre moyen de l'assiduité des élèves inscrits. »

— Par une autre circulaire, M. le ministre de l'instruction publique prescrit à MM. les recteurs de convoquer MM. les professeurs de Faculté, soit ensemble, soit séparément, pour délibérer sur les programmes de chaque cours, les coordonner entre eux. Dans ces programmes, qui seront soumis au comité de l'inspection générale, MM. les professeurs devront tracer le plan des principales parties de leurs cours et faire connaître approximativement le nombre des séances qu'ils ont l'intention d'y consacrer. Les programmes devront en outre laisser entrevoir la méthode et l'esprit qui présideront à l'enseignement.

— L'administration de la guerre s'occupe de l'installation des hôpitaux temporaires dont nous avons annoncé la fondation à Montpellier. Déjà l'hôpital de la Citadelle est entièrement disposé pour recevoir cinq cents malades; celui qu'on établit à Château-d'O ne sera achevé que vers la fin d'août. Le personnel médical de l'hôpital de la Citadelle, placé sous la direction de M. Goffres, est ainsi composé :

Médecins traitants : MM. Golfin, Ribes, Réné et Dumas, professeurs à la Faculté; — *médecin adjoint* : M. Louis Saurel; — *pharmacien adjoint* : M. Lutrand; — *internes* : MM. Battle, A. Jaumes, Bringuier, Collongues et Ronzier-Joly.

Les médecins destinés à faire le service de l'hôpital de Château-d'O sont : MM. les professeurs Jaumes et Benoît, MM. Parlier, Quissac et Bourely, agrégés. (*Revue thérap. du Midi.*)

— M. le docteur Th. Boeckel, qui s'occupe avec un zèle soutenu de la question de l'ozone, écrit dans la *Gazette médicale de Strasbourg* :

« Pendant les quatre premiers jours de juillet, l'ozonoscope a marqué trois fois *zéro* la nuit; et, sur quatre cas de choléra qui sont venus plus directement à ma connaissance, trois ont éclaté entre minuit et six heures du matin »

— Une des questions que l'Académie royale de médecine de Belgique a proposées pour le concours de 1855-1856 est ainsi conçue :

« Quelles sont les indications et les contre-indications des évacuations sanguines dans les maladies fébriles? »

Statuant sur une demande d'explications faite sur cette question, l'Académie a décidé, sur le rapport de sa deuxième section, qu'il faut entendre par *maladies fébriles* toutes les affections où il y a fièvre.

Errata. — Il s'est glissé deux fautes dans la lettre de M. Baudens, publiée dans notre dernier numéro. Dans l'avant-dernier alinéa, *au lieu de* l'action des cataplasmes à la glace, *lisez* : l'action de ce cataplasme à la glace. — Au dernier alinéa, *au lieu de* à ses élèves! Or dire, *lisez* : à ses élèves, et dire...

Traitement préservatif et curatif du choléra asiatique par l'acide sulfurique dilué et les bains salés. par le docteur Lepetit (1).

Au mois de décembre 1853, M. Lepetit publiait dans la *Gazette des Hôpitaux* un travail sur le traitement de la diarrhée cholérique, de la cholérine et du choléra par l'acide sulfurique dilué et les bains salés. Assez vivement controversé à cette époque, ce traitement a été l'objet d'expérimentations poursuivies avec persévérance, et c'est le résultat de ces patientes et louables investigations qu'il vient de réunir dans une brochure que nous avons sous les yeux.

Il expose rapidement les succès obtenus depuis 1851 par lui et par de nombreux confrères ; les cas de cholérine et de choléra ainsi traités sont au nombre de 393, sur lesquels on ne compte pas *une seule* terminaison funeste.

L'espace nous manque pour résumer même brièvement les aphorismes dans lesquels ce praticien distingué expose le traitement curatif et préservatif du choléra par les bains salés et l'acide sulfurique, par ce dernier surtout, sous l'influence duquel, pour nous servir de son expression, *la diarrhée disparaît comme un charme.* Contentons-nous de dire que de ses expérimentations résulte ce fait important, et désormais acquis à la science, que l'acide sulfurique dilué fait cesser la diarrhée dans l'espace de deux à quatre jours au plus, donné soit en boissons, soit en lavements, soit, dans les cas graves, des deux manières à la fois; qu'il est important, pour favoriser l'action du médicament, de diminuer et même de supprimer les boissons ; d'employer comme adjuvant du traitement principal, des bains très chauds et fortement salés, contenant environ 500 gr. de sel gris par décalitre d'eau. Un bain ordinaire d'adulte contient deux hectolitres d'eau, soit 10 kilogr. de sel.

Les succès obtenus par une médication aussi simple nous semblent faire un devoir aux praticiens de ne pas négliger, si une nouvelle épidémie se présentait, l'usage de la méthode qui a si bien réussi entre les mains du jeune et habile médecin auquel nous devons ce travail.

P.

(1) Brochure in-8°. Chez V. Masson. Prix : 2 fr.

Le Gérant.
Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8

N° 92. — MARDI 7 AOUT 1855. (28e ANNÉE.) N° 92. — MARDI 7 AOUT 1855.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, en face de l'Académie de médecine.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 6 AOUT 1855.

Expériences physiologiques sur les fonctions de la moelle.

Depuis un certain nombre d'années nous avons religieusement inscrit, à mesure de leur publication, les expériences physiologiques de M. Brown-Séquard sur les fonctions du système nerveux en général, et de la moelle en particulier. Tout récemment encore nous résumions la dernière communication que ce savant physiologiste a faite à l'Académie des sciences sur la voie de transmission des impressions sensitives de la moelle épinière. (Voir le numéro du 31 juillet.) Comme tout le monde, nous avons été frappé d'abord de l'étrangeté des résultats annoncés par cet expérimentateur. Ils étaient tellement en opposition avec ce que l'on savait, ou du moins ce que l'on croyait savoir jusqu'ici sur les fonctions des divers éléments de la moelle, que le premier sentiment qui les a accueillis a été un sentiment de doute et de défiance. Mais l'habileté bien connue de M. Brown-Séquard dans ce genre de recherches et sa bonne foi scientifique hors de tout soupçon durent bientôt faire place à une autre impression. Ses nombreuses communications à l'Académie des sciences ne tardèrent pas à convaincre qu'il fallait désormais compter avec lui. Tous les physiologistes se sont émus bientôt de la profonde perturbation que ses expériences jetaient dans les doctrines admises. De retour depuis peu en France, après un séjour de plusieurs années en Amérique, M. Brown-Séquard se présente de nouveau dans la lice avec un cortége de faits tellement imposant que l'on a jugé enfin le moment venu de les examiner sérieusement. C'est à la Société de biologie que revient l'honneur de cette initiative. Une commission composée de MM. Claude Bernard, Bouley, Broca, Giraldès, Goubaux et Vulpian a été chargée par cette Société savante d'assister aux expériences de M. Brown-Séquard, et d'en faire l'objet d'un rapport. Ce rapport, confié à la plume habile de M. Broca, a produit dans le monde savant une vive sensation. Nos lecteurs nous sauront gré d'en présenter ici un rapide résumé. Mais avant d'en exposer les principaux résultats, il est indispensable de rappeler en quelques mots l'état de la science sur ce point au moment où ont été entrepris les travaux qui paraissent destinés à en changer complétement la face.

La doctrine de Ch. Bell sur les fonctions des faisceaux de la moelle, après de vives et nombreuses contestations, avait fini par triompher de toutes les oppositions. Complétée et mieux précisée par les expériences confirmatives de MM. Magendie et Longet, elle était admise par la généralité des physiologistes et considérée jusqu'à présent comme à l'abri de toute attaque. Cette doctrine est trop connue pour que nous ayons besoin de la rappeler ici. Double fonction assignée à la moelle et en rapport avec les deux substances dont elle se compose : agent de communication entre les organes et l'encéphale par sa substance blanche ; organe affecté aux actions réflexes et aux phénomènes dit de *centralité* par sa substance grise ; facultés conductrices résidant tout entières dans les cordons de la substance blanche, dans les faisceaux postérieurs pour les impressions sensitives, dans les faisceaux antérieurs et latéraux pour le mouvement ; telles sont, en deux mots, les propositions qui résument cette théorie. C'est à la combattre et à en démontrer la fausseté que s'est attaché M. Brown-Séquard.

Neuf expériences ont été faites sur la moelle lombaire, et une seule sur la moelle cervicale. Un fait des plus importants que la commission a constaté dans ces expériences, c'est que la dénudation de la dure-mère rachidienne et celle de la moelle n'exercent qu'une action passagère, ou même quelquefois n'exercent aucune action sur la motilité et la sensibilité des membres pelviens. Il est arrivé plusieurs fois, il est vrai, aux commissaires, lorsque ce premier temps de l'opération était terminé, de constater une perturbation assez prononcée dans l'innervation du train postérieur, conformément à ce qui a été avancé par M. Longet ; mais cette perturbation n'a duré que quelques instants, et toujours en moins d'un quart d'heure on a vu revenir la sensibilité la plus normale et une motilité qui n'aurait rien laissé à désirer si la destruction de plusieurs arcs vertébraux et la section des muscles rachidiens n'avaient donné quelque incertitude à la démarche de l'animal. M. Brown-Séquard insiste beaucoup sur cette innocuité de la dénudation de la moelle, parce que c'est pour l'avoir méconnue que M. Longet a été conduit à renoncer aux sections partielles et à faire toutes ses expériences avec le galvanisme sur des moelles complétement coupées en travers. Il pense que l'insensibilité constatée par M. Longet sur les animaux dont la dure-mère était mise à nu a pu tenir à l'épuisement qui résulte, soit de l'intensité de la douleur, soit d'une hémorrhagie trop abondante.

La première expérience faite devant la commission a eu, en effet, pour résultat d'établir ce dernier fait.

Expérience I. — Sur un vieux cheval, M. Brown-Séquard met à nu la face postérieure des quatre premières vertèbres lombaires. Pendant cette opération, l'animal perd une grand quantité de sang (7 à 8 kilogrammes approximativement). L'opérateur incise longitudinalement la dure-mère et coupe transversalement les deux cordons sans que le cheval donne le moindre signe de douleur. L'animal, épuisé par l'hémorrhagie, et peut-être par la douleur, avait déjà perdu la sensibilité et le mouvement volontaire au moment où la section des cordons postérieurs de la moelle a pu être exécutée. Les troubles fonctionnels n'étaient pas limités au train postérieur ; ils existaient au même degré sur les membres thoraciques. L'animal n'a pas tardé à succomber.

Les résultats de cette première expérience ont été, comme on le voit, complétement nuls. L'animal, épuisé par l'hémorrhagie et peut-être par la douleur, avait déjà perdu la sensibilité et le mouvement volontaire au moment où la section des cordons postérieurs de la moelle a pu être exécutée. Mais ces troubles fonctionnels n'étaient pas limités au train postérieur ; ils existaient au même degré sur les membres thoraciques ; ils ne peuvent par conséquent être attribués à la dénudation de la moelle, et tout porte à les mettre sur le compte de l'hémorrhagie.

Cette cause d'erreur a été évitée, ainsi qu'on va le voir, dans l'expérience suivante :

Expérience II. — Dans cette seconde expérience, faite sur un mouton adulte, une hémorrhagie abondante s'étant produite après la mise à nu des quatre premières vertèbres lombaires, on l'arrêta avec du perchlorure de fer. Une seconde hémorrhagie, ayant eu lieu après qu'on eut mis à nu la dure-mère, fut arrêtée par la compression. La sensibilité, explorée un quart d'heure après, est trouvée égale sur les quatre membres. La dure-mère est alors incisée, et la moelle étant complétement dénudée dans une étendue de quatre centimètres, on constate de nouveau que la sensibilité et le mouvement sont exactement dans le même état qu'avant l'incision de la dure-mère. L'expérimentateur soulève à l'aide d'un ténaculum la totalité des cordons postérieurs et même une petite partie du cordon latéral de chaque côté, puis il coupe avec un bistouri toute la portion soulevée. Cette section provoque une douleur extrêmement vive. Après dix minutes de repos, l'animal est remis sur ses pattes, se tient debout et fait quelques pas ; après quoi il tombe, se relève et marche assez bien au bout d'un quart d'heure.

La sensibilité des membres, explorée à diverses reprises, est toujours trouvée normale ; elle est même exagérée aux membres abdominaux.

La moelle directement explorée avec une aiguille, et alternativement sur les deux segments, on constate chaque fois, avec la même constance, que l'excitation du segment *céphalique* des cordons postérieurs provoque une douleur manifeste, assez passagère, et que l'excitation du segment *caudal* éveille une *douleur beaucoup plus vive, beaucoup plus durable*, accompagnée quelquefois de mouvements convulsifs de la totalité du corps.

On irrite comparativement les cordons postérieurs à 1 centimètre au-dessus et au-dessous de la surface de la section. Le résultat est exactement le même.

On explore ensuite la substance grise. Une épingle enfoncée entre les deux lèvres de la section est dirigée successivement dans la substance grise, la commissure blanche et pénètre jusque dans le disque inter-vertébral correspondant. On traverse ainsi toute la moelle, à l'exception des cordons postérieurs, qui sont déjà coupés à ce niveau. L'animal ne s'aperçoit même pas de cette opération. Et cependant une vive agitation, lorsqu'on pique de nouveau les cordons postérieurs, prouve que l'animal est encore très sensible à la douleur.

Cette expérience, dont tous les membres de la Société de biologie ont été témoins, a paru aux commissaires prouver d'une manière irrécusable :

1° Que la dénudation de la dure-mère et celle de la moelle laissent persister la sensibilité et le mouvement dans le train postérieur ;

2° Que cette sensibilité persiste encore après la section des cor-

---

EXTRAIT D'UN RAPPORT

LU A LA SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DU XIIe ARRONDISSEMENT DE PARIS

sur les faits de variole, de varioloïde et de vaccine observés dans cet arrondissement pendant l'année 1854,

Par M. Vergne.

Les faits de variole, varioloïde observés dans le XIIe arrondissement pendant l'année 1854, et qu'on a pu réunir dans ce rapport d'après les renseignements puisés auprès des médecins de l'assistance publique, s'élèvent à 357, qui se répartissent comme il suit :

Sexe masculin. 197
Sexe féminin. 160

Considérés sous le rapport de l'âge, on trouve :

Agés de 1 jour à 15 ans. 257
— de 15 ans à 50 ans. 85
— de 50 ans et au-dessus. 15

Si nous avons égard à la nature ou plutôt à la gravité de l'affection, les 357 faits observés se divisent comme il suit :

SEXE.	VARIOLE CONFLUENTE.	VARIOLE DISCRÈTE.	VARIOLOÏDE.
Masculin. . .	27	36	21
Féminin. . .	19	39	32
Totaux. . . .	46	75	53

Outre les 46 cas de variole confluente, plusieurs confrères ont rencontré quelques cas, lesquels, sans présenter toute la gravité d'une variole confluente proprement dite, ne pouvaient pas cependant être regardés comme appartenant à une variole discrète ; ils l'ont, en conséquence, désignée par le nom de variole *semi-confluente* : le nombre en a été de 13, savoir, 5 du sexe masculin et 8 du sexe féminin.

Si nous ajoutons les 13 cas de variole semi-confluente à ceux de variole confluente et varioloïde déjà mentionnés, nous obtenons un total de 187 cas bien déterminés.

Il reste 170 cas sur lesquels il a été impossible de se fixer d'une manière positive, faute de renseignements précis qui permissent de les rattacher à l'une des quatre catégories indiquées plus haut.

Sur les 187 sujets atteints de variole, 17 ont succombé, savoir :

Hommes ou enfants. 6
Femmes ou petites filles. 11

Les 17 décès ont été fournis par des sujets dont 9 étaient atteints de variole confluente et 8 de variole discrète.

Si nous cherchons à diviser les cas observés en ceux fournis par des personnes vaccinées et ceux fournis par des personnes qui ne l'étaient pas ou l'étaient d'une manière irrégulière, nous trouvons :

Vaccinés. . . . . . . 173, traces très évidentes.
Non vaccinés. . . . . 75, absence complète de traces.
Incertains. . . . . . 19, quelque trace de nature douteuse.
Sans renseignements. . 90.

Parmi ces 90 sujets, une vingtaine environ ont déclaré avoir été vaccinés ou avoir eu la variole à une époque plus ou moins rapprochée de leur naissance. Malgré ces assurances, dont plusieurs étaient fournies par les parents, les confrères qui ont examiné ces sujets, n'ayant pu constater aucune trace positive soit de vaccine, soit de variole, ont dû nécessairement rester dans un doute que la prudence leur prescrivait.

Ainsi, nous pouvons résumer tous les faits dans le tableau suivant :

SEXE.	VARIOLE confluente.	VARIOLE semi-confluente.	Variole discrète.	Varioloïde	Vaccinés	Non vaccinés	Vaccinations incertaines.	Morts.
Masculin. .	27	5	36	21	81	40	9	10
Féminin. .	19	8	39	32	92	35	10	7
Totaux. . .	46	13	75	53	173	75	19	17 (1)

1° Des 59 sujets atteints de variole confluente ou semi-confluente, 9 seulement avaient été vaccinés, et ils l'avaient été à une époque très rapprochée de leur naissance, et leur âge variait de vingt à cinquante ans au moment où la variole se montra chez eux ; 41 n'avaient pas été vaccinés. Chez l'un la vaccine avait été incertaine, et très irrégulière chez les deux autres.

2° C'est tout le contraire pour les sujets atteints de variole discrète et varioloïde. Le nombre en est de 128, sur lesquels 107 portaient des traces évidentes de bonne vaccination ; 19 présentaient des marques de variole plus ou moins ancienne ; 2 seulement n'avaient évidemment pas été vaccinés.

(1) Dans ce nombre figure un enfant de huit à dix jours, chez lequel la vaccine et la variole marchaient concurremment. La mère a succombé pendant une varioloïde et dans l'état puerpéral.

dons postérieurs, dits cordons sensitifs de la moelle, et que par conséquent ces cordons ne sont pas indispensables pour la transmission des impressions sensitives;

3° Que, loin d'abolir la sensibilité, la section des prétendus cordons sensitifs s'accompagne d'une hyperesthésie des membres abdominaux;

4° Qu'après cette section, le segment caudal de la moelle est plus sensible que le segment céphalique, ce qui renverse toutes nos connaissances sur la direction des courants nerveux;

5° Qu'enfin la substance grise est insensible par elle-même.

On vient de voir une expérience qui démontre l'insensibilité de la substance grise; l'expérience troisième du rapport a pour objet de montrer que, bien qu'insensible par elle-même, la substance grise est le véritable conducteur de la sensibilité.

EXPÉRIENCE III. — La moelle lombaire d'un lapin étant mise à nu et la dure-mère incisée, l'expérimentateur pratique la section des faisceaux postérieurs de la moelle. L'animal accuse par ses cris et son agitation une vive douleur, qui se calme promptement.

Immédiatement après, on constate que la sensibilité et le mouvement sont complétement abolis dans tout le train postérieur et persistent, au contraire, comme auparavant dans le reste du corps. On explore directement avec une aiguille les deux segments de la moelle. Le segment céphalique est très sensible, le segment caudal est, au contraire, tout à fait insensible. On peut le piquer, le pincer, le tirailler sans que le lapin s'en aperçoive.

Dans l'opération, la section avait dépassé les limites convenues; elle avait intéressé non-seulement les cordons postérieurs, mais encore une partie des cordons latéraux; la commissure grise avait été coupée en travers. Mais les cordons antérieurs étaient restés intacts.

En rapprochant ce fait du précédent, on arrive à cette conclusion que la substance grise, quoique insensible par elle-même, est cependant chargée de transmettre au cerveau les impressions sensitives. En effet, dans l'expérience onzième, on a vu les membres abdominaux et l'extrémité caudale de la moelle rester sensibles après la section des seuls faisceaux postérieurs; dans l'expérience troisième, la section pénètre un peu plus profondément; elle atteint la commissure grise, et aussitôt la sensibilité disparaît complétement.

On a vu jusqu'ici le sentiment persister après la section des cordons postérieurs, d'où l'on est porté à conclure que la transmission des impressions sensitives ne s'effectue pas le long de ces cordons; d'autres expériences d'un autre genre déposent dans le même sens: elles consistent à couper transversalement la totalité de la moelle lombaire, à l'exception des cordons postérieurs (expériences IV et V); on y voit la sensibilité disparaître d'une manière complète, bien que les cordons postérieurs restent parfaitement intacts.

L'une de ces expériences, la cinquième, montre un phénomène qui renverse toutes les idées reçues sur les fonctions de la moelle.

On se borne à écarter l'un de l'autre les deux faisceaux postérieurs; puis, à travers le sillon qui les sépare, on va diviser verticalement le reste de la moelle; mais le scalpel fait un léger écart et blesse l'un des cordons antérieurs. D'après la théorie reçue, il semblerait que, les cordons postérieurs ou sensitifs étant conservés, la sensibilité doit être intacte et que la motilité seule doit être compromise, puisque l'un des faisceaux moteurs était lésé. C'est le contraire qui est arrivé: c'est la sensibilité qui a disparu, tandis que la motilité a persisté.

Une autre série d'expériences, ayant toutes consisté, comme la onzième, dans la section isolée des cordons postérieurs, démontre que dans tous les cas la dénudation de la moelle a laissé persister toutes les fonctions de cet organe, que plusieurs fois la dure-mère a donné des signes non équivoques de sensibilité, que constamment la section des cordons postérieurs a été douloureuse, qu'elle a été suivie immédiatement d'une hyperesthésie des membres abdominaux, et que constamment aussi le segment caudal de la moelle s'est montré beaucoup plus sensible que le segment céphalique.

Parmi les faits que cette série d'expériences a révélés, le plus remarquable et le plus embarrassant, c'est l'hyperesthésie des parties du corps situées au delà de la section des cordons postérieurs. Et pour qu'il soit bien entendu que cette hyperesthésie n'est pas un fait éventuel, un accident passager, la commission s'est assurée qu'elle s'est reproduite constamment, et elle l'a constatée six jours après l'expérience, sans aucun changement et tout aussi prononcée qu'au moment où elle venait de se produire.

Dans l'une des expériences qui ont servi à établir ce fait, il s'est présenté une particularité qui le met encore mieux en évidence. Les deux cordons postérieurs de la moelle ont été lésés chez un chien (exp. VII), et comme conséquence on a constaté un état manifeste d'hyperesthésie dans les deux membres abdominaux; mais le cordon postérieur gauche a été moins profondément atteint que le droit, et, comme conséquence encore, on a trouvé que l'hyperesthésie des membres abdominaux était moins prononcée à gauche qu'à droite: d'où il semblerait résulter que la sensibilité s'accroît à mesure qu'on blesse plus profondément les cordons postérieurs. En d'autres termes, l'exagération de la sensibilité semble proportionnelle au nombre des fibres divisées.

« On n'a pas oublié, dit le rapporteur, que cette hyperesthésie n'existe pas seulement sur l'extrémité périphérique des nerfs, et qu'elle est très prononcée aussi, plus prononcée peut-être, sur le segment caudal des cordons postérieurs divisés. On a vu qu'en piquant ce segment caudal on provoque des douleurs beaucoup plus vives qu'en irritant le segment céphalique. Mais la douleur ne peut être perçue qu'à la condition que les impressions soient transmises au *sensorium* par l'intermédiaire d'un organe conducteur. Or, après la section des cordons postérieurs, l'excitation du segment caudal éveille de la douleur; donc il y a entre ce segment caudal et l'encéphale une transmission sensitive qui ne peut s'effectuer que par l'intermédiaire de la partie encore intacte de la moelle, c'est-à-dire par la substance grise, ou par le cordon antéro-latéral. »

Les expériences précédentes (III et IV) ont suffisamment démontré que le cordon antéro-latéral ne saurait prendre aucune part à cette transmission, les faisceaux de substance blanche n'étant pas conducteurs de la sensibilité. D'ailleurs, on sait que les cordons postérieurs n'ont aucune connexion avec les cordons antéro-latéraux. Le segment caudal, après la section de ces faisceaux, ne peut donc être mis en communication avec l'encéphale que par l'intermédiaire de la substance grise que les précédentes expériences nous ont apprise être seule douée de la propriété conductrice.

Comment s'établit la transmission sensitive entre le segment caudal des faisceaux postérieurs coupés et la substance grise conductrice qui doit transmettre à son tour l'impression au *sensorium*? C'est ce que M. Brown-Séquard a cherché à expliquer, après avoir constaté toutefois, par une des expériences les plus ingénieuses et les plus délicates, que les choses se passaient ainsi. Une seule explication plausible se présente à l'esprit: elle consiste à admettre dans les faisceaux postérieurs de la moelle épinière un double courant de fibres ascendantes et de fibres descendantes, ces dernières plus nombreuses même que les premières, et allant rejoindre obliquement la substance grise au-dessous du point où la dissection s'est arrêtée. Ce qui n'était d'abord qu'une hypothèse née dans l'esprit de l'auteur pour expliquer un fait inexplicable sans elle est devenu, grâce à une expérience qu'il serait trop long de reproduire, et qui a paru décisive aux yeux de la commission, un fait démontré. Les commissaires sont restés convaincus, en effet, par les démonstrations qu'en a faites sous leurs yeux M. Brown-Séquard, que les faisceaux postérieurs, seule partie réellement sensible de la moelle, soutirent leur sensibilité de la substance grise où leurs fibres vont aboutir. « Contrairement à tout ce qu'on pouvait prévoir, dit le rapport, la plupart de ces fibres sont descendantes ou centrifuges, et ainsi s'explique sans doute l'inégale sensibilité des deux segments après la section des cordons postérieurs. »

Nous ne pouvons, à notre grand regret, suivre dans tous ses commentaires et dans les détails multipliés de sa savante analyse l'œuvre de M. le raporteur. Nous tenions avant tout à faire ressortir de ce remarquable travail les faits principaux qu'il a eu pour objet de mettre en lumière. Or, des constatations faites par la commission il résulte, en résumé, que, contrairement aux idées reçues jusqu'à présent sur les fonctions de la moelle, les cordons postérieurs peuvent être divisés sans que la sensibilité ni la motilité soient abolies; que ces deux fonctions sont abolies lorsqu'on coupe la substance grise en travers; que l'intégrité des cordons antéro-latéraux n'empêche pas la perte de la motilité, et que l'intégrité des cordons postérieurs n'empêche pas la perte du sentiment; que la section des fibres postérieures de la moelle, loin d'anéantir l'innervation dans les parties où ces fibres paraissent se distribuer, y développe, au contraire, une sensibilité exagérée; qu'enfin, lorsque les faisceaux postérieurs ont été coupés, la transmission sensitive continue à se faire entre leur segment caudal et la substance grise conductrice qui transmet l'impression au *sensorium* par l'intermédiaire des fibres descendantes rejoignant obliquement la substance grise au-dessous du point où la dissection s'est arrêtée, fibres descendantes que le raisonnement a obligé d'admettre *à priori*, et dont une expérience décisive, au dire des commissaires, a démontré l'existence.

Les recherches de M. Brown-Séquard tendent, comme on le voit, à ruiner complétement la doctrine de Ch. Bell et de ses continuateurs; le sentiment beaucoup plus explicite de la commission, aux termes du rapport, est même que cette ruine est accomplie. Quelle doctrine l'ingénieux et habile expérimentateur dont nous venons de résumer sommairement les travaux lui substituera-t-il? C'est ce que ni le rapporteur ni l'auteur lui-même ne nous disent point encore. Nous devons nous borner à inscrire les faits constatés, et à les conserver comme pierres d'attente d'un édifice nouveau. La physiologie expérimentale suffira-t-elle à elle seule à cette œuvre importante? Le spectacle même de ce qui se passe en ce moment doit nous faire tenir à cet égard sur une grande réserve. C'est sur la physiologie expérimentale que s'appuyait aussi la doctrine que la physiologie expérimentale vient de renverser.

Que les expériences de M. Brown-Séquard soient plus nettes, plus précises et plus rigoureuses que celles de ses prédécesseurs, qu'il ait su les mettre à l'abri des causes d'erreurs qu'avant lui on n'avait pas su éviter, nous le croyons, puisque la commission l'affirme. Mais, en admettant que celles-ci résistent à tout contrôle et que l'habileté de l'expérimentateur et le jugement de ses collègues soient tenus comme également infaillibles, cela suffira-t-il encore pour imposer la nouvelle doctrine contenue en germe dans ces expériences? Rappelons-nous ces sages paroles de M. Andral que nous citions il y a huit jours et qui ont si bien ici leur à-propos: « Un fait physiologique, quel qu'il soit, ne peut être regardé » comme hors de toute contestation et avoir acquis toute la certi- » tude désirable que lorsque, repris tour à tour par l'expérimenta- » tion, par l'observation de l'homme sain ou malade, par l'anatomie » comparée, il est resté inébranlable et s'est présenté toujours le » même. »

Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. SANDRAS.

De l'albuminurie dans les maladies nerveuses.

Dans ces dernières années, un grand nombre de travaux ont été faits sur les altérations de l'urine dans les maladies et, entre autres, dans les maladies nerveuses. Quelques auteurs étrangers ont signalé la présence de l'albumine et du sucre de glucose dans les urines

---

3° L'influence préservatrice de la vaccine se manifeste d'une manière bien évidente lorsqu'on examine les faits relatifs aux décès qui sont survenus 9 fois à la suite de variole confluente, 8 fois à la suite de variole discrète.

En effet, de ces 17 sujets, 10 n'avaient pas été vaccinés, 7 l'avaient été ou disaient l'avoir été. Mais ce qui est digne de remarque, c'est que les vaccinés qui ont succombé étaient tous âgés de vingt-cinq à trente-deux ans. Je n'ai à signaler qu'une seule exception: elle porte sur un enfant de huit à dix jours, chez lequel la variole et la vaccine ont marché concurremment. Cette exception, évidemment, n'a aucune signification.

Ainsi, de ce qui précède il résulte un fait qui depuis longtemps déjà avait été constaté et proclamé par les propagateurs les plus zélés de l'immortelle découverte de Jenner, savoir: que l'action du virus vaccin n'a pas une durée illimitée; que sa vertu préservatrice va s'affaiblissant peu à peu, et finit par disparaître complétement après un temps plus ou moins long, sur la durée duquel on est loin d'être d'accord.

S'il est vrai, comme on l'a dit et répété si souvent, que la machine humaine ne peut fonctionner qu'à la condition d'user peu à peu les instruments dont elle se sert comme ceux dont elle se compose, comment s'étonner que le virus vaccin, jeté dans l'économie, subisse la loi commune après une série plus ou moins considérable d'évolutions et de rénovation? Quelle conséquence tirer de cette importante remarque? Elle est des plus simples: c'est qu'après un certain temps, après un certain nombre d'années, il faut recourir de nouveau à l'agent préservateur, il faut pratiquer la revaccination.

Les praticiens, il faut l'avouer, sont loin d'être parfaitement d'accord sur la durée de la vertu préservatrice du virus vaccin, et dès lors il est assez difficile de déterminer d'une manière précise le moment où la revaccination devient utile, et surtout nécessaire.

Des faits nombreux, et de ceux fournis par les documents officiels mis à notre disposition, il résulte que rarement la variole atteint les vaccinés dans la première enfance, rarement elle les frappe avant l'âge de quinze à dix-huit ans. Du reste, on peut sans crainte devancer cette époque; en agissant prématurément, on s'expose tout au plus à pratiquer inutilement une opération bien simple, et dans tous les cas bien inoffensive. Cette revaccination reste alors sans nul effet et comme non avenue. C'est ce qui est arrivé, c'est ce qui arrive journellement à ceux de nos confrères qui pratiquent un grand nombre de ces opérations.

De plus, nous ne sommes pas bien certains que le virus vaccin n'aille pas en s'affaiblissant de jour en jour depuis le moment de sa découverte jusqu'à l'époque actuelle. Sans entrer dans l'examen de cette question, qui nous entraînerait trop loin, je me bornerai à dire que dans le cas où cet affaiblissement serait démontré d'une manière positive, irrécusable, nous serions tout naturellement conduits au remède, c'est-à-dire à l'inoculation du cow-pox.

Pour terminer, il me reste à signaler les faits de vaccine observés pendant cette année de 1854. Le relevé des registres tenus à cet effet dans les quatre maisons de secours constate que 1,760 vaccinations ou revaccinations y ont été pratiquées par les médecins attachés à l'assistance publique. Il en a été pratiqué en dehors des bureaux de charité 230, sur lesquelles 191 vaccinations et 49 revaccinations.

Mais ce n'est pas là évidemment le nombre total des opérations de ce genre qui ont dû être et ont été certainement pratiquées dans le 12e arrondissement; presque toujours, en effet, les raisons qui n'ont pas permis d'obtenir des renseignements précis sur les faits de variole, etc., se sont également opposées à ce qu'il en fût donné sur les faits de vaccine.

Je l'ai dit en commençant, j'aurais été heureux de pouvoir vous présenter un travail plus complet; la question en vaut la peine, en ce moment surtout où quelques esprits, pleins d'intelligence sans nul doute et guidés par les meilleures intentions du monde, j'en suis certain, mais poussés par une idée erronée et regrettable, ne demandent rien moins que de voir interdire d'une manière absolue la pratique de la vaccine, au moment où les adversaires de la découverte de Jenner accusent la vaccine d'être la source, sinon de tous les maux qui accablent la pauvre humanité, au moins d'une affection tout aussi meurtrière que la variole, si elle ne l'est pas davantage: j'ai nommé la *fièvre typhoïde*.

J'aurais voulu pouvoir tirer des documents fournis par les médecins attachés au bureau de bienfaisance et de ceux recueillis auprès de nos autres confrères de l'arrondissement toutes les indications qu'ils comportent et en déduire toutes les conséquences qui en découlent; je n'ai pas la prétention d'y avoir réussi; j'ai fait tous mes efforts pour atteindre le but que nous nous sommes proposé, celui de venir en aide à l'autorité municipale, à laquelle la Société médicale du 12e arrondissement sera toujours heureuse de porter le tribut de son zèle et de ses efforts dans toutes les questions qui ont pour objet l'amélioration de la santé publique.

---

des sujets névropathiques, et même ils paraissaient avoir exagéré la fréquence de ces altérations. Pour ce qui concerne spécialement l'albuminurie, il est maintenant établi pour tout le monde qu'elle est très fréquente dans les cas de convulsions puerpérales. Aussi n'est-ce pas dans l'éclampsie que nous nous proposons de l'étudier, mais seulement dans des maladies nerveuses diverses, le plus souvent de forme paralytique, quelle que soit du reste l'influence sous laquelle elles se sont montrées.

Quoique nous ayons constaté la présence de l'albumine dans les urines d'un grand nombre de sujets atteints de maladies nerveuses, il nous est encore impossible de fixer d'une manière précise le degré de fréquence de cette altération, de dire avec certitude dans quelles maladies, dans quelle période de la maladie elle se montre de préférence, d'établir en un mot les relations qui existent entre l'albuminurie et les maladies nerveuses.

Aussi nous contenterons-nous, pour ne rien préjuger, de ce simple énoncé : les affections nerveuses graves sont souvent accompagnées d'albuminurie, et nous allons citer quelques cas récents à l'appui de cette proposition.

Obs. I. — Un homme de soixante ans, atteint de paralysie générale progressive, est mort il y a quelque temps dans la salle de l'Ange-Gardien.

Il avait dans les dernières semaines de sa vie une anasarque avec ascite, et ses urines contenaient une grande quantité d'albumine. Cette modification de la sécrétion urinaire et l'hydropisie qui en résultait ne s'étaient montrées qu'à une période très avancée de sa paralysie progressive. Nous en avons la preuve certaine dans les analyses de ses urines faites à différentes époques. Quand il est entré à l'Hôtel-Dieu, il était déjà au seizième mois de sa maladie, et à cette époque ses urines ont été à plusieurs reprises traitées par la chaleur et l'acide azotique. Jamais elles ne nous ont présenté la moindre trace d'albumine. Déjà quelques mois auparavant ses urines avaient été examinées par un célèbre médecin de Paris, qui n'y avait pas rencontré d'albumine.

C'est donc environ vers le dix-huitième mois de sa paralysie progressive que ce malade a été atteint d'albuminurie, alors que la maladie nerveuse était très avancée, et tellement grave que six semaines plus tard elle déterminait la mort.

A l'autopsie, les reins ont présenté ce mélange d'anémie et d'hypérémie qui caractérise le deuxième et le troisième degré de la maladie de Bright. Il est donc évident que dans ce cas l'émission de l'albumine par les urines et l'altération de reins se sont développées consécutivement à la paralysie. Mais la corrélation qui unit ces deux maladies est tellement obscure qu'on serait tenté de croire à une simple coïncidence, si on ne les voyait se développer parallèlement dans bon nombre d'autre cas.

Obs. II. — Au n° 5 de la salle Sainte-Marie, est encore actuellement couchée une femme de trente ans, qui a éprouvé des accidents nerveux très graves et très variés. Depuis de longues années elle était en proie à une cachexie chloro-anémique qui allait toujours en augmentant, quand au mois de juin 1854 elle vit d'abord ses membres inférieurs, puis ses membres supérieurs envahis par une paralysie qui, croissant rapidement, la priva bientôt de tous ses mouvements. Elle était complétement paralysée, quand au mois d'octobre dernier elle entra à l'Hôtel-Dieu. Bientôt des accidents d'une autre forme se manifestèrent : elle fut pendant quatre ou cinq jours en proie à un délire nerveux très intense, qui a été victorieusement combattu par l'opium à haute dose. Quelques semaines plus tard elle perdit totalement la vue en une nuit, et pendant quarante-huit heures fut plongée dans une cécité complète, qui se dissipa ensuite en quelques jours. Enfin, à cinq reprises différentes elle a présenté des attaques épileptiformes qu'elle n'avait jamais eues avant le début de sa paralysie, et qui n'ont pas reparu depuis qu'elle tend vers la guérison, car depuis quatre mois l'état de cette malade est tellement amélioré qu'il ne lui reste aujourd'hui, de tous ses accidents, qu'un peu de faiblesse des avant-bras.

Quand cette malade entra à l'hôpital ses urines contenaient une petite quantité d'albumine, et elles ne cessèrent d'être albumineuses pendant toute la période de manifestation de ces graves accidents nerveux. Mais depuis que ceux-ci ont disparu, depuis que la paralysie tend vers une prochaine guérison, les urines sont redevenues tout à fait normales et ne présentent pas la plus petite trace d'albumine.

Obs. III. — Enfin, comme dernier exemple de maladie nerveuse grave avec albuminurie concomitante, nous citerons l'observation d'une femme qui est morte le 6 juin, au n° 1 de la salle Sainte-Monique.

Cette femme, âgée de trente et un ans, eut il y a six ans une première grossesse qui se passa sans accident aucun, et se termina par un heureux accouchement. Mais quelques jours après son accouchement elle devint presque subitement très malade. D'après ce qu'elle raconte, elle paraît avoir eu des alternatives de manie aiguë et de paralysie, et bientôt un œdème général. Cet état dura environ onze mois, et pendant tout ce temps elle avait une boulimie qui lui faisait avaler des quantités énormes de substances alimentaires broyées et mélangées ensemble sans aucun art.

Au bout de onze mois les accès de manie et l'anasarque disparurent, de même que la paralysie, qui devait être très étendue, car elle dit qu'elle ne pouvait remuer ni bras ni jambes. Elle était très débilitée ; peu à peu ses forces revinrent, mais jamais complétement, et depuis cette maladie elle est toujours restée dans un état de langueur accompagné de souffrances diverses, telles que céphalalgie, étourdissements, douleurs abdominales, perte momentanée d'appétit. Néanmoins elle travaillait; mais souvent son travail était interrompu pour plusieurs jours.

Au mois de novembre dernier, sans être plus souffrante que de coutume, elle fut prise subitement de douleurs de tête très violentes, avec impossibilité de s'exprimer et de se tenir debout. Quelques jours plus tard, ces accidents avaient disparu ; mais ils se reproduisirent cinq ou six fois depuis le mois de novembre jusqu'au mois de mai.

Elle avait précisément une de ces attaques quand elle nous fut amenée le 23 mai. Il lui était impossible de s'exprimer, c'est-à-dire qu'il ne sortait de sa bouche que des paroles sans suite et sans signification, qui n'étaient pas celles qu'elle voulait prononcer. Elle paraissait comprendre les questions, mais ne pouvait y répondre. Elle paraissait souffrir beaucoup de la tête et du ventre; la face était très infiltrée, mais le reste du corps ne l'était pas. Les yeux présentaient un strabisme convergent et une amaurose incomplète ; nous avons su plus tard que le strabisme avait toujours existé, mais à un moindre degré, et que la vue baissait depuis le mois de juillet précédent. Le pouls était peu développé, assez fréquent ; la peau pâle, à sa température normale. Les urines contenaient une grande quantité d'albumine. — Limonade nitrique; vésicatoire à la nuque.

Le 24, la parole revenait un peu, et le 25 elle était entièrement revenue ; mais la malade souffrait toujours beaucoup de la tête et du ventre, surtout dans le flanc gauche, et cette douleur pouvait être rapportée au rein. L'œdème de la face était le même. — Pilules de Vallet; limonade nitrique.

Les jours suivants, les mêmes symptômes persistèrent, tantôt plus faibles, tantôt plus forts ; elle eut de plus des vomissements et, vers le 1er juin, fut prise d'épistaxis qui se reproduisirent plusieurs fois et nécessitèrent deux tamponnements. Enfin la malade mourut le 6 juin. Dans les derniers jours, l'œdème de la face avait un peu diminué, ainsi que la quantité d'albumine de l'urine.

A l'autopsie, tous les organes furent trouvés parfaitement sains, sauf les reins. Le cerveau, les viscères thoraciques et abdominaux ne parurent nullement altérés. Mais les reins présentaient à peu près le degré le plus avancé de la maladie de Bright, le sixième de M. Rayer ; ils étaient diminués de volume, durs et inégaux à leur surface, parsemée d'un grand nombre de taches laiteuses. A la coupe, la substance médullaire présente une teinte d'un blanc rosé légèrement jaunâtre, avec quelques vaisseaux injectés. La substance corticale est presque complétement envahie par des granulations blanchâtres étendues, envahissant l'espace compris entre les cônes. Les deux reins sont semblables et malades au même degré.

Dans ce cas, les accidents nerveux et l'albuminurie paraissent avoir toujours marché parallèlement. Si dans les antécédents nous prenons l'œdème pour signe de la présence de l'albuminurie dans les urines, nous voyons qu'albuminurie et accidents nerveux ont débuté ensemble, qu'ils ont cessé ensemble pour reparaître ensuite et s'accompagner jusqu'à la mort.

D'après l'examen de ces trois cas, on voit que l'albuminurie peut se montrer dans une période déjà avancée de la maladie nerveuse, qu'elle peut disparaître avant celle-ci, que maladie nerveuse et albuminurie peuvent se montrer simultanément. Mais il est aussi des cas dans lesquels l'apparition des urines albumineuses précède celle des accidents nerveux. C'est ce qui a été noté surtout à propos de l'amaurose, par M. Landouzy.

Dans deux des cas que nous venons d'analyser, il y a eu perte de la vue; mais dans l'un elle a été très éphémère, et dans l'autre elle a été incomplète. Mais comme dans ces deux cas l'amaurose se montrait au milieu d'une foule d'autres accidents nerveux, elle ne peut nous servir en rien pour établir les rapports de ces deux affections qui nous occupent. Il est probable qu'il y a une grande ressemblance, sinon identité, entre la cachexie sous l'influence de laquelle se montrent certains accidents nerveux et celle que produit le passage de l'albumine dans les urines. Quant à l'altération des reins observée dans des cas analogues, elle ne saurait être la cause ni des accidents nerveux, ni de l'albuminurie ; elle se développe sous l'influence de l'altération de la sécrétion urinaire, qui est elle-même l'effet d'un état général mal déterminé.

FRACTURE COMMINUTIVE.

Amputation spontanée. — Guérison.

Par M. Nieto.

Obs. — Un homme de trente ans reçut une balle qui traversa la jambe, en brisant la partie inférieure du tibia et du péroné, avec dégât considérable des parties molles. La gangrène se déclara, et marcha avec une rapidité telle qu'au bout de peu de jours tout espoir semblait perdu, et qu'un homœopathe même n'osa prescrire un seul globule. S'il eût pu prévoir la suite!...

Cependant la nature opéra une réaction telle, que peu à peu le pied se détacha en entier. Il ne resta plus alors au chirurgien qu'à faire une sorte de raccourtement du moignon, en formant un lambeau avec des chairs saines restées exubérantes à la partie postérieure du membre, et en égalisant les surfaces osseuses, moitié par l'ablation des esquilles, moitié par quelques traits de scie. Il y eut peu de sang répandu, à cause de l'oblitération produite par la gangrène des principaux troncs artériels. Sauf un abcès de la partie antérieure de la jambe, le rétablissement eut lieu sans accidents et fut complet. (*El Siglo medico.*)

Nous ne pouvons dire ce qui serait arrivé si on avait procédé à l'amputation immédiatement après l'accident ou pendant le travail gangréneux; toujours est-il que l'on n'aurait pas pu avoir une terminaison plus favorable. Si ce fait plaide en faveur de la temporisation dans les plaies par armes à feu et dans les cas de gangrène, nous ne le considérons pas moins comme d'une mauvaise pratique, car pour un cas de guérison combien de fois, dans des cas de cette nature, n'aurait-on pas à déplorer des revers !

THUYA OCCIDENTALIS

contre les excroissances vénériennes.

Le docteur hongrois S. Brecher assure s'être bien trouvé de l'emploi externe du thuya occidentalis dans le traitement d'excroissances vénériennes rebelles qui avaient résisté à l'action du mercure, à la cautérisation et à l'excision. La teinture qu'il emploie est ainsi préparée selon Leo :

Feuilles de thuya occidentalis. . . . . . 3 parties.
Alcool rectifié. . . . . 6 —

(*Ann. de la Flandre occid.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 30 juillet 1855. — Présidence de M. Regnault.

Sur l'absorption dans la période algide du choléra. — M. Thomas lit un travail dans lequel il se propose de réfuter l'opinion des médecins qui soutiennent que la puissance absorbante de la peau et des muqueuses est éteinte dans la période algide du choléra asiatique.

L'auteur s'attache à prouver que l'opinion qu'il combat, désolante pour le médecin, qu'il condamne à l'inaction au moment du plus grand danger, n'est en aucune manière justifiée par les faits. Il annonce, en effet, avoir depuis 1832 recueilli un grand nombre d'observations qui prouvent que la puissance d'absorption persiste chez les cholériques depuis longtemps glacés; il n'en rapporte d'ailleurs qu'une seule, que nous avons déjà reproduite.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 25 juillet 1855. — Présidence de M. Gosselin.

Le procès-verbal est lu et adopté.

M. Monod, n'ayant eu que ce jour même connaissance de la rectification que M. Maisonneuve avait cru devoir faire annexer au procès-verbal de la séance précédente, rétablit les faits tels qu'ils se sont passés.

— M. Verneuil communique au nom de M. le docteur Letorsay, ancien élève de l'hôpital du Midi, médecin à Illiers (Eure-et-Loir), l'observation suivante :

Transmission d'accidents syphilitiques secondaires d'un enfant nouveau-né à la nourrice. — Alexandrine Baudon, trente et un ans, mariée depuis huit années, tempérament nerveux, faible constitution, atteinte à trois reprises différentes d'affections aiguës de la poitrine, accoucha vers la fin d'avril 1850.

Au mois d'août de la même année, elle vint à Paris chercher un nourrisson. Il était né depuis deux jours de parents peu aisés du 11e arrondissement et d'apparence fort chétive. La nourrice remarqua une rougeur assez prononcée de toute la surface du corps, et sur les bras seulement quelques croûtes, qui disparurent au bout de cinq semaines. Elle vit apparaître ensuite et successivement une ophthalmie légère, puis des bulles et des pustules aux parties génitales, au pourtour de la bouche et du nez.

L'état de l'enfant s'aggravant de jour en jour, M. Letorsay fut consulté dans le mois de décembre, et constata une affection syphilitique des mieux caractérisées et parvenue à un degré tel que la guérison ne pouvait être espérée. La mort survint, en effet, dans les premiers jours du mois de janvier.

La nourrice manifesta la crainte d'avoir contracté quelque mal par l'allaitement : le sein droit présentait près du mamelon et à la partie inférieure de celui-ci deux pustules, dont l'une était déjà ulcérée ; il y avait un léger engorgement des ganglions de l'aisselle. M. Letorsay, ne croyant pas à cette époque que la syphilis pût se transmettre de l'enfant à la nourrice lorsqu'il n'existait aucun accident primitif, se contenta de toucher les deux pustules avec le nitrate d'argent et de faire un pansement avec l'onguent napolitain ; il ne prescrivit aucun traitement général, et les accidents locaux disparurent promptement. Cependant des symptômes consécutifs ne tardèrent pas à se manifester; il y eut d'abord de l'angine, puis une éruption sur le ventre et aux parties génitales; il y avait en même temps des démangeaisons à toute la surface du corps et un peu de fièvre.

Ce ne fut qu'au milieu d'avril 1851, c'est-à-dire quatre mois après la cautérisation des pustules du sein, que la malade consulta de nouveau ; elle était dans l'état suivant : vive inflammation du pharynx, des amygdales, du voile du palais et de ses piliers, accompagnée d'ulcérations superficielles nombreuses; la base de la langue y participait; elle était tuméfiée à ce point que la déglutition était devenue excessivement difficile, et présentait une large ulcération circulaire du diamètre d'une pièce de 2 francs. Les ganglions postérieurs du cou étaient tuméfiés, douloureux; ceux de la base de la mâchoire étaient sains ; il n'y avait pas de croûtes du cuir chevelu.

Pustules nombreuses sur l'abdomen, plaques muqueuses aux organes génitaux, douleurs dans les membres, surtout pendant la nuit, anorexie, peu de sommeil.

Deux pilules de Dupuytren par jour, bains sulfureux; plus tard, iodure de potassium, 1 gramme par jour.

Le traitement fut interrompu plusieurs fois, et ce ne fut qu'au bout de dix mois que tous les symptômes de la maladie disparurent.

Alexandrine allaitait en même temps que son nourrisson son propre enfant, qui avait été nourri seul pendant quatre mois et qui s'était bien développé. Il y avait déjà plusieurs mois que le nourrisson était mort et quelque temps que la mère était en traitement lorsque la santé de l'enfant se dérangea à son tour. On constata aussitôt une roséole très manifeste avec un peu de fièvre; puis vinrent des bulles et des pustules, surtout à la verge et aux extrémités inférieures. Malgré le traitement auquel la mère était soumise, M. Letorsay n'hésita pas à faire prendre à l'enfant une cuillerée à café de liqueur de Van Swieten par jour et quelques bains. Au bout de six semaines, tout avait disparu.

Depuis plus d'un an, Alexandrine n'avait vu reparaître aucun symptôme de la maladie, lorsqu'elle devint enceinte vers le mois de janvier 1853; la grossesse n'eut rien de particulier, l'accouchement se fit au mois d'octobre.

L'enfant, du sexe féminin, était très chétif; à la naissance, on ne remarquait rien qu'une rougeur générale assez intense. Mais, au bout d'une quinzaine de jours, les pieds s'œdématièrent, et bientôt apparurent des taches rouges, des bulles, du pemphigus. Il en survint autant autour de la bouche, du nez, aux fesses, aux parties génitales ; l'enfant s'affaiblit de jour en jour, et la mort survint le quarante-deuxième jour après sa naissance.

Depuis cette époque, Alexandrine Baudon n'a rien éprouvé de nouveau; elle dit ne s'être jamais mieux portée; son enfant, âgé aujourd'hui de cinq ans, jouit également d'une santé excellente.

M. Letorsay ajoute comme renseignements que cette observation mérite la plus grande créance; il connaît la moralité parfaite de toute cette famille, à laquelle il donne des soins depuis longtemps. Dans son esprit, il est impossible qu'un fait se présente avec de plus grandes garanties de véracité.

De la prétendue syphilis vaccinale. — M. Broca a lu, dans une des séances précédentes, un rapport sur cette question à l'occasion d'une brochure allemande de M. Pauli, membre correspondant de la Société de chirurgie à Landau. Nous nous bornerons à donner ici un extrait de ce rapport, qui est destiné à paraître en entier dans les *Mémoires de la Société*.

M. Broca expose d'abord le fait médico-légal qui a été le point de départ de la brochure de M. Pauli. Voici le résumé de ce fait:

Le docteur Hübner, de Hollfeld (Franconie), vaccina, le 16 juin 1852, douze enfants du village de Fraienfelz. Le vaccin fut pris sur la petite Maria Keller, âgée de trois ans. La mère de cette enfant avait eu, dix-huit mois auparavant, une affection syphilitique constitutionnelle; guérie en moins d'un mois par un traitement convenable, elle ne présenta plus tard aucune manifestation nouvelle. La petite Maria, bien constituée en apparence au moment de sa naissance, fut atteinte trois semaines plus tard d'une éruption qui commença sur les mollets, et gagna ensuite les cuisses et les fesses. Tel était l'état de cette enfant lorsque M. Hübner prit sur elle du vaccin pour vacciner les douze enfants du village de Fraienfelz. Quelque temps après, l'éruption gagna toute la surface du corps, et Maria Keller succomba le 26 août 1852, soixante-dix jours après la séance de vaccination. Aucun médecin ne l'avait examinée, et on ne peut savoir quelle était la nature de sa maladie.

Sur les douze enfants de Fraienfelz vaccinés le 16 juin 1852, il y en eut quatre qui furent exempts d'accidents; chez les huit autres il survint, vers les mois de septembre et d'octobre, une éruption pustuleuse d'abord au niveau des piqûres, puis sur les parties génitales, l'anus, les fesses, les cuisses et l'abdomen. Cette affection se communiqua à huit personnes adultes qui donnaient des soins aux enfants. Malgré la gravité des accidents, aucun médecin ne fut consulté avant le 9 février 1853. Ce jour-là le docteur Wening examina les malades, et déclara qu'ils étaient atteints de syphilis constitutionnelle. La régence de la Franconie supérieure, instruite de ces faits, prescrivit aussitôt une enquête, et le docteur Hübner, accusé de *blessure par imprudence*, fut condamné le 4 décembre 1853 à *deux années de détention dans une forteresse* par le tribunal de Bamberg.

Ici le rapporteur fait ressortir l'injustice et la gravité de ce jugement, et la fâcheuse influence qu'il aurait pu exercer sur l'avenir de la vaccine. Il ajoute qu'heureusement ce jugement fut cassé par la cour de Munich, que l'affaire fut renvoyée devant de nouveaux juges; que cette fois, à la suite d'un rapport de M. Heyfelder, le tribunal, écartant toute idée d'inoculation syphilitique, condamna M. Hübner à six semaines seulement d'emprisonnement pour avoir pris le vaccin sur un enfant malsain et chétif, contrairement aux instructions qu'il avait reçues comme médecin cantonal.

Cette condamnation, purement administrative, ne menace plus l'institution de la vaccine, et réserve les droits de la science. Mais pour éviter à l'avenir de semblables procès, il importe que les corps savants se prononcent sur la transmissibilité de la syphilis par l'inoculation du vaccin. C'est cette pensée qui a conduit MM. Pauli et Heyfelder à soumettre à l'appréciation de la Société de chirurgie les questions générales qui ont été soulevées à l'occasion du procès Hübner.

M. Broca présente d'abord une rapide analyse du travail de M. Pauli. M. Pauli ne croit ni à l'hérédité de la syphilis, ni à la contagiosité des accidents secondaires. « Il est hors de doute, dit-il, que la syphilis secondaire n'est pas contagieuse; cet axiome inébranlable est la base de nos connaissances actuelles sur la syphilis. » — Cela le conduit à déclarer que la transmission de la syphilis par le vaccin est physiquement impossible. Sans accepter les bases de ce raisonnement, le rapporteur examine les faits qui ont été invoqués jusqu'ici comme prouvant l'existence de la prétendue syphilis vaccinale. Il expose et réfute successivement les observations obscures et incomplètes de MM. Albert, Fuchs, Viari, Cecco Ceccadi, Clément et Pitton. Il insiste avec plus de détails sur un fait beaucoup plus grave, recueilli à Coblentz en 1849. Le 14 et le 15 février 1849, M. B..., chirurgien de cette ville, revaccina dix-neuf individus adultes avec du vaccin pris sur un enfant de quatre mois parfaitement sain jusqu'alors, et issu de parents exempts de tout antécédent syphilitique. Quatre jours après, cet enfant eut une éruption sur les cuisses, les fesses et le visage, et succomba trois jours plus tard à un *épanchement au cerveau*. Quant aux dix-neuf individus revaccinés par M. B..., ils présentèrent, au bout d'environ trois à quatre semaines, des accidents qui furent considérés comme syphilitiques. M. B... fut arrêté, accusé, jugé et condamné à deux mois de prison comme coupable d'*impéritie*. Le rapporteur exprime toute l'indignation que lui inspire ce jugement, plus inique encore que celui dont M. Hübner a été victime, et résume en quelques lignes les faits relatifs à la prétendue syphilis vaccinale. — La plupart de ces faits sont tellement incomplets et s'accompagnent de circonstances tellement singulières qu'ils n'ont aucune valeur. — On y voit que des individus vaccinés ou revaccinés ont présenté, quelque temps après, des accidents réputés syphilitiques; mais, d'une part, la nature syphilitique de ces accidents est au moins douteuse, et, d'une autre part, il est tout aussi douteux qu'il y ait eu relation de cause à effet entre leur apparition et la vaccination préalable.

S'il était une fois démontré que les accidents secondaires ne sont jamais inoculables, la transmission de la syphilis par le vaccin devrait être considérée comme tout à fait impossible. Malheureusement, la contagiosité des accidents secondaires est très controversée; des expérimentateurs également habiles, également dignes de foi sont arrivés à des résultats diamétralement opposés, et celui qui, pour résoudre cette question épineuse, se bornerait à compter les voix des deux partis, arriverait bientôt à un doute infranchissable.

Le rapporteur dit qu'il n'a jamais vu réussir l'inoculation des accidents secondaires faite avec la lancette sur des individus qui tous, il est vrai, étaient déjà atteints de syphilis. Sans nier l'exactitude des résultats obtenus par les autres observateurs, il se croit en droit d'admettre que ces inoculations ne réussissent que dans des cas exceptionnels, mais il distingue soigneusement l'inoculation *par la lancette* de la contagion *par les surfaces*, telle qu'on l'obtient en appliquant le produit de sécrétion sur le derme dénudé par une vaccination. Ce dernier mode de contagion lui paraît démontré par les faits publiés récemment en Allemagne; mais il n'y insiste pas, parce que c'est par la lancette, et non par les surfaces, que s'inocule la prétendue syphilis vaccinale. En tout cas, il suffit que cette question de l'inoculation des accidents secondaires soit encore en litige pour qu'elle ne doive pas sortir du sanctuaire de la science, et pour que les tribunaux n'aient pas le droit de la résoudre. D'ailleurs, lors même que l'inoculation des accidents secondaires serait démontrée, il resterait à prouver que les pustules vaccinales des vérolés subissent, sous l'influence de la diathèse générale, des modifications qui leur donnent à la fois les propriétés du virus vaccinal et celles du virus syphilitique. Non-seulement cette démonstration n'a pas été donnée, mais encore il y a des faits positifs qui déposent en sens inverse. Ici, le rapporteur cite l'histoire de deux confrères qui se firent inoculer sans résultat avec le vaccin d'un enfant syphilitique. Il ajoute que si la syphilis se transmettait par la vaccination, ce ne serait pas cinq ou six faits obscurs, mais des milliers de faits démonstratifs qu'on aurait recueillis depuis un demi-siècle, car la vérole congéniale est malheureusement très commune, et il a nécessairement dû arriver un très grand nombre de fois qu'on ait pris du vaccin sur des enfants atteints de syphilis.

Ce qui précède suffit pour établir que la transmissibilité de la syphilis par le vaccin ne repose jusqu'ici sur aucune preuve scientifique. Cependant, parmi les faits qui ont été invoqués, il faut reconnaître qu'il y en a deux qui sont fort difficiles à expliquer: ce sont les faits de MM. B... et Hübner. C'est précisément parce qu'on ne les comprenait pas qu'on a eu recours à la dangereuse hypothèse de la syphilis vaccinale. M. Pauli a émis une autre hypothèse: il se demande si les accidents observés ne résulteraient pas de ce qu'on a pris le vaccin sur des pustules trop enflammées et en pleine suppuration, au lieu de prendre la *lymphe* vaccinale des pustules ordinaires. L'inoculation de ce *pus* donnerait lieu à une sorte de pyohémie chronique, dont divers accidents pseudo-syphilitiques deviendraient la conséquence. Mais cette hypothèse est aussi impuissante que celle de la syphilis vaccinale à expliquer tous les détails de l'affaire de Fraienfelz et de celle de Coblentz. Peut-être est-il plus prudent d'avouer que dans l'état actuel de la science les faits qui ont donné lieu aux procès de MM. B.. et Hübner sont tout à fait inexplicables.

« Mais je crains, dit M. Broca en terminant, d'avoir abusé trop longtemps de l'attention de la Société. Peut-être trouverai-je une excuse dans l'importance d'une question à la fois scientifique, professionnelle, et même sociale. Il eût été à désirer sans doute que ce rapport eût été confié à l'un de ceux qui, parmi nous ont fait de la syphilis l'objet spécial de leurs études; leur parole aurait eu plus de précision et plus d'autorité que la mienne. Mais vous n'y perdrez rien si, comme je l'espère, et conformément au vœu exprimé par MM. Pauli et Heyfelder père, ils veulent bien prendre la parole et émettre leur opinion sur les questions épineuses que je viens de vous soumettre. » La discussion animée des dernières séances prouve que la Société a répondu à l'appel de son rapporteur.

CORRESPONDANCE.

MM. Lenoir et Cazeaux demandent un congé pour motif de santé.

— M. le docteur Silbert (d'Aix), ancien élève de l'hôpital de Lourcine, adresse à la Société son *Traité pratique de l'accouchement prématuré artificiel*. (M. Laborie est chargé d'en rendre compte.)

— M. le docteur Mathijsen adresse une observation sur l'emploi de l'appareil plâtré à deux valves. (Commissaires: MM. Larrey, Marjolin et Chassaignac.)

— M. Larrey lit un rapport sur un mémoire de M. Clot-Bey.

(L'étendue du travail lui en fait remettre la continuation à une séance prochaine.)

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. Fano présente une colonne vertébrale affectée de *scoliose dorso-lombaire*.

La pièce a été recueillie sur une femme âgée. La dissection des parties molles a présenté les particularités suivantes:

La peau de la région dorsale est doublée, au niveau de la région sus-épineuse gauche, d'une couche de graisse d'une épaisseur de près de 2 centimètres. Le muscle petit dentelé postérieur et supérieur du même côté est plus pâle que le même muscle du côté opposé.

Toute la masse des muscles spinaux postérieurs du côté gauche est plus pâle, plus entremêlée de graisse que la masse musculaire correspondante du côté droit.

Les muscles transversaires épineux des deux côtés sont entièrement convertis en tissu graisseux dans leur portion lombaire.

La colonne vertébrale tout entière décrit un arc à concavité antérieure et à convexité postérieure. Malgré l'existence de cette courbure générale, les différentes régions de la colonne vertébrale ont conservé les traces de leur courbure normale respective. Ainsi, la région cervicale offre une légère convexité antérieure: la région dorsale une concavité antérieure; la région lombaire une légère convexité antérieure.

Les deux dernières vertèbres dorsales et toutes les vertèbres lombaires forment un courbure très prononcée, dont la convexité est tournée à gauche et la concavité à droite. C'est au niveau de la deuxième vertèbre lombaire qu'existe le point le plus élevé de la courbure. Une très légère courbure en sens opposé, c'est-à-dire à convexité tournée à droite et à concavité tournée à gauche, occupe la région cervicale.

Description spéciale de la scoliose dorso-lombaire. — La moitié gauche du corps de la dixième et de la onzième vertèbres dorsales a une hauteur moins considérable que la moitié droite. Dans le premier sens, c'est-à-dire à gauche, la face latérale du corps est creusée d'une forte dépression.

Pour la douzième vertèbre dorsale, c'est le contraire. La moitié gauche du corps de la vertèbre a un peu plus de hauteur que la moitié droite. Déjà cette vertèbre semble avoir subi une légère déviation qui a porté son apophyse transverse gauche un peu en arrière, et son apophyse transverse droite légèrement en avant.

Pour les trois premières vertèbres lombaires, cette disposition est on ne peut plus marquée. La moitié droite du corps est certainement moins élevée en hauteur que la moitié gauche, et creusée d'une gouttière profonde. Ces vertèbres semblent avoir éprouvé un mouvement de rotation qui a eu pour effet de porter les apophyses transverses gauches en arrière, et les apophyses transverses droites en avant.

La quatrième et la cinquième vertèbres lombaires ont la moitié gauche de leur corps moins élevée que la moitié droite. Leur déviation est moins marquée que pour les vertèbres précédentes.

Les trous de conjugaison sont inégalement agrandis des deux côtés. A droite, ce sont les trous de conjugaison lombaire inférieurs qui sont agrandis; à gauche, ce sont les trous de conjugaison supérieurs.

M. Fano a comparé les diamètres du bassin à ceux d'un bassin normal; il est arrivé aux résultats suivants:

	Pièce pathol.	Etat normal.
Diamètre sacro-pubien.	$0^m,10^c$	$0^m,11^c$
— sacro-iliaque.	0 13,5	0 12
— coccy-pubien.	0 09	0 11
— bi-sciatique.	0 16	9 11

L'auteur fait encore remarquer que l'aorte suit exactement la courbure de la région lombaire de la colonne vertébrale; elle est placée sur la ligne médiane des vertèbres lombaires.

L'artère sacrée moyenne est légèrement déviée à gauche.

La carotide primitive droite décrit quelques flexuosités à son origine. La vertébrale gauche est plus volumineuse que la droite.

— M. Marjolin présente, de la part de M. Didot (de Liége), un porte-ligature destiné aux polypes du pharynx. Cet instrument n'a pas encore été essayé sur le vivant.

— M. Richet donne le complément de l'observation d'enchondrome de l'épaule dont il a montré la pièce dans une séance précédente.

Quelques jours après l'opération, quelques douleurs dans la poitrine, une petite toux répétée, firent penser à M. Richet que le poumon était le siége d'abcès métastatiques ou de tubercules.

Quoi qu'il en soit, le malade ayant succombé le douzième jour, on constata que le poumon était farci de petites tumeurs solides, arrondies, ayant tout à fait l'aspect de la production qui siégeait à l'épaule. Le volume en était variable; les unes étaient grosses comme un pois ou une noisette. M. Richet en montre une autre ayant acquis les dimensions d'une noix. Leur structure était tout à fait semblable à la première tumeur, comme l'attestent les renseignements fournis par MM. Robin, Follin, Verneuil et Broca. Une note détaillée de ce dernier ne peut laisser aucun doute.

Or, ce fait est du plus grand intérêt. En effet, Muller, le premier qui ait bien décrit l'enchondrome, puis M. Lebert, ont pensé que cette tumeur était tout à fait locale, et qu'elle ne récidivait point après l'extirpation. M. Richet lit à ce propos plusieurs passages de l'ouvrage de M. Lebert. (*Physiologie pathologique*, 1845.)

Or, l'observation présente, qui sera, du reste, rapportée dans tous ses détails, montre que cette opinion est inexacte. Déjà il existe dans la science plusieurs faits semblables dus à MM. Rokitanski, Paget, Virchow.

Les enchondromes sont donc des tumeurs malignes comme les tumeurs fibro-plastiques, comme les tumeurs épithéliales, etc., etc.

M. Giraldès fait remarquer que lorsque des discussions de ce genre surgissent maintenant, on s'en prend toujours à l'ouvrage de M. Lebert, publié il y a dix ans, alors que cette étude était encore dans l'enfance. Avant de dire que M. Lebert croit à telle ou telle opinion que les faits récemment observés viennent démentir, il faudrait savoir si l'auteur lui-même n'a pas changé d'avis depuis cette époque. La science, en effet, a marché vite dans ces derniers temps, et ce qui paraissait vrai autrefois n'est plus adopté aujourd'hui. C'est dans des publications plus récentes qu'il faut chercher l'opinion actuelle des auteurs.

M. Lenoir considère le fait de M. Richet comme important et rare; des recherches entreprises depuis longtemps lui ont permis de rassembler cinquante à soixante cas d'enchondrome, dont plusieurs lui sont propres; or, dans ces observations, il n'a jamais vu noter la récidive après l'opération. Mais il a déjà remarqué, en voyant la première pièce de M. Richet, que le tissu morbide avait des caractères bien différents de ceux des autres tumeurs qu'il a observées lui-même et qui ont été décrites par les auteurs. L'examen microscopique a prononcé, il est vrai, qu'elle était bien de nature cartilagineuse; mais, comme un caractère seul peut être insuffisant, M. Lenoir désirerait qu'avant d'affirmer qu'il s'agit d'un enchondrome, on s'assurât, comme le recommande Müller, qu'elle renferme bien de la chondrine. La reconnaissance de cette substance est facile, et il est important d'ajouter un caractère chimique d'une grande valeur à ceux qui ont déjà été recueillis.

— Plusieurs membres demandent que la discussion soit remise, afin qu'on lui donne tous les développements qu'elle comporte.

— La Société se forme en comité secret pour entendre la lecture d'une lettre de M. le docteur Guillon. Il est décidé que cette lettre sera déposée aux archives.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société: Arist. Verneuil.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Il résulte d'expériences faites à l'École impériale vétérinaire d'Alfort par M. le professeur Raynal que la saumure est un poison violent.

Ce fait ne saurait trop être porté à la connaissance des habitants des campagnes, qui pensent, à tort, que ce liquide, contenant du sel, peut servir avantageusement pour arroser certains aliments qu'on donne aux bestiaux, et quelquefois même aux hommes. (*La Science.*)

— On nous apprend que les faits que nous avons rapportés dans notre numéro du 2 août au sujet de la mort de M. le docteur Corbin (d'Orléans) sont dénués de fondement. Il n'y a d'exact que la mort de ce savant, qui remonte à six mois.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 8 AOUT 1855.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'intérêt des séances ne se mesure pas toujours à leur animation et à l'éclat des discussions. Telle séance froide et pâle pour la galerie, qui ne prête son attention qu'à ce qui peut l'émouvoir ou la passionner, est souvent en réalité plus profitable à la science que celles qui attirent d'ordinaire l'affluence des auditeurs. Tel a été, sauf l'incident des Aztèques, le caractère des trois ou quatre séances précédentes, consacrées à des lectures de médecins étrangers, et en particulier celui de la dernière, où l'on a entendu deux bons et solides mémoires de MM. Poggiale et Gosselin.

Le mémoire de M. Poggiale, qui fait suite aux intéressantes recherches de ce savant chimiste sur les eaux de Paris et de ses environs, a eu pour objet de faire connaître la cause des divergences signalées dans les analyses précédentes des eaux de la Seine. La cause de ces divergences est elle-même un fait intéressant, et qui peut conduire à des déductions utiles en hygiène publique.

M. Gosselin s'est proposé de démontrer que les liquides solubles et non irritants mis en contact avec l'œil non-seulement sont entraînés, comme on le savait depuis longtemps, dans le torrent circulatoire par les vaisseaux de la conjonctive, mais qu'ils pénètrent dans l'œil en traversant préalablement la cornée et la chambre antérieure, où ils séjournent pendant plusieurs heures. La connaissance de ce fait, due à des expériences ingénieuses, a conduit l'auteur à des déductions pratiques importantes. On trouvera dans le compte rendu un résumé suffisamment détaillé de ces deux mémoires.

Un mot sur l'incident qui a marqué le commencement de la séance :

L'article 11 du règlement de l'Académie, qui dispose de l'ordre des séances, réserve pour la fin de chacune d'elles l'exposition et démonstration des objets matériels, ce qui comprend les présentations de pièces anatomo-pathologiques, d'appareils chirurgicaux et mécaniques, de préparations anatomiques ; enfin, les présentations d'opérés ou de sujets offrant quelque anomalie ou quelque disposition pathologique curieuse. Rien assurément de plus sage et de mieux conçu dans l'intérêt scientifique que cette disposition réglementaire. Mais comme l'abus est toujours près de l'usage, et qu'on peut abuser des meilleures choses, il a pu arriver que ces présentations n'aient pas toujours eu un mobile parfaitement avouable, ou qu'elles n'aient pas eu, en réalité, tout l'intérêt et toute l'importance que pouvaient leur supposer leurs auteurs. C'est un de ces inconvénients inhérents à la nature même des choses. Y avait-il là un motif suffisant pour susciter la sortie vigoureuse qu'a faite M. Malgaigne contre les exhibitions hebdomadaires, et pour justifier les mesures restrictives qui ont été proposées? Sans méconnaître ce qu'il peut y avoir de fâcheux dans un semblable abus, dont nous avons été frappé comme tout le monde, nous avouerons cependant que nous ne sommes pas entièrement convaincu de l'utilité des mesures proposées. Nous pensons que, sans sortir de l'esprit large et libéral qui a dicté cet article du règlement, et sans recourir à des moyens qui ne garantiraient peut-être pas toujours suffisamment les droits des présentateurs, il y a une manière plus simple et toute naturelle de sauvegarder la dignité de l'Académie et les intérêts scientifiques pour lesquels elle montre une si juste sollicitude. Qu'on exige des présentateurs un mémoire ou une note écrite susceptible d'être renvoyée à une commission, et que les rapporteurs de ces commissions prennent au sérieux leur devoir, et nous répondons qu'avant peu, si l'abus dont on se plaint n'est pas entièrement extirpé, il sera du moins considérablement amoindri. — Dr Brochin.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. BAILLARGER.

Des hallucinations.

(Leçon clinique recueillie par M. H. LEGRAND DU SAULLE.)

Le phénomène des hallucinations tient une large place dans l'étude des maladies mentales et de la médecine légale des aliénés ; il est en outre la plus complète et la plus curieuse déviation des lois de la physiologie.

L'hallucination offre aussi un grand intérêt dans l'appréciation de certains faits historiques. Il suffit, pour le prouver, de rappeler les ouvrages de MM. Calmeil et Lélut. Il n'est pas possible, en effet, d'aborder la psychologie de certains hommes célèbres, d'apprécier le mobile de beaucoup de leurs actes, sans posséder des notions sur les hallucinations. Ce phénomène joue un rôle important dans les épidémies de délire observées au moyen âge. Les démonomanies, la sorcellerie, le vampirisme avaient pour caractère dominant, et probablement pour explication naturelle les hallucinations. C'est dans ce sens, et en le prenant même d'une manière plus générale, que M. Leuret a pu dire que l'histoire des hallucinations est écrite dans l'histoire de tous les peuples.

J'ajoute que l'étude des hallucinations est d'une incontestable utilité pour le philosophe.

On admet bien que nos sens peuvent être et sont souvent en défaut; mais ce que l'on croit moins facilement, c'est qu'ils sont quelquefois en fraude. Or, l'hallucination est une véritable fraude de nos sens; et si on trouve un jour des arguments nouveaux pour rajeunir cette vieille doctrine philosophique qui consistait à nier l'existence des corps et à ne voir dans cette vie qu'un rêve et une illusion, il est certain que le moins mauvais de ces arguments sera emprunté au chapitre des hallucinations.

Avant d'aller plus loin, citons d'abord un exemple d'hallucination entre tous ceux que renferment les livres spéciaux ; ce fait me rendra plus facile la définition de cette singulière affection.

Le 15 janvier 1816, au milieu du jour, un paysan nommé Martin, du village de Gaillardon, à trois lieues de Chartres, labourait son champ. La campagne est plane et nue, rien ne l'eût empêché de voir un individu s'approchant de lui, et cependant Martin se trouve tout à coup en face d'un personnage qui se tenait à quatre ou cinq pas. Martin décrit minutieusement ce personnage. sa taille est de 5 pieds 2 pouces environ ; il est mince et a la figure allongée ; il est vêtu d'une longue redingote boutonnée jusqu'en haut et coiffé d'un chapeau rond et de forme élevée. L'individu mystérieux ordonne à Martin de se rendre à Paris, de demander une audience au roi Louis XVIII, de l'avertir que de grands dangers menacent l'Etat et qu'une conspiration s'ourdit à l'insu de la police. Martin, quoique troublé, eut pourtant assez de présence d'esprit pour répondre au personnage qu'une telle mission ne lui convenait guère, que tout autre s'en acquitterait bien mieux ; et, s'adressant à son interlocuteur, il lui demanda comment il ne se chargeait pas lui-même d'aller trouver le roi. Le personnage insista, commanda impérativement à Martin d'obéir, puis il s'amoindrit, se fondit dans l'air comme un nuage et disparut comme il était venu. Le paysan rentre au village et raconte l'événement.

L'apparition mystérieuse du personnage se répand et fait grand bruit. Le curé mande Martin, lui fait raconter ce qu'il a vu et entendu; beaucoup de personnes l'interrogent, et comme il ne donne aucun autre signe de délire, on ne songe même pas à le soupçonner.

Le 2 mai de la même année, Martin était introduit aux Tuileries et reçu en audience par Louis XVIII. Au sortir du cabinet du roi il fut questionné par Pinel, qui l'envoya à Charenton.

Cet exemple, choisi entre mille, vous fait voir en quoi consiste l'hallucination de la vue et de l'ouïe. Examinons quelle est la na-

---

LETTRE SUR L'ÉDUCATION EN MÉDECINE.

> Sapience n'entre pas en âme malévole,
> Et science sans conscience n'est que ruine.
> (SALOMON.)

Mon bon ami,

Je hasarde ces conseils parce que je voudrais vous voir parfait tant en vertu, honnêteté et honneur, comme en savoir libéral.

Vous avez subi l'épreuve de vos examens avec succès; vous allez soutenir votre thèse; *vous possédez l'instruction;* vous serez bientôt docteur.

Cependant je crains qu'il ne vous manque quelque chose. Votre mémoire est bien meublée; mais du jugement et de l'expérience, peu de nouvelles. Le plus souvent le jeune docteur, en entrant dans la pratique civile, est si guindé, si gêné et si engourdi!

Expliquons-nous, mon ami; mon intention n'est pas de vous blesser; et d'ailleurs, peut-être ferez-vous exception à cette règle. Voyons ensemble pourquoi il en est ainsi? Car l'étudiant en médecine n'est pas, de sa nature, plus niais que le reste du genre humain, et cependant je crois mes appréhensions fondées.

La didactique médico-chirurgicale est faite par les professeurs des écoles avec un travail, une abnégation et un dévouement dignes des plus grands éloges. La science est infibulée aux élèves, et il faut qu'ils soient bien mal doués pour ne pas répondre convenablement à leurs examens, mais voilà tout. Comme je vous l'ai dit, vous avez donc le savoir, vous possédez la science en général.

Ce qui vous manque, c'est le savoir-vivre, le savoir-dire et le savoir-faire; il ne vous manque que cela. Si vous doutez de ce que j'avance, allons ensemble prendre conseil de notre spirituel confrère le docteur Munaret, et vous verrez bien s'il partage mon avis.

Pourquoi les professeurs ne donnent-ils pas, avec l'instruction, cette éducation qui vous fait défaut? Ne les accusons point; c'est la faute des lieux et des institutions, et non celle des hommes.

Si l'on suit les visites des hôpitaux, on est frappé de n'y pas trouver de malades, mais seulement des maladies; l'élément intellectuel ou moral, les influences thermométriques, barométriques, je dirai même hygiéniques, sont entièrement négligées; la pathogénésie générale ou spéciale est mise de côté.

Une femme arrive avec des convulsions; on la baigne. Une autre a une péripneumonie; on la percute, on l'ausculte, on la saigne. Si à ces affections en succèdent une ou plusieurs autres, en avant la médecine des symptômes; et quand ils ont disparu, que les râles sont dissipés, on déclare la malade guérie.

Vous le voyez, c'est le culte de la matière, le triomphe de l'anatomisme ; car, pour l'ordinaire, les médecins des établissements publics des grandes villes frappent, écoutent, saignent, et ils sont satisfaits.

Pourquoi cela ? C'est la clinique hospitalière qui en est la cause. Le professeur, entouré d'un auditoire avide de savoir, est obligé, bon gré mal gré, de porter un jugement, *de nommer une maladie;* mais comme il a devant lui un inconnu qui ne lui dit pas les causes de son mal, parce qu'il ne les connaît pas ou qu'il veut les cacher, ce médecin s'arrête au symptôme matériel, pressé qu'il est de sortir de son embarras; et ce subterfuge commode devient une règle assez satisfaisante pour quiconque veut bien s'en contenter, puisque l'autopsie confirme la justesse du diagnostic.

Voici, je pense, la clef de voûte de l'école anatomo-pathologique, selon moi la méthode par excellence pour abrutir et engourdir les meilleurs esprits, quand elle est exclusive.

Le jugement est porté! « C'est belle chose d'être en tout cas bien informé. » (Rabelais).

Vous allez voir, mon ami, où cela va vous conduire. Je ne veux pas sortir de ma maison pour prendre un exemple; il faut bien peu de lumière pour qui veut voir et a de bons yeux. Considérez cette poule au milieu de sa couvée; son empressement, sa pétulance indiquent sa bonne santé. Mettez-la sous une cage hors de la vue de ses petits, et bientôt ses yeux vont s'enflammer; tout son corps entrera en convulsion ; sa fureur allumera une violente fièvre: elle mourra.

Faites-en l'autopsie, vous trouverez : ses yeux enflammés dans toutes leurs parties. A laquelle des trente ou quarante espèces d'ophthalmies décrites par les auteurs allez-vous attribuer le désordre?

Ses méninges, son cerveau sont dans le même état. Laquelle des nombreuses altérations pathologiques allez-vous choisir pour expliquer sa fin? Pour moi, je n'en sais rien; mais je me contenterai de penser, avec mon bon sens de campagne, *qu'elle est tout simplement morte de chagrin!*

Le chagrin, mon ami, comme les autres passions tristes, est un puissant dissolvant de la vie; il donne lieu à toutes les *formes pathologiques*; il peut même tuer sans rien changer à l'apparence de nos organes. Otez de votre esprit cette croyance que pour avoir une pleurésie ou une péripneumonie, il ne faut que du froid ou du chaud, du sec ou de l'humide.

Comprenez-vous actuellement que cette femme de l'hôpital avec ses convulsions, cette autre avec sa péripneumonie, etc., ont peut-être, elles aussi, perdu leur enfant ou quelque autre objet chéri? Dès lors vous devez sentir combien seront vaines vos observations, alors qu'à la suite du mot convulsions vous aurez inscrit bains, et qu'en regard d'inflammation se trouveront la saignée et les autres antiphlogistiques.

Quoique l'inventaire de vos connaissances pratiques ne soit pas encore brillant, vous allez être appelé dans la famille; vous allez recevoir des confessions graves si vous savez attirer la confiance; vous apprendrez à vos dépens à connaître les idiosyncrasies, *les tempéraments de vos malades*, et chaque jour vous verrez combien tout cela est éloigné de ce que vous avez appris.

Vous connaissez les principes et les règles de la musique; mais,

ture de ce phénomène, quelle idée on doit s'en faire et comment il se produit.

Si le mot n'était pas trop ambitieux, je vous dirais qu'il nous reste à étudier la physiologie de l'hallucination. Tout d'abord, nous découvrons deux éléments : l'un intellectuel, l'autre sensoriel. Le premier n'est pas douteux. Il est, en effet, incontestable et incontesté que l'hallucination emprunte ses éléments à la mémoire et à l'imagination ; mais ce qui est loin d'être aussi évident, d'être aussi unanimement admis, c'est l'élément sensoriel.

Au milieu des nombreuses divergences des auteurs se détachent deux opinions principales et opposées. Les partisans de l'une considèrent les hallucinations comme de fausses sensations ; ils disent que l'halluciné croit voir, croit entendre, croit toucher, etc. Les défenseurs de la seconde prétendent au contraire que les hallucinations sont des sensations véritables, réelles, et qu'effectivement l'halluciné voit et entend.

La première de ces opinions semble propre à Esquirol ; voici, en effet, comment il s'exprime : « Les prétendues sensations des » hallucinés ne sont, dit-il, que des images, des idées reproduites » par la mémoire, associées par l'imagination et personnifiées par » l'habitude. »

MM. Calmeil, Lélut, Foville, Leuret et beaucoup d'autres soutiennent la seconde opinion.

Pour moi, dans le mémoire que j'ai adressé il y a quelques années à l'Académie de médecine, j'ai cru pouvoir associer ces deux manières de voir. J'ai divisé les hallucinations en deux classes ; celles de la première, je les ai appelées psycho-sensorielles pour indiquer qu'elles réunissent les deux éléments : l'élément intellectuel et l'élément sensoriel.

Les hallucinations de la seconde espèce, je les ai nommées psychiques, puisqu'elles n'impliquent que l'élément intellectuel.

Cette division pourrait passer pour une innovation, mais elle n'est que renouvelée des anciens. Nous la retrouvons dans les auteurs mystiques, qui les premiers et mieux que personne ont étudié les affections qui nous occupent. Ils ont reconnu deux sortes d'hallucinations : les unes qu'ils appelaient *locutions intellectuelles*, qui se passent dans l'intérieur de l'âme ; les autres, qu'ils désignaient sous le nom de *locutions corporelles*, parce qu'elles affectaient les organes extérieurs du corps.

Cela dit, je commence avec vous l'étude des hallucinations par l'examen de celles que j'ai nommées psycho-sensorielles, car ce sont là les véritables hallucinations ; les autres n'en sont qu'un reflet éloigné et incomplet.

Pour prouver l'existence des hallucinations de l'ordre psycho-sensoriel, je dois démontrer la présence de deux éléments distincts ; le premier argument que j'invoquerai, c'est le témoignage des hallucinés sains d'esprit. Le célèbre physiologiste Burdach a été sujet aux hallucinations de la vue qui ont lieu au moment du sommeil, et voici ce qu'il nous a laissé de ses impressions : « Ce sont » réellement, dit-il, des images qui apparaissent au sens de la vue ; » chacun peut être convaincu par le témoignage de sa propre » conscience. » — Un peu plus loin, il ajoute : « Quand ces images nous assiègent, nous les voyons réellement, c'est-à-dire qu'à » l'occasion de la pensée nous avons dans l'œil la même sensation » que si un objet extérieur était placé devant cet œil voyant et » ouvert. »

Un autre physiologiste allemand (les Allemands ont sur nous l'avantage d'une étude plus approfondie des images fantastiques, de celles particulièrement qui précèdent le sommeil et que M. Maury a appelées hallucinations hypnogogiques), Muller, sujet aussi aux images fantastiques, s'exprime ainsi : « En observant soi- » même avec attention, on demeure bientôt convaincu que ce » ne sont pas de simples idées, mais qu'il y a réellement sen- » sation. »

Les Anglais nous ont aussi laissé quelques preuves du même genre. Bostock, entre autres, ayant été affecté d'un délire qui se prolongea quelques jours, éprouva des hallucinations très vives. Sans être aussi explicite que les précédents, son témoignage a cependant de la valeur : « Dans l'état de délire par lequel je suis » passé, dit-il, j'ai pu faire des observations sur mes visions du- » rant trois jours et trois nuits qu'elles se montrèrent presque sans » interruption. Pendant vingt-quatre heures j'eus constamment » devant moi un visage humain dont les traits et l'habillement » étaient aussi distincts que ceux d'une personne vivante et dont » l'ensemble, après un intervalle d'un grand nombre d'années, » m'est encore présent comme au jour même. »

Il n'est pas possible de supposer que des hommes comme ceux que je cite aient confondu des idées pures avec des sensations. La distance des unes aux autres est trop grande pour que ces savants s'y soient mépris.

J'invoquerai un quatrième témoignage, celui d'un libraire célèbre de Berlin, Nicolaï, qui a laissé un bon ouvrage manuscrit sur l'hallucination : « J'essayais, dit-il, de reproduire à volonté les » personnes de ma connaissance par une objectivité intense de » leurs images ; mais quoique je visse distinctement dans mon » esprit deux ou trois d'entre elles, je ne pus jamais parvenir à » rendre extérieure l'image intérieure. »

Voir l'image dans son esprit, la voir intérieurement et ne pouvoir pas la recevoir extérieurement, cela veut dire qu'on ne peut pas se donner une hallucination. En effet, l'essence même de l'hallucination est dans l'extériorité de l'objet.

Je vous demande pardon de me citer après les notabilités dont je viens de parler, mais je suis, moi aussi, sujet aux images fantastiques avant le sommeil ; j'ai d'ailleurs tenté l'influence du haschich pour me donner des hallucinations. Or je suis resté convaincu qu'il n'y a pas de confusion possible entre une idée intérieure, quelque vive qu'elle soit, et une image qu'on voit à trois pieds de soi. L'homme sain d'esprit ne saurait certainement se tromper jusqu'à les confondre. M. Maury, qui, comme Burdach et Muller, a pu étudier sur lui-même les images fantastiques, est complétement de notre avis. Il pense qu'une idée se distingue toujours dans ce cas d'une sensation.

Après les arguments que je viens d'employer, je devrais peut-être peu insister sur le témoignage des aliénés guéris ; il ne faut cependant pas le rejeter. Voici ce qu'en dit Esquirol : « Après leur » maladie, tous les hallucinés répètent qu'ils ont vu, qu'ils ont en- » tendu aussi distinctement qu'ils voient et qu'ils entendent dans » l'état normal. »

Tous sont d'accord sur ce point, soit après leur guérison, soit durant leur maladie.

Voici, d'après M. Bayle, ce que disait une jeune fille atteinte de monomanie, et qui voyait, entendait et sentait des démons dans son corps : « Comment connaît-on les objets ? N'est-ce pas parce » qu'on les voit et qu'on les touche ? Comment connaît-on les per- » sonnes ? N'est-ce pas parce qu'on les voit, qu'on les entend, » qu'on les touche ? Or je vois, j'entends, je touche ces démons, » qui sont hors de moi ; je sens de la manière la plus distincte » ceux qui sont dans mon corps ; pourquoi voulez-vous donc que » je répudie le témoignage de nos sens, lorsque tous les hommes » l'invoquent comme l'unique source de leurs connaissances ? »

Ainsi répondent tous les hallucinés malades ou guéris. De plus, ils décrivent leurs impressions avec des particularités qu'on ne connaîtrait jamais sans eux. Le savant libraire de Berlin Nicolaï raconte qu'un jour, en proie à ses visions, il vit circuler dans sa chambre une foule de personnages allant et venant dans tous les sens. Dans ce moment-là Nicolaï était alité et se faisait poser des sangsues. Il remarqua qu'à mesure que le sang coulait les fantômes le fatiguaient moins, que leurs mouvements se ralentissaient et que les plus vives couleurs prenaient toutes une teinte blanchâtre. Les mystérieux personnages finirent par s'évanouir, par se fondre, laissant, ce qui est fort curieux, l'un sa tête, l'autre son bras ou sa jambe voltigeant sur les meubles.

D'autres hallucinés dans les mêmes conditions que Nicolaï, parmi lesquels se distingue le physiologiste allemand Cristison, ont remarqué que les figures brillantes sont souvent remplacées par des figures obscures ; ils vont jusqu'à indiquer des phénomènes d'optique : quelquefois les objets leur paraissent doubles. Or voilà un fait auquel j'attache une grande importance, parce qu'il prouve la sensation mieux que tout ce que nous avons vu jusqu'ici. Les témoignages pris des hallucinés ont toujours cette valeur qu'ils sont l'expression de la vérité, quant à ce qu'ils éprouvent. Leur conviction d'ailleurs est tellement profonde, en général, qu'ils se suicident, meurent et souffrent toutes les tortures imaginables pour prouver la réalité de leurs impressions. Consultez l'ouvrage si remarquable de M. Calmeil, et vous y trouverez l'histoire de cette fameuse épidémie de monomanie qui en 1609 désola le pays de Labourd. La cour de Bordeaux condamna à peu près mille de ces malheureux monomaniaques. Delancre rapporte qu'ils marchaient au supplice avec une fermeté qui prouvait au moins la conviction profonde où ils étaient d'avoir vu, entendu et touché les objets de leurs hallucinations.

Il est temps de rapprocher en les résumant les arguments qui démontrent l'existence réelle de l'élément sensoriel dans l'hallucination. Notons donc :

1° La précision avec laquelle des hallucinés sains d'esprit, ainsi que plusieurs physiologistes allemands, ont pris soin de distinguer ce qui est sensoriel de ce qui serait intellectuel ;

2° La conviction intime de la réalité de la sensation (l'élément sensoriel) de tous les hallucinés sans exception.

Pour les physiologistes, comme pour les hallucinés vulgaires, il est une affirmation qui domine leurs témoignages, c'est, pardonnez-moi encore une fois l'expression, mais elle est indispensable ici, c'est celle de l'extériorité de l'image, extériorité qui, en effet, est le caractère de l'hallucination. Quant à ce qui me regarde, j'affirme avoir constaté vingt fois cette extériorité dans les hallucinations de la vue qui précèdent le sommeil, et je n'ai jamais eu depuis lors aucune hésitation sur la nature réelle du phénomène. L'élément intellectuel, je l'ai dit, n'est ni contesté ni contestable ; il est évident que les hallucinations dérivent de la mémoire et de l'imagination.

Sans insister sur ce point, j'arrive au mode de production de l'hallucination. Comment se produit, en effet, cette sensation anomale en l'absence de tout excitant extérieur des organes des sens ? Nous devons rencontrer ici, vous le pressentez, beaucoup d'obscurité. On sait si peu de chose sur le mode de production des sensations normales, qu'il ne faut pas se montrer trop exigeant pour le phénomène pathologique que nous étudions. Toutefois, ce n'est pas une raison de désespérer ni d'abandonner la question. Permettez-moi donc quelques recherches dans ce but.

Il existe pour l'intelligence deux états différents. Dans l'un, les idées sont à la disposition de la volonté ; c'est elle qui les provoque, les suscite, les dirige, les conserve plus ou moins longtemps, comme on le dit, sous l'œil de la conscience, ou bien les remplace et les délaisse. Dans l'autre, le pouvoir personnel semble avoir perdu ses droits ; les facultés sont comme abandonnées à elles-mêmes, des idées surgissent sans suite, l'imagination se donne un

---

croyez-moi, vous ne savez ni chanter, ni jouer des instruments.

Votre science sera toujours vaine si vous ne comprenez pas l'immensité qui sépare le traitement des maladies des femmes... de la médecine des dames ; la curation des affections populaires... des soins à donner au monde.

Vous avez de la science dans la mémoire, il faut qu'il vous entre de l'art dans l'esprit et dans le cœur.

Voulez-vous bien me dire où vous avez rencontré jamais les caprices de la goutte ?

Comment distinguerez-vous un étourdissement d'un éblouissement ? l'un exige la saignée, l'autre l'emploi des martiaux et des toniques.

Voici un accouchement difficile, ne croyez pas qu'il va se présenter juste comme cela est indiqué dans les livres ; il sera toujours accompagné de quelque vilaine *anicroche*, passez-moi ce mot.

Et les mille formes de l'hystérie ; et les habitudes secrètes de la jeunesse des villes ; et les langueurs, où avez-vous vu tout cela ?

Ajoutez à cet aperçu autant d'*et cætera* qu'il vous plaira, il n'y en aura jamais autant que de cas différents et ardus !

Toutes ces choses commencent à vous inquiéter, n'est-ce pas ? Il ne faut pas vous décourager, il y a un remède ; mais avant que d'y arriver, reprenons d'un peu plus haut.

J'ai osé vous dire que vous n'aviez ni le savoir-vivre, ni le savoir-dire, ni le savoir-faire. Voyons un peu s'il me sera possible de soutenir et de prouver ces propositions presque injurieuses.

Pendant les études médicales, tout semble être disposé pour laisser à l'élève une liberté illimitée ; ses cours entendus, il n'a plus aucun souci, et, comme il est isolé, il cherche de la société ; mais où la trouver ? Dans les lieux publics du soir, il fume, il boit, il *flâne*, il prend les habitudes et le genre de ceux qu'il fréquente ; puis la tache est indélébile, et, quand il rentre dans le monde, c'est un original ; on n'ose pas qualifier autrement monsieur le docteur. *Ceci est pour le savoir-vivre.*

Il est facile de comprendre que, loin de la société, de la famille, du monde enfin, le jeune homme prenne bientôt un certain genre..... à part. Puis, n'importe où l'étudiant en médecine se présente, on le reconnaît ; on remarque son sans-façon, sa désinvolture affolée, son dégingandage : la plupart sont heureux de cette distinction et joignent à cela un vocabulaire approprié. *Voici pour la manière de dire.*

Quant au *savoir-faire*, vous devez en avoir jugé par ce que j'ai déjà dit, et, comme je dois plutôt y insister que sur la civilité puérile et honnête, je vais encore vous en dire deux mots, s'il vous est possible de me supporter un instant de plus.

Et d'abord sachez que je n'ai pas voulu faire de l'étudiant un Caton : à trop tirer la corde casse ! Le travail continu est insoutenable ; je n'ai pas craint pour vous les distractions ni le plaisir ; ce que j'ai redouté, ce sont les *mauvaises habitudes et la perte du temps.*

Poursuivons ; je vous suppose casé, comme on dit ; vous êtes arrivé dans l'endroit où vous devez exercer ; personne dans la localité ne songe qu'il y a un médecin de plus ; vous allez végéter pendant de longues années, et des changements dans le personnel de la localité pourront seuls vous donner place ; hormis cette circonstance, rien. Vous avez affaire à trop forte partie, car les anciens ont mis cinq ans à apprendre les sciences médicales et dix ans pour se familiariser avec l'art ; vous n'êtes donc pas de taille à vous débattre avec eux.

Puis vous ignorez presque en toute circonstance ce qu'il faut faire ou ne pas faire.

Êtes-vous près d'une jeune dame atteinte d'une affection utérine, par quel bout allez-vous commencer ?

Ici c'est un enfant chéri qui est gravement malade ; M. tel, qui a l'habitude de le traiter, est absent, mais il lui donne ordinairement une chose ; elle est contre-indiquée ici. Vous donnez autre chose, et vous faites bien. Mais l'enfant meurt ! Vous êtes un misérable, un âne.

Puis survient un cas de médecine légale.

Ensuite on vous a demandé la note de vos honoraires.

Comment vous y prendrez-vous ? Qu'est-ce que cela vaut ?

Quel rapport y a-t-il entre un écu et des soins, des attentions, des veilles, de l'assiduité, du savoir, et quelquefois du danger ? Quel embarras !

Voulez-vous que je vous dise comment en sortir ? Le voici. Mais je crains que vous ne suiviez pas mes conseils. C'est de vous attacher à un praticien, de le suivre toujours et partout, puis de lui succéder. Choisissez de préférence un homme qui ait su réussir. Ce n'est pas toujours une preuve de son savoir, mais vous y trouverez des ressources pour l'exercice ; *il sait faire son métier.*

Est-ce nouveau cela ; ce stage est-il de mon invention ? Nullement. Les anciens médecins, avant l'institution de la clinique des hôpitaux, ne faisaient pas autrement.

Il faut nager dans les eaux du maître, voir de ses yeux, entendre de ses oreilles et toucher de ses mains.

Je n'ai jamais tant appris qu'avec un vieil officier de santé d'une ignorance crasse, mais qui avait mille tours dans son sac ; il suffisait à toutes les exigences, répondait à toutes les questions avec un aplomb qui inspirait une confiance utile à la guérison du malade. Un jour un père de famille lui demanda en ma présence quelle était la maladie de son enfant ; « Il a, dit-il, une fièvre antarctique nerveuse avec tension cérébrale au cerveau. » Un autre avait une vessie orgueilleuse au doigt, etc.

Je termine, mon bon ami, parce que, si je voulais entamer les anecdotes, cette lettre déjà trop longue n'aurait plus de fin.

Rappelez-vous donc que le savoir en médecine ne suffit pas, et que ce n'est qu'à force de forger (dites de bien forger) que l'on devient forgeron.

Amédée Joux,
docteur en médecine et en chirurgie,
médecin de l'hôpital de la Ferté-Gaucher.

libre cours et prend, selon l'expression vulgaire, la clef des champs. Jouffroy a très bien indiqué ces deux états dans le passage suivant :

« Comme un ouvrier, dit-il, prend et quitte tour à tour ses instruments, nous sentons la volonté tantôt de saisir des capacités de notre nature et les employer à ses desseins, tantôt les délaisser et les abandonner à elles-mêmes ; et ce qu'il y a de remarquable, c'est que dans ce dernier cas nos capacités naturelles n'en marchent pas moins pour être délaissées par le pouvoir personnel. »

Ces deux états étant constatés, une question intéressante est celle de savoir lequel des deux est le plus favorable à la production des hallucinations. Est-ce dans l'état d'activité volontaire, ou dans l'état d'indépendance des facultés, si bien nommé par M. Maury l'*automatisme de l'intelligence*, que se développe le phénomène des hallucinations? Il y a à cet égard deux opinions en présence.

Dans la première, non-seulement on considère l'exercice actif des facultés comme une condition favorable à la production des hallucinations, mais on prétend que c'est de l'exagération même de cette activité que provient la sensation fausse. C'est dans ce sens que l'hallucination passe pour le plus haut degré de la méditation, et que M. Lélut a dit qu'elle est le commencement de l'idée fixe.

M. Lélut est de tous les auteurs celui qui a donné les meilleurs arguments pour soutenir l'opinion de l'activité intellectuelle dans la production des hallucinations; personne ne les a disposés et groupés avec plus d'art que lui. M. Lélut définit l'hallucination : la transformation de la pensée en sensation, et il montre comment cette transformation par gradation s'opère. Ainsi, il commence par rappeler l'origine des idées nées des sensations, et il fait voir ce qu'elles conservent de leur origine. Voici comment il s'exprime :

« Pour les hallucinations de l'ouïe, par exemple, qu'est-ce que l'idée qui se dégage de la partie perceptible, si ce n'est véritablement un écho, un son, une parole? Qu'est-ce que c'est que l'idée qui succède à la sensation de la vue, si ce n'est une image, laquelle dans certains cas devient presque aussi vive que la sensation normale, que la sensation elle-même? »

M. Lélut, après avoir insisté sur cette origine des idées, sur la manière dont elles se vivifient dans telles circonstances, montre qu'en allant un peu plus loin les idées peuvent revenir à leur point de départ, et enfin que les anciennes sensations sont susceptibles de devenir des sensations nouvelles. Voici les trois termes de cette gradation, qui semble aller, pour M. Lélut, de l'état encore sain à l'état maladif ou d'hallucination. Au premier degré se trouve ce qu'il appelle les *idées images*; elles résultent d'une préoccupation violente. Au deuxième, viennent les *idées images* dans les créations de l'art. Vous n'ignorez pas la faculté spéciale qu'ont les grands artistes pour la mémoire des images; c'est par elle qu'en l'absence de l'objet qu'ils ont déjà vu ils peuvent le reproduire dans sa ressemblance même et ses complications. Pour M. Lélut, ce sont des idées qui commencent à se revivifier et à revenir à leur point de départ. Au troisième degré, enfin, apparaît l'idée sensation; cette idée sensation n'est autre que l'hallucination elle-même.

Telle est l'échelle par laquelle l'idée, qui d'abord n'était que l'impression affaiblie de la sensation, reprend sa vivacité dans l'activité intellectuelle, et redevient une sensation.

M. Lélut conclut ainsi :

« L'hallucination n'est pas autre chose que le résultat un peu forcé d'un acte normal de l'intelligence. L'hallucination sera encore, si vous le voulez, le fait de la préoccupation interne arrivée à sa dernière puissance, ou la faculté mnémonique des peintres poussée à sa limite extrême. »

Quelques auteurs, M. Brierre de Boismont entre autres, ont admis l'existence d'hallucinations physiologiques. D'un acte presque normal à un acte physiologique il n'y a en effet qu'un pas; ce pas, on l'a fait. (*La suite à un prochain numéro.*)

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. CAZENAVE.

Leçons cliniques sur les maladies de la peau.

DE L'IMPÉTIGO.

Nous avons, salle Sainte-Marthe, nº 34, une jeune fille de seize ans, malade depuis huit jours. Avant d'entrer à l'hôpital, où elle est depuis le 10 de ce mois, cette jeune fille présentait tous les attributs d'une bonne santé, bien qu'elle soit d'un tempérament lymphatique. Elle a une éruption datant maintenant d'une quinzaine de jours, qui a commencé par un petit bouton à la lèvre supérieure; d'autres ont paru, et se sont étendus jusque sur la joue gauche. En somme, cette malade, quand elle s'est présentée à nous, avait sur le visage des croûtes irrégulières assez saillantes, d'une couleur et d'un aspect différents, les unes jaunes, les autres grises, plus ou moins molles. Ces croûtes reposent sur une surface d'un rouge assez vif. Ce sont là les caractères de l'impétigo. Depuis il ne s'est plus formé de pustules, et les croûtes nouvelles présentent un aspect différent des premières: elles sont lamelleuses, et ne ressemblent plus à du miel desséché. Chez notre jeune fille, l'impétigo était à l'état aigu; aussi avons-nous prescrit des antiphlogistiques, et dans deux ou trois septénaires elle sera guérie, s'il ne paraît pas de poussées nouvelles; car c'est ainsi que cette maladie se propage. Cependant je ne pense pas que cela ait lieu; c'était plus à craindre lorsqu'elle est arrivée : la peau présentait un peu d'inflammation. Cet impétigo a paru à la suite de règles incomplètes. Mais ce n'est pas la première fois que cette jeune fille a cette affection : depuis l'âge de trois ans, chaque hiver elle a une éruption impétigineuse qui disparaît au printemps. A treize ans l'éruption ne s'est pas montrée; à quatorze la malade a été réglée, et l'impétigo n'a reparu qu'à seize, sous l'influence de règles incomplètes et d'une constitution lymphatique. Du reste, c'est un type de l'impétigo sous sa forme la plus simple.

Par impétigo, on entend aujourd'hui une éruption bien caractérisée. Il n'en était pas de même autrefois. Celse, qui pourtant décrit généralement bien, semble avoir confondu plusieurs maladies sous ce nom. C'est Willan qui le premier a bien précisé les caractères de l'impétigo. Ce sont de petites pustules ordinairement groupées et agglomérées. On les désigne sous le nom de *psydraciées*, qui veut dire pustules très petites, pour les distinguer de celles de l'ecthyma, qu'on nomme, par opposition, *phlyzaciées*, non contagieuses, qui, après une durée plus ou moins longue, s'ouvrent, et laissent échapper l'humeur visqueuse qu'elles contiennent. Celle-ci sèche sur place et se concrète en croûtes plus ou moins humides, jaunâtres ou légèrement verdâtres, que l'on a comparées avec raison au suc gommeux de certains arbres ou à du miel desséché; d'où le nom de *mélitagre*, sous lequel Alibert désignait cette maladie.

Ces croûtes une fois formées restent plus ou moins longtemps. Parfois elles se sèchent vite et deviennent grises; autour d'elles s'établit un petit liséré de desquammation, qui en amène la chute sous forme de farine. D'autres fois elles s'épaississent par la concrétion de l'humeur qui continue à être exhalée sous elles par la surface excoriée et poreuse qu'elles recouvrent.

Cette maladie peut être guérie en deux ou trois septénaires; mais quelquefois elle dure bien plus longtemps : de nouvelles pustules peuvent se montrer aux environs de la croûte première ou sur d'autres points de la surface du corps, et l'on voit ainsi la maladie parcourir de nouveau toutes ses phases. Il peut arriver également que cette affection passe à l'état chronique; c'est assez rare, et alors elle peut durer très longtemps.

L'impétigo, sous le rapport de sa forme, peut être divisé en *sparsa* et en *figurata*. L'impétigo *sparsa* présente des groupes de pustules irrégulièrement disséminées sur des surfaces plus ou moins étendues. Cette forme est souvent très longue à guérir chez les sujets avancés en âge. L'impétigo *figurata* est caractérisé par des plaques pustuleuses de grandeur variable, mais dont la forme est arrêtée et limitée à une petite surface. L'impétigo peut se montrer sur toutes les parties du corps. On le rencontre fréquemment aux membres supérieurs chez l'homme. Son siége de prédilection est sur le visage et le cuir chevelu. Dans ce dernier cas il se présente sous deux formes, suivant l'âge des malades, et fait partie de la grande famille des teignes. Soit qu'il ait la forme de l'impétigo *granulé*, soit qu'il ait la forme *achores* ou teigne muqueuse, ce ne sont là que des impétigo du cuir chevelu. Nous nous en occuperons à propos des teignes.

L'histoire des gourmes est intéressante, car c'est un impétigo tel qu'il peut être chez un enfant où les tissus blancs dominent. Cette affection peut guérir dans la première enfance ; d'autres fois elle ne guérit pas, change de caractère sans changer de nature, et présente à sa place un impétigo. Pour empêcher cette maladie de paraître, il faut changer le tempérament lymphatique de l'enfant ; si on ne peut y arriver et que ce tempérament aille toujours en s'exagérant, l'impétigo arrivera nécessairement et ne quittera le malade qu'à la vieillesse. Les trois quarts des impétigos que nous rencontrons ont pour origine des gourmes. La jeune fille dont je vous ai parlé nous en offre un exemple. Elle nous a bien raconté la marche de sa maladie depuis l'âge de trois ans, mais ses souvenirs ne vont pas plus loin. Il est probable qu'elle a eu des gourmes. Son tempérament lymphatique ne s'étant pas modifié, l'impétigo s'est montré, et à chaque modification qui surviendra dans son organisme, il paraîtra de nouveau. Ainsi l'impétigo tient à un état constitutionnel et se développe par une caue occasionnelle, telle qu'une perturbation dans les règles ; dans ce cas il paraît à la manière d'une fluxion, c'est une congestion suraiguë qui l'amène ; si les règles reprennent leur cours, l'impétigo disparaît.

L'impétigo est une maladie de l'enfance et du jeune âge ; plus rare chez l'adulte, elle ne se rencontre guère chez le vieillard. Elle est plus fréquente chez les femmes, dont elle attaque plus spécialement le visage, que chez l'homme, où elle se montre souvent aux membres supérieurs. Elle peut être produite par une cause occasionnelle, et on doit considérer comme telle tous les irritants externes et toutes les causes qui peuvent déterminer une congestion quelconque. Quelquefois l'impétigo présente par moments un suintement abondant. Je soupçonne comme amenant cette complication l'usage des cataplasmes ; du moins, s'ils n'amènent pas cet état, ils le favorisent singulièrement, car les cataplasmes qui doivent faire tomber les croûtes sont chauds et émollients, conditions qui suffisent pour amener ce suintement.

L'impétigo *erysipilatodes* n'est autre chose qu'un impétigo avec tous les symptômes d'un érysipèle. Cet impétigo est caractérisé par une inflammation plus vive, une marche plus aiguë, d'où une guérison plus prompte. Son siége à la face rend plus sensible encore son analogie avec l'érysipèle.

Une forme plus confuse de l'impétigo est celle désignée sous le nom de *rodien*. Sa description n'a pas toujours été faite d'une manière convenable : on est trop resté dans le vague ; chaque auteur a voulu donner la sienne. Sous ce nom, M. Devergie décrit une maladie qui ne peut être un impétigo ; c'est un acné sébacé partiel. Ce n'est pas pour le plaisir de contredire que je signale cette erreur, mais elle ressort de la description même. Je soupçonne deux fomes d'impétigo *rodens*, l'une aiguë, l'autre chronique. La première présente, comme dans l'impétigo ordinaire, de petites pustules miliaires qui se convertissent rapidement en une croûte d'un jaune brunâtre assez analogue à celle de l'impétigo; mais sous cette croûte, qui est environnée d'une rougeur un peu obscure, se forme une ulcération rongeante qui détruit la peau en tout ou en partie, et laisse après elle une cicatrice indélébile. Cette forme d'impétigo *rodens* aigu existe bien réellement. Je suis beaucoup moins certain de la forme d'impétigo *rodens* que je vais vous décrire.

J'ai vu un impétigo *rodens* à l'état chronique aux mains chez des personnes âgées, caractérisé par des pustules impétigineuses, et laissant toujours à l'extrémité des doigts une perte de substance. Quand le doigt n'était pas détruit, son amincissement était tel qu'il ne pouvait plus être utile au malade. Le caractère de cette destruction ne présentait aucun des aspects que laissent le lupus, le cancer, la syphilide. J'avais pris d'abord cette forme de l'impétigo *rodens* chronique pour la forme aiguë que je vous ai décrite. Il faut donc admettre deux formes d'impétigo *rodens*.

Au point de vue du diagnoctic, l'impétigo présentant des croûtes ne peut se confondre qu'avec les maladies pustuleuses et avec celles du cuir chevelu, dont nous nous occuperons plus tard. Il peut être confondu avec l'eczéma impétiginodes ; mais les squammes de cette dernière maladie sont jaunâtres et molles et diffèrent essentiellement des croûtes de l'impétigo. Il est parfois difficile de le distinguer du sycosis ; mais dans le sycosis les pustules sont comme enchâssées dans la peau, et sont toujours traversées par un poil, tandis qu'il n'en est pas ainsi dans l'impétigo, dont les pustules sont très superficielles. Enfin, l'agglomération, la petitesse, la courte durée des pustules de l'impétigo suffisent pour qu'elles ne soient pas confondues avec celles de l'acné ou de l'érythème.

L'impétigo, si l'on écarte celui du cuir chevelu, n'est jamais par lui-même une maladie grave; il peut cependant avoir relativement une certaine valeur, par exemple comme expression d'un tempérament lymphatique plus ou moins prononcé. Aussi, dans le traitement des gourmes, doit-on hésiter à employer une médication active; il faut d'abord tâcher de modifier la constitution de l'enfant, et empêcher le tempérament lymphatique de s'exaspérer.

Le traitement de l'impétigo doit être basé sur l'état constitutionnel ou local. S'il y a inflammation, il faut prescrire des antiphlogistiques modérés, mais n'avoir jamais recours à la saignée ni aux cataplasmes; donner des boissons acides, des purgatifs et des laxatifs légers ; localement des lotions astringentes; cela suffit pour l'état aigu.

Si l'impétigo est passé à l'état chronique, il faut prescrire à l'intérieur des médicaments antilymphatiques, décoction de feuilles de noyer, huile de foie de morue, solution d'hydrochlorate de chaux, que l'on peut prendre sans inconvénient pendant longtemps à la manière de l'iodure de potassium, qui a une tendance à déterminer une congestion à la peau. Aussi l'emploi de ce dernier agent amène-t-il plutôt une aggravation qu'une amélioration dans cette maladie.

Il est un médicament qu'il ne faut jamais employer dans les maladies de la peau, ce sont les préparations ferrugineuses. Il n'est pas douteux que le fer ne va pas à la peau et surtout au visage, quand il y a un peu d'inflammation. Ainsi donc il faut prescrire, pour guérir l'impétigo, d'abord des amers, ensuite les préparations sulfureuses, soit à l'intérieur, soit sous forme de bain; enfin les eaux minérales naturelles d'Enghien, de Bonnes, de Barèges, etc., soit en bains, soit en boissons seules ou coupées avec du lait. G. B.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 7 août 1855. — Présidence de M. JOBERT (de Lamballe).

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

Larve du choléra. — 1º Un mémoire de M. le docteur Vigil-y-Mora (Espagne), sur la cause du choléra. Ce mémoire est accompagné d'une boîte qui renferme des mouches qui, d'après le système de ce médecin, produiraient la larve cholérique. (Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

Eaux minérales. — 2º Un rapport de M. le docteur Bellety, médecin inspecteur des eaux minérales de Sail-les-Bains (Loire), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1853.

3º Un rapport de M. le docteur Morineau, médecin inspecteur des eaux minérales de Bilazay (Deux-Sèvres), pour l'année 1853. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Tumeurs enkystées du cou. — M. Marchessaux adresse une lettre par laquelle il réclame la priorité au sujet des idées émises par M. le docteur Roux (de Brignolles) sur les tumeurs enkystées du cou. Un mémoire sur ce sujet, publié en 1839, est joint à cette lettre.

Classification des causes de mort. — M. Marc d'Espine (de Genève) adresse un travail intitulé *Projet de classification des causes de mort physiologiques, accidentelles et morbides, à l'usage de la statistique de Genève.* (Commissaires : MM. Bourdon, Jolly, Guérard.)

Maladies des pays chauds. — M. Félix Jacquot adresse un mémoire ayant pour titre : *Etudes sur les maladies des pays chauds* (fièvres gastro-rhumatiques). (Commissaires : MM. Mélier, Girardin et Michel Lévy.)

Toxicologie. — M. Guérard présente au nom de M. le docteur Gottier un ouvrage en trois volumes intitulé *Toxicologie générale et spéciale*, dont l'auteur fait hommage à l'Académie.

Arrachement des doigts. — M. Robert demande la parole à l'occasion du procès-verbal. Le fait intéressant d'arrachement d'un doigt

qu'a présenté M. Jobert dans la dernière séance m'a engagé, dit-il, à rappeler à l'Académie quelques faits analogues. On en trouve quelques exemples dans les mémoires de la Société de chirurgie. Morand notamment en rapporte plusieurs cas curieux. M. Cloquet, en 1818, a présenté à l'Académie quelques faits semblables. J'ai eu moi-même l'occasion d'observer ce genre d'accidents trois fois. M. Robert met ici sous les yeux de l'Académie un pouce divisé à la base de la première phalange, et auquel adhèrent les tendons fléchisseurs et extenseurs arrachés au niveau de leur insertion supérieure. Un fait plus curieux encore, ajoute M. Robert, m'a été communiqué il y a deux ans par mon collègue de l'hôpital Beaujon M. Huguier; il s'agit, dans ce cas, du poignet tout entier, qui avait été arraché par le mouvement rapide d'une machine, et qui avait entraîné avec lui la presque totalité des muscles de l'avant-bras, qui pendaient après ce poignet comme une chevelure. (M. Gerdy: Qu'est devenu ce malade? — Il est mort.)

Ce qu'il y a de très curieux dans tous ces faits, c'est qu'à l'exception de ce dernier, ils ont tous présenté la même innocuité que le cas de M. Jobert.

— M. Malgaigne demande la parole, également à l'occasion du procès-verbal, et s'exprime à peu près en ces termes :

Le règlement de l'Académie accorde à la fin de chaque séance un certain temps pour la présentation de pièces et de malades. C'est une chose bonne et utile, surtout quand ces présentations sont faites par des membres de l'Académie, parce qu'elles peuvent devenir alors l'objet d'une discussion immédiate. C'est ce qui vient d'avoir lieu précisément au sujet de la présentation de M. le président. Mais il n'en est plus de même lorsque ces présentations sont faites par des personnes étrangères à l'Académie. Non-seulement ces présentations, le plus souvent improvisées, ne laissent rien dont la science puisse profiter, mais elles peuvent avoir parfois de bien plus sérieux inconvénients. Je sais qu'on a le soin de demander des notes aux auteurs pour le procès-verbal; mais ces notes elles-mêmes sont souvent incomplètes. Vous venez d'en voir un exemple à l'instant même, où l'on vient de vous signaler une lacune importante dans le procès-verbal. Quel profit la science peut-elle retirer, je le répète, de faits aussi incomplets? Mais je vais plus loin : je crains que l'abus ne soit ici très près de l'usage. Quel intérêt peut-on trouver à toutes ces présentations d'opérés ou de malades sur lesquels on se propose de pratiquer des opérations, et qu'on se garde bien de vous représenter plus tard en cas d'insuccès? Que deviendraient nos séances, si nous présentions ainsi nous-mêmes tous nos opérés? Elles n'y suffiraient pas! Je crains que si cet abus se perpétue le bureau de l'Académie ne finisse par devenir un bureau d'exhibition. Je crois qu'on préviendrait jusqu'à un certain point cet abus en exigeant des personnes qui font des présentations une note ou un mémoire écrit. (Très bien! Appuyé.)

M. le Président. Le conseil d'administration s'est préoccupé de cette question. Il a été frappé, comme M. Malgaigne, des abus auxquels peuvent donner lieu ces sortes de présentations; mais il n'a pas moins été frappé des difficultés d'y apporter remède. Il a pensé cependant qu'on pourrait prévenir en grande partie ces abus en nommant séance tenante une commission qui irait s'assurer immédiatement de l'opportunité de la présentation.

M. Moreau, faisant allusion à l'une des présentations faites dans la dernière séance, saisit cette occasion pour montrer combien les renseignements donnés de vive voix par les auteurs sont insuffisants pour faire ressortir la valeur des faits qu'ils soumettent à l'Académie.

M. Larrey demande que la proposition de M. Malgaigne soit complétée par une mesure utile : ce serait que les auteurs s'engageassent, toutes les fois qu'ils présentent des malades, à faire connaître les résultats quels qu'ils soient du traitement ou de l'opération qu'ils leur auront fait subir. Sans cela on n'a que des observations commencées.

(Le conseil avisera.)

RAPPORT.

M. O. Henry lit, au nom de la commission des eaux minérales, un rapport officiel sur une demande en autorisation pour l'exploitation de l'eau acidule gazeuse bromo-iodurée de la source de Bondonneau, près Montélimart (Drôme).

L'eau de source de Bondonneau est minéralisée par l'acide carbonique libre tenant en dissolution quelques carbonates terreux alcalins et ferrugineux, mais elle contient en outre certains éléments capables de lui donner des propriétés toutes spéciales. Ainsi, à côté de l'acide sulfhydrique très sensible à la source, on y reconnaît la présence de l'arsenic, à l'état d'arséniate sans doute, et particulièrement celle de l'iode et du brôme en combinaisons salines. Ces deux substances s'y trouvent même dans des proportions fort notables. Ainsi, ces divers éléments peuvent aisément justifier les vertus médicales de cette eau.

D'après ces considérations, M. le rapporteur propose de répondre au ministre qu'il y a lieu à accorder l'autorisation demandée. (Adopté.)

LECTURES.

Recherches sur la composition de l'eau de la Seine à diverses époques de l'année. — M. Poggiale lit sous ce titre un mémoire dont voici un extrait :

L'eau de la Seine a été l'objet de travaux analytiques très importants. Gay-Lussac et M. de Humboldt, Vauquelin, MM. Colin, Thénard, Bouchardat, Boutron et Henry, Déville et Girardin ont publié des recherches intéressantes sur l'eau de cette rivière. Mais lorsqu'on compare les analyses exécutées par ces chimistes distingués, on observe des différences considérables dans les résultats qu'ils ont obtenus. En effet, MM. Thénard et Colin ont trouvé 0,161 de substances solides dans l'eau de la Seine au-dessus de Paris; Vauquelin et M. Bouchardat, 0,179; M. Lassaigne, 0,128; M. Déville, 0,254; MM. Boutron et Henry, 0,240. L'eau puisée au-dessous de Paris a fourni à MM. Thénard et Colin, 0,173 pour 1,000 grammes; à Vauquelin et à M. Bouchardat, 0,181; à MM. Boutron et Henry, 0,432. Si l'on compare entre eux les chiffres qui représentent dans les analyses de ces chimistes les proportions d'air, d'acide carbonique, de carbonate de chaux, de sulfate de chaux, de matières organiques, etc., on remarque également que les résultats obtenus diffèrent les uns des autres.

Comment expliquer des analyses aussi opposées et en apparence contradictoires? Les chimistes possèdent des méthodes analytiques tellement exactes qu'on ne saurait supposer que ces différences tiennent aux procédés employés. D'un autre côté, les analyses de l'eau de Seine ont été faites par des chimistes dont l'habileté est connue de tout le monde et dont les travaux inspirent la plus grande confiance. Il faut donc chercher ailleurs la cause des différences que je viens de signaler, et les longues recherches auxquelles je me suis livré me permettent d'affirmer qu'elle réside dans la variabilité naturelle de l'eau de Seine. En effet, cette eau, comme les eaux de la Marne, de la Saône, du Rhône, du Rhin, de la Loire, du Doubs, de la Bièvre et de la plupart des rivières, est sujette à des causes nombreuses de variations, qui peuvent être produites par des conditions particulières de gisement, des altérations accidentelles, le minimum et le maximum de volume de l'eau, la température et plusieurs phénomènes météorologiques sur lesquels je n'ai pas besoin d'insister. On voit donc combien il importe de déterminer la composition des eaux de rivière à diverses époques de l'année. Convaincu que ces recherches offrent un grand intérêt, je me suis livré à ce travail depuis le 1er décembre 1852 jusqu'au 17 février 1855. J'ai dosé avec soin pendant la première année tous les quinze jours, quelquefois même toutes les semaines, les gaz, les matières organiques, les matières tenues en suspension, les substances salines, etc., de l'eau de la Seine prise au pont d'Ivry; j'ai noté en même temps la densité, la température de l'eau, la hauteur correspondante de la rivière, la quantité d'eau tombée au pluviomètre, la température de l'air et les principaux phénomènes météorologiques.

1° *Matières tenues en suspension dans l'eau de Seine puisée au pont d'Ivry en plein courant.* — Il résulte des nombreuses expériences consignées dans ce mémoire :

1° Que la proportion maximum des matières tenues en suspension dans un litre d'eau de Seine s'est élevée à 0,118 et que le minimum a été de 0,007;

2° Que d'une manière générale la quantité des matières en suspension est proportionnelle à la hauteur de l'eau;

3° Que les chiffres les plus élevés ont été obtenus pendant l'hiver à la suite de pluies abondantes.

2° *Gaz contenus dans l'eau de la Seine.* — J'ai fait connaître dans mon travail la méthode dont j'ai fait usage pour la détermination de l'acide carbonique, de l'oxygène et de l'azote, et j'ai inscrit dans un tableau les résultats obtenus du 1er décembre 1852 au 5 avril 1854. En examinant attentivement ce tableau, on voit :

1° Que la proportion des gaz, et particulièrement celle de l'air, est susceptible de grandes variations;

2° Que la quantité d'air et d'acide carbonique est plus considérable en hiver qu'en été;

3° Que l'eau est moins riche en oxygène en été qu'en hiver;

4° Que généralement la proportion des gaz croît en même temps que le volume de l'eau;

5° Que, d'après mes expériences, l'eau de la Seine contient en moyenne, pour 1,000 grammes, 23cc d'acide carbonique, 9cc d'oxygène et 20cc d'azote;

6° Que la proportion d'oxygène est en moyenne de 31,03 pour 100 parties d'air.

3° *Principes fixes et matières organiques.* — J'ai exposé dans mon mémoire les moyens que j'ai employés pour déterminer la proportion des principes fixes, de l'acide sulfurique, du chlore, de l'iode, de l'acide azotique, de l'acide silicique, des carbonates de chaux, de magnésie, de fer et de manganèse, de l'ammoniaque, de la potasse, etc. En examinant le tableau dans lequel j'ai résumé les résultats de mes analyses, on y remarque les faits suivants :

1° La proportion des matières solubles contenues dans l'eau de Seine atteint généralement son maximum lorsque la hauteur de cette rivière est entre 2 et 3 mètres, et elle décroît au-dessus et au-dessous;

2° Le maximum de principes fixes a été pour un litre d'eau 0,277 et le minimum 0,190;

3° D'une manière générale l'eau de la Seine est plus chargée de substances solubles en été qu'en hiver;

4° La moyenne de vingt et une analyses rapportées dans mon mémoire donne un résidu de 0,244 pour 1,000 grammes d'eau;

5° L'eau puisée au pont d'Austerlitz a fourni un résidu dont le minimum a été 0,296 et le maximum 0,323; l'eau de la rive gauche a donné dans une expérience 0,296 et celle de la rive droite 0,230;

6° La proportion de carbonate de chaux et de magnésie contenu dans l'eau de la Seine est généralement plus élevée en été qu'en hiver; elle est en raison inverse de la hauteur de l'eau : le chiffre maximum a été de 0,197 milligrammes pour un litre d'eau et le chiffre minimum de 0,139 milligrammes;

7° L'eau de la Seine contient une proportion notable de matières organiques, qui augmente considérablement pendant l'été : le résidu de l'évaporation de l'eau noircit alors et répand une odeur infecte par la calcination;

8° J'ai trouvé de 0,00009 à 0,00037 d'ammoniaque pour un litre d'eau, et j'ai observé que la proportion d'alcali est augmentée par les pluies, par la fonte des neiges, et paraît être en rapport avec les matières organiques. Au pont d'Austerlitz, l'eau de la rive droite a fourni dans trois expériences de 0,00014 à 0,00027 d'ammoniaque et celle de la rive gauche de 0,00085 à 0,00190.

Si l'on prend la moyenne des analyses consignées dans mon mémoire, on obtient les chiffres suivants, qui expriment la composition de l'eau de la Seine puisée au pont d'Ivry :

Acide carbonique libre ou provenant des bicarbonates.	0,0233
Azote.	0,0200
Oxygène.	0,0090
	0,0523
Carbonate de chaux.	0,177
Carbonate de magnésie.	0,019
Carbonate de fer et de manganèse. Alumine. . .	0,004
Sulfate de chaux, de magnésie, de soude. . .	0,018
Chlorure de calcium, de magnésium, de sodium. .	0,041
Acide silicique.	0,004
Ammoniaque.	0,00017
Iodure alcalin.	traces.
Sels de potasse.	traces très sensibles.
Azotate alcalin.	quantité notable.
Matières organiques.	quantité notable.
	0,233

Trajet intra-oculaire des liquides absorbés à la surface de l'œil. — M. Gosselin lit sur ce sujet un travail dans lequel il se propose de démontrer que les liquides solubles et non irritants mis en contact avec l'œil non-seulement sont entraînés, comme on le sait depuis longtemps, dans le torrent circulatoire par les vaisseaux de la conjonctive, mais encore pénètrent dans l'œil en traversant préalablement la cornée et la chambre antérieure, dans laquelle ils séjournent pendant plusieurs heures. Le fait a été constaté par une série d'expériences faites sur les animaux avec l'iodure de potassium, le lait de chaux et la belladone. Dans les premières, après avoir fait l'instillation sur l'œil d'une solution d'iodure de potassium, on a recherché cette substance à l'aide des moyens connus en chimie, et pour lesquels d'ailleurs l'auteur a été conseillé et aidé par MM. Bussy père et fils. L'iode a été retrouvé au bout de quelques minutes et au bout de plusieurs heures dans la cornée et l'humeur aqueuse, et on ne peut pas dire qu'il y avait été apporté par la circulation générale, car l'autre œil, sur lequel l'instillation n'avait pas été faite, n'en contenait pas pendant les trente ou quarante minutes qui ont suivi l'instillation, et n'ont commencé à en fournir qu'au bout de ce temps.

La seconde série d'expériences a consisté à faire blanchir instantanément la cornée des chiens et des lapins avec du lait de chaux projeté dans l'œil, et à produire ainsi sur les animaux une maladie qu'on observe quelquefois chez l'homme, et dont M. Gosselin avait eu dernièrement un exemple très intéressant dans son service à l'hôpital Cochin. Après que la cornée eut été complétement blanchie, on put lui rendre sa transparence, soit en plongeant la membrane, après l'avoir excisée, dans de l'eau acidulée, soit en instillant cette même eau, ou de l'eau sucrée sur l'œil laissé à sa place. On put, sur d'autres cornées, reconnaître parfaitement la présence de la chaux au moyen de l'oxalate d'ammoniaque employé après calcination et dissolution du résidu dans l'eau distillée.

Dans les dernières expériences, qui sont plus intéressantes pour la physiologie pathologique, l'auteur, après avoir instillé sur les yeux de plusieurs animaux une solution de sulfate d'atropine, et obtenu ainsi la dilatation de la pupille, a recueilli l'humeur aqueuse et l'a instillée dans l'œil d'un autre animal, dont la pupille s'est parfaitement dilatée. Il est donc évident que le principe stupéfiant de l'atropine était passé dans la chambre antérieure, s'y était mêlé à l'humeur aqueuse et s'était mis en contact immédiat avec l'iris. C'est un fait que démontre d'ailleurs le resserrement instantané de la pupille, tant sur les animaux que chez l'homme vivant, après l'incision de la cornée et l'évacuation de l'humeur aqueuse, lorsqu'il y a eu préalablement dilatation de cette ouverture par la belladone.

Pour la physiologie, M. Gosselin conclut de ses expériences que la cornée a sur le vivant comme sur le cadavre une perméabilité et une propriété endosmotique des plus prononcées; que peut-être l'une des conséquences de cette propriété est le passage des larmes par cette voie dans la chambre antérieure, tant pour entretenir la transparence de la cornée que pour entretenir la réplétion continuelle des chambres oculaires.

Pour la clinique, l'auteur démontre que l'opacité produite par la chaux éteinte est due au passage et à l'infiltration de cette substance dans la cornée, et il émet l'opinion que bon nombre d'ophthalmies sont dues au transport dans la même membrane de matériaux septiques irritants, et que le meilleur moyen d'en prévenir les conséquences est l'emploi des douches oculaires de M. Chassaignac, lesquelles ont pour effet d'entraîner les matières toxiques et de substituer pour l'absorption un liquide innocent au liquide nuisible qui se trouvait à la surface de l'œil. (Commissaire : MM. Velpeau, Jobert et Cloquet.)

— La séance est levée à quatre heures et demie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

L'Académie des sciences a nommé dans sa séance de lundi un académicien libre, en remplacement de M. Duvernoy.

Un premier tour de scrutin a donné 29 voix à M. l'amiral Dupetit-Thouars, 22 au prince Ch. Bonaparte, 11 à M. Walferdin, 1 à M. Passy.

Au second tour de scrutin, M. Dupetit-Thouars l'a emporté sur ses concurrents; il a réuni 35 suffrages contre 25 obtenus par M. le prince Ch. Bonaparte.

— L'extrait du rapport de M. Vergne que nous avons publié dans le dernier numéro sur les faits de variole et de vaccine observés dans le XIIe arrondissement pendant l'année 1854 est tiré d'un travail lu à la Société de cet arrondissement, sous la présidence de M. Dublanc, et puisé dans les renseignements fournis par tous les médecins de cette circonscription municipale.

BULLETIN BIBL OGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. Decq;
A Genève, à la librairie de Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Iconographie ophthalmologique, ou Descriptions et figures coloriées des maladies de l'organe de la vue, comprenant l'anatomie pathologique, la pathologie et la thérapeutique médico-chirurgicales; par le docteur J. Sichel, professeur d'ophthalmologie, médecin oculiste. — Cet ouvrage sera publié en 20 livraisons, composées chacune de 28 pages de texte in-4° et de 4 planches dessinées d'après nature, gravées, imprimées en couleur, retouchées au pinceau. Prix de chaque livraison : 7 fr. 50 c. Les livraisons 1 à 13 sont en vente. — Paris, chez J.-B. Baillière, libraire, 19, rue Hautefeuille.

Essai sur l'accouchement physiologique; ou moyens de rendre l'accouchement plus facile, plus prompt et plus inoffensif pour la mère et pour l'enfant; par M. Mattei, professeur d'accouchements à Bastia. — Un vol. in-8° de 500 pages avec figures. Prix : 7 fr. — A la librairie de Victor Masson.

Le Sueur.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 94. — SAMEDI 11 AOUT 1855. (28e ANNÉE.) N° 94. — SAMEDI 11 AOUT 1855.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Le choléra dans le sud de l'Europe.

De ce que le choléra ne sévit point autour de nous et que rien dans l'état sanitaire actuel ne paraisse de nature à en faire pressentir le retour plus ou moins prochain, ce n'est point une raison pour ne pas nous préoccuper de sa marche et de ses progrès dans d'autres contrées. Les populations qu'il décime, sous quelque latitude qu'elles se trouvent, ne sont pas moins dignes de notre intérêt ; et n'eussions-nous d'ailleurs d'autre motif que de nous tenir au courant de tout ce qui se rattache à l'histoire de ce fléau, celui-là suffirait déjà pour justifier le petit coup d'œil rétrospectif que nous allons jeter sur les dernières phases de l'épidémie. Les renseignements que nous allons résumer remontent au commencement du printemps et s'étendent jusque vers la fin du mois de juillet.

Pendant que quelques foyers partiels et isolés semblaient se ranimer sur certains points du nord et de l'est de la France, mais sans prendre une intensité inquiétante, une explosion presque générale avait lieu dans les deux péninsules de l'Italie et de l'Espagne. Sur quelques points de l'Italie, dans la Sicile, à Naples, dans la Romagne et dans le royaume Lombardo-Vénitien, l'épidémie ne s'était jamais complétement éteinte ; de sorte que ce serait à vrai dire, pour ces divers pays, plutôt une recrudescence qu'une invasion nouvelle. Mais en même temps l'épidémie éclatait simultanément sur un grand nombre d'autres points, dont quelques-uns n'avaient point encore été envahis. En somme, dans le courant de juillet, l'épidémie occupait à la fois les États ecclésiastiques, notamment Bologne, Ancône, Ferrare, Fano, Pesaro, Rimini, Ravenne ; un bon nombre de localités du royaume Lombardo-Vénitien, Vicence, Vérone, Padoue, Venise ; enfin une grande partie de la Sicile. Si en général ces foyers épidémiques multiples n'ont pas acquis une très grande intensité, il n'en a pas été ainsi d'un certain nombre de points où les atteintes se sont montrées nombreuses et la mortalité considérable : tels sont entre autres Ancône, Bologne, Fano, Sattara, etc.

L'Espagne a présenté en même temps un spectacle pareil ; l'épidémie s'y est montrée à peu près à la même époque en foyers disséminés et nombreux qui occupaient comme pour l'Italie les deux extrémités nord et sud de la Péninsule. Madrid a subi aussi une atteinte assez grave ; à la date du 13 juillet, le nombre total des cas était de 11,025 et celui des décès de 603. Toute la province de Madrid était envahie, mais avec moins d'intensité que la capitale.

Voici quelle était à peu près la situation des choses vers la fin de juillet : à Madrid, on comptait au 20 juillet 1,279 cas et 738 décès ; l'Espagne était envahie presque tout entière ; la province de Grenade était la plus maltraitée. A la même époque, le choléra continuait à s'étendre également en Italie. A Ancône, sur 30,000 habitants, il y a eu *en moins d'un mois* 2,300 cas, dont 1,000 décès.

La *Gazette hebdomadaire*, à qui nous empruntons ces détails, rapporte dans son dernier numéro, d'après les journaux locaux, que la situation générale de l'Espagne ne s'améliorait pas encore sensiblement à la date du 31 juillet. On comptait à Madrid de 50 à 70 cas par jour. Cadix venait d'être envahie depuis le 13 juillet, et souffrait beaucoup. La Navarre continuait toujours à être un des foyers les plus meurtriers. En Italie, à la même date, on constatait un commencement de décroissance sensible sur presque tous les points.

Rétrécissement organique de l'œsophage. — De la dilatation lente et graduée.

Au n° 1 de la salle Sainte-Agnès est couché un jeune garçon qui est entré à l'Hôtel-Dieu se plaignant uniquement d'une difficulté d'avaler. Ce jeune homme, qui a aujourd'hui dix-huit ans, raconte qu'il y a deux ans il a commencé à s'apercevoir pour la première fois d'une certaine difficulté lorsqu'il voulait avaler une grosse bouchée. A dater de ce moment, cette gêne de la déglutition a toujours été en augmentant. Il ne pouvait avaler que des bouchées de plus en plus petites. Il a fini ainsi par ne plus pouvoir avaler aucun bol solide ; il a dû supprimer successivement l'usage du pain, puis celui des soupes : il en est réduit enfin aujourd'hui à n'avaler que des liquides. Il était donc évident que l'on avait affaire chez ce sujet à une dysphagie produite par un rétrécissement organique de l'œsophage. De quelle nature était ce rétrécissement ? L'âge du malade, sa constitution et l'état général de sa santé excluaient l'idée d'un cancer ou d'un anévrisme, dont on ne constatait d'ailleurs aucun des signes caractéristiques.

C'est évidemment pourtant un rétrécissement organique, non pas dans le sens que l'on attache communément à ce mot en tant qu'impliquant l'idée d'une tumeur hétéromorphe, mais dans le sens plus large et tel que sont, par exemple, les rétrécissements du canal de l'urètre. Il y a toute apparence que cette striction a pour origine une inflammation chronique de l'œsophage, bien que dans l'espèce les souvenirs du malade n'accusent rien de précis à cet égard. Telle est du moins l'opinion de M. Trousseau. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'il ne s'agit point ici d'un de ces cas de spasme pharyngien, d'œsophagisme, tels qu'on en voit parfois des exemples chez certaines femmes nerveuses, mais bien d'un obstacle matériel au passage des aliments. Ces sortes de rétrécissements organiques de l'œsophage, si l'on n'y remédie promptement, finissent par faire succomber les malades, qui en arrivent graduellement à ne plus pouvoir avaler même de l'eau ; mais qui peuvent guérir si l'on s'y prend à temps. Plusieurs méthodes peuvent amener ce résultat. Voici celle que M. Trousseau préfère et à laquelle il a eu recours dans cette circonstance.

On connaît la méthode de Béniqué pour la cure des rétrécissements de l'urètre. Cette méthode, on le sait, consiste à introduire d'abord de très petites sondes qui ne font que traverser le canal sans y séjourner ; le diamètre de ces sondes est augmenté graduellement, à mesure que le rétrécissement du canal diminue. C'est à une méthode analogue que M. Trousseau a recours pour combattre les rétrécissements de l'œsophage, se fondant sur l'analogie complète qu'ils présentent avec ceux du canal de l'urètre. Cette méthode n'est d'ailleurs pas nouvelle ; M. Trousseau dit la tenir lui-même de M. Bretonneau.

Quant à l'instrument dont M. Trousseau se sert pour pratiquer le cathétérisme œsophagien, il ne diffère pas de celui qu'il employait déjà dès 1848, c'est-à-dire avant de connaître la méthode Béniqué. Il consiste en une baleine droite de 1 à 2 millimètres de diamètre, par conséquent jouissant d'une certaine flexibilité lorsqu'on la prend à quelques pouces d'une de ses extrémités. Mais cette flexibilité ne doit cependant pas être trop grande. Cette baleine, de 30 à 40 centimètres de longueur, est terminée à l'un de ses bouts par un petit bouton olivaire un peu étranglé, au collet duquel on fixe avec de la cire à cacheter et du fil une éponge très fine et très sèche. L'éponge est ensuite mouillée et taillée avec les ciseaux selon la forme qu'on désire. Au moment d'introduire l'instrument, cette éponge est imbibée de glaire d'œuf. Il a ainsi à sa disposition plusieurs sondes de ce genre dont la boule est graduée, depuis le volume d'une olive jusqu'à celui d'une petite noix environ. La sonde du plus petit calibre est d'abord introduite.

Dès que l'obstacle est franchi, ce qu'indique la sensation d'un mouvement brusque, on ramène l'éponge au-dessus du rétrécissement pour l'y engager de nouveau, l'en retirer encore, et recommencer une troisième fois. Ces introductions sont répétées deux fois par jour au début du traitement, augmentant le diamètre des éponges, c'est-à-dire passant successivement du plus petit numéro à un numéro supérieur, et ainsi de suite à mesure que le rétrécissement diminue. Arrivé à un degré de dilatation convenable, on éloigne peu à peu les introductions, et on finit, au bout de quelque temps, par ne plus y recourir qu'à de longs intervalles.

Tel est le traitement qu'on a commencé à mettre en usage chez ce malade. Après deux ou trois jours d'usage de l'éponge n° 1, on était parvenu à introduire le n° 2, qui commençait à pénétrer avec assez de facilité, lorsque le malade a demandé sa sortie. Il ne nous a malheureusement pas été possible, par conséquent, de juger des effets de cette méthode. Nous n'avons pas cru néanmoins devoir laisser passer cette occasion de la signaler à l'attention des praticiens.

Tout ne sera pas perdu d'ailleurs dans ce fait, car il nous fournira encore l'occasion d'emprunter quelques renseignements utiles sur le cathétérisme de l'œsophage à l'excellent travail que M. le docteur Follin a publié il y a deux ans sur ce sujet (1). Dans les considérations anatomiques placées en tête de ce travail, M. Follin signale deux points dont la connaissance est de la plus grande importance au point de vue du cathétérisme. Le premier est l'existence d'un rétrécissement normal de l'œsophage au point où il traverse le diaphragme. Cette coarctation naturelle explique ces obstacles que la sonde éprouve parfois en arrivant profondément au niveau du cardia. M. Follin pense en outre que sa nature musculaire doit jouer un grand rôle dans certains rétrécissements spasmodiques.

(1) *Des rétrécissements de l'œsophage* (thèse de concours), par M. Follin. Grand in-8°. 1853. Chez Labé.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Compte rendu des faits observés à la clinique d'accouchement de l'Ecole de médecine de Bordeaux (1854-1855) ; par M. le docteur ROUSSET, professeur suppléant, médecin adjoint de la Maternité.

Cours de pathologie interne, professé à l'Ecole de médecine de Toulouse, par M. GAUSSAIL. Leçons sur le croup, recueillies par M. LADÉAC, interne à l'Hôtel-Dieu.

Le goût des comptes rendus annuels des cliniques obstétricales de province était fort répandu il y a une trentaine d'années. Cet usage s'est malheureusement perdu, et la brochure de M. le docteur Rousset est presque un événement.

Il serait bien à désirer que les professeurs consacrassent ainsi chaque année quelques pages à l'analyse des faits observés dans l'hôpital qu'ils dirigent. Bien qu'en petit nombre, ces observations de tous les ans finiraient par constituer un recueil plein d'intérêt pour le praticien et plein d'utilité pour le professeur lui-même.

M. Rousset nous initie d'abord au mode d'enseignement adopté à l'école obstétricale de Bordeaux. Cet enseignement est établi sur les mêmes bases qu'à Paris. Il y a un professeur titulaire, un suppléant, un chef interne et une sage-femme. Les élèves sont exercés au toucher sous la surveillance du professeur qui les dirige.

Puis vient un tableau de tous les faits observés à la clinique du 1er mai 1854 au 30 avril 1855 ; tableau fait avec un soin extrême, et pouvant servir aux statistiques de tous les genres. L'entrée, la sortie des femmes, les constitutions, tempéraments, professions, lieux de naissance, la date de l'accouchement, le nombre des grossesses, l'état du bassin, les présentations et positions, le genre d'expulsion ou d'extraction, l'état du fœtus, son poids, ses dimensions, les suites de couches, etc. ; enfin, tout ce qui peut être l'objet d'une remarque utile a été noté avec une exactititude et une méthode qui témoignent d'une grande habitude de toutes ces recherches.

Il y a eu, dit M. Rousset, du 1er mai 1854 au 30 avril 1855, soixante-dix-sept accouchements. Ce chiffre est peu considérable sans doute, et cependant il est impossible de tirer un parti plus complet de ce petit nombre d'observations.

Dans les considérations sur les grossesses simples et doubles, sur l'état du bassin, sur les présentations, sur les accouchements naturels, compliqués, artificiels, l'accoucheur de Bordeaux fait partout preuve d'un esprit droit et d'un jugement parfait. J'avoue que j'ai été heureux, quoique ne connaissant pas M. Rousset, de lui voir enseigner, à propos de l'asphyxie fœtale, ce que j'enseigne moi-même depuis bientôt quinze ans.

C'est principalement dans les cas d'accouchements artificiels par la version ou le forceps que se juge le praticien. L'accoucheur n'est pas seulement *dans la main*. On oublie trop qu'il ne faut pas moins de vrai bon sens, de connaissances et de justesse d'esprit pour *prescrire* en accouchement, qu'il n'en faut pour un traitement médical quelconque.

Trois applications de forceps et une version ont été pratiquées dans des cas où ces opérations étaient on ne peut mieux indiquées. Une fois la *délivrance* a été artificielle.

L'auteur ajoute à son chapitre sur la délivrance quelques réflexions critiques sur l'application de la ligature du côté de la mère, auxquelles je m'associe complétement.

L'examen des placentas, des cordons et des suites de couches ; des exemples de métrite, de métro-péritonite ; une névralgie sciatique, une hydrorrhée, une syphilis constitutionnelle, et enfin une observation très intéressante de rétrécissement du bassin, accompagnée des dimensions exactes du canal, termine ce compte rendu, qu'on ne saurait trop engager M. Rousset à continuer chaque année. Dans tous les cas, cette première tentative aura été très heureuse, puisqu'elle aura mis le monde médical à même de connaître un homme à la fois instruit et distingué.

PAJOT,
professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Cours de pathologie interne, professé à l'Ecole de médecine de Toulouse, par M. GAUSSAIL. Leçons sur le croup, recueillies par M. LADÉAC, interne à l'Hôtel-Dieu.

Nous avons reçu il y a quelques jours une petite brochure contenant l'histoire du croup d'après les leçons professées à l'Ecole de mé-

Le second point a une application beaucoup plus directe encore pour les règles du cathétérisme.

On sait que l'orifice supérieur de l'œsophage correspond environ au niveau du tubercule carotidien de la sixième vertèbre cervicale; or, dans l'extension forcée, cet orifice peut correspondre au corps de la cinquième vertèbre, ou au moins au disque intervertébral qui sépare la cinquième de la sixième. Dans la flexion forcée de la tête, au contraire, le même orifice descend au niveau du disque intervertébral qui sépare la sixième de la septième; en un mot, en faisant osciller la tête sur le tronc dans le sens antéro-postérieur et dans les plus grandes limites du mouvement, on peut faire exécuter à la partie supérieure de l'œsophage une migration de près de 4 centimètres. Or c'est là, ainsi que le fait remarquer M. Follin, une donnée importante pour le cathétérisme.

L'influence des attitudes de la tête sur la position et l'allongement de l'œsophage ne se borne pas là; elle rend compte encore de quelques faits intéressants de pathologie. « Si, dit M. Follin, sur un cadavre on porte la tête dans une extension forcée, on note que la région cervicale décrit une courbure dont le sommet correspond au niveau de la cinquième et de la sixième vertèbre cervicale; l'orifice supérieur de l'œsophage correspond aussi au sommet de cette courbure, et si, le cadavre maintenu dans cette position, on cherche à faire pénétrer le bout de l'indicateur dans l'orifice supérieur de l'œsophage, on le sent fortement pressé; une sonde introduite par la bouche ne pénètre que difficilement alors dans ce conduit et a une grande tendance à s'engager dans le larynx. »

Ces résultats montrent, comme on le voit, que le cathétérisme de l'œsophage ne doit point être fait dans l'extension forcée de la tête, mais plutôt dans la flexion.

Quant à l'objet qui nous occupe spécialement ici, la cure des rétrécissements de l'œsophage, on trouve dans le travail de M. Follin des faits qui tendent à prouver que les instruments dilatateurs ont eu quelquefois du succès dans les cas de rétrécissements produits par l'inflammation chronique de l'œsophage, de la nature de celui qui a été le sujet de notre observation. Mais, parmi les faits de guérison ou d'amendement qui s'y trouvent consignés, il nous a été à peu près impossible de trouver les éléments d'un jugement comparatif entre les effets de la méthode de dilatation lente et graduelle, à laquelle M. Trousseau donne la préférence, et ceux de la dilatation rapide ou brusque, qui compte aussi quelques succès.

Nouvel exemple d'hydrocèle enkystée spermatique.

M. Gosselin a eu, il y a quelques jours, dans son service à l'hôpital Cochin, un nouvel exemple d'hydrocèle enkystée spermatique occupant le côté gauche du scrotum, et qui avait le volume d'une pomme d'api. La nature de la maladie a été reconnue, comme dans tous les autres cas cités par ce chirurgien dans son travail de de 1848, par la couleur opaline du liquide et l'examen microscopique, qui a fait reconnaître des spermatozoïdes encore agités de mouvements deux heures après l'opération. Ce fait est remarquable sous ce rapport que le malade avait subi une première fois la ponction il y a plus d'une année, sans injection; et comme des recherches anatomiques multipliées ont établi qu'en pareille circonstance le kyste n'a pas conservé de communication avec les voies spermatiques, il démontre que les quelques gouttes qui restent après la simple ponction suffisent pour que le liquide de la récidive contienne encore une quantité assez grande de spermatozoïdes, soit que ces corpuscules se reproduisent, soit qu'une gouttelette de sperme ait la propriété d'en produire des quantités innombrables, lorsqu'elle se trouve mélangée avec un liquide favorable à leur évolution.

A propos de ce malade, M. Gosselin a emprunté à des recherches récentes l'explication de la dissolution du sperme dans le liquide, et de la coloration blanchâtre de ce dernier. D'une part, MM. Robin et Verdeil ont démontré, dans leur ouvrage, que le liquide de presque tous les kystes renfermait des matières grasses. D'autre part, M. Longet, dans un travail communiqué récemment à l'Académie des sciences, a fait savoir que le sperme forme avec les matières grasses une émulsion. Voici donc ce qui se passe sans doute dans les kystes dont il s'agit : à un certain moment, un ou plusieurs canaux afférents se rompent entre l'épididyme et le testicule, et laissent échapper un peu de sperme. Un kyste s'organise autour de ce dernier, et le liquide qu'il sécrète contenant des matières grasses, émulsionne ce sperme et forme avec lui le liquide blanchâtre.

Le malade a été opéré par injection de teinture d'iode pure, et est sorti douze jours après, ne conservant plus qu'une induration formée par l'enveloppe du kyste.

HOTEL-DIEU. — M. Jobert.

Des loupes. (Athéromes, mélicéris.)

Après avoir fait l'histoire de deux malades qui allaient subir l'extirpation de loupes du cuir chevelu au moyen de son procédé par embrochement, M. Jobert (de Lamballe) expose les considérations suivantes :

On désignait autrefois d'une manière générale sous le nom de loupe diverses tumeurs qui se développent soit dans le corps de la peau et le tissu cellulaire, soit dans le tissu adipeux répandu sous les téguments. Ces tumeurs, qui empruntent chacune leur dénomination de la matière qui les forme, sont distinguées par les noms particuliers de mélicéris, d'athérome, de lipome et de stéatome. Les anciens ne les connaissaient que très imparfaitement; ils appelaient le lipome et le stéatome loupes non enkystées, le mélicéris et l'athérome loupes enkystées, et les caractères communs qu'elles présentent en apparence leur suffisaient pour les ranger dans une même classe sous le nom de tumeurs avec follicule. Il appartenait aux progrès de l'anatomie pathologique de donner des idées plus saines à cet égard. Et, en effet, s'il est vrai que le lipome et l'athérome présentent pour caractères communs d'être ou de paraître circonscrits, de ne causer ni inflammation ni chaleur à la peau, d'être indolents et soumis aux alternatives d'un développement plus ou moins rapide et plus ou moins régulier, d'être enfin l'un et l'autre le résultat d'un excès de nutrition, du moins ils diffèrent d'une manière si manifeste et si constante par le tissu dans lequel ils se développent, la matière qui les forme et la membrane qui leur sert d'enveloppe, par leur mode anatomique de formation, qu'il est impossible de les comprendre dans la même catégorie et par conséquent de les désigner par le même terme générique.

Nous ne considérons donc pas le lipome et le stéatome comme des loupes proprement dites, et nous réservons cette dénomination à l'athérome et au mélicéris.

Les loupes sont des tumeurs enkystées, c'est-à-dire formées par une poche membraneuse parfaitement limitée et distincte qui contient une matière variable. Elles sont toujours très superficielles, tout à fait circonscrites, n'occasionnent ni chaleur, ni douleur, ni changement dans la couleur naturelle de la peau; elles sont indolentes et chroniques. Elles n'adhèrent le plus souvent ni à la peau ni au tissu cellulaire environnant; elles sont mobiles. Elles cèdent plus ou moins à la pression. On y sent une fluctuation quelquefois très sensible, quelquefois assez obscure, d'autres fois on ne la perçoit pas du tout. Dans tous les cas, elles possèdent une certaine élasticité.

Ces tumeurs se présentent toujours sous la forme soit d'un sphéroïde, soit d'un ovoïde plus ou moins régulier; leur base prend la forme des parties sur lesquelles elle repose. C'est ainsi que sur le crâne la base des loupes est toujours aplatie et suit la courbure des os, tandis que la partie libre fait saillie en soulevant les téguments.

La matière qui les remplit est de nature et de consistance variables. Si le kyste est rempli par un liquide filant et onctueux comme de la synovie, d'une couleur jaunâtre qui rappelle celle du miel, on la nomme mélicéris; si la matière est blanche ou jaune, épaisse, consistante comme du suif, cette tumeur prend le nom d'athérome.

Mais, avant de parler de la membrane kystique, il importe de connaître le mode de formation des loupes.

Il se répand à la surface de la peau une humeur onctueuse sécrétée par les follicules sébacés. Ces follicules, ces cryptes de la peau communiquent avec sa surface par un petit goulot; un point noirâtre en indique souvent l'orifice.

Si, pendant que le travail de sécrétion s'opère, un obstacle quelconque vient obstruer le goulot du follicule et s'opposer à l'excrétion, la matière sébacée s'accumule dans le follicule et produit, au bout de quelques jours, ce que l'on désigne du nom de tanne.

Les tannes et les loupes ne se développent que là où il y a des follicules, et il est impossible de nier l'origine folliculaire de la première de ces tumeurs, puisque presque toujours l'orifice du goulot du follicule se voit clairement à son sommet.

Il est facile, avec ces données, d'expliquer la formation des loupes. L'oblitération du goulot empêche l'écoulement de la matière sébacée; elle reste donc dans le follicule; et comme les parois de celui-ci continuent à la sécréter, elle s'y accumule et le dilate; la tumeur est dès lors tout à fait formée.

On peut quelquefois, en la comprimant, vaincre l'obstacle qui s'oppose à l'excrétion; le kyste se vide, la matière sébacée se répand au dehors pendant un certain temps; puis l'orifice se bouche, l'excrétion cesse, la tumeur reprend bien vite et dépasse son volume primitif, jusqu'à ce que le goulot redevienne libre, et alors les mêmes phénomènes se renouvellent.

La formation des loupes est donc subordonnée à l'occlusion du goulot du follicule. Telle est l'origine que reconnaissent ces tumeurs. Cooper, à qui la science est redevable d'un excellent travail sur ce sujet, bien loin d'admettre que les loupes sont le résultat d'une altération morbide, un produit de nouvelle formation, les appelait des *follicules accrus*, et c'est lui qui a prouvé qu'elles ne sont que le résultat d'un excès de nutrition, que l'exagération de l'état normal des follicules.

La membrane kystique de ces tumeurs n'est donc autre chose que le follicule lui-même, dont les parois se sont dilatées et sont devenues en même temps beaucoup plus épaisses. Dans les tumeurs anciennes elle est très solide, dure, coriace, et est souvent cartilagineuse dans un ou plusieurs points de sa surface; et il n'est pas rare d'y trouver des granulations de carbonates alcalin et magnésien. La circulation y est active, et ce sont les parois du kyste qui, de même que dans l'état normal, sécrètent la matière qui remplit la tumeur.

On a voulu admettre que c'était l'acné qui, en produisant l'inflammation du follicule, occasionnait ces tumeurs. On a pensé que l'irritation que produit la compression pouvait leur donner naissance. Ces opinions ne sont pas vraisemblables. On voit tous les jours des individus dont le dos, la figure sont couverts d'acné, sans qu'une loupe se manifeste. Et d'un autre côté, tous les gens qui portent des fardeaux, les portefaix, devraient y être plus sujets que les autres, ce qui n'est rien moins que prouvé. Je n'admets donc point cette explication.

M. Velpeau, ayant rencontré dans ces kystes du sang coagulé, a cru y voir la preuve qu'ils étaient produits par une violence extérieure, une contusion. C'est, à mon avis, prendre l'effet pour la cause.

En résumé, il est assez difficile d'apprécier les causes sous l'influence desquelles les loupes peuvent se développer. Quant au mécanisme suivant lequel elles se forment, il est certain que c'est par l'oblitération du goulot des follicules; mais qu'est-ce qui détermine cette oblitération? Tantôt c'est une cause extérieure, telle que le défaut de propreté; mais le plus souvent elle est due, et c'est la cause la plus ordinaire, à la trop grande quantité, à la consistance du produit sécrété, qui peut bien s'engager dans le goulot, mais n'en peut sortir; elle est due enfin, mais plus rarement, à une inflammation légère qui déterminerait la concrétion de la matière sébacée.

Ces tumeurs sont extrêmement communes; elles apparaissent très souvent à la tête, dans l'épaisseur du cuir chevelu, aux sourcils, aux grandes lèvres des parties génitales de la femme, dans la région dorsale, au cou. On en a rencontré à la main; partout enfin où des follicules sébacés existent. Elles se développent rarement sur le nez, qui cependant en est abondamment pourvu. La raison en est toute simple; les pressions sans cesse renouvelées que l'on exerce sur cette partie du visage empêchent la matière qu'ils sécrètent de s'y accumuler.

Il n'est pas rare de trouver sur la même région huit, dix et même quinze loupes chez le même individu. Cooper dit avoir observé un homme qui en portait soixante sur les différentes régions du corps. On explique cette prédisposition particulière des malades par l'abondance et le développement des follicules sébacés.

Leur développement est très irrégulier et soumis à bien des influences diverses. Elles croissent avec lenteur ou rapidité, suivant que la peau est plus ou moins dense et serrée : tantôt elles arrivent de suite et rapidement à un certain volume; tantôt, après être restées stationnaires pendant des années entières, elles prennent en quelques mois un développement considérable. Leur volume peut varier entre celui d'une petite noisette et celui du poing. Les malades rapportent, en général, ces accroissements rapides à une violence extérieure; c'est la cause la plus ordinaire, en effet. Ces rapides accroissements sont le résultat de l'inflammation de la tumeur; la matière qu'elle contient dégénère en un liquide séropurulent; les parois du kyste sécrètent ce même liquide; la loupe est le siége de fréquents élancements, et ces douleurs sont un signe patho-

decine de Toulouse par M. Gaussail, l'un des médecins les plus distingués de cette ville. De ce travail, fait avec beaucoup de soin et fort complet, mais dans lequel nous n'avons rien trouvé de très nouveau quant à l'histoire de la maladie en elle-même, nous ne résumerons que ce qui a trait au traitement, la partie pratique et la plus importante en définitive.

Combattre et modérer l'inflammation, faciliter l'expulsion des fausses membranes et arrêter leur propagation, s'opposer à leur reproduction en modifiant la sécrétion viciée de la muqueuse, telles sont les indications à remplir. Suivant l'auteur, les vomitifs viennent en première ligne dans le traitement du croup; c'est à eux qu'il faut tout d'abord avoir recours; ils provoquent l'expulsion des fausses membranes, agissent comme modificateurs locaux et généraux, et comme agents perturbateurs. Ils auront d'autant plus de chances de succès qu'ils seront employés plus près du début de la maladie. Sur 24 cas de croup, dont 20 étaient à la première période, et 4 à une période plus avancée, M. Gaussail a eu 18 guérisons et 6 insuccès. Cette médication est contre-indiquée par la violence de la fièvre, une complication gastrique ou cérébrale, encore plus par un état de collapsus.

Après le vomitif, l'auteur place les émissions sanguines, dont il recommande, et avec raison, de ne pas abuser pour ne pas affaiblir le malade, ce qui aurait les résultats les plus funestes. On appliquera quelques sangsues soit sur la région laryngienne, soit à la fossette sussternale. Seule, cette médication est impuissante à enrayer la marche de la maladie.

Le calomel à dose fractionnée est un des moyens qui entre les mains de Guersant, de Bretonneau, de Miquel (d'Amboise) ont rendu d'immenses services.

Dans quelques circonstances, M. Gaussail a retiré de bons effets de la cautérisation à l'aide de la solution concentrée de nitrate d'argent; les révulsifs, sinapismes, vésicants trouvent assez souvent leur indication. L'auteur recommande l'emploi du bain général, fort souvent mis en usage par Odin, Vieussens et d'autres praticiens de Genève et trop négligé de nos jours, comme moyen d'amener une transpiration abondante, de calmer les accidents nerveux et de favoriser l'action des vomitifs.

Enfin, la trachéotomie lui paraît une ressource précieuse principalement lorsque le croup est borné au larynx; mais il pense, et fort justement encore, qu'il ne faut pas la considérer comme une ressource extrême si on ne veut pas la voir constamment échouer.

Terminons en disant que ce spécimen des leçons de M. Gaussail donne une haute idée de l'enseignement du professeur, et qu'il serait à désirer que les professeurs des écoles secondaires de médecine suivissent son exemple et missent plus souvent le public médical à même de juger en les publiant du mérite des cours qu'ils sont chargés de faire aux jeunes gens. A. B.

gnomonique de l'inflammation intérieure. On découvre alors une fluctuation manifeste. Après plusieurs périodes inflammatoires, le kyste s'ulcère de l'intérieur vers l'extérieur ; la tumeur prend une forme acuminée ; la peau devient rouge, luisante ; elle s'amincit, s'ulcère enfin et donne, par une ouverture fistuleuse, issue à un liquide séro-purulent d'une odeur infecte. Cet écoulement dure quelque temps, l'inflammation disparaît, le kyste vidé s'affaisse, l'ulcération se cicatrise ; mais on voit bientôt le kyste se reformer par l'accumulation de nouvelles matières. Souvent il s'établit une fistule intarissable. Le travail inflammatoire peut être assez violent pour déterminer l'érosion, l'ulcération des artères qui traversent la tumeur. Une de mes malades à l'hôpital Saint-Louis portait à la tête une loupe depuis longtemps en suppuration, et qui devint le siége d'une abondante hémorrhagie. J'extirpai la tumeur, et en l'examinant j'ai pu clairement constater le phénomène pathologique que je viens d'énoncer.

Lorsqu'on ouvre ces tumeurs, on y trouve souvent des caillots sanguins, un liquide séro-purulent, des poils quelquefois assez longs et nombreux ; des productions cornées ; enfin de véritables productions épidermiques. La présence de ces produits trouve son explication dans l'anatomie des follicules, sur laquelle je n'ai pas à insister.

Lorsque la tumeur est un peu volumineuse, elle comprime les follicules pileux de la peau ; il n'est donc pas étonnant de ne point rencontrer de poils sur le sommet de la tumeur.

J'ai exposé la différence qui existe entre les athéromes et les méliceris. Leur diagnostic différentiel est assez facile quand il n'y a pas eu de travail inflammatoire. Le méliceris est une tumeur molle, fort élastique ; le liquide qu'elle contient diffiue facilement. Elle est en général de forme ronde, et les parois de sa membrane kystique sont très peu épaisses. L'athérome cède aussi à l'impression des doigts, mais sa force élastique est bien moindre ; on n'y sent pas de fluctuation. Sa figure est ordinairement celle d'un ovoïde, c'est-à-dire qu'il a un grand et un petit diamètre.

Il est quelquefois difficile de distinguer ces deux tumeurs. Pour les prendre l'une pour l'autre, en effet, il ne faut qu'un peu plus de consistance dans la matière du méliceris, un peu plus d'épaisseur dans les parois du kyste, un peu moins dans celles de l'athérome ; et d'ailleurs, si l'inflammation s'est emparée du kyste, la fluctuation est toujours manifeste dans l'un comme dans l'autre cas. Aussi pourra-t-on facilement commettre une erreur de diagnostic, d'ailleurs sans aucune espèce de gravité.

On a pu quelquefois les confondre avec les kystes séreux et avec les ganglions synoviaux des bourses muqueuses sous-cutanées ; et, disons-le en passant, c'est dans ces derniers cas que l'écrasement, la compression ont été suivis d'un résultat favorable.

On a pu encore les prendre pour certains abcès froids, certains lipomes. Un examen attentif de la tumeur mettra toujours le chirurgien à l'abri de semblables erreurs de diagnostic.

Examinons maintenant les différents genres de traitement proposés pour guérir ces affections.

Il ne faut songer ni aux cataplasmes, ni aux astringents, ni aux résolutifs, ni à la compression, pas plus qu'à l'écrasement. Il est bien inutile de développer les raisons qui me font rejeter ces moyens curatifs. Le seul traitement rationnel et efficace est l'ablation. Mais comment l'obtenir? La plupart des malades sont très désireux de se débarrasser de ces tumeurs ; mais détournés par la crainte de la douleur et de l'opération par le bistouri, ils donnent la préférence au procédé qui leur paraît devoir être le moins douloureux. J'ai dit que ces tumeurs étaient extrêmement communes ; aussi des chirurgiens empiriques se sont-ils ingéniés à chercher des procédés qu'ils présentent comme infaillibles, simples, rapides, n'occasionnant aucune douleur, et qui n'ont presque toujours en réalité d'autre mérite que celui de flatter la faiblesse de caractère de ceux qui s'y soumettent.

Un moyen d'une facile application se présentait tout d'abord : c'est la cautérisation ; on l'a employée sous toutes les formes. On a préconisé les caustiques potentiels, les injections irritantes, le fer chaud, différents acides, et Tenon rapporte qu'un charlatan de son époque employait l'acide nitrique, procédé qu'il a régularisé lui-même depuis.

On peut, par la cautérisation, agir directement sur les parois du kyste, y déterminer un travail soit adhésif, soit suppuratif, et obtenir la guérison soit par le morcellement des parois du kyste, soit par leur exfoliation complète. Mais ce mode de guérison entraîne tous les inconvénients des cautérisations en général, et si des malades peuvent guérir sans difficulté, le plus grand nombre est bientôt désabusé par la longueur du traitement : l'ulcération des téguments cause de vives douleurs, la chute des eschares s'opère lentement, une suppuration plus ou moins abondante s'établit, quelquefois la gangrène se déclare, et dans ce cas on a vu l'infection purulente et la mort en être la suite. Bien que ces derniers résultats ne soient pas communs, ce n'est, chez la grande majorité des malades, qu'après une suite d'accidents sérieux que l'on a pu obtenir une complète guérison.

Ce n'est pas que je repousse systématiquement la cautérisation. Il est quelques circonstances dans lesquelles elle peut être employée ; par exemple, chez les malades pusillanimes qui se refusent à toute opération par le bistouri. Mais il ne faut l'appliquer qu'à des tumeurs d'un petit volume. J'ai moi-même mis plusieurs fois l'acide nitrique en usage, et c'est à ce caustique que je donnerais la préférence.

On a proposé aussi de lier la tumeur en l'embrassant à sa base avec un fil ciré. Ce procédé, qui en théorie est si simple, a souvent dans son application déterminé des accidents de gangrène tellement graves que plusieurs malades y ont succombé.

La ligature est très douloureuse, très dangereuse, et la prudence défend au chirurgien de s'exposer aux sérieuses complications qui suivent très souvent son emploi.

Je ne sais pourquoi on a conseillé de passer au travers de la tumeur une mèche à séton enduite d'un suppuratif quelconque. C'est faire un bien mauvais usage du bistouri que de l'employer dans un pareil but. Ce procédé est si défectueux qu'on ne doit jamais s'y arrêter.

Tous ces procédés enfin exposent les malades aux érysipèles bien plus fréquemment que lorsqu'on opère directement avec le bistouri, et on sait combien il faut se mettre en garde, même dans les conditions les meilleures, contre cette fâcheuse complication.

Un des plus mauvais procédés qu'on puisse mettre en usage est celui qui consiste à faire sauter la tumeur en la prenant entre les branches de forts ciseaux. Ce procédé, tout à fait impraticable pour une tumeur un peu volumineuse, est si défectueux, même pour les petites, qu'on ne doit jamais l'employer.

Vous voyez clairement maintenant qu'il n'y a pas de procédé plus prompt, plus rationnel et plus efficace que l'extirpation directe. C'est donc du bistouri qu'il faut se servir. Mais les chirurgiens diffèrent encore sur la manière d'opérer. On a conseillé de mettre la tumeur à découvert par une incision linéaire, cruciale, ou en T, ou demi-circulaire ; de comprendre la tumeur entre deux incisions demi-elliptiques. Chacun de ces procédés trouve son application suivant la forme, le siége, le volume des tumeurs, l'état des téguments qui les recouvrent.

Quand la peau est malade, adhérente aux parois du kyste, ulcérée, il devient nécessaire de retrancher toute la portion qui a subi l'altération morbide ; il faut employer dans ce cas les incisions semi-elliptiques. Si la tumeur est très volumineuse et que la trop grande longueur des lambeaux par l'incision linéaire ou cruciale soit de nature à s'opposer à la réunion immédiate, c'est encore à ce procédé qu'il faut avoir recours.

Mais pour les tumeurs de volume ordinaire, le procédé le plus facile, le plus expéditif, le moins douloureux est sans contredit celui que j'ai désigné sous le nom de procédé *par embrochement*. Je prends un bistouri droit à lame étroite, et tournant son tranchant en haut, je le plonge dans la tumeur que je traverse de part en part ; élevant alors la main, je divise la tumeur et la peau de la partie profonde vers la superficie. Le mouvement de transpersion et celui d'élévation sont simultanés ; la peau se rétracte aussitôt, laissant à découvert une partie de la paroi inférieure du kyste que je saisis et soulève d'avant en arrière, et que j'arrache avec des pinces à disséquer.

Ce procédé est très expéditif, et je conseillerai toujours d'y avoir recours, sauf les restrictions que je viens d'indiquer.

Dans tous les cas, on lave la plaie avec soin, on fait les ligatures des vaisseaux s'ils sont nécessaires, et on doit toujours réunir par première intention. Il est le plus souvent inutile d'appliquer un seul point de suture ; c'est par une compression régulière et modérée que l'on doit favoriser l'agglutination des lèvres de la plaie et le recollement des téguments avec le tissu cellulaire sous-jacent.

B. Ar. Beaumetz

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

pour servir à l'histoire de la suette et du choléra, et des rapports qui ont existé entre l'épidémie de 1849 et celle de 1854. (1)

Par M. le docteur A. Foucart.

Traitement.

Nous arrivons au traitement.

Nulle part, dans les localités que nous avons visitées, soit dans la Haute-Marne, soit dans la Haute-Garonne, on ne se servit de moyens préservatifs, sauf peut-être les ridicules cigarettes de camphre, dont on faisait un usage général, tant contre la suette que contre le choléra, et qui, comme on le pense bien, n'avaient aucun effet.

Le traitement hygiénique était assez bien organisé dès avant notre arrivée ; on donnait aux malades des boissons fraîches, on aérait largement les chambres ; les couvertures n'étaient pas trop nombreuses, le plus souvent ; mais les lits, dans la Haute-Marne, étaient entourés de rideaux et munis d'une sorte de couvre-pieds piqué, fort épais, en usage dans le pays. Malgré ces deux dernières circonstances, on peut dire que les mesures hygiéniques, bien entendues par les médecins, et par suite par la population elle-même, témoignaient, dans beaucoup d'endroits, d'un véritable progrès sur 1849. C'est uniquement à elles que nous rapportons la bénignité de la suette de cette année, comme c'est aux méthodes asphyxiantes et sudorifiques alors employées que nous rapportâmes, en 1849, la mortalité effrayante que nous avons constatée alors.

J'ai dit : *dans beaucoup d'endroits* ; car dans certains autres villages, à Cusey et à Saint-Geosmes entre autres, on traitait par la méthode sudorifique, et la suette, là, était meurtrière. J'ai dit plus haut que M. Boulay avait constaté le fait à Cusey, où étaient mortes dix personnes de la suette avant son arrivée, et que M. Montrol avait trouvé les malades de Saint-Geosmes traités de la même façon.

La physionomie de la maladie n'étant pas grave, par les raisons que nous venons d'indiquer, nous n'eûmes pas besoin de conseiller l'emploi général de la méthode vomi-purgative que nous avions instituée en 1849, et l'on se borna, dans la plupart des cas, à la médication expectante. Cependant nous eûmes quelquefois à regretter qu'elle n'eût pas été mise en usage dès le début, chez la femme Huot-Mony, par exemple, dont nous avons rapporté l'histoire, et chez quelques autres sujets, chez lesquels nous observâmes des accidents de suffocation assez intenses, bien que non mortels.

Dans un assez bon nombre de cas nous donnâmes l'ipéca à une époque assez avancée de la maladie, lorsque les sujets se plaignaient du *morceau* qui leur remontait à la gorge. Presque toujours il y eut du soulagement. Mais nous n'insistâmes pas constamment sur son emploi, parce que, à cette période, les purgatifs nous semblaient mieux indiqués, et que d'ailleurs les phénomènes nerveux semblaient peu intenses. Des lavements huileux ou salés suffirent souvent pour vaincre la constipation.

Nous avons dit plus haut que, persuadé de l'identité de la maladie actuelle et de celle de 1849, nous avions, dans une trentaine de cas, administré tout à fait au début l'ipécacuanha. Notre dessein était de nous assurer si les cas ainsi traités auraient une aussi longue durée, si les malaises seraient aussi intenses que dans ceux abandonnés à eux-mêmes. Nous eûmes bientôt la satisfaction de voir que, chez ces quelques malades, tous les accidents étaient moindres, de violence comme de durée, que la convalescence était plus régulière ; enfin, nous pûmes nous convaincre qu'il y aurait eu souvent quelque avantage à provoquer ces évacuations. C'est surtout la prétendue intermittence qui fut complétement arrêtée par la méthode perturbatrice. Chez aucun de ceux qui prirent l'ipéca on ne vit rien qui ressemblât, même de loin, à cette périodicité, et nous restâmes plus certain que jamais de la parfaite conformité de nature des deux épidémies.

Qu'il me soit permis de consigner ici un fait qui m'est tout à fait personnel.

Lorsque le 12 septembre je passai à Caraman avec M. le préfet de la Haute-Garonne, nous fûmes reçus par M. le docteur Roche, maire de la commune, qui nous fit voir quelques-uns de ses malades. Il nous dit que l'épidémie avait débuté le 1er septembre par des suettes à *symptômes cholériques* ; ces cas n'étaient autres que des suettes chez lesquelles, vers les cinquième ou sixième jours, survenait une légère diarrhée déterminée évidemment par l'influence cholérique qui commençait à se faire sentir.

Dans le cours de la conversation, j'eus la satisfaction, très profonde, je l'avoue, d'entendre le docteur Roche, qui ne me connaissait nullement, dire à M. le préfet qu'il avait eu déjà à soigner 233 suettes, et qu'il n'en avait perdu aucune, ce qu'il attribuait à ce qu'il les avait toutes traitées par la méthode du docteur Foucart (de Paris), c'est-à-dire par l'ipécacuanha. Il ajouta que ce moyen, employé par son confrère le docteur Lafont, de Caraman aussi, avait été couronné du même succès.

On me pardonnera ce petit mouvement d'orgueil ; s'il en est un légitime et permis à un médecin, c'est celui d'avoir rendu à la science un service, si léger soit-il, dont le résultat a été le salut de quelques malades.

Dans quelques cas, les antispasmodiques furent employés, et quelquefois ils parurent procurer un soulagement momentané.

Dans les cas peu nombreux que nous avons signalés, le sulfate de quinine rendit des services. Mais un des moyens qui fut le plus employé, ce fut le sinapisme épigastrique et sus-sternal vanté par nous en 1849 et dont on eut grandement à se louer dans les cas de suffocation modérée.

Pour résumer en quelques mots le résultat de notre observation dans l'épidémie de la Haute-Marne et de la Haute-Garonne en 1857, quant à la suette, nous dirons :

1° La suette observée dans la Haute-Marne et la Haute-Garonne en 1854 a été identiquement la même que celle observée en 1849 dans les départements du nord de la France, sous le rapport de sa nature, de sa symptomatologie, de sa marche, de sa durée, des accidents qui en ont été la suite dans un petit nombre de cas (1).

2° Les différences que l'on a pu remarquer dans sa gravité ont tenu tout simplement à ce que dès le début une médication hygiénique rationnelle a été instituée (boissons froides, aération, découvrement). Lorsque ces précautions n'ont pas été observées, la maladie a été aussi grave qu'en 1849.

3° Dans les cas qui ont offert quelque gravité, la médication vomi-purgative, proposée par moi comme méthode générale, a parfaitement réussi, comme elle l'avait fait en 1849, à dissiper tous les accidents.

4° Dans les cas où le vomitif a été administré tout à fait au début, les accidents nerveux si redoutables ne se sont jamais manifestés ; la durée de la maladie a été moins longue, et les convalescences plus franches et plus régulières.

5° Pas plus qu'en 1849 et dans les épidémies antérieures, la suette n'a revêtu le caractère intermittent. Dans quelques cas isolés et excessivement rares, les exacerbations ont semblé reparaître à peu près périodiques ; mais cette apparence de périodicité tenait, ainsi que l'a démontré péremptoirement l'observation ultérieure, à cette circonstance qu'on n'avait pas mis en usage au début le traitement vomi-purgatif, véritable *régulateur* de la maladie.

6° Enfin, de l'analyse détaillée de cette épidémie et de son rapprochement avec les épidémies antérieures, il résulte une fois de plus que la suette est *une*, et que toutes les épidémies qui en ont été observées en France jusqu'à ce jour ont été parfaitement identiques.

CHOLÉRA ET SES RAPPORTS AVEC LA SUETTE.

Je n'ai point l'intention de faire une description complète du choléra ni de m'étendre aussi longuement que je l'ai fait pour la suette sur les différents points de son histoire. Je me bornerai à dire quelques mots des principales circonstances qui m'ont paru des plus importantes, ou qui ont offert des particularités dignes de quelque intérêt. Puis je m'occuperai des points de contact qui ont semblé rattacher l'une des épidémies à l'autre.

Étiologie.

Relativement à l'étiologie, je serai court.

Ni mes confrères ni moi n'avons remarqué d'influence sensible des

(1) Suite. — Voir les numéros des 28 juillet et 4 août.

(1) Nous avons démontré dans notre premier travail que l'absence de l'éruption ne constituait pas une différence dans la maladie. L'éruption n'est qu'un épiphénomène sans aucune importance et dont l'existence n'est pas essentiellement liée à la suette. D'ailleurs ici elle a été assez fréquente pour qu'on ne puisse pas arguer de son absence quand elle a manqué.

lieux, des expositions, des conditions de température, de sécheresse ou d'humidité, etc., sur la production du choléra. Nous avons vu des villages situés sur des collines élevées, d'autres dans de profondes vallées, les uns situés sur des cours d'eau et inondés de sources, les autres dans des localités presque privées d'eau, être ravagés de la même manière par l'épidémie. L'expérience de 1832 et de 1849 a déjà appris aux médecins tout ce que l'on pouvait savoir à ce sujet, c'est-à-dire que l'on ne connaît pas encore de conditions d'immunité.

Au Fays-Billot, dans la Haute-Marne, on n'avait observé le choléra ni en 1832 ni en 1849; il n'avait paru, m'a-t-on dit, que dans une commune du canton, à Pressigny, établie dans une plaine assez salubre, où il avait fait en 1849 une quinzaine de victimes.

Cette année, il apparut pour la première fois dans les communes les plus méridionales du canton, à Frettes, puis à Genevrières, au Fays-Billot, à Bussières-lez-Belmont, sans que rien pût rendre compte de sa marche plutôt dans une direction que dans une autre.

Le premier cas se montra au Fays-Billot, le 11 juillet, sur une femme qui succomba le lendemain; nous ne pûmes savoir si elle avait eu des rapports avec les communes infestées déjà par l'épidémie. La maladie marcha d'abord lentement, car le 23 juillet il n'y avait encore eu que 11 décès sur une population de 2,500 âmes environ.

Les premières victimes furent des femmes; mais bientôt cette inégalité de la répartition de l'épidémie sur les deux sexes disparut, et les hommes furent frappés presque aussi fréquemment, quoique cependant le nombre des femmes attaquées resta toujours un peu supérieur.

L'âge ne nous parut pas avoir exercé une grande influence. Nous avons vu succomber des enfants à la mamelle, des enfants de huit à quinze ans, aussi bien que des adultes et des vieillards. Au commencement de l'épidémie, les vieillards et les sujets affectés de maladies chroniques furent atteints de préférence, puis les convalescents de la suette, surtout ceux qui faisaient des écarts de régime, et enfin nous vîmes être pris à leur tour des sujets qui se trouvaient dans un état de santé assez satisfaisant.

Deux fois, à ma connaissance, le choléra se développa chez des femmes enceintes.

Obs. — Une fois, il s'agissait d'une femme de dix-sept ans, mariée depuis sept à huit mois et enceinte de six (femme Raisin). Un matin, après trois jours de diarrhée négligée, elle fut prise de vomissements; les évacuations, de jaunes qu'elles étaient, devinrent riziformes, et la malade sembla se refroidir; les yeux se cavèrent profondément. On lui prescrivit un traitement stimulant, du thé animé d'un peu de rhum, une potion nitrique, et l'on recommanda de ne négliger aucun des moyens propres à ramener la chaleur, briques chaudes, etc. Dans la soirée, des douleurs de reins survinrent, et l'accouchement se fit facilement; l'enfant vint au monde vivant, et ne vécut que peu d'instants.

Après l'accouchement, la malade parut se trouver mieux; les selles s'arrêtèrent, les vomissements aussi. Mais, le lendemain, d'autres accidents survinrent. L'écoulement de sang se supprima brusquement; une fièvre intense remplaça le froid de la veille; le ventre devint très douloureux; la malade perdit connaissance et succomba au bout de quarante-huit heures, sans qu'il eût été possible de la faire sortir de l'état comateux dans lequel elle était plongée.

J'ai vu un cas absolument semblable à Saint-Félix (arrondissement de Villefranche), près de Toulouse.

2e fait. — Le second fait fut celui d'une femme qui, atteinte de la suette, se rétablissait assez aisément, lorsqu'elle fut prise de diarrhée le 8 août. Le 9, à six heures du soir, elle accouchait d'un enfant mort qui nous parut être à cinq mois environ. Le lendemain, bien que nous eussions prescrit la diète la plus absolue, M. Boulay la trouva, à sa visite du matin, prenant du bouillon. Parti du Fays-Billot le lendemain de l'accident, je n'ai pas revu la malade; mais j'ai su depuis qu'elle s'était complétement rétablie.

Pour les causes occasionnelles, il nous a été à peu près impossible d'y remonter. Dans un grand nombre de cas, nous l'avons dit, il y eut des écarts de régime; mais dans beaucoup d'autres nous ne pûmes remonter à la cause de la diarrhée, et nous sommes obligé de la rattacher simplement à l'influence épidémique.

La classe peu fortunée fut frappée d'abord; puis on vit peu à peu la maladie s'étendre à des personnes jouissant des commodités de la vie. Nous reviendrons sur les causes en traitant deux questions importantes, la transformation de la suette en choléra et la transmissibilité.

Comment a eu lieu l'invasion du choléra? Y a-t-il eu des prodromes, ou l'invasion a-t-elle été soudaine? Quelle est la fréquence de ces prodromes? La période prodromique constitue-t-elle le choléra vrai, ou n'en est-elle qu'une forme légère, la cholérine, susceptible de se transformer quelquefois, mais non toujours, en choléra? Quelle est la valeur des médications dans la cholérine et dans le choléra?

La réponse à ces questions étant la même pour toutes les localités où nous avons observé le choléra, soit à Paris, soit dans les départements, en 1849 comme en 1854, ce n'est pas seulement sur les remarques que nous avons eu l'occasion de faire dans la Haute-Marne et dans la Haute-Garonne, mais sur les résultats généraux de notre expérience, que nous baserons l'exposé de notre manière de voir, tout en mentionnant, s'il y a lieu et chemin faisant, les particularités qui ont pu exister dans les localités diverses que nous avons parcourues.

Invasion, prodromes.

L'invasion du choléra n'a jamais été brusque, soudaine, inopinée. Le choléra *foudroyant*, s'il n'est pas complétement un mythe, est au moins une de ces exceptions si rares qu'on doit les noter comme des faits en dehors de toute règle, comme des anomalies, et que c'est à peine si l'on doit en tenir compte. Il faut, pour être complet, mentionner ces faits, mais sans s'y arrêter plus d'un instant.

Les seuls cas où les prodromes aient duré assez peu de temps pour qu'il ait été en quelque sorte permis de considérer le choléra comme foudroyant, sont ceux où la maladie s'est attaquée à des individus déjà affaiblis par de longues et graves maladies. C'est ainsi que nous avons vu, par exemple, au pénitencier de Toulouse, un garçon malade d'une fièvre typhoïde depuis plus de quinze jours, être pris presque instantanément de choléra et succomber en trois ou quatre heures. Mais ici, cet affaiblissement causé par une maladie longue et sérieuse ne doit-il pas être considéré comme équivalent à une période prodromique?

Et, à cette occasion, je ne saurais trop m'élever contre cette expression de choléra *foudroyant*, aussi inexacte et absurde que propre à jeter partout la terreur.

Le choléra n'est jamais *foudroyant*; il avertit toujours avant de frapper, et laisse toujours au malade le temps d'appeler le médecin en temps utile. Pourquoi, pour signaler les cas où la période prodromique est très courte, et il peut s'en présenter, ne pas employer un autre mot? Il me semble que l'expression de *choléra rapide*, en même temps qu'elle serait plus rassurante, serait aussi plus juste et rendrait mieux compte de ce qui se passe en réalité.

L'observation des faits nous a donc conduit à établir d'une manière formelle que, dans tous les cas de choléra, il y a des prodromes plus ou moins longs, plus ou moins caractérisés, mais toujours bien évidents. Je le répète, le choléra prévient toujours avant de frapper; il prévient par une diarrhée, un dérangement de corps, qui peut persister pendant plusieurs jours, plusieurs semaines, ou ne durer que quelques heures, suivant des causes qui échappent à notre appréciation, mais parmi lesquelles doivent probablement figurer en première ligne la force et la constitution des sujets, la violence de l'influence épidémique.

La force et la constitution des sujets: il est évident qu'un enfant, un vieillard, un individu affaibli par une maladie antérieure seront plus rapidement et plus profondément atteints par la maladie que des sujets robustes et dans un état de santé parfait; que les prodromes durerent moins chez les premiers que chez ceux de la seconde catégorie. Mais le fait n'en est pas moins réel et constant, et de son observation résulte ceci: que l'on a toujours, ou dans l'immense majorité des cas, le temps de traiter la maladie, de s'opposer à ses progrès, et par conséquent de prévenir le choléra.

Dans la Haute-Marne, nous n'avons pas vu *un seul* fait dans lequel les prodromes aient manqué, et nous ne craignons pas d'affirmer de la manière la plus formelle que dans l'immense majorité des cas c'est à l'imprudence, à la négligence des malades, continuellement prévenus cependant de toutes les manières, que l'on a dû de voir le choléra frapper si sévèrement les localités où il s'est manifesté.

Nous disons que les populations étaient prévenues des accidents que pouvait entraîner leur négligence. En effet, il n'est pas de moyens qui n'aient été mis en usage, d'après nos conseils, pour faire comprendre aux habitants des campagnes les dangers auxquels ils s'exposaient en négligeant ces avertissements que leur donnait la maladie. Les curés répétaient ces conseils à l'église après les offices, les maires les faisaient publier au son du tambour sur les places et dans les rues des villages, les médecins ne cessaient de les redire dans toutes les maisons où ils entraient. Mais tel était l'aveuglement, que le nombre était immense de ceux qui conservaient la diarrhée pendant plusieurs jours sans se soigner et sans cesser de prendre leurs repas habituels.

Pour les médecins que nous rencontrâmes et qui étaient fixés en province, il n'en était pas un seul qui n'eût remarqué la constance de la diarrhée prodromique, et qui ne fût convaincu, d'après l'expérience des faits, qu'il en est toujours ainsi.

La période prodromique constitue-t-elle déjà le choléra vrai, ou n'est-elle qu'une forme légère, susceptible de se transformer quelquefois, mais non toujours, en choléra?

Une fois établie la constance des prodromes, il semble peu important d'examiner la question que nous posons ici. Cependant nous ne croyons pas tout à fait inopportun d'en dire un mot en passant, car cette discussion complétera l'exposé de notre manière de voir au sujet du choléra, et bonne ou mauvaise, exacte ou erronée, nous croyons devoir développer tout entière l'opinion que nous nous sommes faite de la nature et de la marche du choléra.

Pour nous, la *cholérine* est la première période du choléra, comme la pneumonie au premier degré est la première période de l'inflammation du poumon. Mais, nous dit-on, on n'observe dans la cholérine ni cyanose, ni refroidissement, ni crampes, donc ce n'est pas le choléra vrai, le choléra complet. — A quoi je réponds: Si dans la pneumonie au premier degré on n'observe ni le souffle, ni les crachats purulents du troisième degré, la maladie n'en est-elle pas moins pour cela une pneumonie? Pourquoi veut-on donc que la première période du choléra présente les symptômes de la dernière?

Et si l'on ajoute: Il est si vrai que la cholérine n'est pas le premier degré du choléra, que toutes les cholérines ne deviennent pas des choléras; nous répondrons de même: Est-ce que toutes les pneumonies au premier degré passent forcément au troisième, même abandonnées à elles-mêmes?

Nous disons, nous, et nous croyons être dans le vrai: La cholérine est le premier degré du choléra. Et la preuve en est que, si toutes les cholérines ne deviennent pas des choléras confirmés, il n'y a pas de choléra confirmé qui n'ait débuté par la cholérine; de même que, si toutes les pneumonies au premier degré ne passent pas au troisième degré, il n'y a pas de pneumonie au troisième degré qui n'ait débuté par le premier degré.

Maintenant il est évident, au point de vue de la pratique, que la question est oiseuse de savoir si la cholérine est le premier degré du choléra confirmé, ou si elle ne doit être considérée que comme une affection particulière susceptible de se transformer souvent en choléra, puisque l'indication est toujours la même, à savoir: que toutes les fois que la cholérine existe il faut la traiter, sans quoi l'on s'expose à voir le choléra survenir, et alors il est trop tard pour agir. Ne vaut-il pas mieux traiter avec énergie une simple indisposition que de risquer, en la négligeant, de la voir devenir une affection mortelle? Ici je me contenterai, à l'occasion du choléra, de répéter ce que j'ai dit dès 1849 à propos de la suette, dans le mémoire que j'ai soumis à l'Académie de médecine:

« Le médecin doit toujours se conduire comme s'il savait d'une manière certaine que la maladie qu'il est appelé à traiter doit devenir » très grave. Il vaudrait mieux, comme résultat final, être accusé de » n'avoir eu affaire qu'à des cas légers que de prouver la gravité de » la maladie par le nombre de ceux que l'on a perdus. »

Avant de passer au traitement et de chercher à déterminer la valeur des différentes médications dans la cholérine et dans le choléra, disons quelques mots des caractères de ressemblance et de dissemblance que nous avons notés entre le choléra de 1854 dans la Haute-Marne et la Haute-Garonne et celui de 1849 tant à Paris que dans les départements.

Un décret du 4 août porte que l'organisation du corps de santé de l'armée de terre sera complétée par la création de médecins et de pharmaciens sous-aides, appelés à devenir ultérieurement médecins et pharmaciens aides-majors de 2e classe, en passant par l'École impériale de médecine et de pharmacie militaires.

Pour l'exécution des dispositions de ce décret, un concours pour un nombre indéterminé d'emplois de médecin et de pharmacien sous-aide sera ouvert simultanément à Paris, à Lille, à Metz, à Strasbourg, à Besançon, à Lyon, à Marseille, à Montpellier, à Toulouse, à Bordeaux et à Rennes, le 27 de ce mois.

Les examens des candidats médecins seront:

Première épreuve. — Composition écrite sur la physiologie et la pathologie élémentaire, exemple:

Fonctions de l'estomac: Des signes fournis par la digestion.

Fonctions de la peau: Des signes fournis par l'examen de la peau.

Fonctions des reins: Des signes tirés de l'examen de l'urine.

Fonctions du foie: Des signes fournis par l'examen de cet organe.

De la circulation: Des hémorrhagies en général. (Trois heures pour traiter la question.)

Deuxième épreuve. — Premier examen oral: Interrogations variées sur toute l'anatomie descriptive. (Quinze minutes.)

Troisième épreuve. — Deuxième examen oral: Pathologie externe; opérations chirurgicales élémentaires.

En pathologie externe: Définition et caractères des maladies et des lésions traumatiques les plus communes: phlegmon, abcès, plaies, ulcères, fractures, etc.

En opérations chirurgicales: Saignées, ventouses, incisions, moxas, moyens de réunion des plaies, cautères et cautérisations, etc.

Cette épreuve sera complétée par l'application de deux bandages et appareils. (Quinze minutes.)

Les examens des candidats pharmaciens seront:

Première épreuve. — Composition écrite sur la chimie inorganique; exemples:

Caractères généraux des métaux, des sulfures métalliques, des oxydes métalliques, des sels métalliques, des métalloïdes, des oxacides, du soufre, de l'azote, air atmosphérique, eau, etc. (Trois heures pour traiter la question.)

Deuxième épreuve. — Premier examen oral: Interrogations sur l'histoire naturelle.

Les questions seront puisées dans les généralités de cette science; exemples:

Caractères qui distinguent les corps organisés des corps inorganiques; caractères qui séparent les végétaux des animaux.

Divisions établies entre les diverses parties du règne animal et leurs caractères. Division primordiale du règne végétal. Organes de la nutrition et de la reproduction des végétaux: racines, tiges, feuilles, fleurs, fruits, semences; composition organique de ces différentes parties; modifications qu'elles présentent et qui les font diviser en plusieurs catégories.

Déterminer cinq espèces médicinales. (Quinze minutes.)

Troisième épreuve. — Deuxième examen oral: Interrogations sur la pharmacie; exemples:

Sucs végétaux, pulvérisation, distillation et principes de ces opérations.

Cette épreuve sera complétée par la préparation de deux médicaments extemporanés; exemples:

Petit-lait, émulsions, potions, gargarismes, liniments, cataplasmes, etc. (Quinze minutes.)

La solde attribuée à l'emploi de médecin ou de pharmacien sous-aide est:

Hors Paris, non compris l'indemnité de logement 1,500 fr.

Sur le pied de guerre. 1,800

Non compris les allocations de gratification d'entrée en campagne et prestations en nature, déterminées par les anciens tarifs pour le grade de chirurgien sous-aide.

Il est en outre alloué à chacun des candidats définitivement nommés à l'emploi de sous-aide une première mise d'habillement et d'équipement fixée à la somme de 500 francs.

Le ministre se réserve de les employer immédiatement, soit dans les hôpitaux de l'intérieur, soit aux hôpitaux et ambulances de l'armée d'Orient et de l'Algérie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le ministre de la guerre a arrêté ainsi qu'il suit la composition des trois jurys qui doivent se réunir simultanément le 16 de ce mois à Paris, à Strasbourg et à Montpellier pour les concours que nous avons annoncés dans notre numéro du 4:

Paris. — M. Maillot, médecin inspecteur, président; — MM. Hutin et Larrey, médecins principaux de 1re classe; — M. Tripier, pharmacien principal de 1re classe.

Strasbourg. — M. Michel Lévy, médecin inspecteur, président. — M. Scoutetten, médecin principal de 1re classe; M. Antoine, médecin principal de 2e classe; M. Dieu, pharmacien principal de 2e classe.

Montpellier. — M. Vaillant, médecin inspecteur, président. — M. Goffres, médecin principal de 1re classe; M. Gaudineau, médecin principal de 2e classe; M. Fournez, pharmacien major de 1re classe.

— Les officiers de santé militaires qui ont quitté le service par voie de démission, et qui seraient dans l'intention de rentrer dans la carrière, devront en faire immédiatement la demande écrite et l'adresser au ministre de la guerre, qui se réserve de prononcer sur chacune de ces demandes, et de faire connaître ultérieurement aux intéressés les conditions qui seront imposées pour leur rentrée dans le corps de santé de l'armée de terre.

Le Sousd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 95. — MARDI 14 AOUT 1855. (28e ANNÉE.) N° 95. — MARDI 14 AOUT 1855.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Les ateliers étant fermés le 15 à l'occasion de la fête, le Journal ne paraîtra pas jeudi.

PARIS, LE 13 AOUT 1855.

Séance de l'Académie des Sciences.

On sait par les expériences de plusieurs physiologistes, et notamment par celles de M. Bernard, confirmées par M. Remack, que la partie cervicale du grand sympathique est douée de deux fonctions motrices, l'une sur les dilatateurs de la pupille, l'autre sur les vaisseaux sanguins. M. Remack croit avoir établi une troisième action motrice de ce nerf sur les muscles des paupières. Cet expérimentateur a constaté que, lorsqu'on pratique chez certains animaux la section de la partie cervicale du grand sympathique, cette section est suivie immédiatement d'un rétrécissement considérable de l'ouverture des paupières. Excite-t-on alors la partie périphérique du nerf par un courant électrique, la membrane semi-lunaire se retire et la paupière supérieure se relève. Le courant est-il interrompu, la paupière retombe sur l'œil. On trouvera au compte rendu la relation plus détaillée de l'expérience qui a servi à l'auteur à faire cette démonstration, et les conséquences qu'il en a déduites.

L'étude de la distribution du système nerveux et de la disposition du système musculaire chez l'homme a conduit M. Pucheran à reconnaître que les dispositions des muscles, suivant qu'ils sont larges ou longs, exerce une influence sur la manière dont se comportent envers eux les branches nerveuses qui s'y distribuent. Il résulte de l'étude de ce rapport qu'un muscle long ne reçoit, en général, les nerfs que d'une seule branche, tandis que les muscles larges, au contraire, reçoivent toujours les leurs de plusieurs branches nerveuses différentes. Les muscles courts se rapprochent, à cet égard, des muscles longs; ils ne reçoivent comme eux leurs nerfs que d'une seule branche. Cette distribution des nerfs dans les muscles est en rapport avec leurs fonctions. Là où les muscles ont des actions multiples, et c'est le cas des muscles larges, ils reçoivent leurs nerfs de plusieurs branches; là, au contraire, où ils ont une action simple, comme est celle, en général, des fléchisseurs ou extenseurs des membres, ils reçoivent une branche nerveuse unique; d'où l'on voit que le rapport anatomique implique une relation physiologique correspondante.

Nous signalerons une troisième communication, la première dans l'ordre de la séance, qui touche à une question de chimie pathologique à l'ordre du jour; nous voulons parler des recherches de M. Baudrimont sur la constatation du sucre dans les urines des diabétiques. Il résulte des analyses que M. Baudrimont a faites sur les urines d'une personne diabétique, d'une part sur les urines émises quelques heures après le repas, et d'autre part sur celles qui étaient rendues le matin, douze à quatorze heures après, que ces dernières contenaient à peine quelques traces de glucose, tandis que les premières en renfermaient des quantités considérables; ou, en d'autres termes, qu'une distance de dix à quinze heures suffit pour faire varier dans de grandes proportions la composition de l'urine. — Dr Brochin.

Le *Journal militaire officiel* publie un rapport à l'Empereur, relatif à la création de 460 emplois de médecin et pharmacien sous-aides. C'est à la suite de ce rapport qu'a été rendu le décret du 4 août, que nous avons mentionné dans notre dernier numéro, en donnant le programme des examens à subir par les candidats. Ce décret, qui peut intéresser un grand nombre d'étudiants ou de jeunes officiers de santé, est ainsi conçu :

Art. 1er. Le cadre constitutif du corps de santé de l'armée de terre comprendra à l'avenir des sous-aides inscrits dans la hiérarchie à la suite des aides-majors de 2e classe.

2. Le nombre des sous-aides est fixé à 460, dont 300 médecins et 160 pharmaciens.

3. Les sous-aides se recruteront suivant les conditions d'un programme réglé par notre ministre secrétaire d'État au département de la guerre.

4. Les étudiants en médecine admis dans le service de santé militaire obtiendront, en proportion de la durée de leurs services, la concession gratuite des inscriptions nécessaires pour parvenir au grade de docteur en médecine ou de pharmacien de 1re classe.

5. Les sous-aides ayant deux ans de fonctions seront appelés à l'École impériale de médecine et de pharmacie militaires, dans la proportion des besoins, deux tiers à l'ancienneté et un tiers au choix, pour arriver ensuite au grade d'aide-major de 2e classe, sous la réserve des conditions réglementaires.

6. La solde des sous-aides est fixée à 1,500 francs par an pour l'intérieur, et à 1,800 francs sur le pied de guerre, indépendamment des prestations accessoires attribuées par les tarifs en vigueur à la date du 23 mars 1852.

Chaque sous-aide reçoit, au moment de son entrée au service, une première mise d'équipement de 500 francs.

7. Par suite du rétablissement des fonctions de sous-aides, le roulement des aides-majors établi par l'article 18 du décret du 23 mars 1852 aura lieu de la manière suivante : au service des hôpitaux, dans la proportion des besoins, les aides-majors de 1re classe, deux tiers à l'ancienneté, et un tiers au choix; au service des corps de troupes, le complément des aides-majors de 1re classe et les plus anciens des aides-majors de 2e classe; au service des hôpitaux enfin, s'il y a lieu, le surplus des aides-majors de 2e classe.

DES RAPPORTS NUMÉRIQUES QUI EXISTENT ENTRE LE POULS ET LA RESPIRATION A L'ÉTAT NORMAL ET A L'ÉTAT PATHOLOGIQUE.

Les immenses recherches dont le pouls a été l'objet de la part des anciens au point de vue séméiologique, de la part des modernes au point de vue physiologique, sembleraient, au premier abord, avoir dû épuiser entièrement le sujet. Il n'en est cependant pas ainsi. Si l'art de la *sphygmique* a été poussé par nos devanciers jusqu'aux limites extrêmes de la subtilité, il reste encore sur les nombreuses causes des variations du pouls et sur ses rapports avec les fonctions qui lui sont le plus intimement unies dans les diverses conditions physiologiques et morbides, assez de points obscurs ou incomplétement déterminés pour qu'il ne soit pas sans intérêt d'en faire l'objet de recherches nouvelles. C'est ce qu'a pensé un de nos jeunes et laborieux confrères.

Dans un intéressant travail publié sur ce sujet dans les *Archives générales de médecine*, M. Marcé, interne à l'hôpital de la Charité, s'est proposé de déterminer les relations qui existent, au point de vue de la fréquence, entre le nombre des respirations et celui des pulsations artérielles à l'état normal comme à l'état pathologique. Avant de chercher à apprécier les variations de l'état pathologique, l'auteur a cherché d'abord à déterminer la moyenne des respirations à l'état de santé.

Sur 25 individus adultes jouissant tous d'une santé parfaite, ou qui n'étaient atteints que de lésions chirurgicales tout à fait insignifiantes, il a trouvé une moyenne de pulsations de 72 et une moyenne de respirations de 20 par minute, ce qui donne un rapport entre les deux nombres de 3,51.

Sur ce nombre, il y avait 41 hommes et 24 femmes. Pour les hommes, la moyenne des pulsations a été de 69, la moyenne des respirations de 19. Pour les femmes, la moyenne des pulsations était de 77, et 23 celle des respirations. 16 et 24 ont été, en général, les deux points extrêmes entre lesquels oscille le nombre des respirations.

Sauf quelques variétés exceptionnelles dans le nombre des respirations indépendantes de l'état du pouls et qui ne paraissent explicables que par une sorte d'idiosyncrasie, cette première série de recherches peut se résumer ainsi : chez un adulte jouissant d'une bonne santé, il y a en moyenne 20 respirations par minute. La respiration est en général un peu plus accélérée chez la femme que chez l'homme. Il en ressort, en outre, la confirmation du rapport connu entre le pouls et la respiration. Toutefois, en consultant les moyennes de ce rapport données par les différents auteurs et en les rapprochant de celle qu'il venait d'obtenir, M. Marcé a trouvé une différence trop considérable pour qu'elle puisse être le résultat d'un simple hasard. Il a été invinciblement conduit à se demander si tous les faits avaient été observés dans des conditions identiques, si l'on n'avait pas laissé de côté quelque circonstance importante dont l'omission eût expliqué ces résultats contradictoires. Il restait, en un mot, à chercher si le pouls et la respiration s'accélèrent d'une manière uniforme et proportionnelle, de telle sorte que le rapport qui les unit reste constant, quel que soit le nombre des pulsations et des respirations.

Des recherches entreprises dans divers services d'hôpitaux sur près de 500 malades atteints d'affections diverses ont mis M. Marcé sur la voie de la cause de cette divergence. Il a reconnu que le rapport entre le nombre des respirations et le nombre des pulsations artérielles varie d'une manière notable, selon l'accélération du pouls : ainsi, par exemple, si le nombre des pulsations est au-dessous de 60, ce rapport est exprimé par le chiffre 2,69; si les pulsations montent à 150, le rapport devient 3,40.

D'où il a tiré les conclusions générales suivantes, qui résument la première partie de son travail :

1° Chez l'adulte en état de santé, la moyenne des respirations est de 20 par minute, la moyenne des pulsations étant de 72.

2° Le chiffre qui à l'état normal exprime le rapport entre le nombre des pulsations et le nombre des respirations est en moyenne de 3 et demi.

3° Ce rapport n'est pas constant. Quand le nombre des pulsations tombe au-dessous de la moyenne normale, le nombre des respirations reste proportionnellement supérieur; quand le nombre des pulsations s'élève de beaucoup au-dessus de l'état normal, le nombre des respirations, tout en augmentant d'une manière absolue, reste proportionnellement inférieur; en un mot, le chiffre du rapport augmente avec le nombre des pulsations.

4° Étant donné chez l'adulte et chez le vieillard un même nombre de pulsations, le nombre des respirations chez le vieillard est inférieur au nombre des respirations chez l'adulte.

Les rapports numériques du pouls et de la respiration à l'état physiologique et dans les différents âges de la vie étant connus, il restait à rechercher quelles sont les modifications et les anomalies qui surviennent dans ces mêmes rapports sous l'influence de l'état pathologique. Dans l'immense majorité des cas, l'état fébrile, toutes les fois du moins qu'aucun élément étranger ne vient s'y surajouter, ne modifie pas sensiblement la concordance qui existe entre ces deux fonctions. « Quelle que soit son origine, dit l'auteur, la réaction du pouls sur la respiration, de la respiration sur le pouls, se fait suivant les lois indiquées. » Mais il est certains états morbides spéciaux qui rompent cette harmonie et qui révèlent une sorte d'indépendance inusitée entre ces deux fonctions. Avant de chercher à les déterminer, il était intéressant d'étudier les modifications que certains états physiologiques transitoires font subir aux rapports du pouls et de la respiration.

Sous l'influence d'une émotion morale, la circulation s'accélère parfois d'une manière extraordinaire; le plus souvent alors la respiration reste relativement assez calme. Après le repas, le pouls s'accélère souvent de 8, 10 pulsations; et si alors la respiration s'accélère parfois avec le pouls, parfois aussi elle reste la même, ou du moins ne s'accélère pas en proportion du pouls. Dans quelques observations sous l'action de la digitale, M. Marcé a constaté que dans la plupart des cas, si le pouls se ralentissait d'une manière notable dès le premier jour de l'administration de ce médicament, en général la respiration restait d'abord la même, et vers le deuxième ou le troisième jour seulement elle commençait à se ralentir.

« Eh bien, ajoute-t-il, il est certains états pathologiques qui amènent des résultats identiques. » Ainsi il est des cas dans lesquels la respiration s'accélère d'une manière notable, relativement au pouls; d'autres, au contraire, où les mouvements respiratoires sont ralentis. »

Dans quelles conditions la respiration s'accélère-t-elle d'une manière notable, relativement au pouls? Il résulte des recherches faites sur ce point que la douleur des parois thoraciques, qu'elle tienne à une névrite, à une névralgie, à un rhumatisme ou à toute autre cause, est le seul symptôme qui puisse augmenter, hors des limites normales, le nombre proportionnel des respirations.

Les mouvements respiratoires sont ralentis, relativement au nombre des pulsations artérielles, dans les affections cérébrales comateuses et à la suite des pertes de sang subites et considérables.

Cherchant ensuite à se rendre compte des analogies que les faits précédents offrent au point de vue pathologique, M. Marcé fait remarquer que dans tous les faits de la première classe, le cerveau comprimé, soit de dehors en dedans, soit de dedans en dehors, par un épanchement séreux ou sanguin, ou par une apoplexie parenchymateuse, ne pouvait fonctionner que très incomplétement; et

d'un autre côté, on observe parfois dans l'anémie des syncopes, des convulsions et d'autres désordres nerveux, qu'on attribue d'ordinaire, avec raison, à une stimulation cérébrale incomplète par un sang appauvri.

« Ainsi, d'après M. Marcé, ces cas offriraient cela de commun : un affaiblissement notable des fonctions nerveuses, un fonctionnement incomplet du cerveau comme organe de perception et comme organe excitateur à la fois. Les sensations étant plus obtuses, le besoin d'hématose transmis par les racines et le tronc du pneumo-gastrique ne stimule que très incomplétement les centres nerveux, qui, à leur tour, réagissent à peine sur les mouvements respiratoires, tandis que le cœur, qui jouit jusqu'à un certain point d'une vie propre, continue à se contracter sous l'influence du sang qui afflue dans ses cavités. » Certaines expériences physiologiques sur le système nerveux, notamment celles de MM. Coste et Brown-Séquard, semblent venir à l'appui de cette interprétation.

En résumé, M. Marcé déduit de cette seconde partie de son intéressant travail les conclusions suivantes, qui peuvent avoir une application utile en séméiologie :

« 1° La douleur des parois thoraciques, qu'elle tienne à une névrite, à une névralgie, à un rhumatisme ou à toute autre cause, est le seul symptôme qui puisse augmenter hors des limites normales le nombre proportionnel des respirations.

» 2° Les affections cérébrales comateuses et les pertes de sang subites et considérables sont les seules causes qui amènent le ralentissement proportionnel des mouvements respiratoires. »

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. Aran.

Leçons sur les affections de l'utérus.

(Recueillies par M. F. Guyon, interne du service.)

CIRCONSCRIPTION DE LA PATHOLOGIE UTÉRINE. — MOTIFS ET LIMITES DE L'INTERVENTION DE L'ART. — IMPORTANCE DES TROUBLES FONCTIONNELS, ET EN PARTICULIER DE LA DOULEUR. — MÉTHODES D'EXPLORATION DE L'UTÉRUS.

Si la discussion animée qui a eu lieu l'année dernière à l'Académie de médecine a eu cela de fâcheux qu'elle a provoqué de la part des diverses personnes qui y ont pris part des affirmations absolues en sens contraire, et même la négation complète de la pathologie utérine, elle a cependant eu l'heureuse influence de pousser plus avant les observateurs, de provoquer de nouvelles recherches, et de soumettre à un contrôle sévère les opinions émises de part et d'autre. Moi aussi je me suis engagé dans la voie de l'observation, et si je n'espère pas jeter un jour nouveau sur toutes les questions litigieuses, j'espère cependant, dans le cours de ces leçons, en éclaircir quelques-unes. Mais surtout je ne vous dirai que ce que m'a appris l'observation, ce que j'ai vu, et ne vous ferai grâce d'aucune difficulté, d'aucun doute.

J'examinerai tout d'abord cette première question : Que doit-on entendre par maladie de l'utérus?

Il n'est peut-être pas de médecin qui n'ait été consulté pour des femmes qui se croyaient atteintes d'affections utérines qu'elles n'avaient pas. Cela est d'autant plus fréquent que l'attention générale est aujourd'hui plus éveillée à ce sujet, sans que pour cela chacun ait de ces affections une connaissance bien exacte et bien approfondie. Il est donc important de résoudre la question que nous nous sommes posée, car de cette détermination découle le traitement qui, appliqué mal à propos, peut avoir de fâcheuses conséquences. La solution de cette question nous conduit d'ailleurs naturellement à déterminer à quel moment et avec quelles chances de succès peut s'exercer l'intervention de l'art.

Si l'on applique ici les données de la pathologie générale, rien de plus simple à définir qu'une affection utérine : toute altération dans la structure de cet organe ou dans le jeu de ses fonctions devra être considérée comme telle. Mais de quoi devra-t-on surtout tenir compte? Est-ce de la lésion matérielle de l'organe; est-ce des troubles fonctionnels? — Faisons-nous tout d'abord une idée de ce qu'est l'utérus, nous comprendrons mieux alors ce qu'on doit entendre par affection utérine.

Bien différent de tous les autres organes, l'utérus reste endormi, silencieux, immobile, alors que tout s'accroît et se modifie autour de lui dans l'économie; puis arrive un moment où son développement rapide, où l'établissement de ses nouvelles fonctions viennent absorber à son profit toute l'attention de l'organisme, faire naître l'individu à une vie toute nouvelle. Jusqu'à la puberté, l'utérus n'avait pas donné signe d'existence, et cependant placé au milieu d'organes dont les fonctions ont commencé avec la vie, il a pu participer à leurs affections sans réagir momentanément; ce n'est que plus tard qu'il traduira sa souffrance. Il est situé entre la vessie et le rectum, dans une vaste cavité séreuse sur laquelle l'inflammation a tant de prise. La masse intestinale grêle appuie sur cet organe; ses anses peuvent s'interposer entre la vessie et lui, entre lui et le rectum. L'état de vacuité ou de plénitude de ces deux organes ne peut non plus lui être indifférent; aussi l'utérus, soumis à ces influences physiologiques et morbides, peut-il être, avant d'avoir fonctionné, altéré de diverses manières, déplacé, incurvé, atrophié, enflammé, etc.

A partir de l'adolescence s'établit la menstruation. L'utérus, qui ne recevait que peu de sang, devient turgide, et ceux qui ont eu occasion d'examiner les femmes au moment des règles savent la mollesse, le gonflement du col, sa couleur violacée, couleur à laquelle participe la muqueuse vaginale. Puis vient la copulation; la copulation dont on ne parle pas ou peu, et qui joue cependant un grand rôle dans la pathologie utérine, soit pour révéler, soit pour produire les maladies. Enfin la fécondation et la grossesse viennent changer du tout au tout l'organe utérin, et l'on sait qu'après l'accouchement cet organe ne revient jamais complétement à son volume primitif.

Dans la menstruation, la copulation, la grossesse et ses suites, viennent se placer les causes les plus nombreuses de l'affection utérine. C'est aussi l'accomplissement de ces fonctions qui démontre fort souvent une affection de cet organe jusqu'alors restée inconnue.

Ce que nous venons de dire du volume de l'utérus après l'accouchement doit nous faire pressentir qu'il est bien difficile d'établir une normale pour le volume de cet organe. Ce qui est vrai pour le volume l'est aussi pour la position. Telle femme a l'utérus abaissé, l'autre l'a élevé; celle-ci l'a en antéflexion, cette autre en rétroflexion, d'autres en latéroflexion, etc. Ces femmes peuvent ne pas plus souffrir que celles qui portent un utérus dans la position dite normale par les anatomistes. Ce n'est pas à dire que nous n'attachions pas d'importance à ces conditions anatomiques de l'organe; mais leur importance est primée par les troubles fonctionnels et s'effacent devant eux. Une femme présente un état local de l'utérus quel qu'il soit; cette femme ne souffre ni en marchant, ni pendant la menstruation, ni pendant le coït; la conception se fait bien, les grossesses et les accouchements sont heureux; cette femme-là n'a pas une affection utérine.

Ces faits ne sont pas rares dans la pratique. A côté de ceux-là vous verrez des femmes qui, bien portantes, ne souffrant nullement, tout en ayant un état pathologique local quelconque de l'utérus, ne s'en doutent que le jour où elles ont leurs règles, où elles se livrent au coït, où elles deviennent enceintes; enfin d'autres souffrent de l'utérus avant même d'être pubères, et l'on sait que l'attention des praticiens a été appelée dans ces dernières années par mon ami et collègue M. Bennet sur les affections utérines des filles vierges.

Il est encore des femmes chez lesquelles vous ne trouverez au premier abord aucun trouble fonctionnel du côté de l'utérus qui vous mette sur la voie du diagnostic de l'affection utérine; il n'y a que des troubles généraux, et surtout un état dyspeptique ou chloro-anémique, qui ne guérira qu'autant que vous en viendrez à traiter l'affection utérine qui l'entretient.

De ces troubles variés dont nous venons de vous entretenir, ceux auxquels il faut avant tout attacher de l'importance au point de vue de la détermination de la maladie utérine, ceux auxquels il faut le plus se fier pour établir l'existence d'une affection utérine, ce sont les troubles de la sensibilité de l'organe utérin. Toutes les fois qu'il y a douleur dans l'utérus, soit par le fait de l'accomplissement de ses fonctions, soit pendant que se font les fonctions de voisinage, soit enfin lorsque vous la provoquez en interrogeant l'organe, il y a affection utérine. Toutes les fois qu'en présence d'une dyspepsie, d'un état chlorotique, votre attention, portée vers l'utérus, constate de la douleur, soignez en même temps l'affection utérine et les troubles dyspeptiques ou chlorotiques; sans cela, vous lutterez contre des symptômes dont la cause subsistera toujours. C'est donc de la douleur développée dans les conditions précitées que vous devrez le plus tenir compte; c'est la douleur qui, dans la grande majorité des cas, contraint les femmes à réclamer vos conseils, et souvent même elles attendent qu'elle soit devenue intolérable; c'est la douleur, enfin, qui autorisera votre intervention.

Examen de l'utérus. — Le *toucher* peut être pratiqué par le vagin ou par le rectum. Ce qu'il y a de plus commode, c'est de passer le bras sous la cuisse correspondante à la main qui pratique le toucher; après avoir fait préalablement fléchir le membre inférieur de la malade, le doigt doit être glissé dans la direction supposée du col. Il y a plusieurs choses à constater dans cet examen; d'abord l'humidité ou la chaleur du vagin; puis, si le doigt n'a pas trouvé le col dans la direction supposée normale, il le cherche en haut, en arrière ou latéralement; il apprécie le volume, la consistance du col, l'état de l'orifice. Quelques personnes prétendent pouvoir constater avec le doigt la présence des ulcérations; mais cette prétention est rarement justifiée, et le spéculum a souvent rectifié le diagnostic du doigt. En appuyant sur le col on constate son degré de sensibilité, puis en pressant alternativement en avant, en arrière, latéralement, en le repoussant en haut, on imprime à l'organe des mouvements, et l'on sait quel est son degré de mobilité, s'il est adhérent quelque part, et l'on réveille la douleur si elle existe. En portant le doigt dans le fond du cul-de-sac vaginal, on explore à peu près suffisamment les replis latéraux, exploration, du reste, plus facile chez certaines femmes que chez d'autres. Il faut toucher la femme debout et couchée. Le premier mode permet d'apprécier d'une manière précise l'abaissement, qui pourrait vous échapper entièrement sans cette précaution.

Le toucher rectal est beaucoup plus désagréable et plus douloureux que le toucher vaginal. La femme a la plus grande tendance à s'y soustraire. Aussi, lorsque, pratiquant le toucher vaginal, le médecin reconnaît nécessaire l'examen par le rectum, il doit y procéder séance tenante; il évitera ainsi un refus, ou à la femme une permission qu'elle est toujours humiliée d'accorder. Ici il faut procéder avec d'autant plus de méthode que l'on tombe dans une vaste ampoule, hérissée de colonnes charnues, où le doigt, moins accoutumé à cette exploration, a plus de peine à reconnaître les parties. On devra d'abord chercher le col, puis explorer le corps, et enfin les parties latérales de l'utérus.

Un toucher particulier que j'ai vu pratiquer par Récamier est plus désagréable encore; mais dans un cas difficile, et employé avec l'inflexible rigueur qui caractérisait ce grand praticien, il peut rendre de véritables services; il consiste à introduire simultanément le pouce dans le vagin et l'index dans le rectum; de cette manière, on peut apprécier la fluctuation dans l'épaisseur de la cloison recto-vaginale.

Je dois vous signaler un mouvement de déplacement particulier que l'on obtient par le toucher vaginal dans les cas de rétroflexion en appuyant brusquement en avant du col. Ce mouvement, qui n'a pas été décrit, est caractéristique, et ne saurait mieux être comparé qu'à un mouvement de sonnette.

L'*examen au spéculum* devant être fait à découvert est toujours pénible; aussi ne doit-il être demandé qu'en cas d'absolue nécessité. Le spéculum est garni d'un embout; il doit être introduit doucement (le col ayant été préalablement reconnu par le toucher); on presse de bas en haut en déprimant la commissure; on enlève l'embout avant d'arriver au col de peur de le contondre; puis on cherche le col, qui se présente quelquefois d'emblée au fond du spéculum, mais que l'on est souvent obligé de saisir soit en inclinant le spéculum en différents sens, soit en le ramenant avec une tige quelconque. Le spéculum ne fait voir que les changements de coloration, l'ulcération, mais il permet d'agir sur la partie malade. Le spéculum à valves est plus difficile à manier, mais il présente cette supériorité sur le spéculum plein qu'il déplisse les parties au lieu de les refouler.

L'*exploration par la vessie* avec une sonde métallique est un bon moyen de reconnaître la face antérieure de l'utérus.

La *sonde utérine* a presque été condamnée, et cependant c'est un moyen d'exploration des plus utiles. Prudemment maniée, elle ne présente aucun danger sérieux. Le toucher vous a déjà appris la direction approximative de l'organe; conduisez la sonde sur le doigt, engagez-la dans l'orifice, abaissez doucement le manche, vous sentirez une résistance avant d'entrer dans la cavité du corps, puis la sonde franchira brusquement l'obstacle et entrera courbure en haut si l'utérus a sa direction normale. Si la résistance est assez grande à l'orifice interne pour s'opposer à la pénétration de la sonde dans ce sens, tournez doucement l'instrument de manière que la courbure de l'instrument réponde à la direction supposée, mais surtout pas d'insistance; n'entrez pas de force, demain vous réussirez là où aujourd'hui vous avez échoué. Par ce moyen seul on peut reconnaître le degré d'étroitesse de l'orifice et préciser certainement la position du corps de l'utérus. Le toucher vous fait croire que l'utérus est en rétroflexion. La sonde entre courbure en haut : c'est une tumeur fibreuse ou autre de la paroi postérieure de l'utérus qui vous avait induit en erreur; contre cette tumeur vous n'avez rien à faire, tandis que peut-être vous eussiez combattu la rétroflexion. Vous apprenez encore avec la sonde qu'au lieu d'une petite cavité utérine vous avez affaire à une cavité énorme; vous savez quel est le degré de sensibilité de cette cavité; vous retirez la sonde recouverte de pus, et vous ne pouvez douter de la présence d'un catarrhe utérin, etc., etc.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. Richet.

Observation d'enchondrome (1).

L... (François), âgé de trente-quatre ans, entre le 10 mai salle Saint-François, à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Richet.

Ce malade présente au-dessous de l'épine de l'omoplate droite une tumeur arrondie, grosse comme une tête d'enfant, dure et consistante comme un polype fibreux de l'utérus. La peau très distendue qui la recouvre ne lui adhère pas et garde presque partout sa couleur normale, si ce n'est au point le plus saillant, où l'on aperçoit une petite ulcération limitée par un cercle rouge assez étroit. La fosse sous-épineuse est complétement remplie par la base de la tumeur. Les mouvements du bras et de l'épaule sont douloureux; ils se communiquent à la tumeur, qui a eu bien évidemment son point de départ dans le scapulum, auquel elle adhère solidement.

La consistance de cette tumeur n'est pas fluctuante comme l'encéphaloïde, ni dure comme les tumeurs fibreuses; elle offre, quand on la comprime vivement, une certaine élasticité, et revient pour ainsi dire sous le doigt qui la presse; son mode de développement peu rapide et sans douleur, son point de départ au squelette, l'absence de bosselures à sa surface, qui est uniformément arrondie, l'état général du malade, tout, en un mot, fait supposer qu'on a affaire à une de ces tumeurs désignées par Müller sous le nom d'*enchondrome*, ou simplement de *chondrome*, et c'est le diagnostic que porte M. Richet.

Voici ce que raconte cet homme au sujet de sa maladie : Ses parents n'ont jamais rien présenté de semblable. Il y a quatre ans, il sentit pour la première fois une petite saillie au-dessous de l'épine de l'omoplate droite; mais, comme il n'en souffrait pas, il continua pendant trois ans, sans la moindre inquiétude, ses travaux ordinaires de journalier, et ne pensait plus à son mal, complétement stationnaire depuis son origine. Il y a un an, il survint quelques douleurs qui se reproduisirent plusieurs fois de suite; enfin, au mois de février 1855, le malade, plus vivement préoccupé de sa santé que les années précédentes, consulta un médecin, qui pratiqua une ponction exploratrice. Cette ponction ne donna issue à aucun liquide.

Le malade attribue en grande partie l'augmentation de volume de sa tumeur à la ponction exploratrice qu'on lui a faite, et il soutient

(1) Cette observation a été lue par M. Richet à la Société de chirurgie (séance du 1er août).

que c'est à partir de cette époque qu'elle commença à donner lieu à de vives douleurs. Si les renseignements qu'il donne sont exacts, l'action du trocart ne paraît pas, en effet, avoir été sans influence, puisque la tumeur, stationnaire dans son développement jusqu'à cette opération, a commencé dès lors à grossir, et a atteint le volume énorme qu'elle présente aujourd'hui. L'ulcération qui existe au sommet de la tumeur s'est développée au niveau de cette piqûre du trocart.

L'examen général du malade ne fait découvrir ni soupçonner l'existence de tumeurs semblables dans quelque autre partie du corps.

Son état général est bon; il a le teint blême et un peu de maigreur, mais c'est, dit-il, son état habituel.

Le 14, quatre jours après son entrée à l'hôpital, il est pris de fièvre, céphalalgie, nausées, vomissements, diarrhée, état saburral de la langue, qui colle aux doigts; exagération de la sensibilité de la tumeur, sur laquelle il ne peut plus se coucher, comme précédemment.

Le 15, la tumeur est rouge et douloureuse; il s'est déclaré un érysipèle qui, partant des bords de l'ulcération, gagne bientôt l'épaule et tout le côté droit de la poitrine, puis le cou, puis le côté gauche de la poitrine, et enfin tout le reste du corps. L'ulcération du sommet de la tumeur s'agrandit, ses bords décollés laissent apercevoir des couches concentriques qui, en partie détruites par la suppuration, ressemblent à ces instruments de dessin qu'on appelle *estompes*.

Le 21, la sensibilité de la tumeur est toujours exagérée; la rougeur a persisté dans tout son côté postérieur et inférieur, qui est devenu fluctuant. En pressant sur ce point, on fait sourdre par l'ulcération du sommet un pus mal lié et abondant, qui traverse ce vaste décollement de la peau. On pratique une contre-ouverture à la partie déclive pour faciliter la sortie de la suppuration.

Les jours suivants, rien de nouveau; la peau est de plus en plus décollée; l'état général est tantôt bon, tantôt mauvais; l'affaissement moral du malade est extrême; l'abondance de la suppuration et le décollement qui menace de rendre la peau impropre à recouvrir la plaie après l'opération donne des craintes sérieuses, et, si l'on temporise quelques jours de plus, on ne pourra plus sans doute venir en aide au malade. L'opération pour tous ces motifs est fixée au 5 juin.

Le 5 juin, les précautions habituelles ayant été prises et le malade soumis au chloroforme, deux incisions semi-elliptiques circonscrivent la tumeur, en laissant intacte autant de peau qu'il en faut pour recouvrir la surface suppurante. Une petite incision en queue est dirigée vers l'aisselle et se réunit aux deux précédentes afin de faciliter la sortie des liquides de la plaie. Une autre petite incision est faite supérieurement vers l'épaule afin d'observer l'état de l'omoplate et dégager plus facilement la tumeur.

Ainsi qu'il avait été prévu, la tumeur enveloppant l'omoplate, on fut obligé d'en pratiquer la résection au-dessus de l'épine, opération qui se fit d'ailleurs sans difficulté, quelque laborieuse qu'elle parût devoir être. Un écoulement de sang abondant s'ensuivit, des ligatures furent pratiquées, et on procéda au pansement.— Charpie au fond de la plaie, réunion avec les bandelettes de diachylon.

Examen de la pièce anatomique (voir, pour compléter cet examen, le numéro du 19 juin de la *Gazette des Hôpitaux*, où il est rendu compte de la présentation de cette pièce à la Société de chirurgie par M. Richet). — La tumeur part de l'os, qu'elle enveloppe complétement; elle paraît s'être développée dans les cellules osseuses elles-mêmes; elle ne remonte pas au delà de l'épine. Elle est enveloppée par le périoste, et une portion considérable soulève celui qui tapisse la face costale de la fosse sous-épineuse. Cette tumeur, d'apparence gélatineuse, est molle, transparente à sa circonférence, opaque à son centre, où elle est creusée d'une large caverne, dont les parois ramollies contiennent une matière qui offre la coloration du café au lait.

Sa consistance est celle du foie, un peu plus friable cependant; elle n'est point vasculaire, et c'est seulement à la circonférence qu'on peut remarquer quelques vaisseaux.

A cet aspect, il n'est pas possible de se méprendre : c'est évidemment d'un chondrome qu'il s'agit, et le diagnostic se trouve ainsi vérifié de tous points. L'examen microscopique fait immédiatement et démontre la présence des cellules cartilagineuses sans mélange d'aucun autre élément.

M. Richet, d'après ces indications, porte un pronostic favorable, les chondromes, suivant les auteurs qui se sont occupés de cette question, n'étant pas sujet à récidive.

Les jours suivants se passent parfaitement bien. Mais dès le sixième jour, le malade est pris de dégoût, de nausées, de frissons et d'une toux opiniâtre avec expectoration abondante, qui fait présumer qu'il a pris froid et qu'il s'est enrhumé. L'auscultation et la percussion minutieuse du thorax ne révèlent cependant rien d'appréciable.

Le lendemain 16, le malade a craché du sang et a de la fièvre. Il a eu des frissons. Mêmes résultats négatifs de l'auscultation.

Le 17, même état; frisson, altération de la face. M. Richet pense que le malade est en proie à une infection purulente; la plaie cependant continue à fournir un pus louable.

Le 18, l'état général s'aggrave; l'expectoration devient de plus en plus abondante, muqueuse et filante, mélangée de stries sanguinolentes. Rien à l'auscultation.

Le 19, le malade succombe.

Autopsie. — Rien ni dans les viscères abdominaux, ni dans les viscères thoraciques, qui à première vue paraissent parfaitement sains. M. Richet, fort étonné de ne pas trouver d'abcès métastatiques dans ces divers organes, les explora avec plus de soin encore, et rencontra à la surface du poumon droit, en arrière, une petite tumeur transparente, du volume d'une noisette, présentant la consistance et l'aspect du tubercule cru. Alors, poussant plus loin l'investigation, il découvrit bientôt dans la profondeur des deux poumons et à leurs surfaces une trentaine au moins de tumeurs d'aspect analogue, dont les unes avaient le volume d'un grain de millet et la plus grosse celui d'une noix. Cette dernière offrait tous les caractères extérieurs du chondrome : c'était en effet du tissu cartilagineux, et l'examen microscopique, fait avec le plus grand soin par MM. Broca, Giraldès et Robin, prouva qu'il n'y avait dans ces tumeurs autre chose que des cellules cartilagineuses.

La tumeur la plus volumineuse du poumon a été montrée à la Société de chirurgie et déposée depuis au musée Dupuytren.

Voici la note transmise par M. Broca à M. Richet sur la nature de ces tumeurs du poumon :

1° Dans deux des tumeurs qui m'ont été présentées, et qui à l'œil nu présentaient déjà tous les caractères de l'enchondrome, j'ai trouvé des éléments cartilagineux volumineux, granuleux et disséminés dans une gangue hyaline en certains points, grenue par places et légèrement fibroïde plus loin;

2° Dans une autre, j'ai trouvé exactement les mêmes corpuscules, seulement ces éléments n'étaient pas emprisonnés dans une gangue solide, ils étaient simplement plongés au milieu d'une pulpe gélatiniforme sans organisation propre;

3° Enfin, dans une troisième, j'ai trouvé le poumon infiltré de granulations miliaires cartilagineuses et demi-transparentes; mêmes éléments d'ailleurs que dans les premières tumeurs.

ACTION SÉDATIVE DU BROMURE DE POTASSIUM
sur les organes de la génération.

Par le docteur THIELMANN.

Le docteur Thielmann a fait usage du bromure de potassium avec avantage dans le priapisme qui accompagne certaines formes de blennorrhagie. Outre l'emploi de ce moyen à l'intérieur, il conseille l'emploi local sur le pénis de compresses d'eau tiède recouvertes de taffetas gommé pour empêcher l'évaporation. Ce médicament semble avoir réussi entre les mains du praticien russe contre le satyriasis et les pollutions nocturnes. La formule est la suivante :

Bromure de potassium. . . . . 1 gr. 25 centigr. — 2 grammes.
Sucre en poudre. . . . . . 6 grammes.

Mêlez et divisez en douze paquets égaux, à prendre toutes les deux heures. (*Journal de chimie médicale.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 6 août 1855. — Présidence de M. REGNAULT.

L'Académie a procédé dans cette séance à l'élection d'un membre associé libre en remplacement de M. Duvernoy; ainsi que nous l'avons annoncé, M. Dupetit-Thouars a été élu.

Constatation du sucre dans les urines des diabétiques. — M. Baudrimont, à l'occasion de la communication récente de M. Andral sur ce sujet, adresse la note suivante :

« Depuis le mois d'octobre 1854, ayant été appelé à donner mes soins à Mme de P..., affectée du diabète depuis six années, je fis de ses urines une analyse suivie. Malgré un régime sévère, une alimentation presque entièrement privée de féculents et une médication fortement alcaline, l'urine présentait à l'analyse des quantités de sucre allant jusqu'à 30 grammes par litre; mais ces quantités étaient tellement variables d'une époque à l'autre (elles décroissaient de 30 grammes à des traces de glucose), qu'il me fut conseillé d'analyser les urines émises quelques heures après le dîner de la malade, et celles qui étaient rendues le matin, douze à quatorze heures après ce repas. Trois ou quatre essais successifs m'ont prouvé constamment que ces dernières contenaient à peine quelques traces de glucose, tandis que les premières (recueillies dans la même journée) en renfermaient 12, 16, 22 et jusqu'à 25 grammes par litre. Une distance de dix à douze heures suffisait donc chaque jour pour faire varier dans des proportions aussi considérables la composition de l'urine.

» En présence d'une pareille observation, je me suis demandé si, dans l'essai chimique des urines pour le diagnostic du diabète, il ne serait pas prudent et même nécessaire de tenir compte du moment où elles auraient été émises par le malade, en l'interrogeant sur l'heure de son dernier repas. Partant de ce fait, j'ai aussi tenté des expériences sur moi-même en prenant de fortes doses de sirop (jusqu'à 500 grammes à la fois), et en recherchant en temps convenable dans mes urines la présence du sucre de canne ou celle du glucose, suivant que j'avais expérimenté sur le sirop de sucre ou sur celui de groseille. Le dégoût que m'inspira un tel breuvage après sept ou huit tentatives et les douleurs qui s'ensuivirent vers les régions lombaires me firent suspendre ces expériences avant d'avoir pu constater le passage du sucre dans mes urines. » (Commissaires : MM. Andral, Rayer et Péligot.)

Fonctions motrices du grand sympathique. — M. Cl. Bernard présente au nom de M. Remack une note sur les fonctions motrices du grand sympathique.

« Nous connaissons, dit l'auteur, par les découvertes de Petit (1712) et de M. Claude Bernard (1849) deux fonctions motrices de la partie cervicale du grand sympathique : l'une sur les dilatateurs de la pupille, l'autre sur les vaisseaux sanguins. Je désire ici établir une troisième action motrice de ce nerf sur les muscles des paupières. Chez le chat et le chien, la section de la partie cervicale du grand sympathique est suivie immédiatement d'un rétrécissement considérable de l'ouverture des paupières; la membrane semi-lunaire sort de l'orbite pour couvrir à moitié le bulbe, et la paupière supérieure s'approche de l'inférieure. Quand on excite alors la partie périphérique du nerf par un courant électrique induit, la membrane semi-lunaire se retire et la paupière supérieure se relève, malgré la résistance de l'animal, qui par une contraction spasmodique du muscle orbiculaire cherche à fermer l'œil. Quand on interrompt le courant, la paupière retombe sur l'œil. On peut répéter cette expérience, après des intervalles de quelques minutes, autant de fois que l'on veut toujours avec le même succès. (Pendant les intervalles, on observe encore une accumulation de larmes, qui semble produite par un relâchement des vaisseaux sanguins dans la glande lacrymale.) Chez le mouton, le cochon d'Inde et le lapin, tous ces phénomènes sont moins prononcés que sur le chat et le chien, mais toujours très distincts. Dans la grenouille, l'excitation électrique du grand sympathique ne semble pas agir sur les paupières ni sur la pupille, quoique la section du même nerf soit suivie d'un rétrécissement de la pupille.

» Comme les phénomènes observés sur les paupières ne peuvent être expliqués que par un relâchement et une contraction de muscles, et comme les paupières ne possèdent, autant que nous le savons, d'autres muscles que des muscles soumis à la volonté, il me semble bien démontré que le grand sympathique agit aussi sur des muscles volontaires. »

Rapport entre la distribution du système nerveux et la disposition du système musculaire chez l'homme. — M. Pucheran demande l'ouverture d'un paquet cacheté dont l'Académie a accepté le dépôt dans la séance du 30 septembre 1839. Le paquet ouvert en séance renferme sous le titre que nous venons d'inscrire la note suivante :

« Quand on suit chez l'homme la distribution du système nerveux au système musculaire, on ne tarde point à s'apercevoir que la disposition des muscles, suivant qu'ils sont larges, ou bien longs et courts, exerce une assez grande influence sur la manière dont se comportent envers eux les branches nerveuses qui leur sont destinées.

» Les muscles longs occupent principalement les membres où ils sont disposés par régions. Or chacune de ces régions a les muscles qui la composent animés exclusivement par un nerf ou par une branche nerveuse spéciale. Chaque région musculaire a son nerf ou sa branche nerveuse particulière. Quand, dans une région musculaire, il existe deux couches de muscles, l'une profonde, l'autre superficielle, cette disposition n'influe nullement sur celle que nous avons fait connaître : le même nerf ou la même branche nerveuse donne des filets aux muscles des deux couches. Par conséquent, un muscle long ne reçoit en général ses nerfs que d'un seul nerf ou d'une seule branche nerveuse. Si l'on voulait appliquer aux nerfs ou aux branches nerveuses les rapports fonctionnels que l'on établit entre les muscles, en les appelant congénères ou antagonistes, suivant qu'ils exécutent les mêmes mouvements ou des mouvements différents, rien ne serait plus facile : le nerf radial à l'avant-bras, par exemple, serait le nerf antagoniste du médian, tout comme le médian serait congénère du nerf cubital.

» Au lieu de recevoir leurs filets nerveux d'une seule branche nerveuse, les muscles larges reçoivent les leurs de plusieurs branches nerveuses différentes. Cette large distribution nerveuse est en rapport avec la multiplicité d'action des muscles larges. Les muscles larges sont disposés par couches ou par plans musculaires successifs dans une même région; les mêmes branches nerveuses animent les muscles faisant partie de ces divers plans musculaires.

» Les muscles courts se rapprochent en général des muscles longs sous le point de vue de leur distribution nerveuse; ils ne reçoivent leurs nerfs que d'un seul nerf ou d'une seule branche nerveuse.

» Sous le point de vue de leur distribution nerveuse, les muscles peuvent donc se diviser en deux grandes classes : ceux qui reçoivent leurs nerfs d'une seule branche nerveuse, comme la presque totalité des muscles longs et courts; ceux qui reçoivent leurs nerfs de plusieurs branches nerveuses différentes, comme la presque totalité des muscles larges. »

Choléra. — M. Tardani adresse de Rome une note écrite en italien et relative aux circonstances qui modifient les phénomènes d'*endosmose* dans les tissus morts et les tissus vivants, avec des applications à l'histoire du choléra-morbus et à son traitement.

— M. Lavielle, de Peyrehorade (Landes), adresse un mémoire intitulé *Méthode de traitement à suivre pour guérir le choléra.*

— MM. Reydel et Grosset demandent à l'Académie de vouloir bien leur fournir les fonds nécessaires pour des expériences destinées à prouver la justesse de l'opinion qu'ils ont émise dans une précédente note, sur le rôle que joueraient les exhalaisons des usines chauffées à la houille dans la production du choléra-morbus et d'autres épidémies.

— M. Capone adresse de Naples une lettre concernant un opuscule sur le choléra qu'il a adressé à l'Académie par l'intermédiaire de l'ambassade de France, et qu'il croit, à tort, n'être pas parvenu à sa destination.

— M. Lepetit, en adressant au concours pour le prix du legs Bréant un opuscule intitulé *Traitement du choléra asiatique par l'acide sulfurique dilué et les bains salés*, donne une brève analyse de ce travail.

(Toutes ces communications sont renvoyées à la commission du legs Bréant.)

Iodophosphate sodique. — M. Gagnage présente deux notes, l'une sur un produit dont il avait déjà fait l'objet de plusieurs communications (le gluten ioduré), et dont il signale aujourd'hui les propriétés thérapeutiques récemment constatées par un médecin; l'autre sur un produit désigné par lui sous le nom d'iodophosphate sodique. Il adresse un échantillon de ce dernier composé, dans l'espoir que l'Académie voudra bien faire faire les expériences destinées à montrer s'il a réellement les propriétés que lui suppose l'auteur de la note.

Albuminurie. — M. Billiard (de Corbigny) adresse un mémoire ayant pour titre : *Théorie de l'albuminurie et de diverses autres maladies qui dépendent de la même cause.* (Commission des prix de médecine et de chirurgie.)

Application thérapeutique de l'électricité. — M. Laverine, qui dans une précédente communication avait donné quelques renseignements sur les premiers essais d'*application thérapeutique de l'électricité* faits par lui sous l'inspiration de Volta, indique aujourd'hui les circonstances par suite desquelles il a contribué à la prompte propagation en Italie et en Allemagne de l'emploi du nouvel agent.

Candidature à la chaire d'anatomie au Muséum. — La section d'anatomie et de zoologie a présenté, en comité secret, la liste suivante de candidats pour la chaire d'anatomie et d'anthropologie, vacante au Muséum :

Au premier rang. . . . . M. de Quatrefages.
Au deuxième rang. . . . . M. Gratiolet.
Au troisième rang. . . . . M. Hollard.
Au quatrième rang. . . . . M. Jacquart.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 1er août 1855. — Présidence de M. GOSSELIN.

CORRESPONDANCE.

M. Denonvilliers, étant juge du concours d'aide d'anatomie et prési-

dent des jurys médicaux des départements, demande un congé.

— M. le docteur A. Mattei, médecin accoucheur de l'hospice civil de Bastia (Corse), demande le titre de membre correspondant, et adresse à la Société son ouvrage sur l'accouchement physiologique. (Commission : MM. Danyau, Cazeaux, Laborie.)

OUVRAGES OFFERTS A LA SOCIÉTÉ.

Mémoire sur une nouvelle méthode de traitement des fractures du col et du corps du fémur, par M. Ferdinand Martin.

Chirurgie conservatrice, et moyens de restreindre l'utilité des opérations, par M. le professeur Alquié.

Doctrine médicale de Montpellier, ou principes de cette école, par le même.

Notre honorable collègue fait également hommage des deux premières années des *Annales cliniques de Montpellier*.

Recueil d'observations sur les maladies de la peau, par M. le docteur W. Boëck, professeur à la Faculté de médecine de Christiania, et M. le docteur Danielsen, médecin en chef des hôpitaux à Bergen. (M. Cullerier est chargé de rendre compte de cet ouvrage.)

Examen critique du rapport de la commission chargée par l'Académie de médecine de Turin d'étudier la syphilisation, par M. le docteur Sperino.

Discussion sur le fait d'enchondrome pulmonaire présenté par M. Richet (1). — M. BROCA. Le cas de chondrome que M. Richet nous a présenté est de la plus haute importance, à cause de sa rareté, et à cause surtout des conséquences qu'on peut en tirer. Je demanderai donc à la Société la permission de lui soumettre quelques remarques à ce sujet.

Je rappellerai d'abord le fait en quelques mots. Une tumeur volumineuse de la partie postérieure de l'omoplate est enlevée par M. Richet. Notre collègue avait diagnostiqué un chondrome ; ce diagnostic se trouve exact. On nous présente la pièce ; nous l'examinons ; plusieurs d'entre nous l'étudient au microscope, et tout le monde s'accorde à reconnaître que la tumeur est formée en totalité par du tissu cartilagineux accidentel.

On porte un pronostic favorable ; le malade va assez bien pendant quelque temps ; mais il ne tarde pas à succomber à des accidents pulmonaires dont on ne peut préciser la nature. A l'autopsie, on trouve dans les poumons un grand nombre de tumeurs secondaires dont la structure est la même que celle de la tumeur primitive. A l'œil nu, la nature de ces tumeurs est déjà évidente. Le microscope dépose dans le même sens. MM. Verneuil, Robin et moi-même nous examinons ces tumeurs, et nous trouvons qu'elles sont cartilagineuses.

Tel est le fait très exceptionnel de M. Richet. Si l'on s'en rapportait seulement à l'évolution de la maladie, sans tenir compte de la structure des productions accidentelles, on dirait que le malade a succombé à une affection cancéreuse ; mais le tissu cartilagineux diffère tellement à l'œil nu et au microscope du tissu des diverses tumeurs cancéreuses, et la marche du chondrome, dans l'immense majorité des cas, est tellement différente de celle du cancer, qu'une pareille confusion ne peut se présenter ni à l'esprit des anatomo-pathologistes, ni à celui des cliniciens.

Or ce fait porte avec lui un enseignement qui ne doit pas être perdu. Dans la lutte qu'ont soulevée les récentes conquêtes du microscope, les adversaires des découvertes modernes se sont efforcés de prouver qu'il n'y avait aucune différence entre les tumeurs fibro-plastiques ou fibroïdes, les tumeurs épithéliales ou cancroïdes, et les tumeurs cancéreuses. Pour cela, ils se sont basés sur deux arguments principaux. Ils ont cité d'abord des observations qui prouvent une chose incontestée ; c'est que le cancroïde et le fibroïde peuvent, comme le cancer, récidiver localement après l'ablation. Puis ils ont cité d'autres observations pour établir que ces deux affections peuvent, comme le cancer encore, se généraliser dans les viscères.

La possibilité de la généralisation des tumeurs fibro-plastiques est depuis longtemps admise par tout le monde. Seulement nous prétendons que, proportion gardée, cette généralisation est beaucoup moins commune dans le cas de fibroïde que dans le cas de cancer.

Quant à la généralisation du cancroïde, il ne nous répugne nullement d'en admettre la possibilité. Mais les faits très exceptionnels qu'on nous a cités n'ayant pas cette évidence qui lève tous les doutes, nous avons cru pouvoir demander des preuves plus positives. Rien de semblable n'a été vu à Paris, quoiqu'on y ait fait depuis dix ans bien des autopsies d'individus morts de cancroïde. Les cinq faits qu'on nous a cités viennent de l'étranger et ont été recueillis précisément par des hommes qui nient la spécificité des éléments microscopiques, et qui par conséquent se déclarent incapables de distinguer une cellule épithéliale d'une cellule cancéreuse. Dès lors, nous étions bien en droit de leur demander sur quoi ils s'étaient basés pour admettre que les tumeurs multiples viscérales étaient constituées par de l'épithélium et non par des éléments cancéreux. Telle est la cause de nos hésitations. Pendant la discussion de l'Académie, M. Virchow a adressé à M. Velpeau une observation nouvelle accompagnée de pièces conservées dans l'alcool ; je ne connais pas l'observation, qui n'a pas été publiée. Les pièces sont déposées dans le musée Dupuytren ; je ne les ai pas vues, mais je crains que le contact de l'alcool n'ait défiguré les cellules et rendu l'examen microscopique fort incertain dans ses résultats. Quoi qu'il en soit, je crois à la possibilité de la généralisation du cancroïde dans les viscères ; il n'y a vraiment pas de raison théorique pour la rejeter, puisque la plupart des productions accidentelles peuvent se comporter ainsi. Je vais plus loin, et j'ajoute que la découverte ultérieure de faits prouvant sans réplique la généralisation du cancroïde me semble une chose probable. Mais chose probable n'est pas chose démontrée. Voilà pourquoi je désire attendre encore avant de me prononcer.

Quoi qu'il en soit, lorsqu'on réfléchit au très grand nombre d'autopsies négatives qui ont été faites à Paris depuis dix ans par les partisans et par les adversaires du microscope, on est obligé de reconnaître que la généralisation du cancroïde, si elle existe réellement, doit être bien rare, et que cette rareté extrême contraste d'une manière flagrante avec la fréquence excessive des cancers viscéraux multiples.

(1) Voir plus haut. Cette observation est publiée sous le titre d'hôpital Saint-Antoine.

Malgré cette différence profonde, malgré la différence plus grande encore qui existe entre le cancer et le cancroïde sous le rapport de l'anatomie pathologique, tant à l'œil nu qu'au microscope ; malgré enfin la différence qui sépare ces deux affections au point de vue clinique, et qui avait frappé les observateurs un siècle avant l'intervention du microscope, nos adversaires continuent à dire : Le cancroïde peut récidiver et se généraliser ; or, le cancer récidive et se généralise, donc le cancroïde est un cancer.

Il y aurait bien des choses à répondre à ce raisonnement. Mais acceptons-le pour un instant. Où cela nous conduit-il? A ranger parmi les cancers toutes les tumeurs qui peuvent récidiver après complète ablation, et se généraliser dans l'organisme. Je dirai donc à nos adversaires : Vous prétendez que le cancroïde est un cancer parce qu'il peut récidiver et se généraliser ; alors soyez logiques, allez jusqu'au bout dans cette voie, et ajoutez que les tumeurs cartilagineuses et les tumeurs fibreuses sont des cancers, parce qu'elles peuvent aussi présenter le double caractère de la récidive et de la généralisation.

Les chondromes sont des tumeurs le plus souvent inoffensives et complétement locales ; elles ne gênent que par leur volume, croissent en général avec une extrême lenteur, peuvent être tolérées pendant quarante et cinquante ans sans inconvénient par l'organisme, et lorsqu'on les enlève elles n'ont, dans la très grande majorité des cas, aucune tendance à récidiver. M. Lenoir, qui en a rassemblé beaucoup d'observations, vous disait que la récidive avait fait défaut dans tous les cas qui figurent sur son relevé. Il est donc impossible de confondre le chondrome avec le cancer. Et cependant il y a dans la science quelques cas exceptionnels où ces tumeurs, sans changer de nature anatomique, et sans mélange d'aucun élément nouveau, ont pu se comporter avec une gravité presque égale à celle du cancer. Elles peuvent acquérir un volume énorme. M. Frogley a vu un chondrome du fémur qui avait atteint en cinq ans 3 pieds de circonférence. Un chondrome du tibia, observé par M. Lloyd, ne datait que de dix-huit mois, et avait déjà 2 pieds de circonférence. M. Paget a vu à St-Bartholomew's Hospital un malade atteint de chondrome du fémur ; la tumeur ne datait que de trois mois, et elle était déjà aussi grosse que la poitrine d'un homme adulte. Enfin, sur un malade de M. Crampton, un chondrome du fémur prit un tel développement qu'il acquit une circonférence de 6 pieds et demi. Voilà pour le volume.

De nombreux exemples prouvent que le chondrome peut se ramollir, s'ulcérer et entraîner la mort. Il n'est pas rare d'observer plusieurs chondromes sur le même individu. Les chondromes du pied et de la main sont très souvent multiples. M. Will. Adams a vu chez le même individu un chondrome sur l'omoplate et un autre sur l'humérus. M. Bickersthett a enlevé un chondrome de la clavicule sur une femme qui avait à l'os frontal une autre tumeur semblable. La mère de cette femme avait succombé à un *cancer dur* (*sic*) de la mamelle. Ce cancer dur, sur lequel on ne nous donne aucun détail, car nous ignorons même le nom du chirurgien qui l'a observé, ce cancer dur pouvait très bien être un chondrome qui se serait ainsi transmis par hérédité. Voici un fait plus concluant qui tend à établir que le chondrome peut être héréditaire : on conserve dans le musée de Norfolk and Norwich Hospital un chondrome du radius provenant d'un homme dont le fils présenta ensuite un chondrome du bassin, reconnu pour tel par MM. Paget et Dolvymphe.

Les exemples qui établissent la récidivité du chondrome sont beaucoup plus nombreux. M. Paget a vu récidiver promptement un chondrome de la parotide. M. Syme désarticule l'épaule d'une jeune fille pour un chondrome de l'humérus ; une tumeur semblable se reproduit dans le moignon. Un chondrome de l'épine de l'omoplate, enlevé par Liston, reparaît sur place au bout de trois ans. Dans un cas cité par M. Gluge, deux ans et demi sépareraient la récidive du jour où on avait enlevé un chondrome de l'orbite. On voit dans le musée de Guy's Hospital un chondrome de la mâchoire inférieure qui a récidivé après l'ablation. Les tumeurs cartilagineuses peuvent également récidiver à distance. Un chondrome de l'épaule, datant de treize ans, et pesant neuf livres et demie, fut enlevé, et récidiva sur les côtes. M. Gluge, qui rapporte ce fait, ajoute que le malade succomba par suite de cette récidive un an et demi après l'opération. M. Salmon a communiqué à M. Paget un fait plus curieux encore. Un homme avait subi à l'âge de seize ans l'amputation de l'index gauche pour une tumeur qui pesait 2 livres 5 onces. Quarante ans après M. Salmon fut contraint de lui amputer l'avant-bras droit pour des tumeurs cartilagineuses énormes et multiples qui occupaient le squelette de la main. Une autre tumeur semblable, grosse seulement comme une noix, s'était développée en outre dans l'auriculaire gauche. Enfin il y avait plusieurs tumeurs irrégulières sur le tibia gauche, et une autre sur le deuxième orteil du même côté. On peut dire que dans ce cas il n'y a pas eu seulement récidive, mais généralisation des chondromes. M. Virchow, dans une lettre récente, a cité l'observation d'un chondrome de la paroi thoracique suivi de la production d'une tumeur cartilagineuse au milieu du poumon. Enfin le fait récent de M. Richet vient couronner cette énumération. Nous y voyons un chondrome de l'épaule donner lieu à un reste d'infection comparable à l'infection cancéreuse, et à la production de tumeurs cartilagineuses multiples dans les poumons.

On peut dresser contre les tumeurs fibreuses, dont la bénignité est cependant devenue proverbiale, un acte d'accusation non moins formidable.

Les fibromes sont presque toujours des tumeurs entièrement locales, devenant tout au plus gênantes par leur volume et guérissant radicalement par l'ablation, lorsqu'elles occupent un siége accessible à la chirurgie. Bien qu'il n'y ait pas de limites au volume qu'elles peuvent atteindre, elles ne se développent ordinairement qu'avec une grande lenteur. Elles peuvent cependant quelquefois s'accroître avec rapidité, se ramollir, s'ulcérer, se gangrener et déterminer la mort des malades. Abstraction faite des tumeurs fibreuses de l'utérus, qui sont si souvent multiples, le fibrome est en général unique. Toutefois il n'est pas très rare d'observer un grand nombre de fibromes sur le même individu. M. Houel vous a présenté, il y a quelques années, un cas très remarquable de névromes multiples ; toutes les tumeurs, étudiées attentivement à l'œil nu et au microscope, furent trouvées exclusivement composées de tissu fibreux. M. Lebert, dans son rapport sur cette observation, a rassemblé un grand nombre d'exemples analogues. M. Smith a cité un fait plus remarquable encore, puisque plus de 1,200 névromes purement fibreux existaient sur la même personne. L'influence diathésique qui préside au développement de ces fibromes multiples ne saurait être niée ; cependant on peut dire qu'il s'agit d'une diathèse limitée à un tissu ou à un système anatomique, et bien différente de la diathèse générale qui donne lieu à la multiplicité des cancers.

Cette explication est applicable aux fibromes multiples de l'utérus, et peut-être aussi à un fait communiqué par M. Lebert à la Société de biologie. Ce fait, recueilli dans le service de M. Lenoir, est relatif à un malade âgé de soixante-six ans, qui présentait dans le tissu cellulaire sous-cutané un très grand nombre de tumeurs fibreuses. Mais on est obligé d'admettre l'existence d'une diathèse plus générale lorsque les fibromes multiples occupent des organes très divers, comme cela avait lieu dans un cas que j'ai présenté à la Société de biologie au nom de M. Azam (de Bordeaux).

Dans ce cas, cinq tumeurs fibreuses s'étaient développées sur la même femme ; il y en avait une dans chaque mamelle, une dans chaque ovaire, et une cinquième dans l'utérus. Ainsi, le fibrome peut quelquefois, comme dans le cancer, se développer sous une influence diathésique. Comme le cancer encore, il peut récidiver après l'ablation. Un fibrome du dos, enlevé par M. Lawrence, se reproduisit dans la cicatrice. MM. Holberton et Benjamin Barron, au dire de M. Pages, ont vu l'irritation produite par le contact des boucles d'oreilles donner lieu à des tumeurs fibreuses qui récidivèrent après l'ablation. M. Lelong m'a envoyé, il y a quatre jours, une tumeur que je présente à la Société, et qui reconnaît une semblable origine. Vous me pardonnerez peut-être de vous présenter en abrégé cette intéressante observation.

Une femme de la campagne, aujourd'hui âgée de trente-deux ans, se fit percer les oreilles il y a dix ans. Peu de jours après un petit bouton parut sur chaque lobule, au niveau du passage des anneaux. La tumeur de l'oreille droite s'est accrue très lentement ; depuis quatre ans elle est stationnaire. Elle présente environ le volume d'une petite noix ; elle est très dure, très adhérente, fait saillie seulement à la face postérieure de l'oreille et ne produit qu'une légère difformité. On n'a pas jugé convenable d'en pratiquer l'ablation.

La tumeur de l'oreille gauche a fait des progrès plus rapides. Elle fut enlevée pour la première fois, il y a neuf ans, au moyen du bistouri, et ne tarda pas à récidiver. Une deuxième opération fut pratiquée il y a cinq ans ; cette fois, après la section, on cautérisa, ce qui n'empêcha pas la récidive de survenir promptement. Depuis cette époque, la tumeur prit le volume d'un œuf de cane ; elle devint bosselée, et même bilobée. Faisant surtout saillie à la face postérieure de l'oreille, elle contracta de solides adhérences avec le cartilage de la conque. Bien que cette tumeur ne fût pas douloureuse par elle-même, elle s'accompagnait d'élancements dans la moitié gauche de la tête. Ce fut alors que la malade s'adressa à M. Leloup, qui fit l'ablation de cette tumeur il y a trois semaines. Aujourd'hui la plaie est guérie ; mais à la partie inférieure de la cicatrice, vers le niveau de l'apophyse mastoïde, on sent déjà une induration qui pourrait bien être une récidive. Quant à la tumeur, je vous la présente ; vous pouvez vous assurer que c'est un type de fibrome ; cela est déjà évident à l'œil nu ; le microscope le prouve également. Le tissu fibreux excessivement dense qui la compose est enroulé, pelotonné en certains points, natté et entre-croisé en d'autres points, et constitue une masse dont la consistance égale celle des fibromes les plus durs.

Une chose digne de remarque, c'est que la tante de cette malade est atteinte d'une semblable affection. C'est une femme d'environ soixante ans. Il y a trente ans qu'une tumeur très dure a commencé à se former sur chaque lobule ; cela constitue une difformité choquante ; mais les tumeurs étant depuis longtemps stationnaires et n'ayant jamais donné lieu à aucune douleur, aucune opération n'a été pratiquée jusqu'ici.

Cette observation ne nous apprend pas seulement que les fibromes peuvent récidiver, elle nous montre encore l'existence d'une sorte de disposition héréditaire en vertu de laquelle certaines parties du corps deviennent aptes à subir l'influence des causes locales qui font quelquefois naître les fibromes.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 8 août, M. Gerhardt, docteur ès sciences, pharmacien de 1re classe, a été nommé professeur *titulaire* de chimie à la Faculté des sciences et à l'Ecole supérieure de pharmacie de Strasbourg. M. Gerhardt exerçait depuis plusieurs mois déjà ces fonctions à la même faculté.

— Par décret du 4 aout ont été nommés dans la Légion d'honneur les médecins militaires employés à l'armée d'Orient dont les noms suivent:

Officier. — M. Boudier, médecin major de 1re classe.

Chevaliers. — M. Tassard, médecin aide-major de 1re classe ;
M. Campardon, médecin aide-major de 1re classe.

— MM. Dumay, chirurgien de la marine, et Huart, médecin aide-major, sont autorisés à porter la décoration de l'ordre de Saint-Grégoire-le-Grand.

— Le prix institué par Esquirol, et rétabli depuis dix ans par son neveu M. le docteur Mitivié, vient d'être décerné à M. Legrand du Saulle (Henri), ancien interne de la Maison impériale de Charenton et des asiles publics d'aliénés de la Côte-d'Or et de la Seine-Inférieure. Ce prix consiste en une médaille d'or de 200 fr. et dans les œuvres d'Esquirol. Depuis quelques années, M. le docteur Baillarger y a annexé à titre d'encouragement pour le lauréat les dix-huit volumes qui ont déjà paru des *Annales médico-psychologiques*.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. DECQ ;
A Genève, à la librairie de JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

De la dégénérescence physique et morale de l'espèce humaine déterminée par le vaccin ; par le docteur VERDÉ-DELISLE. Un vol. grand-in-18. Prix : 3 fr. — Charpentier, libraire, 39, rue de l'Université.

LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 17 aout 1855.

Séance de l'Académie de Médecine.

M. J. Cloquet, qui s'est occupé d'une manière toute spéciale de recherches sur les concrétions intestinales dont il a fait déjà l'objet de plusieurs communications aux académies, a présenté au commencement de la séance une riche collection de ces entérolithes, et une série de dessins qui en reproduisent fidèlement la forme et la couleur. M. Cloquet distingue ces concrétions en deux classes : les unes, qu'il appelle *naturelles* ou *physiologiques*, consistent en des coquilles, des tests, des enveloppes d'œufs, des poils agglomérés, etc. ; les autres, *accidentelles*, sont le résultat d'un travail pathologique. Ces dernières consistent, tantôt en des cristallisations de sels calcaires ou magnésiens, tantôt en des agrégats de matières solides animales ou végétales, telles que des pépins de fruits, des fibres végétales, des matières stercorales durcies, des calculs biliaires, etc. Les nombreux et curieux échantillons de toutes ces variétés de concrétions que M. Cloquet a fait passer sous les yeux de l'Académie peuvent fournir les éléments d'une histoire à peu près complète de ces sortes de productions.

Après la communication de M. Cloquet, l'Académie a entendu deux mémoires, l'un de M. Verneuil, le second de M. Le Roy-d'Etiolles, qui ont largement suffi pour occuper le reste de la séance. Le mémoire de M. Verneuil a frappé par la nouveauté et l'imprévu des résultats auxquels l'ont conduit ses patientes recherches anatomiques et pathologiques sur le système veineux. Cet habile anatomiste a présenté sous un jour tout nouveau l'histoire de la phlébectasie ; il a montré que ce n'est pas, comme on l'a cru jusqu'ici, sur les vaisseaux sous-cutanés primitivement que porte la dilatation pathologique des parois veineuses, mais au contraire sur les vaisseaux profonds en général, et plus particulièrement sur les veines musculaires du mollet. Ce n'est que consécutivement que la dilatation se propage de là aux branches susaponévrotiques et sous-cutanées. La connaissance de ces faits, résultant d'une dissection attentive et d'une étude approfondie des dispositions toutes spéciales du système veineux du membre abdominal, jette une nouvelle clarté sur l'histoire des varices et sur leur traitement.

C'est encore contre la méthode de M. Maisonneuve pour le traitement des rétrécissements de l'urètre que M. Le Roy-d'Etiolles a dirigé toutes ses batteries. Toutefois, M. Le Roy n'a pas borné son œuvre à la critique. Après une appréciation historique des diverses méthodes proposées pour obtenir la cure radicale des rétrécissements, il a exposé une méthode qui lui est propre, ou qu'il a du moins perfectionnée, l'*excision*, qui, à son avis, doit l'emporter sur toutes les autres, comme procurant l'ablation totale des cicatrices rétractiles qu'on ne fait que diviser par les autres procédés. On en trouvera la description au compte rendu. — Dr Brochin.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Constitution médicale des hôpitaux de Constantinople. Scorbut.

Nous recevons d'un de nos correspondants les renseignements suivants sur la constitution médicale actuelle des hôpitaux de Constantinople, qui sont de nature à intéresser tous nos lecteurs.

Depuis le commencement des chaleurs, les affections à physionomie typhique ont cédé la place aux fièvres à forme rémittente, et moins souvent sub-intrante. La dyssenterie est peu commune, tandis que les diarrhées sont nombreuses et rebelles. Mais il est une maladie qui domine et établit la constitution médicale, c'est le scorbut à tous les degrés, depuis les suffusions sanguines les plus étendues jusqu'aux pétéchies les plus légères; sous toutes les formes, depuis les épanchements les plus apparents jusqu'à l'absence de tous les signes *objectifs* d'un épanchement même miliaire ; depuis la forme la mieux localisée, sans réaction générale sur l'ensemble de l'économie, jusqu'à la généralisation de l'affection, jusqu'au délire et la mort. Il y a une seule exception à faire, c'est que nous n'avons pas observé la forme dite hémorrhagique dans l'acception réelle du mot, c'est-à-dire que ni la peau, ni les muqueuses, en s'ulcérant ou non, n'ont point donné lieu à ces hémorrhagies abondantes qui ont fait confondre le scorbut de forme hémorrhagique avec le purpura de même nom, comme nous l'avons observé tant de fois en Afrique. La seule forme hémorrhagique que nous observons est spéciale aux plaies dont sont porteurs les scorbutiques, que ces plaies soient antérieures à l'affection scorbutique ou qu'elles soient postérieures à cette affection, et par conséquent accidentelles, puisque toute opération est contre-indiquée dans nos salles chez un homme atteint de scorbut.

Le symptôme le plus constant, je pourrais dire le symptôme qui ne manque jamais, c'est la douleur, mais la douleur intense, toujours localisée, et non erratique, comme l'a décrite Lind, avec cette particularité indiquée la première fois par M. Gueneau de Mussy, si ma mémoire ne me fait pas défaut : à savoir, que la douleur non-seulement n'est pas proportionnelle à l'étendue des épanchements et à la généralisation de la maladie, mais que dans beaucoup de cas elle constitue à elle seule toute la maladie ; et, chose à noter dans ce cas, c'est que la douleur est plus forte, plus intense la nuit que le jour; elle a le même siége (le pourtour des articulations du membre inférieur), avec ou sans gonflement; elle offre de plus ces deux particularités qui n'ont pas été notées jusqu'ici :

1° L'absence de transpiration (même dans un lit très chaud) du membre douloureux;

2° Sensation de froid perceptible à la main qui s'applique largement autour de l'articulation, tandis que lorsque la douleur, au lieu d'être le seul signe sensible de l'affection, est accompagnée de taches ecchymotiques avec gonflement des parties péri-articulaires, il y a toujours sensation de chaleur, bien que la peau puisse rester sèche et rugueuse. Cette sécheresse de la peau, tout en étant l'état habituel, fait quelquefois défaut, surtout dans les cas où le gonflement est considérable avec chaleur exagérée. Le membre est couvert de transpiration.

Chez tous ces scorbutiques les gencives ne sont pas malades, ou le sont à des degrés divers, et non en rapport avec les épanchements sous-cutanés. Tel homme est perclus par son scorbutisme dans son lit de douleurs, sans que les gencives présentent le moindre engorgement.

Si nous remontons maintenant à l'étiologie de la maladie, on ne pourra pas, comme on le fait dans les livres et comme l'a écrit Lind, accuser un air humide et non renouvelé ; la maladie s'est déclarée au milieu d'un air trop sec et suffisamment renouvelé sur le glacis de Sébastopol. On ne peut accuser l'encombrement, car l'encombrement est toujours relatif, non au nombre d'hommes, mais à l'étendue des lieux, et sous Sébastopol on ne peut dire qu'il y ait encombrement. Les salaisons ne peuvent pas être invoquées comme cause ; la viande fraîche n'a jamais fait défaut. Il est vrai que les légumes manquent, et encore pas d'une manière absolue, car les conserves de Cholet ont été distribuées. Les vraies causes sont l'épuisement des forces physiques et morales, cette insolation continue, l'absence de sommeil réparateur au bruit d'une canonnade continue, l'inquiétude du lendemain et un peu de nostalgie, mais au-dessus de tout une nutrition (qu'il faut bien distinguer du mot nourriture) de beaucoup insuffisante; les vivres abondent, mais l'homme mange peu ou point, et même s'il mange il n'y a pas réparation. Voilà la seule, la vraie cause. Le soleil, le travail, le manque de sommeil amènent la sidération du système nerveux; les défections du cœur et de l'esprit entraînent l'abattement; la nourriture peu variée n'excite pas l'appétence; ingérée ou non, elle ne s'assimile pas.

Pour ce qui est du traitement, voulez-vous vous adresser aux toniques? ils ne sont pas supportés. En dépit des toniques et des antiscorbutiques l'encombrement dans les hôpitaux aggrave le mal. Il n'y a que le soleil de la France et la dispersion de ces hommes dans leurs villages respectifs qui puissent les guérir.

Fièvre typhoïde chez un enfant de sept mois allaité par sa mère affectée de la même maladie.

La fièvre typhoïde est-elle susceptible de se transmettre de la mère qui allaite à son nourrisson? Lorsqu'une nourrice est atteinte d'une fièvre typhoïde, convient-il de suspendre immédiatement l'allaitement? Telles sont les deux questions pratiques importantes que soulève le fait suivant que M. le docteur Hérard, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, a communiqué à la dernière séance de la Société médicale des hôpitaux.

Le 26 février 1855 est entrée dans la salle des nourrices, à l'hôpital Saint-Antoine, une femme atteinte depuis une huitaine de jours d'une fièvre typhoïde très grave, aux progrès de laquelle elle succomba un mois après son entrée. Cette femme allaitait un enfant de sept mois. Pendant les huit jours de maladie qui avaient précédé son admission dans le service, elle avait continué à donner le sein à l'enfant, et, quand M. Hérard examina la malade pour la première fois à la visite du 27 février, il constata, d'une part, que la sécrétion lactée avait continué de se faire comme auparavant, et que, d'autre part, la santé de l'enfant s'était maintenue parfaite. M. Hérard conseilla à la mère de ne point suspendre l'allaitement naturel qui avait si bien réussi jusque-là. Dans la journée du 1er mars, on fut frappé d'un changement survenu dans la physionomie de l'enfant. Ce n'est toutefois que dans la journée du vendredi 2 mars que se déclarèrent des accidents graves et bien caractérisés : nausées, vomissements abondants, diarrhée, fièvre vive et surtout grande prostration, altération profonde des traits.

Le 4, mêmes phénomènes, toux, respiration anxieuse, précipitée. A l'examen de la poitrine, on constate en arrière des deux côtes quelques râles sibilants et sous-crépitants disséminés, et de plus, à gauche, un léger souffle tubaire. — Julep gommeux, vésicatoire à gauche, lavements émollients, cataplasmes sur le ventre, cessation de l'allaitement.

Le 5, état de plus en plus grave; diarrhée, vomissements, fièvre, souffle bronchique, altération profonde des traits, convulsions. Mort le 6 mars.

L'autopsie fait constater un gonflement très notable des glandes de Peyer et l'ulcération de quelques-unes d'entre elles; un développement très marqué des follicules isolés du petit et du gros intestin, l'engorgement des ganglions mésentériques, une tuméfaction considérable de la rate, une congestion bronchique et l'hépatisation d'un lobe du poumon droit; enfin, une injection généralisée des méninges cérébrales, etc.

L'existence d'une fièvre typhoïde chez cet enfant n'est pas douteuse; à part les caractères symptomatiques et nécroscopiques qui rendent ce diagnostic irrécusable, malgré ce que ce fait peut avoir d'insolite quand on considère l'âge de l'enfant, il y a d'autres circonstances encore qui concourent à le confirmer, c'est l'existence d'une épidémie grave de fièvre typhoïde dans Paris dans le même moment, c'est surtout l'invasion successive de la même affection chez la mère d'abord, puis chez un autre de ses enfants plus âgé.

C'est ce premier fait bien établi par M. Hérard qui nous porte à nous demander avec lui comment s'est déclarée la fièvre typhoïde chez cet enfant? S'il l'a contractée par contagion de sa nourrice ou bien s'il a subi simplement et d'une manière directe l'influence épidémique de la même manière que sa mère et son frère?

En posant cette question, nous ne nous dissimulons pas toutes les difficultés qui l'entourent et nous ne nous flattons pas de la résoudre ; mais il nous paraît utile de faire apercevoir du moins que de ces deux solutions, la première est celle qui compte le plus de probabilités en sa faveur.

M. Hérard incline à penser qu'il n'y a point eu ici transmission de la maladie de la mère à l'enfant, que celui-ci n'a fait que subir au même titre que sa mère et son frère l'influence morbide épidémique qui est venue s'abattre sur cette famille soumise aux privations et aux mauvaises conditions hygiéniques. Les raisons sur lesquelles notre confrère se base pour admettre cette opinion plutôt que l'autre sont les suivantes : « Sans doute, dit-il, s'il s'agissait ici d'une maladie éminemment contagieuse, comme la petite vérole, il y aurait tout lieu de présumer que c'est la mère qui a communiqué à l'enfant la maladie dont elle était primitivement atteinte ; mais la fièvre typhoïde ne saurait, sous ce rapport, être comparée à la variole. En admettant que la fièvre typhoïde puisse se développer par contagion, on ne peut se dissimuler que ses propriétés contagieuses ne soient faibles et peu prononcées..... » Quant à l'influence que l'allaitement aurait pu avoir sur cette transmission, M. Hérard ajoute : « Cette croyance (à la transmission des principes contagieux par l'allaitement) était à peu près générale il y a quelques années, non moins que celle qui attribuait les accidents les plus sérieux chez les nourrissons au mauvais lait des mères atteintes d'affections graves. De nos jours, tout en reconnaissant que le lait subit dans ces conditions d'importantes

modifications, les médecins acceptent avec une certaine réserve une opinion que ni l'analyse chimique du lait, ni l'observation clinique ne démontrent suffisamment. » M. Hérard, se demandant si le fait qu'il vient d'observer est de nature à modifier sous ce rapport les idées qui dominent aujourd'hui, pense qu'on n'en saurait tirer cette conclusion, ce fait étant exceptionnel, « car dans un assez grand nombre de cas analogues, dans lesquels l'allaitement avait été continué, on n'a pas observé que la fièvre typhoïde se fût transmise de la mère à l'enfant. »

M. Hérard nous paraît ici, qu'il nous permette de le lui dire, un peu difficile à contenter en fait de preuves. S'il est un fait démonstratif et qui prouve la possibilité de la transmission de l'affection typhoïde de la nourrice à l'enfant, c'est assurément celui dont il a rapporté l'histoire. Plus le développement d'une fièvre typhoïde chez un enfant de sept mois est rare et insolite, même dans les épidémies les mieux accusées, plus devient évident le fait de la transmission, qui est ici la seule condition étiologique admissible. De ce que dans beaucoup d'autres circonstances analogues cette transmission n'a point eu lieu, ce n'est pas une raison pour la récuser dans ce cas-ci. En matière de contagion les faits négatifs ne prouvent pas, les faits positifs seuls ont force de preuve. Or ce fait nous paraît réunir toutes les conditions susceptibles de lui imprimer ce caractère.

De la solution de ce premier point découle naturellement celle de la seconde question, savoir : si, lorsqu'une nourrice est atteinte d'une affection typhoïde, il convient de faire cesser l'allaitement.

Sur cette seconde question, M. Hérard ne se prononce qu'après avoir balancé les avantages et les inconvénients de l'allaitement continué nonobstant une fièvre grave. « Les avantages, dit-il, sont pour la nourrice d'entretenir pendant toute la durée de la maladie une excitation de la glande mammaire qui permet de continuer après la guérison l'allaitement naturel; l'état local du sein y gagne et le moral de la malade en est souvent favorablement influencé. » Quant aux inconvénients, est-il raisonnable d'admettre l'innocuité complète d'un lait qui a subi, sinon une altération par des principes étrangers nuisibles, du moins une modification de quantité relative dans ses éléments? En présence de ce fait constant, quelque variables et incertains que soient d'ailleurs à cet égard les résultats des analyses chimiques, en présence de ce fait, disons-nous, que l'état de maladie non-seulement diminue la sécrétion du lait, mais encore qu'elle apporte dans les éléments constitutifs de ce lait des changements considérables, M. Hérard n'hésite pas à déclarer que les avantages de l'allaitement ne peuvent pas être mis en balance avec les dangers qui résulteraient pour la santé d'un enfant d'un lait ainsi altéré, et qu'il est d'une pratique sage de donner sans tarder une autre nourrice à l'enfant.

Cette opinion a été discutée dans le sein de la Société médicale des hôpitaux. Le sentiment le plus général qui résulte de cette discussion, c'est que l'allaitement doit être supprimé dans tous les cas de fièvre grave et surtout lorsqu'il s'agit d'une fièvre contagieuse ou présumée telle. Les recherches chimiques et microscopiques qui ont été faites sur le lait des nourrices affectées de fièvre établissent qu'au bout de deux ou trois jours il survient des altérations que l'on reconnaît au microscope. Dans le fait qui a été soumis à la Société des hôpitaux par M. Hérard et qui fait le sujet de cet article, M. Becquerel a fait l'analyse du lait, et il a constaté que, tandis que les matières grasses et la caséine avaient notablement augmenté, la proportion du sucre, au contraire, avait diminué. Bien que les recherches de ce genre n'offrent encore rien de bien concordant sur les caractères et la nature des modifications que subit le lait sous l'influence de la fièvre, il paraît constant néanmoins que les rapports habituels de ses principes constitutifs sont troublés. Mais il est un réactif, à notre avis, plus sûr que ceux de la chimie, c'est le résultat de l'allaitement lui-même. Or pour cette seconde question, comme pour la première, le fait de M. Hérard nous paraît porter avec lui ses conclusions.

Pour notre compte, dans une circonstance semblable, ne dussions-nous considérer ce fait que comme exceptionnel, nous ne voudrions pas perdre l'enseignement qu'il renferme, et nous n'hésiterions pas à faire suspendre l'allaitement chez une nourrice en état typhoïde bien constaté.

Traitement de l'asthme par le bicarbonate de soude.

Nous avons fait connaître récemment quelques faits que nous a communiqués M. le docteur Hamon (d'Ecommoy), et qui tendraient, dans l'esprit de ce médecin, à confirmer l'opinion qu'il a émise, à savoir, que la pléthore sanguine doit être considérée comme une cause prédisposante de l'asthme. Parmi ces faits, il en est un qui était encore incomplet à l'époque où nous en avons parlé, et dont nous nous sommes engagé à faire connaître le résultat. M. Hamon nous ayant mis en demeure de tenir cet engagement, nous saisirons cette occasion de revenir encore sur une question clinique qui intéresse à la fois la théorie et la pratique.

Il s'agit de la jeune fille L... dont nous avons parlé dans le nº du 21 juillet, et qui est affectée d'asthme par congestion pulmonaire, au retour de chaque période cataméniale. Cette jeune fille, issue d'une mère asthmatique, arriva à l'âge de quatorze ans sans avoir éprouvé aucun symptôme de la grave affection dont elle est actuellement affligée. A partir de cette époque se manifestèrent chaque année, pendant la belle saison seulement, des attaques d'asthme irrégulières et d'intensité variable. Les fonctions menstruelles s'établirent vers l'âge de quinze ans. Dès lors les attaques ne se sont plus produites que périodiquement, précédant de quelques jours l'établissement du flux cataménial. La disposition dysménorrhéique est demeurée constante, principalement l'hiver, saison dans laquelle la fille L... est souvent deux ou trois mois sans rien voir paraître. Toutefois, dans cette même saison, elle jouit d'une immunité complète pour ce qui a trait à l'affection pulmonaire. Dans ces dernières années, plusieurs violentes attaques d'asthme se sont terminées par un crachement de sang assez abondant.

Cette jeune fille étant allée consulter M. Hamon, ainsi qu'il le lui avait recommandé, quelques jours avant le retour des règles, notre confrère lui a fait prendre, comme il l'avait projeté, pendant quatre jours de suite une dose de 1 gramme 50 de bicarbonate de soude. Un mois après la jeune malade lui a annoncé que le retour du flux cataménial ne s'était effectué qu'après un retard de quinze jours. A part ce délai, les règles ont été plus fluides, moins noires; leur proportion a été estimée le double de ce qu'elle a toujours été aux mêmes époques. La jeune fille n'a pas éprouvé la moindre suffocation; elle a certifié que jamais chez elle la menstruation ne s'était établie aussi heureusement, dans les mêmes conditions, depuis l'établissement des fonctions cataméniales.

M. Hamon, dans la note qu'il nous communique, fait suivre ce complément d'observation de la relation d'un autre fait qui milite également en faveur de cette médication.

M. X..., vingt-six ans, d'une constitution pléthorique, doué d'un embonpoint excessif, ayant depuis longtemps la *courte haleine*, ne peut, depuis un an surtout que son embonpoint a beaucoup augmenté, ni courir, ni monter sans être presque aussitôt hors d'haleine. Il est sujet à de très fréquents coryzas, et un simple éternument suffit pour donner lieu à un accès de suffocation. Voici les observations stéthoscopiques et plessimétriques que M. Hamon a répétées plusieurs fois chez ce sujet, dans ses conditions de santé ordinaires. Le son pulmonal est normalement obscurci dans toute l'étendue de la poitrine. La matité est surtout prononcée dans la partie antérieure gauche de cette cavité. La respiration est assez difficilement perçue dans tous les points du thorax; le murmure vésiculaire est presque insaisissable dans la région cardio-claviculaire. Le cœur est un peu gros, en rapport du reste avec une vigoureuse constitution. Le pouls est normalement peu développé.

M. Hamon, ayant assisté, le 5 juillet dernier, à l'une des fréquentes attaques d'asthme auxquelles ce jeune homme est sujet, décrit en ces termes les phénomènes dont il a été témoin : point de ronchus; toux sèche; 70 pulsations; pouls faible. Du côté du poumon gauche, matité antérieurement, sonorité *relative* postérieurement. Quant au poumon droit, la matité avait lieu en arrière, la sonorité *toujours relative* en avant. La respiration, généralement faible dans toute l'étendue de la poitrine, l'était surtout à gauche en avant, à droite en arrière. L'expiration était en tous points prolongée.

Soupçonnant, d'après les documents mêmes que lui avait fournis M. X..., que l'affection pulmonaire dont il était atteint pouvait bien provenir en grande partie de la gêne apportée à la circulation pulmonaire et au libre et facile accomplissement de l'acte de l'hématose, conséquences de la trop grande richesse du sang et de la prédominance du tissu cellulaire, M. Hamon a pensé tout d'abord que la principale indication consistait à appauvrir la constitution. Il a prescrit en conséquence le traitement suivant, auquel M. X... s'est rigoureusement astreint depuis le 10 juin dernier : bicarbonate de soude, dose quotidienne, 2 grammes; continuer vingt jours consécutifs, recommencer après dix jours d'interruption.

Sous l'influence de ce traitement, M. X... a bientôt vu disparaître les accidents auxquels il était depuis longtemps en proie; il a perdu son excès d'embonpoint, et il peut monter et courir sans perdre haleine.

M. Hamon conclut de ces faits et de ceux qu'il a précédemment rapportés :

1º Qu'il faut admettre, indépendamment des deux variétés d'asthme admises par les auteurs, l'asthme avec matière et l'asthme sans matière, ou nerveux, une troisième espèce déterminée par la congestion des organes respiratoires, à laquelle conviendrait le nom d'asthme par congestion pulmonaire, avec ou sans matière, suivant qu'il y a accumulation ou absence de mucus bronchique (chez la jeune fille dont il vient d'être question, les crises se sont terminées plusieurs fois par une abondante expectoration);

2º Que l'on doit ranger la pléthore sanguine au nombre des causes prédisposantes de l'asthme, et que chez les sujets qui sont loin d'avoir un tempérament sanguin, comme chez la jeune fille en question, une pléthore accidentelle (époque cataméniale, flux hémorrhoïdal périodique) peut présider à son développement, ce que tend à démontrer le succès de la médication alcaline.

Il nous resterait beaucoup de choses à dire encore sur cette question de l'asthme, qui est loin d'être complétement élucidée par les recherches et les travaux que nous avons récemment rappelés. Nous demanderons à nos lecteurs la permission d'y revenir à l'occasion de deux conférences cliniques que M. Pidoux a consacrées à cette intéressante question et que nous nous proposons de résumer dans notre prochaine *Revue*. Dr Brochin.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. CHASSAIGNAC.

Enchondromes multiples de la main (1).

Génié, dix-huit ans (salle Sainte-Marthe, nº 9), présente à tous les doigts de la main droite, sauf le pouce, une série de tumeurs.

Vers l'âge de cinq ans, l'auriculaire de la main droite devint le siége de petites tumeurs arrondies, très dures, qui se manifestèrent sans causer la moindre douleur, qui s'accrurent insensiblement et avec une grande lenteur.

Peu de temps après, il se développa sur l'annulaire, puis sur le médius de la même main, de petites bosselures qui devinrent bientôt de véritables tumeurs, tout à fait analogues d'ailleurs à celles de l'auriculaire sous le triple rapport de la dureté, de l'indolence et de la lenteur de leur accroissement.

Enfin, il y a un an environ, c'est-à-dire à l'âge de dix-sept ans, l'indicateur de la même main devint le siége d'une tumeur complétement analogue aux précédentes.

Ne ressentant de ces productions anomales qu'une simple gêne dans les mouvements, la malade ne se décida à s'en délivrer qu'à l'époque où leur extrême développement rendit presque impossibles les services de la main devenue horriblement difforme.

ÉTAT ACTUEL (janvier 1855). — 1º *L'auriculaire* de la main droite présente trois bosselures superposées et contiguës, à la façon de marrons enfilés sur un même axe. Ces trois tumeurs occupent en hauteur toute l'étendue du petit doigt, sauf une partie de la dernière phalange; elles enveloppent toute la circonférence du même doigt, qui leur sert d'axe central. Elles sont irrégulièrement sphériques, en partie confondues aux points de tangence des sphères qu'elles représentent. — La plus inférieure répond à la moitié supérieure de la dernière phalange et à la moitié inférieure de la seconde; elle offre 3 à 4 centimètres de diamètre. Sa partie la plus saillante a été le siége d'un abcès il y a quelques mois. — La tumeur moyenne, bien plus volumineuse, répond à la moitié inférieure de la seconde phalange et à toute l'étendue de la première; son volume atteint 5 à 6 centimètres de diamètre; elle offre son plus grand développement du côté de la face palmaire, et même elle vient proéminer jusque dans la paume de la main. — La troisième tumeur, bien plus petite, du volume d'une cerise, se trouve en dedans de la partie inférieure du cinquième métacarpien. L'articulation de la dernière phalange a conservé en partie ses mouvements, et il est curieux de voir, sur ce doigt complétement englobé par ces énormes tumeurs, l'extrémité de la phalange unguéale exécuter des mouvements alternatifs de flexion et d'extension. L'articulation de la deuxième phalange avec la première est complétement immobile. L'articulation métacarpo-phalangienne est libre et mobile.

2º *L'annulaire* présente sur l'extrémité inférieure de la deuxième phalange deux bosselures latérales, l'une externe, du volume d'une très petite noix; l'autre interne, d'un volume moitié moindre. L'articulation de la dernière phalange, située un peu au-dessous de l'implantation de ces deux tumeurs, jouit de tous ses mouvements; mais cet os est notablement incliné en dedans, en sorte que l'axe du doigt est coudé dans ce sens au niveau de sa dernière articulation.

3º *Médius*. — Au niveau de la première phalange siége une tuméfaction fusiforme, développée surtout sur son côté externe et occupant toute sa hauteur. La seconde phalange porte vers son extrémité inférieure deux tumeurs analogues à celles de la phalange correspondante du doigt annulaire, mais un peu moins volumineuses. Toutes les articulations sont mobiles.

4º *Index*. — Il n'existe sur ce doigt qu'une seule tumeur, du volume d'une noisette, située sur le côté interne de la deuxième phalange, et occupant toute sa hauteur. Toutes les articulations sont mobiles. La seconde phalange est fortement inclinée en dehors, de manière à former de ce côté un angle obtus avec la première.

Toutes ces tumeurs sont complétement immobiles sur les parties dures qui les supportent. Leur consistance est très dure, analogue à celle du cartilage; toutefois, en certains points, notamment pour la tumeur la plus volumineuse de l'auriculaire, on perçoit, en comprimant fortement, une sorte de dépressibilité avec sensation de craquement, tout à fait comparable à la sensation que donnerait la compression d'une coque parcheminée cédant sous le doigt qui l'écrase. Ces tumeurs sont complétement indolentes, si ce n'est à une pression très forte. La peau qui les recouvre est saine et mobile à leur surface, si ce n'est pour la grosse tumeur du petit doigt, sur laquelle le tégument est très aminci et présente une vascularisation notable.

Depuis plusieurs années, le développement des tumeurs du petit doigt est terminé; pour les autres, la malade croit, sans l'affirmer, qu'elles augmentent encore de volume; celle de l'index s'est accrue notablement dans ces derniers mois.

Les mouvements généraux sont gênés et incomplets. La main saisit encore les objets assez facilement; mais elle ne se ferme qu'incomplétement, surtout en raison de la grosse tumeur qui proémine à sa face palmaire. La malade peut se servir, pour ses travaux d'aiguille, du pouce et des autres doigts, dont les articulations sont encore mobiles; mais elle éprouve une grande gêne dans les mouvements qu'elle exécute, et une prompte fatigue succède à tout exercice manuel.

Une saillie fusiforme peu proéminente existe sur la face dorsale du troisième métacarpien. Je n'ai rencontré aucune autre tumeur sur toute la surface du corps, examinée avec grande attention.

D'une constitution délicate, d'un tempérament lymphatique, la malade affirme qu'aucun membre de sa famille ne porte de tumeurs semblables à celles dont elle est affectée.

Après quelque temps de séjour à l'hôpital, cette jeune fille fut prise d'une fièvre typhoïde; dans sa convalescence, elle quitta Paris pour aller achever son rétablissement à la campagne.

(1) Cette observation, recueillie par M. Fournier, interne du service, a été lue à la Société de chirurgie (séance du 1er août).

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 14 août 1855. — Présidence de M. JOBERT (de Lamballe).

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Épidémies. — M. le ministre du commerce transmet :

1º Un rapport de M. Dauzon sur une épidémie de rougeole qui a régné dans la commune de Montigny-en-Gohelle (Pas-de-Calais);

2º Un compte rendu des épidémies qui ont régné dans le département de l'Isère en 1854. (Commission des épidémies.)

Choléra. — 3º Une série de rapports sur des épidémies de choléra qui ont régné dans l'arrondissement de Bordeaux, par M. le docteur H.

Gintrac fils; dans l'arrondissement de Forcalquier, par M. le docteur Dauvergne; dans le département du Gard, par M. le docteur Boileau de Castelnau; à Montrault-sur-Yonne, par M. le docteur Goupil. (Commission du choléra de 1854.)

Eaux minérales. — 1° Un rapport de M. Délissad, médecin inspecteur des eaux minérales de Cambo (Basses-Pyrénées), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1854.

— M. Pouget, médecin inspecteur des bains de mer de Royan, adresse un rapport sur le service médical de cet établissement pour la même année.

— M. LE PRÉSIDENT rend compte à l'Académie de la décision qu'a prise le conseil d'administration au sujet de la proposition faite dans la dernière séance relativement aux présentations. Le conseil a décidé qu'aucune présentation ne serait faite à l'avenir sans avoir été préalablement soumise au bureau, qui jugera s'il y a lieu ou non de l'autoriser.

LECTURES.

La parole est à M. J. Cloquet pour une communication.

Entérolithes. — M. J. Cloquet rappelle en quelques mots le contenu d'un travail qu'il a lu à l'Académie dans le courant du mois de décembre dernier sur les entérolithes et les diverses concrétions morbides connues sous le nom d'égagrophiles, de bésoards, etc., et il fait passer sous les yeux de l'Académie un grand nombre de ces concrétions et des dessins photographiques qui en reproduisent avec une grande exactitude les principaux aspects. Parmi ces nombreux échantillons, M. J. Cloquet insiste en particulier sur un calcul qui avait pour noyau une épingle et qui avait traversé le cœcum.

M. VELPEAU, à l'occasion de ce dernier fait, rappelle un cas analogue qu'il a rencontré en 1832 et qu'il croit unique dans la science. Il s'agit d'un homme qui portait dans le bassin une énorme concrétion dont il était impossible *à priori* de reconnaître l'origine et la nature. Cet homme étant venu à mourir par une cause étrangère à cette circonstance, on en fit l'ouverture, et on reconnut qu'il portait effectivement dans le bassin une concrétion qui en occupait presque toute la largeur et qui avait pour centre une épingle dont la tête était plongée dans une anse d'intestin et la pointe dans l'uretère.

Voici comment M. Velpeau pense qu'on peut expliquer cette production singulière.

L'épingle, accidentellement introduite dans le canal digestif, avait percé l'intestin par sa pointe, laquelle, ayant rencontré devant elle l'uretère, y avait pénétré. L'urine qui avait filtré par cette petite ouverture avait laissé déposer autour de l'épingle des couches successives de sels uriques, qui en se superposant graduellement avaient fini par former l'espèce de cloison calcaire dont on avait eu tant de peine à s'expliquer la formation dans cette région.

M. OUDET présente au sujet de la communication de M. Cloquet quelques observations qui ne parviennent pas jusqu'à nous. Nous entendons seulement que M. Oudet exprime le regret que M. Cloquet n'ait pas cherché à se rendre compte de l'état dans lequel se trouvaient les membranes muqueuses qui étaient en rapport avec les concrétions dont il s'agit.

M. CLOQUET répond qu'il a constaté en général dans ce cas un certain degré d'irritation de la muqueuse.

Siége des varices des membres inférieurs. — M. Verneuil lit un mémoire ayant pour titre : *Du siége réel et primitif des varices des membres inférieurs.*

M. Verneuil s'est proposé dans ce mémoire de soumettre à l'Académie un chapitre extrait de recherches sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie du système veineux.

Il traite spécialement dans ce travail un point de l'histoire des varices. C'est en étudiant l'histoire de la cure radicale de la phlébectasie qu'il a été conduit à constater les lésions anatomiques qui la caractérisent.

Voici les conclusions qui résument le travail de M. Verneuil :

1° Toutes les fois que des varices superficielles spontanées existent sur le membre inférieur, on observe en même temps des varices profondes dans la région correspondante de ce membre.

2° La réciproque n'est pas vraie, car on peut trouver la dilatation des veines inter ou intra-musculaires sans que les vaisseaux superficiels soient atteints ; mais, lorsque les premières sont encore seules dilatées, il est presque certain que dans un délai plus ou moins long les dernières à leur tour s'amplifieront, deviendront serpentines et apparaîtront alors sous la peau.

3° La phlébectasie, telle qu'on la connaît aux membres inférieurs, ne porte donc pas primitivement sur les vaisseaux sous-cutanés, pas plus la saphène interne que toute autre; elle prend au contraire son origine dans les veines profondes en général, et dans les veines musculaires du mollet le plus souvent. Ces vaisseaux profonds sont d'abord atteints de dilatation et d'insuffisance valvulaire, et ces deux lésions se propagent de là aux branches sus-aponévrotiques de deuxième et troisième ordres ordinairement.

4° Non-seulement la dissection pure et simple légitime ces conclusions, mais une étude approfondie des dispositions toutes spéciales du système veineux du membre abdominal rend très bien compte de cette succession de phénomènes.

5° Ces faits, que je crois nouveaux, jettent de la clarté sur l'histoire entière des varices des membres inférieurs, ils en élucident l'étiologie, les symptômes; ils permettront de juger plus sûrement les méthodes thérapeutiques, d'en abandonner quelques-unes, de perfectionner les autres, en un mot de critiquer en connaissance de cause des opérations parfois créées sans indications spéciales, abandonnées sans raisons beaucoup plus légitimes.

6° Le mécanisme de la récidive se comprendra désormais plus aisément. Jusqu'à ce jour en effet le retour si opiniâtre de la maladie avait été reconnu par l'expérience, mais expliqué plutôt rationnellement que démontré directement. (Commissaires : MM. Gerdy, Cloquet et Robert.)

Traitement des rétrécissements fibreux rétractiles, et sur l'excision en particulier. — Dans le mémoire dont voici le titre, M. Le Roy-d'Etiolles commence par s'élever contre l'abus que l'on fait en ce moment des mots *guérison immédiate*, instantanée, qui jettent la perturbation non-seulement dans l'esprit du public, mais encore dans celui des médecins, à cause du mérite incontestable et de la position des hommes qui les proclament. Le procédé décrit par M. Maisonneuve comme devant produire ce résultat n'est autre, dit-il, que celui de M. Reybard, dont les imperfections se trouvent aggravées par la substitution du lithotome caché du frère Côme à l'urétrotome du chirurgien de Lyon. La lame de ce dernier, glissant dans sa gaîne, coupe plus nettement et plus sûrement que les instruments dont les lames, dépourvues de ce glissement et s'écartant seulement de la rainure, ne peuvent couper que par un mouvement de totalité qui plisse, fronce l'urètre et expose à couper les parties saines en laissant intact le rétrécissement.

M. Le Roy-d'Etiolles rappelle en passant que les premiers urétrotomes pourvus de ce mouvement de glissement de la lame dans une rainure latérale ont été imaginés par lui. Les longues et profondes incisions intra-urétrales, telles que les pratiquent MM. Reybard et Maisonneuve, procurent-elles une guérison immédiate? Oui, répond M. Le Roy, à peu près comme la taille guérit immédiatement de la pierre. Il n'y a plus ni rétrécissement dans l'urètre, ni pierre dans la vessie; mais les malades, dans les deux cas, sont plus ou moins exposés à mourir des suites de l'opération qu'ils viennent de subir. Il y a donc là abus et confusion de mots. M. Maisonneuve est doué à un degré trop éminent de qualités chirurgicales pour n'avoir pas pesé la valeur des mots dont il a fait usage. S'il a voulu éveiller l'attention et provoquer une discussion retentissante, il a réussi.

Le mot guérison immédiate figure aussi dans les annonces du livre d'un autre chirurgien qui s'entoure de mystère même à l'égard de ses malades, séparés de lui, quand il opère, par un rideau qui ne laisse passer que la verge. Si ces moyens d'exécution échappent à la critique et à la discussion par l'obscurité dont il les entoure, il n'en est pas de même des résultats; tous n'ont pas été satisfaisants : des hémorrhagies abondantes, l'orchite, la spermatorrhée, l'impuissance ont suivi ce traitement, qui, dit-on, guérit instantanément. Malgré ces revers inévitables, dit M. Le Roy, les travaux de ce chirurgien sur la lithotritie, empreints du génie inventif, sont un garant de l'importance des moyens qu'il dit avoir introduits dans la thérapeutique des rétrécissements; ils font regretter qu'il les place dans la catégorie des remèdes secrets.

L'inventeur du procédé des longues et profondes incisions intra-urétrales, couronné il y a trois ans par l'Académie, M. Reybard, n'était pas aussi ambitieux; il n'avait pas employé le mot guérison immédiate, il s'était contenté du mot guérison radicale. Cette prétention plus modeste est-elle mieux fondée? Théoriquement non, répond M. Le Roy-d'Etiolles. L'incision profonde, faite d'un seul côté, laissant presque entier l'anneau fibreux, peut bien, comme on le dit, produire une large gouttière annexe du canal; il se peut, il est probable même, qu'une incision longitudinale tende moins qu'une incision transversale à rétrécir un canal tubulaire; mais, à la longue, cette incision finit par subir cette loi de l'organisme, la rétractilité du tissu inodulaire. Ce n'est donc, au dire de M. Le Roy-d'Etiolles, qu'une question de temps. Toutefois, ce chirurgien reconnaît que l'éloignement de la reproduction du rétrécissement pendant un laps de temps beaucoup plus long est un résultat considérable qui justifie la récompense accordée de l'Académie.

M. Le Roy-d'Etiolles examine ensuite la valeur de l'incision du rétrécissement de dehors en dedans, opération imaginée il y a deux siècles par le chirurgien hollandais Van Sollingen, renouvelée en France par Lassus, en Suède par M. Ekotrom, et en Angleterre par M. Syme. M. Le Roy-d'Etiolles comprend que dans certaines circonstances exceptionnelles on soit conduit à préférer cette opération à toute autre; lui-même s'est trouvé deux fois dans ce cas; mais vouloir en faire une méthode générale, c'est de l'exagération, ce n'est pas de la bonne chirurgie.

La déchirure par l'écartement de pièces métalliques a été aussi considérée comme un moyen de guérison radicale des rétrécissements fibreux. La première commission pour le prix d'Argenteuil, dans laquelle se trouvaient tous les spécialistes de l'Académie, avait même placé cette méthode en première ligne dans son rapport. « Mais, dit M. Le Roy-d'Etiolles, le prestige disparut dès que j'eus démontré que l'idée première m'appartenait; je l'ai communiquée à l'Académie des sciences en 1836, quatre mois avant la première publication de M. Perrève. »

Enfin, pour n'omettre aucune des méthodes de guérison prétendues radicales, M. Le Roy-d'Etiolles parle de la cautérisation, et en particulier du procédé de Ducamp, au sujet duquel Boyer, consulté, répondit avec sa fine bonhomie :

« Dépêchez-vous d'en user pendant qu'il guérit. » Non-seulement la cautérisation ne guérit plus, dit M. Le Roy-d'Etiolles; mais nous voyons aujourd'hui que, par les applications exagérées, intempestives qu'on en a faites, elle a transformé en rétrécissements fibreux inguérissables ou difficilement curables des rétrécissements que la seule dilatation eût effacés.

N'y a-t-il donc pas de moyen de guérir radicalement les rétrécissements fibreux rétractiles? Le mémoire de M. Le Roy-d'Etiolles ne répond pas *ipso facto* et d'une manière absolue à cette question, mais il met sur la voie de la solution qui doit, suivant lui, se déduire de l'aphorisme suivant :

Les rétrécissements fibreux rétractiles rebelles à la dilatation méthodique doivent être assimilés aux cicatrices vicieuses de la surface du corps humain et traités comme elles ; il faut les enlever en totalité.

Cette opinion, M. Le Roy-d'Etiolles l'a professée dans tous ses écrits, dans le mémoire qu'il a lu devant l'Académie le 23 juin 1838, dans l'exposé de ses travaux publié en 1840, dans son *Traité des rétrécissements et angusties de l'urètre* publié en 1845, dans ses *Aphorismes urologiques*, et pourtant il est encore le seul aujourd'hui qui préconise et pratique l'excision. L'histoire de l'excision des rétrécissements de l'urètre est courte; l'idée première remonte à Ambroise Paré, qui, au moyen d'une tige flexible terminée par un cône tranchant à sa base, excoriait, comminuait, suivant son expression, plutôt qu'il n'excisait les rétrécissements, qu'il nommait des carnosités. C'est en parlant de cet instrument que Paré disait : « Je te puis assurer que j'en ai fait de » belles cures. » Et cependant il n'eut pas d'imitateurs; depuis lui jusqu'à James Arnolt, qui en 1812, dans un cas de rétention d'urine complète, emporta l'obstacle avec un tube tranchant comme un emporte-pièce, on ne trouve pas un mot dans l'histoire qui se rapporte à l'excision.

En 1832, M. Benjamin Philips comprit quels pouvaient être les avantages de cette méthode, et il consigna sa pensée dans un livre intitulé *Treatise on the urethra*; il imagina un instrument qui se compose du tube tranchant d'Arnolt, au centre duquel il plaça une tige conductrice. Il en fit l'application avec succès, et depuis lors il n'en fut plus question.

M. Le Roy-d'Etiolles a imaginé et fait exécuter un grand nombre d'instruments pour opérer l'excision des rétrécissements de l'urètre. Nous ne le suivrons pas dans la démonstration qu'il en a faite à l'Académie, nous nous bornerons à en mentionner quatre auxquels lui-même attache le plus d'importance, et dont il fait le plus habituellement usage. Ces instruments diffèrent essentiellement suivant que l'obstacle admet ou n'admet pas une tige conductrice. Quand l'introduction d'un conducteur est possible, M. Le Roy-d'Etiolles se sert d'abord d'une sorte de tarière formée par un tube tranchant dont le bord a été découpé en forme d'hélice ou de spirale très rampante; la pointe est rabattue dans une cannelure creusée en spirale sur la tige conductrice, portée elle-même par un mandrin qui remplit le tube, et sur lequel est aussi tracée une cannelure en spirale. Cette tarière, très simple dans sa structure et dans son mécanisme, enlève le rétrécissement sous la forme d'un copeau. Pour compléter l'excision, M. Le Roy-d'Etiolles a combiné le tube tranchant d'Arnolt ou une gouge tournante avec ses curettes articulées, dont les plateaux coudés à angle droit derrière le rétrécissement, servent de point d'appui à l'action du tube ou de la gouge.

Lorsqu'un rétrécissement est infranchissable, même pour les bougies capillaires crochues et tortillées, et qu'il n'y a pas rétention d'urine, le chirurgien peut choisir, pour rétablir la voie, entre la cautérisation d'avant en arrière, le cathétérisme forcé, l'enlèvement de l'obstacle avec un emporte-pièce et l'incision de dehors en dedans. Si le rétrécissement est complet, il faut retrancher de cette série de moyens la cautérisation, à moins que l'on ne fasse préalablement la ponction de la vessie.

M. Le Roy-d'Etiolles pose en fait qu'il y a des cas dans lesquels l'ablation de l'obstacle pratiquée avec l'emporte-pièce doit être préférée aux autres méthodes, et il se sert alors, comme James Arnolt, d'un tube tranchant. Pour avoir un point d'appui, dont l'instrument du chirurgien anglais est dépourvu, M. Le Roy-d'Etiolles accroche le tissu induré avec une petite érigne, avec un fer de flèche, ou bien il l'attire dans le tube au moyen du vide.

M. Le Roy-d'Etiolles a fait aussi l'application de l'électricité à l'excision des rétrécissements. On se rappelle qu'il y a trois ans M. Renault, pharmacien en chef de l'hôpital des Cliniques, a imaginé un cautère électrique pour cautériser l'intérieur des kystes; M. Le Roy songea immédiatement à faire dans l'urètre l'application de ce système. Il fit d'abord un cautère latéral, puis un exciseur électrique. Celui-ci se compose d'un cathéter en ivoire formé de deux demi-cylindres réunis par des goupilles pour faire un cylindre complet; des rainures sont creusées à l'intérieur pour recevoir les fils conducteurs en cuivre à l'extrémité desquels est fixé un petit anneau très mince de platine, qui rougit par le courant électrique et enlève l'anneau fibreux.

M. Le Roy-d'Etiolles a pratiqué avec succès la méthode de l'excision; il cite des exemples de guérisons qui se sont maintenues presque complètes depuis douze, cinq et trois ans; l'un de ces malades a été opéré devant la commission pour la troisième période du prix d'Argenteuil, qui a consigné dans son rapport la phrase suivante :

« Nous disons tout d'abord que cette opération (l'excision) n'est pas nouvelle; qu'en 1812 M. Arnolt l'avait déjà indiquée, et qu'en 1832 M. B. Philips l'avait pratiquée, et en avait préconisé les résultats. Toutefois nous reconnaissons aux instruments de M. Le Roy-d'Etiolles une incontestable supériorité, d'où résulte plus de précision dans le manuel opératoire. »

— La séance est levée à cinq heures moins un quart.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 1er août 1855. — Présidence de M. GOSSELIN.

Fin du discours de M. Broca à propos du fait d'enchondrome présenté par M. Richet.

Ce qui précède ne donne qu'une idée incomplète de la gravité que peuvent présenter les tumeurs fibreuses. M. Paget a examiné au microscope la structure d'une tumeur qui est déposée dans le musée de Saint-Barthélemy, à Londres, et qui présente à l'œil nu tous les caractères des tumeurs fibreuses. Cette tumeur est en effet exclusivement composée de tissu fibreux. Elle provient d'un malade que M. Earle avait guéri en 1835 d'une grosse tumeur de l'épaule. Bien que le microscope n'ait pas encore prêté son concours à l'anatomie pathologique, on jugea à l'œil nu que cette première tumeur n'était pas cancéreuse, et on la désigna sous le nom de *sarcome albumineux*. Malgré cela, la récidive fut prompte, et au bout d'un an la tumeur, plus grosse encore que la première fois, fut enlevée par M. S. Key. C'est cette deuxième production qui a été conservée dans l'alcool, et que M. Paget a examinée plus tard au microscope. La plaie se cicatrisa, mais presque aussitôt une troisième tumeur se produisit dans le même endroit. Cette fois, on ne pratiqua aucune opération nouvelle; le malade succomba, et à l'autopsie on trouva sous la plèvre correspondante plusieurs petites tumeurs blanches, très fermes et semblables à la tumeur principale. Il semble donc qu'il y ait eu, dans ce cas, une sorte d'infection fibromateuse. Mais on peut objecter que l'examen microscopique a été beaucoup trop tardif, et que le séjour de la pièce dans l'alcool a pu faire disparaître des éléments cancéreux mêlés dans l'origine au tissu morbide. Cette objection n'est pas applicable à un autre fait recueilli par M. Paget.

Une femme de quarante-sept ans présentait dans la mamelle droite une tumeur mobile que M. Paget prit pour un squirrhe. Ce chirurgien se décida à enlever toute la glande. En examinant la pièce, il trouva que le tissu de la glande mammaire était parfaitement sain, et qu'il était simplement refoulé par une tumeur très dure, sphérique, complétement énucléable, et présentant un aspect exactement semblable à celui des tumeurs fibreuses de l'utérus ou des tumeurs purement fibreuses de la mâchoire. Au microscope, le tissu accidentel présentait tous les caractères du tissu fibreux; et M. Paget, qui avait pourtant diagnostiqué un cancer, et qui aurait eu intérêt à voir son diagnostic

confirmé par le microscope, fut le premier à reconnaître qu'il s'agissait d'un fibrome pur et simple.

Trois mois après l'opération, une tumeur nouvelle parut sous la cicatrice; elle s'accrut promptement, et devint aussi volumineuse que la précédente. Deux mois plus tard elle s'ulcéra; les tissus environnants s'enflammèrent et se sphacélèrent, et la tumeur, détachée par la gangrène, tomba d'une seule pièce, laissant une vaste excavation, qui se détergea peu à peu; mais on vit bientôt naître dans le fond de la plaie de petites masses dures qui s'accrurent, et la malade succomba au bout de deux mois. L'ulcère avait alors près d'un pied de diamètre. A l'autopsie, on trouva dans les deux poumons une trentaine de tumeurs *complétement fibreuses*, comme la tumeur primitive.

Ce cas remarquable a décidé M. Paget à admettre l'existence de tumeurs fibreuses malignes, comme les faits semblables à celui de M. Richet nous forcent à admettre l'existence de tumeurs cartilagineuses malignes, comme des faits d'un autre ordre prouvent qu'il y a des tumeurs fibro-plastiques malignes. La malignité est un caractère éventuel que peuvent revêtir, dans certains cas, la plupart des productions accidentelles. On a cru qu'elle était l'apanage exclusif du cancer, parce qu'en effet dans le cancer la malignité est la règle, tandis que dans les pseudo-cancers elle est l'exception. D'après cela, il est bien clair qu'il n'est plus possible de classer les tumeurs en se basant sur le caractère de la malignité. Cela conduirait tout simplement à la nécessité de considérer les fibromes et les chondromes comme des tumeurs cancéreuses, conclusion déraisonnable, puisque dans l'immense majorité des cas ces affections sont entièrement locales, entièrement inoffensives, et guérissent radicalement par l'opération.

En présence de ces variations incessantes que présentent les tumeurs considérées sous le point de vue clinique, il ne reste plus d'autre ressource que de les classer d'après leurs caractères anatomiques. On enlève une tumeur; l'examen à l'œil nu, l'étude microscopique, l'analyse chimique, prouvent qu'elle est composée de cartilage; on doit en conclure qu'il s'agit d'un chondrome, qu'il n'y aura, selon toute probabilité, ni récidive, ni infection générale, mais on n'en peut dire davantage, attendu que cette récidive et cette infection sont dans l'ordre des choses possibles. Les chances sont à peu près les mêmes lorsque la tumeur enlevée présente les caractères du fibrome. Les tumeurs fibro-plastiques sont déjà plus menaçantes; il en est de même des tumeurs épithéliales, qui n'encourent, il est vrai, presque aucune chance d'infection, mais qui ont une grande tendance à récidiver. Enfin, lorsque la production accidentelle présente les caractères anatomiques du cancer, la récidive est à peu près inévitable, et les probabilités d'une infection ultérieure atteignent leur maximum. Ce sont là des différences cliniques notables qui coïncident avec les distinctions établies par l'anatomie pathologique, mais qui sont loin d'être absolues comme ces dernières. Et c'est précisément à cause de l'incertitude et des variétés des phénomènes cliniques qu'il est indispensable de choisir, comme base de la classification des tumeurs, les caractères les plus constants, c'est-à-dire la lésion anatomique.

En résumé, j'ai eu pour but de faire ressortir un fait qui, dans l'état actuel des esprits, est de la plus haute importance, c'est que tous les arguments qu'on a fait valoir pour prouver que les tumeurs épithéliales et fibro-plastiques sont des cancers, sont applicables sans aucune restriction aux tumeurs cartilagineuses et aux tumeurs fibreuses. Il faut donc choisir entre ces deux alternatives :

Ou bien il faut dire, au mépris de l'anatomie pathologique, que toutes les tumeurs sont des cancers, ce que ne pourront accepter les cliniciens qui connaissent quelque peu l'histoire des chondromes et des fibromes.

Ou bien il faut se résigner à accepter la distinction établie par l'anatomie pathologique, et admettre autant d'espèces de tumeurs qu'il y a d'espèces de lésions, ce qui est d'autant plus raisonnable que les caractères cliniques permettent le plus souvent, avant l'opération, de diagnostiquer la nature anatomique des productions accidentelles.

Agir autrement, ce serait avoir deux poids et deux mesures.

M. Verneuil. M. Broca vient de soulever la plupart des questions générales que je voulais débattre un instant devant la Société; je m'abstiendrai donc d'y revenir, car je partage entièrement ses convictions. M. Giraldès déjà a eu raison de rappeler que M. Lebert avait bien modifié ses opinions depuis la publication de son livre, qui date de 1845, et qu'il ne fallait plus au jour actuel imiter, comme cela a eu lieu dans la dernière discussion académique, l'obstination avec laquelle on a voulu opposer sans cesse aux recherches micrographiques actuelles les premiers essais histologiques, imparfaits naturellement comme tout ce qui ouvre une ère nouvelle dans une partie de la science.

Müller, qui le premier a su distinguer les tumeurs cartilagineuses en 1839, M. Lebert, qui a suivi la même voie en 1845, ont pensé que l'enchondrome était toujours local, toujours bénin, incapable de se généraliser. A l'époque où ils écrivaient, ces auteurs étaient dans leur droit en tirant des faits qu'ils avaient observés cette conclusion provisoire. Le relevé fait par M. Lenoir, et que notre collègue citait récemment, prouve d'ailleurs que cette assertion se rapproche beaucoup de la vérité.

Mais voici venir d'autres faits dus à MM. Rokitanski, Paget, Virchow, etc., etc., étayés par l'observation bien plus précieuse encore de M. Richet, car on la connaît dans tous ses détails; voici des faits qui prouvent que l'enchondrome peut affecter la marche des affections diathésiques, s'entacher de malignité, c'est-à-dire récidiver d'une manière opiniâtre et se généraliser en apparaissant hors de la sphère même de la récidive locale.

Il est facile de tirer des corollaires de ces faits contradictoires. Müller, M. Lebert et ceux qui ont adopté leurs idées se sont trompés en considérant la tumeur cartilagineuse comme toujours bénigne, toujours locale. Ceux qui penseraient qu'elle est toujours maligne ne se tromperaient pas moins. Pour être dans le vrai, il faut reconnaître que l'enchondrome, maladie le plus souvent circonscrite, compatible avec la vie, et n'entraînant pas d'autres dangers que ceux qui résultent de son volume et de ses rapports, peut dans d'autres cas se comporter tout autrement et devenir funeste à la manière des maladies générales. Il faut en conclure aussi que la malignité et la bénignité n'ont rien à faire dans la classification des maladies, et que tout en en tenant grand compte dans la pratique, il faut chercher d'autres bases pour grouper les espèces pathologiques.

Tout exceptionnel qu'est le fait de M. Richet, il est précieux par le soin avec lequel il a été recueilli, et parce qu'il est parfaitement concluant. Il ne s'agit donc ni de le nier, ni de le discuter, il faut l'accueillir avec empressement, car s'il dément une opinion formulée dans l'enfance de la science histologique, il confirme en revanche des principes bien plus généraux, bien plus importants, sur lesquels s'appuie la réforme radicale qu'exige aujourd'hui la classification des tumeurs.

La chute d'une assertion isolée n'est rien vis-à-vis du triomphe d'une doctrine; or il faut abandonner les premières croyances (et M. Lebert le premier a donné maint exemple de cette abdication) pour adopter la nouvelle marche dictée par les faits à mesure que ceux-ci se produisent avec authenticité.

Comme tout peut être bénin, comme tout peut être malin à des degrés divers, on peut dresser une échelle de différentes tumeurs, dont les deux extrêmes seront, si l'on veut, l'encéphaloïde et le lipome, entre lesquels on intercalera les tumeurs fibro-plastiques, les épithéliomas, les tumeurs érectiles, les exostoses, les enchondromes, les fibromes, les hypertrophies glandulaires, etc., etc. Mais sur quel caractère s'appuyer pour former ces groupes? On sait bien que ni les signes cliniques, ni les apparences physiques, ni la couleur, ni la consistance, ni la marche rapide ou lente, ni les accidents, ni la récidive, ni la généralisation, ni l'issue funeste même ne peuvent servir de point de départ constant, ni invariable.

La composition anatomique, la structure en un mot offre assez de fixité pour pouvoir servir de point de repère. Or, dans toute classification naturelle, lorsqu'on a à sa disposition plusieurs caractères, on ne les range pas sur le même plan et on ne leur accorde pas la même valeur; on a coutume de les subordonner, et de placer en première ligne ceux qui sont le moins variables.

C'est pour cela qu'il faut adopter l'anatomie pathologique comme base primordiale de classification; ce qui n'empêche pas de tenir grand compte de la marche, des symptômes, en un mot de tous les autres phénomènes, quoiqu'ils soient moins caractéristiques.

Quelques personnes, tout en admettant l'importance de la structure, la subordonnent encore à la symptomatologie, et, admettant les mêmes classes morbides que les anatomo-pathologistes, ils établissent que chacune des maladies énumérées plus haut peut se comporter de deux manières, c'est-à-dire peut être locale ou générale. Dans ce dernier cas elles doivent suivant eux être rangées parmi les cancers. Cette dernière maladie n'aurait donc pas de structure spéciale; elle engloberait seulement dans un seul faisceau tous les cas funestes, quelle que soit la structure. Il y aurait alors des tumeurs fibro-plastiques cancéreuses, des cancroïdes cancéreux, des enchondromes cancéreux, etc. Cancer deviendrait ainsi synonyme de malignité. Cette manière de voir ne peut être conservée en pathologie. En effet, lorsqu'une tumeur apparaît, il est impossible d'affirmer d'une manière absolue qu'elle sera toujours bénigne ou toujours maligne. Il faut souvent des années entières pour en juger. Faudra-t-il en pareil cas suspendre son diagnostic pendant trois, quatre, six, dix ans ou plus avant de savoir à quoi s'en tenir? La marche indiquée plus haut n'est-elle pas plus simple, plus philosophique?

M. Lenoir, dans la dernière séance, a élevé quelques doutes sur la nature réellement cartilagineuse de la tumeur de M. Richet; c'est à ce propos qu'il a demandé que l'analyse chimique soit faite. Ce qui poussait M. Lenoir à faire cette objection, c'est que l'aspect de la tumeur en question différait notablement de celui des autres enchondromes qu'il a eu occasion d'examiner. Il ne faut pas attacher trop d'importance à ces différences extérieures quand la présence de l'élément anatomique caractéristique a été bien reconnue. Combien de différences de ce genre présentent les cancers, les tumeurs fibro-plastiques, les hypertrophies de la mamelle! combien il est fréquent de voir dans une même tumeur des aspects bien divers! Une foule de circonstances expliquent ces modifications. La tumeur de M. Richet était molle, colorée, vasculaire, et ne ressemblait pas au cartilage ordinaire; mais l'accroissement en avait été rapide, et dans ce cas beaucoup de produits pathologiques sont remarquables aussi par leur mollesse, leur vascularité, etc., etc.

M. Houel a vu dans le discours de M. Broca un doute sur la réalité de la généralisation des tumeurs épidermiques. Ce doute, il ne saurait le partager. M. Virchow a en effet publié des observations qui ne laissent rien à désirer. Il a de plus envoyé des pièces qui sont déposées au musée Dupuytren, et qu'il mettra à la disposition de ceux qui désireraient les examiner. Elles proviennent d'un malade affecté primitivement d'un épithélioma de la lèvre, et qui eut ensuite des tumeurs semblables dans la rate, le rein, le foie, les deux poumons, la huitième côte. M. Houel, qui a examiné ces pièces, se déclare tout à fait convaincu.

Au reste, il possède encore une observation dans laquelle la généralisation du cancroïde est également manifeste. C'est un malade affecté d'une production cornée, et qui a succombé avec plusieurs autres productions cornées sur différents points du corps; au poignet siégeait une ulcération épidermique rongeante. Dans les derniers temps de la vie on constata dans l'œsophage un rétrécissement très considérable qui ne laissait pas passer la sonde, et qui amena la mort. Ce dernier fait, à la rigueur, pourrait être contesté; mais la généralisation à l'extérieur n'était pas équivoque. M. Houël a été surpris des doutes élevés par M. Lenoir sur la nature cartilagineuse de la tumeur de M. Richet. Pour sa part, il n'a jamais vu de type d'enchondrome plus évident, et lorsque la pièce fut montrée à M. Cruveilhier, ce savant anatomiste n'hésita pas un seul instant à reconnaître sa véritable nature.

M. Chassaignac conclut de cette discussion qu'on pourrait admettre deux espèces d'enchondromes, dont les uns récidiveraient et pourraient se généraliser; les autres, au contraire, resteraient locaux. Il saisit cette occasion pour montrer le moule d'une main couverte de tumeurs cartilagineuses, et qu'il a observé il y a quelques mois dans son service. (Voir plus haut l'observation publiée sous le titre d'*Hôpital Lariboisière*.)

M. Chassaignac, d'après un autre fait de la même nature, pense que ces tumeurs peuvent rester longtemps stationnaires et suivre un accroissement proportionnel à celui des pièces du squelette avec lesquelles elles sont en rapport. Il a vu à plusieurs reprises une femme qui portait sur la première phalange de l'index droit une tumeur cartilagineuse dont l'apparition remontait à plus de vingt ans. C'est à l'âge de six ans qu'elle s'était montrée; elle avait alors une certaine dimension. Depuis cette époque, la première phalange du doigt s'est développée normalement de manière à doubler environ de longueur et de diamètre; la tumeur sous-jacente a doublé à son tour, ce qui fait qu'aujourd'hui elle conserve par rapport à l'os les mêmes proportions que vers le début du mal.

M. Giraldès. M. Houël vient de parler du fait de M. Virchow. Je demande qu'on ne tienne aucun compte de cette observation, derrière laquelle quelques personnes se sont mises en embuscade. Cette observation ne deviendra sérieuse que lorsqu'on l'aura complétement publiée. Au lieu de cela, on n'en donne qu'une partie, et on cache le reste pour avoir ensuite le droit de nous dire que nous parlons de ce que nous ne connaissons pas.

M. Giraldès désire de plus que le fait de M. Richet soit publié dans tous ses détails, car les faits d'enchondromes complets sont assez rares; les pièces sont nombreuses, il y en a dans tous les musées, mais on ne possède pas les observations. Or il paraît évident que ces tumeurs peuvent avoir une marche bien différente : les unes peuvent rester stationnaires, les autres s'accroître, récidiver, se multiplier; quelques-unes se ramollir, d'autres s'ossifier, etc., etc.

M. Cloquet a fait plusieurs opérations d'enchondromes; une entre autres, qui remonte à 1830, lui fait penser que ce genre de tumeurs est susceptible de récidiver et de se comporter comme le cancer.

Un jeune homme, fermier à Seine-Port, portait au-devant du sternum, à la partie supérieure de la poitrine, une tumeur du volume de la tête : on ne savait si elle était osseuse ou cartilagineuse. A. Dubois conseilla l'opération, que M. Cloquet exécuta sans se dissimuler ses difficultés et sa gravité. Une incision cruciale mit à nu la production morbide, qui était sessile, aplatie et très solidement fixée à la presque totalité de la face antérieure du sternum; lorsque la partie extérieure fut enlevée avec la scie et la gouge, on aperçut un prolongement profond s'engageant entre les cartilages costaux, qu'il fallut réellement sculpter avec la gouge et le maillet, tant ils étaient confondus avec le reste de la tumeur.

Enfin, tout fut enlevé; il s'écoula peu de sang; il n'y eut pas d'accidents, et la plaie était guérie au bout de six semaines.

Quinze mois s'écoulèrent pendant lesquels l'opéré jouit d'une très bonne santé et se maria; mais bientôt un gonflement parut sous la cicatrice; une tumeur énorme se développa de nouveau, et la mort survint par asphyxie.

Le tissu de la tumeur était blanc, très dense; il offrait tous les caractères du cartilage. Il était parcouru par des canaux très amples analogues aux sinus veineux qui sillonnent le foie. On trouvait encore çà et là des cavités plus ou moins spacieuses.

M. Cloquet dénomma la maladie cancer cartilagineux.

M. Richet n'a rien à ajouter à tout ce qui a été dit; comme M. Chassaignac, il est porté à admettre des enchondromes bénins et des enchondromes malins; cette tumeur peut avoir ces deux manières d'être, comme les tumeurs fibro-plastiques, comme les épithéliomas, etc.

Mais comment faire pour reconnaître d'avance quelle sera l'issue du mal, quels caractères feront prévoir la récidive ou son absence? Le microscope lui-même est impuissant dans ce cas; le diagnostic ne réside donc pas tout entier dans l'anatomie pathologique; il y a autre chose là-dessous que nous ignorons et que l'observation seule peut découvrir.

— M. Sperino lit un travail sur la syphilisation dans lequel il s'attache surtout à réfuter les objections qui ont été faites à son livre par M. Cullerier.

Ce mémoire sera examiné par une commission composée de MM. Morel-Lavallée, Larrey, Danyau.

— M. Chassaignac montre une pièce de luxation de la hanche remontant à l'enfance et recueillie sur un jeune homme de seize ans. Il pense, en se fondant sur l'état de la cavité cotyloïde, qu'il s'agit d'une ancienne luxation traumatique.

M. Houel combat cette interprétation.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société : Aristide Verneuil.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décrets des 11 et 13 août ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Commandeur. — M. Baudens, médecin inspecteur, membre du conseil de santé des armées.

Officiers. — M. Mounier, médecin principal de 2e classe, professeur à l'École impériale de médecine et de pharmacie militaires;

M. Parchappe, inspecteur général de 1re classe des établissements d'aliénés, ancien professeur à l'école secondaire de médecine de Rouen, ancien médecin en chef de l'asile d'aliénés de Saint-Yon;

M. Vée, inspecteur de l'administration générale de l'assistance publique, ancien administrateur du bureau de bienfaisance et ancien maire du 5e arrondissement de Paris.

Chevaliers. — MM. Valette, médecin major aux hôpitaux de l'armée d'Orient; Dussourt, médecin major à l'hôpital de Colmar; Bonduelle, médecin major aux hôpitaux de la division d'Alger; Peytral, médecin major au 2e bataillon de chasseurs à pied; Pégat, médecin major aux hôpitaux de l'armée d'Orient; Maignien, méd. major aux hôpitaux de la division de Constantine; Jubiot, médecin major à l'hôpital de Marseille; Pieraggi, médecin major au 54e de ligne; Japhet, chirurgien major au 4e régiment d'infanterie de marine; Mannet, chirurgien de la marine; Mongrand, id.; Arneaud, id.; Berenguier, id.; Margain, id.; Dubois, médecin du bureau de bienfaisance du 8e arrondissement de Paris; Pétrequin, ancien chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon; Voillemier, médecin en chef de l'hôpital général de Senlis (Oise).

— Un nombre assez considérable de médecins français de tout grade sont arrivés depuis quelques jours à Constantinople pour participer aux travaux de leurs collègues.

Le Gérant.
Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8

N° 97. — MARDI 21 AOUT 1855. (28e ANNÉE.) N° 97. — MARDI 21 AOUT 1855.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie des sciences. — HÔPITAL SAINT-LOUIS (M. Bazin). Cours de séméiotique cutanée, suivi de leçons théoriques et pratiques sur la scrofule et les teignes. — Note sur les accidents cérébraux albuminuriques. — Quelques considérations pour servir à l'histoire de la suette et du choléra, etc. — ACADÉMIE DES SCIENCES, séance du 13 août. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 20 AOUT 1855.

Séance de l'Académie des Sciences.

La dernière séance de l'Académie des sciences a été extrêmement féconde en communications qui intéressent la médecine, la physiologie ou l'anatomie. Le nombre et l'étendue de ces communications nous ont obligé à les abréger, et à en supprimer même quelques-unes, dont nous indiquerons ici le titre et l'objet.

M. Bonnet a répondu à l'honneur que lui a fait récemment l'Académie en l'accueillant au nombre de ses correspondants, par la communication d'un mémoire sur les goîtres suffocants, dans lequel il fait connaître les heureux résultats qu'il a obtenus dans ce cas par l'emploi de sa méthode de déplacement suivi de la cautérisation.

Nous ne pouvons rien dire du nouveau procédé d'amputation tibio-tarsienne de M. le professeur Pirogoff, qui s'est produit sous le patronage de M. Sédillot, le *Compte rendu* se bornant lui-même à ce simple énoncé.

M. Hiffelsheim a lu un deuxième mémoire sur les mouvements du cœur, et une note de M. Giraud-Teulon sur le même sujet faisait partie des pièces de la correspondance. Nous allons revenir tout à l'heure sur ces deux travaux.

Nous avons récemment donné l'analyse d'un mémoire de M. Magne sur l'usage de la glace à la suite de l'opération de la cataracte; cette application rentrant dans le système général de l'emploi chirurgical de la glace, M. Baudens, qui en a fait sa chose, en a réclamé la priorité, dans une lettre où l'on trouvera des détails pratiques utiles sur le mode, l'époque et la durée d'application de la glace en pareil cas.

On trouvera encore dans le compte rendu une courte analyse d'un mémoire de M. Boulu sur le traitement des adénites cervicales par l'électricité localisée, et d'une note de M. Tavignot contenant les principaux résultats de ses recherches sur la tumeur et la fistule lacrymales, et l'énoncé d'un nouveau travail statistique de M. Carnot sur la vaccine.

Nous signalerons enfin, comme n'ayant pu trouver place dans le compte rendu : un mémoire d'anatomie comparée de M. Lavocat, ayant pour objet une *Nouvelle détermination d'une pièce métatarsienne représentant le pouce chez les ruminants*; une note d'anatomie philosophique du même auteur, en collaboration avec M. Joly, *Sur le système digital des équidés, improprement appelés* monodactyles; des *Considérations anatomiques et physiologiques sur les dents à couronne divisée, et plus particulièrement sur les molaires du lièvre et du lapin*, par M. Oudet; une note de M. Pucheran, *Sur quelques caractères ostéologiques et encéphaliques propres aux mammifères palmipèdes*; une note de M. Hollard, *Sur le caractère ostéogénique de la perforation qui affecte dans un grand nombre de cas la cloison des fosses olécrânienne et coronoïde de l'humerus*; six mémoires, notes et communications diverses relatives au choléra, et destinés au concours pour le prix Bréant; enfin la présentation faite par M. Flourens de la première livraison d'un *Traité iconographique des maladies de la peau* publié par M. Boëck, avec la collaboration de M. Danielssen.

Revenons à la communication de M. Hiffelsheim.

Dans le numéro du 5 décembre dernier, nous avons exposé la théorie ingénieuse à l'aide de laquelle M. le docteur Hiffelsheim a cherché à expliquer le mouvement absolu du battement du cœur. Dans le nouveau mémoire qu'il vient de communiquer à l'Académie, l'auteur s'est proposé de préciser l'étendue de ce mouvement, de déterminer s'il est tel que la cause présumée l'autorisait à l'envisager.

L'étendue du mémoire de M. Hiffelsheim ne nous permettant pas de le reproduire, nous allons chercher à y suppléer ici en résumant les idées principales de l'auteur.

En quoi consiste essentiellement le phénomène de battement du cœur ? Le cœur ne serait-il simplement que l'organe de transmission du sang, dont le choc médiat contre le thorax produirait le bruit en question ? ou bien ce choc résulterait-il d'un mouvement de redressement de la pointe du cœur? Faut-il admettre que le cœur se déplace dans sa totalité? Ce déplacement est-il possible, et dans ce cas qu'est-ce qui le détermine? Est-ce la déplétion diastolique du ventricule, est-ce l'expulsion systolique du liquide? Telles sont les questions posées par M. Hiffelsheim, questions que l'observation seule n'a pu trancher, puisqu'elles sont encore l'objet des interprétations et des théories les plus diverses.

On connaît déjà la proposition par laquelle il formule sa théorie : « Le cœur bat parce qu'il recule. » En rattachant le battement du cœur immédiatement à l'expulsion du sang déterminée par la systole, M. Hiffelsheim se rapproche naturellement de M. Bouillaud. Il admet de plus, comme ce savant professeur, que le redressement de la pointe (mouvement relatif) doit favoriser ce mouvement absolu de totalité qui constitue le battement.

Ce mouvement, dit de recul, dû à des causes qui existent dans le cœur, et qui suppose un déplacement total (mouvement absolu), dans quelle limite est-il possible? M. Hiffelsheim a cherché à démontrer que non-seulement le déplacement total est possible, mais de plus, qu'il en est un autre qui est nécessaire pour que les mouvements relatifs du cœur, qui n'a pas de point d'appui suffisant, deviennent possibles eux-mêmes. Ces deux mouvements, absolus peut-être en sens opposés, ont nne relation que l'auteur n'établit pas encore. Il a cru sage aussi de restreindre sa proposition à l'homme adulte. Ce sera plus tard au tour de l'embryogénie et de l'anatomie, et de la physiologie comparée, de concourir à préciser l'étude du battement du cœur en général, et d'aider à la solution définitive du problème.

M. Hiffelsheim, en combattant la doctrine de M. Beau sur l'impulsion diastolique, est arrivé cependant à exposer une nouvelle théorie hémodynamique qui met en question l'influence absolue des valvules dans les bruits du cœur. Pour lui, le cercle circulatoire, qu'il ne divise point en grande et petite circulation, mais en deux segments, ce cercle n'est jamais interrompu, et il se fonde en cela sur des lois d'hydraulique. Il cherche à montrer ainsi que les valvules, surtout les sygmoïdes, éminemment passives, ne sauraient être mues par le sang avec une énergie suffisante pour produire les bruits d'après le mécanisme généralement admis.

Les diverses propositions énoncées par M. Hiffelsheim ont évidemment besoin de démonstration. Nous avons déjà fait connaître l'expérience qu'il a instituée pour démontrer le mouvement de recul. La valeur de cette expérience a été contestée dans cette même séance par M. Giraud-Teulon, qui oppose à l'hypothèse du recul le défaut d'analogie, au point de vue physique, entre ce qui se passe dans les machines à recul, telles que le canon ou la fusée d'artifice au moment de l'explosion, et ce qui a lieu dans une poche élastique suspendue à son cercle d'orifice au moment où l'on ouvre le robinet. Dans ce dernier cas, il existerait, suivant M. Giraud-Teulon, une résistance au recul qui serait toujours au moins égale à la tendance même que le système pourrait avoir à reculer.

Il ne nous est pas possible, en ce moment, de juger ni de la valeur de l'expérience, ni de celle de l'objection qui lui est faite. Ce ne serait tout au plus qu'après avoir été témoin de l'ensemble des expériences que M. Heiffelsheim se propose de faire à l'appui de sa doctrine, que nous pourrions nous engager dans une appréciation dont les principaux éléments nous échappent. — Dr Brochin.

Dans une circulaire aux recteurs en date du 7 août 1855, le ministre de l'instruction publique donne le tableau suivant, qui servira désormais de règle pour la conversion des inscriptions d'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie en inscriptions de Faculté :

INSCRIPTIONS d'Ecole préparatoire.	INSCRIPTIONS de Faculté.	
De 1 à 8.	Conservent toute leur valeur.	
9.	Equivalent à	8
10.	—	9
11.	—	10
12.	—	10
13.	—	11
14.	—	12

Les dispositions du premier paragraphe de l'article 12 du décret du 22 août 1854 (voir notre numéro du 29 août 1854) seront d'ailleurs entièrement applicables aux étudiants qui passeront ainsi d'une école préparatoire dans une Faculté de médecine. Ces jeunes gens, quelles que soient les épreuves qu'ils auront dû subir dans l'Ecole préparatoire d'où ils sortent, ne pourront être admis à prendre la 5e, ou la 9e, ou la 13e inscription de Faculté, qu'après avoir subi avec succès, devant la Faculté elle-même, l'examen de la fin de l'année à laquelle les conduit immédiatement le nombre des inscriptions qui leur est accordé. Cette condition qui, en offrant une garantie essentielle pour les Facultés, ne peut que contribuer à relever le niveau des études dans les écoles préparatoires, doit être scrupuleusement observée.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. BAZIN.

Cours de séméiotique cutanée, suivi de leçons théoriques te pratiques sur la scrofule et les teignes (1).

CONSIDÉRATIONS SUR LES RAPPORTS DE LA STUCTURE DE LA PEAU AVEC LES LÉSIONS PATHOLOGIQUES DONT ELLE PEUT ÊTRE LE SIÉGE.

Avant d'aborder la séméiotique de la peau, qui fait l'objet de la première partie de ce cours, il est très important de vous faire connaître d'une manière exacte et précise la structure de l'enveloppe cutanée, envisagée plus particulièrement au point de vue des lésions pathologiques dont elle peut être le siége.

Je terminerai par des observations, généralement négligées par les dermatologistes, sur les relations que l'on peut établir entre la constitution de la peau dans les différentes parties du corps, et les altérations qui s'y montrent le plus communément; sur les régions qu'elles affectent de préférence, et sur les modifications qu'elles peuvent y présenter.

I. STRUCTURE DE LA PEAU. — Nous devons entrer ici dans des détails un peu circonstanciés, car l'anatomie de texture de la peau a été en général très inexactement donnée par les auteurs.

Il est bien reconnu aujourd'hui que la peau présente seulement deux couches : le derme et l'épiderme.

1° *Couche dermique ou profonde.* — Le derme est la partie vivante du tégument; seul il reçoit des vaisseaux et des nerfs, tandis que l'épiderme qui le recouvre n'est en réalité qu'un produit de sécrétion. Le derme est le même partout, tandis que l'épiderme est très variable, et que sa structure se modifie d'une manière de plus en plus appréciable à mesure qu'il est plus superficiel.

Quant au derme lui-même, il est constitué par du tissu cellulaire, et un tissu fibreux dans lequel les fibres sont entre-lacées de manière à former un réseau entre les mailles duquel passent les vaisseaux et les nerfs. Les fibres du derme sont droites ou ondulées ; examinées au microscope, elles présentent l'élément fibreux muni de noyaux ou sans noyaux. A la surface externe de la couche dermique se voient de petites saillies, nommées papilles. A la face profonde, les mailles résultent de l'entre-croisement des fibres ou aréoles, qui vont se rétrécissant du fond vers la surface, et affectent par conséquent une forme conique.

Les papilles, constituées par la terminaison des filets nerveux que reçoit la peau, revêtent différentes formes ; elles sont coniques (celles des mains et des pieds, de la langue), cylindriques (sous les ongles) ou mamelonnées (sur le tronc, aux membres).

Le derme renferme des glandes sudoripares et des glandes sébacées. Les premières, très déliées, sont comme suspendues à la partie profonde du derme par leur conduit excréteur, qui vient s'ouvrir à la surface de l'épiderme en se contournant en spirale. Les glandes sébacées sont des corps grisâtres regardés pendant longtemps comme de simples dépressions, en forme d'utricule ; mais l'anatomie pathologique est venue démontrer aux anatomistes modernes la structure composée de ces glandes, dont chacune présente, en réalité, la texture du lobule isolé d'une glande en grappe.

(1) Suite. — Voir les numéros des 26 et 28 juillet.

Les vaisseaux sanguins rampent sous la peau, pénètrent par les aréoles du derme et se distribuent dans l'épaisseur de cette membrane, mais surtout dans la couche papillaire qui en hérisse la surface. Les lymphatiques forment deux nappes, l'une superficielle, l'autre profonde ; l'épiderme en est entièrement dépourvu.

2° *Couche épidermique ou superficielle.* — Elle est formée de deux lames superposées : la plus profonde, qui est en rapport avec la surface extérieure du derme, n'est autre chose que le corps muqueux, lame molle, humide, dans laquelle réside le pigment ou matière colorante, et qui s'applique exactement sur la surface papillaire ; la lame superficielle est dure et sèche, et recouvre sans interruption la lame profonde. On sait aujourd'hui que l'épiderme est dénué de vaisseaux et de nerfs. Le microscope démontre qu'il est formé de cellules à noyaux et à nucléoles dans les parties les plus profondes et de cellules déformées, losangiques ou quadrangulaires, mais sans noyau dans les parties superficielles, où elles sont éliminées par un mécanisme très simple d'exfoliation et cessent de faire partie de l'épiderme. Du reste, ce travail paraît s'accomplir avec une extrême lenteur ; on en a pour preuve la persistance de ces incrustations de matières colorantes qui constituent le tatouage.

Breschet et M. Roussel de Vauzème ont admis qu'un appareil spécial a pour fonction de sécréter l'épiderme. Je pense que cette fonction est dévolue aux papilles ; cela a lieu pour les ongles et les poils ; il est donc probable qu'il en est de même pour l'épiderme.

Ajoutons enfin que, de même que les autres substances cornées, l'épiderme est hygrométrique.

On considère, et avec raison, les poils et les ongles comme des dépendances de l'épiderme. Le rôle que ces parties jouent dans la production du *favus* nous oblige à entrer à leur égard dans quelques détails circonstanciés, et que l'on ne trouverait pas dans les ouvrages ordinaires d'anatomie.

Des poils. — Ce sont des productions filiformes et cornées répandues en plus ou moins grand nombre sur les différentes parties de la surface du corps. Nous avons pu constater leur existence sur des points où les anatomistes ne croyaient point qu'il en existât. Ainsi, ayant rencontré sur le gland des godets faviques bien caractérisés, nous avons pu, à l'aide d'un verre grossissant, reconnaître que là, comme ailleurs, le centre du godet était traversé par un poil très délié.

Du reste, comme tout le monde le sait, les poils prennent différents noms et revêtent un aspect différent sur les diverses parties du corps. Leur couleur varie également suivant les individus, etc.

Voici sur ces appendices quelques observations qui nous sont propres et qui trouvent leur application dans la pathologie cutanée.

Nous reconnaissons deux sortes de poils, le poil entier ou parfait et le *duvet* ou *poil follet*. Celui-ci n'est autre chose que le poil ordinaire à la première période d'évolution. Le duvet est surtout abondant chez l'enfant, très rare chez le vieillard. On rencontre souvent dans la même région du duvet et des poils parfaits ; enfin, chez l'homme, on trouve des poils là où il existe seulement du duvet chez la femme et chez l'enfant.

Le poil est formé de deux parties, la tige et la racine. La racine est cachée dans l'épaisseur de la peau. La tige, au contraire, est libre dans toute son étendue, si ce n'est à sa réunion avec la racine, où dans l'étendue de quelques millimètres elle se trouve sous-épidermique et intra-dermique.

La *tige* du poil, examinée au microscope, se compose de deux parties distinctes, l'écorce et la moelle dans les poils parfaits, et d'une seule partie, l'écorce dans le duvet. L'écorce, beaucoup moins colorée que la partie centrale, est d'autant plus foncée que le poil est plus noir : elle paraît formée de fibres longitudinales, en général parallèles, d'autant moins distinctes qu'on se rapproche davantage de la pointe, et d'une largeur évaluée à deux ou trois millième de millimètre. Outre ces fibres longitudinales, on distingue encore sur la tige, surtout à sa réunion avec la racine, des stries transversales ou oblongues, souvent très rapprochées, droites ou bifurquées et anastomosées. Stenle les regarde comme formées de squammules épidermiques. Ce sont sans doute ces stries transverses qui constituent ce que quelques anatomistes ont appelé les fibres en spirale. Ce sont elles qui par leur disposition ont fait croire que le poil était formé d'une série de cônes emboîtés.

La moelle ou partie centrale occupe le quart ou le cinquième du diamètre du poil ; elle n'existe pas toujours ; ailleurs elle est interrompue de distance en distance ; ailleurs encore bifurquée ou bien formée de deux bandes parallèles, etc. Au microscope, la moelle semble formée de globules pigmentaires auxquels le cheveu doit sa couleur. Cette substance est composée de graisse et de matière colorante.

Enfin, sur la tige, on aperçoit encore çà et là de petites plaques épidermiques peu adhérentes.

La *racine* ou partie renflée du poil insérée dans l'épaisseur de la peau ; elle comprend le prolongement radiculaire de la tige et le follicule.

Le prolongement radiculaire de la tige est formé de bas en haut par le bouton, la souche et l'origine proprement dite du poil. Le bouton est le point noir qui se voit à l'extrémité de la racine après l'arrachement du poil. Au microscope, c'est un corps noir, renflé, conoïde ou cylindrique, dont le contour épais et arrondi donne assez souvent insertion à des conglomérats de points noirs sous forme de rayons plus ou moins sinueux, et que représente assez bien le chevelu des racines bulbeuses. L'extrémité supérieure du bouton est un peu élargie et offre des globules pigmentaires étoilés, puis l'origine des fibres longitudinales. A l'aide d'une coupe convenable et d'une forte loupe, on reconnaît que le bouton n'est autre chose qu'un cône creux dans lequel est emboîtée la papille pilifère. Celle-ci est courte et composée d'un tissu jaunâtre, comme pulpeux, pénétré de vaisseaux sanguins et de filets nerveux.

La *souche* est formée par l'épanouissement du bouton et l'évolution des fibres longitudinales. Les globules pigmentaires à l'extrémité supérieure du bouton s'isolent, s'allongent, deviennent ovoïdes, se dépouillent peu à peu de leur matière colorante, prennent la forme de grain d'orge, puis s'allongent encore, et bientôt ne sont plus que l'origine des fibres longitudinales qui se prolongent dans la tige pour former l'écorce.

C'est à la partie supérieure et centrale de la souche que commence la moelle.

La capsule qui enveloppe la racine du poil est formée de deux membranes : l'une, externe, grenue, jaunâtre, part du contour du bouton et va se continuer en haut et en dehors avec le corps pigmentaire de l'épiderme ; l'autre, interne, translucide, prend naissance au-dessus de la précédente sur le contour du bouton, et se termine en haut au canal épidermique du poil en se repliant du côté de la tige. Le canal épidermique du poil entoure la tige à sa sortie de la capsule ; il est formé d'un épiderme squammeux adhérent au poil, et se continue en dehors avec la partie superficielle de l'épiderme cutané.

Toute cette partie intra-cutanée du poil est elle-même logée dans une petite cavité dermique, qu'on nomme le follicule. Le follicule est une enveloppe cellulo-fibreuse qui par sa face externe est continue avec le derme ou avec le tissu cellulaire sous-jacent, et qui par sa face interne est en rapport avec la tunique externe ou grenue de la capsule, à laquelle elle est assez souvent unie par des ligaments que l'on peut distinguer à la loupe après l'arrachement des poils.

Les anatomistes ne sont pas d'accord sur les rapports réciproques des glandes de la peau et des follicules pileux. Il me paraît bien démontré que ces glandes n'ont que des rapports de voisinage avec les follicules pileux. Jamais un poil ne traverse un follicule sébacé à sa sortie de la peau ; jamais un follicule sébacé ne vient s'ouvrir dans un follicule pileux.

Des ongles. — Ce sont des productions cornées, lamelleuses situées à l'extrémité des doigts. Nous n'avons rien de particulier à noter sur leur structure.

NOTE
SUR LES ACCIDENTS CÉRÉBRAUX ALBUMINURIQUES.

Par M. Marchal (de Calvi).

§ I. — Il m'a paru nécessaire de présenter quelques remarques sur les *curieuses observations d'épilepsie attribuée à l'anasarque*, publiées par M. le docteur Leconte, élève stagiaire au Val-de-Grâce, et sur les faits du même genre tirés de la clinique de M. Sandras à l'Hôtel-Dieu (n^{os} des 4 et 7 août 1855 de la *Gazette des Hôpitaux*).

Ces faits se rapportent plus ou moins nettement à la doctrine que j'ai présentée dès 1850 sur les accidents cérébraux albuminuriques (1). Voici, en résumé, cette doctrine :

Lorsque l'albumine du sang vient à fluer avec l'urine, soit dans la grossesse, soit par suite de refroidissement, le corps étant en sueur, dans l'état de santé ordinaire ou à la suite d'une fièvre exanthématique, particulièrement de la scarlatine, soit enfin dans la dégénérescence granuleuse des reins, le sérum, dont l'albumine est le moyen d'union au reste du sang, exsude, comme chacun sait, des vaisseaux capillaires et s'épanche dans le tissu cellulaire et dans les cavités séreuses. Si, alors, une circonstance quelconque déterminée, un bain de vapeur, par exemple, ou indéterminée et purement idiosyncrasique, fait affluer le sang au cerveau, on voit se produire des accidents cérébraux, convulsifs ou comato-convulsifs, très graves et très menaçants, sur lesquels toutefois la thérapeutique a facilement prise, accidents auxquels on a donné le nom d'éclampsie quand ils surviennent chez la femme grosse ou en couches ; que les Allemands, M. Frerichs, de Breslau (2), en particulier, puis M. Schotin, de Kostritz (3), attribuent à l'urémie (infection urineuse) ; que M. Leconte rattache à l'épilepsie, que quelques-uns appellent vaguement *accidents nerveux*, et qui sont dus purement et simplement, selon moi, à ce que le sang laisse exsuder sa sérosité soit dans la cavité de l'arachnoïde, soit dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien, d'où résulte la compression cérébrale.

L'idée de la compression du cerveau donnant lieu à ces accidents n'est pas simplement rationnelle ou théorique, elle est vérifiée expérimentalement, et M. Leconte lui a prêté un nouvel appui en citant le cas d'un militaire qui fut pris pendant quatre jours de 32 à 39 attaques d'épilepsie par vingt-quatre heures, et chez lequel on trouva à l'autopsie deux collections séreuses parfaitement isolées siégeant dans le lobe cérébral droit.

Quand je dis que la doctrine qui rattache les accidents cérébraux albuminuriques à la compression cérébrale par la sérosité épanchée, que j'ai le droit d'appeler ma doctrine, est une déduction expérimentale et non pas seulement une induction logique, je fais allusion à une observation bien remarquable et bien décisive qui me fut communiquée par M. le professeur Champouillon, dont j'étais alors le collègue au Val-de-Grâce, et que M. Leconte a rappelée dans son article.

C'était le temps où M. le docteur Cahen, élève de M. Rayer, venait d'établir que l'éclampsie puerpérale est précédée d'albuminurie et d'anasarque, et j'étais singulièrement préoccupé du rapport qui devait exister entre les deux faits, l'albuminurie d'une part, les accidents cérébraux ou éclamptiques de l'autre. J'en étais venu à supposer (comme aujourd'hui M. Leconte, à l'occasion des deux cas dont il a enrichi la science) que ces accidents étaient dus à la compression cérébrale produite par l'exsudation séreuse, et, dans une conversation, je fis part de cette vue à mon collègue M. Champouillon, qui précisément venait d'avoir dans son service le cas dont je parlais tout à l'heure. Ce cas confirmait mon hypothèse, et M. Champouillon eut la bonté d'en rédiger l'observation pour moi. Je fis rentrer cette observation dans mon *mémoire sur la gangliophymie bronchique chez l'adulte*, où j'avais été conduit à présenter un aperçu du mécanisme des hydropisies, et je montrai l'identité de ce cas avec l'éclampsie puerpérale, dont la pathogénie se trouvait ainsi éclairée tout à coup.

Voici sommairement le cas de M. Champouillon :

Un gendarme de la Seine, jeune homme robuste et sain, seulement un peu rhumatique, se refroidit brusquement étant en sueur.

Le lendemain, il entra au Val-de-Grâce avec un œdème général très considérable ; ses urines étaient fortement albumineuses. On le purgea, et il parut s'en bien trouver.

Le lendemain et le surlendemain, en conformité du précepte unanime des auteurs, on lui fit donner un bain de vapeur, et il fut pris de céphalalgie, puis d'attaques épileptiformes, au nombre de neuf dans la même journée, et il succomba dans la neuvième.

A l'autopsie, on trouva une forte hypérémie des reins, qui pesaient 315 grammes, le maximum à l'état normal étant de 250, plus çà et là du pus dans le parenchyme rénal et dans les bassinets ; le cerveau était fortement congestionné, et il existait *une infiltration séreuse dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien.*

Il était bien simple véritablement de se rendre compte de la succession des phénomènes dans ce cas. L'hypérémie inflammatoire des reins (pyélo-néphrite), produite par le refroidissement, avait amené l'anasarque ; dans cette situation, le sujet ayant été soumis à une cause violente d'afflux du sang au cerveau (les bains de vapeur), il s'était produit une congestion cérébrale et corrélativement une exsudation séreuse qui avaient donné lieu aux accidents convulsifs.

Grâce à ce fait, humainement malheureux, mais scientifiquement si utile, l'explication des accidents cérébraux albuminuriques était trouvée ; et des phénomènes jusque-là regardés comme distincts, l'*éclampsie* pendant la grossesse ou dans l'accouchement, les *accidents cérébraux* des malades affectés de dégénérescence granuleuse des reins, l'*épilepsie* dans les observations comme celles de M. Leconte, la *coïncidence* des accidents nerveux avec l'albuminurie, comme dans les faits de M. Sandras, tous ces phénomènes morbides sans lien commun, sans rapport connu, étaient subitement rapprochés dans la même catégorie et nettement élucidés.

J'avais publié le cas de M. Champouillon, et j'avais formulé la doctrine qui en découle ; j'y étais revenu à diverses reprises, mais toujours incidemment, et la doctrine n'était pas entrée dans le nombre des idées courantes.

J'en étais là, lorsque il y a peu de temps j'eus l'occasion d'observer un nouvel exemple d'accidents cérébraux albuminuriques développés encore, chose remarquable, à la suite de l'usage des bains de vapeur. Ce fut une raison pour moi de revenir d'une manière spéciale sur ce sujet, dans un sens pratique, et je rédigeai mon *Mémoire sur le danger des bains chauds, d'eau ou de vapeur, dans l'anasarque albuminurique*, travail dans lequel, en dépit de son titre, la question doctrinale est abordée et même développée.

Le nouveau cas était celui d'une femme (Mme M...) albuminurique et infiltrée pendant sa grossesse, ayant, depuis environ trois mois, accouché d'un enfant mort, affectée d'anasarque avec ascite et hydrothorax, très anémique et très affaiblie. Appelé en consultation auprès d'elle, mon premier soin, comme de raison, fut d'examiner le cœur, qui était sain, et les urines, qui étaient albumineuses, mais très légèrement. Je jugeai que l'affection rénale était arrivée près de son terme, et que les hydropisies se maintenaient en raison de la débilitation profonde dans laquelle la malade était tombée. Nous convînmes de donner le fer, le nitre et l'extrait de caença ; de l'eau albumineuse sucrée, des œufs à la neige pour tâcher de réparer la perte d'albumine du sang, et de petits potages au consommé. La malade se trouva mieux, et put même sortir deux fois en voiture. Le médecin ordinaire eut alors l'idée de donner des bains de vapeur pour hâter la disparition des hydropisies, ce qui était, comme je l'ai dit, conforme au précepte de tous les auteurs indistinctement. La malade prit trois de ces bains. Son visage rougissait beaucoup chaque fois ; après le troisième elle perdit la vue tout à coup, et sa parole s'embarrassa extrêmement, quoique le jugement fût présent. Elle mourut peu de jours après, et il n'y eut pas d'autopsie. Mais le cas de M. Champouillon suffit à éclairer celui-ci, et il n'est pas douteux que, par suite de

---

(1) *Mémoire sur la gangliophymie bronchique chez l'adulte comprenant un aperçu du mécanisme des hydropisies.* (*Recueil de méd. et de chir. milit.*) *Mémoire sur les dangers des bains chauds, d'air ou de vapeur, dans l'anasarque albuminurique.* (*M. des hôp.*, juin 1855.)

(2) Je ne sache pas que les travaux de M. Frerichs soient publiés dans notre langue ; ils ont été traduits pour son propre usage par M. le docteur Charcot, qui a eu l'obligeance de me communiquer son manuscrit.

(3) *Mémoire sur les caractères de l'urémie* (accumulation de l'urée dans le sang), dans la *Gazette hebd. de méd. et de chir.*, tome I, pages 30 et 43.

l'afflux du sang au cerveau sous l'influence des bains de vapeur, il ne se fût produit une exsudation séreuse, notamment à la base de l'encéphale.

La perte de la vue paraît être un symptôme assez fréquent de l'encéphalopathie albuminurique; il eut lieu dans le second fait rapporté par M. Leconte, dans deux cas de M. Sandras, et aussi dans un cas de Willan, dont je parlerai tout à l'heure. Il tend à prouver que l'amblyopie amaurotique, qui est souvent un des premiers symptômes de l'albuminurie, comme chacun sait depuis les importants travaux de M. Landouzy, serait due à un léger épanchement séreux à la base du cerveau, épanchement dont il est d'autant plus facile de comprendre la production, que l'œdème, dans l'albuminurie, commence généralement par la tête.

Le cas de Willan, dont il vient d'être question, consigné dans l'ouvrage de M. Rayer, n'a pas été, je crois, bien interprété. C'est celui d'un enfant qui, à la suite d'une scarlatine, devint *bouffi*, et chez lequel les urines se supprimèrent. Willan, n'ayant égard qu'à la suppression de l'urine, qui est l'effet de l'œdème, et n'ayant sans doute aperçu de l'œdème que la bouffissure, dont il ne comprenait pas la significaton, prescrivit un premier bain chaud, à la suite duquel il y eut une petite émission d'urine; un second bain chaud qui n'eut pas de résultat; un troisième, après lequel l'enfant eut une convulsion; enfin un quatrième, qui fut suivi, à une heure d'intervalle, de la perte subite de la vue et d'une convulsion pendant laquelle le petit malade succomba.

Willan ne se montre préoccupé que de la suppression d'urine, et il croit que la rétention de tant de matières excrémentitielles dans le sang doit avoir les suites les plus funestes. Il note la bouffissure, mais sans s'y arrêter. Or, cette bouffissure, survenue après une scarlatine, est pour nous, aujourd'hui, l'indice certain que l'enfant était affecté de néphrite albumineuse avec anasarque. Il est probable que l'œdème n'a pas été reconnu, sauf la bouffissure de la face, parce que l'enfant n'était pas connu de Willan avant la maladie, et aussi parce que les formes étaient conservées à cause même de la généralisation de l'infiltration. Dans ces circonstances, les bains chauds, comme le bain de vapeur dans le cas de M. Champouillon, ayant déterminé l'afflux du sang au cerveau, il se produisit une congestion cérébrale et une exsudation séreuse intra-crânienne mortelle.

Dans une autre observation de Willan, rapportée aussi par M. Rayer (t. I, p. 420), et relative à un enfant de deux ans, la face était également bouffie; mais le fait est exposé si incomplétement que l'on ne peut hasarder de conjecture à son sujet, bien que, selon toute apparence, il s'agit encore ici d'une albuminurie.

J'ai dit expressément; dans mon *Mémoire sur le danger des bains chauds dans l'anasarque albuminurique*, que l'intervention d'une cause déterminée, telle qu'un bain de vapeur, par exemple, n'est nullement nécessaire pour produire les accidents cérébraux albuminuriques. Et, en effet, on voit souvent ces accidents survenir sans qu'on puisse les attribuer à aucune cause efficiente. Or, cela prouve précisément qu'il est dans l'essence de l'albuminurie de tenir le cerveau constamment sous l'imminence d'une suffusion séreuse, et par cela même on voit combien il importe, dans cette affection, d'éviter tout ce qui peut faire affluer le sang à l'encéphale; car si l'exsudation séreuse peut avoir lieu sans que rien la provoque, à plus forte raison aura-t-elle chance de se produire si l'on agit de manière à faire abonder le sang dans les vaisseaux du centre encéphalique, ce qui arrive par l'usage des bains chauds.

Il s'agit maintenant de rechercher si les faits nouveaux de M. Leconte et de M. Sandras rentrent dans la doctrine que j'ai exposée.

La question est importante et vaut bien que l'on s'y arrête.

§ II. — Le premier cas de M. Leconte est celui d'un jeune soldat qui, s'étant refroidi à la suite d'une scarlatine, fut affecté d'anasarque, et resta DOUZE JOURS à la caserne dans cet état. Le douzième jour, en causant avec ses camarades, il tomba et fut pris de convulsions violentes.

Conduit à l'hôpital, il eut neuf *attaques d'épilepsie* le jour même de son entrée; les urines, traitées par la chaleur et par l'acide nitrique, ne donnèrent aucun précipité albumineux. « Deux fortes saignées du bras, des boissons diurétiques, des purgatifs hydragogues, un large vésicatoire à la nuque, des ventouses en grand nombre dans les gouttières vertébrales, *quelques bains d'air chaud* amendèrent rapidement l'état de ce malade. » Le nombre des accès décrut à mesure que l'anasarque diminua, et le troisième jour ils cessèrent. Le malade guérit complétement.

Cette observation doit être envisagée du point de vue de la pathogénie et du point de vue de la thérapeutique.

1° *Du point de vue de la pathogénie.*

M. Leconte note expressément qu'il n'y avait pas d'albumine dans les urines, ce qui tendrait à exclure l'idée d'une néphrite albumineuse. Mais DOUZE JOURS s'étaient écoulés depuis l'invasion de l'anasarque, et pendant cet espace de temps l'affection rénale avait pu se résoudre naturellement, comme il arrive à beaucoup d'affections aiguës. L'absence de l'albumine dans l'urine au moment où le malade est entré à l'hôpital n'est donc pas une raison de penser que ce cas sorte de la règle commune, d'après laquelle l'anasarque qui survient par suite de refroidissement, soit après la scarlatine, soit dans les circonstances ordinaires de la vie, se rattache à une hypérémie inflammatoire des reins. L'albumine a flué des reins hypérémiés: mais insensiblement, à mesure que l'hypérémie rénale s'est dissipée, ce flux a diminué jusqu'à se tarir, de sorte que, au douzième jour, ce principe n'existait plus dans les urines: voilà ce qui a dû se passer, et ce que la connaissance des faits analogues à celui-ci nous conduit à établir.

J'avoue que j'ai beaucoup de peine à admettre des hydropisies essentielles ou idiopathiques, c'est-à-dire indépendantes ou d'une altération du sang (diminution de son albumine), ou d'une lésion de l'appareil circulatoire.

Au premier abord, j'en conviens, l'observation qui nous occupe pourrait être considérée comme un exemple d'une hydropisie de ce genre; mais en y regardant de plus près, on voit qu'il n'en est rien. Quand on ne trouve pas d'albumine dans les urines chez un œdémateux exempt d'une lésion de l'appareil circulatoire pouvant rendre compte de la production de l'anasarque, il faut rechercher s'il n'est pas possible que l'albumine ait coulé avec les urines pendant un certain temps, puis ait cessé de fluer, soit définitivement, par suite de la résolution d'une affection aiguë des reins; soit momentanément, et pour exsuder de nouveau, dans une affection chronique de ces organes.

Lorsque le sang a perdu tout à coup une quantité notable de son albumine, il est plus ou moins longtemps à la récupérer, surtout si les conditions alimentaires ne sont pas celles d'un bon régime; et pendant tout ce temps le processus exsudatoire qui donne lieu aux hydropisies persiste. C'est ainsi que l'on peut voir des hydropisies *albuminuriques* chez des individus qui n'ont plus d'albumine dans les urines, et c'est pourquoi, en cas pareil, l'on doit se tenir en garde contre l'idée d'hydropisies essentielles, c'est-à-dire indépendantes d'une altération de l'appareil circulatoire ou de son contenu.

Tel devait être, tel était l'état du malade observé par M. Leconte au moment où les accidents cérébraux se sont manifestés.

Le cas de Mme M... (§ I), qui succomba après avoir perdu la vue, et dans l'urine de laquelle il n'existait plus que *très peu* d'albumine quand je fus appelé, forme la transition entre les cas de néphrite albumineuse manifeste, où l'urine précipite fortement par les moyens ordinaires, et ceux où, l'affection rénale étant parvenue à résolution, l'urine ne précipite plus, bien que l'hydropisie persiste.

En résumé, le cas dont il s'agit ne diffère de celui du gendarme de la Seine (§ I) que par la circonstance antécédente de la scarlatine, et c'est à la compression du cerveau par l'effet d'une exsudation séreuse albuminurique que l'on est forcément conduit à attribuer les accidents encéphaliques qui se manifestèrent dans l'un comme dans l'autre.

M. Leconte incline, de son côté, à rapporter ces accidents « à un degré quelconque de compression du cerveau par l'accumulation de la sérosité à la surface ou dans les ventricules de cet organe; » mais il ajoute que dans d'autres anasarques il n'a point vu survenir de troubles cérébraux. Ce n'est point là une objection, car, par exemple, les abcès sous-cutanés multiples que l'on observe quelquefois en si grand nombre consécutivement à la variole sont bien positivement l'effet de cette éruption, et cependant ils sont très loin de se produire toujours après elle. On ne peut exiger pour affirmer le rapport de causalité que les mêmes causes produisent constamment les mêmes effets, puisque les causes spécifiques elles-mêmes ne sont pas constantes dans la production des effets qui leur sont subordonnés. (*La suite à un prochain numéro.*)

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

pour servir à l'histoire de la suette et du choléra, et des rapports qui ont existé entre l'épidémie de 1849 et celle de 1854 (1).

Par M. le docteur A. FOUCART.

DES RAPPORTS QUI ONT EXISTÉ ENTRE L'ÉPIDÉMIE DE 1849 ET CELLE DE 1854.

Envisagé au point de vue de sa nature, de son essence intime, le choléra de 1854 est exactement le même que celui de 1849, et probablement que celui de 1832; je n'ai pu juger de ce dernier que par les relations qui nous en sont restées. Mais, sans qu'elles soient cependant bien grandes, nous avons pu noter dans bien des cas quelques différences dans la symptomatologie, ou plutôt dans l'ensemble symptomatologique, dans la physionomie générale de l'épidémie en 1849 et en 1854.

En 1849, presque tous les cas ont été des cas complets, c'est-à-dire qu'une fois la description classique du choléra admise, on retrouvait, dans presque tous, tous les symptômes: cyanose, crampes, refroidissement, vomissements, phlegmorrhagie intestinale, suppression des urines, barre épigastrique, etc.

Ici, dans un très grand nombre de cas, et sans que pour cela la gravité en fût diminuée, l'ensemble symptomatologique de la maladie a été moins complet. Presque toujours, ou du moins très fréquemment, il a manqué quelque symptôme; ici c'était la cyanose qui était peu prononcée; là le refroidissement; on réchauffait assez facilement le sujet, et au moment où l'on croyait avoir obtenu une réaction franche et heureuse, la face des choses changeait subitement et la mort survenait. Chez le plus grand nombre des malades où le choléra fut ainsi incomplet, il n'y eut point de crampes; c'est le phénomène qui manqua le plus fréquemment. Chez d'autres il y en avait, mais peu intenses ou de courte durée, pendant une demi-heure ou une heure au plus, et elles cédaient aisément aux frictions. Fréquemment aussi, les malades se plaignaient à peine de cette barre épigastrique qui, en 1832 et en 1849, était si douloureuse. En un mot, et pour nous servir de l'expression si juste et si pittoresque de M. J. Guérin, on observa souvent des choléras *démembrés*.

Cette remarque, que nous avons faite sur une grande échelle dans la Haute-Marne et dans la Haute-Garonne, nous l'avons faite également à Paris depuis le commencement de l'épidémie (novembre 1853), et nous croyons ne pas avoir été le seul.

Souvent aussi nous obtînmes plus facilement la réaction bien franchement; mais les malades succombaient aux phénomènes cérébraux, si fréquents et si redoutables en pareille circonstance. Dans deux cas cependant où ces accidents du côté de la tête étaient extrêmement intenses, et où l'on avait tout à craindre, nous pûmes les conjurer par quelques applications de sangsues derrière les oreilles. La première fois ce fut à Genevrières, chez un homme d'une quarantaine d'années, que je vis avec MM. Thiberge et Cordier; la seconde, chez un nommé Formentin, au Fays-Billot, que je vis avec M. Boulay.

Les malades guérirent tous les deux.

J'ai eu occasion de voir au Fays-Billot un cas très curieux que je montrai à MM. Montrol et de Confévron, et que je fus tenté d'abord de prendre pour un *choléra sec*. Je le considérai plus tard, avec ces honorables confrères, comme un choléra hystériforme, ou plutôt comme une *hystérie cholériforme*. En voici l'histoire en quelques mots.

OBS. — Le 24 juillet, une jeune femme, Mme Frison, d'une forte constitution, mais cependant nerveuse et très impressionnable, fut prise, vers neuf heures du matin, de crampes extrêmement violentes dans les bras et les jambes, crampes se renouvelant toutes les deux ou trois minutes, et faisant jeter les hauts cris à la malade. Pas de selles depuis l'avant-veille; pas de vomissements, aucun prodrome. La langue n'était pas froide, non plus que les téguments du reste du corps. Pas de cyanose; la face, naturellement très colorée, était rouge, vultueuse. Le médecin qui avait été appelé avait prescrit la potion nitrique et les frictions avec l'eau-de-vie camphrée.

Quand nous vîmes cette malade, à trois heures, nous apprîmes qu'elle avait éprouvé de violentes contrariétés, qu'elle n'était pas heureuse en ménage; enfin, qu'elle avait quelquefois des attaques d'hystérie. Les accidents continuaient; les crampes étaient le symptôme prédominant, presque le seul.

Un lavement contenant un gramme d'assa-fœtida, prescrit par M. Montrol, et un sinapisme épigastrique calmèrent un peu les phénomènes nerveux dont nous parlons.

Le lendemain l'état était à peu près normal, sauf quelques crampes encore dans les membres. Un second lavement antispasmodique acheva la guérison; mais la malade se rétablit lentement, et pendant plus de dix jours encore il y eut un peu d'agitation, quelques crampes encore de temps en temps. Le phénomène qui persista le plus longtemps fut la barre épigastrique.

Pendant le cours de la convalescence, un peu de diarrhée survint après un léger écart de régime, mais elle n'eut pas de suites graves, et la malade finit par se rétablir complétement.

Il nous parut évident que l'épidémie avait exercé une influence bien réelle et bien manifeste sur l'attaque d'hystérie, et c'est à cette influence que nous rapportons les crampes qui faisaient jeter les hauts cris à la malade, crampes qui ne sont un phénomène ni si intense ni si opiniâtre dans l'hystérie, en temps ordinaire.

On a fait grand bruit d'une prétendue complication du choléra de cette année qui aurait été pour quelque chose, assure-t-on, dans la gravité de l'épidémie; je veux parler de la présence d'ascarides lombricoïdes que l'on aurait trouvés soit dans les selles, soit dans les vomissements de quelques malades.

Chez un petit nombre de malades, dix ou douze, en effet, nous avons rencontré ces vers intestinaux, mais sans que jamais leur présence ait coïncidé avec la moindre particularité séméiologique, ou avec un degré de gravité plus ou moins grande de l'affection. Il nous a paru ne constituer qu'un épiphénomène complétement insignifiant, et duquel on ne doit tenir aucun compte ni quant au pronostic, ni quant au traitement à instituer.

La cause de cette prétendue complication est d'ailleurs si simple qu'il nous semble fort étonnant qu'on en ait fait si grand bruit. Il y a déjà longtemps que tous les médecins ont reconnu que les ascarides lombricoïdes sont très communs en été et en automne dans les pays où l'on mange beaucoup de fruits et de légumes, surtout, dit Guersant, lorsque l'influence de ce régime n'est pas contre-balancée par l'usage des boissons vineuses. Les affections vermineuses sont le produit presque obligé de la diète végétale. Or dans les campagnes les habitants vivent bien plus de légumes et de racines que dans les villes. Dans la Haute-Marne en particulier, et principalement dans les communes les plus maltraitées par le choléra, les populations, pendant le désastreux hiver de 1853-1854, se nourrissaient fort mal. La misère y fut si grande, nous assura-t-on, que, parmi les vanniers de l'arrondissement de Langres, il y en eut qui furent obligés de se nourrir de *pointes de luzerne* bouillies. Rien d'étonnant donc que chez les habitants de ces pauvres communes les affections vermineuses fussent encore plus fréquentes. Il faut, en vérité, n'avoir jamais vu de malades dans les campagnes, où prédomine le régime végétal, pour s'étonner d'un fait tout élémentaire, que n'ignore aucun de nos modestes confrères de province.

Un savant praticien de Turin, M. Borelli, a mentionné une éruption survenant à la peau de petits boutons blancs ou rougeâtres, envahissant la face, la partie antérieure du cou, de la poitrine, l'abdomen, les cuisses et les jambes.

Cette éruption nous a souvent paru n'être pas autre chose que l'éruption miliaire survenue chez des individus atteints de suette et chez lesquels l'évolution de cette maladie, suspendue par une attaque de choléra, s'est achevée après la guérison de la maladie incidente.

La rapidité de la putréfaction des cadavres a été exactement la même que celle qui a été observée dans les épidémies précédentes soit à Paris, soit dans les campagnes. Elle était telle que l'on fut obligé de supprimer les délais légaux qui doivent en temps ordinaire s'écouler entre le moment de la mort et celui de l'inhumation. Une fois le décès constaté, et deux ou trois heures après la mort, on faisait enlever le cadavre et l'on procédait à l'enterrement.

Une question assez importante s'est produite en 1849, c'est celle-ci: Y a-t-il antagonisme entre la suette et le choléra?

En d'autres termes: L'invasion du choléra dans une localité la met-elle à l'abri de la suette, et réciproquement? Est-il vrai que les deux maladies ne peuvent exister simultanément dans le même endroit?

Il est certain qu'en 1849 on a pu croire un instant à cette immunité

(1) Suite. — Voir les numéros des 28 juillet, 4 et 11 août.

déterminée par une des deux affections à l'égard de l'autre, dans certaines limites cependant, et que, là où a régné la suette avec une certaine intensité, les cas de choléra ont été peu nombreux, comme aussi, là où sévissait le choléra, on n'a vu que peu de cas de suette. D'où quelques personnes se sont hâtées, un peu prématurément, de conclure à l'antagonisme des deux épidémies.

Un peu prématurément, disons-nous, car l'expérience et l'observation de cette année sont venues donner un démenti à cette manière de voir.

Dans un grand nombre de localités, la suette et le choléra ont existé simultanément; je citerai, par exemple, dans la Haute-Marne, le canton tout entier de Fays-Billot, que j'ai parcouru dans tous les sens, et la ville de Langres, où à mon passage MM. les docteurs Montrol et de Confévron, avec lesquels j'ai visité l'hôpital, m'ont fait voir des malades atteints de suette et d'autres atteints de choléra.

Dans la Haute-Garonne, j'ai fait la même observation et pour Toulouse, et pour les communes de Caraman, de Saint-Julia, de Saint-Félix, de Revel, que j'ai visitées; et j'ai su par mes confrères du pays que, partout où avait apparu la suette, on n'avait pas tardé à voir survenir le choléra.

Dans un grand nombre, nous pourrions dire dans le plus grand nombre des cas, le choléra s'est développé chez des individus ayant eu la suette; dans un beaucoup plus petit nombre ç'a été chez des individus bien portants; mais partout, lorsque le choléra a commencé à sévir, il a continué à se produire des cas de suette, moins fréquents, il est vrai, qu'avant l'invasion de l'épidémie cholérique, mais assez communs pour qu'il fût impossible de nier la coexistence des deux maladies.

On a dit que le choléra avait suivi la suette, et que celle-ci avait disparu lorsque le choléra s'était montré, pour reparaître lorsqu'il fut terminé. Il a pu en arriver ainsi dans quelques localités; mais, dans un grand nombre, les deux affections ont suivi parallèlement leur marche, le choléra attaquant de préférence les personnes qui avaient eu la suette, et celle-ci continuant à se manifester chez de nouveaux sujets.

Le nombre des suettes a paru diminuer, parce que, des deux influences épidémiques, la plus violente a absorbé la première; mais de cela il faudrait bien se garder de conclure qu'il y ait antagonisme entre les deux affections.

Il en est de même d'une assertion que nous avons entendu émettre à l'un de nos confrères, à savoir, que, lorsque la suette se déclare dans une localité, on doit s'attendre à voir le choléra la suivre de près.

Cela a été vrai cette année pour quelques contrées, pour la Haute-Marne et la Haute-Garonne, entre autres; mais il ne faut pas conclure ici du particulier au général, et la proposition ne sera plus vraie du moment où l'on voudra la rendre absolue. En effet, nous avons fait remarquer dans notre premier travail (1849-1854) que, dans l'épidémie de la Somme, de l'Aisne et de l'Oise, quelques communes n'avaient présenté que des suettes; d'autres, que des choléras; d'autres, enfin, avaient offert les deux épidémies à la fois.

Ceci nous conduit à l'examen d'un fait que nous avons énoncé plus haut, à savoir, que dans l'épidémie de la Haute-Marne et de la Haute-Garonne, la transformation de la suette en choléra, ou plutôt en cholérine, qui, lorsqu'elle n'était pas soignée, ou que les malades commettaient des imprudences, devenait rapidement choléra cyanique et mortel.

TRANSFORMATION DE LA SUETTE EN CHOLÉRA.

Un grand nombre de sujets qui avaient été atteints de la suette et qui en souffraient encore étaient pris d'une légère diarrhée, soit bilieuse, soit noire, sans douleurs abdominales, et à laquelle, en raison de cette circonstance qu'ils ne souffraient pas, les malades ne faisaient aucune attention. Bien plus, remarquant que cette diarrhée les affaiblissait, ils augmentaient la dose de la nourriture, et ne craignaient pas de manger, souvent fort abondamment, le mets fondamental de tout repas du pays (dans la Haute-Marne), la *potée*, c'est-à-dire du lard cuit avec des choux et des pois dans leurs cosses. A ces repas succédaient des indigestions, suivies bientôt d'une attaque de choléra cyanique qui emportait les malades en quelques heures.

C'est de cette manière que neuf fois sur dix nous avons vu le choléra se produire dans les villages de la Haute-Marne que nous avons parcourus. Dans les autres cas, la diarrhée survenait spontanément chez des sujets qui n'avaient pas eu la suette. Mais, nous le répétons, nous n'avons pas rencontré un seul cas dans lequel le choléra ait été *foudroyant*, c'est-à-dire ait débuté d'une manière soudaine chez un sujet bien portant, sans avoir été précédé d'une diarrhée plus ou moins longue.

Depuis que nous sommes de retour à Paris, nous avons vu une seule fois un choléra se déclarer chez un sujet qui, *nous assura-t-on*, n'avait pas présenté de prodromes et n'avait pas eu de diarrhée. Cependant nous ferons observer que le malade était un enfant de sept ans, qui ne pouvait nous donner aucun renseignement, et que nous dûmes nous en rapporter au dire des parents. Mais ici nous trouverons dans d'autres circonstances l'explication du fait, sur lequel nous reviendrons en parlant de la contagion.

Nous devons, à l'occasion de cette transformation de la suette en cholérine et en choléra, mentionner une objection assez grave en apparence, qui nous fut faite pendant les premiers jours que le choléra se montra au Fays-Billot.

Lorsque nous trouvions un malade atteint de la suette qui éprouvait les phénomènes nerveux que nous avons signalés, et surtout que la langue était recouverte de cet enduit saburral caractéristique de l'embarras gastrique qui pour nous est le cachet de la suette miliaire épidémique, nous administrions assez volontiers l'ipécacuanha, qui nous avait si bien réussi en 1849.

Quelques personnes qui, par je ne sais quelle prévention, n'approuvaient pas cette médication crurent remarquer que c'étaient les sujets qui avaient pris de l'ipéca qui étaient atteints de cholérine, et chez lesquels se déclarait le choléra. On m'en cita un exemple.

Le nommé Louis Mouilleron, habitant rue de la Maladière, proche le cimetière, homme d'une quarantaine d'années, avait encore quelques-uns des malaises de la suette. Un soir qu'il se plaignait plus que d'habitude, une des sœurs de l'hôpital lui fit prendre 1 gramme et demi d'ipéca. Le vomitif fit en effet disparaître les accidents de suffocation, mais le lendemain se déclarait une diarrhée qui fut négligée pendant deux jours, et le surlendemain le malade succombait à une attaque de choléra. Les personnes auxquelles je viens de faire allusion pensèrent que le choléra avait été provoqué par le vomitif.

Ceci me donna à réfléchir; et comme d'ailleurs la suette, par suite du traitement hygiénique rationnel que l'on mettait en usage, était assez bénigne, je pris le parti, pendant quelque temps, de suspendre l'emploi de l'ipéca dans la suette, afin de voir si pareil accident ne se produirait pas chez des individus qui n'auraient pas été traités de la même manière.

Quatre jours ne s'étaient pas écoulés que l'événement m'avait donné raison, et cinq ou six cas de cholérine, puis de choléra cyanique s'étaient déclarés chez des convalescents de suette qui n'avaient suivi aucun traitement perturbateur ou évacuant. Le premier exemple nous en fut donné par une femme Galland, demeurant rue de la Côte, et chez laquelle, bien qu'elle n'eût pas pris d'ipécacuanha, les choses se passèrent exactement de la même manière que chez Louis Mouilleron. Quatre autres, exactement pareils, se succédèrent rapidement. La méthode évacuante était lavée du reproche qu'on lui avait un peu légèrement adressé.

Cette facilité qu'eut la suette de se transformer en choléra dans l'épidémie de la Haute-Marne lui fit donner par M. le docteur Jobert (de Guyonvelle) le nom de *suette cholérique*, que nous retrouvâmes un mois après dans la bouche du docteur Roche, de Caraman (Haute-Garonne).

Dans quelques recueils de médecine, on a écrit que dans certains endroits on avait observé une transformation pareille du choléra en suette. Nous n'avons jamais rien remarqué de semblable, et à vrai dire, cette transformation nous paraît assez difficile à admettre. Nous comprenons parfaitement qu'une maladie peu grave se transforme en une affection grave qui la termine; nous comprenons moins aisément une affection grave comme le choléra qui se transformerait en une maladie légère.

Nous pensons que l'on peut expliquer de diverses manières cette assertion, que nous n'avons pas vue, du reste, se réaliser sous nos yeux. D'abord, il peut y avoir eu des suettes *coupées en deux* (qu'on me passe l'expression) par une attaque de choléra qui aurait guéri. Nous en avons rapporté un exemple qui nous a été communiqué par M. Thiberge, chez la femme qui eut le premier choléra que l'on ait observé à Bussières-lez-Belmont. Ces cas doivent avoir été rares.

On peut avoir confondu avec la barre trachéo-bronchique de la suette la barre épigastrique du choléra, qui persiste quelquefois longtemps encore après tout danger passé chez les convalescents.

Enfin, la maladie la plus meurtrière absorbant toute l'attention des populations, on a pu croire que la suette n'existait plus dans un pays où l'apparition de la suette avait précédé celle du choléra, tandis que les deux épidémies, en réalité, marchaient parallèlement dans le même endroit, et une fois le choléra terminé, la suette poursuivant son cours, l'attention publique se fixa de nouveau sur la suette qui existait seule et n'avait pas disparu pendant que le choléra exerçait ses ravages.

Avant d'aborder la question du traitement, je veux dire ici quelques mots d'une question très délicate de l'histoire du choléra, que peu de personnes osent encore aborder, par des motifs de prudence que je comprends, mais qui, lorsqu'il s'agit de science, ne me paraissent pas suffisants pour imposer silence à l'observateur : je veux parler de la contagion.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 13 août 1855. — Présidence de M. Regnault.

Goîtres suffocants. — M. Bonnet, membre correspondant de l'Académie, présente sous ce titre un mémoire qu'il résume dans les conclusions suivantes :

« 1° Il existe à l'union du cou et de la poitrine des tumeurs thyroïdiennes qui, malgré leur petit volume, produisent de graves dyspnées accompagnées quelquefois d'engourdissement du bras, d'aphonie, d'incapacité pour tout effort, et d'aplatissement du ventre pendant l'inspiration.

» 2° Ces accidents dépendent de la compression exercée sur la trachée-artère, le plexus brachial, le nerf laryngé inférieur et le nerf diaphragmatique.

» 3° Ils se manifestent lorsque les tumeurs de la thyroïde glissent derrière le sternum ou derrière la clavicule, et sont refoulées par ces os contre la trachée-artère et contre les nerfs placés au-devant de la colonne vertébrale.

» 4° Si des tumeurs primitivement développées dans le cou s'enfoncent dans la poitrine, c'est que leur premier effet ayant été la compression du conduit aérien, l'air, qui ne pénètre plus aisément dans les poumons, presse, sans équilibration intérieure, sur les parois de cette cavité et y pousse les parties qui occupent la région inférieure du cou.

» 5° Pour faire cesser les accidents que produisent les tumeurs engagées derrière le sternum et la clavicule, il faut soulever ces tumeurs, les ramener dans le cou et les porter en avant, loin des nerfs qui longent la colonne vertébrale.

» 6° Divers procédés peuvent servir à ce déplacement momentané; tels sont surtout l'emploi d'une aiguille courbe traversant la peau et la tumeur, ou celui d'une fourchette à bascule dont la pointe est enfoncée dans la partie saillante et le manche ramené contre la poitrine.

» 7° La fixité durable des goîtres suffocants dans la position nouvelle où ils ont été ramenés s'obtient avec douleur, mais sans danger, à l'aide d'une cautérisation par le chlorure de zinc, assez profonde pour détruire les parties molles sus-jacentes, ainsi qu'une portion de ces tumeurs elles-mêmes.

» 8° Huit cas de succès sur neuf tentatives, succès démentis une seule fois, démontrent toute la valeur du déplacement suivi de la cautérisation des goîtres suffocants. Cette méthode ne s'est pas bornée à faire disparaître la dyspnée et le ronflement trachéal; elle a réussi également contre les symptômes qui faisaient diagnostiquer une paralysie incomplète du nerf laryngé inférieur ou du nerf diaphragmatique. »

Amputation tibio-tarsienne. — M. Sédillot fait hommage à l'Académie d'un travail manuscrit intitulé *Etudes sur le nouveau procédé d'amputation tibio-tarsienne de M. le professeur Pirogoff.*

Mouvements absolus et relatifs du cœur. — M. Hiffelsheim lit un mémoire qui fait suite à ses précédentes recherches sur les mouvements du cœur. (Voir le *premier-Paris.*)

Nouvelle théorie de la cause des battements du cœur. — M. Giraud-Teulon présente une note relative à une nouvelle théorie de la cause des battements du cœur. La note de M. Giraud-Teulon a pour objet la réfutation de la théorie qui attribue le mouvement de totalité de l'organe à la réaction imprimée aux parois du vase musculeux par le liquide qui s'en échappe, et qui a été formulée en ces termes : « Le cœur bat parce qu'il recule. » (Théorie de M. Hiffelsheim exposée ci-dessus.)

La réfutation de M. Giraud-Teulon consiste à dire que si, en se plaçant au point de vue des auteurs de cette théorie, on considère abstractivement un vase à parois élastiques, distendu par un liquide refoulé dans sa cavité et suspendu par le cercle même de l'orifice qui donne issue au liquide, et que l'on suppose alors un recul éprouvé par l'enveloppe, en se fondant sur ce principe de physique qui répartit en tous les points d'une masse liquide les pressions développées en un quelconque d'entre eux, on arrive à cette première conséquence que dans cet état de suspension tous les points de l'enveloppe se verraient alors dans l'hypothèse créée également refoulés loin de l'orifice; en d'autres termes, que l'hypothèse d'un recul dans un semblable appareil revient à l'idée d'un accroissement de la capacité de l'enveloppe correspondant à l'écoulement du liquide.

L'auteur, examinant ensuite ce qui se passe dans une machine de recul, telle qu'une fusée d'artifice, par exemple, et le comparant avec ce qui a lieu dans la poche élastique suspendue à son cercle d'orifice, fait voir qu'il existe une différence essentielle entre les machines à recul et la poche contractile *suspendue*. Dans cette dernière, et par le fait même de son mode d'action, existe une résistance au recul qui est toujours au moins égale à la tendance même que le système pourrait avoir à reculer.

(Nous donnerons la fin de cette séance dans le prochain numéro.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

L'Académie des sciences a procédé, dans sa séance du 13 août, à la nomination des deux candidats qu'elle doit présenter pour la chaire d'anthropologie du Muséum.

Pour le premier candidat (nombre de votants, 47) :

M. de Quatrefages a obtenu	32 suffrages.
M. Gratiolet	12 —
M. Hollard	1 —

Pour le deuxième candidat :

M. Gratiolet a obtenu	35 suffrages.
M. Hollard	6 —
M. Jacquart	3 —

En conséquence, les candidats présentés par l'Académie sont : en première ligne, M. de Quatrefages; en seconde ligne, M. Gratiolet.

—Par arrêté du 9 août, sont chargés de présider les sessions d'examen des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, qui doivent avoir lieu pendant le mois de septembre prochain :

Pour les écoles situées dans les académies de Paris, de Douai et de Caen, MM. Grisolle, professeur à la Faculté de médecine, et Bussy, directeur et professeur de l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris;

Pour les écoles situées dans les académies de Rennes et de Poitiers, MM. Denonvilliers, professeur à la Faculté de médecine, et Guibourt, professeur de l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris;

Pour les écoles situées dans les académies d'Aix, de Grenoble, de Clermont, de Toulouse et de Bordeaux, MM. Jaumes, professeur de la Faculté de médecine, et Bérard, professeur de l'Ecole supérieure de pharmacie de Montpellier;

Pour les écoles situées dans les Académies de Nancy, de Besançon, de Lyon et de Dijon, MM. Ehrmann, professeur à la Faculte de médecine, et Oppermann, directeur et professeur de l'Ecole supérieure de pharmacie de Strasbourg.

— Depuis les dernières nouvelles que nous avons données de la marche du choléra à Liége (*Voir* notre numéro du 30 juillet), le nombre des décès y a presque doublé. Ainsi, pendant tout le mois de juillet, il ne s'est jamais élevé à plus de 11, tandis que dans la première dizaine d'août plusieurs jours ont vu 21 décès. Nous n'avons pas connaissance que la maladie ait pris autant de développement sur aucun autre point du territoire belge.

— Les derniers relevés du *Registrar général* sont très favorables. Ils indiquent que la santé publique est en ce momennt meilleure en Angleterre qu'elle ne l'avait été depuis 1849 à pareille époque de l'année. Cependant quelques cas de choléra persistent à se montrer à Londres, mais à Londres seulement. Dans la semaine qui a fini le 11 août, il y en a eu 5.

— M. P. Broca, chirurgien par intérim de l'hôpital Saint-Antoine, commencera, le lundi 21 août, des conférences cliniques dans lesquelles il s'occupera surtout des applications du microscope à la clinique chirurgicale. — La visite aura lieu à huit heures. Les conférences commenceront à neuf heures et demie et auront lieu les lundis, mercredis et vendredis. Les élèves seront gratuitement exercés au maniement du microscope.

Depuis quelques jours un grand nombre de confrères des départements nous ont apporté leur collection de 1854 pour l'échanger contre un volume relié de la même année. Il est rare qu'il ne manque pas quelques numéros à ces collections, et par une singulière coïncidence, c'est surtout dans le mois d'août que se trouvent ces numéros manquants, si bien que tous ceux que nous avions en réserve sont épuisés. Nous prions donc instamment ceux de nos abonnés qui ne font pas collection de nous renvoyer les numéros 91, 93, 95, 98, 99, 101, 102 et 103, du mois d'août 1854, qu'ils pourraient retrouver; nous leur en tiendrons compte à raison de 20 centimes par numéro.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 22 aout 1855.

Séance de l'Académie de Médecine.

Un rapport de M. Bégin et une lecture de M. Vigla ont fait les principaux frais de cette séance. On n'a pas oublié la discussion retentissante qui a eu lieu il y a quelques mois à l'Académie sur le cancer. Vers la même époque, M. le docteur Chapel, chirurgien de l'hôpital de Saint-Malo, reprenant cette question sous un point de vue clinique, communiquait un travail sur le cancer de la face et le traitement qu'il convient de lui opposer. Le point pratique que notre honorable confrère s'est spécialement proposé d'examiner est le choix à faire entre les caustiques et l'instrument tranchant. Les faits qu'il a recueillis l'ont portés à conclure que dans les cas de cancroïde de la face l'ablation par l'instrument tranchant est généralement préférable : les caustiques irritant, exaspérant le mal et en précipitant les progrès lorsqu'ils ne guérissent pas, tandis que l'ablation par l'instrument tranchant, au contraire, lorsqu'elle doit être suivie de récidive, a l'avantage, du moins dans la majorité des cas, de procurer un soulagement immédiat et une guérison temporaire plus ou moins prolongée. Tel est aussi l'avis de M. le rapporteur, qui, sur tous les points, s'est associé aux conclusions formulées dans le mémoire, et n'a exprimé qu'un seul regret, c'est que M. Chapel n'ait pas donné sur l'action des différents caustiques des renseignements suffisants, et qui eussent pu contribuer à décider péremptoirement la question.

La lecture de M. Vigla a eu pour objet la relation d'un fait intéressant à un double titre, comme diagnostic et comme traitement. Il s'agit d'un cas de kyste hydatique intra-thoracique, l'un des premiers, sinon le premier, qui ait été reconnu pendant la vie et dont la guérison a été obtenue par la ponction suivie d'une injection iodée. Nous reproduirons cette importante observation dans le numéro prochain, avec les réflexions et les commentaires auxquels elle a donné lieu, nous bornant à constater ici le vif intérêt avec lequel l'Académie a accueilli cette lecture.

M. Brachet (de Lyon) a communiqué ensuite quelques observations dont le but serait de démontrer que l'acétate de plomb administré à l'intérieur jouit d'une action spéciale astringente et *crispante* (pour nous servir des expressions mêmes de l'auteur) sur les vaisseaux, dont on peut tirer un parti utile dans le traitement des anévrismes et de l'hypertrophie récente et peu avancée du cœur. Nous ne saurions nous prononcer sur la valeur de ces observations, dont il ne nous est pas possible de reproduire ici tous les détails ; mais, d'après un simple aperçu, il nous a paru, quelque confiance d'ailleurs que nous inspire le nom de M. Brachet, qu'elles demandaient confirmation — Dr Brochin.

HOPITAL SAINTE-EUGÉNIE. — M. Bouchut.

Croup. — Trachéotomie. — Guérison.

On a tant de fois infructueusement pratiqué la trachéotomie dans les hôpitaux de l'enfance contre l'asphyxie du croup, qu'il y aurait lieu de désespérer du succès de cette opération dans ces établissements si de temps à autre un fait de guérison ne venait démontrer son utilité. Pendant fort longtemps toutes les opérations de croup faites à l'hôpital ont échoué. C'est depuis les perfectionnements apportés au traitement consécutif que de rares guérisons ont prouvé la possibilité du succès (ce qui avait été nié), et la nécessité d'ouvrir un passage à l'air dans les voies aériennes lorsque l'asphyxie paraît imminente.

En voici un exemple accompagné de circonstances curieuses qui méritent d'être étudiées au double point de vue de la pathologie du croup et de la trachéotomie.

Pauline Mulot, quatre ans et demi, entrée le 27 juin 1855, a été vaccinée. Le père est assez délicat ; la mère est bien portante, et il y a un frère en bonne santé ; cinq frères et sœurs sont morts en assez bas âge, et l'une est morte du croup à l'âge de quatre ans. L'enfant a eu une légère coqueluche ; mal aux yeux (blépharo-kérato-conjonctivite) pendant deux mois, il y a environ deux ans. Elle a eu le scorbut à trois ans et demi. Elle a une constipation qui alterne avec la diarrhée. Elle est sujette à s'enrhumer. Elle a eu des gourmes et des ganglions cervicaux engorgés, aujourd'hui guéris ; prurigo sur tout le corps. Il y a trois semaines que l'enfant a été prise de mal de tête, de malaise général et d'accès de suffocation dans la nuit. Il y a trois jours survinrent des crachements de sang, la toux et la voix rauques, et la mère, tous les quarts d'heure, extrayait de la bouche et de la gorge des fausses membranes, dont quelques-unes atteignaient la longueur de 8 à 10 centimètres ; ces fausses membranes étaient fétides, jaune verdâtre, accompagnées d'un peu de sang. La respiration semblait d'ailleurs très libre.

28 juin. *Etat actuel.* — Enfant assez forte et bien développée ; toux rauque, assez forte ; inspiration difficile, sifflante ; expiration également pénible ; pas de suffocation. Le cou n'est point gonflé, et *il n'y a pas d'engorgement des ganglions cervicaux.* Langue un peu blanche. Le fond de la gorge est rouge, et les amygdales assez fortement tuméfiées ; à gauche, l'une d'elles présente une petite tache blanche adhérente, formée par une fausse membrane ; il n'y en a point d'autres dans l'arrière-gorge. La résonnance de la poitrine est bonne, et la respiration est faible ; on entend des deux côtés des râles sibilants et ronflants, et l'on perçoit la transmission des bruits laryngés. L'enfant a vomi dans la soirée et a eu une garde-robe. La peau est modérément chaude, et le pouls à 120. — Julep ; sulfate de cuivre, 0,15 centigrammes.

Le 29, l'enfant a vomi plusieurs fois dans la journée et *a rejeté des débris de fausses membranes.* Le soir, la respiration était plus facile ; mais dans la nuit, vers cinq heures du matin, un accès de suffocation suivi de plusieurs autres a indiqué l'imminence de l'asphyxie. A huit heures, l'enfant était très agitée, à moitié sans connaissance ; les pupilles contractées, les lèvres bleues, le visage cyanosé, la respiration bruyante, serratique ; les extrémités froides, et le pouls à 120.

Trachéotomie. — L'enfant, placée sur le dos et la tête renversée, étouffe davantage et menace de périr. Après l'incision de la peau, l'ouverture de la trachée et des parties molles est faite d'un seul coup, de manière à parer aux dangers de l'asphyxie ; il en résulte une hémorrhagie veineuse qui forme un caillot d'environ 30 grammes au-dessous de la canule, et qui fournit ensuite un petit écoulement de sang clair pendant deux heures. L'enfant, après le placement de la canule, ne reprit point connaissance et resta cyanosée, respirant avec peine. Le pouls, un instant insensible, revint au bout d'un quart d'heure et se maintint, variant de 108 à 120 pulsations; *des fausses membranes longues de 2 à 3 centimètres furent rejetées par la canule,* et au bout de deux heures la respiration se rétablit, la connaissance revint. L'hémorrhagie s'était arrêtée. Un peu de vin chaud acheva de ranimer l'enfant, et dans la journée elle fut assez forte pour se lever seule sur son lit. La nuit a été assez bonne.

Le 30, ce matin l'enfant est couchée sur le côté, à moitié endormie, et respire facilement (45 respirations ; son teint est rose, animé ; sa peau est chaude, et le pouls à 140. — Julep gommeux ; tartre stibié, 0,10 centigr. ; sirop diacode, 15 grammes.

Le 1er juillet, l'enfant a vomi plusieurs fois, et on a suspendu la potion au bout de trois cuillerées. La journée a été bonne, et du bouillon a été pris par petites cuillerées à café. *Expectoration de fausses membranes canaliculées, longues de 3 centimètres et larges d'un demi-centimètre.* — Bouillon ; julep ; tartre stibié, 0,10 centigr. ; sirop diacode, 15 grammes.

Le 2, l'enfant n'a pas vomi, bien qu'elle ait avalé la potion presque tout entière. Une garde-robe solide. L'enfant est très bien, joue assise sur son lit ; elle est peu gênée en respirant, et elle tousse assez souvent. *Elle a encore expectoré des fausses membranes.* L'auscultation ne révèle dans la poitrine que les bruits qui se passent au niveau de la canule. — Même traitement. Bouillon.

Le 3, un vomissement ; pas de diarrhée. L'enfant tousse assez fréquemment ; elle rend des mucosités *et des fausses membranes de 3 à 4 centimètres de long.* L'auscultation permet d'entendre l'inspiration naturelle et l'expiration ronflante. Pouls à 120. La plaie du larynx, un instant recouverte de fausses membranes, a été cautérisée. L'enfant demande à manger. Un peu de pain ; bouillon. — Même traitement.

Le 4, elle n'a pas rendu de fausses membranes ; elle tousse assez souvent et sa respiration est très facile. Pas de vomissement, ni de diarrhée. Bon sommeil dans la nuit. Elle a pris du bouillon et un peu de pain.

Elle n'a pris que la moitié de sa potion chaque jour. — Même traitement.

Le 5, l'enfant n'a pas rendu de nouvelles fausses membranes ; elle tousse et expectore des mucosités. Ce matin, *on enlève la canule* et on ferme à demi la plaie par du taffetas d'Angleterre. Il en résulte une gêne de la respiration ; mais au bout d'un instant l'enfant essaye de respirer par la bouche et rend quelques mucosités. — On supprime la potion stibiée. Deux potages.

Le 9, tous les jours la plaie se rétrécit et ses bords se rapprochent ; on en maintient les bords, après les avoir cautérisés par le nitrate d'argent, au moyen de bandelettes de taffetas d'Angleterre. Aujourd'hui la plaie est presque entièrement fermée, et il n'en sort qu'une très petite quantité d'air et de mucus. L'état général est très bon; une garde-robe par jour ; l'enfant se lève et se promène dans la salle. Elle mange.

Le 15, elle parle encore à voix basse, mais elle se fait comprendre ; la toux est encore un peu rauque, la plaie ne présente plus qu'une petite ligne très étroite qui tend à la cicatrisation. On cautérise chaque jour légèrement les bourgeons charnus un peu saillants. Elle mange.

Le 18 juillet, elle parle d'une voix plus forte. Sa plaie est complétement fermée ; son état général est excellent. Elle sort guérie.

Dans cet exemple de croup, la maladie a débuté par le fond de la gorge ; les amygdales étaient couvertes de fausses membranes au moment de l'entrée à l'hôpital, et à ce moment on pouvait espérer que la diphthérie, combattue à temps, ne s'étendrait pas au larynx et aux bronches. Il n'en a rien été, et soit que la médication ait été tardive ou insuffisante, dès le lendemain de l'entrée à l'hôpital les troubles de la respiration laryngée indiquèrent l'extension du mal au larynx. Cet organe avait-il été atteint et débarrassé avant l'arrivée dans les salles? C'est possible, si l'on en doit croire les renseignements fournis par la mère relativement à l'expulsion de fausses membranes de 8 à 10 centimètres. Mais comme ce fait n'a pu être vérifié, il y a lieu de conserver des doutes à son égard. Quoi qu'il en soit, le larynx, libre le jour de l'entrée, a été pris dès le lendemain, et en vingt-quatre heures, après des vomissements provoqués par le sulfate de cuivre, et le rejet de fragments pseudo-membraneux, des accès de suffocation suivis de cyanose, et dangereux pour la vie, obligèrent à pratiquer l'ouverture de la trachée.

Cette opération, si heureusement réussie, a été traversée par les accidents les plus graves. L'état d'asphyxie était si prononcé, qu'en mettant l'enfant sur le dos, le renversement de la tête en arrière, destiné à faire saillir la trachée, fut suivi d'une crise indiquant une mort prochaine. Au lieu de procéder méthodiquement couche par couche et lentement, comme l'indique M. Trousseau, on opéra très vite et sans écarter les muscles et les veines de chaque côté de la ligne médiane, afin d'arriver plus rapidement sur le tuyau aérien. Après avoir incisé la peau et reconnu le cartilage cricoïde, la trachée fut ouverte, en même temps que le tissu cellulaire, les muscles et les vaisseaux veineux du cou. Il y eut à ce moment une petite hémorrhagie veineuse que l'introduction de la canule ne put arrêter. Pendant deux heures, et sans que la perte de sang eût été assez forte pour produire la syncope, l'enfant resta sans connaissance, à demi asphyxiée, pâle, le pouls faible, et ne respirant qu'à chaque bouffée d'air qu'on lui soufflait au visage. Elle ne revint pas un seul instant à elle après l'ouverture de la trachée et l'introduction de la canule ; ce n'est qu'au bout de deux heures que la respiration s'établit et que les accidents asphyxiques disparurent. Aussitôt le rétablissement des fonctions respiratoires l'hémorrhagie s'arrêta, et tout marcha pour le mieux.

On peut donc se demander si dans cette circonstance la trachéotomie expéditive a été la cause d'une hémorrhagie compromettante pour les jours de l'enfant, ou si, au contraire, l'asphyxie et l'impossibilité des mouvements respiratoires consécutifs à l'opération n'ont pas été la cause de l'hémorrhagie. Là est toute la difficulté. On sait, en effet, qu'après toute trachéotomie il y a un écoulement de sang immédiat qui s'arrête au moment du rétablissement de la respiration, et il est probable que cette circonstance a joué le principal rôle dans l'accident en question.

Il n'est donc pas tout à fait exact de dire qu'il n'y a jamais d'hémorrhagies à craindre chez les enfants dans la trachéotomie ; le fait qui précède serait une preuve du contraire s'il n'y en avait beaucoup d'autres. Il y a eu cette année même à Sainte-Eugénie et à l'hôpital des Enfants deux cas de mort par hémorrhagie dans l'opération. Ce ne sont certainement pas les seuls, on peut l'affirmer très hardiment.

Quoi qu'il en soit, après deux heures de périls passées dans l'incertitude d'une asphyxie qui ne cessait point nonobstant l'ouverture de la trachée et malgré un suintement de sang que sa durée rendait de plus en plus grave, l'enfant, qu'on ne quitta pas et sur le visage de laquelle on soufflait de l'air, revint à la vie.

A dater de cet instant, tout se passa à merveille. Pendant trois jours, des fausses membranes, que la religieuse recueillait et clouait sur des planchettes, furent rejetées au dehors. Une longue cravate

de gaze de coton trois fois enroulée autour du cou et renouvelée autant qu'il le fallait laissait passer l'air dans sa trame, et empêchait l'introduction de la poussière et l'action du froid dans les bronches. Pendant cinq jours, une potion stibiée antiplastique fut administrée sans accidents de superpurgation. On donna promptement du bouillon, puis du pain, et au sixième jour on enleva la canule. Il y eut bien d'abord quelque embarras; l'enfant préférait respirer par son tube, mais on ne rapprocha pas complétement les bords de la plaie.

Le lendemain, la réunion fut plus serrée, et elle fut complète au troisième jour. Un seul accident eut lieu, c'est l'apparition de fausses membranes sur les bourgeons charnus du cou. Une simple cautérisation par le nitrate d'argent les fit disparaître; à part cette complication, la cicatrisation se fit rapidement, et elle était entière au douzième jour.

Rougeole parotide à droite. — Infection purulente. — Mort.

Jean (Pauline-Honorine), âgée de dix ans, vaccinée, est entrée l'hôpital Sainte-Eugénie; salle Sainte-Marguerite, n° 15, le 17 mars dernier.

Née de parents assez bien portants (mère morte des suites de choléra), cette enfant n'a jamais été malade; elle n'a eu ni gourmes ni glandes. Elle est bien développée, robuste. Prise, il y a trois jours, de malaise général, courbatures, puis de vomissements et de diarrhée, elle n'a pas eu d'épistaxis, pas d'éternument; mais les yeux sont larmoyants depuis hier, et l'enfant se plaint de la gorge (celle-ci est rouge). Douleur dans les deux côtés de la poitrine, sous l'aisselle, depuis trois jours; l'enfant toussait déjà un peu auparavant. Fréquentes envies de vomir.

Etat actuel. — L'enfant est assez forte et bien développée, abattement considérable; le visage est gonflé, surtout aux paupières, aux joues et aux narines; les yeux sont rouges, larmoyants; cette nuit une éruption s'est montrée sur le corps, et ce matin la face est couverte de petits points rouges isolés en divers points, réunis sur d'autres, de manière à former des taches plus grandes, irrégulières. L'éruption commence à se montrer sur la poitrine, sur les cuisses et sur les mains. La gorge est un peu douloureuse, et il y a de la rougeur au pharynx; l'enfant tousse souvent, fort et sec, comme dans la toux férine; aucun bruit anomal dans la poitrine.

La langue est jaune au milieu, rouge sur les bords; quelques efforts de vomissements; l'enfant rejette des matières demi-liquides, jaunâtres; le pouls est très fréquent, 136. — Looch blanc; sirop diacode, 15 grammes; tilleul, etc.

Le 19, l'éruption s'est très étendue; le visage et les membres en sont couverts. La toux persiste aussi fréquente; un peu de râle sibilant dans la poitrine; trois garde-robes liquides; le pouls à 140. — Looch blanc; sirop diacode, 15 grammes.

Le 20, l'éruption est moins apparente sur le visage et sur les membres et offre une teinte un peu violacée; l'enfant tousse toujours beaucoup; à droite et en arrière de la poitrine il y a un peu de râle crépitant; rien ailleurs. Elle est très agitée; la nuit elle a eu un peu de délire; le pouls à 120. — Looch blanc; quatre ventouses scarifiées à la base de la poitrine à droite.

Le 21, l'enfant a été moins agitée; elle tousse toujours beaucoup, et il y a encore un peu de râle sous-crépitant à droite. La peau est assez chaude et sèche; le pouls à 132. On voit toujours sur le corps et le visage les traces de l'éruption de rougeole. — Looch, sirop diacode.

Le 23, l'éruption a complétement disparu et l'enfant est gênée pour respirer; elle tousse et est agitée la nuit. La face est abattue, et il y a un peu de stupeur. La résonnance de la poitrine est bonne, et partout il y a du râle sous-crépitant, surtout au sommet des poumons. — Sirop d'ipéca, 30 grammes; poudre d'ipéca, 0,50 centigr.

Le 24, délire la nuit, qui a cessé ce matin. L'éruption a tout à fait disparu. L'enfant tousse un peu, et présente encore des râles sibilants et sous-crépitants dans les deux côtés de la poitrine. Depuis hier une douleur s'est montrée sous l'angle de la mâchoire, et elle est suivie d'un gonflement considérable de la glande parotide droite, ce qui empêche la bouche de s'ouvrir. Le pouls est à 124. — Quatre sangsues sur la tumeur.

Le 25, la nuit a été calme; les sangsues ont coulé pendant quatre heures. La tumeur parotidienne n'a pas diminué. La peau est rouge, tendue et la pression douloureuse. Soif fréquente, un peu de diarrhée; l'enfant tousse toujours. Râle sous-crépitant à droite, pouls à 128. — Looch blanc, sirop diacode.

Le 26, la tumeur a le même volume, aussi dure et la peau rouge. Le mal de gorge est un peu moindre; l'enfant peut ouvrir la bouche et tirer la langue. L'oreille est le siége d'un écoulement séreux. Depuis ce matin quelques plaques d'urticaire; pouls à 120.

Le 27, même état de la tumeur. L'urticaire a en partie disparu. Elle a 136 pulsations.

Le 28, la tumeur a augmenté; elle est rouge; la peau s'amincit au sommet, et il existe une fluctuation évidente au-dessous du lobule de l'apophyse mastoïde. L'oreille jette beaucoup. Il est revenu de nouvelles plaques d'urticaire. — Cataplasmes; incision de la tumeur.

Le 29, l'ouverture pratiquée a donné issue à une grande quantité de pus, qui sort également par l'oreille. La tumeur n'a pas sensiblement diminué, mais elle est plus molle, et la peau est aussi rouge. L'enfant entend mieux, ouvre la bouche et peut sortir la langue. La toux est un peu moindre. Plusieurs garde-robes liquides et l'enfant a rendu six lombrics. Le pouls est à 128. — Cataplasmes.

Le 30, il apparaît un peu de desquammation sur le visage et sur le corps. Il y a de la diarrhée verte, fréquente. La tumeur jette abondamment et perd un peu de son volume. Pouls à 120.

Le 31, la tumeur a diminué notablement depuis hier.

Le 2 avril, la tumeur a considérablement diminué, et la suppuration est très abondante, d'où résulte une sorte de macération du lobule de l'oreille. Il y a de la diarrhée; la soif est ardente. Pouls très fréquent, à 144.

Le 3, dans la nuit, l'enfant a été prise de malaises et de gêne à respirer; elle a vomi et a paru moins souffrir. La diarrhée persiste, mais elle est moindre. Le visage est bleuâtre, l'oreille sèche; la suppuration se tarit. L'enfant tousse toujours un peu, et sa respiration paraît très gênée, à 56 respiration. L'haleine est un peu froide et le nez refroidi; les mains sont un peu livides; le pouls excessivement faible, presque impossible à saisir; 140 pulsations. — Vésicatoire entre les deux épaules.

Mort à dix heures du matin.

Autopsie. — L'incision pratiquée pendant la vie est prolongée en haut et en bas, et elle permet de constater d'abord que la parotide droite a été presque complétement détruite par la suppuration (à peine si quelques lobules restent du côté de la joue). La suppuration a dénudé une portion de la face inférieure du rocher de la largeur d'une pièce de 20 centimes; et un peu plus en dehors on fait facilement pénétrer le stylet dans une ouverture qui communique avec le conduit auditif externe (dans sa portion cartilagineuse), mais le tympan est intact. En bas, la suppuration a fusé dans l'épaisseur du muscle sterno-cléido-mastoïdien (ses deux couches superposées sont comme disséquées); et sans pénétrer dans l'articulation sterno-claviculaire, elle a passé au-dessous, franchi les insertions inférieures des muscles, pour pénétrer dans le médiastin antérieur jusqu'à 3 ou 4 centimètres. Les organes contenus dans cette partie du médiastin sont intacts. Les parois d'ailleurs de ce trajet purulent semblent parfaitement limitées par la gaîne du muscle sterno-mastoïdien, de même que celles du foyer parotidien le sont par l'aponévrose pharyngienne. Le pus ne communique donc pas avec le pharynx.

Les poumons sont tous deux fortement colorés (rouge livide) à la base et en arrière. Dans le poumon droit, cette portion congestionnée est un peu dure au toucher, et à la coupe on y distingue plusieurs petits noyaux noirs ressemblant à de petits foyers apoplectiformes, et au milieu desquels se trouve du pus blanc-verdâtre. Un foyer un peu plus considérable, et renfermant du sang noir, existe au niveau de l'incision du lobe inférieur et du lobe moyen. A gauche, dans la même partie, on trouve encore quelques-uns de ces petits points noirs, mais pas de foyers purulents.

Le foie est un peu décoloré; pas d'abcès. L'intestin grêle est le siége d'un peu de rougeur, surtout dans sa partie inférieure. Les plaques de Peyer sont intactes, et les follicules simples sont saillants et gonflés. Pas d'ulcérations.

Dans le gros intestin, rougeur et développement des follicules.

Les reins, la rate, le cœur et le cerveau sont sains.

Cette observation de rougeole est fort curieuse par les complications graves dont elle offre l'exemple. La parotide et l'infection purulente sont en effet deux accidents qui n'ont encore jamais été observés, ou du moins qui n'ont encore jamais été indiqués dans les traités spéciaux des maladies de l'enfance.

Le diagnostic de la rougeole n'est pas douteux, et c'est le premier point à établir. Après plusieurs jours de malaise, de courbature et de vomissements, il est survenu de l'ophthalmie, de la toux férine, et une éruption caractéristique de taches et de points rouges formant des plaques irrégulières, séparées par des intervalles de peau restée blanche. L'éruption a passé et n'a pas été suivie de desquammation. Pendant toute sa durée, une bronchite assez intense, caractérisée par le râle sibilant et sous-crépitant, a marqué la participation des bronches à l'éruption rubéolique.

C'est au bout de sept jours seulement que la glande parotide droite, devenue douloureuse, a pris un développement considérable, et que, constituant le point de départ d'un phlegmon très étendu, elle a disparu dans un foyer purulent compliqué de décollement de la peau des parties voisines du cou jusque dans le médiastin antérieur. En quatre jours, malgré l'application des sangsues, la parotide est arrivée à suppuration, et quatre jours plus tard, au moment de l'amélioration par l'incision du foyer, des phénomènes de résorption purulente ont déterminé la mort de l'enfant.

C'est d'ailleurs ainsi que succombent les malades affectés de parotides dans les fièvres graves. Une suppuration de mauvaise nature succède au phlegmon primitif, le pus devient sanieux, irritant pour les parties molles voisines, qui s'excorient et s'ulcèrent. Mais l'état général s'aggrave tout à coup, le pouls faiblit et disparaît; la peau devient livide; la température du corps s'abaisse, surtout au visage et aux extrémités, et les malades succombent ayant quelquefois toute leur intelligence, comme chez la petite fille dont on vient de lire l'observation.

Outre cette terminaison malheureuse et si commune d'ailleurs de la parotide, il y a dans ce cas particulier un fait rare qui n'existe pas toujours dans les autres cas de parotide terminés par la mort, nous voulons parler de l'infection purulente démontrée par les petits foyers apoplectiques et purulents des poumons. En effet, chez cette enfant, bien que les grosses veines du cou n'aient point été affectées par le phlegmon parotidien, le décollement des parties molles traversées par le pus aura été le point de départ de l'absorption de matériaux du pus, qui auront à leur tour engendré la pyohémie. Un poumon était rempli de petits foyers apoplectiques lobulaires, parmi lesquels quelques-uns renfermaient également du pus.

Cette lésion, rare avec la parotide, explique le changement subit survenu dans l'état général de l'enfant et permet mieux d'apprécier la marche rapide des accidents qui ont marqué la fin de sa vie. On sait en effet combien, en général, est prompte dans ces cas la marche des accidents qui amènent irrévocablement la mort.

HOTEL-DIEU DE MARSEILLE. — M. COSTE.

Opération de bec-de-lièvre.

Louis Faller, âgé de sept ans, né à Marseille, est entré le 5 juillet à l'hôpital, affecté de la division congénitale de la lèvre supérieure gauche qu'on nomme bec-de-lièvre. Cet enfant présente tous les caractères de la constitution scrofuleuse.

Le 14 du même mois, M. Coste l'a opéré d'après son procédé. Pour la description du manuel opératoire, je vais citer les paroles de M. Coste : « Après avoir coupé le frein de la lèvre, j'enlève, par deux coups de ciseaux, dont l'un est vertical et l'autre horizontal, l'angle du bord droit de la division. L'incision verticale a environ deux lignes, et la seconde trois. Je fais ainsi une demi-charnière dans laquelle entrera un petit lambeau que je taille sur l'angle du bord gauche au moyen de deux autres sections disposées en sens inverse des premières, mais auxquelles j'ai soin de donner exactement la même étendue, afin qu'il y ait une parfaite harmonie entre les dimensions du lambeau et la capacité de la demi-charnière qui doit le recevoir. Cela fait, je rafraîchis le bord droit très près de la solution de continuité, et le bord gauche plus en dehors, en faisant partir l'instrument du point où s'est arrêtée l'incision horizontale. » (*Manuel de dissection*, p. 576. Paris, 1847.)

M. Coste a mis ensuite un point de suture entrecoupée pour unir l'angle saillant du bord droit dans l'angle rentrant du bord gauche. Puis il a placé deux épingles de Charrière pour faire la suture entortillée. La première a été mise au-dessus du bord libre de la lèvre pour unir le lambeau à la demi-charnière, et la seconde entre le point de suture entrecoupée et l'extrémité de la solution de continuité, du côté de la narine.

Par ce mode opératoire, on enlève un morceau de la lèvre plus considérable que dans l'avivement ordinaire. C'est précisément cette modification qui donne au procédé de M. Coste sa supériorité, car l'angle arrondi disparaît totalement des deux côtés de la solution de continuité. La réunion ne s'en fait pas moins facilement. Le tissu labial étant doué d'une très grande laxité, on peut combler aisément le vide laissé par la perte de substance.

Le 16, on a retiré les épingles. Quarante-six heures étaient à peine écoulées depuis l'opération. La réunion était parfaite. Cette circonstance confirme les idées de M. Coste sur ce point de pratique. En effet, ce chirurgien pense qu'après quarante-huit heures au plus la réunion doit être complète, et que par conséquent on a tort de laisser les épingles trois et quatre jours, comme font certains praticiens; ensuite il a remarqué que le séjour prolongé des épingles faisait suppurer les points où elles se trouvaient.

Le 19, on a enlevé les points de sutures entrecoupées.

Le 20, le malade a pu manger des biscuits.

Donc, après cinq jours, magnifique résultat, cet enfant a été complétement guéri, et sa bouche n'a présenté aucune difformité. Par ce procédé, le bord libre de la lèvre ne présente *jamais*, du moins entre les mains de M. Coste, au niveau de la cicatrice, la petite dépression, l'encochure que l'on ne peut éviter lorsque l'on emploie la méthode des anciens chirurgiens. On évite l'encochure par ce mode opératoire, parce que les angles arrondis de la solution de continuité disparaissent, parce que la rétractilité que le travail de cicatrisation fait éprouver aux tissus environnants ne se manifeste pas. En effet, puisque la surface de cicatrisation est sinueuse et les lambeaux étant entre-croisés, les tiraillements des tissus qui se cicatrisent s'entre-croisent aussi, et toutes les petites résultantes que ces tiraillements déterminent se détruisent mutuellement. Dans l'ancien procédé, au contraire, les deux surfaces de cicatrisation présentent une assez grande longueur; les forces opposés ne trouvent plus de résistance vers la fin de la solution de continuité; les tiraillements l'emportent sur la force du tissu cicatriciel. Alors les lambeaux s'écartent un peu à l'union du bord interne et du bord externe de la lèvre.

NICOLAS L. EMILE, élève en médecine.

DE LA CAUTÉRISATION DES BOURRELETS HÉMORRHOIDAUX par le fer rouge.

Par M. le Dr DE BEAUVAIS, chef de clinique de l'Hôtel-Dieu.

Récemment, M. Jobert (de Lamballe) pratiquait une cautérisation à l'aide du caustique de Vienne sur un jeune homme affecté de bourrelets hémorrhoïdaux d'un médiocre volume, mais accompagnés d'hémorrhagies fréquentes, de fissure anale, de prolapsus du rectum, et par suite de douleurs intolérables. Dans les considérations cliniques qui ont précédé l'opération, j'ai été frappé d'une chose remarquable : c'est que dans la discussion des procédés opératoires applicables, ce professeur, d'une science et d'une habileté pratique bien connues, n'a mis en regard que deux méthodes, ou plutôt deux moyens qui sont, à vrai dire, de la même famille : les caustiques et le cautère actuel. Il a donc proclamé hautement, et par expérience, la déchéance des autres procédés opératoires, notamment de l'excision. Mais dans la préférence qu'il accorde au caustique de Vienne sur le caustique solidifié de Filhol, si vanté par M. Amussat, sur l'acide nitrique employé par John Houcton, j'ai cru reconnaître un peu de partialité contre le fer rouge, ce favori d'autrefois de l'illustre professeur.

Voici les termes du procès :

La cautérisation avec le fer rouge prévient sûrement, dit-il, l'hémorrhagie, mais elle laisse *souvent* après elle des *rétrécissements incurables de l'anus.*

Partisan déclaré de cette méthode, dont je suis avec le plus vif intérêt, depuis 1846, les progrès incessants et les résultats heureux, dont j'ai tracé longuement l'histoire, le manuel opératoire et l'appréciation rigoureuse dans ma *thèse inaugurale* en 1852 (1), j'ai été vivement ému de ce grave reproche. J'ai remonté droit à

(1) *De la cautérisation des bourrelets hémorrhoïdaux par le fer rouge.* Chez Labé, 1852.

sa source; je me suis adressé à M. Jobert lui-même. Il m'a répondu avec une affectueuse obligeance que dans sa pratique personnelle jamais il n'avait eu à regretter un pareil accident à la suite de l'emploi du fer rouge, mais qu'en ville il avait été témoin plusieurs fois de rétrécissements incurables après des cautérisations faites par d'autres chirurgiens; que l'emploi du caustique de Vienne lui paraissait plus simple, moins effrayant, plus facilement applicable, en ville surtout, dans les cas de bourrelets peu volumineux, mais qu'en somme il avait obtenu des succès remarquables avec le fer rouge, et que dans le cas de tumeurs hémorrhoïdales considérables, accompagnées d'abondantes hémorrhagies et de prolapsus du rectum, le cautère actuel était souverainement préférable.

J'allais publier ces réflexions et les suivantes, lorsque, à mon grand étonnement, je lus dans plusieurs feuilles périodiques médicales un article intitulé *De la cautérisation des tumeurs hémorrhoïdales par le fer rouge*, sous le nom de M. le docteur Arthaud. Je ne fus pas moins surpris de retrouver mes citations, mes observations personnelles, mes conclusions, mes divisions d'articles, en un mot, l'ensemble et l'extrait réel de ma thèse, toujours sous le même patronage, sans qu'il fût un seul instant question de la source à laquelle le docteur Arthaud avait puisé *textuellement*, sans plus de respect pour la propriété de l'auteur.

Cette copie, d'ailleurs, n'ayant même pas le mérite d'être au niveau de la science et des faits, je crois important d'y répondre en la complétant par les détails suivants, qui n'ont pu, pour cause, m'être empruntés au même titre.

Si M. Arthaud avait parcouru depuis peu les salles de notre affectionné maître M. Boyer, il saurait que le chiffre des opérations de cette nature faites par ce chirurgien ne s'élève plus, comme ma thèse l'indiquait en 1852 dans un tableau comparatif, et comme il l'a répété, au nombre de 23 cautérisations, mais bien au total de 35; que depuis 1852 il n'y a pas eu un seul insuccès, partant pas un seul *rétrécissement de l'anus*.

Sur les six observations que m'a communiquées avec sa bonté habituelle M. le professeur Nélaton, et que j'ai rédigées de mon cru dans la même monographie, M. le docteur Arthaud a cru ne devoir copier textuellement et ne citer entièrement *sous son nom* que la dernière; pourquoi? Je l'ignore. Quant à moi, je les lui cède toutes; mais il me semble, dans la discussion pratique qui me dicte ces lignes, curieux de rappeler la deuxième observation (page 57).

« En 1846, un homme de cinquante ans, ayant un bourrelet » hémorrhoïdal bien prononcé, entre à l'hôpital Saint-Antoine. » M. Nélaton crut devoir tenter l'application du *caustique de » Vienne*; elle fut faite très énergiquement. Le malade accusa des » douleurs très vives; la cicatrisation fut lente. Au bout d'un an, » il rentre pour être opéré radicalement, car les hémorrhoïdes » n'avaient pas cédé à ce premier traitement. Le *fer rouge*, cette » fois, fut préféré. Une guérison facile et complète fut la consé- » quence de cette opération. »

Que dire en face d'une pareille expérience, en face de l'aveu même de M. Jobert, si ce n'est que le fer rouge, comme je le répétais dans mes conclusions de 1852, doit être plus que jamais aujourd'hui reconnu d'une application simple, rapide, facile et possible dans tous les cas?

La preuve la plus parlante n'est-elle pas l'extension de la méthode, la multiplicité des opérations qui ont été faites depuis quelques années et couronnées de succès; elles dépassent la centaine aujourd'hui. Citons à l'appui les noms de MM. Bégin, Boyer, Velpeau, Nélaton, Barthélemy (de Saumur), Jobert, Richet, Gosselin, Desormeaux, Adolphe Richard, Giraldès, Robert, Huguier, Denonvilliers, Després, Cusco, Demarquay, sans compter tous les faits que nous ignorons.

Le vœu que j'émettais dans ma thèse est donc réalisé; la généralisation spontanée de cette méthode, ses succès nombreux lui ont assuré désormais la préférence sur les autres procédés opératoires.

Cependant la meilleure des méthodes peut faillir dans certains cas. Le fer rouge amène souvent, dit M. Jobert, des rétrécissements incurables de l'anus. Le rétrécissement de l'anus n'est donc pas une fiction, comme le dit M. le docteur Arthaud. Il a eu lieu, nous en connaissons deux faits. Peut-on dire qu'il arrive *souvent*? Nous ne le croyons pas. Disons plus, ce triste résultat est l'exception absolue et non la règle. On cite cinq cas au plus sur cent cautérisations.

C'est un accident redoutable; y a-t-il un moyen de l'éviter à coup sûr? Sachons d'abord ce qui a pu le déterminer dans ces cas exceptionnels: une cautérisation trop profonde qui a intéressé la muqueuse et surtout les fibres du sphincter anal et par suite occasionné une cicatrisation vicieuse.

Comment éviter cette complication? Par une connaissance exacte de la forme, de la structure et des rapports du bourrelet qu'on doit opérer; par un soin indispensable et minutieux de ne pas dépasser pendant la cautérisation les limites que le fil placé à la base des tumeurs indique sûrement à l'opérateur; enfin par un pansement régulier et méthodiquement approprié de la plaie qui succède à la chute des eschares.

En principe, entre les deux extrêmes, mieux vaut cautériser trop légèrement que trop profondément. *In medio tutissimus ibis*, a dit Ovide.

Dans deux cas tout récents, notre ami et ancien collègue le docteur Viollet a obtenu en ville, à l'aide d'une cautérisation peu énergique, la destruction et la guérison radicale de bourrelets hémorrhoïdaux assez volumineux accompagnés de chute du rectum.

Et d'ailleurs, l'expérience générale le prouve, le rétrécissement de l'anus est un accident imputable à la manœuvre mal calculée, mal dirigée de l'opérateur; il n'est pas inhérent à la méthode. « *Non est vitium artis, sed artificis.* »

Si donc ce reproche est le plus grave, le plus sérieux qu'on puisse adresser à l'emploi du fer rouge, il tombe de lui-même, puisqu'il suffit d'un chirurgien prudent et attentif pour éviter un accident au demeurant prévu et prévoyable.

Ajoutons de plus, comme avantage exclusif du cautère actuel, que pour les praticiens éloignés des ressources des grandes villes, dans des cas très pressants d'hémorrhagies abondantes hémorrhoïdales, on peut se procurer partout des aiguilles, du fil, plusieurs tiges de fer cylindriques, un réchaud; tandis que la pâte de Vienne, l'acide nitrique, l'appareil ingénieux de M. Chassaignac ne sont pas toujours immédiatement à la portée ou à la disposition de l'opérateur.

Qu'il me soit donc permis d'effacer les craintes chimériques des chirurgiens timides ou prévenus en leur traduisant sincèrement ma profonde conviction sur l'excellence de cette méthode; elle est basée sur des faits cliniques de la plus haute valeur, imposants par leurs succès d'abord, par leur nombre ensuite, et surtout par les noms des maîtres illustres qui les patronent depuis une dizaine d'années.

DÉVIATION DU GROS ORTEIL CHEZ LES VIEILLARDS,

Par M. le professeur Nélaton.

M. Nélaton a appelé l'attention sur une affection assez commune chez les vieillards, et qu'on ne trouve décrite dans aucun livre; c'est une déviation singulière des orteils, et en particulier du gros orteil. M. Nélaton l'a souvent observée à Bicêtre; elle est très fréquente surtout chez les gens qui se livrent à des travaux pénibles et chez les indigents portant des chaussures mal faites. Elle se présente avec des caractères divers. Chez les uns, le gros orteil est porté en dehors, à ce point que la saillie du premier métatarse est mise à nu et recouverte par les téguments au lieu de répondre à la cupule de la phalange. C'est là la déviation la plus simple, ou plutôt la forme la moins accusée de cette déviation. Car, au lieu de venir se placer au côté des orteils voisins, le gros orteil passe par-dessus ces orteils et forme un angle droit avec le premier métacarpien. Tel est le cas d'un vieillard couché dans le service de M. Nélaton. Quelquefois, au lieu de passer par-dessus, le gros orteil passe par-dessous et se loge dans la rainure qui correspond aux articulations métatarso-phalangiennes.

Cette déviation, selon M. Nélaton, procède d'un fait unique, la rétraction du muscle extenseur du gros orteil. On voit en effet, avant que l'orteil se dévie, une corde formée par le tendon de l'extenseur propre. En même temps, il y a rétraction du tendon extenseur des quatre orteils voisins, et ceux-ci se luxent, non pas en dehors, mais ils reviennent sur eux en cou de cygne. On comprend qu'une disposition de cette nature soit gênante pour la marche et amène même des accidents sérieux. La portion du métatarse qui supporte des pressions continues agit comme corps étranger sur les téguments; elle les irrite, les use, les perfore, ainsi qu'on le voit chez le vieillard dont nous venons de parler. Que faire donc en pareil cas? Lorsque le sujet est encore peu avancé en âge et la luxation incomplète, il n'y a qu'un moyen d'arrêter les progrès de la déviation, c'est de pratiquer la section sous-cutanée du tendon de l'extenseur propre du gros orteil et d'en faire cicatriser les bouts à distance à l'aide d'un appareil convenable. Mais ici une pareille opération eût été faite en pure perte; les extrémités osseuses étant déformées, la cupule phalangienne oblitérée, la réduction de l'orteil dévié eût été impossible, et tout ce qu'on a pu faire pour ce malade a été de lui conseiller des chaussures en rapport avec la disposition défectueuse du pied. (*Journ. de méd. et de chir. pratiques.*)

Traitement très simple

POUR LA CURE RADICALE DE L'HYDROCÈLE.

Par M. le docteur Guillon.

Ce genre de traitement, que j'ai toujours employé avec succès depuis vingt-cinq ans, est un perfectionnement du procédé de Larrey, qui faisait la ponction de la tunique vaginale avec le bistouri, et plaçait ensuite dans la plaie un bout de sonde élastique de 9 centimètres de longueur.

Il consiste à introduire dans la tunique vaginale, par la canule, aussitôt qu'on a fait la ponction, une petite sonde très flexible qui, à mesure que le liquide sort, se replie sur elle-même en spirale. Cette introduction peut se faire sans que le malade s'en doute. On maintient cette sonde en place au moyen d'un lien fixé à son extrémité externe, qu'on noue au-devant du scrotum, après avoir formé autour une espèce de 8 de chiffre avec ce lien. Et pour éviter que cette sonde se dérange, on place le scrotum dans un suspensoir, ce qui permet au malade de se promener, s'il le veut, jusqu'à ce que la douleur et le développement de l'inflammation le forcent à garder le lit, pendant deux ou trois jours seulement.

On retire ce corps étranger lorsque la tumeur a acquis le double du volume du testicule, puis les choses se passent comme à la suite de toutes les opérations d'hydrocèle.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 21 août 1855. — Présidence de M. Jobert (de Lamballe).

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Epidémies. — Le ministre de l'agriculture et du commerce transmet un mémoire de M. le docteur Barret, médecin des épidémies de l'arrondissement de Carpentras (Vaucluse) sur les modifications à introduire dans le tableau nosologique des décès annexé à la circulaire ministérielle du 24 septembre 1853. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Pince-forceps. — M. Mérot, de Savenay (Loire-Inférieure), soumet à l'Académie un instrument qu'il désigne sous le nom de *pince-forceps*, à l'aide duquel il a pratiqué l'extraction d'un polype utérin; cet instrument pourrait servir, suivant l'auteur, pour amener au dehors de la vulve la matrice elle-même, dans les cas d'amputation de cet organe. (M. Depaul, commissaire.)

Traitement de la fièvre, etc. — M. le docteur Orange, médecin à Saint-Eugène (Algérie), propose un nouveau traitement pour la fièvre continue rémittente, intermittente, fièvre typhoïde, typhus, etc. (Commissaires: MM. Michel Lévy et Blache.)

La spedalskhed et la radesyge. — M. le docteur J. Delioux, médecin en chef de la marine à Brest, adresse un mémoire intitulé *De la spedalskhed et de la radesyge, maladies endémiques dans le nord de l'Europe.* (Commissaires: MM. Rayer et Gibert.)

Glairine des eaux minérales. — M. le docteur Aulagnier, médecin en chef de l'hôpital militaire de Sedan (Ardennes), adresse un travail ayant pour titre: *Recherches sur la glairine ou la barégine des eaux minérales.* (Commissaires: MM. Chevallier, Caventou, H. Gaultier de Claubry et Isid. Bourdon.)

Température de l'homme et des animaux. — M. João da Camera Leme (de Madère) adresse un mémoire sur la température de l'homme et des animaux. (Commissaires: MM. Longet et Guérard.)

RAPPORTS.

Remèdes secrets. — M. Robinet lit au nom de la commission des remèdes secrets une série de rapports dont les conclusions négatives sont adoptées sans discussion.

Cancer de la face. — M. Bégin lit en son nom et celui de MM. Robert et Jobert (de Lamballe) un rapport sur un mémoire intitulé *Du cancer de la face et du traitement qu'il convient de lui appliquer*; par M. le docteur Chapel, chirurgien en chef de l'hôpital de Saint-Malo.

Dans une discussion récente l'Académie s'est occupée, dit M. Bégin, de la curabilité du cancer en général. De l'ensemble de cette discussion est résultée la confirmation du principe depuis longtemps consacré dans la pratique, à savoir, que, toute réserve faite quant aux moyens à employer, la condition plus assurée de la guérison du cancer consiste dans la destruction, là où elles se manifestent, des altérations morbides ou des créations anomales qui les constituent.

Mais une question qui, pour être secondaire, n'a cependant guère moins d'importance que la question principale dans la pratique, celle du procédé opératoire le plus certain dans son action pour atteindre le but indiqué, est restée à peu près intacte, et laisse encore un certain nombre de chirurgiens dans l'indécision.

Sur ce fait qu'il faut avant tout, pour guérir le cancer, enlever de l'économie le tissu pathologique auquel on a donné ce nom, tout le monde est d'accord, ou à peu près.

Mais convient-il d'opérer cette soustraction par une destruction sur place au moyen de caustiques ou par l'ablation à l'aide de l'instrument tranchant? Ici se manifeste une divergence déjà fort ancienne, et dont les vicissitudes ne paraissent pas toucher à leur terme.

Resserrons encore les limites de la question. Pour tout chirurgien, il est des cancers profonds en rapport avec des organes importants, qui ne seraient pas soumis sans de grands dangers à la désorganisation opérée par des caustiques, dont l'action est souvent difficile à contenir dans des bornes rigoureusement déterminées, ou qui ne pourraient atteindre le mal qu'après avoir détruit de trop grandes épaisseurs de parties. Ici encore, sauf de rares exceptions, la divergence ne saurait exister.

Il n'en est plus de même dans les cancers superficiels, et plus particulièrement dans les cancers cutanés si fréquents au visage. Ces ulcérations épithéliales, ces cancroïdes, semblent au premier abord se prêter presque indifféremment, par leur structure et par la limitation ordinairement tranchée, à la destruction au moyen des agents désorganisateurs, et à l'ablation à l'aide de la division sanglante. Si, pour de bons esprits, la question est résolue dans sa formule générale, on en voit encore qui, dans certains cas particuliers, sont indécis, et se déterminent tantôt pour l'un et tantôt pour l'autre mode opératoire, selon la disposition que présente la maladie.

Et cependant il existe entre l'action du caustique et celle de l'instrument tranchant des différences tellement profondes, à tous les points de vue, qu'il y a encore lieu de reprendre l'examen comparatif des résultats qu'ils procurent, et de la préférence à leur accorder.

Tel est le sujet qu'a traité M. Chapel. C'est à l'aide de la clinique que ce chirurgien a voulu résoudre le problème. Il rapporte huit observations de cancroïde des lèvres ou du nez traités par les caustiques et par l'ablation. De ces huit malades, deux, chez lesquels la lèvre était le siége du cancer, ont été traités par les caustiques seulement, et ont succombé aux progrès incessants de leur mal.

Dans trois autres cas, le cancer siégeant également aux lèvres, des cautérisations plusieurs fois répétées l'ont exaspéré, et, les malades s'étant enfin soumis tardivement à l'ablation au moyen de l'instrument tranchant, ils n'ont obtenu que des guérisons temporaires, la maladie ayant récidivé quelques mois après avec altération des ganglions sous-maxillaires.

Un quatrième malade de cette catégorie, cautérisé sans succès pour un cancer de l'aile du nez, a obtenu par l'opération une guérison durable, quoique mise en doute par un commencement de récidive, que le cautère actuel fit avorter.

Enfin, chez les deux derniers sujets atteints aux lèvres, l'ablation faite d'emblée a été suivie d'un plein succès.

Des faits recueillis par M. Chapel et d'une multitude d'autres consignés dans les annales de la science, on peut conclure que dans les cas de cancroïde les caustiques, lorsqu'ils ne guérissent pas, irritent toujours, exaspèrent le mal et précipitent les progrès; que l'ablation, au contraire, lorsqu'elle doit être suivie de récidive, a l'avantage, du moins dans la majorité des cas, de procurer un soulagement immédiat et une guérison temporaire plus ou moins prolongée.

Les conclusions du mémoire de M. Chapel sont :

1° Que les caustiques doivent être rejetés du traitement chirurgical du cancroïde;

2° Que l'opération à l'aide de l'instrument tranchant leur est sous tous les rapports préférable;

3° Que cette opération doit être pratiquée aussitôt que la nature du mal est reconnue, en ayant le soin de faire agir l'instrument assez loin dans les tissus sains pour que toutes les expansions cancroïdales soient certainement comprises dans les parties ulcérées;

4° Que si après l'excision quelque récidive sur place ou dans les ganglions voisins se manifeste, il est instant d'attaquer sans retard le mal renaissant et de se conduire comme dans le cas où il est primitif.

Ce travail, ajoute M. le rapporteur, bien qu'il ne suffise pas pour décider péremptoirement la question, apporte pour la résoudre des éléments solides et de bon aloi. Il présente, en outre, un intérêt particulier d'actualité en ce moment où se font sur les malades d'un de nos plus grands hôpitaux des expériences dont les résultats n'ont pas encore transpiré.

La commission propose en conséquence d'adresser à M. Chapel une lettre de remercîments et de déposer honorablement son travail dans les archives de l'Académie.

M. Moreau propose de renvoyer le mémoire de M. Chapel au comité de publication.

Cette proposition est appuyée.

Les conclusions avec l'amendement proposé par M. Moreau sont mises aux voix et adoptées.

Lois de la nature. — M. Collineau lit un rapport sur un travail ayant pour titre : *Des lois de la nature pour fournir les principes d'hygiène matérielle, physique et morale*, par M. Coinze, ancien agriculteur. Les idées de M. Coinze, dit M. le rapporteur, sont tellement en dehors de la science, qu'il est inutile de faire un rapport.

LECTURES.

Kyste hydatique intra-thoracique. — M. Vigla lit la relation d'un cas de kyste hydatique intra-thoracique guéri par la ponction suivie d'une injection iodée. Nous publierons cette observation dans le numéro prochain. (Commissaires : MM. Cruveilhier, Gueneau de Mussy et Grisolle.)

Emploi thérapeutique du sucre de saturne contre l'hypertrophie du cœur. — M. Brachet (de Lyon) lit des observations sur l'emploi thérapeutique du sucre de saturne contre l'hypertrophie du cœur.

L'auteur dit que depuis 1848, époque où il écrivait son mémoire sur la colique de plomb, et où il faisait déjà un usage fréquent du sucre de saturne à haute dose dans l'hypertrophie du cœur sans provoquer jamais aucun accident, il n'a pas cessé de recourir à ce médicament toutes les fois que l'occasion s'en est présentée. Il a pu, par conséquent recueillir de nombreuses observations sur les effets qu'il a produits. M. Brachet rapporte trois observations qui lui paraissent suffisantes pour inspirer un certain degré de confiance.

Toutefois, M. Brachet convient n'avoir pas toujours réussi, il a échoué bien des fois. Plusieurs fois aussi il n'a obtenu qu'une amélioration passagère, qui soulageait le malade et lui faisait entrevoir une guérison qui n'était pas possible. Ces derniers faits ont eu lieu surtout dans les cas d'anévrismes anciens, dans ces hypertrophies tout à fait organiques ou devenues telles par la durée du mal; mais dans les cas d'hypertrophie récente ou peu avancée, le succès ne lui a pas semblé douteux.

C'est toujours le sous-acétate de plomb cristallisé que M. Brachet a administré. Sa formule a toujours été la même :

Sucre de saturne.	2
Extrait de digitale.	1

Mêlez et faites 20 pilules.

Le plus ordinairement il en a augmenté la dose de cinq en cinq jours, jusqu'à ce que le malade en prît trois le matin et trois le soir. Il n'a jamais dépassé ce nombre.

M. Robert a vu employer par Dupuytren l'acétate de plomb d'après l'avis qui lui en fut donné à cette époque par un médecin allemand, M. Koreff; il n'a constaté aucun résultat avantageux de ce traitement après en avoir observé attentivement les effets. L'action de ce médicament lui a paru également douteuse soit pour diminuer le volume des anévrismes, soit pour diminuer l'impulsion du cœur. Il pourrait se faire cependant qu'il en eût été autrement entre les mains de M. Brachet, mais cela ne paraît pas ressortir rigoureusement des observations qu'il vient de communiquer; on n'y voit pas la preuve qu'il ait eu affaire à une hypertrophie du cœur. Il y a lieu de douter si les palpitations qui en sont données comme les signes ne tenaient pas à une autre cause, de sorte qu'on serait porté à croire que l'acétate de plomb a agi plutôt ici comme sédatif du système nerveux.

M. Brachet se rappelle en effet avoir été témoin des faits que vient de rappeler M. Robert. Mais Dupuytren avait essayé ce moyen dans des anévrismes de grosses artères, tandis qu'il n'est applicable qu'aux anévrismes des petites artères. Quant au cas d'hypertrophie du cœur dont il a été question, M. Brachet affirme en avoir constaté exactement tous les signes. Il assure avoir réussi à enrayer par ce moyen les cas récents d'hypertrophie; dans les cas anciens, il n'a pu obtenir seulement qu'un calme momentané. Du reste, ajoute M. Brachet, je ne donne pas ces faits comme constituant une doctrine, mais seulement comme étant de nature à encourager de nouveaux essais.

— La séance est levée à quatre heures et demie.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Suite de la séance du 13 août 1855. — Présidence de M. Regnault.

Des règles à suivre dans l'emploi de la glace après l'opération de la cataracte. — M. Baudens communique sous ce titre un mémoire, dans la première partie duquel il réclame la priorité pour l'application de la glace à toutes les lésions traumatiques et à l'opération de la cataracte par abaissement en particulier, à l'occasion d'une communication récente de M. Magne. Discutant ensuite l'opinion des praticiens qui, tout en employant la glace pour prévenir ou modérer l'inflammation, n'y ont pas reconnu un calmant de la douleur, il continue en ces termes :

« Si mes honorables confrères n'arrivent pas sur ce point au même résultat que moi, c'est que leur manière d'appliquer la glace diffère de la mienne. Or leur manière (l'application de la glace enveloppée de baudruche) me paraît défectueuse; c'est du moins pour moi le résultat d'une expérience de plus de vingt années, de l'emploi du froid dans les lésions traumatiques. En effet, il ne faut pas perdre de vue que la glace doit être graduée dans son application, et en raison même de la somme de calorique à soutirer. Tant qu'elle ne soustrait que du calorique en excès, le malade n'éprouve que du bien-être; il est calmé, soulagé, il se sent comme rafraîchi. Mais du moment qu'après épuisement du calorique en excès, on arrive à enlever le calorique normal, alors commence ce sentiment de douleurs insupportables que notre confrère a dû combattre énergiquement afin que les applications de glace fussent continuées par ses opérés. »

M. Baudens résume comme il suit les préceptes qu'il formule sur l'époque de l'application de la glace et sur la durée de cette application.

« Quand il s'agit d'une cataracte, immédiatement après l'opération, j'applique sur la région oculaire une simple compresse trempée dans de l'eau rendue de plus en plus froide, en y ajoutant un peu de glace. Au bout d'une demi-heure, quand la région s'est refroidie doucement et sans souffrance, je maintiens à demeure entre les plis de la compresse, un tout petit morceau de glace, dont on augmente graduellement le volume suivant les indications; on le supprime même par intervalles, s'il occasionne de la douleur. Après quelques heures passées ainsi en tâtonnements, le travail intérieur se fait, et l'opéré, qui éprouve du froid un grand soulagement, sait parfaitement mesurer lui-même, d'après ses sensations, ce qu'il faut de glace, et, selon que le foyer augmente ou diminue d'intensité, il en use en plus ou en moins.

» La durée est subordonnée à l'intensité du foyer. En moyenne, nos malades ont gardé la glace huit jours, en usant des ménagements indiqués, et qui sont les mêmes qu'il s'agisse d'appliquer ou de supprimer la glace. Le froid doit être continué tant qu'il y a production de calorique morbide. Le malade reconnaît qu'il y a encore du calorique morbide à la sensation agréable, bienfaisante que lui procure le froid; il juge, à ne s'y méprendre jamais, que la glace agit sur le calorique normal, quand au sentiment de bien-être, de soulagement, succède celui d'un refroidissement désagréable d'abord; douloureux ensuite, le moment est venu de supprimer graduellement, et avec les précautions prises au début, le froid, dont la prolongation ne serait plus que nuisible.

» Au lieu de baudruche, j'applique tout simplement sous le bandeau soulevé par en haut, et entre les plis d'une compresse, un petit morceau de glace aplati, rarement plus gros qu'une amande, et portant en plein sur le globe oculaire sans le comprimer. Je dépose sur la paupière, et surtout dans les angles et dans les dépressions, quelques brins de charpie fine, et quand le froid est trop intense, j'enlève un peu de glace, ou mieux je place sur la région oculaire quelques brins de plus de charpie, afin que la glace agisse moins directement. La glace fond très lentement, et l'eau qui en découle tombe doucement sur une petite éponge soutenue sur la joue par un mouchoir. De cette façon, j'obtiens ce que j'appelle un *cataplasme à la glace*.

» Ce cataplasme répartit le froid d'une manière uniforme sur toute la région oculaire et avec une précision que le sac de baudruche ne saurait donner. »

Traitement des adénites cervicales par l'électricité localisée. — M. Boulu adresse une note sur le traitement des adénites cervicales par l'électricité localisée et appliquée au moyen de divers instruments nouveaux.

« Chez tous les malades traités par ce moyen, nous avons, dit l'auteur, observé, quant à l'état général, une amélioration sensible de la santé, alors même que l'engorgement ganglionnaire n'avait pas entièrement disparu. En second lieu, nous avons constaté que le traitement des adénites cervicales par l'application du fluide électrique réussit d'autant mieux que les sujets qui en sont atteints sont plus jeunes, qu'ils ont une bonne constitution, qu'il n'existe qu'un ou deux ganglions bien circonscrits, qu'ils se sont développés sous l'influence de causes plutôt locales que générales; qu'ils ne sont point encore arrivés par leur ancienneté à un état d'induration trop grande ou encore moins de dégénérescence fibreuse ou squirrheuse, et qu'enfin ils ne sont pas le résultat d'une diathèse morbide quelconque. » (Commissaires : MM. Andral, Velpeau, Cloquet.)

Vaccine. — M. Carnot présente une note ayant pour titre : *Parallèle entre la situation sanitaire de l'armée avant et depuis la vaccine.* (Renvoi à la section de médecine et de chirurgie.)

Tumeur et fistule lacrymales. — M. Tavignot envoie une note contenant les principaux résultats de ses recherches sur la tumeur et la fistule lacrymale.

Convaincu de l'insuffisance des moyens employés soit pour guérir l'inflammation de la muqueuse du sac lacrymal et du canal nasal, soit pour prévenir le contact des larmes avec cette muqueuse; redoutant, d'autre part, les accidents fâcheux qu'entraîne la suppression des voies lacrymales par la méthode de Nannoni, l'auteur a été conduit à considérer l'ablation de la glande lacrymale comme le plus sûr et pour ainsi dire l'unique moyen de guérir la tumeur lacrymale.

« Cette opération, des plus simples et des plus rapides à exécuter, n'amène pas, dit-il, immédiatement et par elle-même la suppression de l'état phlegmasique de la muqueuse naso-lacrymale; elle fait cesser sa cause originelle et prévient le retour; mais il faut encore traiter cette inflammation par des moyens appropriés, parmi lesquels on doit placer en première ligne les injections de teinture d'iode étendue d'eau par parties égales. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 12 août, ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Officier : M. Dubois (d'Amiens), secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine.

Chevalier : M. le docteur Davaine.

— Un concours pour sept places d'élèves internes en médecine et en chirurgie s'ouvrira à Lyon le 5 novembre prochain. Ces élèves sont appelés à faire le service de médecine et de chirurgie dans les hôpitaux et hospices civils de Lyon, et dans l'hospice du Perron, à Oullins, près de Lyon. Ils sont logés et nourris dans l'hospice auquel ils sont attachés, et reçoivent en outre, à titre de traitement annuel, savoir : les internes de l'Hôtel-Dieu, 260 fr.; ceux de la Charité, 280 fr.; ceux de l'Antiquaille, 260 fr.; ceux du Perron, 400 fr.

— Le concours pour les prix annuels à la Faculté de médecine de Montpellier a donné le résultats suivants : 1re année. Prix, M. Féraud. — 2e année. Prix, M. Planchon; mention honorable, M. Romain. — 3e année. Prix, M. Solier; mention honorable, *ex æquo*, MM. Ronzier-Joly et Delbosc.

— Le corps des médecins militaires vient encore de faire une perte parmi ses membres les plus élevés en grade. M. Mestre, médecin principal, est mort le 29 juillet à Constantinople, à la suite du choléra, contracté en Crimée, et pour lequel il avait été évacué sur Constantinople. MM. Perier, Veigasse, Devineau, médecins majors de 1re classe, ont été évacués également pour cause de fièvre rémittente.

— M. le professeur Rostan ayant appris sur les bords de la Méditerranée qu'une souscription venait d'être ouverte à Paris pour remplacer le buste en plâtre de Pinel, son maître, par un buste en marbre, s'est empressé d'informer la commission qu'il souscrivait pour une somme de 100 fr.

M. le docteur Félix Voisin a souscrit pour la même somme.

— M. Groux (de Hambourg), porteur de la fissure congénitale du sternum, nous fait savoir qu'il donnera encore deux séances dans l'amphithéâtre de M. le docteur Martin Magron, rue de La Harpe, 103. Ces séances auront lieu aujourd'hui jeudi 23 août de trois à cinq heures, et demain vendredi 24 de trois à six heures.

— La Société médico-psychologique, ayant accepté l'offre généreuse faite par M. Ferrus d'un prix de 500 fr., met au concours pour l'année 1857 la question suivante : « *Traité médico-psychologique du crétinisme.* »

Le mot *traité* ne doit pas être entendu dans sa signification rigoureuse et scolastique. Il s'agit en quelque sorte d'un mémoire médico-psychologique sur le crétinisme, c'est-à-dire d'un travail inédit dans lequel la question soit envisagée dans ses divers éléments et résolue au moins dans quelques-uns. Les concurrents pourront ainsi y traiter avec quelques développements la partie du sujet qu'ils auraient plus particulièrement étudiée, en ayant soin toutefois que l'ensemble y soit exposé avec méthode et concision, et que la place qui leur est due y soit donnée à l'étiologie, à l'anatomie pathologique et à la prophylaxie.

Les mémoires seront envoyés à l'Ecole de médecine, à l'adresse du secrétaire général de la Société, avant le 20 janvier 1857. Ils seront écrits lisiblement, en latin ou en français, et accompagnés d'une enveloppe cachetée reproduisant à l'extérieur l'épigraphe placée en tête du manuscrit, et à l'intérieur le nom de l'auteur.

Sont seuls exceptés du concours les membres titulaires de la Société et les membres correspondants demeurant à Paris.

— Rectification. — C'est par une erreur de rédaction que l'on a, dans la leçon sur les loupes, insérée dans notre numéro du 11 août, attribué à M. Jobert (de Lamballe) la phrase suivante : « M. Velpeau, ayant » rencontré dans ces kystes du sang coagulé, a cru y voir la preuve » qu'ils étaient produits par une violence extérieure, une contusion; » c'est, à mon avis, prendre l'effet pour la cause. » Comme M. le professeur Velpeau, M. le professeur Jobert (de Lamballe) croit que certains kystes peuvent être produits par des collections sanguines.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Cânuet, né le 6 mai 1827, à Paris (Seine); *De l'influence du système nerveux dans les maladies cutanées.*

Giraud, né le 11 août 1830, à Annonay (Ardèche); *Du pityriasis.*

Fournier, né le 10 août 1828, à Richelieu (Indre-et-Loire); *De la suette.*

Viger, né le 19 avril 1828, à Amfréville (Calvados); *Anesthésie dans la pratique obstétricale considérée au point de vue de ses accidents.*

Durand, né le 1er décembre 1829, à Joinville (Haute-Marne); *Des luxations compliquées de l'articulation tibio-tarsienne.*

Lafon, né le 5 janvier 1828, à Xanton-Chassenon (Vendée); *Études sur le diagnostic des tumeurs qu'on rencontre dans le scrotum.*

Adam, né le 14 décembre 1829, à Mauvezin (Gers); *Altérations des solides et des liquides qui peuvent produire les hydropisies.*

Toutes les thèses soutenues à la Faculté sont annoncées dans la *Gazette*; celles qui sont remises à notre bureau sont analysées dans un des numéros qui suit la remise.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. Decq;
A Genève, à la librairie de Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

L'Électricité appliquée au traitement curatif des névralgies, des rhumatismes, des paralysies, des tumeurs, etc., et en général des affections morbides souvent réputées incurables; par le docteur J. Briand, médecin de l'Hôtel-Dieu et de l'hospice des scrofuleux de Rennes, etc. Un vol. in-12. Prix : 3 fr. franco par la poste. — A Paris, chez Labé, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 99. — SAMEDI 25 AOUT 1855. (28e ANNÉE.) N° 99. — SAMEDI 25 AOUT 1855.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. — Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Kyste hydatique intra-thoracique guéri par la ponction suivie de l'injection iodée.

Le fait que M. Vigla a communiqué à l'Académie de médecine dans sa dernière séance est à plusieurs égards digne d'attention. Ce n'est pas seulement comme exemple d'une maladie rare et d'une guérison qui est peut-être la première obtenue dans de semblables circonstances que ce fait est remarquable ; c'est surtout par la précision avec laquelle, grâce aux procédés de la percussion et de l'auscultation, et, il faut le dire aussi, grâce à une analyse pleine de sagacité, que M. Vigla est parvenu à diagnostiquer une lésion dont jusqu'ici on n'avait guère reconnu l'existence qu'après la mort. Mettant alors à profit les perfectionnements apportés depuis quelques années à la thoracentèse et les heureuses applications récentes des injections iodées au traitement des kystes de diverses natures, il a, de concert avec son collègue M. Monod, l'habile chirurgien de la Maison de santé, vidé le kyste et injecté une solution d'iode. Une guérison complète est venue couronner cette tentative. Voici les principaux détails de cette intéressante observation :

Il y a près de deux ans que R..., l'homme qui fait l'objet de cette communication, entra à la Maison de santé (20 novembre 1853). C'était la première maladie sérieuse dont il était affecté, quoiqu'il fût d'une apparence frêle et chétive, due sans doute à des fatigues corporelles habituelles, à la privation fréquente du sommeil et à l'usage de boissons alcooliques.

La circonstance suivante est peut-être la cause de sa maladie :

Quinze mois avant, cet homme, qui est conducteur de bestiaux, fut terrassé par un taureau qui lui porta un coup de pied violent sur le côté droit de la poitrine. Depuis ce moment, douleur dans ce même côté, dyspnée habituelle, qui deux mois plus tard le force de renoncer à ses occupations. D'ailleurs, peu ou point de toux, pas d'expectoration, pas d'hémoptysie, pas de fièvre. Le malade ne peut même pas affirmer que pendant ce temps la maigreur et la pâleur, qui lui sont naturelles, aient augmenté.

Voici les résultats d'un examen de plusieurs jours lors de l'arrivée du malade :

Douleur assez intense, assez circonscrite au-dessous du sein droit ; oppression constante, extrême après les moindres efforts pour marcher, parler ou seulement en voulant exagérer sa respiration. Demi-décubitus habituel sur le dos, quelquefois sur le côté droit, impossible sur le côté gauche. Voix faible, altérée dans son timbre.

La forme de la poitrine présente quelque chose de très insolite. En avant on trouve un développement considérable du côté droit, avec voussure très prononcée, écartement des espaces intercostaux et dilatation des veines sous-cutanées ; en arrière c'est l'inverse qui a lieu, le côté droit paraissant avoir l'aspect normal et le gauche offrant une saillie assez prononcée. La direction du sternum n'a pas sensiblement changé ; la colonne vertébrale est légèrement déviée à gauche et convexe dans ce sens.

Par la mensuration comparée des deux côtés de la poitrine, on a trouvé de 2 à 4 centimètres de différence, suivant que l'on mesurait plus haut ou plus bas, en faveur du côté droit.

Les éléments fournis par la percussion ont été de la plus haute importance pour le diagnostic.

En avant, son mat dans toute la largeur et la hauteur du côté droit de la poitrine, à partir du second espace intercostal ; son mat dans l'hypocondre et le flanc du même côté, jusqu'au niveau de l'ombilic ; son mat dans toutes les parties latérales correspondantes. Des deux points signalés comme limites de la matité en haut et en bas, celle-ci se prolonge obliquement du côté gauche de la poitrine, vers l'aisselle, de manière à dessiner assez exactement une sorte de cône.

En arrière, la matité occupe aussi tout le côté droit, à partir de l'angle inférieur de l'omoplate, et elle empiète sur le côté gauche par un prolongement analogue à celui qui a été signalé en avant, mais moins étendu en hauteur, et limité à son extrémité entre la septième et la neuvième côte. D'autre part, on trouve un son normal :

1° En avant, dans le premier espace intercostal droit et gauche, dans la partie inférieure gauche ;

2° Latéralement, dans tout le côté gauche ;

3° En arrière, dans presque tout le côté gauche ; dans la partie supérieure droite, depuis la fosse sus-épineuse jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate.

Auscultation. — En avant, soit à droite, soit à gauche, on n'entend de murmure vésiculaire que sous la clavicule, encore est-il faible et mélangé de quelques râles sibilants. Partout où il y a matité, il y a aussi absence de tout bruit respiratoire. Si l'on fait parler le malade, la main appliquée sur les mêmes points ne perçoit aucune vibration et l'oreille ne distingue aucune résonnance.

En arrière, bruit respiratoire exagéré dans tout le côté gauche et dans les trois quarts supérieurs du côté droit. De ce même côté, timbre amphorique de la voix et même du bruit respiratoire semblable à celui que l'on entend dans certains épanchements de la plèvre ; absence de souffle et d'égophonie ; absence de tout bruit et de toutes vibrations dans le quart inférieur droit.

Les bruits du cœur ne sont guère entendus que sous l'aisselle gauche, sans aucune modification anormale, et seulement dans une très petite étendue.

Ce fait établit mieux que la percussion le refoulement de cet organe à l'extrême gauche de la poitrine et à un point de cette région plus élevé que cela n'a lieu d'ordinaire.

Aucun bruit de souffle dans la direction de l'aorte. La palpation attentive des espaces intercostaux de la partie antérieure droite de la poitrine donne aux doigts une sensation qui approche beaucoup de celle de la fluctuation.

En présence de phénomènes si extraordinaires, après plusieurs explorations et plusieurs jours de méditation, M. Vigla s'arrête à l'idée de l'existence possible d'un kyste hydatique développé dans l'intérieur du thorax. Voici les raisons sur lesquelles il se fondait :

Aucune lésion du parenchyme pulmonaire, dit-il, ne me paraissait capable de produire une semblable déformation de la poitrine. Il fallait, pour effectuer une dilatation partielle aussi considérable, le développement d'un produit morbide liquide ou solide susceptible à la fois d'acquérir un volume énorme et d'exercer sur les os une pression énergique. Le cancer parmi les produits solides, un kyste hydatique parmi les produits liquides me paraissaient seuls réunir de semblables conditions. Il semblait plus rationnel au premier abord de chercher dans un épanchement pleural, dans un hydrothorax chronique enkysté, l'explication de tous ces désordres. Mais cette idée ne pouvait tenir contre une distribution aussi inégale, aussi irrégulière du produit, respectant le premier espace intercostal droit, les trois quarts postérieurs et supérieurs de ce côté de la poitrine, et envahissant une grande partie du côté gauche, refoulant le diaphragme jusqu'au niveau de l'ombilic. Une semblable disposition ne me paraissait pouvoir se concilier qu'avec le développement d'un produit morbide organisé, ayant une existence en quelque sorte indépendante, refoulant ou s'assimilant tous les tissus qu'il trouvait dans son voisinage. En un mot, je ne pouvais m'arrêter à la pensée d'une maladie du parenchyme pulmonaire, de la plèvre ou du tissu cellulaire environnant sans l'intervention d'un tissu de nouvelle formation, sans un élément hétérologue. Celui-ci une fois admis, je ne me préoccupai pas qu'il eût son siége, son point de départ dans le poumon ou dans la plèvre, la chose pouvant se faire dans l'un comme dans l'autre.

La question ainsi restreinte, il me fallait opter entre une tumeur solide et une tumeur formée par un liquide. Avant tout, j'avais d'abord éliminé celle qui aurait eu pour origine un anévrisme de l'aorte ou de l'une de ses branches. Il me suffit de rappeler que les caractères bien connus de cette lésion manquaient. Je ne voyais guère de probable parmi les tumeurs solides que le cancer. Or, dans un fait de ce genre longtemps soumis à mon observation dans le service de mon savant maître M. Rayer, j'avais été frappé de la transmission exagérée de tous les bruits respiratoires et cardiaques, circonstance parfaitement en rapport avec les conditions physiques de transmissibilité par un corps solide. Et ici, ce qui me frappait, c'était précisément l'absence de tout bruit dans une étendue très considérable. Et puis, un cancer aussi étendu n'aurait-il pas été accompagné de cachexie ? Or, ce qui était digne de remarque chez ce malade, c'était précisément le caractère tout local, en quelque sorte mécanique des altérations fonctionnelles. D'ailleurs n'avais-je pas perçu une sensation assez probable de fluctuation.

Un kyste hydatique me paraissait bien mieux approprié aux symptômes, et c'est pour cela qu'avec toute la réserve commandée par la rareté du fait, je m'arrêtai à ce dernier diagnostic, ou, si l'on veut, à cette présomption.

M. Vigla exposa en conséquence ses impressions à son collègue M. Monod et le pria de faire une ponction exploratrice, qui ne pourrait, même en dehors des conditions prévues, avoir de graves inconvénients.

Celle-ci fut donc pratiquée le 9 décembre 1853 et donna issue à un liquide transparent comme l'eau de roche, sans réaction sur le papier de tournesol, qui ne perdit rien de sa transparence par son mélange avec l'acide nitrique, non plus que par l'action de la chaleur. On introduisit alors une canule de Reybard, et on tira 2,450 grammes d'un liquide semblable au premier et dont les dernières portions entraînèrent des débris de membranes transparentes comme celles de l'œuf et qui, ultérieurement soumises à l'examen de M. Robin, furent reconnues par lui de nature hydatique.

Le malade supporta cette opération sans fatigue, sans accident. Ce fut alors que M. Monod eut l'heureuse idée d'injecter environ 250 grammes d'une solution composée comme il suit :

Eau distillée.	450	grammes.
Alcool.	150	—
Iode.	15	—
Iodure de potassium.	15	—

La moitié environ du liquide injecté fut extraite quelques minutes après ; puis la canule fut retirée, un morceau de diachylon fut appliqué sur la piqûre et maintenu par un bandage de corps.

Au moment où le malade subit l'opération la dyspnée avait atteint un degré voisin de la suffocation ; l'amaigrissement était considérable, l'anémie très prononcée ; le malade venait de subir une influence cholérique dont il ne se relevait que difficilement, mais il y avait une circonstance favorable, l'absence de fièvre hectique.

Une première période peut être établie du jour de l'opération au 24 ou 25 décembre, comprenant environ quinze jours, pendant lesquels les choses se passèrent d'une manière satisfaisante. Le volume du kyste diminua progressivement, les organes se rapprochèrent de plus en plus de leur position normale, la respiration redevint libre au delà de ce qu'on pouvait espérer, le bien-être fut immédiat, la réaction fut modérée et le pouls diminua de fréquence d'une manière soutenue.

Une pleurésie légère, enrayée heureusement par l'application d'un large vésicatoire, ne ralentit pas sensiblement la marche rétrograde de la maladie. Une seule circonstance vint contrarier cette ère prospère, c'était la susceptibilité des voies digestives qui ne permit pas d'alimenter le malade autant que c'eût été désirable. Somme toute, néanmoins tout alla bien.

Dans une seconde période, qui commença aux derniers jours de décembre et se continua jusqu'à la sortie du malade, qui eut lieu le 15 janvier 1854, on est délivré des préoccupations de la première à l'endroit des fonctions digestives, et le malade peut être alimenté modérément.

Mais l'apparition d'un mouvement fébrile, d'une petite toux avec expectoration muqueuse, une augmentation dans l'étendue de la matité font craindre la suppuration du kyste ou la formation de tubercules. Néanmoins les renseignements fournis par l'auscultation n'ont rien d'inquiétant au dernier point de vue, et la suppuration du kyste ne serait pas sans remède. C'est au milieu de cette incertitude que le malade est obligé de quitter la Maison de santé.

De ce moment on peut faire dater une troisième période dans laquelle les espérances que l'état du malade à sa sortie avait fait naître se sont réalisées de la manière la plus complète.

Quelques semaines après sa sortie de la Maison de santé, il s'était fait chez R... une transformation complète au point de vue de l'état général.

Un an plus tard, le 3 décembre 1854, M. Vigla a constaté par un examen minutieux que sa guérison locale pouvait être considérée comme définitive. Il a su depuis que sa santé n'avait pas cessé d'être bonne.

— Dans les réflexions dont M. Vigla fait précéder et suivre la relation de cette intéressante observation, il rapporte en quelque sorte tout l'honneur du diagnostic aux procédés d'exploration qui lui ont permis de le formuler, l'auscultation et la percussion. Nous ne professons pas moins d'admiration que M. Vigla pour les procédés d'Awenbrugger et de Laënnec, et nous reconnaissons volontiers avec lui l'étonnante précision qu'ils ont apportée dans la connaissance clinique des maladies de l'intérieur de la poitrine. Cependant il ne faut rien exagérer ; la percussion et l'auscultation,

comme tous les procédés physiques du même genre, n'ont donné ici que ce qu'ils pouvaient donner, c'est-à-dire des signes physiques, la perception de la matité et de l'absence du bruit respiratoire dans une étendue déterminée de la poitrine, ainsi que la situation et les rapports du cœur et des parties du poumon accessibles à l'exploration. Tout ce qu'il était logiquement possible de déduire de ces données, c'était l'existence d'une tumeur intra-thoracique. Ce n'est donc pas évidemment à ces moyens qu'il a dû la connaissance de la nature présumée de cette tumeur. C'est par un excès de modestie sans doute que M. Vigla s'est volontairement dépouillé de la part d'honneur qui lui en revient. Nous tenons à la lui restituer. L'exploration physique lui a fourni les premiers éléments du diagnostic qu'il était dans sa nature de lui donner; mais c'est par une analyse sagace des symptômes, c'est en procédant par voie d'exclusion entre les diverses affections que pouvait traduire cette tumeur qu'il est arrivé à la présomption de l'existence d'un kyste hydatique. La ponction exploratrice a fait le reste en transformant cette présomption en certitude. Il est bon de rendre à chaque procédé ce qui lui appartient et de ne pas dépouiller entièrement l'intelligence du médecin de ses plus beaux attributs, le raisonnement et la déduction, au profit de deux procédés qui sont l'œuvre du génie sans doute, puisqu'ils ont frayé la voie et aplani les premières difficultés du diagnostic anatomique, mais qui ne sauraient dispenser d'un travail intellectuel, ni suppléer les notions que l'analyse pathologique seule est susceptible de donner.

Aussi, au lieu de voir dans le fait de M. Vigla une sorte de *tour de force médical*, aimons-nous mieux y reconnaître un très bel exemple du parti que l'on peut tirer des procédés physiques d'exploration joints à l'analyse des symptômes pour conduire au diagnostic d'un cas obscur et difficile. Nous nous plaisons à rendre pleinement hommage à cet égard à la sagacité et à l'expérience clinique dont notre honorable confrère a fait preuve dans cette circonstance.

Quant au fait en lui-même, quelque digne d'intérêt qu'il soit, comme il ne révèle aucun signe nouveau et ne renferme par conséquent aucun enseignement dont il soit possible de profiter pour l'avenir, il restera dans les annales de la science comme un fait heureux, peut-être unique, avec toute sa valeur individuelle au double point de vue du diagnostic et du traitement.

Ovariotomie pratiquée avec succès dans un cas de tumeur kystique multiple de l'ovaire.

Nous recevons de M. le docteur Stanford Chaille, médecin de l'hôpital de la rue du Cirque, à New-Orléans (Etats-Unis), la relation suivante d'une opération d'ovariotomie pratiquée avec succès par M. le docteur Arm. Mercier, chirurgien en chef du même hôpital, pour une tumeur kystique multiple de l'ovaire.

Le 17 décembre 1854, le docteur Arm. Mercier, assisté de MM. les docteurs Cantrelle, Wertherley, Wetzel et Stanford Chaille, l'auteur de la relation, pratiqua l'extraction d'un ovaire chez une nommée Barbara Schaff, d'origine allemande, établie depuis huit ans à New-Orléans. Cette femme, âgée de vingt-huit ans, est mère de quatre enfants, dont l'aîné a dix ans et le plus jeune trois. Il y a un an, une tumeur se manifesta dans la région iliaque droite et les règles se supprimèrent. Depuis deux ans cette malade est sujette à des ascites. En juin dernier, une ponction fut faite, et l'on retira *six gallons* (24 pintes) d'un liquide blanc, épais, albumineux. Alors on vit que la tumeur observée six mois auparavant s'était considérablement développée. Elle s'étendait de la symphyse pubienne à 2 pouces environ au-dessous des dernières côtes. La palpation à travers les parois flasques et amincies de l'abdomen, donnait tout à fait la sensation d'une tête et de côtes, circonstance qui, jointe au fait qu'il y avait eu absence totale de douleur et suppression des règles dès la première apparition de la tumeur, fit admettre à tous ceux qui examinèrent alors ou plus tard cette malade la possibilité d'une grossesse extra-utérine. Mais, d'autre part, on pouvait avoir affaire à une tumeur ovarienne, ce qui était bien plus probable, à cause de la fréquence beaucoup plus grande de cette dernière affection. Quelle que fût celle de ces deux hypothèses que l'on admît, le docteur Arm. Mercier proposa l'ablation de la tumeur. Son avis ne prévalut point.

Le liquide se reproduisit rapidement; la ponction fut pratiquée six fois entre juin et décembre, et chaque fois elle donna 5 à 6 *gallons* (20 à 24 pintes) de liquide. Enfin la malade s'étant décidée à l'extraction de la tumeur, malgré tous ses risques, elle fut ponctionnée le 16 décembre. Elle se trouvait d'ailleurs dans des conditions favorables pour être opérée, sauf qu'elle était anémique et débilitée. De nouveaux délais ne pouvaient qu'augmenter cette contre-indication, et il fut résolu que l'opération aurait lieu de suite.

Le chloroforme ayant été administré, on pratiqua une incision de neuf *pouces* s'étendant des dernières côtes au muscle droit de l'abdomen. Deux petites artères musculaires furent liées, et il n'y eut qu'une faible perte de sang. Les adhérences établies entre la tumeur et les parois abdominales, ainsi que le foie, la fosse iliaque et le grand épiploon, furent détruites avec les doigts, ce qui présenta quelque difficulté. Près du pédicule de la tumeur ces adhérences étaient si fortes, dans une étendue de plus d'un *pouce*, qu'il fallut avoir recours au bistouri. La tumeur présentait extérieurement l'apparence d'un ovaire avec des dimensions exagérées, et pour pouvoir la retirer de la cavité abdominale on fut obligé d'y pratiquer quelques incisions profondes qui donnèrent issue à une bonne portion du liquide qu'elle contenait. Alors une forte ligature fut passée autour du pédicule, et l'excision fut faite à peu près à un demi-pouce au-dessus. Les lèvres de la plaie furent rapprochées à l'aide de cinq sutures comprenant les téguments, les muscles et le péritoine, puis avec des bandelettes de sparadrap et recouvertes simplement de charpie, en ménageant une issue aux liquides qui pourraient couler de l'abdomen.

La tumeur extraite avait neuf *pouces* de longueur et six de diamètre. Elle ne pesait pas moins de six *livres*. Elle présentait un caractère fibro-cartilagineux, et une masse composée de kystes de différents volumes contenant un liquide de la couleur et de la consistance de la glycérine.

On donna un stimulant à l'opérée; on prescrivit une mixture avec arnica et sirop de morphine, et on lui recommanda de se coucher autant que possible sur le côté droit. L'ingestion de la mixture fut suivie de nausées et de vomissements; la nuit fut sans sommeil. Le lendemain le pouls est faible et si fréquent qu'on ne peut le compter; la malade se plaint d'une vive douleur dans la fosse iliaque gauche. On met la mixture de côté et l'on donne du thé de bœuf (bouillon très concentré). La seconde nuit est aussi sans repos; la douleur augmente.

Le troisième jour, on prescrit un lavement, qui produit une évacuation immédiatement suivie d'un soulagement. A partir de ce moment plus de symptômes de péritonite. On redonne la mixture et une cuillerée à bouche de thé de bœuf toutes les heures.

La troisième nuit, sommeil profond et réparateur.

Le quatrième jour, amélioration marquée sous tous les rapports.

Depuis cette époque pas un symptôme fâcheux ne s'est présenté, et chaque jour le mieux se développe sans autre traitement qu'une diète nourrissante.

Le septième jour, les portions musculaires de la plaie se sont réunies, excepté à l'endroit des sutures. Le fil de la ligature cède au bout de treize jours. On s'aperçoit qu'il eût été facile, à l'aide d'une légère traction, de l'amener au dehors depuis plusieurs jours.

Le 3 janvier, quinzième jour, la malade peut être considérée comme remise des suites de l'opération. Son pouls a beaucoup gagné en force et en régularité, l'appétit est bon, les évacuations sont régulières et naturelles, le sommeil non interrompu; le facies exprime du contentement et de la reconnaissance. La plaie est presque entièrement cicatrisée, et la malade se tient sur son séant.

— Le résultat de l'opération a été dans cette circonstance des plus heureux. Nous nous demanderons toutefois si, en pratiquant dès la première ponction une injection iodée, quitte à la renouveler sur des points différents en cas d'insuffisance, à cause de la multiplicité des kystes dont on pouvait présumer l'existence, on n'eût pu éviter une opération aussi grave et dont on ne pourrait toujours espérer une issue aussi heureuse.

De nombreux précédents autorisent cette réflexion. Les injections iodées ont donné en effet d'excellents résultats dans des circonstances semblables entre les mains de MM. Ricord, Robert, Boinet, Monod et d'autres chirurgiens dont les noms nous échappent en ce moment. Nous ne nous dissimulons pas sans doute que ces injections ne seraient pas toujours praticables, et qu'il serait assez difficile *à priori* de reconnaître les conditions qui en devraient exclure l'emploi. Tel eût été, par exemple, le cas d'une femme portant une énorme tumeur ovarique, que nous avons eu l'occasion de voir l'hiver dernier dans le service de M. Rostan à l'Hôtel-Dieu, et qui, ayant succombé à une affection intercurrente, présenta à l'autopsie un kyste multiloculaire composé de plusieurs centaines de petits kystes n'ayant aucune communication les uns avec les autres, et dont le plus gros avait tout au plus le volume d'un œuf. Mais ce n'était pas là le cas de la malade opérée par M. Mercier. Bien que le kyste fût aussi multiloculaire, il avait une poche principale qui eût pu recevoir aisément la quantité nécessaire d'injection iodée pour déterminer l'inflammation adhésive de ses parois et probablement à sa suite la guérison, puisque, ponctionnée à plusieurs reprises, elle avait donné issue chaque fois à une quantité considérable de liquide.

Que si l'on pouvait craindre l'action trop irritante de la teinture d'iode en raison de l'étendue toujours difficile à apprécier des surfaces d'application, on pourrait imiter la conduite qu'a tenue récemment M. le docteur Roccas dans un cas de ce genre qu'il a communiqué à la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, et que nous demandons à nos lecteurs la permission de rapporter sommairement.

Guérison d'un kyste hydropique de l'ovaire par l'injection d'une solution d'iodure de potassium.

Appelée à la fin de 1853 auprès d'une malade affectée d'un kyste hydropique de l'ovaire, dit M. Roccas, j'avais pendant plusieurs mois employé tour à tour et sans succès les divers moyens médicaux usités en pareil cas (purgatifs, pilules d'iodure de fer et d'extrait de gentiane, applications topiques d'une solution de teinture iodée, etc.). Obligé ensuite de pratiquer trois fois la ponction palliative pour éviter une suffocation imminente, il sentit la nécessité de recourir à un traitement efficace et décisif. Le problème à résoudre consistait à produire dans les parois intérieures du kyste une irritation curative suffisante, tout en n'exposant la malade qu'à un danger minime. L'agent qui lui parut le plus propre à remplir cette double indication fut une injection avec une solution d'iodure de potassium.

Voici comment fut pratiquée cette injection :

Ayant fait préparer une solution ainsi composée :

Eau distillée. . . . . 300 grammes
Iodure de potassium. . . . . 10 —

M. Roccas mêla cette solution avec une quantité égale d'eau chaude, afin d'injecter un liquide qui fût à peu près à la température du corps; il injecta environ 400 grammes du mélange, c'est-à-dire 200 grammes de la solution; il malaxa ensuite le ventre et promena ses mains en les appuyant sur l'abdomen de façon à faire pénétrer l'injection dans tous les points. Au bout de cinq à six minutes, on fit sortir le mélange injecté, non sans en laisser une faible partie dans la cavité kystique, ce que permettait sans aucun inconvénient l'action peu irritante du liquide. Compression uniforme de tout le ventre après l'opération.

Le soir, l'opérée eut des coliques assez vives, mais la pression abdominale n'était pas très douloureuse. Il n'y eut presque pas de fièvre. Pouls à 80. Point de nausées ni de vomissements; soif modérée.

Le lendemain les douleurs avaient diminué; le pouls était descendu à 70.

Au bout de quatre à cinq jours la malade commença à se lever, et elle ne tarda pas à vaquer à ses occupations ordinaires.

Voici, du reste, d'après l'auteur, les changements qui s'opérèrent dans le volume du kyste: malgré la compression, le ventre se gonfla de nouveau les neuf premiers jours qui suivirent l'opération. Mais à partir du dixième jour, époque à laquelle eut lieu une émission abondante d'urines, le ventre diminua tout à coup notablement, et la tuméfaction des jambes, qui avait jusqu'alors persisté, disparut comme par enchantement pour ne plus revenir. Depuis ce moment, le volume de l'abdomen a continué à subir un mouvement de rétraction lent et progressif. Enfin, au moment où M. Roccas publiait cette observation, cette femme était dans de très bonnes conditions de santé générale, et il venait de s'assurer que le ventre, revenu à son volume normal, était souple et sonore, et que la cavité abdominale ne conservait aucun vestige perceptible de la tumeur ovarique.

Cette méthode de traitement des kystes hydropiques de l'ovaire, lorsque son emploi est possible, nous paraît de beaucoup préférable, à l'ovariotomie, malgré le succès qu'en a obtenu M. Mercier et les quelques résultats heureux du même genre qui sont consignés dans les annales de la science. Nous croyons que cette opération doit être exclusivement réservée pour les cas où les kystes ovariques auraient été ponctionnés et injectés sans succès, et où ces tumeurs mettraient immédiatement en danger les jours des malades.

De quelques moyens abortifs des pustules varioliques.

Les cas de variole et de varioloïde graves qui se sont montrés avec une certaine fréquence pendant une partie de cette année dans les hôpitaux et dans la pratique civile ont naturellement reporté l'attention des praticiens sur quelques-uns des moyens de traitement locaux des pustules varioliques qui ont été alternativement préconisés depuis un certain nombre d'années. Si la discussion que M. Piorry a cherché à provoquer il y a quelques mois, à l'Académie de médecine, sur ce sujet a été déviée de son objet principal et a été ainsi perdue pour la pratique, il n'en a pas été de même de celle qu'a provoquée récemment la lecture d'un rapport de M. le docteur Camus devant la Société de médecine du département de la Seine. Ce rapport a, en effet, donné l'occasion à plusieurs praticiens et médecins des hôpitaux de faire connaître les résultats de leur pratique sur ce point. Nous croyons qu'il ne sera pas sans quelque utilité de les résumer ici en quelques mots.

Nous constaterons d'abord, comme étant l'expression d'une opinion à peu près unanime, que de tous les moyens abortifs proposés, les mercuriaux sont incontestablement les meilleurs. Telle est du moins l'opinion exprimée d'après les nombreux faits pratiques dont ils ont été témoins, par M. Briquet, M. Nonat, M. Camus, en son nom et au nom de M. Gariel, l'auteur du mémoire rapporté, MM. Duparcque, Fauconneau, etc. Nous faisons seulement une réserve en faveur de la teinture d'iode préconisée par M. Boinet, qui assure en avoir retiré des avantages au moins égaux, et avec plus d'innocuité et une plus grande facilité d'application. Quant à l'avantage des mercuriaux comparés aux agents emplastiques simples, au collodion, par exemple, il est incontestablement établi par des essais comparatifs qui ont été faits par la plupart des médecins que nous venons de citer. M. Briquet, notamment, a constaté que le collodion n'empêche pas les pustules de se développer; il a observé même qu'elles prenaient sous sa couche imperméable une plus grande profondeur, tandis que sous l'influence des applications mercurielles, qu'il a continuées toujours avec succès, le gonflement est moindre, la chaleur et la douleur sont beaucoup mieux supportées, sans qu'il ait jamais eu à redouter de salivations hydrargyriques.

Conformément au conseil donné par M. Delioux et appuyé par M. Debout, dans un rapport fait précédemment à la même Société, M. Briquet a essayé de mêler au collodion une dissolution de sublimé. (Voici la formule donnée par M. Delioux pour le collodion mercuriel :

Bichlorure de mercure. . . . . 0,30 centigr.
Faites dissoudre dans alcool. . . q. s.
Et ajoutez collodion élastique. . . 30 grammes).

M. Briquet a constaté que l'effet abortif était à peu près le même qu'avec l'onguent mercuriel, sauf que le collodion au sublimé tiraillait la peau et ne produisait pas le même sentiment de fraîcheur que l'onguent napolitain employé seul.

Sur ce premier point, il y a peu de dissidence; mais une autre question grave a été soulevée devant la Société. Jusqu'à quel point n'y a-t-il pas d'inconvénient à faire avorter les pustules varioliques? Ici une dissidence profonde s'est élevée entre quelques membres, qui pensent avec les anciens qu'on n'arrêterait point impunément la marche d'une éruption qu'on peut considérer comme critique à quelques égards, et d'autres qui sont d'avis, au contraire, que, tout le danger de la maladie résidant dans l'abondance des pustules et l'intensité de l'inflammation suppurative, il y a tout avantage à en prévenir ou à en modérer le plus possible le développement. L'expérience pratique ne permet pas encore de résoudre cette question. Mais, comme l'objection ne porte que sur la pratique qui consisterait à empêcher le développement des pustules sur la totalité de la peau, il n'y a aucun inconvénient sérieux à ce que les expériences d'avortement soient continuées, à la condition d'être limitées à la face et aux parties découvertes. — Dr Brochin.

DU LIEU D'ÉLECTION POUR L'APPLICATION DES ÉPISPASTIQUES, et des avantages d'un traitement simple dans les phlegmasies aiguës de la poitrine.

Par M. le docteur GENDRIN.

On sait quel avantage M. Gendrin tire de l'application des épispastiques dans les affections aiguës de la poitrine. Cette méthode a été l'objet de quelques remarques qu'il nous semble utile de reproduire.

C'est à tort, a-t-il dit, qu'on applique les vésicatoires sur le point douloureux dans la pleurésie et dans la pleuropneumonie, c'est-à-dire au-dessous du sein. On agit ainsi, sans s'en douter, sur un point très éloigné du siége véritable de l'inflammation; car le poumon, étant libre en avant et en dehors, se trouve d'autant plus éloigné de la paroi thoracique en ces points que le liquide interposé le refoule davantage en arrière et en dedans. C'est donc en arrière et vers la colonne vertébrale qu'il se rapproche le plus de cette paroi. Aussi est-ce là que le vésicatoire agit avec le plus d'énergie, soit parce que la distance est abrégée, soit parce qu'il phlogose une partie de la peau plus directement en rapport avec l'appareil vasculaire des organes respiratoires. Voilà pourquoi dans la bronchite, dans la pneumonie, dans la pleurésie, les sinapismes et les épispastiques doivent être appliqués de préférence dans l'espace qui sépare les deux épaules. M. Gendrin veut, en outre, que ces épispastiques soient assez grands pour produire une dérivation puissante en congestionnant la peau dans une étendue considérable; les petits vésicatoires ne sont pas moins douloureux et manquent souvent leur but. Ceux que M. Gendrin prescrit ont, en général, de 1 à 2 décimètres de diamètre. On ne les lève qu'au bout de vingt-quatre heures, et on n'en met de nouveaux que quand les premiers sont complétement secs. On permet ainsi aux malades de profiter du travail de phlogose qui accompagne la dessiccation, et avant lequel le vésicatoire n'a pas produit tout l'effet qu'on peut en attendre.

C'est d'ailleurs une mauvaise pratique que d'agir avec précipitation dans l'emploi des moyens médicaux. Il faut savoir attendre et ne pas frapper coup sur coup d'une manière irréfléchie. Il faut simplifier autant que possible la médication, et n'employer les agents thérapeutiques que successivement; c'est le seul moyen de bien apprécier leur mode d'action.

Le seul auxiliaire que M. Gendrin donne au vésicatoire dans la pleurésie est la digitale, dont l'expérience a démontré les propriétés sédatives et diurétiques. Il administre journellement la poudre de feuilles de cette plante, à la dose de 5 centigrammes en une pilule. Quand elle est bonne, il est inutile d'en donner davantage, car si l'on va plus loin, il survient du malaise, de l'anorexie, genre de souffrance d'autant plus pénible qu'il entraîne la débilité, et que la diurèse se ressent consécutivement du trouble des fonctions digestives.

Quant à l'usage des autres diurétiques, tels que le nitrate de potasse, par exemple, leur efficacité dans la pleurésie n'est complète qu'après la chute de l'inflammation, et c'est au ralentissement du pouls qu'on s'aperçoit que celle-ci a cédé. Alors arrive la période de résorption et de formation de produits pseudo-membraneux. Cette seconde période est soumise à des conditions dont la nature seule a la mesure, telles que le mouvement de retrait de la cavité pleurale, mouvement qui varie suivant l'âge, et que nous ne pouvons que seconder à l'aide de moyens propres à donner plus d'activité aux fonctions plastiques et à faciliter le jeu des émonctoires. (*Journal de méd. et de chir. prat.*)

TUMEUR ET FISTULE LACRYMALES.

Guérison sans opération.

M. le docteur Rey a adressé à l'Académie royale de médecine de Belgique un mémoire sur l'emploi de différents moyens pour arriver à la guérison des tumeurs et fistules lacrymales sans opération. Ce médecin divise pour son traitement les fistules en celles qui sont de cause inflammatoire ou scrofuleuse et celles qui reconnaissent un principe syphilitique. Voici les moyens qu'il prescrit contre les premières.

Boissons émollientes et diurétiques.

Pommade.

Beurre de cacao.	15,00
Axonge de veau.	15,00
Chromate de plomb.	1,00
Extrait de belladone.	0,50

Mêlez.

Faire dix frictions par jour sur la tumeur ou fistule lacrymale et le côté correspondant du nez avec un peu de cette pommade, gros comme une noisette, et préalablement fondue dans une cuiller de fer; faire en outre avec la même pommade dix frictions par jour dans le nez, à deux pouces de profondeur, à l'aide d'une plume de pigeon; appliquer tous les soirs après les frictions un cataplasme de farine de riz sur l'œil, la tumeur et le nez, et le conserver toute la nuit.

Après six jours de ce traitement, faire prendre 46 grammes de sulfate de magnésie et 1 gramme de sous-carbonate de fer dans du bouillon d'herbes.

Le neuvième jour administrer la potion suivante :

Eau distillée.	187,00
Teinture de colchique.	8,00
Salicine.	1,50
Sulfate de zinc.	0,60
» de fer.	3,00
» de magnésie.	92,00

A prendre une cuillerée le matin, à midi et le soir dans un demi-verre d'eau sucrée.

Le vingtième jour prendre 46 grammes de tartrate de potasse et de soude dans quatre verres de jus de pruneaux miellé.

Le vingt-deuxième jour commence l'usage de la potion suivante :

Sirop de sucre.	92,00
» de rhum.	92,00
» d'aloès.	62,00
Iodure de fer.	1,00
Teinture de colchique.	8,00

Mêlez.

A prendre une cuillerée matin, midi et soir.

Généralement un mois de traitement suffit pour la guérison.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS pour servir à l'histoire de la suette et du choléra, et des rapports qui ont existé entre l'épidémie de 1849 et celle de 1854 (1).

Par M. le docteur A. FOUCART.

CONTAGION OU TRANSMISSIBILITÉ DU CHOLÉRA.

Le choléra est-il contagieux, ou plutôt transmissible d'individu à individu?

Dès 1849, l'observation de faits assez nombreux m'avait porté à admettre la transmissibilité du choléra comme possible par voie d'infection, d'empoisonnement atmosphérique, et je pensais qu'il n'était pas très rare de voir être atteints de choléra des individus qui avaient respiré pendant un temps plus ou moins long l'air des cholériques.

Dès cette époque, je n'étais pas seul à partager cette opinion, et des hommes de mérite avaient consigné dans leurs livres, après l'épidémie de 1849, leur façon de penser sur la contagion.

Aujourd'hui le doute n'est plus possible, au moins à mon avis. Oui, *le choléra est transmissible d'individu à individu*, non pas transmissible par contact, comme la gale, la syphilis, la vaccine, mais par infection miasmatique ou atmosphérique, à la manière du typhus, de la fièvre typhoïde, des fièvres éruptives.

Je sais que dans les grandes villes la filiation des cas est assez difficile, pour ne pas dire tout à fait impossible, à établir dans beaucoup de circonstances, quoique cependant j'en pourrai tout à l'heure citer quelques exemples qui me sont propres. Mais dans les campagnes, rien n'est plus facile, dans la plupart des cas, au commencement surtout des épidémies. On sait quel a été le premier malade, où il était allé chercher la maladie, comment il l'a *semée* dans un village, et on la suit pour ainsi dire de maison en maison jusqu'au moment où, l'épidémie devenant très intense et se répandant dans toute la localité, il est impossible d'en suivre la marche.

Dans la commune de Fays-Billot, je n'assistais pas au début de l'épidémie. Lorsque j'y arrivai, le 19 juillet au soir, il y avait déjà eu six décès. La maladie avait commencé dans une maison située près de la route de Langres, tout auprès de la rue de la Maladière. Pendant les quinze ou vingt premiers jours, c'est à la rue de la Maladière que se borna l'épidémie, et c'est là aussi que, pendant toute la durée de l'épidémie, le choléra fit les plus grands ravages.

Un jour, un nommé Lambert fut pris de choléra dans la rue de la Côte, sorte de ruelle escarpée qui donne, d'une part, dans cette même rue de la Maladière, de l'autre, dans le Vaux, devant l'église. Il succomba en quelques heures. Je note en passant, et pour que l'on ne croie pas que ce fut un cas foudroyant, que l'attaque survint après deux jours de diarrhée, pendant lesquels Lambert avait continué à manger comme à l'ordinaire.

Le surlendemain de la mort de Lambert, une femme dont l'habitation était située juste en face de la maison du mort, et qui, comme beaucoup de voisines, était venue voir le malade et avait cherché à lui porter secours, était frappée et mourait.

Le lendemain, c'était le chantre (maison contiguë à celle de la seconde victime) qui était pris du choléra algide et cyanique. Celui-là guérit.

Deux jours après, le sonneur, qui habitait deux maisons plus haut, ainsi que sa femme, furent pris, mais à un moindre degré.

Le jour suivant, ce fut le tour de la maison située entre celles du sonneur et du chantre à être envahie.

Puis, en face de cette dernière, à côté de l'habitation de Lambert, une femme succombe encore; puis, au-dessus de la demeure de Lambert, une fille Vernier est atteinte.

La rue de la Côte est prise tout entière.

De là, la maladie descend dans le Vaux, frappe deux victimes, la fille Noël, au coin de la rue de la Côte, et le lendemain sa mère, la femme Noël; puis le père de l'instituteur, qui succombe. Elle s'étend dans le Vaux, où elle atteint plusieurs autres personnes, Bourlier, le marchand de faïence, la femme Raisin, dont nous avons parlé plus haut, et sept à huit autres dont les noms nous échappent, puis la sage-femme, etc.

Un fait assez singulier, et que nous devons mentionner, est le suivant :

Le Fays-Billot est partagé en deux par un petit cours d'eau qui coule tout au fond de la vallée.

Le versant qui regarde le sud-ouest, au sommet duquel est placé l'hôpital, dans la rue de la Maladière, a été ravagé par le choléra, qui y a fait presque toutes ses victimes. De l'autre côté du ruisseau, sur la rive gauche, il n'y eut, pendant tout mon séjour, que deux cholériques, dont un succomba, et tout le versant exposé au nord (le mont d'Olivotte) fut complétement épargné. On n'y observa que des suettes.

Le long du cours du ruisseau, il n'y eut que quatre ou cinq cas de choléra. L'épidémie ne sévit que sur la partie la plus élevée du plateau et sur la côte qui regarde le sud.

D'où nous concluons que l'on ne doit pas prétendre, avec certains auteurs, que le choléra sévit plutôt dans les lieux bas et humides, le long des cours d'eau, que sur les points élevés, tout comme il serait faux de prétendre que le contraire a lieu le plus ordinairement, parce que, dans le cas actuel, les choses se seraient passées comme nous l'avons dit. Nous sommes obligé d'avouer que, pour la question de l'influence des lieux sur la production du choléra, nous ne possédons pas la moindre donnée.

Encore un exemple de cette transmission dans le département de la Haute-Marne :

La femme Plubel (de Bussières-lès-Belmont), dont il a été question plus haut, convalescente de la suette, dont elle avait été atteinte à Frettes, où elle s'était fait soigner, revient à Bussières le 20 juillet, effrayée par les ravages qu'exerce le choléra dans le village où elle avait été malade.

Le 21, elle est prise de choléra cyanique : elle en guérit; c'était le premier cas déclaré à Bussières. Quelques jours après sa mère, qui l'avait soignée pendant son choléra, est prise à son tour et meurt. Le fils de la seconde malade accourt à Bussières soigner sa mère; une fois morte, il retourne à Genevrières qu'il habitait, est pris du choléra et meurt. Les cinq ou six cas qui succèdent à ceux-là, à Bussières, se déclarent dans la même rue que les deux premiers, et pendant les trois premières semaines, le choléra ne sort pas de cette partie de la commune.

Je renvoie, pour de plus amples détails sur ce qui s'est passé à Bussières, à la lettre remarquable de notre savant confrère et ami le docteur Thiberge, maire de Bussières et président du conseil général de la Haute-Marne, lettre transmise à l'Académie de médecine dans la séance du 21 novembre dernier, et publiée dans la *Gazette des Hôpitaux* du 25 (1). J'espère que ceux qui prendront la peine de la parcourir y trouveront des faits probants assez nombreux pour les convaincre.

Dans la Haute-Garonne, j'ai constaté des cas de transmission du choléra non moins authentiques et en aussi grand nombre. En voici quelques-uns.

A Belesta, le premier malade était un homme qui était allé chercher le choléra dans un canton voisin, où son père était atteint de cette affection. Il mourut, et ce fut lui, bien positivement, qui *sema* la maladie dans la ville.

L'ensevelisseur de Lux, étant allé à Belesta ensevelir un cholérique, fut pris de la maladie et mourut.

M. Migneret, préfet de la Haute-Garonne, qui mit sous mes yeux, avec la plus extrême obligeance, tous les documents relatifs à l'histoire de l'épidémie dans le département, me fit voir l'histoire de six personnes qui, dans le quartier de la Marquette, ont succombé l'une après l'autre dans la même maison (maison Morand). Une femme qui avait soigné plusieurs d'entre elles dans cette maison fut prise de la maladie et succomba à l'hôpital.

J'ai vu à Saint-Félix, le 12 septembre, un homme d'une commune voisine qui, pendant qu'il soignait son frère atteint de choléra, vint chercher à Saint-Félix des médicaments, et fut pris là d'une attaque si violente de choléra qu'il ne put être transporté chez lui, et dut être traité dans la commune même où il fut frappé.

Plusieurs des infirmiers du pénitencier ou des jeunes filles bien portantes de cet établissement qui donnaient leurs soins aux cholériques furent atteintes de la maladie et succombèrent.

A Paris, depuis mon retour, j'ai été appelé à soigner quelques cholériques, et dans plusieurs maisons, trois au moins, j'ai vu des faits de contagion qu'il ne me semble pas possible de révoquer en doute.

Un de ces faits, relatif aux enfants Huraut, rue de la Harpe, 46, a été publié dans la *Gazette des Hôpitaux* du 10 octobre 1854. Je ne le répéterai pas.

Vers le milieu d'avril, je fus appelé chez M. Robillard, rue Saint-Sulpice, 11, pour voir un enfant de dix-huit mois qui, atteint de diarrhée depuis trois jours, fut pris de choléra bleu et mourut. La même nuit, un autre enfant, âgé de cinq ans, couché dans la même chambre, et bien portant la veille, est pris de choléra et meurt quelques heures après le premier.

Enfin, le 27 novembre, le nommé Lafont, rue Hautefeuille, 14, malade depuis trois ou quatre jours, est pris de choléra et succombe dans

(1) Fin. — Voir les numéros des 28 juillet, 4, 11 et 21 août.

(1) Cette lettre est accompagnée du plan cadastral de la commune, sur lequel sont indiqués par des numéros de renvoi les cas de choléra qui se sont produits à Bussières, par ordre de date et de succession.

l'espace de quelques heures. Le lendemain, 28, sa fille, âgée de sept ans, que je soignais depuis quelques jours pour une broncho-pneumonie dont elle était enfin convalescente, et qui habitait la même chambre, est prise à son tour et meurt le jour suivant.

A ce propos, je dois dire que, dans les cas, excessivement rares, où il n'y a pas eu de prodromes, à mon avis presque toujours il y a eu *transmission*.

De tous ces faits, de ceux bien plus nombreux encore rapportés par les auteurs, par MM. Brochard (de Nogent-le-Rotrou), entre autres, Vésignié (d'Abbeville), J. Guérin, Thiberge, etc., etc., résulte selon moi que l'opinion de la transmissibilité du choléra, qui tend tous les jours à compter un plus grand nombre de partisans, devient de moins en moins contestable. Les corps savants ne veulent pas encore aborder cette question et en faire l'objet d'une discussion. Peut-être ont-ils raison; mais pour moi, je ne le crois pas. Il me semble qu'il y a dans cette abstention une exagération de prudence que rien ne justifie.

On invoque la terreur que jetterait une discussion pareille au sein des populations. Mais cette terreur n'a pas eu besoin, pour se produire, des discussions et des arrêts académiques; à défaut d'une croyance officielle, on trouvera dans toutes les campagnes, dans toutes les villes, le public non médical imbu de cette idée que le choléra se transmet, et malheureusement chacun cite des faits qui, s'ils manquent des détails de l'observation scientifique, n'en sont pas moins authentiques, de notoriété publique, et justifient pleinement cette manière de voir.

Au lieu de se refuser à soulever et à examiner cette question si importante, et que croient de si facile démonstration ceux qui ne s'occupent pas de médecine, pourquoi ne pas l'aborder franchement, ne pas faire ressortir ce qu'il y a de vrai dans l'opinion générale, ce que la terreur publique lui prête d'exagération ; pourquoi ne pas la régler, en un mot, et ne pas en tirer tous les préceptes utiles dont elle est susceptible de devenir la source ?

Ainsi, par exemple, on apprendra à ce public peu instruit, et par cela même si facile à se laisser tromper, à se laisser dominer par des frayeurs imaginaires, que le choléra étant épidémique, ce n'est pas en mettant en interdit une commune, un pays envahi, en établissant des cordons sanitaires, comme on l'a fait à Naples bien inutilement, que l'on empêchera la marche de la maladie. Les épidémies se jouent de ces précautions, qui n'ont jamais rien empêché.

On lui apprendra que, si le choléra est transmissible d'individu à individu, ce n'est pas par contagion proprement dite, c'est-à-dire par contact; que l'on ne devient pas cholérique pour avoir touché la main, la langue d'un cholérique, pour l'avoir frictionné, etc.

Que la *transmission* se fait par infection atmosphérique probablement, et que rien n'est plus facile que d'éviter cette infection sans cesser de donner aux malades les soins que réclame leur état; qu'il suffit d'ouvrir largement les fenêtres, de ventiler les appartements, de ne pas laisser séjourner dans l'intérieur des maisons les matières des déjections.

Je voudrais que, dans une maison où existe un choléra, et toutes les fois qu'il n'y a pas impossibilité, les matières des vomissements et des selles ne fussent pas jetées dans les latrines communes. Dans les campagnes, toutes les fois que je l'ai pu, j'ai fait creuser avec la bêche dans le jardin, dans un champ voisin, un trou pour y jeter ces matières que je faisais recouvrir de terre immédiatement.

Je voudrais que, soit chez les particuliers, soit dans les établissements hospitaliers, les précautions d'aération étant suffisamment prises, on ne laissât jamais, à moins d'absolue nécessité, la même personne, infirmier, garde-malade, etc., plus de trois ou quatre heures de suite près d'un cholérique; on établirait, pour ainsi dire, des relais, et, dans l'intervalle, on exigerait que les personnes qui ont donné leurs soins au malade se lavassent les mains et le visage à grande eau et s'exposassent au grand air.

Enfin, l'admission générale de ce principe de la transmissibilité conduirait les médecins et les directeurs des établissements où seraient des cholériques à consacrer des salles spéciales au traitement de ces malades, au lieu de les laisser dans les salles communes qu'ils ne seraient plus ainsi exposés à infecter.

Nous avons vu, de cette méthode d'isoler les cholériques dans des salles spéciales, d'excellents résultats en 1849 au Val-de-Grâce, où M. Michel Lévy, médecin en chef et premier professeur, avait fait disposer le rez-de-chaussée d'un des bâtiments neufs pour lui donner exclusivement cette destination. Qu'arriva-t-il? C'est que tandis que dans tous les autres hôpitaux, où les cholériques restaient mêlés aux autres malades, le choléra sévissait sur les convalescents et ravageait l'établissement, au Val-de-Grâce pas un des fiévreux ou blessés ne fut pris dans l'hôpital, et que tous les cas vinrent du dehors.

Si j'insiste sur ces considérations, c'est que j'ai été, dans le cours des deux missions que j'ai remplies cette année, à même de voir quels services pouvaient rendre ces mesures prises avec prudence, sans bruit, à l'insu presque des personnes qui devaient s'y soumettre, et que j'ai eu la satisfaction de voir, entre autres, les chefs de service, les administrateurs et les sœurs des beaux hospices et hôpitaux de Toulouse adopter ces vues avec empressement et les seconder avec un zèle et une intelligence dignes des plus grands éloges. Sans que personne s'en doutât au dehors de ces établissements, toutes les mesures étaient prises, tant à l'Hôtel-Dieu qu'à l'hospice de la Grave, pour que les services de cholériques fussent organisés sur ces bases.

Je borne là ce que j'avais à dire de la transmissibilité du choléra et me hâte d'arriver au traitement.

TRAITEMENT.

J'ai dit que, dans tous les cas, la diarrhée avait précédé le choléra. Guérir cette diarrhée, c'était donc prévenir à coup sûr le développement de la maladie confirmée.

Instruit par l'expérience de 1849; nous avons traité cette diarrhée, dans tous les cas, par le vomitif d'abord, suivi quelquefois d'un purgatif, puis par les opiacés. L'observation des faits nous a démontré depuis longtemps que les opiacés ne suffisent pas toujours pour faire cesser la diarrhée prodromique du choléra ; dans quelques cas, si l'opium suffit pour arrêter les évacuations, le principe toxique dont évidemment le choléra est le produit ne continue pas moins à agir, et l'attaque survient tout de même. On a, pour nous servir d'une expression vulgaire, mais juste et énergique, *enfermé le loup dans la bergerie*. Nous avions vu, en 1849, plusieurs fois le choléra cyanique se déclarer chez des sujets dont l'opium avait suspendu les évacuations.

Après le vomitif, rien de pareil; la diarrhée s'arrête; si quelquefois elle ne cède pas à une première dose, nous n'hésitons pas à recommencer l'emploi du même remède une seconde fois, et jamais nous ne l'avons vue résister. Nous employons ce moyen, soit qu'il y ait un simple dérangement de corps, soit qu'il y ait déjà diarrhée blanche caractéristique.

Quelquefois la diarrhée s'accompagne de nausées, de vomissements même; l'indication est pour nous la même, plus impérieuse encore, s'il se peut, et nous affirmons, sans craindre d'être démenti par les faits, que pas une seule fois nous n'avons vu la cholérine persister après l'emploi de cet évacuant.

Nous sommes d'autant plus porté à agir de cette manière que dans plusieurs circonstances où les malades refusaient le vomitif, nous étant borné aux lavements narcotiques, nous avons vu, pendant que la diarrhée se supprimait, survenir des vomissements qu'il nous était fort difficile d'arrêter. M. Boulay, dont j'ai prononcé plusieurs fois le nom dans ce travail, avait fait la même remarque.

Enfin, étions-nous appelé près d'un sujet présentant tous les symptômes du choléra cyanique, en même temps que nous administrions une potion et des boissons stimulantes, que nous réchauffions le malade par tous les moyens possibles, briques chaudes, frictions, sinapismes, etc., nous agissions encore sur l'intestin soit avec le vomitif, soit avec le purgatif, quelquefois avec ce dernier seulement en lavement.

Notre but, tout le monde l'a compris; il est maintenant reconnu généralement que dès que par un moyen quelconque on a pu modifier la nature des selles, que de blanches et riziformes on a pu les faire redevenir bilieuses, le plus grand danger de la maladie est passé. Or les purgatifs salins remplissent merveilleusement cette indication.

Quelquefois, dans des cholérines simples ou chez les malades que nous ne pouvions par une raison quelconque revoir le même jour, nous prescrivions le vomitif, nous donnions une formule de potion éthérée et assez fortement opiacée, dont on devait commencer l'administration quatre heures après l'évacuant, par cuillerée à bouche toutes les demi-heures. Dans un assez grand nombre de cas, nous dûmes revenir de nouveau le lendemain au vomitif, que nous faisions de nouveau aussi suivre de la potion opiacée.

Je le répète, toutes les cholérines que nous avons pu traiter par la méthode évacuante ont guéri, à moins que les malades ne fissent des excès de nourriture, ce qui leur arrivait souvent et ce qui explique la mortalité qui fut si grande dans les campagnes.

Le nombre des choléras cyaniques que nous avons guéris a été fort restreint. Nous évaluons la proportion des guérisons que nous avons obtenues dans ces cas à une sur six ou sept.

Dans plusieurs circonstances, on croyait avoir triomphé de la maladie, lorsque, le plus souvent par suite d'imprudences commises par les malades ou par suite de la frayeur que leur causaient la vue d'un enterrement, des récits faits devant eux sans précaution, survenaient des rechutes plus graves que la première attaque et qui se terminaient d'une manière funeste.

La médication que nous avons employée et que nous venons d'exposer rapidement, nous ne sommes pas le seul à l'avoir mise en usage. Nous avons vu au Fays-Billot un confrère, le docteur Julien (de Confracourt), qui traitait les cholériques d'après les mêmes idées et de la même manière que nous.

MM. Montrol et de Conféνron, à Langres, employaient les vomi-purgatifs dans le traitement de la cholérine et du choléra, tant dans la ville que dans l'hôpital, et s'en trouvaient bien. M. Thiberge (de Bussières) adopta également cette médication.

Dans la Haute-Garonne, les résultats du traitement furent aussi satisfaisants. J'y donnai des soins à peu de malades, mais je soumis à l'emploi du vomitif trois personnes de la maison de M. le préfet prises de cholérine grave, et j'eus la satisfaction de voir M. Dassier guérir de la même affection par l'ipécacuanha la femme d'un des plus hauts fonctionnaires du département. M. Dassier, directeur de l'Ecole de médecine de Toulouse, M. Dieulafoy, M. Ripoll, jeune médecin des plus distingués de cette ville et l'un de nos anciens et excellents amis, qui se dévoua avec la plus généreuse abnégation pendant l'épidémie qui maltraita si cruellement Revel, partageaient, et bien d'autres encore, mon opinion sur le traitement de la cholérine et du choléra.

Pendant mon séjour au Fays-Billot, nombre de traitements, de formules plus ou moins empiriques, de recettes singulières, pour ne pas dire absurdes, furent employés sans notre assentiment, malgré notre opposition même, pour bien des malades auxquels ils furent loin de réussir.

Pour nous, nous avons laissé à d'autres le soin d'expérimenter des médications dont nous ne reconnaissions ni la rationnalité, ni l'opportunité, nous bornant à mettre en usage celles que l'expérience nous avait démontrées le plus efficaces, le plus utiles, et pensant que dans des circonstances aussi graves le médecin qui agit avec prudence, avec logique et conformément aux données de l'observation est celui qui remplit le mieux son devoir et doit en fin de compte arriver aux plus heureux résultats.

CONCLUSIONS.

Pour résumer à la fin de ce travail, comme je l'ai fait plus haut pour la suette, ce que m'a appris l'observation dans l'épidémie de 1854 dans la Haute-Marne et dans la Haute-Garonne, je dirai :

1° Que, quant à sa nature, à sa marche, à sa durée, à sa gravité, à sa symptomatologie, le choléra s'est montré le même en 1854 qu'en 1832 et en 1849, et le même dans les départements qu'à Paris.

2° Dans un certain nombre de cas, la symptomatologie a été moins complète; quelques phénomènes ont parfois manqué, ou ont été peu marqués; les crampes, entre autres, ont été moins fortes et moins persistantes généralement; mais ces différences n'ont constitué que des variétés sans importance au point de vue du pronostic et du traitement.

3° Généralement aussi la période algide et cyanique a duré moins longtemps; la réaction a été obtenue plus facilement; mais cette réaction s'est souvent accompagnée de phénomènes typhoïdes ou de phénomènes cérébraux qui sont devenus funestes.

4° La présence des vers intestinaux dans les matières des déjections et des vomissements de quelques cholériques, signalée comme un accident, a été assez rare, complétement sans valeur, et n'a jamais coïncidé avec des formes plus ou moins graves du choléra. La présence de ces ascarides lombricoïdes n'a pas été plus fréquente pendant le choléra qu'elle ne l'est à l'état normal chez les habitants des campagnes qui se nourrissent mal ou suivent un régime plutôt végétal.

5° Le choléra a *toujours* été, cette année comme les autres et dans toutes les localités, précédé de phénomènes assez marqués et assez prolongés pour permettre d'instituer un traitement utile. La diarrhée est le plus constant de ces phénomènes prodromiques.

6° Le choléra *foudroyant*, c'est-à-dire survenant sans prodromes chez un individu en bonne santé, *est un mythe*.

7° L'expérience démontre que la suette et le choléra peuvent exister simultanément dans les mêmes localités, et que par conséquent il n'y a pas antagonisme entre ces deux maladies; leur coexistence n'est pas non plus forcée.

8° Dans l'épidémie de la Haute-Marne et de la Haute-Garonne de 1854, la suette a, la plupart du temps, précédé le choléra. L'affaiblissement résultant de l'existence de la suette a constitué une prédisposition qui a pu quelquefois favoriser l'évolution du choléra, rendre sa marche plus rapide, et diminuer la durée de la période prodromique, au point de faire croire à l'observateur superficiel et peu expérimenté que cette période n'avait pas existé, tandis qu'elle avait été seulement de plus courte durée.

Dans la plupart des cas, cette transformation de la suette en cholérine, puis en choléra, s'est opérée sous l'influence d'écarts de régime et d'indigestions par excès de nourriture.

9° L'expérience de 1854 a démontré, aussi bien et mieux encore que celle de 1849, la transmissibilité du choléra d'individu à individu. L'analogie comme l'observation portent à penser que cette transmission a lieu par infection atmosphérique, de la même manière que celle des typhus, des fièvres éruptives, etc.

10° Dans les cas excessivement rares, si tant est qu'il en existe, où le choléra n'a pas été précédé de prodromes, c'est par la transmission individuelle qu'il faut expliquer la rapidité de la marche de la maladie.

11° Dans le traitement de la cholérine, ou plutôt dans celui des diarrhées, et en général de tous les phénomènes morbides qui peuvent être rapportés à la première période du choléra, la médication vomi-purgative doit être employée tout d'abord, et constitue en quelque sorte un spécifique. Nous n'avons jamais vu de cholérine, si grave fût-elle, traitée par cette méthode, se transformer en choléra. Les opiacés ne sont qu'un simple palliatif, et il n'est jamais prudent de les mettre en usage avant de les avoir fait précéder des évacuants.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du 21 août, ont été nommés à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux :

Professeur titulaire d'accouchements, de maladies des femmes et des enfants, M. Rousset, professeur suppléant à ladite école, en remplacement de M. Barnetche, démissionnaire;

Professeur adjoint de clinique externe, M. le docteur Denucé (Paul), aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Puydebat, également démissionnaire.

— Par décret du 11 août, ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Officier : M. Mourier, recteur de l'Académie de Rennes;

Chevaliers : MM. Schützemberger, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg; Ledieu, directeur de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Arras.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Delarue, né le 7 mars 1826, à Saint-Saturnin-du-Bois (Charente-Inférieure); *Observations recueillies à bord de la Thisbé pendant son mouillage dans la baie de Taihoaë, aux Marquises.*

Martin-Dumagny, né le 7 octobre 1827, à Mauprévoir (Vienne); *De l'asphyxie en général.*

Estevenet, né le 14 juin 1830, à Sainte-Dode (Gers); *Des convulsions chez les enfants.*

Lorain, né le 16 janvier 1827, à Paris (Seine); *La fièvre puerpérale chez la femme, le fœtus et le nouveau-né.*

Aymé, né le 19 décembre 1829, à Requista (Aveyron); *Aperçu sur l'influence de l'hérédité chez l'homme.*

Lecoq, né le 30 septembre 1819, à Concarneau (Finistère); *Quelques considérations pratiques sur la colique nerveuse* (*colique sèche, colique végétale, etc.*).

Gubian, né le 4 août 1830, à Lyon (Rhône); *Sur un typhus pneumonique succédant au choléra* (*épidémie de Serves.*)

Lafosse, né le 18 avril 1829, à Lignéville (Vosges); *De l'action thérapeutique des eaux minérales de Contrexéville.*

Bonnet, né le 30 mars 1330, à Curval (Tarn); *Des irrigations continues dans le traitement des plaies.*

Toutes les thèses soutenues à la Faculté sont annoncées dans la *Gazette*; celles qui sont remises à notre bureau sont analysées dans un des numéros qui suit la remise.

Plusieurs de nos confrères ont bien voulu répondre à la demande que nous avons faite dans la *Gazette* de mardi dernier et nous envoyer des numéros du mois d'août 1854. Nous les prions d'agréer ici nos très sincères remercîments. Si quelques autres veulent bien imiter leur exemple, nous serons pour longtemps en mesure de compléter des collections de l'année 1854.

LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 100. — MARDI 28 AOUT 1855. (28e ANNÉE.) N° 100. — MARDI 28 AOUT 1855.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 27 AOUT 1855.

Séance de l'Académie des Sciences.

M. le docteur Faure a communiqué à l'Académie le résultat de nouvelles recherches qu'il a faites sur l'emploi de la cautérisation avec le fer rouge comme moyen de rappeler à la vie les individus asphyxiés. L'auteur a pensé que si ce moyen n'a pas réalisé les espérances qu'on en avait conçues, c'est qu'il n'avait été employé ni avec méthode, ni surtout avec une persévérance suffisante. M. Faure a étudié les effets de la cautérisation dans l'asphyxie accidentelle qui résulte soit du défaut d'air respirable, soit de la viciation de l'air respiré par les gaz qui résultent de la combustion du charbon, soit enfin de la présence d'un obstacle capable de s'opposer à l'accomplissement des phénomènes respiratoires. Les comparant ensuite avec ceux des secours usités dans la pratique, tels que la saignée, l'insufflation, le massage, les révulsifs, la respiration artificielle, etc., il est parvenu à des résultats pratiques remarquables. Dans tous les cas, quelle que fût l'imminence du danger, tant que l'individu ou l'animal respirait encore, si faiblement que ce fût, il a pu provoquer une réaction favorable. Ainsi, là où avec les moyens ordinaires il avait échoué, il a pu souvent, à l'aide de la cautérisation, sauver des animaux qui étaient dans un état voisin de la mort.

Les expériences de M. Faure, indépendamment du résultat pratique important qu'elles constatent, apportent aussi un élément pour la solution d'une question depuis longtemps indécise entre les toxicologistes. Le gaz acide carbonique et l'oxyde de carbone doivent-ils être considérés comme des gaz délétères, toxiques, ou bien comme simplement asphyxiants? Les diverses expériences qui ont été faites à cet égard par Nysten, M. Bernard et d'autres n'ont pas résolu la question, parce que les gaz avec lesquels ils ont expérimenté n'étaient pas également purs. La nouvelle méthode d'expérimentation de M. Regnault permettrait probablement beaucoup mieux de distinguer les gaz asphyxiants des gaz délétères; mais nous ne sachons pas qu'elle ait été encore mise en usage dans ce but. Bref, les observations de M. Faure, sans résoudre d'une manière formelle la question, l'ont conduit à un résultat qui constitue au moins une présomption en faveur de l'opinion qui réduit l'action des gaz dont il s'agit à l'asphyxie, c'est-à-dire à la simple suppression de la respiration.

Le mémoire communiqué par M. Ch. Robin révèle un fait nouveau qui nous paraît de nature à jeter quelques lumières sur la question tant controversée naguère des cancers et des tissus hétéromorphes. Si, comme l'a constaté cet habile micrographe, il est vrai que certaines tumeurs de la mamelle, considérées comme des productions nouvelles hétéromorphes ou parasitiques, ont pour point de départ les cellules normales de son tissu, et si, ainsi qu'il se propose de le démontrer plus tard, le même fait se présente pour la glande parotide, le foie, les glandes sébacées, etc., il en résulterait qu'on a souvent été conduit à appeler *hétéromorphes* des tumeurs dérivant d'une multiplication exagérée des éléments normaux d'un parenchyme. Cette observation pourrait conduire, comme on le voit, à concilier quelques-unes des dissidences qui se sont manifestées entre les partisans de l'observation clinique et les micrographes. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

Des angines (1).

Nous n'avons jusqu'à présent étudié la diphthérie que dans ses formes exceptionnelles, et nous l'avons successivement vue se propager du pharynx au larynx pour y constituer le croup membraneux, puis aux fosses nasales, à la peau, au contact enfin des diverses muqueuses. Affection purement locale d'abord, je vous l'ai montrée se généralisant et amenant la mort par une sorte d'empoisonnement. Mais il est une forme de diphthérie qui depuis sept ou huit ans fait d'innombrables victimes à Paris et dans quelques départements voisins; elle fut mieux observée dans les siècles passés qu'elle ne l'a été chez nous, car en parcourant l'histoire des épidémies anciennes nous voyons qu'il est question d'une *angine gangréneuse*, d'une *maladie pestilentielle* s'attaquant indistinctement aux enfants, aux adolescents, aux adultes, prenant un caractère de soudaineté rare et de violence effroyable, et se terminant dans l'espace de deux ou trois jours par le plus fatal résultat.

M. Bretonneau différencia parfaitement les diverses espèces de diphthérie, mais ce n'est qu'intercurremment qu'il parle de quelques formes foudroyantes, encore n'est-ce pas indiqué de manière que la chose soit mise en relief.

Il y a sept ans, je fus mandé, ainsi que M. le docteur Blache, par mon confrère M. Duchesne-Duparc, auprès de l'enfant d'un Havanais atteint d'une angine conenneuse pharyngienne. Le mal nous parut traitable, et cependant quarante-huit heures après le petit malade mourait sans que le larynx se fût pris. Ce fut peut-être la première fois que M. Blache et moi apportâmes la plus sérieuse attention à cette variété de diphthérie, dont nous devions plus tard observer les allures violentes et terribles sur un grand nombre d'enfants, d'adolescents et d'adultes, et qui était destinée à frapper si cruellement M. Blache dans sa propre famille. Le fils de M. Blache, interne des hôpitaux, passa deux nuits auprès d'un enfant qu'avait trachéotomisé M. Guersant à l'occasion d'une diphthérie pharyngienne se propageant lentement et normalement au larynx. Ce jeune médecin se plaignit d'une douleur à la gorge et se fit examiner par son père, qui observa de la rougeur et déjà quelques filaments de couenne blanche.

Le lendemain, douze heures après le début, MM. Roger, Legroux et moi constations une fièvre extraordinairement ardente, un engorgement ganglionnaire cervical tellement énorme que le cou dépassait le maxillaire inférieur, l'écoulement par le nez d'un liquide incolore, limpide, inodore, mêlé parfois de stries de sang. Malgré la difficulté d'entr'ouvrir les dents, il nous fut facile d'apercevoir des taches diphthériques tapissant le voile du palais, mais n'atteignant pas la partie profonde du pharynx. Nous fûmes épouvantés par cet appareil de symptômes. Vingt-quatre heures après, sans que la respiration fût laryngée, sans qu'il se manifestât le plus léger signe de suffocation, M. Blache fils tombait dans une agonie délirante. Un jour plus tard cet infortuné jeune homme quittait prématurément la vie.

Il y a trois ans, une dame espagnole me fit appeler. Forcé d'attendre quelques heures pour me rendre chez elle, j'appris en entrant que M. le docteur Auvity était venu avant moi auprès de cette malade, qui la veille avait perdu son fils, âgé de cinq ans, du croup. J'examinai la gorge, mais ne trouvai point de traces de diphthérie; j'écrivis néanmoins quelques lignes à M. Auvity pour lui faire savoir combien j'étais effrayé par l'engorgement ganglionnaire. Le soir, mon confrère fit une application de sangsues au cou. Le lendemain matin, nous constatâmes ensemble une fièvre très vive, une douleur intense aux amygdales et l'apparition sur l'une d'elles d'une petite concrétion faible et peu épaisse. Nous revînmes à cinq heures du soir : les amygdales étaient littéralement couvertes, les ganglions du cou étaient engorgés de la façon la plus horrible, et il s'échappait du nez un liquide séreux en assez grande abondance. Nous cautérisâmes, nous soutînmes le plus possible les forces, mais les symptômes locaux et généraux s'aggravèrent encore, et la malade mourut dans le coma sans aucun accident du côté du larynx.

M. Valleix fut mandé dans une famille pour traiter un jeune enfant de sept ans d'une angine pharyngienne se propageant aux fosses nasales et déterminant une tuméfaction du cou. Il fit appel aux lumières de M. Guersant pour résoudre la question de l'opportunité d'une trachéotomie. L'enfant paraissant devoir succomber à une sorte d'intoxication générale et non pas au croup, M. Guersant rejeta l'opération; le petit malade mourut.

Le jour même, ou le lendemain, la sœur de l'enfant fut prise d'une angine pharyngienne ordinaire, normale, qui guérit par le seul secours de la cautérisation. Ce fut alors que M. Valleix, vaincu à son tour par le terrible ennemi qu'il venait de terrasser, se mit au lit avec la conscience de son mal, et réclama les soins de ses amis, MM. Louis et Barth. La diphthérie pharyngienne se propagea aux fosses nasales, les ganglions du cou s'engorgèrent d'une manière effroyable; le larynx, resté sain, ne prit aucune part à ces désordres pathologiques.

Cette forme de diphthérie diffère tellement des autres par son expression symptomatique générale, que l'on serait tenté d'établir une ligne de démarcation; mais si l'on fait attention au mode d'invasion, à l'étiologie, on ne tarde pas à reconnaître qu'il y a conformité, qu'il y a identité; seulement la maladie diphthérique prend là une forme exceptionnellemant grave et tue d'emblée par des accidents généraux, sans la participation du larynx.

Habituellement le mal de gorge *semble* être le début. C'est, en effet, le premier symptôme qu'accusent les malades; mais dans certains cas le médecin apprend la préexistence d'un coryza très sévère, d'un écoulement nasal tout à fait insolite, d'un saignement de nez, comme si la membrane pituitaire avait été envahie avant la membrane pharyngienne. Quand on arrive, le mal de gorge est bien l'accident dominant, mais on observe presque toujours un engorgement des ganglions lymphatiques du cou et un enchifrènement qui est loin d'être proportionné avec la rougeur et le picotement des amygdales, si bien qu'on peut dire que cette forme grave et exceptionnelle débute presque invariablement ainsi. Mais, qu'est-ce qui lui donne tout d'abord un caractère aussi alarmant? *Quid pestilenti redolet?* C'est l'engorgement ganglionnaire, qui quelquefois est tellement monstrueux qu'il dépasse la mâchoire; c'est cet empâtement tout particulier que l'on sent dans le tissu cellulaire. Joignez à cela une douleur de tête très vive, une fièvre extrêmement intense (la fréquence du pouls est considérable, hors de limites), et vous aurez les signes du début de la pire forme de diphthérie. Quelques heures après, vous remarquerez des fausses membranes sur la luette et le voile du palais (car la diphthérie ne frappe pas, dans cette espèce différente, une amygdale, puis l'autre, le pharynx, puis le larynx), et bientôt un peu de couenne grisâtre. L'écoulement du nez devient fétide, et si l'on entr'ouvre les narines avec un spéculum de l'oreille, on aperçoit des fausses membranes sur la cloison et les cornets; elles descendent souvent bien plus bas, et il est facile alors de les prendre avec une pince à pansement et de les détacher.

Le malade ne dort pas, est dans un état d'agitation très prononcée; il a la respiration stertoreuse, ronflante; ses yeux larmoient, ses lèvres bavent, et du nez s'écoule un mucus de la plus repoussante fétidité. Au bout de trente-six ou quarante-huit heures, les traits du visage se recouvrent de la plus livide pâleur, le délire arrive, et sans avoir perdu une seule goutte de sang le malheureux diphthérique meurt avec toutes les apparences de l'anémie et dans un état de somnolente quiétude qui ressemble bien peu à l'agitation qui distingue l'agonie du croup. Il est impossible de décrire le degré affreux de prostration, d'affaissement adynamique dans lequel on tombe, non plus que la fréquence des manifestations syncopales; l'une d'elles tranche souvent le nœud de la vie. Les phénomènes diphthériques que nous étudions en ce moment diffèrent tellement de ceux que nous avons jusqu'à présent relatés, qu'ici encore nous n'observons pas cette raucité de la voix, inséparable de la diphthérie qui siége au larynx. L'explication en est toute simple, puisque le croup n'est pour rien dans la question.

Rien ne tend plus à amener, que cette forme de diphthérie, la liquéfaction du sang, et il n'est point de maladie qui jette dans un état d'anémie plus tranché, de cachexie plus rapide. La diminution des globules du sang est plus considérable encore dans l'infection diphthérique de cette espèce que dans l'état presque exsangue qui succède aux hémorrhagies abondantes, aux saignées répétées ou à l'intoxication hydrargyrique. Au lieu de débilitants, vous aurez donc à administrer des stimulants et des toniques. Mais j'aurai bientôt à revenir là-dessus, et je passe à une question de diagnostic différentiel.

Dans une même localité, dans une même famille, la fièvre scarlatine règne parfois simultanément avec la diphthérie; il arrive alors que cette dernière peut se fixer là où il y a desquammation de la peau. Si un individu prend une angine scarlatine, une stomatite scarlatine, la langue et le pharynx en se dépouillant se trouvent dans les conditions faites à la peau après l'application d'un vésicatoire. De là la grande *réceptivité* pour les muqueuses de la face interne des joues, de la bouche et du pharynx à contracter la diphthérie et à devenir un véritable foyer de contagion. Qu'une jeune fille atteinte de la rougeole ait une inflammation morbilleuse de la vulve, vous la verrez prendre la diphthérie vulvaire par la gangrène qui en est la conséquence. Mais que l'air soit vicié par le contagium diphthérique, il n'aura pour s'introduire que deux voies : la bouche et le nez.

Dans certaines scarlatines, il est fort difficile de diagnostiquer l'angine scarlatine qui finit de l'angine diphthérique qui commence. En général, l'angine scarlatine n'est pas grave et elle ne se

(1) Suite. — Voir le numéros des 24 et 31 juillet.

propage ni au larynx ni au nez, bien qu'il y ait ce qu'on a appelé le coryza scarlatin. Quand règnent des épidémies, on a vu la scarlatine se revêtir de caractères sérieux, s'accompagner de bubons, mais elle n'affecte pas la forme de diphthérie que nous venons de décrire et elle cède spontanément.

Au milieu d'épidémies de scarlatines, alors qu'il n'existait dans la localité aucune trace de diphthérie, on a souvent vu se produire au cou des bubons scarlatins; vous pressentez la difficulté avec laquelle se posait le diagnostic. La diphthérie (qui complique quelquefois l'angine scarlatine) est fréquemment prise pour l'affection couenneuse simple, ordinaire. Si vous avez commis cette erreur de traiter pour une diphthérie une affection couenneuse dont toutes les médications font justice, ne vous attribuez pas l'honneur de la cure et laissez à la nature le privilége de revendiquer ses droits. Avec la meilleure foi du monde, en prenant la douce habitude de guérir si bien les angines couenneuses que vous auriez reconnues pour des diphthéries, vous en arriveriez à l'horrible mécompte de ce médecin qui dans une épidémie perdit soixante malades sur soixante, et qui déclara qu'il avait certainement affaire à une maladie nouvelle, puisque autrefois, à l'aide de gargarismes, il faisait rapidement disparaître toutes les productions blanches de la bouche et du pharynx.

L'angine couenneuse est bien plus ordinaire et beaucoup plus commune que l'angine diphthérique. Il y a au début un mouvement fébrile assez vif, une douleur aiguë de la gorge, et sur l'amygdale quatre ou cinq points blancs larges comme de petites lentilles; s'ils sont confluents, ils peuvent se confondre. L'engorgement ganglionnaire est notable, toute proportion gardée, la difficulté de respiration est manifeste; mais ce qui différencie surtout cette angine couenneuse ordinaire de l'angine diphthérique, c'est l'âge du sujet, car le plus souvent elle attaque l'adulte, et la fréquente coïncidence de cette maladie avec l'herpès des lèvres; l'angine couenneuse n'est, du reste, qu'un herpès du pharynx. Et puis, la sécrétion plastique diphthérique est d'un blanc-jaunâtre foncé et n'est point disséminée en petits points; il est en outre très difficile de l'enlever et le sang suinte bientôt, après les efforts qui ont été tentés, à la surface de la membrane muqueuse. Dans l'angine couenneuse, au contraire, on enlève très aisément les productions blanches avec un pinceau sans faire rendre à la muqueuse la plus petite goutte de sang. En trente-six ou en quarante-huit heures l'angine couenneuse disparaît, tandis que l'angine diphthérique se prolonge du quatrième au vingtième jour. L'angine couenneuse, je vous l'ai dit, est un herpès du pharynx; elle ne présente pas plus de gravité que l'herpès de la joue, que l'herpès du prépuce.

A propos d'angines phlegmoneuses, vous pourrez voir des concrétions blanches peu épaisses envelopper l'une des amygdales ou même toutes les deux; mais elles ne s'étendront pas, elles resteront à la même place. Il y a donc entre ces productions et les productions diphthériques la plus immense différence.

Lorsque vous serez placés en face d'angines, n'allez pas trop précipitamment croire à l'existence de la diphthérie; vous pourriez prodiguer, sans qu'il en fût besoin, les plus précieuses réserves de votre arsenal thérapeutique. L'attente circonspecte est une grande qualité chez un médecin, et vous aurez plus d'une fois à reconnaître la justesse de ces paroles quand vous verrez guérir par les plus simples moyens de bénignes angines qui vous en avaient tout d'abord imposé. *(La suite à un prochain numéro.)*

QUELQUES CAS D'AUTOPLASTIE FACIALE.

Par M. le docteur LETENNEUR,
Professeur adjoint de clinique externe à l'Ecole de médecine de Nantes, etc.

Les restaurations de la face ont depuis bien longtemps joué un rôle fort important dans la chirurgie réparatrice. Des modifications heureuses ont été déjà apportées aux divers procédés d'autoplastie; cependant, comme la nature, le siége, l'étendue de la difformité commandent le procédé qui doit être appliqué, nous croyons devoir faire connaître les cas suivants, qui nous sont communiqués par M. Letenneur.

Dans le procédé que j'ai suivi, dit cet habile chirurgien, le lambeau est taillé de telle sorte qu'un des côtés de sa racine est tangent à un des points de la circonférence de la solution de continuité, et qu'une des incisions destinées à circonscrire le lambeau parte de ce point et se confonde autant que possible dans une partie de son étendue avec le bord même de cette solution de continuité, l'autre incision en demeurant éloignée de toute la largeur du lambeau. Le pédicule, au lieu d'être tordu sur lui-même, tourne simplement à plat autour d'un axe qui le traverserait suivant son épaisseur. Un des avantages les plus grands de ce procédé, c'est la réunion immédiate des bords de la perte de substance résultant de la formation du lambeau.

Dans certains cas, la rotation, ou plutôt l'inclinaison du lambeau, ne dépasse pas 30 à 40 degrés et peut être considérée comme un simple glissement; d'un autre côté, le lambeau est pris aussi près que possible de la perte de substance. Ces deux caractères établissent une sorte de trait d'union entre la méthode française et la méthode indienne, à laquelle appartient cependant plus spécialement le procédé auquel j'ai eu recours.

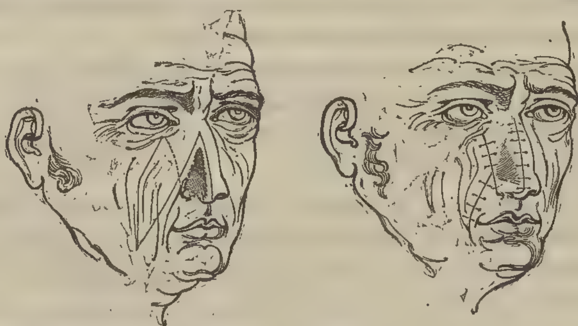
OBS. I. — *Restauration de la moitié droite du nez au moyen d'un lambeau emprunté à la joue; reconstitution de l'aile du nez à l'aide d'un ourlet cutané.*

En 1840, un vieillard presque octogénaire, le nommé Penard, de Notre-Dame-de-Riez (Vendée), se présenta chez moi et me demanda si je ne pourrais pas faire disparaître par une opération ou dissimuler par tout autre moyen une perte de substance qu'il avait au nez et qui donnait à sa physionomie quelque chose de bizarre et de repoussant.

Le mal avait commencé depuis un assez grand nombre d'années par une petite croûte sèche ayant son siége sur l'aile du nez; cette croûte tombait souvent et se reproduisait immédiatement en gagnant peu à peu du terrain, en même temps les tissus étaient détruits et rongés par une sorte d'usure progressive. Cette ulcération, évidemment de nature cancroïde, était sèche, et le malade remarquait à peine un suintement sanieux ou sanguinolent lorsqu'il avait arraché prématurément une portion de la croûte. Les tissus voisins n'étaient ni rouges ni gonflés.

Quand il vint me consulter sa maladie avait déjà fait des ravages considérables, car du côté droit du nez peau, cartilages et membrane muqueuse avaient été entièrement détruits. Les limites du mal suivaient assez exactement en avant le bord de la cloison, qui était restée saine; en haut et en dehors, elle correspondait au bord osseux formé par l'os propre du nez et par l'apophyse montante du maxillaire supérieur. Autour de la perte de substance, l'ulcération n'était caractérisée que par une ligne de 3 à 5 millimètres de largeur formée par des croûtes sèches d'apparence épidermique. Toute la muqueuse de la cloison était rouge et recouverte de mucus desséché. Pas de ganglions lymphatiques engorgés.

D'après l'état de maigreur du malade, la flaccidité et les rides nombreuses de la peau du visage, je compris la possibilité de restaurer le nez avec la peau voisine.



J'avivai les bords de la perte de substance. L'espace à combler eut alors la forme d'un triangle, dont le côté inférieur était le plus court, les deux autres ayant à peu près une longueur égale.

Je taillai mon lambeau de la manière suivante :

Le côté externe de la solution de continuité fut prolongé par une incision qui passa à 1 centimètre de la commissure labiale et descendit à 1 centimètre et demi au-dessous de cette commissure en s'inclinant en dehors. A 3 centimètres et demi de l'angle supérieur de la plaie, et à partir du niveau du bord inférieur de l'orbite, une seconde incision fut pratiquée parallèlement à la première dans ses deux tiers supérieurs, et s'inclinant en dedans dans son tiers inférieur de manière à venir rejoindre la première sous un angle aigu.

Le lambeau fut détaché de bas en haut avec une couche suffisante du tissu cellulaire sous-cutané. J'eus soin de le disséquer complétement vers sa base, ce qui demanda de grandes précautions au niveau du sac lacrymal.

Je fis alors tenir le lambeau par un aide et je m'empressai de réunir par des épingles la partie inférieure de la plaie de la joue, ce qui put s'opérer avec la plus grande facilité. Les téguments de la face entraînés ainsi vers la ligne médiane facilitèrent le déplacement que je voulais imprimer au lambeau. Celui-ci vint s'appliquer sans tiraillement sur la perte de substance, en formant cependant en haut et en avant un léger godet, qui s'effaça plus tard. Je fixai son bord antérieur à la peau du nez au moyen d'épingles à insectes très fines et de la suture entortillée.

Le lambeau était plus long que le vide qu'il était destiné à combler. En le taillant ainsi, j'avais un double motif : le premier de donner à la plaie de la joue une forme qui me permît d'en affronter les bords, le second de façonner l'aile du nez au moyen d'un ourlet qui lui donnât une solidité suffisante et une forme se rapprochant autant que possible de la forme normale, et qui enfin reportât à l'intérieur de la nouvelle narine le bord cicatriciel inférieur du lambeau. Pour cela, je retranchai avec des ciseaux la partie inutile. Je renversai ensuite la partie inférieure en formant un véritable ourlet, qui fut maintenu au moyen d'un double point de suture.

L'aile du nez nouvelle fut maintenue au moyen d'un point de suture simple.

Le bord externe de la partie supérieure de la plaie de la joue fut amené sans trop d'efforts jusqu'au contact du lambeau, auquel il fut fixé par des épingles.

Cette opération, qui dura trois quarts d'heure, fut bien supportée par le malade. Les suites en furent assez simples, les premiers jours se passèrent sans accidents.

Le quatrième jour il y avait un gonflement considérable de tout le côté droit de la face; j'enlevai quelques épingles; sur d'autres points, je remplaçai les fils par d'autres moins serrés.

Le lendemain, de nouvelles épingles furent retirées, et le sixième jour j'enlevai les dernières.

La réunion immédiate avait eu lieu dans la plus grande partie, et, bien qu'un peu de suppuration se montrât sur quelques points, il était facile de voir que le succès de l'opération n'était pas douteux.

Des bandelettes de sparadrap furent appliquées pour prévenir l'écartement des plaies et pour soutenir les parties.

Les jours suivants le gonflement diminua. Un mois après l'opération toute trace de suppuration avait disparu. L'aile du nez se dessinait assez bien à l'extérieur, et présentait une solidité suffisante pour maintenir la narine ouverte et pour ne pas éprouver de ballottement dans les mouvements de la respiration.

La cicatrice de la joue n'était pas extrêmement tendue et allait être bientôt cachée en partie par les rides. La paupière, qui après l'opération paraissait assez fortement tiraillée en dedans, avait repris sa forme normale. Je dois ajouter que le nez s'était un peu incliné du côté droit, mais sans qu'il y eût là rien de choquant.

Mon malade a vécu plusieurs années après cette opération; je ne l'ai pas revu dans les derniers temps de sa vie; cependant, j'ai su que l'ulcère rongeant avait reparu sur la cloison, qui s'était perforée; mais cette récidive ne se manifesta point à l'extérieur et ne toucha en rien à la partie nouvelle du nez.

Je n'ajouterai que de courtes réflexions à cette observation : la première, pour établir que je crois avoir fait un chose nouvelle en utilisant l'excédant de mon lambeau afin de reconstituer l'aile du nez par un ourlet ou repli cutané. Du moins je n'avais, à l'époque où j'ai pratiqué cette opération (1840), rien vu qui pût m'en donner l'idée. Depuis ce temps, la première observation qui ait une certaine analogie avec la mienne appartient à M. Serres (1842). Quoi qu'il en soit, c'est là, je crois, une des applications les plus heureuses qu'on puisse faire de ce qu'on a nommé *autoplastie par doublement du lambeau.*

La seconde réflexion est relative à la difficulté ou à la facilité que présente l'exécution de certaines opérations dans des cas semblables en apparence, et où cependant certaines circonstances, qu'il importe d'apprécier d'avance, viennent aider ou gêner le chirurgien. Ainsi, l'opération que je viens de décrire n'a été possible que grâce à la maigreur de mon malade, à la souplesse et à l'extensibilité de la peau.

Ce que j'ai fait chez Penard eût été impossible chez la femme qui fait le sujet de l'observation suivante. Le peu de laxité du tissu cellulaire sous-cutané et le peu d'extensibilité de la peau m'auraient présenté des obstacles très sérieux; j'ai donc dû emprunter à chaque joue un lambeau semblable, et j'ai établi ainsi une symétrie parfaite entre les deux côtés du visage, ce qui, en somme, devait donner et a donné, en effet, un résultat plus satisfaisant que celui que j'aurais pu obtenir avec un seul lambeau.

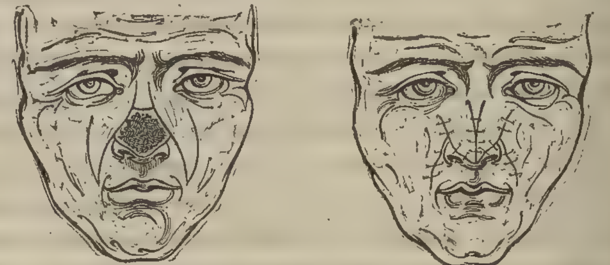
OBS. II. — *Ulcère cancroïde du nez; ablation avec l'instrument tranchant; rhinoplastie au moyen d'un lambeau emprunté à chaque joue.*

Au mois de novembre 1854, est entrée à l'Hôtel-Dieu de Nantes, salle 8, la femme Martin, journalière, âgée de soixante ans.

Cette femme nous raconte que le début de sa maladie remonte à six ans. Ce n'était alors qu'un petit bouton verruqueux; mais ce bouton ne tarda pas à grossir, et plus tard il s'ulcéra. Un médecin fut consulté, et se borna à faire de loin en loin quelques cautérisations avec le nitrate d'argent. Pendant ce traitement, l'ulcère s'étendit et devint douloureux. Cinq ans après la malade se présenta à nous dans l'état suivant :

Ulcération végétante faisant saillie au-dessus du niveau de la peau, assez exactement arrondie, d'un diamètre de 3 centimètres et demi, ayant laissé intactes les ailes du nez et la sous-cloison, mais ayant détruit toute la peau du lobe moyen; en haut, elle recouvrait le tiers des os propres du nez, et sur les côtés, elle venait se terminer dans le sillon naso-génien.

La surface de cet ulcère, noirâtre et recouverte d'une croûte peu épaisse et fendillée, était le siége de fréquentes hémorrhagies et donnait lieu habituellement à un écoulement de pus sanieux. La malade y ressentait des douleurs lancinantes. Pas de ganglions engorgés. L'opération fut pratiquée le 13 novembre.



Deux incisions partant des côtés de la racine du nez et séparées à leur point de départ par un espace d'un demi-centimètre environ, furent abaissées dans la direction du sillon naso-génien, jusqu'à la hauteur des commissures labiales. Une incision transversale, isolant entièrement les ailes du nez et la sous-cloison des parties malades vint rejoindre à droite et à gauche les deux premières incisions; en haut, sur le dos du nez, une petite incision horizontale rejoignit également les deux premières, de sorte que l'ulcère se trouva circonscrit de toutes parts. L'ablation de cette surface fongueuse fut assez longue et difficile, les tissus n'offrant aucune résistance à l'action des pinces : il fallut gratter, et pour ainsi dire ruginer les cartilages qui étaient entièrement sains.

J'achevai ensuite de tailler mes lambeaux par une incision pratiquée de chaque côté, à partir de 1 centimètre environ au-dessous du bord inférieur de l'orbite, jusqu'à l'extrémité inférieure de la première incision, de manière à terminer mes lambeaux par un angle aigu, et à donner à chacun d'eux une largeur égale à la moitié de la perte de substance.

Les lambeaux furent disséqués jusqu'à leur base, après quoi je réunis, au moyen de la suture entortillée, les plaies des joues, ce qui contribua à faire cheminer les lambeaux à la rencontre l'un de l'autre.

Avant de les réunir, j'abattis les angles de la portion de peau que j'avais laissée sur le dos du nez; de sorte que sur la ligne médiane la plaie représenta un Y allongé.

La réunion des lambeaux entre eux fut assez facile, mais j'éprouvai plus de difficulté à les adapter au bord supérieur des ailes du nez. Par leurs extrémités, dont j'excisai une petite portion, ils constituèrent le lobe moyen.

Le lendemain, gonflement des lambeaux et des paupières inférieures. L'extrémité inférieure du lambeau gauche est violacée et menace de se gangrener. (Deux sangsues sont appliquées en avant de chaque oreille.) Dans la journée, j'enlève plusieurs fils qui comprimaient trop fortement les tissus, mais je laissai les épingles en place. Le 15, état satisfaisant. Ablation d'une épingle sur la ligne médiane. Le 16, ablation de plusieurs épingles. Les fils sont partout remplacés par d'autres fils moins serrés. Le 17, les dernières épingles sont enlevées, et les parties sont soutenues avec des bandelettes de sparadrap.

Le 20, le gonflement a bien diminué; mais l'extrémité inférieure du

lambeau gauche, gangrénée, s'est détachée et a laissé un vide dans le point correspondant, vide qu'on faisait disparaître en relevant le sommet et l'aile du nez; ce que je fis avec deux petites bandelettes de linge placées dans les narines, ramenées sur le nez et fixées avec du collodion à chaque paupière inférieure; une troisième bandelette, fixée à la sous-cloison d'une part, et d'autre part entre les deux sourcils, contribua aussi à maintenir le nez relevé. Grâce à ce petit appareil et au glissement du lambeau droit au delà de la ligne médiane, le vide produit par la gangrène de l'extrémité du lambeau gauche fut comblé entièrement.

Le 27, la guérison était complète; mais je retins la malade à l'Hôtel-Dieu jusqu'au 16 décembre.

Depuis ce temps, j'ai eu occasion de la revoir plusieurs fois. Le nez est légèrement retroussé, l'aile gauche un peu plus élevée que l'aile droite; mais à part ces petites irrégularités, qui tendent du reste à s'effacer de plus en plus, on ne peut guère se douter aujourd'hui de l'étendue et de la gravité de la maladie.

Obs. III. — *Vaste cancroïde de la joue; guérison par la génoplastie.*

Chéneau (Pierre), âgé de soixante-deux ans, demeurant à Froidfond (Vendée), est entré à l'Hôtel-Dieu de Nantes le 5 mai 1855 pour y être traité d'un large ulcère cancroïde ayant détruit une grande partie de la joue droite. Cette affection avait débuté il y a plus de dix ans, et avait été attaquée avec un succès temporaire une première fois par les caustiques, une seconde fois par l'instrument tranchant.

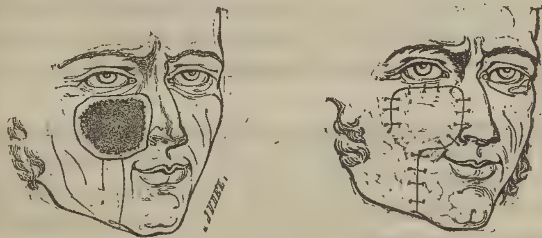
L'ulcère s'étendait en haut, à la paupière inférieure, qui était elle-même atteinte en partie. En bas, la moitié de la lèvre supérieure était détruite. En dedans, le mal s'était arrêté à l'aile du nez; mais au-dessus de ce point, il s'avançait un peu sur les côtés du nez. En dehors, l'ulcération dépassait le niveau d'une ligne verticale abaissée de l'angle externe des paupières.

Cet ulcère, dont les bords étaient saillants, donnait lieu à un écoulement de sang qui se produisait au moindre contact et qui souvent avait lieu spontanément. Les tissus profonds étaient indurés au delà de la solution de continuité de la peau; c'est ainsi qu'on sentait un bourrelet très dur adhérent au bord de l'orbite et s'avançant sous la paupière. Le mal paraissait, du reste, ne pas avoir envahi le tissu osseux; mais il était évident que toutes les parties molles avaient été détruites ou étaient infiltrées de matière épidermique.

Pas de ganglions lymphatiques engorgés.

Enlever toutes les parties malades avec l'instrument tranchant, réparer la perte de substance avec un lambeau autoplastique emprunté à la partie inférieure de la joue, tel est le seul moyen qui me parut applicable dans un cas aussi grave.

L'opération fut pratiquée le 9 mai.



Toutes les parties malades furent circonscrites par une incision profonde, excepté toutefois en haut, où je me proposais de faire dans un autre moment la section de la paupière inférieure avec des ciseaux.

La dissection fut assez difficile, à cause de la friabilité des tissus.

L'écoulement de sang fut abondant, et un grand nombre d'artères furent liées.

Le bourrelet adhérent au bord de l'orbite fut détaché de bas en haut sans avoir été préalablement séparé de la paupière; celle-ci fut ensuite découpée avec des ciseaux immédiatement au-dessus des limites du mal.

Je taillai en dessous et en dehors de la perte de substance un large lambeau dont la forme se rapportait, sinon géométriquement, du moins assez exactement, à la forme de l'espace qu'il devait recouvrir.

Pour cela, une incision presque verticale partant du bord inférieur de la plaie fut abaissée jusqu'au-dessous du bord de la mâchoire, en passant à un demi-centimètre de la commissure des lèvres. De la partie inférieure de la région malaire, une seconde incision vint, en formant un demi-cercle, rejoindre la première sous le bord du maxillaire. Le pédicule du lambeau était donc situé en haut et correspondait par un des côtés de sa racine au côté externe de la perte de substance. Ce pédicule avait deux centimètres au moins de largeur.

Le lambeau fut détaché de bas en haut, et, par une dissection portée en avant et en dehors, sous les bords de la plaie, je réussis à faire glisser les parties et à les réunir par la suture entortillée, après avoir fait soulever le lambeau. Ce premier résultat était immense, car il facilitait singulièrement le reste de l'opération. Et, en effet, le lambeau fut très aisément amené sur la perte de substance, en parcourant un angle d'environ 90 degrés. Plusieurs fils des ligatures furent dirigés vers le point le plus voisin des bords de la plaie; mais la plupart de ces fils, étant fixés vers le centre même de la plaie, furent conduits dans la cavité buccale par une ouverture que je pratiquai à cet effet à travers la muqueuse de la lèvre. De cette manière, ils ne pouvaient plus nuire à la réunion du lambeau avec les téguments voisins.

Pour fixer le lambeau, j'eus recours à la suture entortillée, excepté vers la paupière inférieure, où j'appliquai quatre points de suture simple. Quand l'opération fut terminée, on vit que le lambeau n'était tiraillé dans aucun sens. La commissure labiale était entraînée un peu en haut et en dehors.

Le soir de l'opération, il y eut de la fièvre qui continua pendant trois jours, mais sans avoir un caractère inquiétant.

Le lendemain de l'opération, gonflement du lambeau et des parties voisines. Le lambeau a une coloration un peu foncée. — Huit sangsues en avant de l'oreille.

Le 11, le gonflement a augmenté, mais le lembeau a une couleur moins foncée; l'œil est fermé par suite de la tuméfaction des paupières. En pressant sur le lambeau, je fais sortir du pus, qui s'échappe surtout par en haut, entre les points de suture. J'enlève tous les fils fixés aux épingles et je les remplace par des fils moins serrés.

Le 13, l'écoulement du pus est moins abondant. Le lambeau est adhérent dans la plus grande partie de sa circonférence. J'enlève tous les points de suture et toutes les épingles qui le maintenaient; mais, pour ne pas l'abandonner à lui-même, j'ai recours à trois petites bandelettes de linge que je fixe avec du collodion, par une de leurs extrémités, au lambeau lui-même, et par leur autre extrémité à la partie externe de l'orbite, à la partie supérieure du nez et enfin à la lèvre supérieure.

Les épingles de la plaie inférieure ne furent enlevées que le 16; la réunion était complète.

Le 17 et le 18, pour faciliter l'adhérence de la face profonde du lambeau, je le soumis à une légère compression au moyen d'une boulette de charpie et d'une bandelette de sparadrap; ce moyen eut un plein succès.

Les jours suivants, le gonflement disparut complétement, la suppuration devint presque nulle, les tissus reprirent leur aspect normal, et la guérison put être considérée comme assurée. La paupière inférieure, bien que tendue, conserve une longueur suffisante et n'a pas de tendance à se renverser en formant un ectropion. L'angle de la bouche a pu s'abaisser et se rapprocher de la ligne médiane.

Chéneau a quitté l'Hôtel-Dieu le 23 mai, c'est-à-dire le quatorzième jour après l'opération.

Obs. IV. — *Érysipèle de la face; gangrène des paupières; destruction de la paupière inférieure, guérison à l'aide de la blépharoplastie.*

La nommée Jamin (Elisa), journalière, âgée de dix-neuf ans, me fut adressée, le 25 octobre 1854, par M. le docteur Méchineau (de Clisson), pour une lagophthalmie du côté droit portée au plus haut degré et donnant un aspect repoussant à un visage d'ailleurs régulier et même assez agréable quand on le regardait de profil du côté gauche.

Cette jeune fille avait eu six mois auparavant, dans le courant d'avril, un érysipèle de la face, qui se termina par des abcès dans les paupières et par la gangrène de ces voiles membraneux, et même d'une partie de la peau de la région temporale.

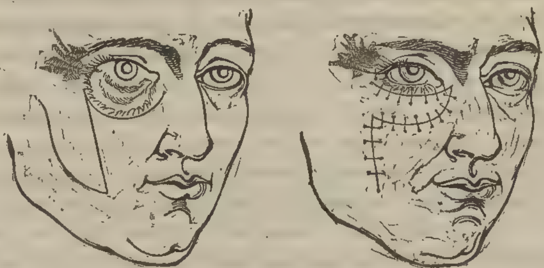
Après la chute des eschares, la cicatrisation marcha rapidement, et dès le mois de juin les choses étaient dans l'état où il m'a été donné de les observer.

Des cicatrices irrégulières et adhérentes existent en dehors de l'orbite, vers la région temporale. La paupière supérieure, bornée à peu près à sa portion tarsienne, n'a plus qu'un centimètre à peine de hauteur. Le muscle orbiculaire ayant été presque entièrement détruit, ce reste de paupière ne jouit que de mouvements extrêmement bornés. Cependant les cils ont conservé leur régularité, le point lacrymal est intact, et bien que très incomplète, cette paupière n'a rien de trop choquant et protége encore la partie supérieure du globe de l'œil.

Mais il en est autrement de la paupière inférieure; ici la gangrène a produit des accidents bien autrement graves. Le bord libre de la paupière n'est plus indiqué que par des cils disposés irrégulièrement sur un tissu de cicatrice adhérent à la partie antérieure du maxillaire supérieur et de l'os malaire; la conjonctive, rouge, enflammée, fortement tiraillée en bas, laisse le globe à découvert. Sous cette membrane muqueuse, on sent le cartilage tarse renversé complétement, de telle sorte que son bord inférieur est devenu supérieur. On ne retrouve aucune trace du point lacrymal, et des larmes coulent continuellement sur la joue. La commissure externe des paupières est déchirée et ulcérée. La conjonctive oculaire est enflammée; la cornée est elle-même menacée; le globe de l'œil n'a que des mouvements très peu étendus.

Pour remédier à cette difformité, il n'y avait qu'un seul moyen: faire une paupière inférieure nouvelle au moyen d'un lambeau de peau emprunté aux parties voisines.

L'opération fut pratiquée le 28 octobre, à l'Hôtel-Dieu de Nantes, salle 8, où j'avais fait placer la malade.



Une incision demi-circulaire, commençant un peu au-dessous de la commissure externe, et éloignée du bord ciliaire de 3 millimètres environ, fut pratiquée parallèlement à ce bord, sur la limite du tissu cicatriciel et de la peau de la joue. Par une dissection rapide, je détachai les tissus. Je saisis le cartilage tarse que je fis basculer de manière à ramener en bas son bord inférieur, qui était devenu supérieur. Une aiguille courbe fut portée au fond de la plaie et me permit de passer un fil à travers le cartilage tarse, que je pus ainsi faire maintenir par un aide dans la position que je lui avais donnée. Mais ce moyen nécessitait une traction très forte, et je dus y renoncer provisoirement.

Je taillai le lambeau en faisant sur la joue une incision verticale de 4 centimètres et demi de longueur, partant de l'angle externe de l'incision horizontale; une seconde incision verticale, à 3 centimètres en dehors de la précédente, qu'elle vint rejoindre en bas en s'incurvant un peu.

La dissection du lambeau fut portée en haut, au delà de sa base, pour faciliter son inclinaison ainsi que l'élévation du bord de la paupière.

Le lambeau étant soulevé par un aide, je rapprochai, par la suture entortillée, la plaie verticale qui se trouvait dans le point où il avait été pris.

En soulevant ensuite le bord de la paupière, j'entraînai dans le même mouvement la partie antérieure de la base du lambeau, qui exécuta pour ainsi dire de lui-même un quart de cercle, de manière à venir combler, sans torsion appréciable, le vide qui se trouvait formé par l'écartement des lèvres de la plaie horizontale.

Le lambeau fut fixé par seize points de suture entrecoupée, huit pour son bord supérieur, huit pour son bord inférieur. Enfin, pour remédier, autant que possible, à l'élongation qu'avait subie le bord palpébral et à l'ulcération de la commissure externe, je mis les parties ulcérées à l'état de cruentation au moyen de deux coups de ciseaux; puis une épingle à insectes passée de bas en haut me permit de rapprocher les paupières par la suture entortillée et de rétrécir la commissure de trois millimètres.

Cette petite opération accessoire eut une action très favorable sur la position du cartilage tarse.

Des compresses d'eau froide furent appliquées sur la joue et sur l'œil pendant les quatre premiers jours qui suivirent l'opération. La fièvre fut modérée, mais le gonflement du lambeau et des parties voisines fut assez considérable. Le troisième jour, le lambeau étant soulevé par du pus, je donnai un libre écoulement à ce liquide en enlevant deux points de suture.

Le quatrième jour, je retirai les épingles de la joue; dans ce point, la réunion était parfaite. Le même jour j'enlevai la plupart des points desuture, n'en laissant que deux en haut et deux en bas, par précaution.

La réunion avec le bord palpébral se fit très bien; la réunion avec la joue se fit également, excepté dans le point par où s'écoulait le pus, dont la quantité diminuait chaque jour d'une manière sensible.

L'épingle de la commissure externe des paupières fut retirée le cinquième jour; la réunion s'était faite et paraissait solide.

Le huitième jour, il n'y avait presque plus de suppuration sous le lambeau; mais il survint un gonflement douloureux de toute la région parotidienne et de la joue, au niveau de la cicatrice. Celle-ci s'entr'ouvrit bientôt et donna passage à du pus qui semblait venir d'en haut.

Dans la crainte que par l'effet de ce gonflement le lambeau ne fût entraîné en dehors, je le soutins du côté du nez au moyen d'une bandelette de linge fixée avec du collodion. Deux autres bandelettes fixées, l'une près de la pointe, l'autre près de la base du lambeau, prirent en haut leur point d'appui sur le front, en laissant entre elles un intervalle suffisant pour ne pas gêner l'œil.

Quatre sangsues furent appliquées derrière l'oreille. Les accidents se calmèrent les jours suivants; mais je gardai quelque temps encore la malade à l'hôpital, et elle ne retourna dans sa famille que le 1er décembre.

Alors son état était aussi satisfaisant que possible. La nouvelle paupière avait une hauteur suffisante pour recouvrir la partie inférieure du globe de l'œil et pour retenir les larmes, qui ne coulaient plus sur la joue comme avant l'opération.

Il restait encore un ectropion avec renversement *incomplet* du cartilage tarse; mais, malgré mes recommandations, la malade n'est pas revenue me voir, comme je l'espérais.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 20 août 1855. — Présidence de M. Regnault.

De la méthode en général, etc. — M. Chevreul fait hommage à l'Académie d'un livre qui a pour titre: *Lettres sur la méthode en général et sur la définition du mot* FAIT *relativement aux sciences, aux lettres, aux beaux-arts, etc.*

Ces lettres, adressées à M. Villemain, secrétaire perpétuel de l'Académie française, sont le résumé succinct d'un ouvrage encore inédit sur les sciences.

Eaux minérales du Canada. — M. T. Sterry-Hunt, de la commission géologique du Canada, lit un travail intitulé *Recherches sur les eaux minérales du Canada.* Ce travail, exclusivement chimique et géologique, contient les analyses de 59 sources appartenant pour la plupart à la vallée du fleuve Saint-Laurent entre Kingston et Québec.

Emploi des cautérisations linéaires de la région thoracique supérieure dans l'asphyxie. — M. Faure lit un mémoire ayant pour titre: *Recherches sur l'emploi des cautérisations linéaires de la région thoracique supérieure dans l'asphyxie.* L'auteur a étudié l'emploi du fer rouge dans l'asphyxie accidentelle qui résulte soit du défaut d'air respirable, soit de la viciation de l'air respiré par les gaz qui résultent de la combustion du charbon, soit enfin de la présence d'un obstacle capable de s'opposer à l'accomplissement des phénomènes respiratoires, et il en a comparé les effets avec ceux des secours répandus dans la pratique, la saignée, l'insufflation, le massage, les révulsifs, la respiration artificielle, etc., etc.

« J'ai fait, dit l'auteur, des expériences sur des chiens et des chats; quelques-uns ont été asphyxiés par les vapeurs du charbon; les autres ont été étranglés, pendus, noyés ou étouffés: en un mot, j'ai cherché à reproduire artificiellement tous les genres d'accidents qui compromettent la vie en portant atteinte aux fonctions respiratoires. Quand les animaux étaient dans l'état le plus voisin de la mort, je tentai de les sauver par les procédés ordinaires; j'échouai le plus souvent; mais, au contraire, beaucoup de ceux que j'ai cautérisés ont été sauvés. De nombreuses expériences me permettent d'établir les propositions suivantes:

» 1° Chez les animaux, quand le cœur a cessé de battre tout à fait, ou même quand ses battements sont tombés au-dessous de 3 pour 5 secondes, la mort est constante, quoi qu'on fasse; mais, en dehors de ces cas extrêmes, dans les cas d'asphyxie, les cautérisations sont capables de ranimer la vie alors même que tous les autres moyens sont devenus impuissants.

» 2° Le fer, fortement chauffé, doit tracer des lignes parallèles aux côtes, plus ou moins profondes et étendues, selon la gravité du mal, sur la partie supérieure et latérale de la poitrine au niveau des quatre ou cinq premières côtes.

» 3° L'observation démontre: 1° que la faculté de réagir sous les cautérisations disparaît des extrémités du corps vers le haut du tronc, d'abord sur les membres, puis sur l'abdomen, la tête, le cou et la partie inférieure de la poitrine; 2° qu'elle reparaît en sens inverse. La partie supérieure du thorax est celle en somme qui garde en dernier lieu la faculté d'être excitée.

» 4° Le premier effet est une contraction musculaire, toute locale et sans signe de douleur; puis les côtes se meuvent, le thorax s'élargit, l'inspiration prend de l'ampleur; mais il se passe quelquefois plus d'une minute avant qu'on puisse constater une apparence de sensibilité même sous la brûlure la plus intense. Il semble, en un mot, que l'organisme exige une longue et violente excitation pour sortir de l'état de torpeur où il est tombé.

» 5° La cautérisation réveille la contractilité des muscles respirateurs en vertu d'une action réflexe. D'après le défaut de réaction dans toutes les autres régions, quand la poitrine en offre encore des signes

évidents, il est permis de croire que c'est dans la portion de la moelle qui correspond aux organes respiratoires que cette action réflexe s'éteint en dernier.

» 6° Chez les animaux asphyxiés par des délétères et chez ceux qui sont étranglés, pendus, étouffés, le retour à la vie se fait sensiblement, dans un temps égal, et avec des phénomènes absolument identiques.

» Cette remarque autorise à penser que dans l'asphyxie par le charbon les poumons seuls ont subi une influence de la part du délétère, influence toute physiologique, et que la mort est plutôt la conséquence de la suppression de la respiration que de l'introduction dans l'économie d'une substance toxique.

» 7° Quand la sensibilité générale est rétablie, il est de la plus haute importance de l'exciter encore pendant longtemps, et pour cela la flagellation est le moyen le plus sûr et le plus facile. On doit persister pendant longtemps et le surveiller longtemps encore.

» 8° Souvent des individus et des animaux asphyxiés sont morts après avoir été rétablis; il faut voir dans cet accident plutôt une conséquence de l'atteinte subie par l'économie, en raison même de la suppression de la respiration, que de l'introduction dans l'organisme d'un principe toxique; car la mort est également survenue plusieurs heures après le rétablissement chez quelques individus qui, tels que des noyés, étaient en dehors de toute intoxication.

» Au point de vue de l'utilité publique, ce genre de traitement présente donc une haute importance; car, employé contre ces cas d'asphyxie de toutes sortes, qui sont si nombreux chaque jour, il offre plus de garantie d'efficacité qu'aucun des moyens indiqués jusqu'ici, et son application est tellement facile et simple, qu'elle ne nécessite, pour être mise en œuvre, ni connaissances médicales, ni instruments spéciaux. Il n'est pas douteux qu'on ne sauvât, en le vulgarisant, la vie à beaucoup d'individus qui meurent faute d'un secours suffisamment énergique et prompt. »

M. Faure termine sa communication par la relation d'un cas d'asphyxie par le charbon dans lequel il a réussi à rappeler l'individu à la vie à l'aide du fer rouge. (Commissaires : MM. Andral, Rayer, Cl. Bernard.)

Kymographion. — M. Rayer annonce à l'Académie que M. W. Boeck, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Christiania, l'a rendu témoin, ainsi que M. Bernard, d'expériences très intéressantes sur la contraction musculaire faites à l'aide d'un kimographion perfectionné.

M. W. Boeck a étendu les applications de cet instrument à l'étude de plusieurs phénomènes de la respiration, de l'absorption, et à la mesure du temps qui sépare la sensation nerveuse d'une action musculaire correspondante.

M. W. Boeck prie l'Académie de nommer une commission pour examiner son kymographion et lui rendre compte des résultats physiologiques ainsi obtenus. (Commissaires: MM. Pouillet, Rayer et Bernard.)

D'une altération du tissu propre de la mamelle, confondu avec le tissu hétéromorphe dit cancéreux. — M. Ch. Robin communique sous ce titre un mémoire qui a pour but la description d'un fait nouveau, lequel, à côté de nombre d'autres, tend à démontrer que certaines tumeurs de la mamelle, considérées comme des productions nouvelles hétéromorphes ou parasitiques, ont pour point de départ les cellules normales de son tissu.

Cette altération de la glande mammaire est assez fréquente; par son aspect extérieur et son volume, caractères très variables d'un sujet à l'autre, elle a été classée habituellement dans les tumeurs dites *cancer encéphaloïde cru ou lardacé*, etc. La structure en est remarquable par la présence fréquente, bien que non constante, d'une grande quantité de tissus fibreux, disposés en faisceaux volumineux, résistants, difficiles à dilacérer, parce qu'à leurs fibres sont interposées une grande quantité de matière amorphe très tenace, et surtout beaucoup de granulations graisseuses, tantôt éparses, tantôt contiguës.

Le fait essentiel à signaler dans cette structure, c'est la présence de gaînes d'épithélium glandulaires, ou mieux de cylindres pleins dans les parties où l'altération est le plus avancée. Ces cylindres sont ramifiés et subdivisés d'une manière régulière, et les subdivisions se terminent en doigt de gant arrondi, ou un peu conique, ou au contraire un peu renflé, autant de particularités que présentent les culs-de-sac glandulaires dans la mamelle normale. L'ensemble de ces extrémités des ramifications, au nombre de quinze, vingt ou davantage, compose encore, comme à l'état normal des *acini*, c'est-à-dire de petits groupes de culs-de-sac se réunissant en un cylindre ou conduit commun représentant le canal excréteur normal.

Plusieurs particularités pathologiques rendent difficiles à constater ces faits, qui se voient facilement dans les conditions ordinaires; la première est l'augmentation de volume de ces conduits et leurs extrémités en cœcum, devenus deux, trois et quatre fois plus larges qu'à l'état sain. Une autre consiste en l'atrophie de la paroi propre et homogène des culs-de-sac glandulaires; à l'état normal, la gaîne épithéliale tapisse la face interne de cette paroi propre, dont la résistance rend facile l'isolement des tubes glandulaires; mais ici son atrophie morbide, parallèle en quelque sorte à l'hypertrophie de l'épithélium glandulaire, fait que dans les tumeurs les cellules de cet épithélium se dissocient facilement.

Cette dissociation, cet isolement des épithéliums sont d'autant plus faciles, d'autant plus inévitables, que la tumeur est enlevée depuis plus longtemps et approche davantage de la période où elle commencera à entrer en putréfaction. C'est là une difficulté que présente leur étude qu'il importait de signaler, parce qu'elle a été une des causes qui ont empêché de reconnaître dans les cas morbides les analogies des cylindres ramifiés terminés en doigt de gant que je viens de décrire avec les acini de la mamelle, dont ils sont une altération directe, ou qui ont été l'origine de leur production.

Les éléments d'épithélium glandulaire, qui par leur réunion composent les cylindres ramifiés, comme dans la mamelle normale; offrent plusieurs particularités que M. Robin signale brièvement.

Mais, ajoute-t-il, il est une particularité plus importante encore que les précédentes qui se rattache au travail que j'ai eu l'honneur de présenter à l'Académie, sur la production accidentelle dans des régions dépourvues de glandes, de tissus analogues aux glandes. Cette particularité consiste en ce que, lorsque les altérations précédentes de la mamelle se sont développées, on voit souvent se produire dans les ganglions lymphatiques de l'aisselle un tissu semblable à l'altération de la mamelle correspondante. Non-seulement les caractères extérieurs sont les mêmes, mais le tissu est formé de filaments ramifiés et terminés en cœcum de même forme et de mêmes dimensions que dans la mamelle; l'épithélium qui les compose est lui-même semblable à celui qui constitue les acini glandulaires de la mamelle malade.

Il résulte de tout ce qui précède que dans la production de ces tumeurs, les troubles de la nutrition et du développement qui amènent l'altération des éléments glandulaires existant, s'accompagnant aussi de perturbation de la propriété de reproduction dont jouissent les éléments anatomiques, ce fait entraîne ainsi la naissance hétérotopique, ou avec aberration de lieu d'éléments anatomiques, pour lesquels, chez l'adulte comme chez l'embryon, la propriété de naître est connexe avec celle de présenter dès cette origine une texture spéciale, en rapport avec leur nature de cellules épithéliales ou autres, de fibres, etc.

Choléra. — M. Bourgogne père adresse de Condé (Nord) un mémoire intitulé *De l'identité du choléra asiatique avec les fièvres paludéennes pernicieuses*, suivi de quelques observations à l'appui du traitement abortif du choléra selon la méthode de l'auteur. (Commission du prix Bréant.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 8 août 1855. — Présidence de M. GOSSELIN.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— M. CHASSAIGNAC donne l'observation de luxation de la hanche dont il a montré la pièce dans la dernière séance. Voici l'analyse du fait (1):

Garçon de seize ans. A l'âge de trois ans, chute sur la hanche. Depuis cette époque SEULEMENT, marche difficile et claudication.

Entré à l'hôpital pour un vaste phlegmon diffus dans le membre correspondant, l'articulation coxo-fémorale ne fut pas explorée. On constata seulement une saillie en dehors du grand trochanter.. Le malade ayant succombé, l'autopsie a permis de constater une *luxation iliaque non réduite avec formation d'une cavité cotyloïde nouvelle*.

L'ancienne cavité cotyloïde n'est déformée que dans la partie la plus externe, où le sourcil cotyloïdien est manifestement aplati. Elle est recouverte de cartilages et conserve sa profondeur normale. L'arrière-fond et le reste de la cavité sont remplis de tissu adipeux qui comble l'excavation tout entière.

La cavité nouvelle qui s'est formée pour recevoir la tête fémorale est régulièrement ovalaire; elle mesure 17 millimètres dans son diamètre transversal et 22 dans le diamètre vertical; elle est bien moins profonde que la cavité cotyloïde. Son fond, qui regarde en bas, en dehors et en avant, est tapissé par un tissu plutôt fibreux que cartilagineux. Le bord de la cavité est assez mince et se continue par une pente insensible avec les portions osseuses voisines. Il donne insertion dans les trois quarts supérieur, externe et inférieur à une capsule très forte; le quart interne rencontre la partie la plus externe du sourcil cotyloïdien déprimé et se confond avec elle.

Les deux cavités cotyloïdes, en effet, se rencontrent à la façon de deux circonférences tangentes. Le cavité normale est interne; l'autre se trouve de plus un peu en arrière et sur un niveau un peu supérieur. La portion la plus élevée de cette dernière correspond à peu près à l'épine iliaque antérieure et inférieure, c'est dire que cette cavité est située à la partie la plus inférieure de la fosse iliaque externe.

La tête du fémur conserve son volume normal; mais au lieu d'affecter la forme sphéroïdale, elle est ellipsoïde, très convexe à sa partie supérieure.

Cette tête est pourvue de cartilage, sauf à son sommet, où l'on ne trouve que des débris fibreux insérés sur une surface raboteuse.

Une très forte capsule réunit les deux os. Cette capsule offre sur le fémur ses insertions normales. Sur l'os coxal, elle prend ses points d'attache sur tout le pourtour des deux cavités. Les deux cotyles sont donc compris dans l'aire d'insertion de cette capsule. Au point où ils se touchent, l'on remarque une très forte bride fibreuse qui, partant du bord supérieur et externe du sourcil cotyloïdien, se dirige obliquement en dehors et en bas pour s'implanter sur la partie la plus inférieure de la cavité cotyloïde nouvelle. Il existe donc un manchon fibreux *complet* qui relie le pourtour des deux cavités cotyloïdes au col fémoral; il ne présente aucune solution de continuité, aucune trace de déchirure ancienne. Il est très fort, surtout à la partie supérieure, qui n'offre pas moins de 6 à 7 millimètres d'épaisseur.

Point de trace de ligament rond. Dans l'arrière-fond de la cavité cotyloïde, rien qu'une masse adipeuse déjà décrite; sur la tête du fémur, à son sommet, rien autre qu'une petite surface dépourvue de cartilage et recouverte de tissu d'aspect fibreux.

M. CHASSAIGNAC ne croit pas que cette lésion soit congéniale; il n'y a que deux hypothèses possibles : celle d'une luxation traumatique ou coxalgique. Les renseignements font défaut, mais cependant légitiment ces deux dernières suppositions : il serait possible que la chute eût amené le déplacement immédiat ou le déplacement consécutif, en provoquant une coxalgie, ou peut-être seulement une hydarthrose.

Si cette luxation était congéniale, ce qui n'est guère probable, elle servirait à combattre l'opinion de M. Bouvier, qui pense que la réduction de ce genre de déplacement est impossible, car les formes articulaires étaient dans le cas actuel assez bien conservées pour que la rentrée de la tête pût s'effectuer.

M. HOUEL soutient toujours que la pièce a les principaux caractères des luxations congéniales. La position de la tête, très rapprochée de l'épine iliaque, ne s'observe à peu près jamais dans les luxations traumatiques, si ce n'est peut-être dans une variété très rare dite *luxation sus-cotyloïdienne*. La rupture du ligament n'a aucune signification, et se rencontre également dans les luxations traumatiques et congéniales.

Comme il y a eu chute à l'âge de trois ans, il est difficile de savoir si à cette époque l'articulation était tout à fait normale. Mais cette chute ne prouve pas plus la luxation traumatique qu'une luxation consécutive et symptomatique, par exemple.

(1) Observation recueillie par M. Alfred Fournier, interne du service.

M. BOUVIER insiste sur la difficulté qu'il y a à distinguer certaines luxations congéniales des luxations accidentelles ou suite de maladies. Ces dernières, par exemple, peuvent survenir pendant la vie intra-utérine, comme le prouvent les faits de MM. Parise, Broca, Verneuil, Morel-Lavallée, et cependant elles diffèrent beaucoup des luxations congéniales telles qu'on les comprend communément.

Les déplacements de cette classe n'ont eux-mêmes aucun caractère anatomique constant. Quant à la réductibilité, M. Bouvier n'en conteste pas la possibilité absolue. Mais il y a deux choses : réduire et maintenir. Ce dernier résultat est le plus difficile, et jusqu'à ce jour M. Bouvier n'a pas une seule observation, un seul cas où la réussite ait été tout à fait incontestable. Mais sa négation tombera le jour où cette réussite lui paraîtra évidente.

M. CHASSAIGNAC n'est pas convaincu par les arguments de M. Houël. Ce qui le frappe surtout, c'est l'amplitude très grande de la cavité cotyloïde, qui ne se retrouve dans aucun fait de luxation congéniale.

M. BOUVIER répond que Verduc cite déjà, d'après Kerkringius, un fait qui paraît bien observé, et dans lequel on constata précisément cet agrandissement du cotyle. Plusieurs auteurs, et Paletta entre autres, ont signalé la même particularité.

M. MOREL-LAVALLÉE ne croit pas que la maladie en question date de la vie intra-utérine; il pense donc que le déplacement est accidentel et postérieur à la naissance. Dans les luxations congéniales, on peut voir toutefois les cavités agrandies, mais elles sont aussi très déformées. Il n'est pas rare d'observer des dilatations considérables du cotyle, et Sanson a vu cette déformation coïncider avec une très notable hypertrophie de la tête fémorale. A la vérité, il faut se défier de ces altérations de forme de la hanche décrites comme consécutives à des luxations à une époque où on ne connaissait pas encore bien les lésions de l'arthrite sèche.

M. CLOQUET, qui a déjà vu quelques faits de ce genre, où les surfaces articulaires, déplacées, avaient néanmoins conservé presque complétement leur forme normale, pense qu'il ne s'agit pas de luxation congéniale ni de luxation traumatique; il croit plutôt à un déplacement lent et progressif, suite de coxalgie. L'inflammation aura ramolli une portion du pourtour osseux de la cavité cotyloïde; celle-ci, échancrée par la pression du fémur, aura laissé ce dernier s'échapper dans la fosse iliaque. Il adopte cette opinion, parce que toutes les autres hypothèses seraient, dans ce cas, passibles d'objections très puissantes.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Bidard (d'Arras) adresse une lettre dans laquelle il rend compte de faits qui tendent à prouver que la syphilis n'est point transmissible par l'inoculation du virus vaccin. La lettre sera déposée aux archives.

Rapport sur l'éléphantiasis du scrotum. — M. LARREY achève la lecture de son rapport (au nom d'une commission composée de MM. Monod, Guersant et Larrey) sur le mémoire du docteur Clot-Bey, ayant pour titre : *De l'éléphantiasis des Arabes, et en particulier de celui qui se développe au scrotum. Considérations générales sur la lèpre et l'éléphantiasis.*

C'est par ces considérations que commence le travail; elles tendent à établir une différence très marquée entre les deux maladies.

L'étude spéciale de l'éléphantiasis des Arabes vient ensuite. M. le rapporteur indique d'abord quelques variétés de siége, et aborde la question essentielle de l'éléphantiasis du scrotum. Il examine successivement avec l'auteur l'historique et les diverses dénominations de cette maladie, son état endémique dans quelques contrées, ses causes probables ou présumées, son siége anatomique, son début, son développement et ses symptômes. Le diagnostic, le pronostic, les terminaisons et l'anatomie pathologique sont indiqués plus succinctement.

Mais la thérapeutique, représentée surtout par l'extirpation de l'éléphantiasis, est appréciée avec les détails que comporte cette opération, d'après divers chirurgiens, et plus particulièrement d'après M. Clot-Bey lui-même.

Quatre observations qui lui appartiennent sont enfin résumées assez complétement pour démontrer le mérite pratique de son travail.

Le rapport de la commission, joignant enfin à cette analyse un simple énoncé des autres ouvrages de l'auteur, rappelle aussi les services qu'il a rendus à l'Égypte, et propose pour conclusions :

1° De renvoyer le mémoire au comité de publication;

2° D'insérer le nom de M. le docteur Clot-Bey sur la liste des membres correspondants de la Société de chirurgie.

Une courte discussion s'engage entre MM. Giraldès, Broca et Larrey sur la nature et la signification réelles d'un fait rapporté par Imbert Delonne. On peut douter encore s'il s'agit d'un éléphantiasis du scrotum, d'une hématocèle ou de toute autre affection, malgré la pompe ambitieuse avec laquelle on publia cette observation.

M. MICHON demande si l'on est toujours forcé en opérant l'éléphantiasis du scrotum de sacrifier les testicules; ce procédé lui paraît un peu rigoureux, et certains malades préféreraient conserver la maladie et en même temps les glandes séminales.

M. LARREY répond qu'en général les testicules sont sains, si ce n'est quand la tumeur a acquis des proportions considérables. Dans ce cas, il faut les sacrifier; mais, si l'opération au début est admise en principe, il est indiqué de respecter ces organes importants.

M. GERDY appuie ces préceptes.

— M. GERDY fournit de nouveaux détails sur l'opération de cure radicale de hernie inguinale qu'il a récemment entreprise. Les suites en ont été très simples : au vingt-quatrième jour, le malade se lève, tousse, marche sans que la hernie s'échappe. La peau est encore invaginée, et il existe dans la région un certain degré d'engorgement. L'observation sera complétée et publiée dans son entier.

— M. GIRALDÈS montre divers instruments destinés à faciliter la section des os dans la résection. Ce sont des ostéotomes, des scies, des gouges, qui se meuvent au moyen d'engrenages particuliers. Ces instruments, qui figurent à l'Exposition, essayés sur le cadavre, ont paru utiles à notre collègue et sont dus à M. Nirops (de Copenhague).

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire, Dr Ar. VERNEUIL.

LE SECRÉTAIRE.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 29 AOUT 1855.

Séance de l'Académie de Médecine.

Cette séance s'est ressentie quelque peu de l'influence de la température. Trois lecteurs seulement ont répondu à l'appel; leurs lectures ont eu lieu devant un très petit nombre de membres disséminés sur les banquettes en grande partie dégarnies, et c'est tout ce que le bureau a pu faire que de prolonger la séance jusqu'à quatre heures un quart.

La première lecture a donné lieu à un petit incident qu'il n'est peut-être pas tout à fait inutile de relever. Il y a deux mois environ, à l'époque où l'Académie discutait la question du délire et de la folie, M. Fée, membre titulaire, résidant à Strasbourg, communiqua à l'Académie quelques réflexions sur le sujet en discussion, et qui avaient spécialement pour objet de réfuter l'opinion de l'identité du rêve et de la folie. Ce travail, qui était un élément de la discussion, au lieu d'être lu immédiatement par l'un des secrétaires ou par un collègue officieux, ainsi que cela se fait habituellement en pareil cas, fut renvoyé à titre de document à la commission. M. Collineau, dont on ne saurait trop louer le zèle, prenant au sérieux son rôle de rapporteur, se présentait aujourd'hui pour lire son rapport, lorsque, le règlement à la main, M. le président lui a refusé la parole. Le bureau était dans son droit sans doute; il faisait mieux, il remplissait un devoir, puisqu'il faisait observer le règlement, qui s'oppose à ce qu'une communication d'un membre devienne l'objet d'un rapport. Il en est résulté que l'honorable M. Collineau s'est changer ses dispositions, et qu'au lieu d'un rapport il s'est borné à lire simplement la note de M. Fée. Or, cette lecture, venant plus de deux mois après la clôture de la discussion dans laquelle elle était destinée à intervenir, avait perdu évidemment une grande partie de son intérêt; ce qui ne serait point arrivé si elle avait eu lieu en temps opportun. C'est un petit avertissement que nous nous permettons d'adresser au bureau pour l'avenir.

Après cette communication, M. Morel-Lavallée a lu un travail étendu sur les fractures des mâchoires, et il a soumis à l'examen de l'Académie un nouvel appareil contentif pour les fractures des maxillaires, et plus spécialement du maxillaire inférieur. On trouvera dans le compte rendu la description de ce petit appareil, qui nous paraît remplir les indications que s'était proposées l'auteur.

La séance a été terminée par la lecture d'un mémoire sur la compression considérée au double point de vue physiologique et mécanique. L'accent étranger de l'auteur ne nous a que très difficilement permis de l'entendre. Nous tâchons d'en donner une idée dans le résumé qu'on lira également au compte rendu. — Dr Brochin.

DE LA CONTRACTURE DES EXTRÉMITÉS CHEZ LES ENFANTS.

Les faits de contracture dont nous avons plusieurs fois entretenu nos lecteurs sont devenus depuis quelque temps l'objet d'une étude très attentive. A l'occasion de la relation d'une épidémie de contracture compliquant l'affection typhoïde dont M. Aran a entretenu le public médical et que nous avons reproduite dans une de nos précédentes *Revues cliniques*, M. Barthez a exposé le résultat des recherches cliniques qu'il a faites sur les contractures des extrémités chez les enfants, dans son service de l'hôpital Sainte-Eugénie. M. Rabaud, interne de cet hôpital, a recueilli, depuis, toutes les observations de ce genre qui se sont présentées dans le service de M. Barthez et en a fait le sujet d'un mémoire qu'il a lu à la Société médicale des hôpitaux.

Voici le résumé de ce travail, qui pourra concourir utilement à l'histoire encore peu connue de cette affection :

Les observations recueillies par M. Rabaud sont au nombre de vingt-trois. Il classe toutes ces contractures sous les quatre chefs suivants :

1° Les contractures symptomatiques dues à une altération appréciable des centres nerveux ou de leurs enveloppes ;

2° Les contractures symptomatiques dues à une altération fonctionnelle, à la dentition ;

3° Les contractures dues à une cachexie ;

4° Les contractures essentielles fébriles et de nature rhumatismale.

Quel qu'ait été le genre de contracture auquel on ait eu affaire, ce sont toujours les mêmes muscles qui ont été atteints : les fléchisseurs communs et propres des doigts, les interosseux palmaires et l'opposant du pouce.

La rigidité des parties et la forme spéciale qu'elles prennent n'ont pas présenté non plus de différences pour le membre supérieur. C'est la flexion du poignet et celle des phalanges sur les métacarpiens.

Les phalanges étaient ordinairement étendues; dans une forme plus intense, elles étaient fermées; tantôt les interosseux palmaires étaient fortement contracturés, et alors l'annulaire et le médius étaient écartés l'un de l'autre; d'autres fois ces muscles ne semblaient pas participer à la contracture; le pouce était toujours dans l'adduction forcée.

Pour le membre inférieur, la pointe du pied était tournée en dedans; le gros orteil appuyait fortement contre les autres phalanges, qui formaient une espèce de voûte transversale.

Tels sont les symptômes communs dont l'intensité varie.

Voici les particularités que l'auteur a constatées dans chacune des quatre divisions ou des quatre groupes qu'il a établis :

Dans les contractures symptomatiques d'une altération des centres nerveux, les parties atteintes sont indolentes, peu ou point boursouflées; la peau conserve la teinte et la chaleur naturelles. Ces contractures sont intermittentes; elles surviennent par accès; elles alternent avec des convulsions qui apparaissent à des intervalles plus ou moins éloignés, qui souvent même se montrent les premières.

Les contractures qui surviennent pendant le cours de maladies diverses, telles que le choléra, la rougeole, la fièvre typhoïde, sont en général moins graves; la lésion qui les accompagne est également moins profonde et surtout moins durable dans la plupart des cas.

Leurs symptômes sont différents des précédents. Elles n'alternent pas avec des convulsions cloniques. Elles sont très douloureuses; la douleur est de la nature des crampes; le malade crie dès qu'on le touche; néanmoins une forte pression et le massage ne semblent pas augmenter beaucoup la douleur.

Leur pronostic n'est pas grave, ou plutôt leur apparition ne change en rien le pronostic.

Ce symptôme survient dans la majorité des cas à la fin de la fièvre typhoïde, comme l'a remarqué M. Aran; cependant sur cinq cas M. Rabaud les a vus survenir une fois au onzième jour et une autre fois au début de la maladie.

Les contractures cachectiques surviennent assez fréquemment chez les enfants à la suite d'amaigrissement progressif, de diarrhées prolongées; on les retrouve aussi pendant le cours de la dentition, mais ici la dentition agit comme cause débilitante, et dans trois cas de ce genre que l'auteur a observés les enfants étaient faibles, maigres, pâles et ne mangeaient pas depuis longtemps. Dans trois autres cas, la diarrhée était survenue spontanément ou sous l'*influence du froid*.

Ces contractures sont indolentes, intermittentes, alternent avec des convulsions, caractères qu'elles ont en commun avec les contractures symptomatiques. Mais elles en diffèrent par l'apyrexie, la régularité, la petitesse et la lenteur du pouls, et enfin par un œdème concomitant général ou tout au moins l'œdème des extrémités.

Enfin, les contractures aiguës rhumatismales ont des caractères mieux tranchés que les précédentes. En effet, outre la roideur des extrémités, il y a dans ce cas une tuméfaction locale avec rougeur diffuse; en un mot, un véritable gonflement inflammatoire de la main et du poignet; la chaleur de la peau est plus élevée; la douleur, tensive et continue, s'accroît par la moindre pression et rappelle tout à fait la douleur qui accompagne le rhumatisme articulaire; dans les contractures mêmes, la douleur semble plus vive au

---

COURRIER MÉDICAL DE CONSTANTINOPLE.

A mon arrivée à Constantinople, à la fin de l'hiver dernier, j'ai décrit la marche des blessures par projectiles de guerre, l'état des plaies consécutives aux congélations pendant la durée de la saison humide et la forme la plus commune de la pourriture d'hôpital; aujourd'hui que depuis trois mois une chaleur souvent supérieure à 28° (à l'ombre) a remplacé l'humidité du printemps, il est utile d'observer quelle influence cette chaleur a eue comme agent modificateur des plaies traumatiques tant en Crimée que dans les hôpitaux de Constantinople.

Je me propose, en conséquence, d'examiner dans cette lettre l'influence de la chaleur sur les affections traumatiques, tout en tenant compte de l'influence des autres causes qui peuvent agir soit sur l'état général, soit sur l'état local. J'agiterai ensuite la question de savoir si l'emploi du chloroforme est utile ou nuisible dans les amputations immédiates chez les blessés par projectiles de guerre, et même s'il est toujours innocent dans les amputations consécutives. Il y aurait bien une question non moins importante à agiter, mais l'heure n'est pas venue de faire le parallèle entre les amputations immédiates et les amputations consécutives.

Pendant quatorze années de pratique et d'observation en Afrique, j'ai pu observer ce qui avait été vu par tous les médecins militaires, que les affections traumatiques guérissent rapidement, que la cicatrisation se fait régulièrement avec une suppuration toujours de bonne nature, que les plaies mêmes qui reconnaissent comme complication une cause septique ou même le virus syphilitique ou rabique, ont une marche beaucoup plus rapide que celles que l'on observe en France et dans les pays isothermiques à la France.

Ce fait avait déjà été signalé par tous les auteurs arabes; mais ce que l'observation de vingt-cinq années et les faits rapportés par MM. Baudens et Hutin, etc., ont surabondamment prouvé, c'est que les opérations prises en général sont suivies d'un succès extraordinaire en Afrique.

J'ai eu une série de vingt et une grandes opérations faites à l'hôpital du Dey à Alger sans un seul insuccès, et il s'agit ici d'opérations faites dans un grand hôpital; le docteur Gerrier a obtenu des résultats semblables dans son hôpital d'Orléansville.

La clinique des plaies d'armes à feu de M. Baudens donne des observations détaillées et authentiques de ces succès hors ligne.

Dans la dernière expédition de la Kabylie, M. Bertherand a fait une série d'opérations dont le succès a produit une grande sensation même en dehors du monde médical. En est-il de même en Orient? On peut répondre de suite : *Non;* et la raison de cette différence, nous chercherons à la déduire tout à l'heure. Il y a toutefois ceci de commun entre l'observation de ce qui se passe en Afrique et de ce qui se passe en Orient, bien qu'à un degré différent, que les lésions par projectiles de guerre ne se compliquent pas de traumatisme soit général, soit local. Un homme reçoit une blessure même grave, ni le lendemain ni plusieurs jours après il n'y a de réaction locale, pas plus que de réaction générale notable; à l'effusion de sang et de sérosité sanguinolente succède par degrés une suppuration qui variera d'apparence avec l'état de la constitution générale; mais on ne voit pas d'inflammation, peu de turgescence, de chaleur, j'allais dire peu de douleur, quand la partie traumatisée est en repos; mais la douleur comporte une réserve à examiner en son lieu et place.

Dans les guerres précédentes, les quatre cinquièmes des blessés par armes à feu étaient porteurs de lésions faites par des balles, le dernier cinquième portait des plaies produites par des biscaïens et des boulets. En Orient, la proportion est inverse; le perfectionnement porté dans l'art de la destruction a changé le genre de blessures; la plupart des blessés ont reçu des plaies contuses par éclats de projectiles creux, tels que bombes et obus; aussi les désordres sont considérables avec retentissement profond sur l'organisme. Localement il y a attrition de toutes les parties autour de la perte de substance; dans une zone plus excentrique, il y a stupeur du système nerveux; pas de douleur au début, stupeur du système musculaire. Les extrémités des muscles et des tendons pendent dans la plaie et en dehors sans tendance à la rétraction, et cette paralysie momentanée durera encore jusqu'à ce que la plaie soit en voie de réparation.

Il y a suffusion de sang veineux dans les aréoles du tissu cellulaire interfibrillaire, interfasciculaire et intermusculaire; les muscles sont comme frappés d'apoplexie. On observe aussi une effusion du sang artériel, contrairement à ce que l'on a écrit dans tous les livres, bien qu'avec raison; c'est qu'ici la paralysie a pour siége tous les éléments anatomiques des parties qui avoisinent la solution de continuité : les extrémités artérielles ne se rétractant pas dans leur gaîne celluleuse, l'hémorrhagie a lieu.

Je me hâte d'ajouter que l'état du sang est tel chez beaucoup de nos blessés que le défaut de plasticité rend ces hémorrhagies beaucoup plus considérables qu'elles ne le seraient dans toute autre circonstance, et la preuve peut être rendue évidente en dehors des caractères que

niveau des articulations métacarpo-phalangiennes que dans les autres points. La fièvre est vive, le pouls plein, régulier, la peau moite. Loin d'être intermittente comme les autres contractures et de survenir spontanément avec toute son intensité, cette affection a une période d'augment et une période de déclin. Enfin, un symptôme négatif sert encore à caractériser cette affection, c'est l'absence de convulsions.

Le pronostic de la contracture aiguë rhumatismale n'est pas grave; la maladie est en général de courte durée, la guérison facile et rapide.

En ce qui concerne le traitement, l'auteur n'indique que les moyens qui ont paru avoir le plus d'efficacité dans les contractures cachectiques et dans les contractures aiguës rhumatismales. Le traitement des premières a consisté à donner des toniques et à réchauffer le plus possible les petits malades; le traitement des secondes se réduit aux antiphlogistiques (bains et saignées).

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Enchondrome du tibia. Amputation de la cuisse. Phlébite. Infection purulente. Mort.

X..., âgée de soixante-deux ans, entre à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Velpeau, le 24 juin 1855, salle Sainte-Catherine, n° 9.

Cette femme, bien qu'un peu amaigrie, paraît encore forte et bien constituée. Jamais elle n'a fait de maladie grave; il n'existe dans sa famille aucun antécédent morbide digne d'être noté.

Il y a neuf mois, sans cause appréciable, elle vit survenir à l'extrémité supérieure de la jambe, un peu en dedans, une tumeur dure, indolente, sans changement de couleur à la peau. Cette tumeur augmenta peu à peu de volume pendant sept mois, sans gêner la malade d'une manière notable et sans l'inquiéter; mais depuis deux mois son accroissement s'est fait avec une rapidité extrême; des bosselures ont commencé à soulever la peau en divers points et quelques douleurs se sont fait sentir. Aussi, la femme X... se présente à l'hôpital décidée à accepter tous les moyens de traitement qui lui seront proposés.

La partie supérieure de la jambe gauche est le siége d'une tumeur aussi volumineuse qu'une tête d'adulte; elle se continue insensiblement avec la partie inférieure de la jambe, de manière à donner au membre l'aspect d'un énorme gigot. La limite supérieure est à 3 ou 4 centimètres au-dessous du condyle du tibia; là elle se renfle subitement, et donne au membre une circonférence de 51 centimètres. Inférieurement, elle se termine à 10 centimètres de la malléole interne; la saillie qu'elle forme existe surtout en dedans et en arrière de l'axe du membre. En avant, le doigt peut suivre la face antérieure du tibia, qui n'est nullement déformée. Le péroné est tout à fait intact.

La tumeur, assez lisse et régulière à la partie postérieure, est surmontée en dedans par trois ou quatre bosselures qui paraissent légèrement ramollies, et au niveau desquelles la peau, sillonnée par des veines variqueuses, est rouge, luisante, très vasculaire. Partout ailleurs, la tumeur offre cette dureté caractéristique de l'onchondrome, dureté cartilagineuse, et qui s'accompagne d'une sensation particulière d'élasticité. La pression ne détermine pas de douleur bien vive, sauf au niveau d'une des bosselures, qui, même sans qu'on la touche, est le siége d'élancements assez vifs pour troubler le sommeil de la malade. Une exploration attentive ne fait découvrir dans cette tumeur ni battements, ni bruits de souffle; enfin, l'on constate sans peine qu'elle est intimement adhérente au tibia, sur lequel il est impossible de lui faire exécuter le moindre mouvement.

L'articulation du genou est parfaitement saine. A la partie inférieure de la jambe et à la face dorsale du pied, il existe un peu d'œdème, que la compression des gros vaisseaux suffit pour expliquer.

Comme toutes les fonctions générales s'exécutent parfaitement, M. Velpeau se décide à proposer l'amputation de la cuisse. L'opération est pratiquée le 6 juillet, au lieu d'élection. La malade étant préalablement soumise aux inhalations de chloroforme, le chirurgien taille par transfixion un vaste lambeau antérieur; la section de la peau est complétée en arrière par une incision demi-circulaire, puis les muscles sont coupés en un point plus élevé; l'os est scié à ce niveau et se trouve parfaitement recouvert, grâce au lambeau antérieur qui retombe par son propre poids; les lèvres de la plaie sont maintenues rapprochées par des bandelettes agglutinatives.

Nous renvoyons à la fin de l'observation la description de la tumeur.

Le 8, un peu de fièvre sans autre accident.

Le 9, on lève le premier pansement; la suppuration n'est pas encore franchement établie.

Le 12, le moignon est tuméfié et un peu enflammé; la moindre pression y détermine de vives douleurs; la suppuration est très abondante et de bonne nature; la fièvre, du reste, est modérée et les fonctions générales restent excellentes. — Pansement avec un léger cataplasme émollient; une portion d'aliments solides.

Pendant les jours qui suivent la suppuration est d'une abondance extraordinaire; la malade s'affaiblit un peu et la physionomie s'altère.

Le 20, elle est prise d'un frisson intense qui dure une heure au moins et s'accompagne de chaleur et de sueur.

Le 21, il y a deux frissons aussi intenses et aussi prolongés que le premier. — 1 gramme de sulfate de quinine, bandage compressif à la partie supérieure du moignon.

Trois frissons dans la journée du 22; ils viennent d'une manière irrégulière et sont toujours accompagnés de chaleur et de sueur.

Encore un frisson le 23 et le 24; les bords de la plaie deviennent sanieux et blafards; la suppuration reste aussi abondante, mais un peu plus séreuse; aucune trace de phlébite ou de fusées purulentes dans le moyen moignon. La langue est blanchâtre, mais assez humide; abdomen souple, pas de diarrhée, un peu de toux avec quelques râles muqueux disséminés dans la poitrine; le pouls reste petit et accéléré, et la malade exhale une odeur de pus très sensible. — 4 grammes d'alcoolature d'aconit dans une potion; 100 grammes de vin de Bagnols; lotions avec la décoction de quinquina.

Le 25, encore un frisson. — Même prescription.

Le 31, pas de frissons depuis quatre jours, mais l'état général reste toujours aussi grave. Depuis deux jours des douleurs très vives et continues se font sentir à l'épaule, au coude et au cou-de-pied, sans trace cependant d'épanchement intra-articulaire. Le pouls reste à 120; il y a une grande anxiété respiratoire que ne justifie pas un examen attentif des poumons. — Une eschare peu étendue qui existait au sacrum depuis quelques jours s'est élargie considérablement.

Le 2 août, cessation complète des frissons; pas de toux, pas de diarrhée; la plaie est en assez bon état, mais l'eschare du sacrum a pris une extension énorme; la peau, les muscles fessiers sont sphacélés et éliminés chaque jour; l'os est dénudé dans un espace large comme la paume de la main. Le pouls est de plus en plus misérable et la jambe droite s'infiltre.

Pendant les jours qui suivirent l'adynamie alla toujours en augmentant. La malade a succombé le 9 août sans avoir présenté de nouveaux symptômes.

Voici maintenant les principaux résultats fournis par la dissection de la jambe amputée :

La peau est partout libre sur la tumeur et peut être séparée sans peine; l'aponévrose jambière, amincie et distendue, peut être encore très bien reconnue; en arrière et en dehors les muscles jumeaux et solaire, les péroniers sont aplatis et refoulés; en avant le jambier antérieur et les extenseurs ont conservé leurs rapports normaux et sont ogés dans une sorte de gouttière creusée entre la tumeur et la face externe de l'os.

Une section transversale faite à l'aide de la scie au niveau de la partie la plus volumineuse de la tumeur permet de constater qu'elle est intimement adhérente aux faces interne et postérieure du tibia, avec lesquelles elle semble faire corps; seule la face externe est libre. En cherchant ensuite à isoler la tumeur, soit en haut, soit en bas, on voit qu'à ses limites extrêmes elle est simplement accolée au tibia, dont on peut la séparer à l'aide de simples tractions, en sorte qu'en réalité elle n'est adhérente à cet os que dans une étendue de 8 à 10 centimètres au niveau de sa partie la plus volumineuse.

Partout le péroné est resté parfaitement intact, quoique la production nouvelle ait refoulé les muscles profonds et pénétré dans l'espace interosseux.

On peut encore constater sur la coupe transversale que nous avons indiquée que toutes les parties de la tumeur qui avoisinent le tibia ont subi entièrement la transformation osseuse; plus en dehors, on rencontre du tissu cartilagineux parcouru par quelques traînées osseuses; enfin, plus en dehors, c'est du cartilage pur, car il en a le brillant, la résistance et l'élasticité; au niveau des bosselures à moitié fluctuantes que nous avons notées, le tissu est ramolli comme de la gélatine et contient de distance en distance de petites cavités à parois anfractueuses, partout ailleurs dépourvu de vaisseaux; il offre en ce point-là quelques capillaires visibles à l'œil nu.

L'examen microscopique a tout à fait confirmé la nature cartilagineuse de ce tissu, ainsi que le constate la note suivante, que nous devons à l'extrême obligeance de M. Robin :

Le tissu de la tumeur est remarquable par le nombre et le rapprochement des cavités dont la substance fondamentale est creusée. Cette substance est homogène par places, généralement striée comme dans le fibro-cartilage; toutefois ces stries sont très pâles. Dans tous les points où à l'œil nu on observe une certaine opacité et un aspect blanchâtre, l'examen microscopique permet de constater que cette couleur est due à une grande quantité de fines granulations moléculaires, les unes grisâtres, les autres jaunâtres et graisseuses, qui se trouvent déposées dans l'épaisseur même de la substance fondamentale; celle-ci, en outre, est dans ces points plus striée que partout ailleurs.

Quant aux cavités creusées dans l'épaisseur du tissu, elles sont sphéroïdales ou ovoïdes, quelquefois un peu allongées ou à contours sinueux; leur longueur et leur largeur varient de l'une à l'autre entre 4 et 7 centièmes de millimètre, elles sont séparées par une épaisseur de tissu de 1 à 2 centièmes de millimètre. Quelques-unes de ces cavités renferment une matière demi-liquide avec un corpuscule très granuleux, sphérique ou légèrement polyédrique qui en occupe le centre ou à peu près. Dans certains cas, ce corpuscule granuleux, qui est toujours formé d'un amas de granulations graisseuses, renferme en outre une ou deux gouttes d'huile; son diamètre est, en général, de 1 à 3 centièmes de millimètre. D'autres cavités, et ce sont les plus nombreuses, renferment une véritable cellule dont la masse est complétement homogène et transparente, le contour pâle, mais régulier. Ces cellules ont pour noyau un des corpuscules plus ou moins granuleux décrits tout à l'heure; seulement, dans ces cas-là, ce noyau n'est pas granuleux dans toute son étendue, et une portion de sa périphérie ou de son centre reste homogène ou transparent.

L'autopsie du corps, faite trente-six heures après la mort, a confirmé l'existence d'une infection purulente diagnostiquée pendant la vie.

Voici d'ailleurs, outre l'eschare au niveau du sacrum et la dénudation de cet os, les particularités les plus importantes qui ont été notées dans les divers organes :

Le sommet des deux poumons, mais surtout du poumon droit, offre quelques tubercules crétacés parfaitement caractérisés, et de plus quelques-unes de ces cicatrices, que l'on a coutume de regarder comme succédant à des excavations tuberculeuses, complétement guéries. A la base et à la superficie, surtout sur le poumon droit, se trouvent quatre ou cinq abcès métastatiques parfaitement caractérisés. Le foie, la rate, les reins et les autres viscères n'offrent rien d'important à noter.

La veine fémorale et les veines iliaques ont été isolées et disséquées avec soin dans toute leur étendue, depuis l'extrémité du moignon jusqu'au niveau de l'embouchure de la fémorale profonde. Le tronc de la veine fémorale est oblitéré par un caillot rougeâtre de médiocre consistance et n'offrant aucune adhérence avec la membrane interne. Celle-ci d'ailleurs est parfaitement saine, et n'offre aucune trace d'inflammation. Mais depuis l'origine de la fémorale profonde jusqu'au niveau de la veine iliaque, toute la cavité du vaisseau est distendue par une quantité considérable de pus, et sa membrane interne est dans toute son étendue ramollie et recouverte par des concrétions jaunâtres peu consistantes. En haut, au niveau de l'iliaque interne, un caillot fibrineux de 2 centimètres de longueur formait au pus une barrière infranchissable. Mais comment expliquer l'intégrité de la partie inférieure de la fémorale? En ouvrant la fémorale profonde, il fut facile de se rendre compte de cette apparente singularité. Cette veine, en effet, était remplie de pus; c'est par là que la phlegmasie avait pénétré dans la veine fémorale, et, particularité digne de remarque, le pus avait envahi une petite portion du tronc de la fémorale au-dessous de l'embouchure de la fémorale profonde, et n'avait été arrêté que par deux valvules veineuses parfaitement intactes encore qui séparaient le liquide purulent du caillot rougeâtre de la partie inférieure de la veine.

Dans le tronc de la veine fémorale profonde elle-même se remarquait une disposition tout à fait analogue : caillot rougeâtre dans la partie

---

présente le sang ; c'est que l'hémorrhagie devient intermittente, qu'elle se renouvelle jusqu'à ce que la plaie soit en pleine voie de réparation.

Si l'on examine le sang que l'on est quelquefois obligé de tirer localement, ou même par la saignée, dans quelques complications céphaliques ou thoraciques, on voit qu'il y a diminution de globules; il y a une polyhémie séreuse.

Après une observation rigoureuse de ce qui se passe chez les blessés et surtout de la sidération profonde du système nerveux, sidération d'autant plus profonde que les lésions sont plus graves et se rapprochent davantage des cas qui comportent l'amputation, on peut se demander si la chloroformisation est nécessaire, si elle n'est pas nuisible: terrain brûlant sur lequel je m'attends à trouver des contradicteurs.

Non, généralement, l'emploi du chloroforme n'est pas nécessaire. S'il s'agit d'une amputation simple, la dextérité bien connue de nos opérateurs rendra la douleur d'autant moindre que le sujet est dans une faiblesse notable; s'il s'agit d'une résection, qui est toujours longue, la chloroformisation devient dangereuse, non immédiatement, l'expérience prudente et éclairée de l'opérateur ne le permettrait pas, mais elle devient dangereuse dans ses conséquences plus ou moins immédiates. Lors de la discussion, peut-être rapprochée, de cette importante question, chacun apportera des faits, je fournirai les miens; mais, en passant, qu'il me soit permis de citer ce cas :

Au siége de la Gouathe, un général reçoit une blessure qui comporte l'amputation de la cuisse. Un confrère habile, et dont nous regrettons la perte, fait l'amputation au tiers moyen ; il n'y a pas eu d'hémorrhagie proprement dite. Le général n'a rien éprouvé, grâce au chloroforme; il reçoit pendant un quart d'heure et d'une humeur triste les félicitations de ses officiers, et vingt-cinq minutes après il meurt sans perdre une goutte de sang, qu'on me passe l'expression. N'y a-t-il pas là une action en retour du chloroforme? Inutile de dire que le général était loin d'avoir un tempérament apoplectique.

Je disais tout à l'heure que les résections sont toujours longues sur le champ de bataille; en effet, nous ne nous trouvons pas dans les conditions où l'on se trouve dans les hôpitaux civils et à l'amphithéâtre, où il n'y a pas de fracture de l'os. On opère ordinairement pour une lésion organique; le corps de l'os peut servir de levier pour décoiffer la tête humérale ou fémorale ou toute autre, tandis que dans les hôpitaux militaires et sur les champs de bataille on a affaire à une fracture du col de l'humérus ou du fémur, et rien n'est difficile comme d'extraire ces têtes articulaires à travers une boutonnière sans le perforatif de M. Vidal; et s'il s'agit d'autres résections, les scies spéciales font défaut.

Le chloroforme est-il dangereux dans les amputations immédiates sur le champ de bataille? Oui, à mon avis, il est dangereux, et ne devrait être employé qu'exceptionnellement.

Les travaux antérieurs à l'action, la fatigue qui suit l'excitation du combat ou de la marche, la prostration provenant de la perte de sang et de la perte de l'influx nerveux, la douleur appartenant en propre à la blessure ou au transport du blessé, l'inquiétude sur le résultat de l'opération, toutes ces causes ont amené une sidération qui ne se traduit pas par les pulsations du pouls ni par aucun signe extérieur à l'heure où on opère. Mais cet état particulier s'aggrave par la chloroformisation faite même suivant toutes les règles.

Un homme est opéré; il reste pâle, a toujours des vertiges pendant plusieurs jours, la réaction traumatique ne se fait pas, il y a inappétence continue; si l'homme ne mange pas, il devient anémique; l'inflammation adhésive est nulle; il y a souvent des hémorrhagies passives; s'il mange, il survient de la diarrhée, l'intestin est endolori. Ici, quelle est la part de la chloroformisation? Je n'ai pas la prétention de dire où elle commence et où elle finit.

Chez un autre opéré, l'homme reste pâle et loquace; au bout de quelques heures il survient du délire; la mort arrive le lendemain. Ici je vois plus distinctement la part du chloroforme.

Dans ma prochaine lettre j'examinerai la question de la chloroformisation dans les amputations consécutives. D[r] LACRONIQUE.

Par décret du 11 août, ont été autorisés à porter les décorations étrangères qui leur ont été conférées :

M. le docteur Faure, médecin principal aux Invalides, ordre de Saint-Grégoire-le-Grand (commandeur);

M. le docteur Recurt, ordre de Charles III (chevalier);

M. le docteur Arnal, médecin par quartier de l'Empereur, ordre de Notre-Dame de la Conception de Villa-Viçosa (chevalier).

---

inférieure de la veine, du pus dans la partie supérieure, et une valvule séparant ces deux parties si distinctes. Par malheur, il a été impossible de retrouver la veinule enflammée, qui très probablement devait jouer ici, relativement à la fémorale profonde, le même rôle que la fémorale profonde relativement au tronc de la fémorale elle-même.

A son extrémité, l'os offrait un séquestre de 2 centimètres de longueur, qui déjà commençait à se séparer des parties saines; la moelle, à ce niveau, était ramollie et enflammée. Du reste, aucune trace de phlébite osseuse.

Toutes les particularités concernant les altérations de la veine fémorale ont été constatées à la Société anatomique. Elles offrent un intérêt réel, en faisant voir quel rôle important peuvent remplir les valvules dans les cas d'inflammation veineuse, en opposant à la marche rétrograde du pus une barrière insurmontable. N'est-il pas ensuite curieux de voir comment l'inflammation a pu envahir un gros tronc veineux, non pas d'emblée, quoique l'extrémité de ce tronc eût été soumise à des causes puissantes de phlébite, mais consécutivement, et par des voies détournées.

Quant à la tumeur qui a nécessité l'amputation, comme elle a été examinée avec soin au point de vue de l'anatomie pathologique, c'est un fait qui pourra servir dans une description de l'enchondrome, et qu'il était bon de conserver. N'oublions pas toutefois que la malade a vécu trop peu de temps pour qu'il soit permis de tirer ici la moindre conclusion relativement à la question si controversée des récidives dans les tumeurs de cette nature.

L.-V. Marcé, interne du service.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. Aran.

Leçons sur les affections de l'utérus [1].

(Recueillies par M. F. Guyon, interne du service.)

SÉMÉIOLOGIE GÉNÉRALE DES AFFECTIONS DE L'UTÉRUS.

Nous passerons aujourd'hui en revue la symptomatologie des affections utérines. En étudiant ainsi d'une manière générale les symptômes qui appartiennent à ces affections, je ne me fais pas illusion sur le mauvais côté d'une étude de ce genre, dont le moindre inconvénient est de rapprocher des choses qui sont rarement réunies chez le même sujet. Mais ce qui atténue ces inconvénients en grande partie pour les affections utérines, c'est le peu de variété des expressions symptomatiques par lesquelles l'utérus traduit ses souffrances. Ici plus que pour les autres organes, il semble qu'il y ait une physionomie commune dont les traits varient médiocrement, malgré la diversité du fond. Nous laisserons de côté momentanément les symptômes subjectifs pour nous occuper des symptômes physiologiques.

La douleur est un phénomène de premier ordre. Déjà, dans la dernière leçon, nous nous y sommes appesanti, et c'est sur elle que nous avons basé l'opportunité la plus générale de l'intervention médicale. Elle doit être distinguée en *douleur spontanée* et *douleur provoquée*.

Il est quelques malades qui ne présentent pas de douleurs spontanées; il n'en est pas chez lesquelles elles ne puissent être provoquées. Le siége le plus ordinaire de la douleur n'est pas l'hypogastre; c'est, d'une part, la région ovarienne, de l'autre la région lombaire.

La douleur latérale a son siége le plus ordinairement à gauche. Pourquoi ce lieu de prédilection? Je l'ignore. Je rappellerai à ce sujet que M. le professeur Laugier a signalé comme constante une douleur latérale pendant la durée des règles. Cette observation est vraie dans la majorité des cas. Quant aux douleurs de reins, comme disent les femmes, douleurs postérieures, elles siégent dans la région lombaire. Il est des femmes qui souffrent dans le sacrum. Ordinairement sourdes, ces douleurs sont quelquefois déchirantes; c'est ce que les femmes expriment en disant que leurs reins s'ouvrent. La douleur hypogastrique ou antérieure est moins constante que ces deux sortes de douleurs.

Signalons encore des douleurs moins communes, que l'on peut dire *accessoires;* ce sont les douleurs dans les cuisses dans les aines, dans les hanches, le bassin: elles suivent ordinairement le trajet des nerfs. Ces douleurs siégent aussi plus fréquemment à gauche; c'est là le côté qui souffre chez la femme.

Comment provoquer les douleurs? On emploiera d'abord le palper abdominal, la pression sur l'hypogastre et surtout dans les fosses iliaques, puis le toucher. Il faut bien être prévenu que l'examen extérieur pourrait laisser dans une fausse sécurité, en ne provoquant pas de douleurs. Appelé en consultation auprès d'une dame malade déjà depuis longtemps, présentant un ensemble de symptômes assez complexe, mais chez laquelle le palper abdominal n'avait jamais provoqué de douleur, le toucher vaginal me fit constater d'abord de la douleur, puis une tumeur fluctuante. Le toucher vaginal est donc indispensable quand on aura de sérieuses raisons de croire à une affection de l'utérus. Le doigt, introduit dans le vagin, devra d'abord interroger la sensibilité du col, puis imprimer des mouvements de totalité à l'organe, et ainsi l'on arrivera à provoquer la douleur, si elle existe. Il faut non-seulement écouter les plaintes de la malade, mais encore interroger sa physionomie, qui seule quelquefois trahit la souffrance. Il importe cependant de ne pas croire avoir provoqué de la douleur lorsque l'on n'a produit que de la surprise; mais, dans ce cas, répétez votre exploration, et si la douleur n'est pas réelle vous n'aurez aucune manifestation de sensibilité. Il importe encore de distinguer la douleur névralgique de la douleur provoquée ou spontanée. D'une manière générale, on peut dire que la première coexiste avec d'autres névralgies, n'existe que dans un point parfaitement limité, passe comme l'éclair et revient par accès.

La *leucorrhée* est aussi un symptôme à peu près constant de l'affection utérine. On sait les différences que présentent les écoulements dans leur abondance, leur nature. Nous ne voulons maintenant qu'en signaler les caractères généraux: tantôt muqueux, l'écoulement est limpide, opaque ou laiteux, tache à peine le linge, ce sont des écoulements vaginaux; tantôt visqueux et transparent comme du blanc d'œuf, il vient du col ou du corps; tantôt enfin visqueux, jaunâtre et puriforme, il vient des mêmes parties, mais il a été sécrété par des surfaces chroniquement enflammées et ulcérées.

Les organes voisins peuvent aussi être affectés; signalons seulement la *rougeur de la vulve*, *de la muqueuse vaginale*, le *prurigo pudendi* qui coexiste presque toujours avec une affection utérine et qui, plus rebelle qu'elle, persiste encore alors que celle-ci est déjà guérie, affection accompagnée de démangeaisons atroces sans qu'il y ait toujours des papules pour l'expliquer.

La vessie et le rectum sont surtout influencés. Chez beaucoup de femmes il y a cuisson en urinant, dysurie; chez d'autres, cystite aiguë ou plus souvent chronique. Ces symptômes désagréables s'exaspèrent au moment des règles et persistent plus longtemps que l'affection qui les a provoqués.

Vers le rectum, les symptômes ne sont pas moins constants. La constipation devient plus qu'une habitude, mais une infirmité; la défécation est douloureuse, difficile, et lorsqu'il y a une tumeur ou déplacement, cette difficulté équivaut quelquefois à un véritable enfantement. Les femmes rendent souvent alors, chose peu connue, un mucus glaireux qu'elles appellent râclure de boyaux, mucus qui souvent revêt le boudin stercoral d'une couche uniforme. Le ténesme qui se montre quelquefois, joint à cette particularité, pourrait induire en erreur. N'oublions pas de mentionner ce sentiment de pesanteur vers le fondement et le périnée dont se plaignent presque toutes les femmes.

Les fonctions de l'organe sont nécessairement troublées. Les règles se montrent le plus souvent sans douleur chez une femme bien portante. Les femmes atteintes d'affection utérine souffrent quelquefois huit jours, plus ou moins, avant l'époque; ces douleurs, sourdes d'abord, sont bientôt des coliques vives, puis les règles apparaissent, et tout se calme. Chez d'autres, les douleurs continuent pendant et après les règles; c'est là, en général, l'indice d'une affection plus grave. La périodicité des menstrues est aussi mise en jeu; elles sont généralement en retard, rarement on les voit avancer. Enfin on voit des aménorrhées complètes. La congestion utérine qui se fait néanmoins aux époques entraîne les douleurs les plus vives. Les règles durent plus longtemps qu'il ne faut, et cela s'observe surtout chez les femmes qui sont prises d'affection utérine au moment de l'âge critique; d'autres voient leurs règles diminuer, le sang est modifié dans sa quantité et dans sa nature.

Le coït devient fatigant ou impossible. Beaucoup de femmes ne souffriraient nullement si elles ne se livraient à la copulation; elles souffrent soit au moment de l'intromission, soit pendant la durée de l'acte ou seulement après. Les douleurs peuvent se prolonger et devenir atroces. Quelquefois le coït est suivi d'un écoulement sanguin, signe d'une grande importance diagnostique.

Les seins deviennent quelquefois très douloureux, sont gonflés, même en dehors de l'époque menstruelle; la femme ne peut pas rapprocher les bras.

La stérilité est une des choses pour lesquelles le médecin est le plus souvent consulté; c'est par là que son attention est le plus généralement attirée du côté de l'utérus. Mais il est des femmes qui sont inféconds sans affection utérine, et souvent les efforts du médecin sont inutiles, bien qu'il guérisse ou modifie l'affection de l'utérus. D'une autre part, il est des femmes affectées de cancer, de tumeurs fibreuses, qui deviennent enceintes. Nous ne voulons cependant pas nier et nous reconnaissons l'influence des affections de l'utérus sur l'aptitude à concevoir et sur la grossesse. Les grossesses laborieuses, les avortements ne sont pas rares chez les femmes dont l'utérus est malade; mais M. Bennett a certainement exagéré cette cause. L'accouchement s'opère sans plus de difficulté qu'à l'ordinaire; mais l'affection utérine n'en est devenue que plus sérieuse et plus difficile à guérir. Aussi est-il pour le moins étrange de voir conseiller, comme le font encore beaucoup de médecins, la grossesse pour améliorer ou guérir une affection de l'utérus.

Signalons maintenant quelques troubles réactionnels. Les plus curieux, les plus intéressants et les plus communs sont certainement ceux que l'on observe du côté du système digestif et de ses annexes, et qui se rapportent à la dyspepsie: appétits bizarres, nuls ou vifs, satisfaits par un rien; ingestion des aliments suivie de gonflement, de distension gazeuse, d'étouffements; douleurs vives, somnolence pendant la digestion, quelquefois même phénomènes fébriles. Tous ces phénomènes peuvent se lier à une affection utérine, bien qu'ils puissent exister sans elle. Il n'est cependant pas de femme ayant une affection utérine depuis quelques mois qui n'ait des troubles dans la digestion, et même dans la nutrition. Ces femmes maigrissent, prennent une teinte de peau particulière, si bien qu'on peut à première vue soupçonner l'affection de l'utérus. Il est des femmes qui engraissent pendant l'affection utérine, mais jamais cet embonpoint ne s'accompagne de la coloration de la santé. M. Bennett a signalé le premier des troubles dans la sécrétion bilieuse se liant à une affection de l'utérus; il a observé au moment des règles de l'ictère, des coliques, des superpurgations bilieuses, quelquefois l'ensemble redoutable de la colique hépatique sans aucun calcul dans les selles. D'autres fois il n'y a qu'un peu d'ictère, quelques vomissements bilieux. Ce qu'il y a de curieux, c'est la synergie qui s'établit entre le foie et l'utérus: ils vont bien ou mal ensemble. Complication fâcheuse! car l'affection bilieuse persiste plus longtemps que l'affection utérine; remarque faite par M. Bennett, et que je vérifie moi-même tous les jours.

L'affection utérine est un des grands chemins de la phthisie, et cependant souvent une voie détournée dans laquelle elle ralentit ses pas; il y a ici un véritable balancement: l'utérus est-il complétement guéri, les poumons s'en trouvent mal, et réciproquement. Grande est alors la perplexité du médecin, placé entre deux maux pour lesquels on lui demande guérison, et difficile est de poser la limite de son intervention.

Les troubles de la circulation sont rares. Il est des cas où le ventre ne supporte pas la pression, est ballonné, où il y a des nausées, des vomissements, presque les symptômes de la péritonite sans trace de fièvre. Cela s'observe dans la métrite subaiguë, dans l'inflammation du ligament large, etc.

On a voulu que l'hystérie dépendît d'une affection de l'utérus. Cela n'est pas exact; on trouve un très grand nombre de malades qui n'ont pas d'hystérie. Cela ne veut pas dire que l'utérus n'exerce pas sur le cerveau une action sympathique; l'affection utérine produit un état de tristesse, d'abattement, de dégoût pour les choses de la vie habituelle, pour ce qui vous entoure, l'éloignement des plaisirs vénériens, l'aversion de l'homme aimé, et même des accidents hystériformes, mais n'allant pas jusqu'à l'hystérie convulsive.

Tous les phénomènes que nous venons de passer en revue ne se montrent pas nécessairement réunis; il en est qui manquent, d'autres qui existent constamment. Dans certains cas il n'y a que des troubles locaux, dans d'autres prédominent les symptômes généraux. De ces symptômes, celui dont on doit tenir le plus de compte, c'est la douleur spontanée ou provoquée; mais pour aller à sa recherche il faut un ensemble de symptômes suffisants pour faire croire à une affection de l'utérus. Une douleur ovarique, des douleurs constantes dans les lombes, la leucorrhée sont les symptômes locaux qui doivent le plus attirer votre attention. Parmi les troubles généraux se placent en première ligne ceux de la digestion.

POURPRE DE WERLHOFF,

Par M. le professeur Trousseau.

Le service de M. le professeur Trousseau présentait il y a peu de temps un beau cas de l'espèce de pourpre hémorrhagique décrite par Werlhoff sous le nom de *morbus maculosus*.

Il s'agit d'une jeune fleuriste âgée de dix-sept ans, bien réglée, élevée à la campagne, et n'ayant eu d'autre maladie que quelques engorgements cervicaux se rattachant à des gourmes. Etablie à Paris depuis six mois chez ses parents, elle occupait un appartement sain, gagnait assez pour se nourrir d'une manière convenable, et se trouvait ainsi, au point de vue de l'hygiène, dans des conditions passables, lorsque, quinze jours avant son entrée à l'Hôtel-Dieu, elle eut une hémorrhagie nasale. Cette épistaxis fut d'ailleurs modérée. Mais quinze jours plus tard elle se reproduisit avec une abondance telle que la malade s'en inquiéta sérieusement; puis le sang s'arrêta, et après un nouvel intervalle de huit jours, le 4 mai, la peau se couvrit d'un nombre considérable de taches d'un noir violet comme des baies de troëne. Des taches analogues, d'aspect ecchymotique, s'observaient sur les gencives, sur la muqueuse buccale. Du sang s'écoulait aussi par le nez. Enfin, le lundi 7, on trouva des masses de sang dans les garde-robes.

Tel est, dans son expression ordinaire, dans son état de simplicité, a dit M. Trousseau, le *morbus maculosus* de Werlhoff. Il faut y ajouter l'absence de fièvre et la pâleur. Comme accessoires, il existe de temps en temps des douleurs vives de la tête, des éblouissements dans un des yeux. Une hémorrhagie se fait dans la choroïde, dans les humeurs de l'œil, et il y a trouble de la vue pendant quinze jours, un mois. D'autres fois c'est une obtusion de l'ouïe avec sensation de bruit de machine à vapeur résultant aussi d'une petite exhalation sanguine.

M. Trousseau a vu une dame de cinquante-quatre ans chez laquelle la cophose s'accompagnait d'un bruit semblable. Dans quelques cas il y a affaiblissement d'un côté du corps consécutif à un épanchement sanguin dans la cavité crânienne ou bien hémoptysie, les bronches étant, comme la muqueuse intestinale, disposées aux hémorrhagies. Quant à la peau, elle n'est pas seulement parsemée de taches semblables à des baies de myrtille, elle offre quelquefois, ainsi que la face interne des lèvres, des phlyctènes sous lesquelles on trouve une surface rugueuse; puis çà et là, vous voyez sur les bras, sur le ventre, des ecchymoses quelquefois larges comme les deux mains. La jeune fille qui fait le sujet de ces remarques en portait une énorme à la région iliaque droite. Cette affection a cela de singulier, qu'au bout de huit jours tout disparaît spontanément; puis, après une céphalalgie un peu vive, du malaise, un certain état fébrile, il y a réapparition de taches en plus ou moins grand nombre. Dans quelques cas, le paroxysme est constitué par

(1) Suite. — Voir le numéro du 14 août.

une hémorrhagie nasale, pulmonaire, intestinale ou utérine. Ici nous avons vu l'épistaxis se reproduire à huit jours d'intervalle, et l'explosion des taches à la peau correspondre au troisième paroxysme.

On voit d'après ce qui précède que l'état morbide dont il s'agit diffère essentiellement du scorbut. Ce dernier s'annonce, en effet, de longue main par des douleurs, de l'affaiblissement, de la décoloration, une fétidité notable de l'haleine et d'autres signes propres à la dissolution du sang. Dans la maladie de Werlhoff, les gencives ne sont pas ramollies; elles sont nettes, excepté dans les points où existent des ecchymoses. Partout ailleurs, comme on peut le voir dans le cas particulier dont il s'agit, les dents sont merveilleusement serties par les gencives. Et puis, dans le scorbut, pas d'explosion de paroxysmes. La maladie de Werlhoff a plus de rapports avec certaines varioloïdes pétéchiales qui s'accompagnent de délire et sont moins graves qu'elles n'en ont l'air, car ce feu de paille s'éteint au dixième jour. Les pustules se cornent et les malades guérissent. Il est bien entendu qu'il ne s'agit pas ici des pétéchies qui surviennent du douzième au quatorzième jour de la variole, mais de celles du début, qui sont de petits épanchements sanguins produits par la fluxion qui se fait à la face cutanée. On remarque aussi dans le deuxième septénaire de la scarlatine, comme dans la rougeole et la variole, des taches dont l'apparition est justement redoutée; mais ces taches ne sauraient être confondues avec celles de la maladie de Werlhoff, puisqu'elles compliquent toujours une fièvre éruptive. Il en sera de même pour celles qui apparaissent consécutivement à l'altération du sang chez les enfants épuisés par des vomissements et de la diarrhée.

Quand la maladie de Werlhoff ne s'accompagne pas d'hémorrhagies, des boissons acides, des lotions, des injections de même nature en font aisément justice; la maladie, ne fît-on rien, dure quelque temps et disparaît.

Mais si elle débute par des hémorrhagies abondantes, la dissolution du sang peut arriver rapidement et le pronostic prendre une gravité considérable. Les malades succombent quelquefois aux phlegmasies circonscrites qui succèdent aux hémorrhagies cérébrales.

Quel traitement opposer à cette affection? Il n'y en a qu'un dont l'efficacité soit réellement incontestable, c'est le traitement par la poudre de quinquina. C'est Werlhoff qui le premier essaya l'écorce du Pérou sur une jeune fille âgée de dix-sept ans et la guérit en lui faisant prendre un demi-gros de poudre de quinquina de deux heures en deux heures pendant sept jours. Ce fait était oublié, lorsque M. Bretonneau, qui n'avait pas lu Werlhoff, eut l'heureuse idée d'employer le même moyen contre l'hémorrhagie nasale. M. Trousseau donne ici la poudre de quinquina calissaya à la dose de 4 grammes par jour pendant trois jours. Le quatrième, le malade se repose, puis reprend la même médication de la même manière en augmentant chaque intervalle de repos d'un jour. En même temps on administre à titre d'auxiliaires les limonades sulfurique, nitrique, le suc d'oseille, de citron, etc.

Ce médecin donne des soins à une dame que nous avons citée plus haut et qui depuis quelque temps portait des taches multipliées à la peau, tout en rendant du sang par le nez chaque fois qu'elle faisait usage de son mouchoir. Cela ne l'empêchait pas d'aller et de venir; c'était une maladie de Werlhoff. Elle prit d'abord de la ratanhia et des acides sans grand succès. M. Bretonneau, alors à Paris, invita M. Trousseau à essayer la poudre de quinquina. Cette dame en fit usage, et à partir de ce moment la maladie a été tenue en bride. Les hémorrhagies nasales, jusque-là rebelles, même aux injections de perchlorure de fer, se sont arrêtées. Est-ce à dire que cette dame soit guérie? Non sans doute, et il est même à craindre qu'en raison de son âge elle ne soit exposée à une hémorrhagie cérébrale; mais elle est incomparablement mieux, et il y aura seulement nécessité d'insister plus que chez une autre sur l'administration du quinquina.

Quant à la jeune fille traitée en ce moment à l'Hôtel-Dieu, il survint chez elle, les 12 et 13 mai, de fortes hémorrhagies intestinales suivies de syncope. Le 17, M. Trousseau faisait remarquer sa pâleur et l'état de fièvre qui s'observe dans l'anémie, fièvre qu'il importe bien de connaître afin de la combattre dans certaines convalescences par des reconstituants et une bonne alimentation. M. Trousseau exprimait alors la crainte que les hémorrhagies ne s'étendissent et que la dyscrasie du sang n'entraînât l'altération du mucus et du suc gastriques, et par suite de l'anorexie et de la dyspepsie. Dans ces conditions, on se trouve très embarrassé; car si, comme il importe de le faire, on nourrit le malade, la pâte chymeuse altérée donne de l'indigestion et arrive dans un intestin souffrant qu'elle fatigue sans bénéfice.

Pour sortir de ce cercle vicieux, M. Trousseau a cru devoir associer un peu d'opium au quinquina pour lui servir de passeport. La jeune malade prenait de l'eau albumineuse et de petits potages. On espérait d'ailleurs dans le caractère paroxystique même du mal, qui laisse du temps et du repos; on comptait sur ce répit, sur l'âge de la malade et sur la puissance de la nature. Cet espoir n'a pas été déçu. Toutefois il a été nécessaire de combattre encore les hémorrhagies intestinales qui se répétaient, et dans cette circonstance M. Trousseau a eu recours avec un succès apparent au perchlorure de fer en pilules à la dose de 1 à 2 grammes chaque jour en quatre, six et huit pilules de 20 centigrammes. Il a donné aussi de la térébenthine comme hémostatique. Ensuite est venue la médication reconstituante par le fer, et en dernière analyse on peut considérer aujourd'hui cette jeune fille comme guérie, car les traces de sa maladie s'effacent, elle reprend des couleurs, de l'embonpoint, des forces, et dans quelques jours elle sera parfaitement en état de quitter l'hôpital. (*Journal de méd. et de chir. prat.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 28 août 1855. — Présidence de M. JOBERT (de Lamballe).

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Épidémies. — M. le ministre du commerce adresse :

1° Un rapport de M. le docteur Chalette, médecin des épidémies de l'arrondissement de Châlons (Marne), sur une épidémie de suette miliaire qui a régné dans plusieurs communes de cet arrondissement;

2° Huit rapports de M. Danvin, médecin des épidémies de l'arrondissement de Saint-Pol (Pas-de-Calais), sur des maladies qui ont régné épidémiquement dans cet arrondissement. (Commission des épidémies.)

3° Un rapport de M. Charlet, officier de santé, sur une épidémie de choléra qui a régné dans la commune de Cornimont (Vosges). (Commission du choléra de 1854.)

Eaux minérales. — Le même ministre transmet une demande d'avis sur une source minérale située à Usson (Ariége). (Commission des eaux minérales.)

— M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation d'un arrêté, en date du 23 août courant, par lequel M. Henry fils est nommé chef adjoint des travaux chimiques à l'Académie de médecine.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Céphalématome. — M. Danvin (de Saint-Pol) adresse l'histoire d'un céphalématome, suivie de réflexions et de considérations pathologiques. (Commissaires : MM. Londe et Barth.)

— MM. Savoye et Reinvillier adressent un paquet cacheté relatif à une nouvelle préparation pharmaceutique. (Le dépôt est accepté.)

LECTURES.

Sur la non-identité du rêve et de la folie. — M. Collineau commence la lecture d'un rapport sur une note de M. Fée, relative à la question de l'identité du rêve et de la folie. Sur l'observation qui est faite par M. le président que M. Fée est membre titulaire de l'Académie, qu'il ne peut être fait de rapport sur une communication d'un membre, M. Collineau se borne à donner lecture du travail de M. Fée.

Ce travail, que l'auteur avait adressé à l'Académie lors de la discussion sur la folie, a pour titre : *Le rêve et la folie ont-ils quelques rapports et sont-ils comparables?* L'auteur s'est proposé de démontrer qu'il n'existe entre le rêve et la folie qu'un seul rapport : l'impossibilité dans laquelle se trouvent le dormeur et le fou de pouvoir diriger les actes de leur intelligence et de raisonner sûrement sur ce qui se passe en eux. Mais leur situation est si différente, ajoute M. Fée, que cette analogie même perd toute sa valeur. L'analyse comparative de ces deux états conduit l'auteur à formuler les propositions suivantes, qui résument son travail :

« Un fou, sous le rapport intellectuel, est un homme incomplet, le dormeur est un homme nul. Comment pourrait-on établir entre leurs actes la moindre similitude, quand on cherche à les apprécier sous le rapport psychologique? On peut dire, en parlant des facultés intellectuelles du fou, qu'il ne peut en régler l'emploi, et qu'elles ne lui sont pas soumises. On doit se contenter de dire du dormeur qu'elles sont enchaînées ou que l'emploi en est suspendu, ce qui est bien différent. »

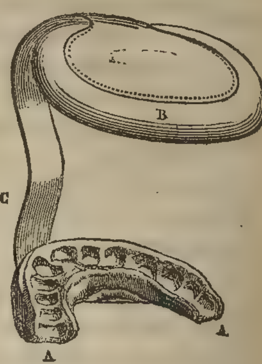
Nouvel appareil pour les fractures des mâchoires. — M. Morel-Lavallée lit un mémoire dans lequel il expose les avantages d'un nouvel appareil pour les fractures des mâchoires, et plus spécialement de la mâchoire inférieure.

Après avoir établi l'insuffisance des simples bandages dans un grand nombre de cas et le danger des appareils mécaniques, M. Morel propose un nouveau moyen qui lui a donné un succès complet dans deux cas d'une difficulté extrême.

La base de cet appareil est une gouttière de gutta-percha que les dents se creusent elles-mêmes en s'enfonçant, en mordant en quelque sorte dans cette substance préalablement ramollie dans l'eau chaude. Le refroidissement spontané ou opéré par l'eau frappée durcit en quelques minutes le moule en place. Une gouttière analogue est appliquée du côté sain et séparée de la première par un intervalle suffisant pour l'introduction des aliments; une fronde complète l'appareil. Les dents sont solidement retenues dans les espèces d'alvéoles renversées que s'est formées leur couronne dans la gutta-percha. La gouttière est comme clouée sur la cassure de la tige osseuse, et il semble impossible d'imaginer une contention plus exacte. Cette gouttière a, en outre, l'avantage de s'enlever et de se replacer avec la plus grande facilité. La gutta-percha réunit ici toutes les conditions désirables; elle est aisée à manier, à la fois souple et résistante, impénétrable aux humeurs de la bouche et ne contracte pas comme le liége l'odeur infecte qui devait faire abandonner cette écorce poreuse. Un cas où la mobilité des fragments était telle que le moindre mouvement de déglutition reproduisait le déplacement a été guéri sans trace de difformité à l'aide de cet appareil, et cependant la violence de la chute avait déterminé sous le menton un abcès qui n'avait pas tardé à communiquer avec le foyer de la fracture.

Mais voici surtout un succès vraiment remarquable : la fracture datait de trois semaines, la réduction était d'une difficulté exceptionnelle, le déplacement opiniâtre, et non-seulement la guérison fut obtenue, mais, sitôt l'appareil appliqué, le malade put manger et parler, c'est-à-dire que la mâchoire conservait en partie ses fonctions, que l'appareil conciliait l'immobilité des fragments avec la mobilité générale de l'os. Cet appareil n'était autre que le moule précédent, mais à la face supérieure duquel on avait adapté un ressort prenant, par son extrémité extérieure rembourrée, un point d'appui sous le menton. De cette façon, le maxillaire était pressé d'un bord à l'autre entre deux attelles en gouttière, et il avait ainsi repris son indépendance.

Cet appareil a été parfaitement exécuté par M. Charrière fils. Il est également applicable aux fractures du maxillaire supérieur, à celles des arcades dentaires, aux luxations des dents. L'auteur en résume d'ailleurs de la manière suivante les divers usages avec ses modifications :



La gutta-percha, ramollie par une immersion dans l'eau à environ 80°, peut constituer plusieurs excellents appareils pour les fractures des deux mâchoires.

A. *Fracture du corps des maxillaires.* — *a.* 1° Une double gouttière qui reçoit par une de ses faces les dents de l'os fracturé, et par sa face opposée les dents de l'os intact;

2° Une gouttière analogue placée du côté sain, et séparée de la première par un intervalle convenable pour l'introduction des aliments;

3° Une fronde. Voilà l'appareil dans toute sa simplicité.

b. On peut rendre immédiatement la mâchoire inférieure à ses fonctions dans les fractures de la supérieure et même dans ses propres fractures. Pour cela, il suffit d'ajouter au moule un ressort qui, contournant la mâchoire correspondante, va, par son extrémité extérieure rembourrée, prendre son point d'appui, dans le premier cas sur la partie postérieure de la tête, dans le second sous le menton.

B. *Fractures des arcades dentaires.* — *a.* Ces fractures se traitent avec l'attelle et la fronde, comme celles du corps de l'os.

b. Pour conserver les mouvements du maxillaire inférieur, que ce soit son arcade ou la supérieure qui ait éprouvé la solution de continuité, on appliquerait sur le fragment un moule de gutta-percha qui le dépasserait à ses extrémités, et trouverait sa fixité sur les dents voisines et sur les inégalités de l'évasement alvéolaire; ou, ce qui serait plus sûr, en ajoutant un ressort.

c. Pour une *dent* saine expulsée de son alvéole un simple moule.

La gutta-percha se prête si bien à toutes les indications, qu'avec les types d'appareils précédents, les modifications réclamées par les cas particuliers se présenteront d'elles-mêmes.

Emploi de la compression en chirurgie. — M. Apostolidès lit un mémoire sur la compression.

L'auteur admet une compression *physiologique* et une compression *physique*, qu'il divise en permanente et intermittente. Ces deux espèces de compression jouent un grand rôle dans l'issue et la guérison des maladies telles que les inflammations externes, fractures, tumeurs, éléphantiasis des Arabes, etc. Mais il la prescrit surtout pour la réunion immédiate d'après des indications anatomo-physiologiques.

M. Apostolidès présente en même temps les instruments qui sont destinés à exercer cette compression pour la réunion des plaies. Ces instruments consistent en un emplâtre en gomme élastique vulcanisée et recouvert de diachylon, indiqué dans les plaies très superficielles et dans les amputations, et en des bandages unissants élastiques qui sont constitués tout simplement par deux coussinets unis par une lame en caoutchouc, par l'élasticité de laquelle les bords de la solution de continuité restent rapprochés. On comprend que si l'on tire sur les extrémités du bandage les coussinets s'éloignent, et en revenant sur eux-mêmes ils entraînent avec eux les bords de la plaie. La pression qu'ils exercent est considérée par l'auteur comme une des conditions du succès de la réunion immédiate, et il appelle sur ce point l'attention des partisans de cette méthode.

— La séance est levée à quatre heures un quart.

Nous sommes heureux de mettre sous les yeux de nos lecteurs l'extrait suivant du rapport adressé par M. l'intendant général de l'armée d'Orient à M. le ministre de la guerre, à l'occasion de la brillante affaire du 16 août (combat de la Tchernaïa) :

« Le nombre des blessés entrés dans les ambulances à la suite du combat de la Tchernaïa a été de :

» Français, 810, dont 46 officiers;

» Russes, 1,664, dont 38 officiers.

» C'est donc un total de 2,474 hommes qui sont venus augmenter le nombre déjà fort considérable des hôtes de nos ambulances.

» J'ai déjà dit que les blessés français ont été répartis entre les ambulances du 2e corps et celles du grand quartier général. Quel que fût notre désir de traiter les Russes de la même manière que nos soldats, l'encombrement des ambulances en rendait l'exécution impossible. Les officiers ont été envoyés au grand quartier général, et 458 sous-officiers et soldats ont été répartis dans diverses ambulances.

» Pour le reste, j'ai dû créer une ambulance provisoire à Kamiesch, en utilisant l'ancien camp baraqué établi là pendant l'hiver pour les troupes nouvellement débarquées. Des infirmiers ont été fournis par la brigade chargée des travaux de fortification de Kamiesch. Le personnel médical de l'ambulance était très insuffisant pour une aussi lourde tâche; mais M. l'amiral Bruat ayant bien voulu mettre à ma disposition douze médecins de l'escadre, tous les pansements ont été faits rapidement, et hier (17 août), à dix heures du soir, il ne restait plus un seul blessé à panser. Le service administratif et celui de la pharmacie sont d'ailleurs assurés par l'ambulance permanente de Kamiesch. Prévenu par le télégraphe en temps opportun, le sous-intendant de Préval a pu faire préparer à l'avance cet asile provisoire, et lorsque les blessés sont arrivés à Kamiesch, ils ont trouvé le couchage, de la tisane et du bouillon.

» Je suis heureux, monsieur le maréchal, d'avoir une nouvelle occasion de vous dire combien je suis satisfait du service hospitalier de l'armée. Il y a tant de bon vouloir, d'intelligence inventive de la part de tous, fonctionnaires de l'intendance, médecins, comptables et infirmiers, qu'on arrive toujours et promptement à sortir convenablement des circonstances les plus difficiles. Mais je ne saurais mettre trop souvent sous les yeux de Votre Excellence les noms des deux principaux chefs de service, ceux à qui sont dus surtout ces heureux résultats, MM. de Séganville, sous-intendant militaire, et Scrive, médecin en chef de l'armée. »

Le Sceau.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 102. — SAMEDI 1er SEPTEMBRE 1855. (28e ANNÉE.) N° 102. — SAMEDI 1er SEPTEMBRE 1855.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traités sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

État sanitaire de Paris.

Un auteur qu'on a rarement occasion de citer en médecine, mais qui renferme d'inépuisables sources d'enseignement en histoire, Gui-Patin, écrivait, à la date des premiers jours de septembre 1653 : « Les médecins n'eurent jamais si bon temps à Paris qu'ils ont maintenant : les capitaines sont à la guerre, les courtisans avec le roi, le parlement en vacances, les bourgeois aux vendanges, et ainsi nous nous reposons. » Nous pourrions aujourd'hui paraphraser ainsi ces mots de Gui-Patin : Les capitaines sont à la guerre, il est vrai ; mais les hauts fonctionnaires sont à leur poste, les tribunaux ne sont pas encore en vacances, les vendanges n'occupent pas les Parisiens ; la population de Paris, loin d'être réduite, est presque doublée par l'immense concours d'étrangers attirés par l'Exposition, et cependant les médecins n'eurent jamais si bon temps et ils se reposent aussi, réalisant ce vœu du célèbre doyen, qui ajoutait : « Je souhaiterais volontiers que ce bon temps durât *in plures annos*, pour le soulagement du public. » Il est d'observation, en effet, que l'époque de l'année où nous nous trouvons est généralement la plus saine dans le climat de Paris, contrairement à ce qui a lieu dans les contrées méridionales de la France et de l'Europe, où les mois d'août et de septembre sont les plus insalubres. Cette remarque est répétée d'année en année par l'auteur que nous venons de citer ; elle est établie d'ailleurs d'une manière plus certaine par les relevés nécrologiques. Sauf quelques rares exceptions tenant à une épidémie ou à une constitution médicale spéciale, c'est là un fait d'observation générale et à peu près constant. En serait-il autrement en ce moment? Nous trouverions-nous dans une de ces conditions insolites qui renversent l'ordre habituel? Nous venons de voir déjà qu'il n'en est rien. C'est ce qui résulte du témoignage presque unanime des médecins. Un témoignage plus direct et plus évident encore de l'état actuel de la salubrité parisienne nous est fourni par la situation des hôpitaux, dont un grand nombre de lits sont vacants dans les salles de médecine et les autres occupés en grande partie par des malades chroniques.

Comment concilier avec cet état de choses les bruits qui ont couru et l'espèce d'alerte qui a été donnée par quelques journaux de médecine ? Rien de plus simple. On a signalé, en effet, un certain nombre d'affections gastro-intestinales; quelques cas de choléra même ont été constatés en ville et dans les hôpitaux depuis une quinzaine de jours. Nous avons eu l'occasion d'en voir quelques-uns, et, il faut bien le dire, un certain nombre des sujets atteints a succombé. Mais si l'on considère le chiffre très restreint de ces attaques, dont l'origine peut être aisément retrouvée pour la plupart des cas soit dans des dispositions morbides antérieures, soit dans l'abus ou l'usage intempestif de fruits de mauvaise qualité et des boissons aqueuses auxquelles invitaient les chaleurs caniculaires que nous venons de traverser; si l'on se rappelle que tous les ans à cette même époque, au milieu d'un état sanitaire général d'ailleurs parfait, des accidents de même nature se manifestent çà et là sous l'influence de la reproduction des mêmes causes, on se rendra aisément compte des faits dont il s'agit. Et c'est si bien aux circonstances que nous venons d'indiquer qu'il faut attribuer ces quelques accidents cholériques que, depuis que la température a sensiblement baissé et avec elle le nombre des écarts hygiéniques qu'elle entraîne, nous n'avons plus entendu dire qu'il se fût manifesté de cas nouveaux. Ajoutons que ceux qu'il nous a été donné de voir présentaient plutôt les caractères du choléra sporadique, indigène, *cholera nostras*, que ceux de la maladie asiatique. Enfin rien de ce qui constitue les avant-coureurs ordinaires d'une épidémie ne s'observe en ce moment autour de nous.

Nous ne saurions donc trop le redire, malgré ces accidents graves, mais heureusement isolés, l'état sanitaire de Paris n'en est pas moins en ce moment des plus satisfaisants.

Nous venons de parler de Paris seulement; dans notre prochaine *Revue* nous entretiendrons nos lecteurs de ce qu'il nous aura été possible d'apprendre touchant l'état sanitaire des départements et des pays qui sont encore en ce moment en proie à l'épidémie.

Théorie de l'asthme.

Nous avons pris l'engagement de revenir sur la question de l'asthme, et de résumer l'opinion émise sur ce sujet par M. le docteur Pidoux dans deux leçons cliniques qu'il a consacrées à l'histoire de cette maladie. L'esprit philosophique et critique élevé que le savant médecin de Lariboisière apporte dans l'examen de toutes les questions de médecine pratique qu'il aborde, ne peut manquer de donner un vif intérêt à l'énoncé de son opinion motivée sur l'un des points de clinique les plus controversés. Le résumé suivant est fait d'après le compte rendu de ses conférences cliniques.

L'asthme, suivant M. Pidoux, est formé de trois éléments morbides distincts et primitifs, associés dans des proportions diverses. L'élément caractéristique de l'accès, celui qui imprime à la maladie sa forme spéciale, c'est le spasme pulmonaire. Les deux autres sont le *catarrhe* et l'*emphysème vésiculaire* ou anévrisme des poumons.

« Le spasme pulmonaire, cause de la dyspnée spéciale de l'asthmatique, est un acte pathologique du poumon primitif, ou indépendant en soi du catarrhe et de l'emphysème. Il en résulte que la dyspnée dans l'asthme est une dyspnée active, un trouble élémentaire de la sensibilité et de la contractilité du poumon. Le catarrhe des petites bronches, qui existe plus ou moins chez tous les asthmatiques, quoique lié au spasme pulmonaire, en est fort distinct et n'en est pas la cause; il est sans aucun rapport d'intensité avec la dyspnée de l'asthmatique. »

Le catarrhe, considéré comme cause mécanique de dyspnée dans le gonflement de la membrane muqueuse des canaux bronchiques et dans l'accumulation du mucus qu'il produit, ne peut causer et ne cause qu'une difficulté *physiologique* de respirer. « Il y a obstacle mécanique à la pénétration de l'air. Dès lors les puissances respiratoires ordinaires redoublent tout simplement d'action. Cela n'a même pas toujours lieu, parce qu'on finit par s'habituer à l'obstacle mécanique, et qu'après un certain temps la respiration n'en est plus sensiblement gênée... Cela ne se voit pas, cela ne peut pas se voir chez l'asthmatique. On ne s'habitue *jamais* à cette espèce de dyspnée. La raison en est bien simple : c'est une dyspnée primitivement morbide ou un spasme pulmonaire morbide, et non un redoublement d'action respiratoire physiologique. La cause n'en est pas placée hors du sens pulmonaire, hors des mouvements intrinsèques du poumon; c'est un trouble primitif, *essentiel* de ces mouvements. »

M. Pidoux, après avoir énoncé les trois éléments, ou affections simples, dont la réunion forme l'asthme considéré dans ses symptômes, cherche à déterminer les rapports de ces trois facteurs et à déduire de leur combinaison dans des proportions variées toutes les formes diverses de cette maladie.

Première forme, ou asthme parfait. — La forme principale, complète qui doit servir de type est celle où, chez un individu affecté d'anévrisme pulmonaire (emphysème) en même temps que d'un catarrhe sec, surviennent à des intervalles variés et sous des influences internes ou externes bien connues, telles que les vicissitudes atmosphériques et les mouvements d'une diathèse, des accès d'asthme qu'on ne peut expliquer que par le développement d'un spasme pulmonaire intermittent se joignant aux deux éléments continus de la maladie. L'asthme parfait résulte ainsi du concours de toutes les lésions dont le poumon est susceptible dans cette maladie. L'analyse de ses éléments constitutifs donnera les trois autres formes de l'asthme.

La *deuxième forme*, ou *asthme organique*, est l'emphysème vésiculaire de Laënnec et des auteurs.

Dans la *troisième forme*, ou *asthme nerveux*, les individus ont d'abord plus de spasme que d'anévrisme pulmonaire. C'est l'asthme intermittent ou nerveux proprement dit. « Mais dans le plus grand nombre des cas, ajoute M. Pidoux, et si les accès ne guérissent pas, si l'asthme n'est pas passager et purement accidentel, l'emphysème, faible au début, fait des progrès, et les deux éléments, le spasme et l'anévrisme, l'élément nerveux et l'élément *organique* de l'asthme, finissent par exister ensemble. Souvent même avec l'âge l'emphysème et le catarrhe augmentent, et les accès spasmodiques diminuent plus ou moins d'intensité. Quoi qu'il en soit, il n'y a pas nécessairement proportion et corrélation exactes entre ces trois éléments nosologiques. »

Dans la *quatrième forme*, ou *asthme humide, catarrhal*, le catarrhe domine, et les deux autres éléments, l'élément organique ou anévrisme du poumon et l'élément spasmodique, s'y associent dans des proportions différentes. Cela donne deux variétés : la première, qui est l'asthme humide nerveux, intermittent ou spasmodique ; la seconde, l'asthme humide continu ou avec emphysème.

Disons maintenant quelle est la théorie de l'accès d'asthme d'après M. Pidoux. Le spasme en est l'élément essentiel. Mais tout accès de dyspnée spasmodique ne constitue pas l'asthme. Ceci demande quelques développements.

Certains individus ont le poumon si irritable dans sa sensibilité et sa contractilité spéciales que, sous l'influence d'une émotion, d'une vapeur stimulante, d'une poussière, des vicissitudes brusques de l'atmosphère, etc., ils éprouvent avec la plus grande facilité des accès passagers de spasme pulmonaire. Mais ces accidents se distinguent de l'asthme proprement dit, non pas tant par la forme de l'accès lui-même, qui peut présenter beaucoup des symptômes d'un accès d'asthme, mais par leur marche, ou plutôt par l'absence d'une certaine coordination de symptômes, qui seule forme l'asthme véritable. C'est-à-dire qu'il y manque un quatrième élément qui relie les autres et en fait une espèce nosologique.

« Ces sortes de sujets, dit M. Pidoux, peuvent très bien n'être pas asthmatiques, mais ils sont très susceptibles de le devenir; et si l'irritabilité pulmonaire est très développée, il est rare qu'à un degré quelconque ils n'éprouvent pas, en même temps que leurs spasmes, une irritation plus ou moins prononcée de la membrane muqueuse bronchique, et qu'à ces deux éléments ne se joigne pas tôt ou tard, si cela dure, un peu d'hypertrophie du poumon. »

Pourtant on peut observer le seul spasme, à titre d'accident, chez certaines personnes à poumons impressionnables, et c'est tout ce qu'il faut pour établir l'existence propre et primitive de cet élément important de l'asthme.

Le *catarrhe* est généralement un catarrhe tout particulier, caractérisé plutôt par la sécheresse de la membrane que par son excès de sécrétion.

Ce que M. Pidoux fait surtout remarquer à l'appui de sa manière de voir, c'est qu'il n'y a aucun rapport, aucune proportion entre l'intensité propre des deux éléments constitutifs de l'asthme déjà examinés, le spasme et le catarrhe pulmonaire. Il est, en effet, des individus chez qui l'élément spasme est au *maximum*, le catarrhe au *minimum*. Ce dernier élément est alors si peu prononcé et son congénère si intense, que celui-ci seul frappe l'observateur et forme pour ainsi dire toute l'affection. Mais ces individus, qui dans un accès donné n'ont presque pas eu de catarrhe appréciable, présenteront cette dernière affection très prononcée soit dans un accès suivant, soit à une certaine époque de l'année, soit dans une certaine phase de leur maladie.

« Ainsi, un asthmatique avait l'asthme nerveux au *maximum* avec un catarrhe sec très faible, qui quelques années après aura un asthme beaucoup plus catarrhal. Généralement alors l'autre élément, le spasme, aura diminué. Ainsi, on voit souvent des individus présenter la forme nerveuse de l'asthme pendant leur jeunesse, et la forme humide ou catarrhale pendant leur vieillesse. D'autres fois les deux éléments sont en proportion à peu près égale. Des parents affectés d'asthme humide engendreront un enfant à asthme sec ou nerveux, et réciproquement. »

M. Pidoux conclut, sur ce point, qu'il y a toujours un degré quelconque d'affection de la membrane muqueuse dans l'asthme proprement dit, mais que les proportions dans lesquelles cet élément s'associe à l'élément spasme varient à l'infini, depuis le degré où le catarrhe est si minime que l'asthme passe alors pour purement nerveux, pendant une certaine période au moins, jusqu'à celui où l'élément spasme est si faible que l'asthme est nommé catarrhal, et que certains observateurs semblent autorisés, plutôt qu'ils ne le sont réellement, à nier le spasme et à n'affirmer que le catarrhe.

Quels sont les rapports qui unissent l'anévrisme du poumon au spasme pulmonaire et au catarrhe? ou, en d'autres termes : Quel est le rôle de l'emphysème dans l'asthme? Est-il l'asthme lui-même? Est-il, dans cette maladie, cause, effet, complication?

Pour M. Pidoux, l'emphysème n'est ni cause, ni effet, ni complication de l'asthme. Il en forme l'élément organique, comme le spasme pulmonaire en forme le symptôme spécial et caractéristique.

L'indépendance où sont en eux-mêmes les trois éléments qui entrent dans la composition de l'asthme n'empêche pas que ces trois affections, l'emphysème, le spasme et le catarrhe du poumon, ne soient liées entre elles par d'étroites sympathies. Elles s'engendrent, s'entretiennent et s'aggravent mutuellement. M. Pidoux ne les considère donc pas comme étrangères l'une à l'autre, mais il n'admet pas les liens physiques qu'on a cherché à établir entre elles; il ne leur reconnaît que des relations physiologiques. Ainsi s'explique l'inégalité remarquable qu'on observe dans la proportion

de chacun de ces éléments chez les différents asthmatiques et chez le même asthmatique dans des temps différents.

— Si la pensée de M. Pidoux se dégage bien au milieu de cette analyse un peu subtile des éléments complexes qu'il fait intervenir pour constituer l'histoire de l'asthme, ce ne serait plus une maladie spéciale, toujours identique à elle-même, mais plutôt un *état* ou un *élément* morbide essentiellement nerveux de sa nature, tantôt simple, tantôt combiné avec d'autres états morbides qui jouent, par rapport à lui, le rôle de cause déterminante ou de complication. Ainsi s'expliqueraient, par l'aspect différent sous lequel se présente cette affection suivant qu'elle est simple ou compliquée, les divergences nombreuses qui se sont produites à son sujet entre les auteurs. Sans adopter dans tous ses points et sans restriction la théorie de M. Pidoux, nous ne ferons du moins aucune difficulté de déclarer qu'elle nous paraît satisfaire mieux que toutes les autres à l'ensemble de tous les faits et de toutes les conséquences pratiques.

Laryngite chronique ulcéreuse simple, ou présumée telle, chez une jeune fille de douze ans.

Les médecins qui se sont spécialement occupés des maladies de l'enfance sont à peu près unanimes pour déclarer qu'on n'observe jamais dans le jeune âge l'ulcération inflammatoire chronique simple du larynx. Les ulcérations qu'on rencontre dans cette région chez les enfants sont toujours liées à l'affection tuberculeuse ou à la syphilis. Telle est du moins l'opinion énoncée par MM. Trousseau et Belloc, qui déclarent formellement dans leur ouvrage *sur la phthisie laryngée* n'avoir jamais rencontré d'exemple d'ulcération du larynx qui ne dépendît de l'une ou l'autre de ces deux altérations. C'est aussi l'opinion de M. Blache. Pourquoi cette sorte d'exclusion? C'est ce qu'aucun auteur ne dit. On conçoit qu'en pareille matière la constatation du fait par l'observation est le point essentiel; l'explication théorique ne vient qu'ensuite, si tant est qu'elle soit possible. Cependant, lorsqu'il n'existe aucune raison physiologique ou pathologique plausible pour exclure l'existence de telle ou telle lésion sur un organe ou un point déterminé du corps, quand des lésions analogues existent sur d'autres, on ne doit jamais se hâter d'affirmer qu'elle n'est point possible. Dites qu'elle est rare ou que vous ne l'avez jamais vue, si cela est, mais ne la déclarez pas impossible. Il paraîtrait résulter, en effet, d'une observation que M. Bouchut a rapportée dans l'une des dernières séances de la Société médicale des hôpitaux que la laryngite ulcéreuse, ou phthisie laryngée, peut exister chez un sujet âgé de moins de quatorze ans, indépendamment de l'influence syphilitique ou tuberculeuse.

Nous disons : « il paraîtrait résulter, » et non pas « il résulte, » parce que le fait dont il s'agit ne lève pas entièrement toute incertitude à cet égard. Tel qu'il est cependant, et ne fît-il seulement que soulever le doute, nous l'avons jugé assez intéressant par lui-même pour le mettre sous les yeux de nos lecteurs, qui jugeront jusqu'à quel point nos réserves sont motivées.

L'observation que M. Bouchut a présentée comme un exemple rare et curieux de laryngite ulcéreuse a pour sujet une enfant de douze ans.

Voici quel était l'état de cette jeune malade quand elle s'est présentée à la consultation de l'hôpital Sainte-Eugénie le 2 mai dernier :

Bien qu'assez développée pour son âge, elle était pâle, anémique, d'une physionomie maladive et paraissait affaiblie par une longue souffrance; elle toussait beaucoup et expectorait une matière puriforme verdâtre. Sa voix était rauque, demi-éteinte et nasonnée, comme chez les personnes dont le voile du palais est perforé. La langue, gonflée, conservait l'empreinte des dents et offrait quelques petits noyaux indurés. Le voile du palais était complétement détruit, et le bord postérieur de la voûte palatine rouge et ulcéré. Les piliers du voile du palais étaient ulcérés et les amygdales détruites par la suppuration. Le pharynx était rouge, hérissé de granulations rouges, sur un fond grisâtre de suppuration. L'épiglotte, rongée par l'ulcération, avait disparu. La respiration était bruyante et s'entendait à distance; haleine fétide, non gangréneuse; peu d'appétit, soif fréquente, diarrhée assez abondante.

La maladie remontait à six mois. Il s'était manifesté d'abord une ophthalmie assez intense, à la suite de laquelle s'était établi un enrouement très prononcé, qui ne fit qu'augmenter; toux grasse, fréquente; hémoptysies assez abondantes durant quelques jours; gonflement et rougeur des narines et des lèvres avec écoulement de mucus nasal abondant, épais, jaunâtre, un peu odorant. L'ulcère du fond de la gorge n'a été constaté que depuis deux mois.

Ces lésions ayant fait naître l'idée d'une affection syphilitique, M. Bouchut examina les parties génitales; mais il n'y découvrit aucun signe de cette affection. Le cuir chevelu, le cou et toute la surface du corps, examinés avec le même soin, ne présentaient non plus aucune trace, ni aucun indice de syphilis. Il n'existait non plus aucune cicatrice scrofuleuse. Enfin, comme on le verra plus loin, les poumons étaient également exempts de toute apparence d'affection tuberculeuse. Rien d'ailleurs dans les antécédents et dans l'état des parents n'était de nature à faire soupçonner une diathèse héréditaire. Néanmoins M. Bouchut crut devoir prescrire 1 gramme d'iodure de potassium dans un julep, qui fut répété les jours suivants.

Le lendemain, on constate de légères bouffissures de la paupière droite et des membres inférieurs. Les urines, claires, acides, précipitent abondamment l'albumine par l'acide nitrique et la chaleur.

Du 3 au 5, l'œdème a augmenté et les urines se prennent en masse épaisse blanche; diarrhée très abondante; même état local de la bouche et de l'arrière-gorge.

Le 7, l'œdème couvre le visage; les jambes et les bras sont infiltrés. Respiration très gênée; matité à droite, en bas et en arrière de la poitrine. Le bruit respiratoire a diminué sur ce point, et la voix ne retentit que très faiblement.

Le 8, anasarque générale avec refroidissement et teinte bleuâtre, cyanose des téguments. Respiration très fréquente, pénible et suspirieuse; pouls petit, presque insensible, échappant au doigt.

Mort le 9 au matin.

L'autopsie fait reconnaître un épanchement considérable de sérosité purulente dans le péritoine et un épanchement purement séreux dans les plèvres; une altération notable des reins, qui sont aussi volumineux que ceux d'un adulte et qui présentent toutes les lésions caractéristiques de la néphrite albumineuse chronique; une cirrhose du foie et une entéro-colite chronique. Les poumons sont sains, à peine congestionnés et ne présentent pas de traces de tubercules.

Quant aux lésions principales, celles de la bouche et du larynx, voici ce que l'on constate à l'examen cadavérique :

Le pharynx est rouge, granulé, et présente une érosion superficielle et quelques petites ulcérations de la muqueuse. Ces altérations cessent à l'œsophage. Les piliers du voile du palais, ainsi que les amygdales, forment une surface suppurante rouge-grisâtre. Le voile du palais a disparu complétement, et l'ulcération va jusque sur le bord de l'os; elle s'étend à la partie postérieure de la cavité des fosses nasales, où la muqueuse est détruite, et les cornets sont à nu et nécrosés. La base de la langue, gonflée, est rouge, couverte d'ulcérations qui entourent les papilles caliciformes hypertrophiées. L'épiglotte, les ligaments épiglottiques et les cartilages arythénoïdes n'existent plus; la suppuration les a détruits, et à leur place se trouve une surface rouge, fongueuse, suppurante. Les ventricules du larynx sont en pleine suppuration, et leur muqueuse est détruite. La corde vocale supérieure gauche est le siége d'un ulcère qui en a détruit la moitié postérieure. Enfin, au-dessous de la corde vocale inférieure de ce côté, existe une ulcération superficielle de la muqueuse du larynx, au niveau de la face interne du cartilage cricoïde. Cette ulcération a environ deux centimètres de diamètre; elle a un fond rouge, légèrement granuleux; les bords sont d'un rouge assez vif, et elle ne dépasse pas en profondeur l'épaisseur de la muqueuse.

L'affection intercurrente des reins qui a entraîné rapidement la mort de cette jeune malade n'a malheureusement pas permis de résoudre la question par voie thérapeutique. On a vu que M. Bouchut, bien qu'il ait cru avoir affaire à une inflammation ulcéreuse simple plutôt qu'à une ulcération d'origine spécifique, dans la supposition cependant d'une origine syphilitique possible, avait mis la malade à l'usage de l'iodure de potassium, qui, en tout état de cause, ne pouvait qu'être utile. La marche ultérieure des accidents sous l'influence de cette médication eût certainement jeté du jour sur le diagnostic. Le fait nous laisse donc, par suite de l'accident intercurrent qui en est venu rompre brusquement la marche, dans l'incertitude à l'égard de la question qu'il soulève.

Blessure de l'œil. — Lotions de cet organe avec l'urine d'un sujet ayant une blennorrhagie. — Ophthalmie blennorrhagique.

Pendant le cours d'une blennorrhagie, on voit parfois se développer des ophthalmies dont le mode de production a été interprété différemment par les pathologistes : la métastase, l'inoculation, telles sont les deux opinions principales qui sont en présence, et qui comptent l'une et l'autre des défenseurs non moins recommandables. Sans discuter chacune d'elles, nous allons relater un fait recueilli dans les salles de M. Vidal (de Cassis), à l'hôpital du Midi, par M. Paul Boncour, interne du service, et qui semble venir à l'appui de l'inoculation.

Le nommé Ar... (Désiré), âgé de dix-neuf ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, n'ayant jamais eu d'ophthalmie, était atteint depuis près d'un mois d'une chaude-pisse qui persistait malgré les différentes médications auxquelles il avait eu recours. Le 3 du mois d'août, en travaillant à son état de charpentier, un petit éclat de bois de la grosseur d'une tête d'épingle s'introduit dans l'œil gauche. Gêné par la présence de ce corps étranger, qui produit déjà un peu d'irritation, d'injection de l'organe, il va, dès le lendemain 4 août, réclamer le secours d'un chirurgien, qui en fait facilement l'extraction.

L'œil restant encore un peu rouge, la paupière légèrement gonflée, Ar..., d'après les conseils d'un camarade, se lave l'œil malade avec son mouchoir imbibé de son urine (la chaude-pisse n'était pas encore guérie à cette époque). Au bout d'une heure à peine, une rougeur très vive s'est déjà manifestée; la paupière supérieure s'avance sur l'inférieure; un liquide mucoso-purulent sort en abondance. Ar... cesse tout travail. Les douleurs sont peu intenses, la fièvre est nulle. Il fait quelques lotions avec l'eau de sureau; le gonflement persiste, et le 6 août il est admis à la Pitié. Une saignée est pratiquée au bras, des sangsues placées à la région temporale gauche et derrière l'oreille du même côté; deux fois par jour l'œil est touché avec un collyre au nitrate d'argent. La vision est encore possible; le gonflement diminue un peu.

Vers le 11, sans cause connue, l'œil devient rouge, les paupières plus gonflées.

Le 12, le malade veut absolument sortir; il quitte l'hôpital et retourne dans son pays, à cinq lieues de Paris. Il y passe toute la journée du 12. L'œil devient plus rouge encore, plus volumineux, et des douleurs assez vives s'y font sentir. Il se décide alors à rentrer dans un hôpital, et le 13 il est admis à l'hôpital du Midi, service de M. Vidal, salle 12, n° 10, et présente l'état suivant :

Peu de douleurs dans l'œil; le malade ne se plaint pas de l'impression de la lumière. La vision est impossible. Les paupières, rouges, fortement gonflées, recouvrent complétement le globe oculaire; la supérieure surtout déborde l'inférieure. Si on les entr'ouvre, il s'échappe un flot de muco-pus blanchâtre, dont le contact produit sur la joue un sentiment de brûlure. La cornée est recouverte d'une couche épaisse de matière blanche très adhérente, et qui paraît formée aux dépens de ses lames. Au pourtour, la conjonctive forme un chémosis très prononcé, qui dépasse la cornée et semble l'enchâsser.

La face interne des paupières est très injectée. Le pouls est normal, le malade dit n'avoir jamais eu de fièvre. En pressant la verge, on fait sortir une grosse goutte de muco-pus verdâtre. — Eau de Sedlitz; saignée de 400 grammes; diète; cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent.

A la suite de cette cautérisation, le malade éprouve des douleurs très vives qui cessent après quelques affusions froides. Deux heures après, il s'est écoulé une matière blanchâtre, sanguinolente, et même du sang pur. La matière a perdu de son âcreté, les douleurs sont nulles. Le soir, l'écoulement a un peu diminué. La nuit a été bonne.

Le 14, les paupières sont moins gonflées, l'humeur moins abondante, moins âcre. Le chémosis est aussi prononcé; la cornée recouverte par la même matière blanchâtre. Les douleurs sont nulles, la vision impossible, l'état général bon. — Vésicatoire à la nuque; deux bouillons.

Le 15, l'œil est dans le même état. Le malade est mis à une portion.

Le 16, les paupières sont moins volumineuses et deviennent mobiles; la sécrétion a diminué. — Deux portions.

Peu de changement se manifeste jusqu'au 21, époque à laquelle le malade veut quitter l'hôpital. Les paupières ne sont presque plus volumineuses, le chémosis est aussi étendu; la cornée est d'une douleur blanchâtre, la vision impossible. La chaude-pisse existe encore.

CLINIQUE DE LA VILLE.

Hydrocèle récidivée opérée avec succès d'après la méthode de M. Dupierris;

Par le docteur Gosset, ex-interne des hôpitaux.

M. Dec..., âgé de cinquante-trois ans, originaire de la Suisse, pourvu d'un embonpoint voisin de l'obésité, est allé au Brésil en 1822. Après un séjour de huit années consécutives dans ce pays, il fut atteint, en 1830, d'une hydrocèle du côté droit. La tumeur était à son début quand il revint en Europe, voyagea en Suisse, en Allemagne, en Angleterre, en France, puis se fixa à Paris en 1833. Au mois de décembre de la même année, c'est-à-dire trois ans après l'apparition de l'hydrocèle, M. Jules Cloquet l'opéra par *injection vineuse*, à la Maison de santé.

En 1826, M. Dec..., parfaitement guéri, retourna au Brésil. En 1844, c'est-à-dire onze ans après l'opération et après un nouveau séjour de huit années sous le même climat, l'hydrocèle reparut, la tumeur augmenta lentement, et en 1855 elle présente le volume des deux poings réunis. Le testicule, contrairement à ce qu'on observe d'habitude, se trouve placé en haut et en avant. Il forme la pointe de cette tumeur piriforme dont la base est en arrière et en bas. La transparence est peu évidente. Peut-être l'opération antérieure a-t-elle laissé des fausses membranes dans la poche séreuse. On constate aussi un engorgement variqueux des veines du cordon spermatique. Ce varicocèle existait déjà, au dire du malade, lorsqu'il fut opéré par M. Jules Cloquet, en 1833.

Malgré son vif désir d'être débarrassé de cette hydrocèle récidiviste, M. Dec... redoutait le séjour prolongé du lit, en raison de la chaleur de la saison, de son grand embonpoint et de la nécessité de vaquer à ses affaires. Ayant été opéré déjà par l'injection vineuse, et son frère par l'injection iodée, il connaissait les exigences sédentaires de ces deux procédés. Je lui proposai donc, et il accepta volontiers, la méthode de M. Dupierris, mise récemment en honneur par M. le docteur Richard.

Le 13 juin dernier, je procédai à l'opération. A l'aide d'un simple trocart explorateur, je vidai la tunique vaginale de 300 grammes environ de sérosité citrine. Après avoir bien exprimé la poche, j'injectai avec une petite seringue 6 grammes d'alcool rectifié marquant 36° à l'aréomètre de Baumé; puis je retirai du même coup seringue et trocart, laissant l'alcool aux lieu et place de la sérosité.

L'injection à peine achevée, l'opéré accusa un sentiment de chaleur vive, mais supportable, dans les bourses. Cette légère douleur s'irradia le long du cordon et dans le trajet inguinal; elle fut nulle dans la région lombaire. Vingt minutes après l'opération, tout sentiment douloureux avait cessé. Une heure après, l'opéré se fit servir à déjeuner. Il garda le repos le reste du jour. La nuit fut bonne.

Le lendemain, 14 juin, le scrotum est rouge et tuméfié. Œdème sur certains points déclives. Le malade reste levé.

Le 15, mêmes effets. L'œdème s'est étendu.

Le 16, le scrotum a repris le volume qu'il avait avant l'opération.

Le 17, l'œdème et la rougeur persistent. Sortie en voiture.

Le 20, la tumeur diminue. — 30 grammes d'eau-de-vie allemande.

Le 22, fomentations résolutives sur le scrotum.

Le 24, diminution sensible.

Le 30, la tumeur n'est pas plus grosse qu'un œuf de poule.

Le 10 juillet, le scrotum est revenu sur lui-même; on le sent intact et à sa place. Le cordon reste variqueux.

RÉFLEXIONS. — Outre le succès qui a couronné le procédé opératoire nouveau, cette observation présente certains points sur lesquels nous croyons intéressant d'arrêter l'attention.

1° *Sous le rapport étiologique.* — Les chirurgiens déplorent la profonde obscurité qui règne encore sur les causes productrices de l'hydrocèle chronique. Cette affection est attribuée par les physiologistes à un défaut d'équilibre entre la sécrétion et l'absorption de l'enveloppe séreuse du testicule. Mais les chirurgiens demandent d'où vient ce défaut d'équilibre. On a invoqué la gêne mécanique de la circulation dans le cordon, occasionnée par la hernie inguinale, et surtout par la pression que le bandage destiné à la contenir exerce sur les veines spermatiques. Ruish, d'après la même vue théorique, considérait le varicocèle comme cause prédisposante de l'hydrocèle. Cette explication conviendrait au sujet de notre observation. Toutefois, sans nier absolument la part d'influence que ces lésions peuvent avoir sur le développement de cette affection, nous ferons remarquer que beaucoup d'hommes en sont atteints sans avoir pour cela de hernie inguinale ni de varicocèle. Beaucoup aussi ont un varicocèle ou une hernie à gauche, tandis que l'hydrocèle existe à droite ou *vice versâ*. On a pu voir l'œdème scrotal se déclarer passagèrement à la suite d'un arrêt prolongé de la circulation dans le cordon spermatique par le fait d'un bandage mal adapté; mais nous aurions peine à croire que cette cause amenât jamais une suffusion séreuse chronique dans la tunique vaginale.

Les violences extérieures sur les bourses, les chutes, les froissements, les coups, l'équitation forcée, etc., produisent quelquefois l'hydrocèle aiguë. Bientôt elle disparaît par le repos et les antiphlogistiques. Si l'épanchement se perpétue et s'accroît, c'est grâce à la persistance volontaire ou contrainte de la cause efficiente. Mais dans aucun cas cette affection ne peut être comparée étiologiquement à l'hydrocèle chronique.

Enfin, vaut-il mieux rapporter cette dernière à quelque prédisposition organique inhérente à l'individu, échappant à l'analyse de nos sens, et sous l'influence probable de la constitution native ou héréditaire? A ne consulter que nos souvenirs les plus précis, et d'après un certain nombre de cas observés par nous, l'hérédité directe ou collatérale nous semble digne de quelque examen. C'est là une idée qu'il faudrait vérifier sur une large échelle. Nous connaissons plusieurs familles où, sur trois frères, deux ont des hydrocèles; le père en a été primitivement atteint. Quant à notre opéré, son père, son oncle et son frère en ont été tous atteints aussi. Le frère en a eu deux : l'une opérée en 1850 par l'injection iodée, et guérie; l'autre en voie de formation, et stationnaire pour l'instant.

Il paraîtrait d'ailleurs, au rapport d'hommes qui ont longtemps habité le Brésil, que l'hydrocèle est très fréquente dans ce pays. Est-ce une question de latitude? Peut-on raisonnablement mettre sur le compte des variations excessives et brusques de la température brésilienne une hypersécrétion séreuse si restreinte et localisée à un organe qui après tout se trouve continuellement abrité contre les intempéries directes du climat? Serait-il plus logique d'invoquer une influence métastatique liée aux suppressions inévitables de la transpiration cutanée, contre lesquelles chacun est habitué d'ailleurs à se tenir en garde contre ces zones capricieuses? Nous laissons à d'autres le soin de se prononcer.

2° Au point de vue de la préférence qu'il convient d'accorder à telle ou telle injection pour la cure radicale de l'hydrocèle, l'observation précédente est de nature à éclairer certains points en litige. On comprend qu'il ne peut s'agir encore de la méthode de M. Dupierris. Née d'hier, elle a besoin d'être expérimentée pendant de longues années comparativement avec les autres avant qu'on se prononce sur la réalité de sa valeur. Nous voulons parler de l'injection vineuse et de l'injection iodée, qui se partagent à peu près la pratique actuelle.

Plusieurs chirurgiens, et des plus compétents, pensent que l'injection iodée laisse l'opéré sous le coup d'une récidive plus ou moins éloignée et conséquemment ne regardent la guérison qu'elle procure que comme temporaire. Au contraire, l'injection vineuse pratiquée avec soin, outre qu'elle est moins douloureuse, guérirait l'hydrocèle sans retour. Si c'était là un fait admis et reconnu par tous, on comprendrait sans peine la supériorité de cette dernière et la préférence dont elle est l'objet de leur part. Malheureusement il n'en est pas toujours ainsi; le cas que nous venons de rapporter nous en fournit la preuve. M. Dec... fut opéré par le vin en 1833. L'opération, faite par M. J. Cloquet, eut un plein succès, et néanmoins l'hydrocèle reparut en 1844 du même côté. Nous connaissons deux autres exemples de récidive à la suite de l'injection vineuse : l'une avait été pratiquée avec succès sur M. N... en 1810; elle fut renouvelée avec un nouveau succès par Breschet en 1841, quatre ans après la récidive; la guérison s'était maintenue pendant vingt-sept ans. L'autre cas de récidive fut constaté par nous à l'hôpital Saint-Louis (service de M. Denonvilliers) en 1853 sur un homme qui avait été injecté au vin quatorze ans auparavant par Blandin. De tels exemples ne sont peut-être pas bien rares; il suffirait de les rechercher.

Nous avons fait et surtout vu faire bien des fois déjà l'opération de l'hydrocèle avec des liquides de toutes sortes. Le vin, la teinture d'iode, l'air, l'alcool pur, l'alcool camphré, l'eau salée, l'eau acidulée, etc., toutes ces liqueurs ont produit une cure plus ou moins durable, sans qu'il soit possible d'assigner une supériorité incontestable à l'une d'elles. La méthode de M. Dupierris se distingue de ses congénères en ce qu'elle détermine la quantité et la qualité d'alcool injecté et abandonné dans la tunique vaginale; mais la dose en est si minime qu'elle équivaut à peu près à celle qui est absorbée et qui demeure dans la poche séreuse, quand on l'a bien exprimée pour en faire sortir par la canule du trocart une injection quelconque pratiquée avec l'abondance qu'autorisent les procédés ordinaires. C'est tout simplement une irritation plus pure, produite par l'alcool débarrassé des éléments vineux, camphrés, iodés, etc.

NOUVEAU TRAITEMENT RATIONNEL DU CHANCRE.

Dans la dernière séance de la Société de chirurgie, M. Cullerier a lu un long rapport sur un mémoire de M. Hammer relatif à un nouveau traitement rationnel du chancre. L'importance et l'étendue de ce travail, qui sera l'objet d'une sérieuse discussion dans la séance de mercredi prochain, nous engagent à le publier immédiatement. Nous en donnons aujourd'hui la première partie; la seconde paraîtra dans le numéro de mardi.

Vous nous avez chargés, MM. Ricord, Gosselin et moi, de vous rendre compte d'un mémoire qui vous a été lu par M. le docteur Hammer, de l'université de Manheim, sur un nouveau traitement rationnel du chancre.

Pour l'auteur de ce travail, le chancre est à la syphilis comme la cause est à l'effet. Tout chancre pris à sa période de progrès se reproduit à l'infini par voie d'inoculation et se termine soit par la guérison, soit par son passage à une autre maladie. Dans le premier cas, il se débarrasse peu à peu du pus spécifique, se transforme en une ulcération simple, puis il se cicatrise; dans le second cas, avant de se cicatriser, il s'indure.

Si, après avoir passé par la période de réparation, le chancre se cicatrise sans s'être induré, jamais il n'y a d'infection générale, le chancre dût-il prolonger sa période de progrès pendant des années. Aussi, dit M. Hammer, j'ai toujours vérifié l'exactitude de la loi posée par M. Ricord : point d'induration du chancre, point d'infection constitutionnelle; et je n'ai pas encore vu un seul cas de syphilis générale où il ne m'ait été possible de retrouver l'induration antécédente, soit par l'examen direct des parties, soit par le récit des malades. D'où il suit, continue notre auteur, qu'entre l'accident primitif et les symptômes secondaires il y a un intermédiaire indispensable, et que cet intermédiaire c'est l'induration. Ce qui permet très légitimement de conclure que si le chancre est la cause de la syphilis générale, il n'en est pas la cause immédiate, mais bien médiate.

Comment se forme l'induration du chancre? Jusqu'ici nous ne le savions guère; nous constations le fait, mais nous ne pouvions pas en donner d'explication; M. Hammer va nous l'apprendre. Suivant lui, lorsque l'ulcération est formée, il s'organise sous l'influence du pus chancreux une membrane pyogénique qui jouit de deux propriétés essentielles : la première, de reproduire du pus chancreux; la seconde, de livrer passage à ce même pus à titre de membrane endosmotique, de laisser passer ce pus dans le tissu cellulaire où il détermine la formation d'un produit pathologique nouveau, d'une tumeur fibro-plastique. L'auteur insiste beaucoup sur cette transsudation du pus chancreux à travers la membrane pyogénique, parce que, pour lui, c'est là que gît tout le secret de l'induration et, ajoute-t-il, tout le secret du traitement rationnel des ulcérations syphilitiques.

Qu'est-ce en effet, à proprement parler, que l'induration? demande M. Hammer, et à l'école syphiliographique moderne, qui lui répond : L'induration, c'est le signe le plus certain et le premier signe de la syphilis constitutionnelle. Il dit que c'est là une erreur manifeste; que l'induration, loin d'être le résultat, la localisation première d'une viciation générale des humeurs, est au contraire un état tout local et le point de départ de la dyscrasie générale; que le virus syphilitique n'est pas absorbé par les veines, M. Ricord ayant démontré que le pus chancreux mélangé avec le sang perd instantanément ses propriétés inoculables; que le virus n'est pas davantage absorbé par les lymphatiques, les premiers ganglions lui opposant une digue infranchissable; que si le passage du pus chancreux est impossible par l'une et l'autre voie, il faut bien chercher ailleurs la cause de l'infection générale; et qu'enfin c'est à la modification que le contact des éléments fibro-plastiques de l'induration imprime à la masse du sang que peut seulement se trouver la cause unique, immédiate et possible des phénomènes de la syphilis générale.

Ainsi, suivant M. Hammer, le chancre ne peut produire que le chancre; mais il est de l'essence des éléments fibro-plastiques de l'induration d'engendrer les accidents constitutionnels. On voit dès lors en quoi consiste le traitement rationnel que l'auteur va nous indiquer.

Puisque c'est par la circulation des éléments fibro-plastiques qu'a lieu l'infection générale, c'est à empêcher leur passage dans le sang que doit tendre toute thérapeutique intelligente; en un mot, le seul but du traitement rationnel proposé par M. Hammer est de maintenir le chancre à l'état d'affection toute locale, sans retentissement sur l'économie.

Ce traitement se distingue en traitement général et en traitement local. Le premier consiste à éloigner toutes les causes qui peuvent tendre à favoriser la transsudation endosmotique du pus chancreux, et, aux yeux de M. Hammer, rien ne dispose mieux à cette transsudation que l'emploi du mercure ou la médication connue sous le nom de *cura famis*. Il veut au contraire que le malade ne fasse usage d'aucun médicament interne, et qu'il soit soumis à une alimentation tonique et copieuse qui a pour effet d'entretenir l'abondance des humeurs et la réplétion des vaisseaux.

Le traitement local consiste à entretenir dans l'ulcération et dans les parties voisines un état de congestion capillaire permanente. M. Hammer avait songé d'abord à appliquer sur la verge, en arrière du chancre, soit un bandage compressif, soit un linge trempé dans le collodion. Ces moyens ne lui ayant pas paru exempts d'inconvénients, il eut recours à des fomentations aromatiques locales entretenues jour et nuit; mais c'était là un mode de traitement bien gênant; et malgré les succès qu'il en avait obtenus sur trois malades qu'il y avait soumis, il y renonça, et c'est alors qu'il s'arrêta à l'idée de l'appareil tout spécial qu'il a mis sous les yeux de la Société de chirurgie. Cet appareil consiste en un manchon de caoutchouc vulcanisé qui embrasse la base de la verge, en un cylindre de verre qui fait suite au manchon et qui contient le reste de l'organe. On fait le vide dans cet appareil à l'aide d'une sphère de caoutchouc placée à l'extrémité du cylindre. Une soupape située dans l'ajutage en cuivre, intermédiaire au verre et à la sphère élastique, empêche la rentrée de l'air quand on a dévissé la sphère. L'avantage de cette ventouse est de permettre d'observer à travers le verre le degré de congestion obtenu et l'état de l'ulcération sans avoir à démonter l'appareil; c'est aussi d'être très portatif et de permettre aux malades de vaquer à leurs occupations exactement comme s'ils n'avaient aux parties génitales qu'une lésion traumatique légère.

Le mémoire de M. Hammer se termine par un certain nombre de propositions dont je me contenterai de donner les principales, celles qui ont plus directement trait à l'exposition des idées de l'auteur et qui en font mieux saisir l'esprit. C'est lui-même qui les a rédigées.

1° Le virus syphilitique renferme un principe spécial dont nous ignorons absolument l'essence naturelle.

2° Le chancre est à la syphilis constitutionnelle comme la cause est à l'effet, c'est-à-dire le chancre n'est pas la cause immédiate, mais bien médiate de la syphilis constitutionnelle; l'intermédiaire c'est l'induration spécifique, qui ne manque jamais.

3° Point d'induration, point d'infection générale.

4° Le pus chancreux agit de deux façons : 1° mécaniquement; 2° spécifiquement.

5° L'action spécifique du pus chancreux s'opère à la surface d'une membrane pyogénique en vertu du pouvoir catalytique.

6° L'induration spécifique est l'effet du passage du pus chancreux à travers la membrane pyogénique dans le tissu cellulaire, et doit aussi sa naissance à l'action catalytique.

7° Le pus chancreux n'est pas absorbé dans le torrent circulatoire ni par les veines, ni par les vaisseaux lymphatiques.

8° L'infection générale s'opère par le passage dans le torrent circulatoire des éléments fibro-plastiques dont est formée l'induration.

9° Empêcher la formation de l'induration, c'est empêcher la syphilis constitutionnelle.

10° Empêcher la transsudation endosmotique du pus chancreux à travers la membrane pyogénique dans le tissu cellulaire, c'est empêcher la formation de l'induration spécifique.

Telle est, messieurs, l'analyse aussi succincte que possible du mémoire de M. le docteur Hammer. Il a dû vous suffire d'en entendre les conclusions pour vous faire apprécier tout ce qu'il y a d'aventureux dans les théories de l'auteur. Aussi, s'il ne se trouvait au fond même de ce travail une question des plus graves et je vais vous demander la permission d'examiner devant vous, je me contenterais de faire remarquer à M. Hammer que sa manière de voir est en dehors de tout ce que nous savons sur l'absorption physiologique veineuse ou lymphatique; que parce que le ganglion le plus voisin d'un chancre sera engorgé, induré, il ne s'ensuit pas que le principe virulent n'aura pas pu passer outre, et qu'au contraire cet engorgement est l'indice certain de son passage dans l'économie; que de ce que du pus chancreux mélangé avec le sang perd sa propriété inoculable, il ne s'ensuit pas qu'il ne puisse aller infecter toute la constitution autrement qu'en produisant une inoculation successive. Raisonner de la sorte c'est faire preuve de confusion entre l'action active et l'action passive du virus syphilitique, la première reproduisant par contact la lésion actuelle, la seconde imprimant à l'économie une modification spéciale qui amène des accidents d'un autre ordre, mais toujours sous la dépendance du premier symptôme. En un mot, c'est confondre la contagion locale avec l'infection constitutionnelle.

Je ferais remarquer à M. Hammer qu'il est en contradiction formelle avec sa première proposition, à savoir : que le virus syphilitique renferme un principe spécial dont nous ignorons absolument l'essence naturelle, puisqu'il matérialise, pour ainsi parler, le virus, en disant que l'infection générale s'opère par le passage dans le torrent circulatoire des éléments fibro-plastiques dont est formée l'induration.

Je voudrais bien savoir ce que vont penser de cette migration du tissu fibro-plastique à travers les parties du corps ceux de nos collègues de la Société de chirurgie qui se livrent aux études histologiques; car c'est là une génération toute nouvelle, mais qui me semble bien peu physiologique.

Que si M. Hammer a été conduit à inventer sa théorie du passage en nature du tissu fibro-plastique dans le torrent circulatoire parce que c'est ce tissu qui constitue le plus grand nombre des altérations syphilitiques; que c'est cet élément que le microscope constate dans la période secondaire, souvent la plus précoce, et que c'est encore lui qu'il retrouve dans la période tertiaire la plus ultime; je lui ferais remarquer que cette évolution du tissu fibro-plastique n'est pas exclusive à la syphilis, et qu'elle a lieu dans la marche d'autres maladies diathésiques, la scrofule, par exemple, où on a coutume de lui reconnaître une origine purement symptomatologique se développant sous l'influence de la disposition pathologique toute spéciale de la constitution.

Quant au traitement que propose M. Hammer, j'ai le regret d'être obligé de déclarer qu'il me paraît aussi irrationnel que sa théorie de l'intoxication générale par le tissu fibro-plastique m'a paru fausse. En effet, c'est lorsque l'induration est déjà produite que M. Hammer conseille l'application de sa ventouse. Or, entre le premier instant où se forme l'induration et celui où le malade s'en aperçoit il peut s'écouler un temps plus ou moins long pendant lequel l'endosmose en question aura lieu, et partant le passage dans le torrent circulatoire; car je n'imagine pas qu'il faille que le produit nouveau soit à son apogée de développement pour que le phénomène de la transsudation commence, et je ne pense pas que M. Hammer ait encore dosé la quantité de tissu fibro-plastique suffisante pour infecter l'économie. Or, pour être conséquent à l'idée physiologique de l'auteur, ce n'est pas quand le chancre s'indure qu'il faudrait commencer l'usage de la ventouse, c'est lorsqu'il est encore à l'état d'ulcération simple qu'il faudrait y avoir recours

pour le faire arriver tel jusqu'à la cicatrisation; ce qui rationnellement devrait conduire M. Hammer à l'appliquer sur toute ulcération suspecte, comme on y applique, par exemple, la cautérisation.

Mais, en admettant même que ce moyen préventif eût un effet réel, son emploi ne serait-il pas bien difficile dans l'immense majorité des cas? Comment pourrait-on l'adapter aux chancres des lèvres buccales, aux chancres de l'anus, de la vulve, du vagin ou du col utérin? Et je ne parle que des lieux d'élection les plus fréquents; car il n'y a pas un point du corps, muqueux ou cutané, où l'ulcération syphilitique infectante ne puisse se produire.

M. Hammer n'a eu recours à son appareil que pour les chancres de la verge, et c'est en vue de ces seuls chancres qu'il l'a proposé. Eh bien, une médication qui, dans une affection de même nature, ne s'adresse qu'à une classe d'individus, et encore dans le cas de localisation particulière, est un triste moyen thérapeutique. Et comme si aucune objection ne devait faire défaut à la théorie de M. Hammer et au traitement qu'il propose, il fallait encore qu'on eût à reprocher à celui-ci son manque de libéralité, puisque ce n'est, en définitive, que sur les hommes qu'il peut être employé.

Peut-être, messieurs, trouverez-vous que je suis sévère pour M. Hammer. Je ne m'en défendrai pas, parce que je crois qu'il est du devoir des sociétés savantes de ne pas mettre de complaisance dans l'appréciation des travaux qui leur sont présentés, et que celui de leurs membres qui a l'honneur de faire un rapport doit avoir le courage des opinions qu'il exprime. D'ailleurs, M. Hammer est homme à entendre les objections qui peuvent lui être présentées et à supporter toutes les atteintes de la critique. C'est un médecin instruit, qui a porté ses investigations dans plusieurs parties de la science, et qui les a fait connaître dans une suite de mémoires dont quelques-uns présentent un grand intérêt. Aussi, si je conclus que sa théorie est fausse et sa pratique illogique, je ne vous demanderai pas moins de déposer honorablement son mémoire dans nos archives et d'inscrire son nom sur la liste de nos membres correspondants étrangers.

Je disais, il y a un instant, que le travail de M. Hammer soulevait une question de doctrine des plus graves; à savoir, s'il existe ou non une ulcération primitive pouvant seule produire l'infection générale de l'économie, et une autre ulcération contagieuse comme la première, transmissible comme elle par inoculation, mais se maintenant toujours à l'état local et étant toujours incapable d'amener à sa suite une infection constitutionnelle; la première ayant un caractère particulier toujours le même, toujours reconnaissable, l'induration; la seconde pouvant revêtir des aspects divers, mais conservant constamment l'apparence d'une plaie simple dans laquelle rien ne viendrait dévoiler la nature virulente, si celle-ci n'était mise hors de doute physiologiquement ou expérimentalement; ces deux espèces d'ulcérations se transmettant avec leur nature propre, l'une d'être fatalement infectante, l'autre de rester une affection toute locale, sans retentissement sur l'économie, et par conséquent provenant l'une et l'autre d'un virus particulier.

Déjà il y a trois ans, dans un ouvrage des plus remarquables sur les affections de la peau symptomatiques de la syphilis, M. le docteur Bassereau avait longuement discuté ce point de doctrine, et il l'avait résolu par l'affirmative. Depuis, et tout récemment, il a été suivi sur le même terrain par M. le docteur Clerc, qui s'est également prononcé pour la pluralité des virus.

Suivant M. Bassereau, si l'on confronte tous les sujets qui ont été atteints de chancres suivis d'accidents constitutionnels avec les sujets qui leur ont communiqué la contagion ou avec ceux auxquels ils l'ont transmise, on trouve que tous ces sujets, sans exception, ont été atteints de chancres et ensuite d'accidents constitutionnels. Jamais, chez eux, l'accident ne s'est borné à une action purement locale. D'autre part, si lon confronte les sujets atteints de chancres qui n'ont déterminé aucun symptôme de syphilis générale avec les sujets qui les ont infectés ou avec ceux qu'ils ont infectés, on voit ceux-ci, sans exception, être également atteints de chancres qui bornent leur action au point primitivement contaminé. Ainsi, jamais un chancre suivi d'accidents constitutionnels ne donne naissance à un chancre purement local, ni un chancre local ne peut communiquer par contagion un chancre qui sera suivi des symptômes universels de la syphilis.

Ces faits, dit M. Bassereau, constituent, par la régularité avec laquelle ils se reproduisent, une loi à laquelle il n'a jamais rencontré que des exceptions apparentes, et qui peut être formulée de la manière suivante: toutes les fois qu'un individu est atteint d'un chancre, puis des symptômes de la syphilis constitutionnelle, cette généralisation des phénomènes syphilitiques tient, avant toute autre chose, à ce que le sujet par lequel le malade a été infecté était lui-même atteint d'un chancre qui a dû obligatoirement être suivi d'accidents constitutionnels.

L'opinion de M. le docteur Clerc est exactement semblable, et il vient de le faire connaître dans un mémoire dont le but est d'établir qu'il existe deux variétés distinctes de chancres syphilitiques, dont l'une est le chancre induré ou infectant, et l'autre le chancre non induré, non infectant; que chacune de ces variétés de l'ulcère syphilitique primitif se transmet comme espèce pathologique. Pour lui, un malade a un chancre infectant ou un chancre simple, non à cause de telle ou telle disposition inconnue, mais simplement parce qu'il s'est exposé à la contagion d'un chancre de même espèce.

Ces deux auteurs arrivent donc à un résultat identique, mais ils y arrivent par une voie différente; tandis, en effet, que M. Bassereau pense que le chancre simple est d'origine très ancienne, que longtemps il a existé seul, sans jamais retentir sur l'économie et sans jamais produire d'accidents généraux; que, bien qu'il ressemble à la syphilis par ses propriétés contagieuses, il lui est cependant étranger, puisqu'il sévissait avant qu'elle fût connue; qu'enfin depuis la grande épidémie du quinzième siècle il marche côte à côte avec le chancre syphilitique, mais sans que sa nature en soit en quoi que ce soit modifiée, M. Clerc soutient que le chancre simple est le résultat de l'inoculation d'un chancre infectant à un sujet qui a ou qui a eu la syphilis constitutionnelle, et qu'il est l'analogue de la varioloïde ou de la fausse vaccine, d'où la dénomination de chancroïde qu'il propose de lui appliquer. La divergence d'étiologie est donc grande entre ces deux auteurs, puisque, pour le premier, la vérole n'aurait jamais paru, que le chancre simple aurait toujours existé; tandis que, pour le second, le chancre simple est un dérivé du chancre infectant, et il n'a pu se modifier et perdre sa qualité première que par son passage sur un individu entaché du principe syphilitique constitutionnel.

Je dois ajouter que, pour étayer sa manière de voir, M. Bassereau a fait de grands frais d'érudition, et, j'aime à le proclamer, d'une érudition très solide et de très bon aloi, et que l'opinion de M. Clerc repose sur des données purement théoriques, bien qu'il invoque le témoignage de la plupart des écrivains postérieurs à Nicolas Massa, qui ont admis une première catégorie de malades avec chancre induré, bubon ne suppurant pas et infection syphilitique consécutive; puis une seconde catégorie avec chancres non indurés, bubons suppurants et pas d'infection constitutionnelle ultérieure, distinction bien importante des deux variétés du chancre primitif, qui, dit-il, n'a pu être obscurcie que par des idées de théorie ou de doctrine.

Cette question est assurément des plus sérieuses, car il n'est pas besoin de réfléchir longtemps pour juger de la gravité qu'elle peut avoir sur le pronostic des accidents primitifs de la vérole, quelle sécurité pour l'avenir elle peut inspirer, ou, au contraire, dans quelle déception elle peut entraîner le malade et le médecin.

L'idée de la pluralité des virus n'est pas nouvelle, et l'on sait qu'elle fut adoptée par Carmichael, qui l'a développée longuement. Toutefois, il faut le reconnaître, ce n'est pas avec sa simplicité actuelle que le chirurgien anglais la comprenait. Pour lui, en effet, il n'y a pas seulement variété dans les ulcérations primitives, mais bien variété aussi dans les symptômes constitutionnels qu'elles produisent. Je sais, dit-il, combien l'état de la constitution modifie les maladies locales, et je suis très porté à attribuer à cette cause les nombreuses variétés de la maladie vénérienne; mais quelques ulcères primitifs offrent dès leur apparition des caractères différents, de sorte qu'il serait absurde de dire que le virus est toujours le même et que la variété des formes qu'il revêt dépend toujours de la constitution des individus.

Pour Carmichael, le chancre type c'est le chancre induré; l'induration est pour lui, comme pour Hunter, un caractère distinctif des vrais chancres, et elle suffit à elle seule pour légitimer le traitement mercuriel, puisqu'il lui paraît certain qu'elle annonce le développement ultérieur d'accidents constitutionnels. Mais il ne regarde pas l'induration comme une condition indispensable de l'infection générale, et il donne indistinctement le nom de chancre ou d'ulcère vénériens primitif à ceux qui peuvent donner lieu à des symptômes consécutifs. Or il admet que la plupart des ulcérations de la verge sont suivies d'une série de symptômes manifestement syphilitiques. Ainsi l'ulcère sans induration, mais à bords élevés et à surface rongeante; ainsi l'excoriation simple du gland ou du prépuce sont suivis d'éruptions papulo-squammeuses, de douleurs articulaires analogues à celles du rhumatisme, d'ulcères à la gorge, de la tuméfaction des glandes lymphatiques du cou, mais sans nodus des os. Ainsi les ulcères gangréneux et rongeants sont suivis d'accidents constitutionnels remarquables par leur opiniâtreté, leur malignité, tels sont les pustules et les tubercules qui forment des ulcères serpigineux, les ulcérations étendues du gosier et principalement de la paroi postérieure du pharynx, les douleurs articulaires coexistants avec des nodus des os, la carie ou la nécrose.

L'opinion de Carmichael et de quelques autres auteurs anglais se résume donc à dire que chaque ulcère primitif est suivi de symptômes constitutionnels qui lui correspondent, de sorte qu'à la vue d'une ulcération primitive on pourrait annoncer par avance de quelle forme d'accidents le malade sera affecté plus tard.

Je devais rappeler la doctrine de Carmichael sur la pluralité des virus, mais je fais remarquer combien elle diffère de celle qu'on cherche aujourd'hui à introduire dans l'étude de la syphilis. D'ailleurs cette doctrine est jugée, et il n'y a pas un praticien qui ne reconnaisse que les variétés d'ulcères dont il fait des espèces différentes ne sont en définitive que des accidents dans la marche du chancre régulier qui tiennent à la disposition particulière des malades. Et, quoique Carmichael dise qu'il est absurde de croire que le virus est toujours le même et que la variété des formes qu'il revêt dépend de la constitution individuelle, il faut avouer que cette absurdité est très généralement adoptée, et que l'unité du virus syphilitique compte encore de nos jours un bien grand nombre de partisans.

Notre collègue M. Ricord a proclamé cette vérité depuis longtemps en disant dans un langage qui pour être pittoresque n'en reste pas moins l'expression de la saine observation, à savoir: que le virus syphilitique est une graine toujours la même qui se développe suivant la nature du terrain dans lequel elle est implantée. Aussi a-t-il admis un seul chancre régulier pouvant se compliquer d'accidents, tels que l'inflammation, la gangrène, le phagédénisme, suivant les dispositions individuelles, réduisant ainsi à leur juste valeur les variétés du chancre dont Carmichael avait fait des espèces particulières. Puis, pour être conséquent avec lui-même, c'est également à une disposition particulière de l'individu et à son aptitude plus ou moins grande à être infecté constitutionnellement que M. Ricord attribue l'induration. Pour lui, le chancre induré n'est pas une espèce à part; il peut provenir d'un chancre simple ou déterminer un chancre simple, le phénomène induration n'ayant lieu que sur le sujet dont la constitution est apte à recevoir actuellement l'empoisonnement général.

L'idée de l'unité du virus syphilitique telle que je viens de l'emprunter à M. Ricord est à peu près universellement admise; mais la dissidence s'établit dès qu'il est question de l'induration, surtout quand on voit sortir de son école cette proposition: Point d'induration, point d'infection constitutionnelle; cette proposition qui a suscité le travail de M. Hammer, et qui a été le point de départ de MM. Bassereau et Clerc.

Mais est-ce bien là l'opinion intime de M. Ricord, ou plutôt n'est-ce pas l'exagération de son opinion? Je serais disposé à le croire, si je m'en rapportais à ce que je lis dans ses notes à l'ouvrage de Hunter.

« On se tromperait bien souvent, écrit notre collègue, si, comme l'indique Hunter, et comme semble le vouloir d'une manière plus absolue M. Babington, on voulait toujours reconnaître le chancre à la présence de l'induration de sa base. » Et plus loin: « L'induration de la base et des bords du chancre n'a d'importance réelle dans le diagnostic que lorsqu'elle existe, car, je le répète, des chancres privés de ce caractère n'en conservent pas moins toutes leurs propriétés, tant sous le rapport de la contagion que sous celui des accidents consécutifs. En somme, les signes pathognomoniques univoques du chancre sont l'inoculation possible avec le pus qu'il fournit à la période de progrès et les symptômes d'empoisonnement général. Mais comme il n'est pas toujours possible de recourir à l'inoculation pour éclairer le diagnostic, et qu'il n'est pas permis d'attendre les phénomènes généraux pour se prononcer, on est forcé de s'en tenir, dans le plus grand nombre des cas, à un diagnostic rationnel d'autant plus incertain qu'on a affaire à des chancres privés d'induration ou à des ulcérations qui peuvent s'accompagner d'œdème dur. » Puis, dans sa vingt-huitième lettre sur la syphilis, M. Ricord se plaint qu'on lui ait fait dire qu'il n'y avait pas de syphilis constitutionnelle sans chancre induré, lorsqu'il a dit seulement qu'il n'y avait pas de chancre induré qui ne fût suivi d'accidents constitutionnels, ce qui, fait-il remarquer, n'est pas tout à fait la même chose.

Il me paraît donc évident, d'après ces citations, que M. Ricord est moins absolu que ses élèves, bien qu'on trouve encore dans ses écrits des réticences regrettables.

A côté de l'opinion de M. Ricord, qui pense que l'induration n'a lieu que lorsque l'économie se trouve apte à recevoir l'empoisonnement général, ou mieux lorsque celui-ci est déjà produit, et qu'infailliblement en voyant l'induration on peut être certain que d'autres accidents constitutionnels se montreront, il est bon de placer la manière de voir de M. Vidal (de Cassis), qui professe que le chancre est toujours plus ou moins induré. Voici comment s'exprime notre collègue dans son *Traité des maladies vénériennes :*

(*La fin au prochain numéro.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 29 août, M. de Quatrefages, membre de l'Académie des Sciences et de l'Institut impérial de France, est nommé professeur d'anthropologie au Muséum d'histoire naturelle de Paris, en remplacement de M. Serres, appelé à d'autres fonctions.

— La Société de médecine de Strasbourg a mis au concours la question suivante:

« De l'état puerpéral et des modifications que cet état imprime aux maladies qui se développent pendant la grossesse et pendant les couches.

» En quoi consiste l'état puerpéral, c'est-à-dire qu'est-ce qui le caractérise à l'état physiologique et à l'état pathologique.

» Indiquer toutes les modifications qui surviennent pendant la gestation dans l'économie de la femme, principalement dans les humeurs sécrétées et dans le sang, abstraction faite des changements organiques; indiquer de plus l'influence de ces modifications sur la production, la nature et le traitement des maladies dites puerpérales. »

Le mémoire couronné recevra un prix de 300 fr. qui sera décerné dans la séance publique de juillet 1856.

Les mémoires devront être adressés dans les formes académiques à M. le docteur Gabriel Tourdes, vice-président de la Société, rue des Juifs, 30, avant le 1er juin 1856.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM.:

Leroux, né le 5 mars 1827, à Paris (Seine); *Une année à l'hôpital de Lourcine.*

Leuduger-Fortomel, né le 7 août 1830, à Saint-Brieuc (Côtes-du-Nord); *Considérations pratiques sur l'opération du recrutement et quelques maladies simulées.*

Salomon, né le 24 mars 1825, à Caragoudes (Haute-Garonne); *Des émissions sanguines coup sur coup, comme méthode de traitement.*

Delord, né le 30 novembre 1819, à Frayssinet-le-Gélat (Lot); *Remarques sur la taille et la lithotritie.*

Girou-Lananze, né le 30 décembre 1823, à Montflanquin (Lot-et-Garonne); *De la gravelle.*

Bornet, né le 2 septembre 1828, à Guérigny (Nièvre); *Remarques sur quelques particularités de la reproduction par les sexes chez les animaux et les végétaux.*

Pestel, né le 22 janvier 1829, à Châteauroux (Indre); *De la saignée dans ses effets et ses indications thérapeutiques.*

Denis, né le 23 février 1830, à Surtainville (Manche); *De l'emploi du chloroforme dans les accouchements.*

Schneider, né le 3 juin 1831, à Thionville (Moselle); *De la chlorose.*

Toutes les thèses soutenues à la Faculté sont annoncées dans la *Gazette ;* celles qui sont remises à notre bureau sont analysées dans un des numéros qui suit la remise.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent:
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. Decq;
A Genève, à la librairie de Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Traité pratique de l'accouchement prématuré artificiel, comprenant son histoire, ses indications, l'époque à laquelle on doit le pratiquer, et le meilleur moyen de le déterminer, par M. le docteur P. Silbert (d'Aix). Ouvrage qui a remporté le premier prix au concours ouvert par la Société impériale de médecine de Marseille. In-8° de 130 pages. Prix: 2 fr. 75 c. Paris, chez Victor Masson, place de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Étude clinique de l'emploi et des effets du bain d'air comprimé dans le traitement de diverses maladies selon les procédés de M. Emile Tabarié, par M. le docteur E. Bertin. Prix: 3 fr. 50 c. Paris, chez J.-B. Baillière, rue Hautefeuille, 19.

Supplément au Traité de gymnastique orthopédique et médicale de Chr. Heiser. — In-8° de 22 pages, avec 10 figures, 1 fr. Prix du volume avec le supplément, 6 fr. — Chez Victor Masson.

Rétrécissements de l'urètre. Etat de la science dévoilé à l'occasion d'un nouveau procédé féroce, avec un court mémoire pour servir d'antidote; par le docteur baron Heurteloup. In-8°. Prix: 1 fr. 25 franco par la poste. — A Paris, chez Labé, libraire.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 103. — MARDI 4 SEPTEMBRE 1855. (28e ANNÉE.) N° 103. — MARDI 4 SEPTEMBRE 1855.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 3 SEPTEMBRE 1855.

Séance de l'Académie des Sciences.

Les deux grandes questions de physiologie qui tiennent en ce moment l'attention en haleine, la question des fonctions de la moelle et celle de l'origine du sucre dans le foie, ont occupé une large place dans cette séance. M. Brown-Séquard a communiqué à l'Académie les expériences qui ont déjà produit une si vive sensation parmi les physiologistes ! Bien que depuis la publication du rapport de la Société de biologie nous ayons assisté à quelques-unes de ces expériences dont les résultats nous ont frappé autant que l'habileté et la précision avec lesquelles elles sont exécutées, nous ne nous départirons pas encore de la réserve que nous avons cru devoir garder à l'égard des conséquences physiologiques toutes nouvelles qu'elles tendent à faire prévaloir. Des résultats de cette nature demandent à être vus et constatés à plusieurs reprises avant d'être définitivement admis dans la science. Nous nous bornons donc pour le moment à enregistrer les faits et les déductions que M. Brown-Séquard a soumis à l'Académie.

La question de l'origine du glucose dans le foie, que l'on avait pu croire jugée par le rapport de la commission de l'Académie, a surgi de nouveau par un appel en forme de ce jugement.

La commission avait reconnu, conformément aux faits dont M. Figuier l'avait rendue témoin, qu'il existait dans le sang de la veine porte d'un animal qui a pris un repas de viande un principe qui réduit la liqueur de Frommhertz. Mais en acceptant le fait, elle en avait contesté la valeur, déclarant qu'à ses yeux ce phénomène de réduction était insuffisant pour caractériser le sucre, et que la fermentation seule pouvait fournir une conclusion rigoureuse sur la nature de ce principe.

Prenant acte de cette déclaration, M. Figuier, sans abandonner entièrement le premier genre d'épreuve, s'est attaché à démontrer la présence du sucre par le mode d'épreuve déclaré seul admissible. Si ses nouvelles expériences sont exactes, elles auraient pour résultat non-seulement de démontrer l'existence du glucose dans le sang de la veine porte par la fermentation alcoolique, mais elles révèleraient en même temps la cause qui l'avait fait méconnaître. Il importe que la commission se prononce sur la valeur de ces expériences, qui présenteraient la question sous une face nouvelle.

Nous aurions à signaler encore quelques autres communications qui intéressent la physiologie ou la médecine, mais le défaut d'espace nous oblige à nous restreindre. On en trouvera l'énoncé au compte rendu. — Dr Brochin.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. BAZIN.

Cours de séméiotique cutanée, suivi de leçons théoriques et pratiques sur la scrofule et les teignes (1).

TEXTURE ANOMALE DE LA PEAU. — 1° Les *anomalies congéniales* consistent surtout dans la prédominance ou l'absence d'un des éléments de la peau. Ainsi, le derme peut être hypertrophié ou faire défaut dans une étendue plus ou moins considérable de l'enveloppe tégumentaire. Dans le corps muqueux, nous noterons, l'accumulation exagérée de matière pigmentaire, qui donne naissance à des taches ou *nævi pigmentaires*, ou bien au contraire l'absence de matière colorante, d'où résultent des décolorations désignées sous le nom de vitiligo. L'épiderme, sécrété en trop grande abondance, produit ces écailles, ces aspérités rugueuses qui constituent l'ichthyose; d'autres fois, au contraire, il manque sur une étendue variable. Le développement exagéré des vaisseaux sanguins dans une partie circonscrite détermine la formation de ces tumeurs vivement colorées que l'on appelle *nævi vasculaires*.

(1) Suite. — Voir les numéros des 26, 28 juillet, et 21 août.

Quant aux poils, s'ils font défaut là où ils devraient exister, il en résulte l'alopécie congéniale décolorée : c'est le vitiligo. Enfin ils peuvent se montrer là où il n'y en a pas d'ordinaire, sur certaines taches pigmentaires, par exemple.

2° *Lésions pathologiques.* — Ici les désordres se montrent après la naissance, et les altérations que nous avons actuellement à signaler nous ramènent en plein dans l'objet de ce cours : la séméiotique des maladies de la peau.

Les dermatologistes modernes ont fait de grands efforts pour rattacher chacune des différentes altérations morbides de la peau à la lésion de l'un des éléments organiques de cette membrane, et, il faut bien le dire, le succès a dans plusieurs cas couronné leurs efforts.

Ainsi le *derme* donne manifestement naissance à cette production décrite par Alibert sous le nom de kéloïde. C'est dans les aréoles du derme que se passent les phénomènes inflammatoires qui donnent naissance au furoncle.

Dans le *corps muqueux* se logent souvent divers parasites végétaux ou animaux, mais surtout entre le corps muqueux et les lames sèches et superficielles de l'épiderme. C'est bien évidemment à des altérations du pigment qu'il faut rattacher les taches lentigineuses ou hépatiques et les décolorations.

L'ichthyose, les cors, les oignons, n'ont-ils pas pour siége la couche cornée de l'épiderme ?

Tout le monde n'est-il pas aujourd'hui d'accord pour reconnaître que les pustules de l'acné ont pour point de départ les follicules sébacés?

Enfin, nous plaçons le godet favique dans le follicule pileux. Il faut reconnaître ici que la papille pilifère peut perdre la faculté de sécréter la matière du poil; elle produit seulement des cellules épithéliales comme celles qui constituent l'épiderme; puis ces cellules ayant été rejetées hors du follicule pileux, celui-ci se ferme, se cicatrise, et le poil ne saurait reparaître dans ce point.

Si les faits que nous venons de signaler peuvent être regardés comme acquis à la science, il en est d'autres dans lesquels l'imagination a manifestement remplacé l'observation directe et rigoureuse des faits. Ainsi, par exemple, quand un dermatologiste, fort distingué d'ailleurs, a voulu placer le siége de l'eczéma dans les glandes sudoripares, est-ce sur l'examen microscopique exact de cette lésion qu'il a basé son opinion? Non certes. Il ne faut donc pas affirmer comme démontré ce qui n'est encore qu'à l'état d'hypothèse, c'est-à-dire de chose à vérifier.

II° ANATOMIE DE RÉGIONS. — Les différences de structure et de rapport que présente la peau dans les différentes régions entraînent dans les manifestations morbides qui ont lieu à la surface de cette membrane des modifications qu'il est important de vous faire connaître.

Ainsi, les parties habituellement découvertes, telles que la tête, le visage, le cou, les mains, sont, en général, plus vasculaires, plus exposées aux influences extérieures et à l'action des agents physiques irritants, etc. ; il en résulte d'abord une coloration plus foncée, des éruptions érythémateuses, et ensuite le contact plus facile d'agents de contagion, comme pour la pustule maligne, etc. Si les teignes se montrent le plus habituellement sur le cuir chevelu, c'est que cette région est plus habituellement que les autres parties couvertes de poils en rapport avec les causes qui peuvent favoriser la transmission des parasites végétaux, ils trouvent là un terrain tout ouvert et tout préparé pour les recevoir.

La texture dense et serrée de la peau qui recouvre la région postérieure du corps explique la fréquence plus grande, de ce côté, des éruptions furonculeuses et squammeuses. En avant, au contraire, la peau est plus fine, plus souple, plus riche en glandes sébacées et sudoripares; aussi verra-t-on ici prédominer les eczémas, les impétigos, les éruptions psoriques diverses.

A la tête on trouve réunis, et en abondance, tous les éléments qui entrent dans la composition de l'enveloppe cutanée : système pileux très fournis glandes sébacées et sudorifères nombreuses, vascularisation très prononcées, etc. Aussi, toutes les altérations dont la peau peut être le siége semblent-elles s'y être donné rendez-vous. Inflammations de toutes sortes, éruptions dartreuses, scrofuleuses, syphilitiques, avec leurs caractères spéciaux; loupes et acné sebacea; teignes de toutes nuances; les éruptions psoriques seules font défaut. L'acarus ne va pas se loger dans le cuir chevelu.

La *face* présente également des conditions anatomiques très favorables au développement des dermatoses. Ainsi la grande richesse des capillaires sanguins explique la fréquence de la couperose et du lupus. L'abondance des follicules sébacés, celle de l'acné dans ses différentes formes, et, pour entrer dans certaines doctrines, on peut dire que les glandes sudoripares si nombreuses de cette région y appellent les eczémas et les impétigos; le développement du système pileux sur les parties latérales et inférieures de la face chez l'homme rend compte de la spécialité des teignes mentagres dans le sexe masculin. Les rapports des muscles articulaires des lèvres et des paupières avec la peau nous disent pourquoi la fréquence des eczémas, des impétigos, des psoriasis, qui attaquent si souvent le pourtour des lèvres ou de l'œil, et pourquoi la ténacité de ces affections. Enfin, les orifices de la muqueuse buccale sont et doivent être le siége fréquent de tubercules, de plaques muqueuses, de végétations.

Ajouterons-nous que l'âge, le sexe modifient ces dispositions par les changements qu'ils apportent dans la contexture des parties, et que, par exemple, l'absence de poils au visage s'oppose à ce que les femmes, les enfants soient atteints de mentagre ?

Au *cou* les tissus présentent une grande laxité; les mouvements nombreux qui se passent dans cette partie et les plissements qui en sont la suite y rendront les éruptions cutanées douloureuses et rebelles. Le grand nombre de ganglions lymphatiques qui se rencontrent dans cette partie en fait le siége habituel des engorgements strumeux.

Relativement à la poitrine, il nous faut distinguer les régions antérieure et postérieure. Sur la peau dure et épaisse de cette dernière se montrent les furoncles, les plaques squammeuses du psoriasis. Sous les aisselles, là où la peau est remplie de follicules pileux et sudoripares, doublée de ganglions lymphatiques nombreux, vous l'avez déjà deviné, on rencontrera les furoncles, les eczémas, les teignes, les abcès froids; les frottements nombreux qui s'y accomplissent doivent, comme pour la région cervicale y rendre les maladies plus opiniâtres, plus douloureuses.

A la région sternale, soumise fréquemment, chez la femme, à la pression du corset, se montrent le kéloïde et les abcès froids. Les mamelles sont revêtues d'une peau fine, délicate, des éruptions dartreuses et psoriques s'y montreront donc avec une certaine fréquence. Le mamelon participant de la structure des muqueuses, on devra y rencontrer les végétations, les plaques muqueuses spécifiques, etc. Enfin sous les mamelles devenues molles et pendantes, le contact de la peau avec elle-même engendrera l'érythème *intertrigo*.

L'abdomen ne nous offre guère à considérer d'une manière particulière que l'ombilic, siége assez fréquent de végétations et autres accidents de nature syphilitique, qu'il doit à sa structure, qui tient de celle des muqueuses.

Aux organes sexuels, comme on devait s'y attendre, tous les éléments constitutifs de la peau sont réunis et en abondance : les glandes pileuses, sébacées, sudoripares y appelleront les différentes formes de dermatoses, et les fonctions génitales en feront le théâtre des accidents primitifs et d'un grand nombre d'accidents secondaires de la syphilis; enfin les parasites animaux y font volontiers leur séjour; et chez la femme, le contact des écoulements vaginaux, flux menstruel ou leucorrhéiques, y faciliteront le développement d'irritations, d'inflammations de différentes sortes. La région ano-périnéale nous offre les mêmes considérations, auxquelles s'ajoute la circonstance des plans musculaires superficiels dont nous avons déjà constaté les inconvénients.

Ce qui se passe pour les membres vient confirmer ce que nous avons dit dans le cours de cet article. La partie externe, recouverte d'un tégument sec et rude, épais, est le siége le plus ordinaire des affections squammeuses et papuleuses; tandis que les éruptions vésiculeuses et vésiculo-pustuleuses s'attaquent plus volontiers à la peau fine et onctueuse de la face interne.

A la paume des mains et des pieds, revêtues d'un épiderme épaissi par les frottements, se montrent les squammes d'une variété de psoriasis et la syphilide cornée.

Enfin aux membres inférieurs, où les stagnations veineuses engendrent si souvent les varices, on rencontre des eczémas chroniques, des ulcérations.

La structure du tégument interne se rapproche beaucoup de celle de la peau ; aussi est-elle fréquemment atteinte des mêmes lésions que le tégument externe. On y observe l'érythème, l'eczéma, l'herpès, le pemphigus; les taches morbilleuses et scarlatineuses; les pustules, le chancre, les végétations, mais plus particulièrement aux environs des orifices extérieurs.

DES HALLUCINATIONS,

Par M. JUDÉE.

Dans un article publié dans le numéro du 10 juillet, je me suis

efforcé de démontrer que les sensations internes et externes ne pouvaient, à l'état physiologique, être perçues en même temps, ce qui m'a conduit à admettre que ces deux ordres de sensations étaient reçues dans un même point du cerveau.

J'ai terminé en disant que si l'on considérait les choses sous ce point vue, on s'expliquait très bien comment les conceptions internes ou intellectuelles pouvaient agir de la même manière sur le *sensorium commune* que les perceptions externes ou sensorielles, et constituer ainsi les hallucinations.

Pour le démontrer, je ne me suis pas appuyé seulement sur mes propres observations, mais encore sur des faits que j'ai principalement trouvés dans le mémoire de M. Baillarger sur les hallucinations.

Il me reste maintenant à démontrer que le genre d'hallucinations dont je viens de parler n'est pas causé par un trouble, mais tout simplement par une surexcitation du cerveau; qu'il y a, au contraire, une autre espèce d'hallucinations dans lesquelles on constate une altération dans les fonctions de cet organe.

En effet, quand les premiers se montrent, les choses se passent absolument comme à l'état physiologique; il faut que les sujets soient placés dans des conditions exceptionnelles; il faut qu'ils ne perçoivent qu'un ordre de sensations, les sensations internes. Il se passe alors absolument ce qui se passe pendant un sommeil incomplet; on rêve, c'est-à-dire que l'on voit, que l'on entend et l'on sent réellement les impressions qui sont gravées de la manière la plus profonde dans le cerveau.

La donnée que j'ai essayé d'établir dans le dernier article a donc une certaine importance, puisqu'elle nous met à même d'expliquer d'une manière assez simple des phénomènes extrêmement complexes, et sur lesquels on n'est pas bien d'accord.

Ainsi, pour moi, jusqu'à présent, il n'y a aucune lésion dans le cerveau; il n'y a qu'une suractivité que l'on peut, du reste, considérer comme pathologique, si l'on veut; mais les hallucinations ne se présentent pas toujours avec ces caractères, elles peuvent se produire en même temps que les perceptions externes, et alors commence une autre série de phénomènes pour laquelle il faut nécessairement admettre une altération de la portion du cerveau qui semble être destinée à recevoir ces deux ordres de perceptions. En effet, le malade peut alors percevoir les deux ordres de sensations à la fois, celles qui proviennent du dehors et celles qui ont leur source dans le cerveau, distinguer les objets qui l'environnent et ceux que son imagination peut enfanter. Par exemple, l'halluciné voit parfaitement dans la pièce où il se trouve des animaux de toutes sortes, des personnages même auxquels il adresse la parole, tant il croit à leur réalité. Mais une chose très-importante à remarquer, c'est que les objets imaginaires font tâche, si je peux m'exprimer ainsi, sur ce qui l'environne réellement. De sorte que l'on a ainsi tracé à l'extérieur la portion de cerveau qui ne fonctionne plus ou qui fonctionne mal, puisqu'il perçoit des sensations qu'elle ne doit pas percevoir.

Avant de terminer, je crois qu'il est nécessaire d'appuyer ce que je viens de dire d'une observation que j'ai recueillie en ville, il y a peu de temps, et dans laquelle le genre d'hallucination dont je viens de parler se trouve développé au plus haut point.

P., âgé de quarante-six ans, marchand de vin, est un homme d'une haute stature, son embonpoint est médiocre. Il y a une dizaine d'années, il travaillait au plomb, mais depuis cette époque il adopta la profession qu'il exerce maintenant. Le 24 juin, il devint tout à coup hébété et resta quatre heures sans pouvoir prononcer un mot. Il fut pris ensuite d'un mouvement convulsif. On appelle un médecin qui ordonne seize sangsues, huit de chaque côté des oreilles. L'accès disparaît, le malade devient parfaitement calme et pendant toute la journée il ne présente rien de particulier. Le lendemain, à deux heures de l'après-midi, étant dans sa chambre, il voit très distinctement un homme de grandeur naturelle qui se met tranquillement à couper en morceaux le journal qu'il tenait à la main. Cette hallucination de la vue, qui ne différait pour lui en rien de la réalité, dure quelque temps, puis tout cesse, il se trouve assez tranquille. Mais le soir, étant dans son lit et lorsqu'il venait d'éteindre sa lumière, il voit apparaître quatre saltimbanques parfaitement costumés qui se mettent à lui parler par signes. Ils tiennent dans leurs mains une poudre brune qu'il ne peut pas bien apercevoir, ils se mettent à la jeter à travers la chambre, et immédiatement elle se transforme en une foule d'animaux, tels que couleuvres, crapauds, lézards et autres encore plus bizarres et qu'il dit même n'avoir encore jamais vus. Il appelle alors sa femme, qui vient et rallume la lumière. Les saltimbanques cependant ne bougent pas de place et continuent tranquillement à jeter leur poudre; les meubles se couvrent bientôt de reptiles, le lit principalement s'en trouve complétement chargé.

Le malade prie alors sa femme de descendre pour aller chercher un baquet et les mettre dedans. En attendant, il les repousse, autant que possible, avec la main; mais, malgré tous ses efforts, il ne peut s'en débarrasser. Il s'adresse de nouveau à sa femme et la prie d'aller chercher dans le comptoir cinq francs et de les donner aux saltimbanques pour qu'ils s'en aillent.

La pauvre malheureuse, tout effrayée de l'état de son mari, descend et lui rapporte bientôt l'argent demandé; le mari le lui prend des mains et l'offre aux saltimbanques, mais ces derniers se mettent à lui rire au nez et continuent leurs sortiléges. Il entre alors dans une fureur extrême, il veut absolument se lever; sa femme veut le retenir, mais ne le peut. L'agitation du malade ne fait qu'augmenter; il demande un couteau pour en frapper les misérables qui ne cessent de le tourmenter; l'agitation cependant devient un peu moindre pendant quelques instants, car par le fait de ses menaces les saltimbanques se sont décidés enfin à partir.

Malheureusement, à peine sont-ils disparus, qu'il entend autour de lui le bruit de vrilles perçant des murailles; ces dernières sont même bientôt percées, et alors il voit arriver par les trous qui en sont résultés cette poudre avec laquelle les saltimbanques l'avaient déjà tourmenté, et qui ne tarde pas à se transformer en oiseaux qui se mettent à voltiger dans sa chambre, en même temps que les crapauds y sautent de tous les côtés. Sa colère, son agitation ne font qu'augmenter, et trois personnes ont beaucoup de peine à le retenir dans son lit.

Jusqu'au lendemain matin le malade resta dans cet état. On alla alors trouver M. Baillarger; mais ce médecin ne pouvant sortir, ce fut moi qui fus chargé d'y aller.

Je constatai une excitation très grande; il ne faisait que parler des hallucinations qu'il avait eues pendant la nuit, et qu'il racontait d'une manière si diffuse qu'il était impossible d'y rien comprendre.

Je lui prescrivis 30 gouttes d'ammoniaque dans un julep à prendre dans la journée. Les hallucinations persistèrent; à chaque instant il disait à la personne chargée de le surveiller de chasser les gens qui entraient dans sa chambre pour le tourmenter, ainsi que les reptiles qui ne cessaient de s'y promener.

Au milieu de la journée, il eut une hallucination singulière, que je ne puis m'empêcher de décrire. Il vit sur sa commode une toute petite femme ayant environ huit pouces de haut, qui, appuyée contre la dorure de sa glace, s'amusait à briser sa montre, dont il voyait les éclats voler dans sa chambre.

Vers les quatre heures on voulut le faire un peu manger; il s'y refusa d'abord. On lui fit cependant avaler quelques bouchées; mais chaque fois qu'il en prenait une il l'avalait bien vite, en prenant la précaution de la couvrir avec sa main, de manière, disait-il, à empêcher les aliments d'être empoisonnés par les poudres qu'il recevait. Cela cependant ne l'empêchait pas de leur trouver un *goût très prononcé* de plomb.

Malgré son état grave, on le fit lever vers cinq heures pour aller voir un de ses amis. Pendant tout le trajet il fut pris d'hallucinations de la vue. Il fut poursuivi par un de ces saltimbanques qui avaient pris plaisir à le tourmenter depuis le début des accidents; ce dernier s'amusait à faire sortir de sa poche des crapauds qui se mettaient immédiatement à sauter autour de lui. En arrivant chez son ami, le saltimbanque sembla avoir peur et se cacha derrière un arbre. Il en fit l'observation aux personnes qui le conduisaient, et qui se mirent à rire. Il commença alors pour la première fois à se douter qu'il pourrait bien être malade.

Pendant la nuit, il eut encore quelques hallucinations qui l'empêchèrent de dormir. Le lendemain matin elles avaient complétement disparu, et depuis cette époque elles n'ont pas reparu. Je lui donnai encore pendant quelques jours de l'ammoniaque, mais simplement par mesure de précaution, et en ayant soin de diminuer tous les jours la dose.

EMPOISONNEMENT PAR LE PHOSPHORE.

La fréquence des empoisonnements par le phosphore, dont on peut d'ailleurs se rendre compte par l'extrême facilité de se procurer le poison qui entre dans la fabrication des allumettes, nous engage à publier l'observation suivante afin d'appeler l'attention des praticiens sur ces faits, qui non-seulement peuvent se présenter dans leur pratique, mais qui peuvent encore être pour eux le sujet d'expertises médico-légales.

Un marchand de cochons, nommé Léonard Piquet, vivait en fort mauvais termes avec sa femme. Il la maltraitait habituellement et l'avait souvent menacée de la tuer ou de l'empoisonner, lorsque cette malheureuse tomba malade et mourut en vingt-quatre heures, sans avoir reçu les secours de la médecine. Des charges très-graves s'étant élevées contre Léonard Piquet, on procéda immédiatement à l'autopsie de cette femme. On reconnut un état inflammatoire de l'estomac. Mais l'analyse chimique ne rencontra la présence d'aucune substance vénéneuse. Cependant l'autorité, ayant de fortes raisons de soupçonner l'existence d'un crime, chargea deux chimistes de Paris de procéder à une nouvelle expertise. MM. Chevallier et Duchesne, en examinant le tube digestif qui leur avait été envoyé, remarquèrent dans la partie inférieure du gros intestin qui n'avait pas été ouverte, de nombreuses lamelles noirâtres mêlées aux mucosités. Ils en saisirent plusieurs, les placèrent sur une plaque de fer qu'ils firent chauffer fortement et virent alors ces lamelles donner des étincelles brillantes et brûler comme le phosphore. Ayant carbonisé le foie et les intestins, ils virent vers la fin de l'opération et en se plaçant dans l'obscurité de petites bulles lumineuses et phosphorescentes qui venaient brûler à la surface du liquide. Les mucosités intestinales chauffées donnaient le même résultat, et enfin ces lamelles, mises dans un tube à expérience et privées de l'eau qui surnageait par une légère décantation, laissaient voir au fond du tube, chauffé seulement par le contact de la main, la lueur phosphorescente et donnaient l'odeur alliacée particulière au phosphore.

D'autres opérations chimiques ayant établi la nature de cette substance, les experts de Paris n'ont pas hésité à conclure que cette femme avait été empoisonnée par une préparation phosphorée dont cependant il leur était impossible de préciser la nature.

M. Chevallier, après avoir exposé ces faits, a rappelé avec quelle facilité les empoisonneurs peuvent aujourd'hui exécuter leurs desseins criminels, puisqu'ils ont continuellement sous la main une substance qui, à une dose très faible, produit une mort sûre et rapide. Il a prié M. le président des assises de vouloir bien représenter au ministre les dangers que court la société par l'usage si répandu des allumettes préparées avec le phosphore jaune, tandis qu'on préviendrait tous les accidents en remplaçant cette substance éminemment toxique par le phosphore rouge ou amorphe qui ne jouit presque d'aucune propriété vénéneuse.

(*Journal de méd. et de chirurg. pratiques.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 27 août 1855. — Présidence de M. Regnault.

Voie de transmission des impressions sensitives dans la moelle épinière. — M. Brown-Séquard lit un deuxième mémoire sur ce sujet. Après avoir cherché à démontrer que, contrairement à la doctrine généralement admise en France, les cordons postérieurs de la moelle et leur continuation, les corps restiformes, ne sont point les organes de transmission de la sensibilité, que l'opinion plus récemment émise par M. Ludwig Turck, d'après laquelle la transmission de la sensibilité se ferait par les cordons latéraux en sens croisé, c'est-à-dire par le cordon latéral droit pour les impressions reçues par la moitié gauche du corps et *vice versâ*, n'est pas plus fondée; que cette transmission ne se fait pas davantage par les cordons antérieurs; en un mot, qu'aucune des parties blanches de la moelle ne possède la fonction de transmettre les impressions sensitives jusqu'à l'encéphale, l'auteur arrivé ainsi par voie d'exclusion à reconnaître que c'est la substance grise qui possède cette fonction. Ce que le raisonnement l'a ainsi conduit à admettre, M. Brown-Séquard cherche à le prouver par des expériences directes. Voici les expériences qui démontrent, suivant lui, cette conclusion:

Si à la région dorsale on coupe transversalement toute la substance grise, on trouve que la sensibilité est perdue dans les membres postérieurs, quelle que soit la partie de la substance blanche qu'on laisse intacte. Si, à l'aide d'un petit instrument spécial, on parvient à détruire la substance grise centrale presque entièrement et sans léser notablement la substance blanche, on trouve la sensibilité diminuée ou même perdue, suivant que la destruction de la substance grise a été plus ou moins considérable.

Ainsi donc la substance grise paraît avoir la fonction de transmettre les impressions sensitives. Mais si cette manière de voir est exacte, il en résulte que la propriété de transmettre les impressions est indépendante de la propriété d'être sensible, car la substance grise de la moelle paraît ne pas être sensible. Des faits nombreux démontrent que la faculté de transmettre l'action nerveuse peut appartenir à des parties insensibles. Ainsi, on sait parfaitement que les fibres du cerveau sont insensibles, et pourtant elles transmettent l'action nerveuse. De plus, certains ganglions des nerfs rachidiens, sinon tous, ainsi que les fibres nerveuses qui les traversent, paraissent être insensibles, ainsi que nous l'avons découvert récemment. Or il est incontestable que les impressions sensitives sont transmises par ces ganglions et ces fibres sensibles. Ce fait montre aussi que la même fibre nerveuse peut être sensible, puis ne plus l'être, et ensuite l'être de nouveau.

Des faits et des raisonnements contenus dans ce mémoire, nous nous bornerons à tirer les deux conclusions que voici:

1° Pour arriver au centre percepteur, les impressions sensitives reçues par le tronc et les membres ne passent pas tout le long des cordons postérieurs, à partir de leur point d'arrivée à la moelle épinière jusqu'à l'encéphale, comme on l'admet généralement en France.

2° Si pour être perçues les impressions sensitives reçues par le tronc et les membres doivent arriver jusqu'à l'encéphale, c'est par la substance grise de la moelle épinière que la transmission s'opère en dernier lieu. (Commissaires: MM. Flourens, Rayer et Bernard.)

Fonction glucogénique du foie. — M. Figuier lit un troisième mémoire à propos de cette fonction.

L'auteur, après avoir rappelé et déclaré qu'il acceptait les termes de la question telle qu'elle a été posée par la commission, s'exprime en ces termes:

La chimie a fait connaître la liste d'un grand nombre de substances qui, ajoutées à un liquide sucré, ont la propriété de s'opposer à l'action du ferment; même en quantité très-faible, elles mettent obstacle à la transformation du sucre en acide carbonique et en alcool. Mais il suffit de faire disparaître ces produits, grâce à un réactif approprié, pour voir la fermentation, jusque-là empêchée, se manifester aussitôt. C'est probablement un fait de ce genre qui se présente pour le sucre contenu dans le sang charrié par la veine porte pendant la digestion de la viande. Pris dans le sang du système abdominal, ce principe ne fermente pas directement; mais il suffit de le faire bouillir deux ou trois minutes avec un acide étendu, c'est-à-dire avec quelques gouttes d'acide sulfurique ou azotique, et de saturer ensuite exactement l'acide par un carbonate alcalin, pour que la fermentation alcoolique puisse se manifester par le contact de la levûre de bière avec sa dissolution.

L'expérience suivante mettra ce phénomène dans tout son jour; elle a d'ailleurs l'avantage de répondre à toutes les objections que l'on pourrait élever, telles que le reflux du sang du foie dans la veine porte, et l'insuffisance du temps du régime animal.

Un chien de forte taille, nourri depuis huit jours de viande de cheval, a pris un repas composé de cette viande cuite. Six heures et demie après ce repas, on a fait sur l'animal vivant la ligature de la veine porte, en opérant comme je l'ai indiqué dans mon deuxième Mémoire; le sang, défibriné, pesait 700 grammes.

600 grammes de ce sang ont été traités par deux fois et demie leur volume d'alcool à 36 degrés. Séparée du coagulum rouge dû à l'action de l'alcool, et acidulée par un peu d'acide acétique, cette liqueur a été évaporée à siccité au bain-marie. Le résidu, bien sec, a été repris par l'eau distillée et passé à travers un linge pour le séparer du dépôt albumineux formé pendant l'évaporation.

La liqueur ainsi obtenue a été divisée en deux parties égales.

La première partie a été mise, directement et sans traitement particulier, en contact avec de la levûre de bierre : elle n'a donné aucun signe de fermentation.

La seconde a été tenue en ébullition, pendant deux ou trois minutes, avec cinq gouttes d'acide azotique ordinaire. La liqueur, qui était trouble, d'un aspect demi-muqueux, et passant très difficilement à travers le filtre, a donné, par l'ébullition, un dépôt de nature albumineuse ou caséuse, et s'est subitement éclaircie en prenant une belle teinte jaune. Neutralisée ensuite *très-exactement* par un peu de carbonate de soude en poudre et mise en contact avec de la levûre de bière bien lavée, elle a donné au bout d'un quart d'heure des signes de fermentation qui ont continué pendant plusieurs heures, en ayant la précaution de maintenir l'appareil près d'un fourneau un peu chaud. Le gaz recueilli était entièrement absorbable par la potasse. Quant au liquide, on l'a placé dans une petite cornue, et on en a recueilli par la distillation environ le cinquième. Pendant cette distillation, il a été facile de reconnaître, dans le récipient où les vapeurs se condensaient, une odeur alcoolique bien caractérisée. Le produit de cette distillation ayant été placé dans une cornue plus petite, on a rectifié de manière à ne recueillir que les sept à huit premières gouttes du produit. Dans cette rectification, l'odeur alcoolique s'est encore manifestée avec évidence. Enfin, ce dernier liquide, additionné de quelques gouttes d'une dissolution de bichromate de potasse et traité par un peu d'acide sulfurique et porté à l'ébullition, s'est coloré en vert, et a conservé, après l'ébullition, une légère odeur d'aldéhyde. Je me permets de recommander aux opérateurs cette manière simple et éminemment sensible de reconnaître la présence de l'alcool. Lorsque ce liquide existe en quantité trop petite pour pouvoir être enflammé, la constatation de l'odeur caractéristique de l'esprit-de-vin dans le récipient où viennent se condenser les vapeurs, et la coloration en vert par la réduction du bichromate de potasse, est un moyen qui permet de reconnaître les plus faibles traces de ce produit.

On peut conclure de cette expérience que le principe sucré qui se forme pendant la digestion de la viande s'accompagne, dans la veine porte, de quelque substance étrangère qui met obstacle à la fermentation alcoolique.

Si le sucre pris dans le foie et dans les veines hépatiques a la propriété de fermenter directement et sans l'intervention préalable d'un acide, cela tient sans doute à ce que ces produits étrangers ont disparu du foie à la suite du temps et des mutations physiologiques dont cet organe est le siége.

L'expérience qui précède a été répétée plusieurs fois, avec cette différence qu'on ne partageait pas en deux parties le liquide, qui était consacré tout entier à constater le phénomène de la fermentation, grâce à l'ébullition préalable avec quelques gouttes d'acide sulfurique ou azotique. Dans toutes les expériences exécutées de cette manière, en agissant sur 3 à 400 grammes de sang de la veine porte de chiens soumis depuis une semaine au moins à une alimentation exclusive avec de la viande de cheval, et opérés de cinq à six heures après le repas, il a toujours été possible de constater, par l'action de la levûre de bière, le dégagement d'une certaine quantité d'un gaz absorbable par la potasse, d'apprécier d'une manière très manifeste l'odeur alcoolique dans le récipient où venait se condenser le produit des deux distillations, et de constater avec ce liquide la réduction et la coloration en vert du bichromate de potasse.

Mais cette expérience demande à être exécutée avec soin, car aux difficultés que présentent les expériences sur un animal vivant vient se joindre cette autre difficulté d'ordre chimique, qui consiste à trouver une petite quantité d'un produit assez altérable mêlé à une grande proportion de matériaux organiques étrangers.

Les conditions de cette expérience sont les suivantes :

1° Opérer sur le chien vivant afin de se procurer une quantité assez grande de sang. Si l'on commence, au contraire, par tuer l'animal au moyen de la section du bulbe rachidien, et que l'on ne recueille le sang que sur le cadavre, la quantité de ce liquide que l'on retire des vaisseaux est habituellement trop faible pour que l'on procède avec sûreté dans cette recherche. On peut sans doute, avec plus d'attention et de soin, obtenir le même résultat dans ce dernier cas; mais il est plus commode et plus sûr d'opérer sur l'animal vivant.

2° Ne pas opérer avec un chien, même de forte taille, sur plus de 300 à 400 grammes de sang de la veine porte, afin d'éviter que le sang qui provient de la saignée ne finisse par être emprunté à celui de la circulation générale.

3° Pour éliminer les matières coagulables du sang, opérer, comme je l'ai indiqué, au moyen de l'alcool, de l'évaporation à siccité, etc.

4° S'il s'agit d'examiner comparativement le sang de la veine porte et celui qui s'échappe du foie, dans le but de déterminer les quantités relatives de glucose dans chacun de ces liquides, pratiquer, ainsi que j'ai eu le soin de le dire dans mon deuxième mémoire, *une saignée sur la veine cave inférieure dans la cavité thoracique*.

M. Claude Bernard a essayé de m'enlever le mérite de cette découverte, en avançant qu'elle avait été faite, en 1846, par M. Magendie. Je suis obligé de rappeler que dans les expériences de M. Magendie auxquelles on fait allusion, ce physiologiste ne s'était occupé que de constater la présence du glucose dans le sang d'animaux *nourris exclusivement avec des matières féculentes*; que M. Bernard n'a jamais fait la moindre allusion à ces résultats de M. Magendie, soit pour les réfuter, soit pour y plier sa théorie, et qu'il ne s'en est souvenu que neuf années après, postérieurement à la publication de mon travail, et dans le vain désir de me contester l'honneur d'une observation qu'il est impossible de m'enlever. J'ajouterai que M. Claude Bernard était si peu convaincu de la présence du sucre dans le sang ailleurs que dans les veines hépatiques et la veine cave inférieure, qu'à l'apparition de mon premier mémoire il a prétendu que le glucose dont je signalais la présence dans les animaux de boucherie venait directement du foie, attendu, disait cet observateur, que, pour saigner le bœuf qui vient d'être abattu, le boucher plonge son couteau dans l'oreillette droite du cœur de l'animal, et que le sang ainsi recueilli provient du foie par la veine cave inférieure qui le déverse dans l'oreillette droite; attendu, disait-il encore, que le boucher presse du pied le foie de l'animal pour en exprimer plus de sang, etc. Ce fait, que l'oreillette droite soit intéressée par le couteau du boucher, *est entièrement inexact*. Il prouve, toutefois, que M. Bernard ne pouvait croire, même à cette époque, à l'existence du sucre dans le sang de la circulation générale, c'est-à-dire à la réalité du fait qu'il affirme aujourd'hui avoir été découvert par M. Magendie en 1846.

Le second fait que j'ai établi dans les recherches que j'essaie de résumer, c'est la présence dans le foie, en quantité considérable, de l'*albuminose*, c'est-à-dire du produit de la digestion des matières azotées. Ce fait a une importance que l'on a peut-être trop négligée, au point de vue des fonctions physiologiques du foie, qu'il nous montre comme un organe chargé de servir de réservoir temporaire aux produits de la digestion.

Le rapprochement de ces deux faits, savoir, qu'il existe beaucoup d'albuminose dans le foie et très peu dans le sang (et qu'il existe beaucoup de sucre dans le foie et bien moins dans le sang), m'ont conduit à émettre cette opinion, actuellement accueillie sans défaveur par les physiologistes, que le foie constitue une sorte de réservoir pour les produits de la digestion; que cet organe doit retenir quelque temps dans son tissu le glucose et l'albuminose provenant de la digestion, pour les déverser ensuite peu à peu dans le sang de la circulation générale.

Je me suis occupé ensuite de l'expérience fondamentale qui avait pour objet de démontrer, à l'aide du réactif de Frommertz, la présence du sucre dans le sang de la veine porte chez un animal nourri de viande. Enfin, j'ai essayé de montrer que le principe sucré qui existe dans le sang de la veine porte est susceptible d'entrer en fermentation comme celui du foie.

Je crois donc pouvoir répéter, en terminant, ce que je disais à la fin de mon premier mémoire : « Nous concluons, en résumé, que le foie, chez l'homme et les animaux, n'a point reçu pour fonction de fabriquer du sucre; que tout le glucose qu'il renferme provient du sang qui gorge son tissu, et que ce glucose a été apporté dans les vaisseaux par suite de la digestion. »

L'objet de la fonction glucogénique serait de créer un seul produit, le sucre; lequel produit, une fois versé dans le sang, disparaît sans que personne puisse dire ce qu'il devient.

Le théâtre de cette fonction serait le foie. Mais cet organe est déjà le siége d'une sécrétion qui n'a rien de mystérieux ni de latent : c'est celle de la bile. Le sang qui s'introduit dans le foie ne renferme point les éléments de la bile, et ce produit, sécrété aux dépens du sang, s'échappe au dehors par un canal excréteur. Au contraire, le sang qui pénètre dans le foie renferme déjà une certaine quantité de sucre, et l'on ne connaît pas encore de conduit excréteur pour le principe sucré. De plus, on ne trouve dans le foie qu'un seul genre de cellule, ce qui indique que cette glande, comme les autres glandes de l'économie, n'est anatomiquement organisée que pour une seule sécrétion.

L'apparition du glucose dans le foie est toujours subordonnée à l'alimentation. Chez un animal bien nourri, c'est pendant la digestion que la proportion de sucre qui se montre dans le foie est le plus considérable possible. Mais si l'on supprime l'alimentation, on voit ce produit diminuer rapidement dans le foie, et finir par disparaître à la suite d'une abstinence suffisamment prolongée. Certes, dans d'autres conjonctures, un tel fait aurait suffi à lui seul pour prouver que dans l'économie animale le sucre est un simple produit de digestion et non le résultat d'une sécrétion physiologique. Ajoutez cet autre fait, si confirmatif, emprunté à la pathologie, que, d'après M. Andral, les diabétiques mis à la diète cessent de rendre du sucre par les urines; ce qui montre que, dans l'état de maladie comme dans l'état de santé, l'apparition du sucre dans l'économie animale est subordonnée à l'alimentation.

La présence du sucre dans le foie ne paraît nullement sous la dépendance du système nerveux, comme le sont toutes les autres fonctions de l'économie. Cette bizarre démonstration de l'influence du système nerveux sur la fonction glucogénique, qui consiste à montrer que le sucre apparaît dans les urines du lapin à la suite de la piqûre d'un certain point, unique, dans la moelle allongée, n'a dans cette question aucune signification. Il est en effet bien reconnu, d'après des travaux récents, que dans cette expérience le sucre ne se montre dans l'urine que par suite du trouble apporté par la lésion du système nerveux central à l'assimilation et à la destruction du sucre dans l'économie. Le professeur Lehmann, dont l'autorité a été invoquée dans cette question, « déclare formellement, dans sa *Chimie physiologique*, qu'il serait *contraire aux lois les plus simples de la chimie* de penser que certaines excitations de filets nerveux dussent influencer l'apparition du sucre dans le foie; que si cela était admissible, il faudrait constater tout d'abord une accumulation des matières élémentaires et fondamentales du sang dans le foie pendant la durée de cette irritation. Or, ce physiologiste ajoute que, loin d'avoir remarqué une accélération dans la circulation hépatique, il a, au contraire, *toujours* observé un ralentissement dans la circulation chez les diabétiques et chez les animaux soumis à ses expériences. Il avoue d'ailleurs que dans l'état actuel de nos connaissances (1853) il ne reste plus rien de vrai quant à l'origine du sucre dans les urines, que ce fait : *que le sucre passe dans les urines parce qu'il n'est pas détruit dans le sang.* »

Quand la physiologie animale vient à s'enrichir de l'inestimable conquête d'une fonction nouvelle, cette découverte doit trouver et trouve toujours dans la pathologie un retentissement considérable. La fonction glucogénique, connue et affichée depuis plus de six ans, est demeurée absolument stérile dans la pathologie du foie. En fait d'applications à l'art de guérir, elle n'a produit que cette idée, que le diabète est une maladie du foie, c'est-à-dire une exagération de sa sécrétion normale, — opinion insoutenable.

Si l'on se demande, en résumé, quelles sont les acquisitions faites par la science à la suite des travaux retentissants dont cette question a été l'objet, elles se réduisent, selon nous, à ces deux faits, qu'il existe du sucre dans le tissu du foie, et que, par la digestion, la viande peut fournir une certaine quantité de sucre. Ces deux faits ont sans doute leur importance, mais on pensera peut-être qu'ils ont été un peu chèrement acquis au prix de tant de discussions et de traverses.

Electrisation méthodique des muscles. — M. Remak fait hommage à l'Académie d'un exemplaire de son mémoire sur l'électrisation méthodique des muscles, et il expose en ces termes le sujet qu'il y a traité :

« Les médecins qui se sont occupés de l'électrisation de muscles paralysés ont distingué une électrisation médiate par l'intermédiaire des nerfs et une électrisation immédiate des muscles eux-mêmes; mais j'ai constaté, par de nombreuses expériences sur l'homme vivant, que pour produire un raccourcissement complet d'un muscle il faut laisser agir le courant électrique sur le nerf du muscle. »

Influence de la lumière sur la production de l'acide carbonique des animaux. — M. Moleschott (de Heidelberg) communique le résultat de ses recherches sur ce sujet. Il suit de ses expériences que la lumière a pour effet d'augmenter l'exhalation de l'acide carbonique.

Anatomie comparée du cerveau. — M. C. Dareste adresse une note sur les caractères encéphaliques des mammifères aquatiques.

NOUVEAU TRAITEMENT RATIONNEL DU CHANCRE (1).

« On a rattaché à l'histoire du chancre induré des questions de doctrine qu'on a peu élucidées. Tantôt on a dit : Le chancre induré seul » produit la syphilis ou est le point de départ de la vérole; tantôt : » C'est surtout ce chancre qui entraîne ces effets. Comme j'ai établi » que le chancre est toujours plus ou moins induré, il n'y a pas à ré» futer cette proposition. Mais ce serait alors le chancre fortement » induré qui serait la source des accidents consécutifs. A cela je ré» ponds que ces accidents consécutifs ont été observés à la suite de » chancres médiocrement indurés, à la suite de la prompte cicatrisa» tion de ceux qui sont considérés comme non indurés. D'ailleurs ceux » qui admettent le chancre induré comme variété à part reconnaissent » que l'induration ne s'établit ordinairement qu'après le premier sep» ténaire. Or, pendant ce premier septénaire, l'infection a très bien » pu se faire, et elle n'attend pas, en général, ce terme. Selon moi, » au lieu de poser la question ainsi : Le chancre induré produit-il à lui » seul les accidents consécutifs ou les produit-il plus souvent que les » autres chancres? je crois qu'on devrait plutôt dire : Quels sont les » rapports du chancre induré avec la vérole? Il est certain que l'état » général a une influence sur la forme que prend le chancre, et que là » où se trouve déjà une action qu'on pourrait appeler syphilitique, la » réaction doit avoir plus de prise. Ainsi quand le chancre persiste, » quand de médiocrement induré il le devient beaucoup, et au point » de constituer une variété à part, je crois qu'alors le virus syphilitique » est depuis longtemps parvenu dans l'économie; la cause de la vérole » existe donc, et l'économie est déjà infectée. Ce degré d'induration » prouve seulement que la diathèse s'est établie, car le chancre induré » est déjà un accident consécutif, une des expressions de la vérole » confirmée. Mais là peut se borner l'effet de la diathèse, c'est-à-dire » qu'on peut avoir un chancre induré sans autre manifestation de l'état » général de la vérole. »

Ainsi, M. Vidal (de Cassis) n'admet pas la variété chancre simple, puisque à ses yeux l'induration existe toujours dès le début; seulement, pour lui, c'est du plus au moins; moindre, elle peut n'être pas infectante; plus intense, elle indique une réaction locale de l'intoxication générale. Il me semble qu'il n'y a là de différence que dans les mots. En tout cas, M. Vidal est unitaire.

Messieurs, quelque considération habituelle que j'aie pour les opinions scientifiques de nos deux collègues, je ne puis partager toute leur manière de voir. Je suis avec eux quand ils disent que le virus syphilitique est un, et que ses expressions varient seulement suivant les idiosyncrasies particulières; je suis avec eux quand ils admettent que l'induration du chancre est l'indice de la vérole constitutionnelle : aussi je comprends très bien que dans leur *Traité des maladies vénériennes*, MM. Maisonneuve et Montanier rangent déjà l'induration dans le chapitre des symptômes secondaires. Je suis avec M. Vidal quand il avance que l'induration bien caractérisée peut être la seule manifestation d'une syphilis constitutionnelle. Je le crois, parce que j'en ai vu des exemples. Toutefois, je me hâte de dire que je regarde ces cas comme on ne peut plus exceptionnels, et je n'oublie pas que d'autres symptômes fugaces peuvent échapper. Mais je me sépare de M. Vidal quand il prétend que tous les chancres sont plus ou moins indurés, quand il ne voit l'infection constitutionnelle apparente que dans une induration considérable. Je me sépare de M. Ricord quand il écrit que l'exagération de l'induration est en rapport avec la gravité des accidents qui vont suivre, et qu'il la considère comme un syphiliomètre. (*Lettre 28.*)

Je crois que dès que l'induration est constatée, on peut fixer à peu près l'époque à laquelle apparaîtront d'autres symptômes, mais que, suivant qu'on aura affaire à une induration des plus légères ou des plus prononcées, il est impossible d'augurer de la gravité plus ou moins grande des symptômes à venir.

Je crois que le chancre le plus simple, le plus exempt d'induration locale, peut être suivi d'accidents constitutionnels, je ne lui demande que d'être contagieux, afin de ne pas confondre des ulcérations accidentelles et nullement spécifiques avec l'ulcération virulente. J'ai vu chez des hommes de ma pratique particulière ces ulcérations virulentes, simples, être parfaitement infectantes, et j'ai été dupe, au détriment de mon pronostic, d'une croyance que j'avais pu partager.

Tous les jours je suis témoin de faits semblables chez mes malades de Lourcine, et ici je fais un appel à ceux de nos collègues de la Société de chirurgie qui ont passé par cet hôpital, afin qu'ils disent s'ils n'ont pas vu, comme moi, de ces exemples en grand nombre. Mais ceux-ci sont tellement fréquents et ont été si souvent constatés, qu'il a bien fallu finir par avouer que les chancres indurés sont effectivement moins fréquents chez la femme que chez l'homme, et je crois que telle est aujourd'hui l'opinion de M. Ricord. Cependant, avant d'arriver à cette concession, que de contestations n'a-t-on pas élevées sur les faits observés par les chirurgiens de Lourcine, et quels doutes n'ont-ils pas suscités. Mais qu'on se rassure, les chirurgiens de Lourcine savent très bien que l'inflammation simple peut masquer l'induration spécifique et faire croire à une autre forme de chancre, que l'induration est plus ou moins étendue, qu'elle peut n'exister qu'à la partie moyenne ou sur les bords des chancres. Ils connaissent, comme à l'hôpital du Midi, l'induration parcheminée, qui double certaines ulcérations larges et superficielles de la vulve, comme elle double certaines balano-posthites ulcéreuses, avec lesquelles d'ailleurs elles ont la plus grande ressem-

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

blance ; enfin, ils sont au courant de toutes les variétés, j'allais dire de tous les caprices de l'induration.

Tout le diagnostic des chancres n'est donc pas dans l'état local, et quand l'induration y manque, c'est ailleurs qu'il faut la chercher, et c'est ce que ne font pas assez les fauteurs de la dualité du virus, qui n'établissent la nature infectante que sur l'état même de l'ulcération. Pour moi, lorsque l'induration manque dans un chancre douteux, c'est dans les ganglions correspondants que je vais trouver l'élément diagnostic, je ne dirai pas complémentaire, mais indispensable, et je ne vois pas pourquoi la réaction infectante, ne se faisant pas sentir dans l'ulcération même, ne porterait pas son action sur les ganglions qui dans ce cas se substituent au chancre, comme cela se voit tous les jours dans le cas de virulence, qui peut n'être pas infectant et ce qui constitue le chancre ganglionnaire.

Mais je vais plus loin, et j'affirme que j'ai vu bon nombre de fois la vérole constitutionnelle paraître après une ulcération des plus simples, des plus passagères, quelques jours à peine, sans aucune espèce de retentissement dans les ganglions correspondants, dans ceux du moins accessibles au toucher.

Ainsi, je puis résumer mon opinion sur le chancre en disant : Chancre induré, infection générale certaine. Chancre non induré, mais avec induration des ganglions ; certitude encore d'infection générale. Enfin chancre non induré, ganglions non indurés, infection générale possible.

Les faits avancés par M. Bassereau étaient-ils de nature à modifier l'opinion que je soutiens ? Non, car je vois que dans le plus grand nombre de cas de chancres simples l'état des ganglions n'a pas été interrogé ou il ne l'a été qu'au point de vue de leur suppuration possible, et la même omission se remarque dans le travail de M. Clerc. Ces deux auteurs mentionnent toujours scrupuleusement la pléiade ganglionnaire inguinale avec l'induration chancreuse ; mais dès que celle-ci fait défaut, ils paraissent ne plus supposer qu'il puisse se passer dans les ganglions autre chose qu'une inflammation sympathique ou une inflammation symptomatique de la nature virulente simple du chancre qu'ils ont sous les yeux. Tout leur diagnostic se borne à l'induration locale.

Chose remarquable ! tandis que la plupart des élèves de l'hôpital du Midi considèrent l'induration comme le signe certain de l'infection, voici l'un d'entre eux, le plus distingué peut-être et l'un des plus autorisés en syphiliographie, notre estimable correspondant M. Diday, qui non-seulement n'attache pas une valeur absolue au phénomène de l'induration, mais qui professe qu'elle peut se montrer à plusieurs reprises à la suite de coïts contagieux chez des individus ayant eu bien manifestement une première vérole constitutionnelle, opinion radicalement opposée, comme on le voit, à l'un des dogmes favoris de M. Ricord, de M. Ricord que dans toute sa polémique M. Diday a soin de proclamer son maître et son ami. Son ami, il a raison de le dire bien haut, car il est des amitiés qui honorent ; mais son maître, j'ai besoin qu'il le répète souvent, car je savais bien que M. Ricord édifiait, mais j'ignorais qu'il enseignât à battre en brèche son propre édifice.

Avec l'opinion que le chancre est infectant ou non, suivant la disposition individuelle momentanée, il est impossible d'admettre la dualité du virus, à plus forte raison quand on croit que l'induration n'est pas indispensable à l'infection. Aussi, à défaut d'un diagnostic différentiel un tant soit peu rigoureux, puisque celui-ci se borne à un seul caractère, l'incubation, que pour les besoins de la cause on cherche à réhabiliter, après en avoir, et avec juste raison, combattu l'existence, j'ai dû rechercher s'il y avait d'autres éléments de conviction dans cette théorie, et j'ai dû examiner la filiation que MM. Bassereau et Clerc attribuent à l'une et à l'autre espèce de chancre. Cette filiation est de la plus grande importance, car, si elle était réelle, il serait bien difficile de se refuser à admettre une nature particulière des différentes formes de chancres.

M. Bassereau nous dit qu'en remontant à la source d'une syphilide quelconque chez les hommes, il a constamment trouvé comme antécédent le chancre induré, et que, lorsqu'il a pu examiner la femme qui a donné le chancre induré, il a toujours constaté qu'elle-même était atteinte et de chancre induré et d'une syphilis généralisée, et que, quand il a examiné les femmes qui n'avaient donné que le chancre simple, elles n'avaient elles-mêmes que le chancre simple. Mais M. Bassereau a la bonne foi d'ajouter que l'on peut se tromper sur la filiation du chancre, c'est-à-dire sur la véritable source à laquelle il a été puisé, ce qui peut arriver toutes les fois qu'un homme se trouve infecté quelques jours après avoir eu des rapports avec plusieurs femmes suspectes ou bien lorsqu'un homme a intérêt par discrétion ou autrement à ne pas désigner la personne qui l'a rendu malade. Or M. Bassereau parle surtout de ce qui peut se voir dans les hôpitaux, et je suis entièrement de son avis sur la difficulté que l'on y rencontre à obtenir des renseignements exacts. Mais, dans la pratique particulière, il est incontestablement plus facile d'arriver à la source certaine ; et c'est là que l'on trouve des démentis à sa théorie, car on y voit des chancres indurés provenir de chancres simples, on y voit des chancres phagédéniques puisés chez des individus bien et dûment syphilitiques ; on est loin, enfin, d'y rencontrer cette régularité de transmission tant invoquée. C'est là une vérité de pratique qu'on peut vérifier tous les jours.

M. Bassereau n'a donné que des faits confirmatifs de chancres indurés produisant des chancres indurés ; il n'y a à cela rien d'étonnant, c'est la règle générale qui ne prouve que deux choses que nous savons tous : c'est d'abord que l'immense majorité des hommes est apte à recevoir la vérole constitutionnelle, c'est ensuite que celle-ci se traduit le plus ordinairement par l'induration du chancre.

Mais, quand M. Bassereau dit que, lorsqu'il a examiné la femme qui a donné un chancre simple non infectant, elle-même avait un chancre simple également non infectant, n'est-on pas en droit de lui objecter que, si l'infection générale n'est pas manifeste au moment où il examine ses deux malades, rien ne lui prouve qu'ils ne le deviendront pas l'un ou l'autre et peut-être l'un et l'autre dans un laps de temps plus ou moins éloigné ? car il ne faut pas perdre de vue que les circonstances du double examen ne sont plus les même. Dans le premier cas, celui du chancre induré, il a lieu souvent longtemps après la cicatrisation de l'ulcération et alors que ses conséquences sont manifestes, tandis que dans le cas de chancre simple ce n'est que pendant la période d'ulcération primitive que les malades sont examinés ; aussi, s'il est facile de s'assurer que le chancre n'est pas actuellement induré, son pronostic ne peut-il être que très incertain en tant que manifestations constitutionnelles.

Dans son mémoire sur le chancroïde, M. le docteur Clerc a cité treize faits de filiation des chancres ; huit ont trait à la filiation régulière du chancre induré, cinq à celle du chancre simple. Voici la treizième : « Un ouvrier typographe s'est présenté, il y a quatre mois, à notre » dispensaire pour y être traité de chancres multiples non indurés du » prépuce et du gland et de papules muqueuses de l'isthme du gosier » et de l'anus consécutives à un chancre unique et infectant contracté » six mois avant cette époque et dont il portait la cicatrice. Pendant la » durée du traitement de ces chancres simples, il eut des rapports avec » une jeune fille et lui communiqua les chancres : celle-ci, ayant en- » suite cohabité avec un ami de notre malade, ce nouveau venu a » partagé le sort commun ; il nous a été amené atteint de sept chan- » cres non indurés, non infectants. Ce malade, garçon intelligent et » curieux, nous entendait parler à propos de ses ulcérations de cette » migration du chancre d'un malade à un autre dans sa variété, nous » avoua que, malgré son état de santé, il avait eu des rapports avec » une jeune fille et que le résultat de ce rapprochement avait nécessité » l'entrée de sa victime à l'hôpital de Lourcine. Nous annonçâmes à » nos élèves que très probablement nous trouverions sur cette femme » des chancres de même variété que ceux de notre malade. M. Culle- » rier examina devant nous cette malade ; elle portait cinq chancres » disposés en croissant à l'entrée du vagin, chancres non indurés et » déjà notés tels par M. Heury, interne du service. » Là s'arrête le fait de M. Clerc, c'est à moi à en donner la fin, et j'appelle sur ce point l'attention de la Société. C'est mon interne qui a rédigé l'observation.

Obs. — La nommée Elise P..., dix-huit ans, couturière, entrée à Lourcine, salle Saint-Louis, n° 5, le 3 août 1854.

A son entrée, on constate à la partie postérieure de la vulve cinq ulcérations rangées en forme de croissant ; elles siégent sur de petites élevures mamelonnées ; elles ont un fond grisâtre, sanieux, déprimé en godet et des bords taillés à pic.

Le vagin est le siége d'une inflammation intense avec sécrétion muco-purulente ; le col utérin est intact. Les ganglions inguinaux des deux côtés sont légèrement engorgés, indolents ; ils forment une pléiade manifeste, surtout dans les plus internes. *Traitement :* pansement simple, bains entiers, injections vaginales avec l'eau aluminée. M. le docteur Clerc, qui vint visiter la malade, nous dit que cette jeune fille a été infectée par un jeune homme atteint de plusieurs chancres au prépuce, non indurés et n'ayant pas déterminé d'accidents secondaires, et qu'ensuite elle a eu commerce avec un individu sain auquel elle a à son tour communiqué des chancres simples. M. Clerc pense, d'après cela, que notre malade n'aura pas de symptômes secondaires.

Le 21 août, aucun traitement spécifique n'ayant été fait, les chancres existent toujours ; les ganglions inguinaux sont dans le même état d'engorgement indolent. La malade se plaint de perdre ses cheveux ; cependant on ne voit rien sur le cuir chevelu.

Le 28, les chancres tendent vers la cicatrisation ; il y a sur les grandes lèvres quelques ulcérations blanchâtres ; on constate sur toute l'étendue de la peau du ventre et sur celle de la poitrine des taches de roséole. La chute des cheveux persiste, et l'on sent distinctement plusieurs ganglions occipito-cervicaux. La malade est mise en traitement par la liqueur de Van-Swieten.

Le 4 septembre, les chancres sont presque entièrement cicatrisés ; quelques condylomes, dont l'un ulcéré, existent à l'anus.

Le 8, cicatrisation complète des chancres. Même état général.

Le 18, rougeur vive du pharynx, mais sans ulcérations. La roséole disparaît ; les cheveux continuent à tomber. — Même traitement mercuriel ; de plus, le vagin est touché deux fois par semaine avec la solution d'azotate d'argent.

Le 1er octobre, tout a disparu à peu près ; mais le traitement mercuriel est considéré comme insuffisant, puisqu'il n'a été commencé que longtemps après l'entrée de la malade à l'hôpital, lorsque les symptômes constitutionnels se sont manifestés.

Le 30, sortie dans un état parfait de guérison.

Telle est, messieurs, l'observation que j'avais dû rendre complète lorsque M. Clerc publia son mémoire dans lequel il m'avait cité, afin que l'on sût bien que je ne partageais pas sa manière de voir. Je ne puis que répéter ce que je disais à cette époque, à savoir : qu'il était fâcheux que mon honorable confrère n'ait pas complété l'observation dont il n'avait donné que le début, car elle prouve précisément le contraire de ce qu'il avance, puisque des chancres simples considérés comme non infectants, contractés avec un homme ayant le même symptôme, puis communiqués sous la même forme à un autre homme, ont été suivis chez cette femme de roséole, d'alopécie, d'engorgements cervicaux, de condylomes à l'anus, symptômes qui ont nécessité un traitement mercuriel de deux mois et un séjour de quatre-vingt-huit jours à l'hôpital.

C'est en vain, ce me semble, que M. le docteur Clerc a récriminé contre le complément de l'observation, en disant que je n'étais pas en mesure d'affirmer que la malade n'avait pas eu de rapports avec d'autres hommes qui auraient très bien pu lui communiquer un chancre infectant qu'elle n'aurait pas tenu de son client. J'avoue qu'à la rigueur cela était fort possible ; mais je m'étoune qu'on se serve d'un pareil argument quand soi-même on a assez de foi dans la filiation d'un symptôme pour la citer en faveur de son opinion. Assurément si je n'avais rien dit, ce fait eût passé parmi les plus probants de la transmission toute spéciale du chancre non infectant. Je ferai remarquer aussi que, dans le cas présent, c'est vouloir tout obscurcir que d'attribuer, comme on l'a insinué, l'explosion de la manifestation constitutionnelle à un chancre induré antérieur, plutôt que d'y voir la conséquence de l'induration ganglionnaire actuelle à laquelle on n'avait même pas fait attention. Non, dans cette observation je crois ne m'être trompé que sur un seul point ; c'est celui de l'apparition des symptômes généraux, qui se sont fait attendre beaucoup moins longtemps que je ne supposais.

Au moment où j'écris ces lignes, je donne des conseils à un de nos confrères qui est affecté d'un chancre induré, de roséole et de plaques muqueuses pharyngiennes. Je n'ai pas visité la femme qui l'a infecté, mais ce confrère, qui avait de bonnes raisons pour faire un examen attentif, m'assure de la manière la plus formelle qu'elle n'avait au moment du coït qu'une ulcération sans la moindre induration locale et sans rien de bien apparent dans les aines, à ce point qu'il croyait à une simple affection herpétique de la vulve.

M. Clerc pense que le chancre non infectant est le résultat de la modification imprimée au chancre induré par une vérole constitutionnelle ancienne ou actuelle par suite de la loi indiquée par M. Ricord, à savoir : qu'on ne peut être atteint deux fois de syphilis générale. On ne saurait disconvenir que cette manière de voir est assez ingénieuse ; mais voici un fait qui vient prouver contre elle, et qui en même temps est en faveur de la loi d'unicité.

Un jeune homme est affecté de chancre induré, puis de symptômes constitutionnels. Un traitement rationnel est suivi régulièrement, et tout disparaît. Au bout de quelques années cet homme gagne un nouveau chancre qui reste à l'état simple, sans retentissement sur l'économie. Le malade, fort éclairé d'ailleurs, mais ayant mal compris la portée de ce qu'il avait entendu dire, qu'on n'avait pas deux fois la vérole, n'attacha aucune importance à l'ulcération dont il était affecté, et n'hésita pas à se marier sans prendre aucun conseil médical. La jeune femme, comme on peut le croire, fut bientôt elle-même affectée d'un chancre. Mais celui-ci s'indura, se compliqua d'engorgements ganglionnaires, puis fut suivi, dans l'espace de temps habituel, d'une syphilide papulo-tuberculeuse générale, d'alopécie, d'impétigo du cuir chevelu, et plus tard d'accidents tertiaires.

Ce fait, qui a été bien observé, et dont j'ai été témoin avec nos honorables confrères MM. les docteurs Cazeaux et Coffin, me paraît des plus remarquables et l'une des meilleures preuves que l'on puisse donner contre l'idée de la dualité du virus. Il me paraît aussi un argument puissant en faveur de l'unicité de la vérole, dont M. Ricord a eu le tort de faire une loi absolue, tandis qu'il lui eût donné une plus grande valeur s'il n'en avait fait qu'une règle générale.

Je n'insisterai pas davantage sur les faits semblables à ceux que je viens de citer. Il n'est personne dans la Société de chirurgie qui ne puisse en trouver dans ses souvenirs. Le docteur Jeanssens (de Bruxelles) en a fait connaître plusieurs dans un article sur le sujet actuel qu'a publié en février dernier la *Presse médicale belge*. M. le docteur Langlebert en a rapporté plusieurs également cette année dans l'*Union médicale*. Enfin, je rappellerai que lorsque j'eus l'honneur de faire ici un rapport sur l'ouvrage de la syphilisation de M. Sperino, j'avais eu soin de mettre en relief ce fait qu'il énonçait lui-même ; à savoir, que dans ses innombrables expériences avec du pus chancreux de toute forme, les différences dans les résultats ne varièrent que suivant les conditions diverses dans lesquelles se trouvaient les individus que l'on soumettait aux inoculations.

La théorie de la pluralité des virus ne prend par les syphiliographes à l'imprévu, comme on affecte de le dire en insistant sur la nécessité d'étudier la question avant de se prononcer. J'ai cité Carmichael, j'ai dit que ses doctrines étaient jugées par l'expérience de tous les jours. Or, pour apprécier le rapport des accidents secondaires avec les accidents primitifs, il fallait bien étudier ces derniers. D'ailleurs, l'ouvrage de M. Bassereau n'est pas tout récent, et parmi les excellents chapitres qu'il contient, celui qui traite de ce point étant le plus capital, il a nécessairement frappé les observateurs, qui doivent être en état aujourd'hui de se prononcer pour ou contre, et comme l'opinion de M. Clerc est la même absolument, si ce n'est que l'explication qu'il donne est plus séduisante, il me semble que la question peut commencer à s'éclaircir, et qu'il est du devoir de chacun d'y apporter ses preuves.

Pour mon compte, si je ne crains pas de me poser en adversaire de ces idées nouvelles, c'est que non-seulement je crois avoir vu des faits qui leur donnent un démenti, mais c'est aussi que je ne puis admettre l'induration chancreuse comme le critérium obligé de l'infection constitutionnelle, et que c'est une opinion qui me paraît indispensable à l'acceptation de la dualité des virus, sous peine de tomber dans les abstractions et dans une logomachie déplorable.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Chevalier du Fau, d'Aurillac (Cantal) ; *Du régime alimentaire dans les maladies et de ses principales sources d'indications.*

Tison, de Paris (Seine) ; *De la pourriture d'hôpital.*

Camille, de Sorèze (Tarn) ; *Essai sur l'hémoptysie.*

Gourbeil, de Moëze (Charente-Inférieure) ; *Essai sur l'épidémie de choléra observée à l'armée d'Orient depuis son invasion jusqu'au 1er mars 1855.*

Chamski, de .....; *Aperçu sur l'épidémie cholérique de 1854, observée à Saint-Chinian.*

Seguy, de Pierrelattes (Drôme) ; *Quelques mots sur les affections de l'âme considérées comme causes de maladies.*

Morin, de Versailles (Seine-et-Oise) ; *Considérations générales sur l'acclimatement en Algérie.*

Odoyer, de Tavel (Gard) ; *Etude sur la chlorose.*

Toutes les thèses soutenues à la Faculté sont annoncées dans la *Gazette* ; celles qui sont remises à notre bureau sont analysées dans un des numéros qui suit la remise.]

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. Decq ;
A Genève, à la librairie de Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Traité pratique des maladies des nouveau-nés et des enfants à la mamelle, précédé d'un précis sur l'hygiène et l'éducation physique des jeunes enfants ; par M. le docteur E. Bouchut, ancien interne du service des enfants de l'hôpital Necker, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie (enfants). Troisième édition, corrigée et considérablement augmentée. Paris, 1855. Un vol. in-8° de 856 pages. Prix : 9 fr. — Chez J.-B. Baillière, éditeur.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8

N° 104. — JEUDI 6 SEPTEMBRE 1855. (28e ANNÉE.) N° 104. — JEUDI 6 SEPTEMBRE 1855.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 5 SEPTEMBRE 1855.

Séance de l'Académie de Médecine.

Le menu de cette séance a consisté en deux rapports de MM. Bricheteau et Jobert (de Lamballe), et une lettre de M. Heurteloup. Le sujet du rapport de M. Bricheteau, sans être neuf, ainsi qu'il l'a fait remarquer avec raison, n'en a pas moins un intérêt pratique toujours actuel. Les phénomènes d'intermittence et de rémittence, qu'on les désigne sous les noms plus ou moins impropres de phénomènes larvés ou latents, méritent toujours d'être pris en sérieuse considération par les praticiens; et rien n'est à la fois plus curieux au point de vue pathologique et plus satisfaisant que de voir céder les phénomènes morbides les plus variés et les plus opposés en apparence, sous l'influence de l'administration des antipériodiques. Les observations recueillies par M. Rossignol méritaient donc une attention plus sérieuse que celle qui lui a été accordée par M. le rapporteur.

Le rapport de M. Jobert a été un juste hommage rendu au savoir et au zèle scientifique d'un honorable praticien, M. da Costa, qui a contribué à importer dans des contrées lointaines les progrès de la chirurgie moderne, et à substituer aux préjugés et aux pratiques empiriques plus ou moins funestes du pays les sages préceptes d'hygiène qu'il a puisés à l'École de Paris.

M. Heurteloup a exposé devant l'Académie une nouvelle méthode de suture profonde dont il ne nous est pas possible, sur un simple et rapide aperçu, de juger la valeur; mais il est permis de présumer, d'après l'esprit ingénieux bien connu de l'auteur, qu'il pourrait y avoir là le germe d'un véritable progrès.

DE L'ABSORPTION DANS LA PÉRIODE ALGIDE DU CHOLÉRA.

Dans le numéro du 21 juillet dernier, nous avons inséré une note de M. Abeille ayant pour objet de démontrer que l'absorption continue à se faire dans la période algide du choléra, contrairement à ce que quelques médecins ont cherché à démontrer par voie d'expérimentation. Nous avons reçu depuis l'insertion de cette note deux lettres, l'une de M. Duchaussoy, et l'autre de M. Deroy (de Beton-Bazoches), qui réfutent à leur tour l'opinion de M. Abeille. D'un autre côté, diverses communications ont été faites sur le même sujet à l'Académie des sciences par M. Thomas, et tout récemment par M. Duchaussoy. Dans le but d'abréger le débat soulevé par ces diverses communications, nous avons soumis directement les deux lettres en question à M. Abeille, en le priant de nous les renvoyer avec la réponse qu'il jugerait convenable d'y faire. La réplique de notre honorable confrère, jointe à ces deux lettres et aux communications que nous venons de rappeler donne à cet ensemble de documents des proportions telles qu'il nous serait impossible de les publier textuellement. Dans cet état, nous avons cru faire une chose utile pour nos lecteurs en résumant cette discussion.

La lettre de M. Duchaussoy porte principalement sur les trois points suivants de la note de M. Abeille :

« L'absorption des médicaments ne saurait être éteinte chez les cholériques, parce que, après la mort, l'absorption persiste dans la matière organisée. » — Entre autres preuves à l'appui, M. Abeille cite la pénétration de l'arsenic du sol dans les cadavres, le tanage des peaux, etc.

« Dans le choléra le plus algide, il y a encore un reste de circulation, donc l'absorption continue. »

« Enfin la recherche des effets physiologiques d'un médicament ne serait pas un bon moyen d'en constater l'absorption. »

Sur le premier point, M. Duchaussoy résume toute son argumentation dans ce seul fait, que M. Abeille confond l'*imbibition* avec l'*absorption*; la simple pénétration des liquides dans les membranes et les vaisseaux de ces membranes par le fait de l'endosmose, phénomène commun aux cadavres et aux parties vivantes, et le transport de la substance absorbée dans la circulation générale par le fait des courants sanguins et lymphatiques, qui appartient exclusivement aux parties vivantes.

Le second point n'est pas plus fondé aux yeux de M. Duchaussoy. « Sans doute, dit-il, le sang circule dans les principaux vaisseaux; mais qui ne sait que dans des artères plus grosses même que la radiale on peut ne pas trouver de pulsations? Or si les pulsations sont imperceptibles dans de pareils vaisseaux pour certains points du corps, que doit être devenue la circulation capillaire dans ces mêmes points? » M. Duchaussoy a constaté dans plusieurs cas que la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, incisés dans toute leur épaisseur, étaient complétement exsangues.

Quant à l'objection qui consiste à nier que la recherche des effets physiologiques d'un médicament soit un bon moyen d'en constater l'absorption, M. Duchaussoy se borne à faire remarquer que, l'action thérapeutique des médicaments étant dans beaucoup de cas un phénomène de même ordre que leur action physiologique, à savoir, une modification des fonctions perverties de l'organisme, il est au moins aussi naturel de rechercher l'absorption médicamenteuse dans les changements fonctionnels des organes que de la rechercher dans l'examen chimique de l'urine ou du sang.

« Enfin, dit en terminant M. Duchaussoy, il y avait un moyen fort simple de savoir si, comme on le prétend, les médicaments administrés aux cholériques ne donnaient pas les signes physiologiques de leur absorption, parce que l'état morbide s'opposait à leur manifestation, tout en permettant l'absorption du médicament, ou bien si l'absence de ces signes tenait à la perte de la propriété d'absorber. Pour cela, il suffirait de remplacer l'absorption, que je supposais anéantie, par une opération qui pût, comme elle, porter le médicament dans la trame de nos tissus et de s'en référer à ce simple raisonnement : Si c'est bien par le fait de l'état morbide que les signes physiologiques ne paraissent pas, ils ne se produiront pas davantage après cette opération; si au contraire ils n'ont pas lieu par le fait de la perte de l'absorption, ils devront se manifester aussitôt que j'aurai suppléé à cette faculté, en produisant artificiellement ses résultats. »

« Eh bien! la réponse a été précise. En injectant de la belladone dans les veines, *trois minutes après les pupilles étaient complétement dilatées*. Ces expériences, répétées avec d'autres substances, ont donné les mêmes résultats. »

M. Deroy trouve également la preuve de la non-absorption des médicaments pendant la période algide du choléra dans l'absence de tout phénomène physiologique capable d'en révéler l'action; et, demandant à M. Abeille de lui apprendre comment, sans effet aucun, on peut se croire fondé à conclure à l'existence d'une cause agissant avec autant d'énergie, il déclare qu'on ne le convaincra jamais que le sulfate de strychnine, même à quelque dose qu'il soit administré, guérisse, ou même modifie en quoi que ce soit le choléra à l'état algide, puisque entre ses mains comme entre celles de tant d'autres, ce médicament est resté sans effet.

M. Deroy va plus loin encore. Admettant que par une série d'expériences, que M. Abeille reproche à ses adversaires de n'avoir point faites, on parvienne à trouver dans les résidus du tube digestif, dans les urines, dans le sang, des traces du médicament administré, cela ne saurait résoudre à ses yeux la question de l'absorption; « parce que, dit-il, ces expériences, alors même que les résultats en seraient positifs, ne peuvent démontrer que le médicament ait pénétré par absorption plutôt que par imbibition. » La seule preuve admissible de l'absorption, pour lui, est l'action physiologique ou médicatrice. « Peu m'importe, dit-il, que l'on trouve de la strychnine après la mort, si pendant la vie ce médicament est resté inerte au sein de l'économie. » Il résume son opinion en ces termes : « Je suis persuadé que chez un cholérique arrivé à l'état algide, quelles que soient l'énergie et la dose du médicament administré par l'estomac et par la peau, il ne peut se produire aucun effet appréciable, et qu'il est impossible d'avancer ou de retarder d'une heure l'issue de la maladie; un cholérique arrivé à cette période ne peut donc être guéri ou empoisonné par l'action des médicaments. »

Nous venons de résumer dans ce qu'elles ont d'essentiel les deux lettres de MM. Duchaussoy et Deroy. Nous l'avons fait en laissant aux auteurs toute la responsabilité de leurs arguments. La réponse de M. Abeille n'est pas susceptible d'une analyse semblable; il nous serait impossible de présenter l'ensemble de son argumentation sans intervenir plus ou moins directement nous-même dans le débat : c'est ce que nous allons essayer de faire avec la plus grande impartialité possible.

Ce serait avec raison, sans doute, que M. Abeille s'élèverait contre la prétention de M. Deroy, qui ne conclurait pas à l'absorption, alors même qu'après la mort on trouverait de la strychnine dans les urines d'un cholérique, sous la prétexte que la strychnine aurait pu pénétrer dans l'économie aussi bien par imbibition que par absorption. Ce serait reproduire cette confusion entre l'absorption et l'imbibition, que M. Duchaussoy reproche avec raison, suivant nous, à M. Abeille. Si l'on constatait l'existence de la strychnine dans l'urine d'un cholérique, nous ne ferions aucune difficulté, pour notre compte, à en conclure qu'il y a eu absorption et non point simple imbibition. Mais là gît justement la difficulté. Ou la sécrétion urinaire continue, et le malade, dans ce cas, n'est évidemment pas dans la période algide (nous sommes très porté à croire que tel était le cas du malade dont a parlé M. Abeille dans sa note); ou la sécrétion urinaire est entièrement supprimée, et nous ne voyons pas alors comment on pourrait y déceler l'existence de la strychnine. Que si, le malade étant entré en réaction, l'analyse des urines y fait découvrir des traces de strychnine, cela peut bien prouver que la strychnine déposée dans les voies digestives a été absorbée après la réaction, mais nous n'y voyons pas encore la preuve qu'elle ait été absorbée pendant la période algide.

Sur ce point donc, sans admettre dans toute sa rigueur l'argumentation de M. Deroy, nous ne saurions y trouver une réfutation suffisante dans les fins de non-recevoir que lui oppose M. Abeille. Là se borne à peu près la réponse de ce dernier au médecin de Beton-Bazoches. Mais la lettre de M. Duchaussoy lui a paru mériter une plus longue réfutation.

M. Abeille fait remarquer avec quelque apparence de raison qu'il y a une sorte de contradiction impliquée dans ces deux propositions de M. Duchaussoy, savoir : que la circulation capillaire est entravée dans l'algidité cholérique, et que là où il n'y a pas de circulation capillaire il ne saurait y avoir d'absorption; et d'autre part, qu'un moyen de contrôle des expériences sur lesquelles on a établi l'absence d'absorption par l'estomac consiste à injecter dans les veines un agent médicamenteux spécial dont il soit facile de constater les effets physiologiques sur les points où les dépose le torrent circulatoire.

« Eh quoi! s'écrie M. Abeille, l'exsanguité du tissu cellulaire et de la peau, observée par vous dans l'algidité, vous sont des preuves convaincantes de l'extinction de la circulation capillaire, que je crois persistante, et puis vous venez démontrer à quelques lignes de là, et de la manière la plus complète, l'existence de cette circulation!... Si la circulation capillaire est éteinte, pourriez-vous nous dire par quel mécanisme 10 grammes de solution, contenant 7 centigrammes et demi de solution, injectés par la médiane céphalique, ont pu, en trois minutes, déterminer la dilatation de la pupille? »

Cette objection de M. Abeille est plus spécieuse que réelle. M. Abeille ne peut ignorer que la circulation capillaire peut être plus ou moins complétement éteinte sur la surface cutanée et sur cette autre peau interne, la muqueuse gastro-intestinale, sans être éteinte dans les organes plus profondément situés. Et si l'on considère surtout que dans l'exemple cité l'agent est porté directement dans la veine, et qu'il n'a plus qu'à parcourir la grande circulation qui a conservé encore en partie son activité, pour arriver dans le système capillaire de l'œil et y exercer son action physiologique habituelle, on comprendra très bien que la persistance de ce phénomène n'implique pas du tout que les choses eussent pu se passer de même si l'agent en question eût été déposé sur la peau ou sur la surface muqueuse de l'estomac. En un mot, la circulation capillaire peut parfaitement être anéantie sur la peau et sur la muqueuse gastrique, et partant l'absorption avec elle, bien que ces deux fonctions persistent encore dans les organes intérieurs. La contradiction signalée par M. Abeille est plus réelle et plus frappante à l'égard de l'expérience qui consiste à faire absorber de la belladone par la peau de la paupière.

La suite de la lettre de M. Abeille est consacrée exclusivement au côté pratique de la question, à l'efficacité de la strychnine dans le traitement des différentes périodes du choléra, d'où il tire l'argument le plus significatif à ses yeux en faveur de la conservation de l'absorption dans la période algide du choléra. Nous demanderons à M. Abeille la permission de réserver cette question et de nous borner pour l'instant à la partie de sa lettre qui répond aux objections théoriques et expérimentales qui ont été faites à son travail. S'il nous est permis d'émettre notre avis sur ce point, ou plutôt l'impression qui est résultée pour nous de la lecture attentive des documents que nous avons eus sous les yeux, nous dirons que le fait de la non-absorption dans la période algide du choléra, qui avait déjà été pressenti par le plus grand nombre des praticiens, nous paraît avoir été démontré par les expériences de M. Du-

chaussoy, et que les faits invoqués par M. Abeille ne sont pas suffisants pour justifier son opposition. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. Trousseau.

Des angines (1).

Nous arrivons à l'histoire thérapeutique de la diphthérie, c'est-à-dire au point le plus ardu de la question; j'essaierai de vous donner le plus possible de notions pratiques. Il doit rester bien entendu dans notre esprit que la diphthérie commence par une affection qui *semble* être purement locale, mais qui se revêt ensuite d'un double caractère résultant d'accidents dus à l'affection locale, d'une part, et à l'affection générale, de l'autre. Vous savez déjà qu'on lutte avec beaucoup plus de chances de succès contre la diphthérie locale que contre la diphthérie générale, dont les conséquences sont terribles, puisque la peau, la bouche, le vagin, le prépuce, les membranes muqueuses et les plaies diverses peuvent être primitivement frappés avant que l'individu ait été atteint dans son économie.

Cherchons donc d'abord un remède contre ces lésions locales; car une fois détruites, l'affection s'arrête franchement. Il est positif que, quand la médication topique a été faite, le médecin est susceptible, dans le plus grand nombre des cas, d'intervenir de la manière la plus puissante et la plus utile. J'en excepte évidemment les angines foudroyantes, heureusement assez rares, dont je vous ai dit un mot.

Parmi les médications, il en est de rationnelles et d'empiriques. Dans les rationnelles, se trouvent les antiphlogistiques et les altérants, tandis que les topiques font partie de la médication empirique.

Voici les raisonnements qui ont été faits successivement : puisque la diphthérie commence par une phlegmasie, s'est-on dit, il suffit de détruire la phlegmasie pour en faire disparaître les effets; alors on a dû chercher à éteindre cette phlegmasie.

Comparant ensuite la diphthérie à la pleurésie, on arrivait à cette hypothèse : il se fait une sécrétion à la surface de la plèvre enflammée, des fausses membranes s'établissent, des épanchements pleurétiques se forment; or, la même chose se produit à la peau. En effet, si sous l'influence d'une phlegmasie la peau vient à s'enflammer, il sera sécrété sous le derme une grande quantité de sérosité, et la bulle du vésicatoire correspondra ainsi à la collection pleurétique, de même que la fausse membrane à la plèvre fera le pendant avec la fausse membrane du vésicatoire. On découvrit à l'analyse les mêmes éléments dans la sérosité diphthérique que dans la sérosité du vésicatoire, puis les mêmes éléments encore furent retrouvés aussi bien dans les fausses membranes diphthériques que dans les fausses membranes formées à la surface du vésicatoire. Les médecins en arrivèrent donc, *par rationalisme*, à regarder ces deux maladies comme parfaitement identiques. Mais il restait une difficulté immense, la spécificité.

Si les phlegmasies ont des caractères communs, tels que la douleur et la rougeur, elles en ont également qui leur sont propres; et c'est ainsi que la bulle se distingue autant de la pustule que l'ectyma de la variole.

Le rationalisme ne conduit, en médecine, qu'à des sottises. En raisonnant, vous ne commettrez que des erreurs dans la pratique. Oui, la diphthérie est bien une phlegmasie, mais une phlegmasie spécifique. En rejetant la spécificité, vous arriveriez aux lugubres résultats de ce médecin de la Chapelle-Vérouge, qui, en 1827, dans une épidémie d'angines diphthériques, perdit soixante malades sur soixante. Il les avait tous traités avec des saignées et de l'émétique, de l'émétique et des saignées.

J'ai vu traiter par la méthode antiphlogistique un très grand nombre de malades atteints de diphthérie pharyngienne; je déclare que les fausses membranes ne s'en produisaient pas moins, et qu'elles se propageaient au larynx avec une aussi intense célérité. Cependant le mouvement inflammatoire était peut-être un peu éteint.

Les partisans de la médication altérante espéraient, en diminuant l'état de plasticité du sang, détruire la phlegmasie. Mais ne savons-nous pas que les personnes affectées de la goutte ou de la gravelle, et qui, du matin au soir, se saturent de bi-carbonate de soude et d'eau de Vichy, ont des prédispositions toutes particulières aux phlegmasies? Leur sang est appauvri, dissous, ressemble beaucoup plus à du sang de poisson qu'à celui des mammifères; et néanmoins, sous l'influence de la moindre cause, les phlegmasies pulmonaires, les pleurites et les péritonites font invasion.

Les chlorotiques ont proportionnellement une grande quantité de fibrine, et quel sang est plus dissous que le leur? Contractent-ils avec moins de fréquence et de gravité des pneumonies, des rhumatismes articulaires aigus? Non; aussi convient-il de repousser ce mensonger espoir fondé sur le défaut de plasticité du sang. Lorsque le mal s'étend au larynx, on a recours à des altérants, tels que les alcalis; mais pouvez-vous arriver à modifier les sécrétions au point qu'il ne s'en fasse plus de fibrineuse? On ne guérit pas les angines couenneuses avec le bi-carbonate de soude; elles guérissent toutes seules. Je ne prétends point parler, vous le comprenez, de l'angine diphthérique.

De l'examen des méthodes rationnelles, passons à l'empirisme. On a depuis quelque temps maille à partir avec des angines diphthériques très graves. A l'hôpital de la rue de Sèvres, il meurt à peu près deux enfants par semaine. En ce moment, dans une institution de Paris, quatorze jeunes garçons ont une diphthérie pharyngienne dont l'expression est inquiétante. Les amygdales et le pharynx sont énergiquement traités par les topiques; les vomitifs ne sont pas négligés non plus. Chaque jour apparaît un nouveau cas, mais chaque jour aussi toutes les gorges des élèves, malades ou bien portants, sont passées scrupuleusement en revue, et l'on fait promptement justice de la plus petite apparence de symptôme diphthérique.

En 1826, au prytanée militaire, à la Flèche, se déclara une épidémie d'angines diphthériques; un certain nombre d'écoliers et une religieuse succombèrent. Le ministre de la guerre pria M. Bretonneau de s'y transporter. A son arrivée, il trouva de 70 à 75 cas de diphthérie. Grâce à la revue quotidienne des gorges, grâce à la médication topique, le prytanée ne perdit bientôt plus un seul élève.

Lorsque je fus envoyé en Sologne en 1828, je vous ai dit avoir constaté dans une ferme 15 décès sur 17 personnes; mais là les saignées et les sangsues avaient été richement prodiguées. Presque à côté, j'ai traité quinze diphthéries de suite sans voir succomber un seul malade; le seizième, il est vrai, a payé son tribut à la mort; mais dans cette petite localité je n'avais pas l'énorme ressource de visiter toutes les gorges, comme cela se fait à cette institution dont je vous parlais il n'y a qu'un instant. M. le préfet du Loiret me signala la commune de Marcilly-en-Villette comme étant fort maltraitée. Je m'y rendis, et les registres mortuaires m'apprirent que sur une population de 900 âmes on ne comptait pas moins de 66 décès. En général, dans les villages décimés, toutes les fois que je me suis servi de la médication topique, j'ai guéri.

A la Ferté-Saint-Aubin, le médecin avait complétement renoncé à voir les malades, tant il était pénétré de son impuissance à combattre la diphthérie; mais, en revanche, une aubergiste, la femme Tessier, obtenait de merveilleuses cures; entre ses mains, le *mal de gorge blanc* disparaissait comme par enchantement. J'allai la voir, et bien qu'elle me parût très fière de ses succès, elle se montra vis-à-vis de moi d'une très bonne composition. Je désirais qu'elle me présentât ses malades; elle le fit. Je me rendis, sur ses indications, au moulin du Petit-Cantaloup, auprès d'un jeune garçon que je trouvai occupé à sa besogne. J'inspectai la gorge; elle était tapissée des plus épouvantables fausses membranes, les ganglions du cou étaient notablement engorgés. Il guérit. La recette de la femme Tessier consistait à seringuer une solution saturée d'alun et de vinaigre. J'ai vu, et de mes yeux vu, un bon nombre de malades sauvés par cette femme, des adolescents et des adultes surtout, car les enfants mouraient presque tous. Lorsque je lui demandai comment elle en était arrivée à imaginer sa solution d'alun, elle me répondit avec la plus naïve simplicité : « On » donne cela aux cochons lorsqu'ils ont le mal de gorge blanc, j'ai » pensé que c'était la même chose. » Les porcs ont, en effet, à la gorge une maladie analogue au muguet des enfants, qui les étrangle le plus souvent.

La médication de la femme Tessier n'est autre que le traitement d'Arétée, qui, pour le mal syriaque, insufflait dans la gorge de l'alun en poudre avec un roseau, ou qui badigeonnait le pharynx avec un mélange de vinaigre et d'alun. Le grand remède des anciens consistait dans l'alun ou le sulfate de cuivre. Les mixtures égyptiaques des Arabes, appliquées sur les parties malades, se composaient de sulfate de cuivre mêlé à du miel. La femme Tessier exhumait donc le traitement antique sans avoir fait le voyage de Cappadoce.

Du reste, je me servais moi-même de l'alun, et M. Bretonneau avant moi l'avait employé; mais je recueillais des informations près de tout le monde, étant bien aise de savoir comment s'y prenaient les autres.

Lisez les *Maladies membraneuses et couenneuses de la gorge* de Van-Swieten, et vous verrez que Boerhaave proclamait très haut les excellents résultats obtenus avec l'esprit-de-sel. Lisez encore la fameuse *Epidémie de Picardie* par Marteaux de Grand-Villers; il y est grandement question de l'esprit-de-sel pur (acide chlorhydrique concentré) comme guérissant le mieux.

Les anciens et les modernes n'ont sauvé des malades qu'avec les médications cathérétiques et caustiques, qu'avec l'alun, l'acide chlorhydrique et le sulfate de cuivre. Nous avons importé notre nitrate d'argent; mais qu'est-ce que le nitrate d'argent, sinon un cathérétique? La médication est la même, et il n'y a que les topiques qui ont du succès.

Lorsque vous êtes appelé pour donner des soins à un malade atteint de diphthérie, on ne vous oppose habituellement, surtout si vous avez affaire à un adulte, aucune résistance pour la médication qu'il vous convient d'employer. Vous aurez donc à choisir entre l'alun, l'acide chlorhydrique, le sulfate de cuivre ou une solution de nitrate d'argent.

On commence par abaisser la langue avec une cuillère; on prend un pinceau pouvant contenir du liquide en assez grande quantité, on l'égoutte au préalable, afin que la langue ne soit pas brûlée, on l'introduit avec précaution dans la bouche et on le porte rapidement sur la gorge. Le pinceau à blaireau est très bon, parce qu'il a l'avantage de s'étaler. Pendant les deux ou trois premiers jours vous cautérisez ainsi une, deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures; puis si les fausses membranes viennent à ne plus se régénérer, vous ne portez plus votre pinceau que deux fois; enfin vous ne touchez plus la gorge qu'une fois, quand elles ont tout à fait cessé de se produire. Dans l'intervalle des cautérisations, le malade lui-même, après avoir mouillé le doigt indicateur de la main droite et l'avoir imprégné de poudre d'alun, le portera sur l'amygdale droite; le doigt indicateur de la main gauche sera de la même manière porté sur l'amygdale gauche.

Chez les enfants, c'est beaucoup moins facile, car la langue et la gorge veulent être traitées avec douceur et adresse. Une prise d'assaut échoue constamment, et les envies de vomir ne tardent pas à se montrer. Si vous vous y prenez un peu mollement, vous abaissez la langue sans obstacle et découvrez une gorge superbe. Evitez le plus possible de brûler la langue, car cela occasionne de la souffrance et enlève le goût; puis servez-vous non pas d'une petite cuillère à café, mais bien d'une grosse cuillère à soupe, et que le manche ne soit ni cannelé ni ciselé, comme dans les familles riches, car la pression déterminerait de la douleur. Il faut que l'enfant sache bien que le médecin est son maître; *timor domini initium sapientiæ*. Vous placez votre petit malade sur les genoux du père ou d'un domestique; vous faites éloigner la mère et commandez à un aide de tenir solidement la tête; tous ces détails, qui vous paraîtront peut-être futiles, sont d'une utilité pratique considérable. Vous étant orienté de façon à avoir le plus de jour possible, vous ouvrez la bouche en tenant votre cuillère de côté. Si l'enfant vous résiste, s'il serre les dents, pincez lui le nez. Bientôt, pour respirer, il entr'ouvrira sa bouche et se mettra même en mesure de crier; alors, sans perdre une seconde, vous introduirez la cuillère.

Quoique vous vous y soyez pris doucement, ainsi que je vous l'ai conseillé, il y aura des envies de vomir, cas auquel les amygdales vous apparaîtront au grand large. Cette favorable circonstance vous permet de cautériser. Si vous avez été maladroit et brusque, si les dents sont brisées et la bouche toute sanglante, vous ne savez plus trop ce que vous faites, et l'enfant, obéissant à son instinct de résistance, ne vous cède pas; mais autrement il vous montre sa bouche de son plein gré. Le soin d'insuffler de l'alun, confié d'ordinaire à la mère, se fait avec un tube de verre quatre, cinq ou six fois par jour. Dans le cas où il y a opposition et refus de la part du petit malade, on lui injecte par le nez une solution d'alun; cela ne manque pas d'arriver dans la gorge, et les fosses nasales, trop souvent susceptibles de se prendre de diphthérie, ne s'en trouvent pas plus mal.

Pourquoi n'employez-vous pas le crayon au nitrate d'argent, allez-vous me dire? Parce que les enfants le mordent ou l'avalent et qu'il détermine dans ce cas la plus odieuse douleur tout le long de l'œsophage. Le crayon laisse, en outre, sur l'amygdale une tache blanche, épaisse, persistant pendant douze ou quinze heures et ressemblant à une fausse membrane. L'acide chlorhydrique a le même inconvénient. Le médecin ne sait pas alors si l'amygdale a été blanchie par une fausse membrane originelle ou par une fausse membrane produite par l'agent cathérétique.

Vous emploierez donc l'alun, le sulfate de cuivre et la solution de nitrate d'argent, qui ne laissent jamais de fausses membranes et qui sont mille fois préférables au crayon, même chez l'adulte. Il ne faut point appliquer une tangente sur une sphère, mais quelque chose qui atteigne toute la surface; or le crayon est droit et inflexible et nullement apte à remplir cette condition.

(La suite à un prochain numéro.)

(1) Suite. — Voir le numéros des 24, 30 juillet et 28 août.

MAISON DE SANTÉ. — M. Monod.

Amputation de la jambe au lieu d'élection par la méthode à deux lambeaux.

Les amputations se pratiquent suivant trois grandes méthodes, savoir : la méthode circulaire, la méthode à lambeaux et la méthode ovalaire. Comme la plaie qui résulte de chacune d'elles a une forme particulière et que les masses musculaires des membres ne sont pas disposées de même autour des os qu'elles doivent mouvoir, il n'est pas indifférent de pratiquer l'amputation suivant telle ou telle méthode. Il est certaines sections des membres qui par leur forme réclament l'amputation à lambeaux plutôt que l'amputation circulaire et *vice versâ*.

Les chirurgiens ont fait de bonne heure cette remarque, et la jambe, où la méthode circulaire donne le résultat immédiat le moins avantageux, fut naturellement choisie pour faire les premières applications de la méthode à lambeaux.

Lorsque l'on pratique suivant la méthode circulaire l'amputation de la jambe au lieu d'élection, on n'a, pour recouvrir un os assez volumineux, présentant des angles et des arêtes très prononcées, qu'une manchette de peau plus ou moins fine et tapissée seulement par une légère couche de tissu cellulo-adipeux. Quel que soit le procédé suivi pour la section des os, la peau du moignon repose toujours sur quelque saillie osseuse prête à la perforer. Dans la méthode à lambeaux, au contraire, les téguments sont toujours séparés des os par une certaine épaisseur de tissus.

Le chirurgien doit toujours avoir présent à l'esprit cette dernière considération lorsqu'il peut choisir. Toutes les fois que la méthode circulaire ne lui permettra de recouvrir les os qu'avec la peau seule, il devra la rejeter. Cette méthode ne convient que quand l'os sur lequel doit porter la section est entouré de tous côtés par des masses musculaires épaisses, comme au bras, à la cuisse; mais toutes les fois que les muscles n'occupent que deux faces du membre, la méthode à lambeaux est indiquée. Au niveau des articulations on trouve presque toujours cette disposition; voilà pourquoi les procédés à lambeaux conviennent si bien aux amputations dans la contiguïté.

Malgré tous ces motifs, qui militaient en faveur de l'amputation de la jambe par la méthode à lambeaux, elle était presque généralement abandonnée il y a quelques années; on ne l'employait que dans le cas de nécessité, lorsque, par exemple, les téguments, déchirés d'un côté, ne permettaient pas de conserver assez de peau pour la méthode circulaire. Depuis quelque temps cependant les chirurgiens paraissent y revenir; nous avons vu à la Maison de santé un malade auquel M. Demarquay vient de pratiquer l'amputation de la jambe au lieu d'élection par la méthode à lambeaux.

Cet homme, âgé de quarante ans, cocher, entra à la Maison de santé pour se faire traiter d'une tumeur blanche affectant plusieurs articulations du pied et l'articulation tibio-tarsienne. On voyait plusieurs fistules conduisant sur les os du pied et de la jambe, et en introduisant un stylet on constatait que le tissu osseux se laissait aisément pénétrer. Bien que la maladie durât depuis dix-neuf mois, la constitution de cet homme n'était cependant pas encore altérée. On s'assura par la percussion et l'auscultation que les poumons étaient sains, et MM. Monod et Demarquay décidèrent que l'amputation de la jambe devait être pratiquée.

L'étendue de la lésion permettait d'opter entre la partie inférieure et la partie supérieure de la jambe. L'amputation sus-malléolaire est, il est vrai, moins grave que celle au lieu d'élection; elle permet l'application d'un membre artificiel capable de masquer la perte du pied. Mais en présence d'une lésion aussi ancienne et d'une aussi grande étendue, on devait craindre de ne pas tomber sur une portion d'os suffisamment saine, et d'avoir plus tard une nécrose et une de ces ouvertures fistuleuses dont on n'obtient la cicatrisation qu'avec une extrême difficulté. Tels furent les motifs qui firent choisir l'amputation de la jambe au lieu d'élection. La méthode à lambeaux est celle que préfère dans ce cas M. Demarquay, d'accord en cela avec M. Robert et plusieurs autres chirurgiens.

On sait que cette méthode compte de nombreux procédés, qui tous sont des modifications de celui de Verduin et de Baraton, c'est-à-dire de la méthode à un ou deux lambeaux. Cette dernière permet une réunion immédiate, tandis qu'on ne peut guère l'obtenir par celle à un seul lambeau. On est forcé, en effet, pour appliquer ce lambeau contre les os, de le couder vers sa base à angle droit, ce qui parfois détermine de vives douleurs.

M. Demarquay pratique l'amputation de la jambe à deux lambeaux de la manière suivante :

Le malade, étant couché en travers d'un lit et les aides convenablement disposés, est soumis au chloroforme, et, lorsque l'anesthésie est obtenue, le chirurgien circonscrit successivement un lambeau antérieur et un postérieur. Ceci fait, il traverse les chairs du mollet au niveau de la base du lambeau postérieur, qu'il achève de tailler et un aide le relève. Le lambeau antérieur est alors disséqué jusqu'à sa base en ramassant tous les tissus de la partie antérieure de la jambe et un aide le maintient renversé; l'espace interosseux est divisé; on passe le rétracteur et les os sont sciés, en prenant la précaution de faire la section du péroné plus haut que celle du tibia.

Aucun accident n'est survenu après l'opération. Le malade est aujourd'hui dans un état satisfaisant et sur le point de sortir.

Cancer mélanique du pouce et de l'aisselle.

Dans une des chambres de la Maison de santé est couchée une femme de soixante-neuf ans, d'une constitution sèche et d'un tempérament nerveux; elle est affectée d'une tumeur du pouce de la main gauche; cette tumeur, d'un noir rougeâtre, saignant très aisément, a envahi la deuxième et une partie de la première phalange du pouce; on ne sent plus l'os de la deuxième phalange, et la couleur noire de la tumeur apparaît à travers la peau de la partie non ulcérée.

Cette affection aurait débuté sous la forme d'une excroissance développée au niveau de la matrice de l'ongle; cette tumeur a été enlevée en ville au mois de novembre dernier, puis cautérisée. La plaie de cette opération fut cicatrisée au bout de vingt-six jours; mais, après un laps de temps que la malade ne peut indiquer, une autre tumeur serait apparue sur la cicatrice et aurait envahi successivement le pouce dans une certaine étendue.

En examinant l'aisselle, on y rencontre une tumeur dure, ayant le volume d'un gros œuf de pigeon, mais bien isolée des tissus périphériques, et on ne sent aucun cordon dur le long du bras. M. Demarquay a de suite diagnostiqué une mélanose du pouce et de l'aisselle, et il a porté en même temps un pronostic grave.

Dans cette position, quel parti pouvait-on prendre? Si l'on ne faisait rien, le mal ne tarderait pas à faire de rapides progrès, et, envahissant les tissus plus profondément situés, deviendrait bientôt au-dessus des ressources de l'art. On avait affaire, il est vrai, à deux tumeurs de très mauvaise nature développées successivement et à une certaine distance l'une de l'autre; mais elles étaient bien isolées des tissus ambiants et facilement accessibles au bistouri. On pouvait donc espérer en agissant actuellement d'enrayer les progrès du mal. Aussi M. Demarquay n'hésita pas à opiner en faveur de l'opération. Il fit cependant examiner la malade par M. Monod, qui décida que l'on devait se hâter de pratiquer l'extirpation des deux tumeurs. M. Demarquay, en conséquence, l'exécuta le 23 juillet en présence de MM. Monod, Gariel et Lasserre, médecin de la malade.

Dès que l'anesthésie fut obtenue, le pouce fut désarticulé par la méthode à deux lambeaux; on lia de suite les artères qui donnaient du sang et on procéda immédiatement à l'extirpation de la tumeur de l'aisselle. A cet effet, M. Demarquay fit une incision sur la tumeur, et après l'avoir attirée avec une érigne, il l'isola avec le bistouri et les doigts jusqu'au niveau du pédicule vasculaire. Un fil double fut alors passé, et après l'avoir lié, on acheva l'opération.

L'intérieur de la tumeur présentait une pulpe noire, que M. Ch. Robin a eu l'obligeance d'examiner au microscope, ainsi que le pouce. Voici la note communiquée par ce savant micrographe :

Les deux tumeurs mélaniques offrent une structure identique, avec cette seule différence que la plus grosse contient davantage de matière amorphe et moins d'éléments cancéreux. En somme, les éléments constituants sont :

1° Des noyaux libres cancéreux, presque tous ovoïdes, larges seulement de 11 à 13 millimètres, mais tous pourvus d'un ou deux nucléoles volumineux et brillants;

2° Quelques cellules cancéreuses de formes très diverses, renfermant de un à quatre noyaux;

3° Quelques cellules renfermant un petit nombre de granulations mélaniques dans leur épaisseur; mais la plupart renferment une si grande quantité de granulations pigmentaires, que leur noyau est devenu presque invisible, ou même complétement caché. Il n'est pas toujours possible, dans ces cas, même à l'aide des réactifs, de s'assurer d'une manière précise de l'existence du noyau dans un petit nombre de cellules;

4° Il existe un grand nombre de granulations pigmentaires libres; elles sont toutes d'un brun-rouge très foncé, larges de 1 à 5 millimètres;

5° Il existe aussi une certaine quantité de matière amorphe dont il a été question plus haut et des vaisseaux capillaires.

Polype de l'urètre chez une femme.

On voit quelquefois proéminer au méat urinaire, chez la femme, de petites tumeurs rougeâtres ordinairement pédiculées, formées par du tissu cellulo-vasculaire; M. Demarquay vient d'en observer un cas sur une femme de soixante-douze ans, dans le service de M. Monod, qu'il remplace en ce moment.

La malade raconte qu'il y a dix ans qu'elle s'aperçut qu'il lui était survenu près du méat urinaire une petite tumeur rouge de la grosseur d'une groseille, et faisant saillie à l'extérieur. Ce petit polype amenant beaucoup de gêne dans la miction, elle consulta, il y a cinq à six ans, un médecin, qui le détruisit par la cautérisation. A la suite de cette opération elle a uriné aisément pendant dix-huit mois; mais peu à peu la miction redevint encore difficile; la malade se fit visiter de nouveau par son médecin, qui la cautérisa deux fois et l'engagea à entrer à la Maison de santé.

Le méat urinaire est dilaté, mais entièrement obturé par une petite tumeur rougeâtre de la grosseur d'un haricot. Cette petite tumeur pédiculée est insérée sur la paroi inférieure et postérieure de l'urètre, à un centimètre environ du méat urinaire; elle fait saillie à l'extérieur et paraît avoir attiré avec elle la portion du canal où elle s'insère, de manière qu'il en résulte une sorte d'invagination de l'urètre dans sa partie la plus inférieure.

La malade étant placée en travers de son lit, les jambes fléchies sur les cuisses et celles-ci sur le bassin, M. Demarquay pratiqua à la paroi inférieure de l'urètre une incision dont les deux lèvres furent maintenues écartées, ce qui lui permit d'exciser le polype. Une cautérisation avec un crayon de nitrate d'argent arrêta immédiatement l'hémorrhagie. Le lendemain, la malade nous dit qu'elle avait uriné parfaitement bien, non sans éprouver toutefois une légère cuisson.

Le polype, examiné au microscope par M. Ch. Robin, se compose à la surface d'une couche d'épithélium assez épaisse, et sa trame est essentiellement constituée de fibres de tissu cellulaire accompagnées de quelques éléments fibro-plastiques et de vaisseaux sanguins.

NOTE

SUR LES ACCIDENTS CÉRÉBRAUX ALBUMINURIQUES.

Par M. Marchal (de Calvi).

(Fin. Voir le numéro du 21 août 1855.)

2° *Du point de vue de la thérapeutique.*

On voit figurer les bains d'air chaud parmi les moyens mis en usage dans ce cas, d'où l'on pourrait conclure que les *bains chauds* n'ont pas le mauvais effet que je leur attribue. Mais je réponds que le traitement spoliatif et révulsif avait été si énergique que les fâcheux effets des bains de vapeur administrés concurremment ont été conjurés. Je ne prétends pas d'ailleurs que les bains de vapeur n'aient jamais réussi dans l'anasarque albuminurique; seulement j'ai montré au prix de quels graves dangers ils ont pu et peuvent réussir. Le malade observé par M. Leconte a été largement saigné; on lui a mis des ventouses le long du rachis, on l'a purgé, on lui a donné des diurétiques, on lui a mis un vésicatoire à la nuque, et on l'a guéri *nonobstant les bains de vapeur.* Comment pourrait-on admettre qu'un moyen qui fait affluer le sang au cerveau fût exempt de danger contre des accidents qui ont précisément leur point de départ dans une congestion cérébrale suivie d'une effusion séreuse?

Le second cas rapporté par M. Leconte ressemble beaucoup au premier; seulement le refroidissement eut lieu *pendant* l'éruption, le malade (aussi un militaire) s'étant couché presque nu sur son lit après avoir monté la garde en pleine rougeole. C'était le 12 juin. Le 13, l'infiltration était complète. Les attaques épileptiformes commencèrent le 16, et, à la suite de la cinquième, la vue se perdit complétement. Le même traitement que ci-dessus fut employé et eut le même résultat, la guérison.

Je ne puis m'empêcher de faire remarquer que, par rapport à leur intérêt, qui est extrême, ces observations sont rapportées très brièvement. Ce n'est pas le reproche que l'on a lieu d'adresser généralement aux relations de faits cliniques, lesquelles sont le plus souvent surchargées de détails peu importants. Mais il y a un milieu à tenir entre les rédactions prolixes de l'école dite d'observation et l'excessive brièveté dont nous trouvons ici un exemple. C'est le cas de dire que le défaut touche de près à la qualité, car rien n'est plus désirable que la concision jointe à la clarté.

M. Leconte ne dit pas, dans cette seconde observation, que les urines eussent été essayées. Il dit plus loin, dans les remarques sur les deux faits, que les urines, *dans les deux cas*, ne contenaient pas d'albumine. Mais on conviendra que pour un détail aussi important il aurait fallu une mention expresse en son lieu. En somme, ce second fait laisse du doute dans l'esprit, et il faut ou l'écarter, ou, par analogie, le regarder comme un exemple de néphrite albumineuse par suite de refroidissement *dans le cours* d'une fièvre éruptive.

C'est le premier, à notre connaissance, dans lequel la cause (le refroidissement) ait agi *pendant* l'éruption; dans tous les autres cas, c'est plus ou moins de temps *après* la fièvre éruptive que le refroidissement a eu lieu.

Ce que je veux bien faire comprendre, c'est ceci : dans tous les cas où, par l'effet d'un refroidissement, après la scarlatine ou après la rougeole, il se produit une anasarque, les urines contiennent de l'albumine, et pour qu'on soit autorisé à admettre le contraire dans un cas, il faut que ce cas soit exposé avec la plus grande précision.

M. Leconte cite en passant, ou plutôt en courant, dans les réflexions sur les deux précédentes observations, le fait d'un grenadier infiltré de la tête aux pieds, *à la suite d'un érysipèle de la face*, qui eut aussi des *attaques d'épilepsie* et qui guérit par le même traitement que celui des deux premiers cas. Pour un fait si extraordinaire, voilà encore bien peu de détails, car l'exposé se réduit à ces quelques lignes.

En définitive, les deux cas de M. Leconte (car on est obligé de faire abstraction du dernier) n'offrent pas, considérés en eux-mêmes, une entière certitude; mais quand on les juge par analogie avec les cas déjà connus, on ne peut que les regarder comme des exemples de néphrite albumineuse déterminée par le refroidissement pendant ou après une fièvre éruptive, ayant donné lieu à l'anasarque, et finalement à une exsudation séreuse intra-crânienne, d'où la compression du cerveau et les accidents convulsifs.

Quant à considérer ces accidents comme des *attaques d'épilepsie*, je ne saurais m'y résoudre qu'à une condition, c'est que l'on établirait deux variétés dans l'espèce *épilepsie*: une variété aiguë, dans laquelle rentrerait notamment l'éclampsie, et une variété chronique, constituant l'épilepsie proprement dite ou ce que l'on a étudié jusqu'à présent sous ce nom. On gagne singulièrement à ce rapprochement, car la pathogénie de l'épilepsie proprement dite est vivement éclairée par ce que l'on sait du mécanisme suivant lequel se produit l'épilepsie à forme aiguë, dans laquelle, comme je crois l'avoir prouvé, la compression du cerveau est la cause prochaine des accidents.

On se tromperait étrangement d'ailleurs si l'on supposait que les accidents cérébraux albuminuriques sont toujours et exclusivement convulsifs. On a vu, en effet, qu'il n'y eut pas de convulsions dans le cas de Mme M..., et que les accidents chez elle consistèrent dans la perte de la vue, dans le trouble de la parole et dans une prostration physique et morale de plus en plus profonde jusqu'à la mort.

Les observations de M. Sandras nous offriront d'autres formes symptomatiques des accidents cérébraux albuminuriques.

§ III. Des trois cas de M. Sandras (*Gazette des Hôpitaux* du 7 août), le premier, qui est celui d'un vieillard atteint d'albuminurie au dix-huitième mois d'une paralysie progressive, doit être écarté, parce que le rapport entre l'affection nerveuse et l'albuminurie est insaisissable. J'admettrais une simple coïncidence entre les deux affections.

Des deux autres cas, le premier est celui d'une femme âgée de trente ans, qui était chloro-anémique depuis longtemps, lorsque, au mois de juin 1854, elle fut prise d'une paralysie des extrémités inférieures qui se généralisa bientôt. Cette femme entra à l'Hôtel-Dieu, où elle se trouve encore, et eut successivement : un délire nerveux violent qui céda à l'opium; une perte complète et subite de la vue, qui dura seulement quelques jours, enfin, à cinq reprises, des convulsions épileptiformes. Ses urines contenaient un peu d'albumine, et ne cessèrent d'en contenir que quand les accidents nerveux eurent disparu.

Dans le second cas, une femme âgée de trente et un ans fut prise, en 1849, *peu après ses couches*, alternativement de manie aiguë et de paralysie très étendue. *Bientôt après* elle eut un œdème général. Cet état dura onze mois, puis les accidents nerveux et l'anasarque disparurent; mais la malade resta sujette à des accidents divers, tels que céphalalgies, étourdissements, impossibilité de se tenir debout et de s'exprimer, boulimie. En mai 1855, elle entra à l'Hôtel-Dieu. Ses urines étaient fortement albumineuses; son visage était infiltré, le reste du corps ne l'était pas. Elle ne pouvait pas répondre aux questions qu'on lui adressait, quoiqu'elle parût les comprendre. Elle paraissait souffrir beaucoup de la tête et du ventre, surtout dans le flanc gauche. Elle avait un strabisme convergent, qui existait antérieurement, mais à un moindre degré, et une amaurose incomplète. Après quelques alternatives, cette femme mourut. Dans les derniers jours le flux albuminurique et l'anasarque avaient diminué. A l'autopsie, *tous les organes furent*

trouvés parfaitement sains, sauf les reins, qui présentaient les altérations de la maladie de Bright, au sixième degré de M. Rayer.

Tels sont, en résumé, les deux faits que nous devons nous efforcer de ramener à leur signification véritable, car évidemment ils en ont été singulièrement éloignés. Ce sont pour nous des exemples d'accidents cérébraux albuminuriques, c'est-à-dire consécutifs à l'albuminurie, tandis que M. Sandras les considère comme des cas d'albuminurie dans des maladies nerveuses (son article a pour titre : *De l'albuminurie dans les maladies nerveuses*).

M. Sandras ne doute pas que l'albuminurie ne fût subordonnée à l'affection nerveuse, et il parle comme si les accidents cérébraux albuminuriques n'existaient point; il ne s'arrête pas un seul moment à se demander si les accidents nerveux ne pourraient pas être attribués à l'albuminurie.

Tous les médecins aujourd'hui sont d'accord pour reconnaître que l'albuminurie donne lieu, de manière ou d'autre, peu importe, à des accidents cérébraux. M. Sandras se borne à dire que quelquefois « l'apparition des urines albumineuses précède celle des accidents nerveux. » Quant au rapport de causalité qui pourrait exister, qui existe entre l'albuminurie, *cause*, et les accidents nerveux, *effet*, encore une fois il ne s'en occupe pas, et l'on dirait même qu'il semble ne pas s'en douter, si l'on n'était retenu par la considération due à un observateur aussi distingué.

Dans un sujet comme celui-ci, il faut bien préciser le point en discussion. Il s'agit donc de savoir si les deux faits de M. Sandras, car je ne veux pas sortir de la considération des faits, peuvent être regardés purement et simplement comme des exemples d'albuminurie dans des maladies nerveuses, ou plutôt si l'on ne doit pas les regarder comme des exemples d'accidents nerveux dans l'albuminurie, et j'entends dire subordonnés à l'albuminurie.

Dans le premier cas la malade, d'après l'observation, commence par être paralysée. Mais depuis *longues années* cette femme était chloro-anémique, et il se peut très bien qu'elle fût albuminurique en même temps. A-t-on, dès ce moment, essayé les urines? Non. Donc cette première partie de l'observation est incertaine, et il faut ou en faire abstraction ou en juger par ce qui arriva dans la suite. Or, ce qui arriva dans la suite, le voici : dès l'entrée de la malade à l'hôpital, on constata que ses urines contenaient de l'albumine; elles en contenaient peu, mais la quantité n'y fait rien, et si les urines étaient peu albumineuses à ce moment, elles pouvaient l'avoir été beaucoup précédemment. On dit que l'albuminurie persista tout autant que les accidents nerveux continuèrent; je dis que les accidents nerveux persistèrent tant que dura l'albuminurie, et je suis autorisé à le dire par le fait du gendarme de la Seine (§ I), par le fait de Mme M... (*id.*), par tous les faits qui sont à ma connaissance d'accidents cérébraux survenus dans l'albuminurie exanthématique, tandis que l'interprétation contraire, celle de M. Sandras, dans laquelle l'albuminurie est regardée comme subordonnée à l'affection nerveuse, ne repose sur aucun fait positif.

Sans aucun doute il pourra arriver que l'albuminurie et une affection nerveuse marchent parallèlement chez le même individu, comme cela paraît avoir eu lieu chez le vieillard dont il est parlé au commencement de ce paragraphe; il pourra arriver que l'albuminurie et l'affection nerveuse dépendent de la même diathèse, comme le croit M. Sandras; mais d'une manière ou de l'autre, ce ne sera jamais que par exception, et toutes les fois qu'on supposera un rapport de causalité entre les deux affections, c'est-à-dire dans l'immense majorité des cas, il faudra admettre que l'albuminurie, ou plus précisément l'exsudation albuminurique intra-crânienne a déterminé les accidents nerveux.

Et ce n'est point là une question oiseuse; c'est un point essentiellement pratique; car si l'albuminurie, je veux dire l'état organopathique du rein, se subordonne les accidents nerveux, c'est contre cet état qu'il convient de diriger les ressources de la thérapeutique. Je n'insiste même comme je le fais que parce que je suis sûr que l'on pourra éviter de grands revers en attaquant ainsi les accidents nerveux à leur véritable source.

Dans le second cas, le caractère albuminurique des accidents cérébraux est saisissant. Il s'agit, en effet, d'une femme qui, à la suite d'une première grossesse, est en butte à des alternatives de manie et de paralysie, et montre en même temps un œdème général. Il est probable que dès sa grossesse elle avait les jambes infiltrées; mais l'interrogation n'a pas porté sur ce point. L'observation ne dit pas qu'à ce moment les urines fussent albumineuses, mais on doit l'admettre.

Au terme de la maladie, après six ans d'une vie mêlée de souffrances et d'améliorations précaires, lorsque cette femme entra à l'hôpital, elle éprouvait des accidents cérébraux, elle avait la face infiltrée, et ses urines contenaient de l'albumine en grande quantité; enfin, à l'autopsie, on trouva les reins profondément altérés. Ces diverses circonstances, la dernière surtout, en disent assez sur le point de départ et la coordination des phénomènes morbides. Evidemment ce ne sont pas les accidents nerveux qui ont pu déterminer la désorganisation des reins; un tel mode pathogénique n'est plausible ni en raison ni en fait. Vouloir expliquer l'albuminurie par les accidents cérébraux, au lieu d'attribuer les accidents cérébraux à l'albuminurie, c'est chercher le chimérique quand on a le réel sous la main. Le réel, c'est la néphrite albumineuse puerpérale avec production d'accidents cérébraux, telle que tous les médecins la connaissent aujourd'hui, et dont nous voyons ici un exemple nouveau, très particulier en ce que l'affection dura plusieurs années, avec des vicissitudes qui amenaient des alternatives correspondantes dans la manifestation des accidents nerveux.

§ IV. Les observations de M. Sandras nous montrent des symptômes nouveaux en tant que symptômes nerveux ou cérébraux *albuminuriques*.

Nous connaissions les convulsions, le coma, l'amblyopie ou l'amaurose, l'altération de la parole; il faut joindre à cette liste la paralysie, la manie, les étourdissements, le strabisme, la boulimie. La diversité des symptômes n'exclut pas l'unité de la cause, lorsqu'il s'agit d'un organe qui, comme le cerveau, tient sous sa dépendance une multitude d'actes divers. Selon la partie ou les parties du cerveau qui seront le siége de l'épanchement séreux et selon l'abondance de cet épanchement, suivant que la congestion cérébrale sera plus ou moins intense, enfin suivant l'état des forces du sujet et ses dispositions particulières, les symptômes varieront quant à la forme et au degré, et la circonstance organique déterminante ne consistera pas moins toujours dans l'œdème ou l'épanchement séreux intra-crânien consécutif à l'albuminurie.

§ V. En Allemagne, on a expliqué les accidents cérébraux albuminuriques par la rétention de l'urée dans le sang et sa transformation en carbonate d'ammoniaque (urémie); c'est la doctrine de M. Frerichs (de Breslau). Je n'en aurais point parlé ici, m'en étant occupé ailleurs avec détail, si M. Becquerel récemment ne lui avait donné son appui dans une leçon qui a été imprimée et recommandée. Evidemment notre honorable collègue n'était pas suffisamment renseigné; il ignorait que M. Schotin (de Kostritz) a ruiné de fond en comble la doctrine de M. Frerichs, pour y substituer, à la vérité, une nouvelle théorie urémique qui ne soutient pas plus l'examen que sa devancière.

M. Becquerel, nous ne saurions en douter, recherchera l'occasion de revenir sur la vaine doctrine dont il s'est fait le propagateur et de détromper ses élèves. Nous prendrons la liberté de lui faire observer, en ce qui le concerne, que, si l'*hydropisie dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien ou bien dans les ventricules cérébraux* explique, comme il l'admet, le coma et les convulsions qui *surviennent quelquefois dans l'albuminurie*, on ne comprend pas qu'il ait été conduit à expliquer autrement, c'est-à-dire par l'urémie, la production de l'éclampsie albuminurique, qui est un état morbide simplement convulsif ou comato-convulsif.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 4 septembre 1855. — Présidence de M. Jobert (de Lamballe).

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Epidémies. — M. le ministre du commerce transmet les rapports suivants :

1° De M. le docteur Jacquez, médecin des épidémies de l'arrondissement de Lure (Haute-Saône), sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Mignavillers, d'octobre 1854 en juin 1855;

2° De M. le docteur d'Hennezel, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Savigny;

3° De M. le docteur Degen, médecin des épidémies pour le canton de Robach, sur une épidémie de variole qui a régné dans plusieurs communes de cet arrondissement;

4° De M. le docteur Viard, médecin des épidémies pour le canton de Montbard (Côte-d'Or), sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans les communes de Quercy et de Mormagne. (Commission des épidémies.)

5° De M. Cazaintre, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Limoux (Aude), sur une épidémie de choléra qui a régné dans cet arrondissement en 1854. (Commission du choléra.)

Eaux minérales. — Le même ministre transmet une demande d'avis sur une demande en autorisation pour fabriquer des eaux minérales dites gazeuses. (Commission des eaux minérales.)

La correspondance officielle comprend en outre sept lettres relatives à des remèdes secrets ou nouveaux, et deux états de vaccinations.

— M. Villermé présente à l'Académie deux rapports officiels, l'un sur l'épidémie cholérique qui a sévi à Copenhague du 12 juin au 1er octobre 1853, faits par la commission royale extraordinaire de santé de Copenhague et rédigés par M. le docteur J.-R. Hübertz; le deuxième, sur l'épidémie cholérique qui a sévi à Turin pendant l'année 1854, par M. Bonino, président de la Société médico-chirurgicale de l'Université royale de Turin.

— M. Chatin présente un *Traité des champignons utiles et vénéneux*, par M. Dupuy (de Grignon).

— M. le président annonce que MM. Hübertz (de Copenhague) et Bertini (de Turin) sont présents à la séance.

RAPPORTS.

De l'intermittence larvée dans les maladies inflammatoires. — M. Bricheteau lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Rossignol, médecin major au 9e régiment de dragons, ayant pour titre : *De l'intermittence larvée ou latente dans les maladies inflammatoires, nerveuses ou autres.*

M. Rossignol, ayant observé plusieurs maladies à type continu qui présentaient néanmoins dans leur dernière période des rémissions et des intermissions, crut devoir combattre cette forme nouvelle par le sulfate de quinine, sans avoir égard au caractère de l'affection primitive, quelle qu'en fût la nature. Il obtint tout d'abord de cette médication des avantages qui l'engagèrent à persévérer dans son emploi.

Le mémoire de M. Rossignol, dit M. le rapporteur, se compose presque entièrement d'observations. L'auteur s'est montré sobre de théories; je n'aurai par conséquent qu'un mot à dire relativement à deux éléments qu'il admet dans les maladies soumises à son observation : l'un continu et l'autre intermittent. Le type d'une maladie aussi bien que les variations de sa marche me paraissent des accidents secondaires, et non des éléments procédant de la nature intime du mal. On sait bien d'ailleurs que l'affection continue ne peut pas toujours avoir la même intensité; par conséquent ses exacerbations, son état stationnaire et ses moments de déclin ne semblent pas dériver de son essence propre et pouvoir constituer ce que les médecins de Montpellier appellent éléments pathologiques. Les faits pratiques recueillis par M. Rossignol n'ont pas peut-être toute la nouveauté qu'il semble leur attribuer, et il serait facile d'en trouver d'analogues dans les ouvrages de médecine pratique. Néanmoins ils ne manquent pas d'intérêt; ils ajoutent à la masse des observations qui doivent servir de guide au praticien.

M. le rapporteur propose, en conséquence, de remercier M. Rossignol et de déposer son mémoire aux archives.

Travaux chirurgicaux de M. da Costa. — M. Jobert (de Lamballe) lit un rapport sur les travaux chirurgicaux de M. da Costa, chirurgien de l'hôpital civil de Rio-Janeiro (Brésil).

Le travail de M. da Costa est composé de plusieurs chapitres, dans lesquels il rend compte de ses réflexions pratiques sur l'hydrocèle, le rétrécissement de l'urètre, la lithotritie, la lithotomie et le cancer de l'utérus.

L'hydrocèle paraît avoir remplacé au Brésil l'éléphantiasis des Arabes. Il attribue cette dernière lésion à l'alimentation, à l'humidité des habitations, et pense que sa disparition provient des changements survenus dans les habitudes et le régime des Brésiliens. L'hydrocèle est très fréquente et presque toujours due aux variations brusques de la température.

M. da Costa trouve l'explication du grand nombre de rétrécissements urétraux à Rio-Janeiro dans la fréquence de la maladie vénérienne, dans l'usage des injections de dissolution de sulfate de cuivre, d'alumine, de vin de Porto chargé d'acétate de plomb, et dans l'abus des boissons sudorifiques avec addition d'eau-de-vie et de rhum.

M. da Costa rapporte deux observations de rétrécissements compliqués de fistules qui ont nécessité des opérations délicates, et qui lui ont suggéré l'idée de quelques instruments qu'il désigne sous les noms d'algalie bouchée, de sonde-pince et de sonde-électrique.

D'autres chapitres sont relatifs à la lithotritie importée au Brésil par M. Peixoto, à des opérations de hernies, etc.

Enfin, dans un dernier chapitre, l'auteur croit pouvoir attribuer la fréquence du cancer de l'utérus à la précocité de la menstruation, au mariage qui a lieu à onze, douze, treize, quatorze ans, et à la syphilis. Dans ce chapitre, il rapporte avoir pratiqué deux fois l'ablation partielle de l'utérus et une fois son extirpation totale. Dans ce dernier cas, la guérison dura cinq mois. Au bout de ce temps, la malade succomba à un abcès iliaque.

M. le rapporteur, après avoir payé un tribut d'éloges au zèle dont M. da Costa est animé pour la science, propose que son nom soit inscrit parmi ceux des médecins qui doivent figurer sur la liste de présentation comme membres correspondants, et de décider que son travail soit déposé honorablement dans les archives.

Après quelques observations présentées par MM. Gibert, Gerdy et Gérardin, les conclusions de ce rapport sont mises aux voix et adoptées.

— M. Robinet lit au nom de la commission des remèdes secrets des rapports sur diverses communications relatives à des remèdes secrets ou nouveaux. Les conclusions négatives sont adoptées.

LECTURE.

Suture profonde. — M. Heurteloup lit un travail intitulé *De la suture profonde*. L'auteur fait connaître dans ce travail un moyen qu'il croit mieux approprié que les diverses sortes de suture en usage pour obtenir un rapprochement plus prompt, plus sûr, plus immédiat dans le fond des plaies, plus large, moins encombré d'aiguilles et de fils et moins agressif contre les lèvres des plaies, et surtout qui n'ait pas besoin de cet appareil difficile et compliqué de pansement, d'un emploi si difficile, surtout à l'armée, que l'on cherche à opposer à ces sortes de caveaux générateurs de clapiers.

C'est ce que M. Heurteloup a cherché à obtenir au moyen de la suture profonde, moyen de réunion qu'il a cherché à rendre aussi simple et aussi effectif que possible. Voici en quoi consiste cette suture profonde :

A l'endroit où pressent les doigts opposés de l'aide, à la base de la montagne que forment les tissus comprimés, ramassés et rapprochés, on passe une aiguille courbe, la concavité regardant l'ouverture de la plaie. Cela fait, on glisse sur les deux extrémités de cette aiguille, qui est en argent, deux pièces également en argent; ces deux pièces, destinées à remplir les fonctions des doigts de l'aide, glissant sur l'aiguille, se rapprochent l'une de l'autre par une pression méthodique opérée sur les tissus et les maintiennent dans la position désirée. Munies chacune d'une vis de pression qui agit sur l'aiguille, ces deux pièces sont fixées à volonté à des distances variables et permettent conséquemment d'obéir à toutes les circonstances qui dérivent de l'augmentation ou de la diminution du volume des tissus.

Voici quels en sont, d'après l'auteur, les principaux effets :

Affrontant les parties profondes de la plaie sans affronter les parties superficielles, elle prévient les clapiers et les fusées, accélère la cicatrisation, prévient les accidents de résorption purulente, etc.; elle forme des cicatrices par première intention dans une large étendue, etc.

— La séance est levée à quatre heures et demie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 30 août, ont été nommés dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur :

Officiers. — MM. Laffon de Ladébat, membre du comité supérieur d'hygiène publique, et Fauvel, médecin sanitaire à Constantinople.

Chevaliers. — MM. Crou, médecin à Sens (Yonne), et Bertrand fils, inspecteur adjoint des eaux du Mont-Dore.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Renversement de l'utérus. — Examen des divers moyens qui ont été proposés pour y remédier.

Il y a en ce moment dans les salles de M. Trousseau, à l'Hôtel-Dieu, une femme entrée, il y a environ six semaines ou deux mois, pour un renversement de l'utérus qui s'est produit à la suite d'un accouchement. Cette femme avait déjà eu cinq enfants ; elle était accouchée depuis quatre mois de son sixième lorsqu'elle est entrée à l'hôpital. Ses couches précédentes s'étaient passées d'une manière régulière et n'ont rien présenté de particulier à noter. Voici ce qui s'est passé lors de la dernière, d'après les rapports, très insuffisants d'ailleurs, de la malade.

Après deux jours de travail, elle est accouchée naturellement ; la délivrance a eu lieu aussi spontanément. Cependant, soit qu'il fût resté une portion du délivre au fond de la matrice, soit que telle ait été la pensée de la sage-femme qui l'a assistée, bien qu'il n'en fût rien en réalité, toujours est-il que des tractions furent opérées, qu'à la suite de ces tractions la malade a éprouvé la sensation d'un corps tombé dans le vagin, et qu'une tumeur s'est montrée en effet dans ces parties. Un médecin a cherché, mais en vain, à réduire cette tumeur. Ajoutons qu'à dater de ce moment il s'est manifesté une série de petites hémorrhagies successives, presque sans interruption, et qui se sont continuées jusque dans ces derniers temps.

Le renversement de l'utérus fut constaté dès l'entrée à l'hôpital par M. Trousseau d'abord, puis par M. P. Dubois, dont il désira avoir l'avis.

Le diagnostic de ce renversement était très facile à établir chez cette malade. Le doigt introduit dans le vagin arrivait à une sorte de cul-de-sac circulaire ; et en le dirigeant alternativement sur tous les points de la tumeur, on sentait qu'il n'y avait rien audessus que l'épaisseur même de la paroi explorée. Pour toute personne un peu expérimentée, ce diagnostic était facile. Cependant au premier abord, et si l'on n'eût été prévenu par la connaissance de ce qui s'était passé, il eût été possible encore de se méprendre et de croire à l'existence d'un polype. M. P. Dubois a rapporté, à cette occasion, une méprise de ce genre qui lui est arrivée dans une circonstance analogue.

Consulté, il y a quelque temps, pour une dame qui avait une tumeur dans le vagin, il crut reconnaître d'abord un polype ; mais cette exploration avait déterminé une hémorrhagie, et comme les polypes saignent en général rarement au toucher ou du moins peu abondamment, il examina de nouveau avec plus d'attention et reconnut le cul de-sac en question. Dans les cas douteux, le spéculum pourrait lever l'incertitude. La matrice renversée présente une surface rouge, grenue et saignante qui se distingue assez facilement des polypes, dont la surface est le plus ordinairement lisse, unie et luisante. Tel est du moins ce qui se présente pour les polypes fibreux, les plus communs. Il ne serait pas aussi aisé de reconnaître certains polypes dont la surface saignante, tomenteuse pourrait facilement être prise pour la surface utérine ; mais ces derniers sont beaucoup plus rares.

M. P. Dubois, dans une leçon clinique qu'il a consacrée spécialement à ce cas, a fait au sujet de cette malade une première remarque, c'est que chez elle l'accouchement a eu lieu naturellement et n'a rien présenté d'extraordinaire. Cela paraît au premier abord contradictoire avec ce qu'on lit à cet égard dans tous les auteurs. On a dit que c'était toujours à la suite de tractions exagérées que les renversements de ce genre se reproduisaient. C'est là en effet une idée très naturelle ; mais quand on a vu que les choses ne se passaient pas toujours ainsi ; que des tractions, même très énergiques, ne produisaient pas le renversement, tandis que dans d'autres circonstances il se produisait indépendamment de cette cause, on a cherché à en faire intervenir une autre : on a dit que le renversement pouvait être produit par une contraction trop énergique des muscles abdominaux. M. Dubois est porté à penser que ces deux causes, auxquelles on a à peu près exclusivement rapporté le renversement utérin, n'ont pas toute l'influence qu'on leur a attribuée. Si l'on considère, en effet, que les tractions inopportunes sur le cordon sont malheureusement beaucoup trop fréquentes ; si l'on tient compte de cette autre circonstance, que les cas d'accouchements spontanés très rapides et dans lesquels les femmes font de grands efforts de contraction des muscles abdominaux sont assez communs, tandis que le renversement est un accident heureusement très rare, on se demande comment il se fait qu'avec des causes aussi communes l'effet qu'on leur suppose soit aussi rare. D'un autre côté, lorsqu'on lit avec attention les observations rédigées sous cette préoccupation, on voit que le plus souvent elles ne sont nullement d'accord avec ces causes prétendues ; d'où M. Dubois a été conduit à considérer cette étiologie comme erronée. « Il faut, dit-il, renoncer à cette idée, et chercher une autre cause à l'accident dont il s'agit. »

Cette cause, quelle est-elle ? Pour M. Dubois, c'est une invagination. Le renversement de l'utérus se produirait, suivant ce professeur, d'après un mécanisme semblable à celui qui préside à la production des invaginations intestinales, c'est-à-dire par une sorte de spasme ou d'action contractile irrégulière. Voici sur quelles considérations M. Dubois motive cette manière de voir :

Quand on examine, dit-il, les conditions anatomiques et physiologiques de l'utérus, on leur trouve la plus grande analogie avec celles de l'intestin. La structure de l'utérus se rapproche beaucoup en effet de celle de l'intestin. L'utérus peut être considéré comme une expansion, un développement des trompes, lesquelles sont composées de deux couches musculaires. Chaque angle de l'utérus n'est autre chose que la dilatation des trompes ; il est constitué identiquement de la même manière. Lorsque l'utérus est développé par le produit de la conception, son analogie avec l'intestin est encore plus manifeste ; ses parois sont plus minces et plus semblables aux parois intestinales. On comprend qu'avec ces dispositions, l'un des angles de l'utérus venant à se déprimer, ce qui est probablement le phénomène initial de l'invagination, celle-ci puisse se compléter graduellement.

Le pronostic du renversement utérin est grave. C'est un accident sérieux, très sérieux même quelquefois, à cause des hémorrhagies qui en sont presque toujours la conséquence. Cependant, il est quelques restrictions à apporter à ce pronostic. Il est parfois des femmes qui vivent de longues années d'une existence même assez supportable avec un renversement de la matrice. M. P. Dubois dit avoir été consulté plusieurs fois par des femmes qui étaient affectées d'un renversement utérin depuis plusieurs années. Sauf quelques hémorrhagies qui se reproduisaient de temps en temps, un peu de faiblesse et de gêne, leur état de santé était tolérable. Il y a lieu d'espérer, pour quelques-unes d'entre elles, qu'après qu'elles auront franchi la crise menstruelle, elles pourront rentrer à peu près dans les conditions communes.

Quel est le traitement à opposer au renversement de l'utérus ? Trois moyens se présentent naturellement à l'esprit : réduire la matrice, l'enlever, ou bien la respecter et se borner à combattre les accidents consécutifs, tels que les hémorrhagies, l'inflammation, etc.

Faut-il tenter la réduction ? D'abord, pour ne pas sortir du fait clinique qui nous occupe, disons que des tentatives de réduction ont été faites chez cette femme par M. Trousseau, puis par M. P. Dubois, et que ces tentatives ont été sans succès ; et comme elles ont produit quelques accidents de péritonite, légers heureusement, et qui ont été promptement réprimés, on a jugé prudent de ne pas les pousser plus loin. On a pu cependant, dans quelques cas, réduire des renversements datant de trois mois, comme celui-ci, et même de plus loin ; mais ce sont là des faits exceptionnels, dans lesquels la matrice avait conservé un certain degré de mollesse et de flaccidité qu'on ne trouvait pas ici. Dans quelques circonstances plus rares on a vu le renversement utérin se réduire spontanément. M. P. Dubois incline à croire que dans ce cas la réduction spontanée a lieu par la contraction des fibres musculaires des annexes de l'utérus tirant sur le fond de cet organe, c'est-à-dire par une action contractile inverse de celle qui a produit l'accident.

On peut donc tenter la réduction, surtout si le renversement est récent : mais il ne faut pas oublier que ces essais ne sont pas sans danger, qu'ils peuvent donner lieu à des accidents graves ; on ne doit, par conséquent, les tenter qu'avec beaucoup de réserve et de ménagements.

EXPOSITION UNIVERSELLE.

INSTRUMENTS ET APPAREILS DE CHIRURGIE.

Dans un premier article (1) nous avons jeté un coup d'œil rapide sur le Palais de l'Industrie et sur les produits qui y sont exposés ; nous allons parler maintenant des produits qui intéressent directement notre art.

Parmi toutes les merveilles entassées dans ce magnifique Palais, il en est un bon nombre qui s'étalent humblement dans de petites vitrines et qui passent la plupart du temps inaperçues ; cependant il s'agit souvent de découvertes importantes, de découvertes qui ont rendu possibles des opérations jugées impraticables faute de moyens certains de les conduire à bonne fin. Ainsi, les ressources que nous trouvons dans l'arsenal médico-chirurgical de nos fabricants ont rendu des services signalés ; et si les malades ne peuvent reconnaître ce qu'il a fallu de génie pour apporter à un instrument une modification insignifiante en apparence, il n'en est pas moins vrai que c'est dans ces collections qu'ils trouvent souvent un soulagement à leurs maux.

Les perfectionnements ont porté sur tous les points. Les moyens d'études ont été rendus plus faciles par la disposition des appareils anatomiques ; les moyens de diagnostic se sont multipliés par les perfectionnements des microscopes, par l'invention d'instruments nouveaux, par des modifications apportées aux stéthoscopes, aux spéculums, etc., en un mot, à tous les instruments d'exploration ; les opérations chirurgicales sont devenues plus rapides, et surtout ont été pratiquées dans des régions jusqu'alors inaccessibles, grâce aux inventions nouvelles et aux perfectionnements des instruments anciens ; les appareils orthopédiques et prothétiques ont donné des résultats inespérés.

Avant d'aller plus loin, c'est-à-dire d'entrer dans les détails, nous dirons quelques mots sur l'exposition des instruments et appareils de chirurgie prise en général.

Les expositions étrangères sont disséminées dans tous les points du Palais et de son annexe ; aussi que n'a-t-il pas fallu de soin pour trouver les produits qui appartiennent à la chirurgie !

Nous avons été fort surpris quand nous avons voulu examiner les instruments de chirurgie de la Grande-Bretagne, nous n'avons presque rien trouvé ; et la déception a été d'autant plus grande que pendant longtemps l'Angleterre avait été considérée comme la rivale de la France dans cette fabrication, et en particulier dans celle des instruments tranchants. Pourquoi cette lacune ? Nous ne pouvons penser que cette industrie si importante ait disparu de Londres.

Mais nous ne voulons pas nous engager dans des suppositions ; nous constatons seulement un fait regrettable sans doute, car on ne peut croire que l'industrie anglaise soit représentée dignement par les quelques instruments exposés par MM. Brook, Coxeter, Spratt (de Londres), de M. Salt (de Birmingham), de M. Yong (de Glascow). Parmi tous ces produits, nous ne signalerons que le compresseur de M. Carte (de Dublin), appareil tellement perfectionné par M. Charrière d'après les indications de M. Broca, qu'à peine si on peut reconnaître le premier modèle qui ait été inventé.

L'empire d'Autriche ne nous a montré que des produits insignifiants. Vienne ne compte qu'un exposant, M. Hammer.

A Venise, nous trouvons seulement M. Moras. Enfin M. Gilardoni (de Pavie) a exposé un appareil à injection des vaisseaux lymphatiques ; mais combien celui-ci est loin encore de ceux que M. Sappey a fait confectionner !

Pour trouver les instruments exposés par les fabricants des États sardes et des États romains, il faut chercher dans la grande galerie annexe du cours la Reine, parmi les machines. Là nous rencontrons un trépan extrêmement compliqué de M. Giovanini (de Bologne), des instruments de lithotritie de M. Bonino (de Turin). Ces derniers, assez grossiers du reste, sont tellement volumineux qu'il nous a fallu l'indication portée sur l'étiquette pour que nous puissions même en soupçonner l'usage. Nous pensons qu'ils appartiennent à la catégorie des instruments de chirurgie vétérinaire, et qu'ils sont destinés à briser les pierres trop volumineuses pour être extraites par l'incision pratiquée dans l'opération de la taille. A côté de M. Bonino, nous trouvons un des membres, sans doute, de la nombreuse famille des Biondetti, qui a exposé des bandages et des appareils orthopédiques.

Dans la Toscane, nous signalons les jambes artificielles de MM. Angiolini (de Florence) et Mori (de Pontevera).

La Belgique ne nous a donné que deux exposants ; l'un est M. Bonnells (de Bruxelles). Nous avons remarqué dans sa vitrine un forceps-scie de son invention, une pince à ligature des polypes naso-pharyngiens, et un assez grand nombre d'instruments d'une très bonne exécution ; en outre, des bandages herniaires, des appareils orthopédiques et des membres artificiels qui nous ont paru faits avec grand soin. L'autre est M. Biondetti, qui n'a exposé que des bandages herniaires et des jambes artificielles.

(1) Voir le numéro du 2 août.

On a proposé, pour les cas de renversement irréductible, l'ablation de l'utérus. Ce qui a conduit à cette pratique, c'est le raisonnement d'abord, puis l'expérience. Il est arrivé à quelques chirurgiens d'enlever par méprise un utérus renversé, croyant enlever un polype. On trouve plusieurs exemples de méprise de ce genre dans les annales de la science; M. Velpeau en a rapporté dans le temps un exemple très curieux dans les *Archives de médecine* de 1824 ou 1825, si nous avons bonne mémoire. Or, dans quelques-uns de ces cas, les femmes ont survécu.

Ces succès inespérés justifieraient-ils une tentative de cette nature? Ce n'est pas l'avis de M. Dubois. Les insuccès sont beaucoup plus nombreux que les succès. Ce serait, par conséquent, soumettre les femmes à de très grandes chances de mort. Or, si l'on considère qu'elles peuvent vivre avec cette infirmité et mener une existence passable, surtout lorsqu'elles ont passé l'âge critique, il serait peu raisonnable de leur faire subir une opération aussi dangereuse.

Cependant, si la gêne et les accidents produits par le renversement de l'utérus étaient tels que l'on jugeât nécessaire de recourir à un moyen extrême, M. Dubois inclinerait à proposer la ligature comme moyen d'opérer une section lente de l'utérus; sans oublier toutefois que cette ligature elle-même est loin d'être sans danger, et que dans un cas où on l'avait tentée, bien qu'elle eût été enlevée presque aussitôt, elle a donné lieu à des accidents qui sont devenus mortels.

En résumé, en ce qui concerne la malade dont il s'agit, M. Dubois a été d'avis qu'il n'y avait lieu à tenter rien de ce genre. Mais en la laissant dans cet état, n'y avait-il pas du moins quelques moyens de modérer les accidents, et en particulier les pertes, qui épuisent la malade et qui l'ont déjà jetée dans un état d'anémie très prononcé? Ces moyens ont été employés. On a eu successivement recours à l'usage de la glace, des injections de ratanhia, de l'eau de Rabel, sans succès. L'administration intérieure du seigle ergoté à la dose de 2 grammes n'a pas paru avoir plus d'efficacité. Des injections de sulfate de cuivre (10 grammes pour 500 grammes) ont fini par mettre un terme à ces hémorrhagies. On en restera là probablement. La malade est provisoirement gardée à l'hôpital, où elle est simplement soumise à un régime tonique réparateur.

De la pulvérulence des narines au point de vue séméiotique.

Nous devons à l'obligeance de M. Parrot, interne à l'hôpital Cochin, la communication des considérations qui suivent sur le rôle que joue la pulvérulence des narines dans certaines maladies et sur sa valeur séméiologique. Ces très intéressantes considérations ont fait le sujet d'une des dernières conférences cliniques de M. Beau.

Lorsque dans les ouvrages de séméiologie générale on parcourt le chapitre que les auteurs ont consacré à l'étude des signes que l'on peut tirer de l'inspection du nez et des fosses nasales, on est frappé de voir que l'attention des observateurs a été absorbée par les changements que subit la physionomie du nez dans les maladies et qu'ils ont négligé d'étudier les modifications pathologiques qui s'opèrent dans les cavités des narines et des fosses nasales.

Ils ont signalé comme un symptôme des fièvres adynamiques une dyspnée, qu'il ne faudrait pas, disent-ils, rapporter à une cause autre que la dessiccation des fosses nasales et l'obstruction de leurs cavités par un mucus qui ne s'écoule plus au dehors. Voilà pourquoi les malades qui subissent ces affections respirent, en général, la bouche béante et seraient inévitablement asphyxiés si cette voie ne restait ouverte à l'air qu'appellent à chaque instant les poumons.

Double dit en parlant des narines que, dans les fièvres putrides, on voit se former sur ces parties la croûte fuligineuse qui enduit la langue, les lèvres et les dents.

Plus récemment, tous les auteurs qui ont observé et décrit la fièvre typhoïde ont signalé comme un symptôme fréquent de cette maladie la pulvérulence des narines. C'est sur ce phénomène que M. Beau a appelé l'attention des personnes qui suivent sa clinique au sujet d'un malade atteint de fièvre typhoïde et qui présentait à un haut degré le symptôme dont nous nous occupons ici.

M. Beau était médecin à l'hôpital Saint-Antoine, lorsqu'on apporta dans son service un jeune homme qui, sous l'influence de quelques libations trop copieuses, était en proie à un délire des plus bruyants.

Ce trouble passager nécessita pendant quelques jours l'emploi de la camisole de force.

Alors on vit se produire sur ce jeune homme un phénomène qui jusque-là avait été regardé comme appartenant en propre aux maladies dites adynamiques, la pulvérulence des narines.

Le fait était nouveau et tout à fait inattendu; M. Beau pensa qu'il existait une relation de cause à effet entre la camisole de force et la pulvérulence des narines. Si l'entrée des fosses nasales était obstruée par les particules solides qui sont constamment en suspension dans l'atmosphère des salles, c'est que le malade ne pouvait s'en débarrasser à l'aide de ses mains.

Comme l'a observé M. Beau, il existe à l'entrée des narines, un peu au-dessus de leur orifice, un rétrécissement, une espèce de *glotte*, qui dans certains mouvements des ailes du nez soumis à l'influence de la volonté s'élargit et se resserre alternativement. Toute la muqueuse située au-dessous de cette glotte a une grande analogie de structure avec la peau. Elle est recouverte d'un grand nombre de poils. Ceux-ci sont tellement disposés sur chacune des deux faces de la narine qu'ils s'entre-croisent et forment un véritable feutrage destiné à tamiser l'air qui va aux poumons.

Ce tamis présente de grandes variétés suivant les âges, les sexes et les individus, puisque nul chez les enfants, il est moins dense chez les femmes que chez les hommes. Il se charge de poussière dans les inspirations, mais il est nettoyé par un mouvement des doigts. Il y a là quelque chose d'instinctif, une véritable action réflexe que provoque la présence de la poussière sur les poils des narines.

Pour que la pulvérulence des narines existe chez un individu qui respire un air chargé de particules solides, deux conditions seront donc nécessaires :

1° Un système pileux très développé;

2° Un obstacle dans les mouvements des membres supérieurs.

Le jeune homme dont l'histoire a été rapportée plus haut remplissait ces conditions. Il vient de mourir dans la salle Saint-Philippe une malade qui a présenté à un haut degré le symptôme de la pulvérulence des narines. Cette femme, douée d'un système pileux très abondant, a été prise dans les derniers jours de sa maladie de symptômes ataxiques qui ont nécessité l'emploi de la camisole de force. Ses narines ont été très rapidement obstruées par le duvet très ténu que l'on trouve dans les salles.

Dans les fièvres adynamiques des anciens auteurs, dans la dothinentérie si fréquemment observée dans les hôpitaux, la prostration, la débilité musculaire, une indifférence complète sont des symptômes dominants. Les malades sont dans le décubitus dorsal et gardent une immobilité absolue; voilà pourquoi la poussière s'accumule non-seulement dans leurs narines, mais encore dans les différents plis de la face et sur la poitrine dans les creux susclaviculaires.

Les faits de cette espèce sont d'une observation journalière dans les hôpitaux. Nous n'en citerons qu'un; c'est celui d'un homme couché au n° 2 de la salle Saint-Jean. Ce malade, transporté à l'hôpital dans un état de prostration excessive, a été très rapidement couvert du duvet nosocomial; ses cheveux semblaient avoir été poudrés. Aujourd'hui un mieux sensible s'est manifesté et la poussière a disparu.

M. Beau a observé la pulvérulence des narines chez les malades atteints de rhumatisme articulaire aigu, chez les paralytiques, toutes les fois que le rhumatisme et la paralysie ont déterminé une perte de mouvement dans les membres supérieurs. Comme l'observe M. Beau, la pulvérulence des narines est un symptôme d'hôpital. On ne le rencontre pas dans la pratique de la ville, lorsque les malades habitent des appartements d'une économie irréprochable, où les soins attentifs des personnes qui les entourent leur rendent à chaque instant les offices qu'ils se refusent eux-mêmes.

Paralysie du nerf moteur oculaire commun. — Du traitement qui lui convient, suivant qu'elle est essentielle ou symptomatique.

Il en est de la paralysie du nerf moteur oculaire commun comme de toutes les paralysies en général; le phénomène *paralysie* n'entraîne par lui-même aucune indication thérapeutique rationnelle. Il faut toujours remonter à son origine. Ce n'est qu'après en avoir déterminé les causes, autant qu'elles soient susceptibles d'être connues, ce n'est au moins qu'après en avoir déterminé la nature, c'est-à-dire après avoir établi préalablement si elle est essentielle ou symptomatique, si elle est le résultat d'une affection spéciale et localisée dans le nerf d'une compression mécanique outrée sur l'un des points de son trajet, ou d'un état inflammatoire ou congestif de son point d'origine dans l'encéphale, ou d'une lésion plus ou moins étendue de cet organe lui-même, qu'on peut formuler les indications thérapeutiques et régler l'emploi des moyens curatifs qu'il convient de lui opposer. On trouvera dans les trois exemples suivants, empruntés à la clinique de M. le professeur Jobert (de Lamballe), une application heureuse de ce précepte que les praticiens ne doivent jamais perdre de vue.

Françoise R..., âgée de vingt-neuf ans, est entrée à l'Hôtel-Dieu le 23 juillet 1855.

Cette femme est grande, forte, d'une bonne constitution. Elle n'a jamais eu de maladie sérieuse.

Depuis un an, elle occupe un logement dans lequel sont lit est placé vis-à-vis d'une porte qui ferme mal et laisse passer un courant d'air qui vient frapper le côté gauche du visage quand elle est couchée.

Il y a dix mois, à la suite de sa dernière couche, elle s'aperçut que le côté gauche de la face enflait au voisinage de l'œil. Ce gonflement s'est répété cinq ou six fois. Il n'était nullement douloureux. Le plus souvent la malade n'en était avertie que par les remarques des gens qui venaient la voir. Il y a deux mois, elle fut atteinte tout à coup pendant la nuit de douleurs violentes occupant tout le côté gauche de la tête. Depuis, ces douleurs se renouvelaient presque toutes les nuits et s'accompagnaient souvent d'étourdissements et de vertiges.

Quinze jours après le début de ces accidents, la douleur s'exagéra tout à coup pendant une nuit, et le lendemain en se réveillant elle s'aperçut que l'œil gauche était fortement porté en dehors. La vue du reste n'était diminuée en aucune façon. L'œil était un peu moins ouvert et sensible à la lumière.

Elle s'adressa dès le lendemain à un médecin, qui lui administra de la strychnine; il fit autour de l'œil des applications d'électricité, qu'il renouvela tous les jours pendant cinq semaines. Malgré ce traitement, l'œil se dévia de plus en plus, et la paupière commença, il y a un mois, à descendre sur le globe oculaire, qu'elle voilait complétement quinze jours après. Il y a huit jours, la vue commença à se troubler; la malade ne lisait plus qu'avec difficulté.

Cinq jours après le début du traitement les douleurs céphalalgiques avaient disparu.

Voici quel était l'état de cette malade au moment où elle est entrée à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. le professeur Jobert (de Lamballe) :

A l'ouest de la galerie, nous rencontrons d'abord la vitrine de M. Nyrop (de Copenhague). Les produits de ce fabricant sont certainement, avec ceux de M. Bonnells, ce que l'étranger nous a donné de plus complet et de plus remarquable.

Nous trouvons là quelques instruments nouveaux: tels sont des ostéotomes à mécanisme ingénieux, qui sans doute pourront rendre des services, mais qui nous ont paru bien compliqués et qui sont d'un prix élevé. Un brise-pierre à levier exécuté d'après le système de M. le Dr Guillon, mais inférieur à l'instrument de ce dernier auteur; un grand nombre d'instruments d'ophthalmologie, de chirurgie; un spéculum ani de Weiss bien exécuté, une scie de Hicie, etc., complètent cette vitrine, devant laquelle on s'arrête avec intérêt.

Les produits de la Suède et de la Norvège ont aussi leur importance. M. Mette (de Christiania) a exposé un céphalotribe bien fait, fabriqué par M. le docteur Faye, une boîte complète pour les opérations de fistules vésico-vaginales, des leviers pour ouvrir le vagin, des pessaires intra-utérins articulés; enfin, des serres-fines à ressort très allongé pouvant rester en dehors de l'orifice vulvaire tandis que les mors pressent à une hauteur plus ou moins grande dans le vagin. M. Gallus Moritz, compatriote de M. Mette, nous a montré une boîte complète pour les maladies des yeux, une fort belle scie de Heine et plusieurs porte-ligature très ingénieux. Enfin, signalons encore M. Albert Stille (de Stockholm), qui a exposé une boîte d'instruments de chirurgie. Cette boîte, qui paraît être la caisse réglementaire de chirurgie militaire de l'armée suédoise, est loin d'être aussi complète que la nôtre; les instruments sont lourds, et rappellent nos anciens instruments tels qu'ils sont figurés dans l'*Encyclopédie méthodique*.

Enfin, il nous reste encore à signaler la vitrine de M. Linden (de Rotterdam), où l'on trouve une collection intéressante d'instruments faits avec soin, et celle de M. Polycarpo (de Lisbonne), qui a exposé une caisse d'amputation, une boîte pour les ophthalmologistes et une caisse d'instruments à dents. Tous ces instruments nous ont paru bien confectionnés et d'un prix assez modéré.

Tels sont les produits les plus importants qui ont été exposés par les étrangers. Il en est encore quelques-uns que nous croyons devoir indiquer. Tels sont ceux de M. Däuser (de Furth, en Bavière), de M. Schmidt (de Marburg), de M. Luppold (de Stettin), les bandages herniaires de M. Bertschinger (de Zurich), de M. Pfister (de Berlin), les appareils orthopédiques de MM. Clausolles et Ronacel (de Madrid), les jambes artificielles de M. Walb (de Darmstadt), et un appareil venu de Mexico, et pouvant servir à empêcher les épileptiques de se briser les dents.

Nous terminerons cet examen rapide en appelant encore l'attention sur deux vitrines; l'une renferme l'ophthalmoscope de M. Epkens (d'Amsterdam), et l'autre les appareils orthopédiques de M. Langgaard (de Hambourg).

Les appareils de M. Langgaard sont faits avec un soin extrême. Ils remplissent parfaitement les indications les plus importantes; nous leur reprocherons d'être un peu lourds et un peu compliqués; néanmoins ils méritent une attention toute spéciale. Parmi ces appareils, nous en signalerons un destiné aux maladies du genou et qui, tout en faisant exécuter la flexion et l'extension de cette articulation, remédie à la déviation en dedans. Cette invention est réellement importante, car jusqu'à présent on n'avait eu que des moyens assez imparfaits pour remédier à cette difformité, qui, comme on le sait, est assez fréquente.

Nous avons été obligé de jeter un coup d'œil rapide sur les produits de l'étranger; parmi les instruments que nous avons examinés, il en est quelques-uns qui méritent une mention spéciale; nous en dirons quelques mots lorsque nous parlerons des instruments en particulier. Nous allons nous occuper de ceux de la France et surtout de ceux de Paris; car, à part quelques instruments exposés par MM. Benoit (de Lunéville) et Tricourt (de Reims), un forceps de M. Bernard, d'Apt (Vaucluse), les sondes de M. Baudaizé (de Montpellier), une scie à amputation de M. Lombard (de Draguignan), des instruments pour les dentistes de M. Pierret (de Brest), de M. Weille (de Rouen), Wisner (de Lisieux), on en trouve peu qui méritent une mention. Nous devons dire toutefois que les bandages herniaires, les appareils de prothèse sont plus largement représentés par les fabricants de la province. Nous aurons à y revenir.

Enfin, nous terminerons en signalant d'une manière toute spéciale les appareils de M. Blanc (de Lyon); leur utilité pratique, la manière ingénieuse dont sont saisies les diverses indications thérapeutiques, nous font un devoir d'insister sur ces appareils, dont nous connaissions déjà une partie et qui ont été pour la plupart figurés dans le *Traité de thérapeutique des maladies articulaires* de M. Bonnet.

Dans un prochain article, nous examinerons les instruments de Paris.

A. Jamain.

L'état général ne présente rien de particulier qui se lie à l'affection dont la malade est atteinte; seulement, depuis sa dernière couche, elle a présenté quelques phénomènes de chlorose pour lesquels elle a suivi un traitement ferrugineux.

La paupière gauche recouvre le globe de l'œil, et ne laisse à la partie inférieure qu'une fente de 2 millimètres environ, laissant apercevoir la sclérotique. Le sourcil est un peu abaissé. L'œil est sensible à la lumière, mais il ne présente pas d'injection notable. Il est fortement dévié en dehors et porté en haut. La pupille, dilatée, est complétement immobile. Les mouvements en haut, en bas et en dedans sont impossibles.

Depuis huit jours la vue a sensiblement baissé. La malade ne peut actuellement distinguer que les lettres majuscules. Quand on lui présente un objet bien en face, elle le voit assez nettement. Elle voit double dès qu'on porte l'objet dans le sens opposé à la direction de l'œil affecté. On observe en même temps chez elle des erreurs singulières sur la direction et la distance des objets. Quand elle ferme l'œil sain, elle met la main à une distance plus ou moins grande des corps qu'elle veut saisir, surtout s'ils sont placés à sa droite. Elle distingue les couleurs, mais elle voit la lumière entourée d'un cercle rouge.

On a évidemment affaire à une paralysie du nerf moteur oculaire commun. Tel est le diagnostic porté par M. Jobert, qui se fonde sur l'abolition des fonctions des muscles auxquels ce nerf va se distribuer. La paralysie occupe en effet les muscles droit supérieur, droit interne, petit oblique et élévateur de la paupière supérieure. C'est à la même cause qu'il faut attribuer l'immobilité et la dilatation de la pupille, qui s'explique par la paralysie du rameau que fournit au ganglion ophthalmique la branche du petit oblique; et c'est aussi à la même cause qu'il faut rapporter la photophobie qui existe chez notre malade.

Il est permis d'expliquer la déviation de l'œil en haut et en dehors par le défaut d'équilibre entre le petit oblique, qui porte l'œil dans la rotation en dedans, et le grand oblique, qui continue à porter l'œil dans la rotation en dehors.

Enfin, la diplopie est aisée à expliquer par la direction différente des axes visuels.

Dès l'année 1833 M. Jobert avait signalé deux espèces de paralysie, l'une essentielle et l'autre symptomatique.

Deux faits servirent de base à cette distinction. Il s'agissait dans l'un de ces deux cas d'une paralysie essentielle du nerf moteur commun, et dans l'autre d'une paralysie du même nerf liée à une altération des lobes moyens et des pédoncules du cerveau (1).

Dans la première observation, il s'agit d'un homme âgé de cinquante-deux ans, chez qui une paralysie du nerf de la troisième paire était survenue tout à coup à la suite d'étourdissements. La paralysie occupait l'œil gauche et se reconnaissait au prolapsus de la paupière supérieure, au strabisme externe et à tous les signes qui ont été indiqués plus haut. Deux fois déjà cet homme avait été atteint des mêmes accidents qui avaient cédé à des moyens très simples, et qui se dissipèrent en trois semaines sous l'influence des purgatifs, d'un séton, et surtout d'un vésicatoire appliqué sur la région sourcilière et qui amena une amélioration notable.

La seconde observation a trait à la nommée T..., couturière, âgée de quarante ans, entrée à l'hôpital Cochin le 22 février 1834. Cette femme avait des habitudes d'ivrognerie. Depuis un mois, sans cause appréciable, elle ne pouvait relever la paupière supérieure gauche. La pupille, dilatée et immobile, permettait cependant une vision assez nette. Malgré un traitement énergique, la malade perdit tout à fait la vue. Elle revint à l'hôpital le 9 mai. La vue était confuse, et cependant un peu améliorée. Quelques jours après son entrée, cette amélioration fit place à des symptômes locaux et généraux beaucoup plus graves. La vue se perdit de nouveau. La conjonctive devint insensible, l'œil fortement porté en dehors et en haut. A ces troubles locaux vinrent se joindre des phénomènes généraux : perte de l'intelligence, exaltation de la sensibilité, abolition de la vue des deux côtés. La malade succomba le 4 septembre.

On trouva chez elle une altération profonde des lobes moyens et des pédoncules cérébraux, ainsi que de la couche optique. La pie-mère était injectée, ainsi que l'arachnoïde, et à droite il y avait adhérence du lobe moyen à la dure-mère, de la fosse moyenne du crâne. La substance grise du lobe moyen était remplacée à gauche par un tissu jaunâtre, dur, élastique, criant sous le scalpel. A droite, le lobe moyen présentait à son sommet une altération analogue, mais sans lésion de l'arachnoïde et de la pie-mère.

Ces deux observations font nettement ressortir les différences de la paralysie essentielle du moteur commun et de la paralysie liée à une lésion cérébrale.

Dans le premier cas, la paralysie liée à une affection rhumatismale s'était reproduite à plusieurs reprises et avait cédé à un traitement approprié. Elle s'était développée peu à peu, affectant d'abord les muscles de l'œil, puis ceux de la paupière, puis l'iris.

Dans la paralysie symptomatique, au contraire, les accidents avaient acquis tout à coup le *summum* d'intensité; ils se trouvaient mêlés à des symptômes cérébraux dont la gravité avait dû bientôt fixer seule l'attention du médecin.

Chez notre malade, il s'agit évidemment d'une paralysie essentielle dépendant, selon toute apparence, d'une inflammation du névrilème.

Deux saignées ont été pratiquées dans les premiers jours; huit ventouses scarifiées ont été appliquées à la nuque, et des sangsues à la tempe; enfin un vésicatoire a été posé à la région sourcilière. Sous l'influence de ce traitement, une amélioration notable est survenue dans l'état de la paupière, que la malade peut soulever de manière à découvrir la moitié de la cornée.

M. Jobert (de Lamballe) insiste sur l'état douloureux du nerf, sur la photophobie, qui dénote une susceptibilité congestive de l'œil, et sur la cause qui a donné naissance à la lésion dont il s'agit. Il ajoute que dans ces circonstances le début du traitement doit consister dans des émissions sanguines locales et générales, et ce n'est suivant lui que plus tard, c'est-à-dire lorsque l'irritation a cessé, que l'on doit recourir à l'application de vésicatoires au-dessus des sourcils, aux onctions faites avec la pommade au nitrate d'argent, et enfin à l'électricité.

(1) *Études sur le système nerveux*, tome II, page 692 et suivantes.

TRAITEMENT DU CATARRHE INTESTINAL.

Par M. le professeur Trousseau.

Les variations de température ont occasionné bon nombre de catarrhes intestinaux. Le catarrhe intestinal aigu est une maladie de la saison, surtout dans les campagnes, et tantôt il est simple, tantôt lié à un état saburral des premières voies. Dans ce dernier cas, M. Trousseau procède à son traitement par un vomitif :

Poudre de racines d'ipéca. . . . 2 grammes.

En quatre prises, de dix minutes en dix minutes, jusqu'à production de deux ou trois vomissements.

Si l'embarras gastrique ne prédomine pas, s'il n'y a ni vomissements ni nausées, le remède par excellence, on ne saurait trop le répéter, est le sulfate de soude.

Au n° 2 de la salle Sainte-Agnès était couché, le 21 juin, un malade entré la veille dans ce service, et qui six jours auparavant, à la suite de chaleurs excessives suivies de froid, avait été pris de coliques violentes avec vingt et trente garde-robes sans aucun signe de choléra ni de cholérine. M. Trousseau a pensé que cet homme avait simplement une entérite aiguë ou un catarrhe intestinal, il lui a prescrit 30 grammes de sulfate de soude à prendre dans quatre verres d'eau pure ou coupée avec de l'eau de Seltz. Ce purgatif a provoqué six garde-robes bilieuses, et à partir de cet instant le dévoiement s'est complétement arrêté. Or ces faits sont communs, et si l'on réfléchit qu'abandonné à lui-même le catarrhe intestinal dure six, sept, huit jours, et qu'en temps d'épidémie il peut devenir l'occasion d'un choléra, on appréciera aisément le service que les purgatifs salins sont appelés à rendre en pareille circonstance.

Dans le catarrhe subaigu, ou qui tend à devenir chronique, le sous-nitrate de bismuth est d'un grand secours après l'emploi préalable d'un vomi-purgatif. Donné en lavement, il fait cesser parfois, comme par enchantement, les diarrhées qui sont entretenues par une irritation de l'extrémité inférieure du rectum, laquelle agit à la manière du suppositoire introduit dans l'orifice anal. Ces lavements sont ainsi formulés par M. Trousseau :

Sous-nitrate de bismuth. . . . . . . 8 gr.
Mucilage de gomme ou de graine de lin. . Q. S.

pour faire une mixture épaisse qu'on administre en deux fois dans un quart de lavement.

Cette médication n'empêche pas de faire prendre par les voies supérieures le même sel, et depuis quelque temps M. Trousseau lui associe en quantité égale le carbonate de chaux ou craie lavée, soit :

Sous-nitrate de bismuth. } ā ā . . . 2 gr.
Craie lavée. . . . . }

Mélangez. A prendre en plusieurs fois dans le jour.

On se trouve parfois très bien de cette combinaison chez les tuberculeux; mais en général le sous-nitrate de bismuth ne jouit plus, selon M. Trousseau, de l'efficacité qu'il avait autrefois, et ce professeur en attribue la cause à ce que le sel ne contient plus d'arsenic. Aussi est-il convenable dans les cas de diarrhée opiniâtre de prescrire en même temps que le sous-nitrate de bismuth quelque préparation arsenicale. C'est ce qui a été fait avec succès dernièrement chez une nourrice qui depuis trois ou quatre mois avait de la diarrhée liée peut-être à un état tuberculeux de l'intestin. Le mélange de sous-nitrate de bismuth et de craie avait modéré le flux intestinal, mais ne l'avait pas arrêté. On prescrivit alors la solution suivante :

Arsénite de potasse. . . . . . 5 centigr.
Eau distillée. . . . . 200 grammes.

Dissolvez.

La malade prit deux cuillerées à café par jour de cette solution, et le troisième jour elle était complétement guérie de sa diarrhée.

(*Journ. de méd. et de chir. pratiq.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 22 août 1855. — Présidence de M. Gosselin.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Ferdinand Martin montre une malade guérie d'une affection ancienne de la colonne vertébrale avec abcès par congestion.

— M. Chassaignac présente un enfant de six mois qui porte à la région ombilicale une tumeur érectile veineuse d'un assez grand volume. Grosse comme une tête d'épingle à l'époque de la naissance, cette tumeur s'est accrue de jour en jour jusqu'à acquérir trois ou quatre centimètres de diamètre. Elle se compose de deux parties, l'une profonde, l'autre qui occupe l'épaisseur même de la peau; mais la particularité la plus intéressante réside dans la présence d'une veine sous-cutanée assez volumineuse, qui rampe sur la ligne médiane, au-devant du sternum, et se perd dans la masse érectile. Cette veine, qui se gonfle en même temps que la tumeur, alimente-t-elle seule cette dernière? Dans ce cas, sa ligature pourrait amener la guérison.

Il est plus probable que d'autres vaisseaux se jettent dans la tumeur, et il est à craindre qu'une veine profonde de l'abdomen ne se rende également dans le réseau érectile, ce qui rendrait le pronostic de l'opération beaucoup plus grave.

M. Richet ne croit pas que la veine en question fasse seule communiquer la tumeur avec le reste du système veineux; cela serait tout à fait insolite.

M. Morel-Lavallée a vu en 1832 un fait analogue dans le service de M. Cloquet, chez un enfant atteint d'une tumeur érectile veineuse de la région temporale. On voyait une grosse veine variqueuse descendant du sommet de la tête et qui se jetait dans la tumeur.

M. Cloquet a souvenir de ce fait et de plusieurs autres tumeurs érectiles d'où paraissaient se détacher des vaisseaux isolés très volumineux. Dans le cas actuel, et avant de rien tenter sur cette veine présternale, il faudrait s'assurer par une exploration, facile du reste, si la veine alimente le tissu érectile à la manière d'un vaisseau afférent, ou bien si elle en sort tout simplement et remporte le sang du lacis vasculaire.

— M. Guersant présente à la Société un enfant de dix mois qui offre une courbure anomale de l'avant-bras avec cicatrice et semi-ankylose du coude. Cet enfant est venu au monde avec cette difformité, et de plus avec une plaie non encore cicatrisée correspondant à la cicatrice qui aujourd'hui est complète. La mère raconte qu'à six mois de conception elle reçut dans le ventre un coup de coude qui fut suivi de douleurs assez vives pendant plusieurs jours, et que son enfant, qui remuait beaucoup d'abord, finit par moins remuer. M. Guersant pense que cet enfant a eu une fracture compliquée de plaie dans le sein de sa mère, et que la plaie n'était pas encore cicatrisée à la naissance; aujourd'hui la cicatrice est complète et le cal vicieusement consolidé. Que faut-il faire?

M. Bonnet (de Lyon) prétend que par des appareils on peut redresser cet avant-bras.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Fabri (de Bologne) adresse trois mémoires *sur la luxation du fémur en arrière.* (M. Broca est chargé du rapport.)

— M. le docteur Bouchacourt, chirurgien en chef (sortant) de la Charité à Lyon, adresse, pour obtenir le titre de membre correspondant, un mémoire *sur l'atrésie vulvaire.* (Commission : MM. Guersant, Debout, Huguier.)

— La Société reçoit les ouvrages suivants :

Mémoire sur la résection de la clavicule, *Mémoire sur l'ostéo-myélite*, *Du traitement chirurgical de l'anus contre nature par la suture directe*; par M. Chassaignac.

Les courants électriques peuvent-ils se charger de matières pondérables médicamenteuses et les faire passer dans l'organisme? par M. Guitard.

Observation rare d'hystéro-épilepsie, par M. Legrand du Saulle.

Des propriétés et fonctions de la moelle épinière, rapport de M. Broca.

Des lésions des artères intercostales, par M. Martin. (Envoi pour le prix Duval.)

Des remercîments sont adressés aux auteurs de ces envois.

— La Société, appelée à voter sur les conclusions du rapport de M. Larrey, décide que le mémoire de M. Clot-Bey sera renvoyé au comité de publication, ainsi que le rapport dont il a été l'objet.

Le scrutin est ouvert, et M. Clot-Bey est nommé à l'unanimité membre correspondant de la Société de chirurgie.

— M. le professeur Bonnet (de Lyon) monte à la tribune pour communiquer les résultats de sa pratique *sur l'incision d'avant en arrière des rétrécissements du canal de l'urètre et sur le débridement suivi de cautérisation par le fer rouge des fistules urinaires.*

M. Bonnet montre d'abord une série d'instruments destinés à pratiquer la section du rétrécissement d'avant en arrière. Il existe, comme on le sait, des rétrécissements d'une résistance extrême à la dilatation, et qui au bout d'un temps très long permettent à peine l'introduction d'une bougie d'un petit diamètre. Il est très difficile d'appliquer à ces cas l'urétrotomie ordinaire, c'est-à-dire d'arrière en avant, parce que les instruments qui servent à cette opération sont trop volumineux et qu'on ne peut pas toujours obtenir le degré de dilatation nécessaire à leur passage; dans ce cas la section antérograde est indiquée; mais celle-ci présente des difficultés considérables.

La plupart des instruments que l'on possède arrivent jusqu'à l'obstacle sans guide et peuvent dès lors faire la section d'une manière infidèle. M. Reybard, à la vérité, a muni l'extrémité de son urétrotome antérograde d'un bout de baleine flexible; mais cette pièce peut se replier au-devant du rétrécissement sans y pénétrer et offre par conséquent peu de sécurité.

M. Amussat a également imaginé de se servir d'un conducteur, qui consiste, comme on le sait, dans une tige métallique d'un petit diamètre; mais il est extrêmement difficile de conduire un fil de cette nature dans le canal et de l'engager dans le point rétréci.

M. Bonnet a eu l'idée de combiner les instruments de MM. Reybard et Amussat, et opère de la manière suivante : après avoir obtenu la plus grande dilatation possible, il traverse le rétrécissement avec une sonde en gomme élastique percée à ses deux extrémités et qui renferme un mandrin métallique filiforme de 60 centimètres de long. La sonde étant retirée, le mandrin reste en place et occupe par conséquent la lumière du rétrécissement. C'est lui qui va servir de guide sûr à une lame qu'on poussera dans le canal et qui divisera le rétrécissement d'avant en arrière. Pour arriver à ce résultat, il suffit d'une petite lancette ajustée à l'extrémité d'une tige métallique; les deux pièces sont perforées suivant leur axe et peuvent glisser d'arrière en avant sur le mandrin préalablement introduit.

Lorsqu'on veut opérer, on engage la portion du mandrin qui est restée au dehors dans le canal central de la tige armée; puis, ce mandrin étant solidement fixé, on pousse sur lui cette tige, qui pénètre dans le canal, arrive jusqu'à la partie antérieure du rétrécissement et le divise sûrement sans qu'on ait à craindre la moindre déviation.

Les premiers instruments de ce genre que M. Bonnet fit construire étaient droits; depuis, il en a fait faire de courbes. Le diamètre de la lame tranchante est variable; cependant on lui donne en général 7 à 8 millimètres.

Il est facile de voir en quoi ce scarificateur diffère des autres instruments analogues, et de celui de M. Maisonneuve en particulier. M. Bonnet ne veut point discuter ici la priorité, puisqu'il s'est inspiré surtout des instruments de MM. Reybard et Amussat; il rappelle toutefois que dès l'année 1848 la *Gazette des Hôpitaux* a reproduit la description et le dessin de cet urétrotome avec les premières observations dans lesquelles il a été mis en usage.

M. Bonnet a employé déjà un grand nombre de fois l'urétrotomie antérograde. L'opération a toujours été simple, rapide, et jusqu'à ce jour il n'a point observé d'accidents graves, point d'infiltration, point d'hémorrhagies. Tout en conservant donc la dilatation comme méthode générale, il n'hésite point à couper les rétrécissements lorsque ceux-ci sont durs, fibreux, inextensibles, lorsqu'ils ont déjà été traités pendant longtemps et sans succès, soit par les bougies, soit surtout par la cautérisation, et enfin lorsque l'introduction des bougies est très douloureuse et accompagnée d'accès fébriles. Cette méthode lui paraît surtout applicable à ces cas compliqués où des fistules nombreuses et invétérées sillonnent les parties molles du périnée et des parties voisines; mais l'innocuité de la section dans des cas aussi graves n'est pas fortuite; elle dépend de la conduite que tient l'auteur dans des cas semblables, dans les opérations préliminaires qu'il pratique, et sur lesquelles il va donner quelques détails.

Les rétrécissements invétérés sont souvent compliqués de fistules multiples qui s'accompagnent à leur tour d'indurations volumineuses, de douleurs vives, d'accidents fébriles et de tous les signes qui accompagnent la rétention d'urine. Malgré la multiplicité de ces fistules, en effet, l'écoulement urinaire peut être suspendu, et on observe les mêmes phénomènes généraux que s'il s'agissait d'un simple rétrécissement très étroit; il semble, en pareil cas, qu'il convienne tout d'abord de lever l'obstacle en s'adressant immédiatement au rétrécissement, de manière à rétablir le cours de l'excrétion. Il semble encore que les accidents dont les fistules sont le siége doivent céder immédiatement à la section du rétrécissement. Cependant, l'expérience a démontré à M. Bonnet qu'il fallait parfois suivre une marche inverse et s'occuper tout d'abord de ce qui ne paraît être qu'un effet secondaire ou une complication.

Lorsqu'en effet on fait l'urétrotomie à des sujets en proie aux accidents généraux de la rétention d'urine, cette opération est souvent suivie de résultats fâcheux, ou du moins ne fait pas cesser les symptômes graves qui mettent la vie en danger. L'auteur commence donc par traiter la fistule, et le moyen qu'il emploie a d'ailleurs pour effet principal d'ouvrir une large voie à l'urine derrière le rétrécissement, et de prévenir ainsi les funestes effets de l'infiltration urinaire qui succède trop souvent à la section de l'obstacle.

Pour cela, M. Bonnet procède tout d'abord à un large débridement des fistules, quelque nombreuses et quelque longues qu'elles soient. C'est ainsi que dans certains cas il a été obligé de fendre le scrotum en deux, d'inciser même tout le périnée d'avant en arrière, c'est-à-dire d'inciser la partie inférieure du rectum et d'ouvrir de longues gouttières remontant jusqu'au-devant du pubis.

Ces débridements doivent aller jusqu'à l'ouverture interne de la fistule, c'est-à-dire jusqu'à l'urètre, et atteindre tous les embranchements secondaires. Le premier effet de ces incisions est, comme on le comprend, d'ouvrir à l'urine une voie d'écoulement tellement large que tous les accidents de rétention cessent instantanément. De plus, les incisions multiples pratiquées dans les tissus indurés et chroniquement enflammés sont, d'un commun accord, très aptes à favoriser la résolution des engorgements dont toutes les parties molles du périnée sont atteintes depuis longtemps.

Cependant, ce premier temps ne paraît pas suffisant à M. Bonnet; il craint encore que des accidents graves, et en particulier l'infiltration, ne succèdent à ces énormes débridements, et il croit indispensable d'y associer la cautérisation. C'est pourquoi toutes les surfaces saignantes sont soumises à la cautérisation au fer rouge. Cette cautérisation doit être faite avec énergie, sans épargner le moindre point, et même être assez profonde. On a dû, dans quelques cas, éteindre jusqu'à douze à quinze cautères dans les anfractuosités de la plaie.

On est tout d'abord effrayé à l'énoncé d'une semblable pratique; mais on se rassure en observant les suites très simples de ces terribles opérations. En effet, l'état général s'améliore rapidement, les tissus indurés se dégorgent, la région reprend sa forme naturelle, les plaies revêtent un très bon aspect; en un mot, on revient à des conditions beaucoup plus favorables à la cure du rétrécissement lui-même. C'est, en général, au bout de quinze à vingt jours qu'on peut passer à la seconde opération, c'est-à-dire à l'urétrotomie. On la pratique d'avant en arrière, par le procédé décrit plus haut, et tout se passe avec une grande bénignité. L'urine qui coulait largement par les fistules s'engage de plus en plus par l'urètre, puis les plaies périnéales se guérissent et la guérison est obtenue dans des cas réellement désespérés.

M. Bonnet indique sommairement quelques cas dans lesquels il a eu recours à sa méthode et qui ont été couronnés de succès.

En résumé, le traitement comprend donc deux phases distinctes: une phase préparatoire, qui comprend les débridements et la cautérisation; elle a pour but de faire cesser les accidents généraux, d'ouvrir une large voie à l'urine et aux liquides qui infiltrent les parties molles traversées par les fistules. La seconde phase comprend la cure du rétrécissement devenu beaucoup moins sensible, beaucoup plus tolérant. On laisse ordinairement s'écouler un certain temps entre les deux opérations; mais à la rigueur, et dans des circonstances exceptionnelles, on peut dans une même séance exécuter tous les temps, c'est-à-dire agir sur les fistules et sur le rétrécissement.

M. Robert demande quelques détails sur la manière dont on incise les fistules. L'ouverture cutanée de ces dernières est située quelquefois fort loin sur le dos de la verge, à la région pubienne, à la fesse. Le débridement de ces fistules doit exiger des incisions d'une étendue effrayante. Doit-on toujours l'entreprendre? Comment le faire sans conducteur; comment suivre tous les trajets secondaires? Ne risque-t-on pas d'entamer l'urètre? Et quand il existe plusieurs ouvertures à ce canal, doit-on les réunir par l'incision?

M. Bonnet. On a soin de placer préalablement une sonde dans l'urètre, afin d'éviter autant que possible la lésion de ce canal. Au reste, cela est moins difficile qu'on ne le pense. En effet, lorsque l'urine a perforé l'urètre, elle dilate ordinairement le tissu cellulaire ambiant, de façon à former une sorte de première cavité, de sac plus ou moins spacieux duquel partent les trajets fistuleux. Lors donc qu'on incise ces derniers de dehors en dedans, on arrive à cette poche juxtaposée à l'urètre sans atteindre celui-ci. Quant aux fistules qui viennent s'ouvrir sur la face dorsale du pénis, elles contournent les corps caverneux et aboutissent comme les autres à la paroi inférieure et latérale de l'urètre; on n'a donc pas besoin de fendre la verge, car le trajet est toujours sous-cutané. M. Boinet a pu s'en convaincre dans le cours de ses opérations qui sont de véritables autopsies faites sur le vivant. Quelle que soit l'étendue des trajets fistuleux, il ne faut pas hésiter à les ouvrir largement et en se servant de la sonde cannelée. Il faut de même poursuivre tous les embranchements, et le scrotum, dans plusieurs cas, a dû être fendu complétement d'avant en arrière.

Ce n'est point dans ses débridements que l'urètre court les plus grands dangers, c'est plutôt dans la cautérisation. Celle-ci, en effet, doit être faite avec beaucoup de précautions, surtout lorsqu'on la porte dans la profondeur, sans quoi on risque de mortifier les parois du canal. C'est ce qui est arrivé à M. Bonnet sur un malade qu'il opéra à Naples. Il avait sans doute porté le fer rouge avec trop de hardiesse dans la profondeur; toujours est-il que le rétrécissement avait été détruit, et que l'on put voir, quelques jours après, la sonde mise dans l'urètre à nu dans le fond de la plaie dans une étendue de cinq centimètres. M. Bonnet fut d'abord très inquiet de cette circonstance; mais sa cure s'en fit nonobstant, et depuis il a su que le malade avait été guéri au bout de huit mois, qu'il urinait très bien, et qu'il avait même fait un enfant. La destruction d'une aussi grande longueur du canal n'avait pas, comme cela était à craindre, amené l'oblitération de ce dernier. M. Palasciano, chirurgien de Naples, avait été témoin de cette opération et de ses suites, et c'est de lui que M. Bonnet a appris l'issue ultérieure du traitement. Le chirurgien napolitain fut tellement frappé des résultats extraordinaires de cette méthode qu'il l'a adoptée à son tour, et qu'il en est aujourd'hui à sa quinzième opération. Il la pratique même avec plus de hardiesse, moins de tâtonnements que M. Bonnet, car il a supprimé le temps que ce dernier mettait entre les deux phases de la cure, c'est-à-dire que dans une même séance il pratique le débridement, la cautérisation et l'urétrotomie.

Dans tous les cas, c'est à la cautérisation qu'il faut attribuer tout l'honneur de ces guérisons inespérées; c'est elle qui prévient les infiltrations d'urine, qui dégorge les tissus indurés et qui replace les parties molles dans les conditions favorables à la cicatrisation. Le fer rouge remédie en particulier à ces accidents septiques, à ces absorptions funestes qui se font à la surface des plaies en contact avec l'urine; elle a ici les mêmes avantages que dans toutes les plaies empoisonnées, et M. Bonnet rappelle à ce propos les succès qu'il a obtenus, grâce à son emploi, dans des inoculations virulentes à la suite de piqûres anatomiques et dans des cas d'infection purulente au début. Plusieurs élèves en médecine de Lyon ont dû leur salut à la cautérisation énergiquement pratiquée pour des accidents d'amphithéâtre.

M. Guersant cite à l'appui des opinions de M. Bonnet les succès qu'il a obtenus par l'emploi du fer rouge dans les fistules périnéales qui suivent la taille chez les enfants. Après avoir essayé sans avantage plusieurs moyens; après avoir renoncé aux sondes à demeure, que les enfants ne peuvent supporter, il a eu recours à des cautérisations répétées plusieurs fois à cinq ou six jours de distance avec un stylet rougi. Le fer est porté jusqu'à l'urètre, et il n'en résulte aucun inconvénient.

CORRESPONDANCE.

Trachéotomie.

Nous recevons de M. Isambert, interne des hôpitaux, la lettre suivante, à laquelle nous nous empressons de donner place, tout en réservant à M. Bouchut, à qui elle s'adresse plus particulièrement, le droit de répondre en ce qui le concerne.

Monsieur le Rédacteur,

Je lis dans votre numéro du 23 août une observation de trachéotomie pratiquée dans le service de M. Bouchut à l'hôpital Sainte-Eugénie. Je n'aurais rien à dire de l'observation en elle-même si elle n'était précédée d'un préambule qui serait de nature à effrayer plus d'un praticien au sujet d'une opération éminemment utile. « On a tant de fois » dit l'auteur de l'article, infructueusement pratiqué la trachéotomie » dans les hôpitaux de l'enfance contre l'asphyxie du croup qu'il y aurait lieu de *désespérer* du succès de cette opération dans ces établissements, *si de temps à autre un fait de guérison* ne venait démontrer » son utilité.... C'est depuis les perfectionnements apportés au traitement consécutif que de *rares guérisons* ont prouvé la *possibilité du succès (ce qui avait été nié)*, etc., etc. »

Placé pendant deux ans comme interne à l'hôpital des Enfants malades, ayant vu pratiquer, ayant pratiqué moi-même de nombreuses trachéotomies, je me suis fait de cette opération une opinion beaucoup moins *désespérante* que celle qui est exprimée ci-dessus, et, pour justifier cette opinion, il me suffira de rapporter ici le chiffre des opérations pratiquées depuis cinq ans à l'hôpital des Enfants malades, avec le nombre des succès obtenus, chiffres que j'emprunte aux propres registres de l'hôpital.

Années.	Nombre des opérations.	Sortis guéris.	Proportion.
1850	20	6	un peu moins de 1/3.
1851	31	12	presque 1/2.
1852	59	11	un peu moins de 1/5.
1853	61	7	plus de 1/9.
1854	45	11	un peu moins de 1/4.
Totaux,	216	47	entre 1/4 et 1/5.

Cette année, depuis le 1er janvier 1855 jusqu'à ce jour, nous avons eu :

Opérations, 37. Sortis guéris, 7. Actuellement en convalescence, 2.

Les registres de l'hôpital portent les noms et les adresses de ces enfants; il serait facile de les retrouver, et plusieurs de nos opérés sont revenus souvent se faire traiter d'autres affections. Deux d'entre eux ont été opérés deux fois pour le croup et ont guéri les deux fois. Ces beaux cas appartiennent à M. P. Guersant.

Voilà donc en moins de six ans 54 et bientôt, nous l'espérons, 56 enfants qui ont dû la vie à la trachéotomie, et ces chiffres sont assez éloquents par eux-mêmes. Je ferai remarquer que, si les années 1852, 1853 et 1854 offrent une proportion moins favorable que les années 1850 et 1851, cela tient d'abord aux influences épidémiques de ces dernières années, notamment en 1853, où la fièvre typhoïde nous a enlevé un grand nombre de nos opérés; cela tient aussi à ce que, bien édifiés maintenant sur l'utilité de la trachéotomie et la considérant comme un secours que la chirurgie n'a plus le droit de refuser à un malade atteint du croup, les internes de l'hôpital des Enfants n'ont pas reculé devant des cas presque désespérés, au risque d'avoir de moins belles statistiques, et que souvent cette audace a eu les résultats les plus heureux et les plus inespérés.

L'hôpital Sainte-Eugénie n'a pas été aussi heureux jusqu'à présent, nous le savons, et nous n'en sommes pas étonné, car nous nous rappelons que pendant longtemps l'hôpital des Enfants a eu le même malheur, et que dans sa clientèle M. Guersant a pratiqué plus de 20 trachéotomies avant d'avoir une guérison. Mais plus tard les succès sont venus et ont augmenté d'année en année jusqu'à cette moyenne de 1/4 à 1/5e, qui semble la véritable moyenne de l'opération telle que nous la pratiquons.

Le succès, hâtons-nous de le dire, dépend beaucoup moins de l'habileté de l'opérateur et même des circonstances plus ou moins heureuses de l'opération que des soins consécutifs minutieux qui doivent être prodigués aux petits malades. Nous ne saurions trop louer à ce sujet la noble émulation dont font preuve les religieuses de l'hôpital pour assurer le succès de nos opérations et écarter les complications qui viennent si fréquemment le compromettre.

Agréez, etc,

E. Isambert,
Interne des hôpitaux.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par suite d'une mesure administrative, un dépôt spécial des blessés de l'armée d'Orient va être établi à Rueil. Les militaires devenus impropres au service par suite de blessures reçues à l'ennemi, et qui, en attendant la liquidation de leur pension de retraite, sont dirigés sur Paris, seront admis à ce dépôt jusqu'à ce que leur position soit fixée. Toutes les mesures que peut inspirer la sollicitude la plus éclairée ont été prises par l'autorité militaire supérieure pour assurer à ces blessés les soins qui peuvent adoucir leurs souffrances.

— D'après des nouvelles récentes de Marseille, le choléra aurait pris dans cette ville un peu plus d'intensité depuis une quinzaine de jours. On y compte, depuis le 15 août, une moyenne de quinze à vingt cas par jour, tandis que jusque-là on n'y avait observé que quelques cas isolés. On a remarqué aussi que depuis cette époque ils n'étaient plus exclusivement fournis par les équipages des navires et par le quartier du port, mais qu'ils provenaient indistinctement de tous les quartiers de la ville, y compris les plus aérés et les mieux habités.

S'il faut aussi en croire les renseignements que nous avons sous les yeux, un grand nombre de malades auraient été pris subitement sans aucun symptôme prodromique.

Nous devons ajouter toutefois, d'après l'auteur de ces renseignements lui-même, que les chiffres indiqués ne sont pas de nature à inspirer de vives inquiétudes, si l'on tient compte de l'accroissement considérable de la population de Marseille, qui compte en ce moment un très grand nombre d'étrangers dans ses murs.

A Draguignan, quelques cas ont été également signalés. Enfin un de nos correspondants nous annonce que dans les Pyrénées, et à Saint-Jean-de-Luz en particulier, il y en a eu plusieurs, mais presque toujours avec la diarrhée prémonitoire.

— Le doyen des médecins d'Avignon, le respectable docteur Roche, a succombé récemment à une attaque d'apoplexie.

— Le nouvel hôpital militaire de Montpellier a été inauguré le 18 août dernier, par suite de l'arrivée d'un nombre assez considérable de malades, qui ont été évacués des hôpitaux de Constantinople.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Bolze, de Nîmes (Gard); *Quelques considérations sur le scorbut.*

Thibon, de Maison-Neuve (Ardèche); *Des accidents de l'opération de la cataracte; des moyens de les prévenir et de les combattre.*

Couve, de Port-Louis (île Maurice); *Des sources du diagnostic des tumeurs.*

Vic, de Saint-Affrique (Aveyron); *De l'anesthésie générale et de l'anesthésie locale en particulier dans les opérations de la chirurgie.*

Casteran, de Lapôoté (Mayenne); *De la variole au point de vue de son traitement.*

Ticier, de Brignemont (Haute-Garonne); *Considérations sur les dépôts urineux.*

Toutes les thèses soutenues à la Faculté sont annoncées dans la *Gazette*; celles qui sont remises à notre bureau sont analysées dans un des numéros qui suit la remise.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 10 SEPTEMBRE 1855.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'Académie n'a reçu, dans cette séance, qu'une seule communication qui intéresse la médecine, et cette communication ne manque pas d'une certaine originalité. M. Neil Arnott a fait connaître à l'Académie les résultats d'un système de couchage en usage dans les hôpitaux de l'Angleterre, et qu'il désigne sous le nom de lit hydrostatique, ou matelas flottant. Ce lit hydrostatique, dont on trouvera la description au compte rendu, a été imaginé dans le but de prévenir les accidents qui résultent de la compression des parties déclives chez les sujets dont la circulation est ralentie, soit par une diminution de la force d'impulsion du cœur ou par toute autre cause. L'auteur rapporte un exemple remarquable de l'efficacité de cet appareil, qui ne saurait être remplacé, suivant lui, par les sacs d'air ou d'eau dont on a proposé l'usage pour les mêmes circonstances. Cette communication a, en outre, pour but de faire mieux connaître le mécanisme suivant lequel se produisent les ulcères, eschares et tous les accidents de compression pendant le cours des maladies graves exigeant un séjour prolongé dans le lit ou sur la chaise. L'expérience est trop aisée à faire pour qu'on ne doive pas chercher à s'édifier sur la valeur du moyen que M. Niel Arnott vient de faire connaître.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. CAZENAVE.

Leçons cliniques sur les maladies de la peau (1).

DE LA LÈPRE ET DU PSORIASIS.

Nous avons, dans une de nos précédentes leçons, parlé de l'ichtyose, altération de sécrétion de la matière épidermique, qui constitue plutôt une difformité qu'une maladie. Il est d'autres altérations de sécrétion de la matière épidermique qui constituent de véritables maladies. Il est commun de voir les affections papuleuses se terminer par une lésion de sécrétion de la matière épidermique et colorante. Parfois il y a une phlegmasie de la couche externe de la peau; l'épiderme étant mal sécrété, un véritable travail d'inflammation a lieu. C'est là ce qui constitue les affections squammeuses. D'autres fois cette sécrétion morbide ne se fait que sur un petit espace du tégument; dans ce cas on a une sorte de lichen icthyosique, qui tient le milieu entre l'icthyose et le psoriasis. Comme on le voit, la sécrétion épidermique peut donner naissance à plusieurs maladies : d'abord à l'icthyose, à des affections tenant à l'altération des papilles, enfin aux maladies squammeuses proprement dites : la lèpre, le psoriasis et le pityriasis. Nous nous occuperons aujourd'hui de la lèpre et du psoriasis, qui sont une seule et même maladie.

Les mots *lèpre* et *psoriasis* ont été bien éloignés de leur signification première. Hippocrate et les médecins grecs avaient parfaitement connu et distingué ces deux maladies, malgré leur similitude. Le mot lèpre, qui désignait une maladie bien caractérisée par les auteurs qui s'en sont servis les premiers, a été plus tard l'objet d'une grande confusion. Cette confusion provient des traducteurs, qui ont donné le nom de lèpre à l'éléphantiasis des Grecs et des Arabes, et à une certaine époque à toutes les maladies de la peau.

La lèpre vulgaire (*lepra vulgaris*) se présente sous l'aspect de plaques rosées et légèrement élevées au-dessus du niveau de la peau, dont la couleur est d'un blanc nacré chatoyant, et dont la forme arrondie est disposée en cercle ou anneaux qui circonscrivent ordinairement un espace central d'une étendue variable où la peau conserve son intégrité.

La lèpre se développe sur toutes les parties du corps, mais on la rencontre plus fréquemment aux articulations des membres, comme au coude et aux genoux; on dit aussi qu'elle se développe plutôt à la partie antérieure qu'à la partie postérieure du tronc. Nous avons pourtant ici un malade qui n'a de plaques qu'au dos. Cela vous montre qu'il ne faut pas trop chercher à localiser ces affections. Quelquefois la maladie envahit toute ou presque toute la surface du corps; d'autres fois elle est bornée à certaines régions. Les disques de la lèpre augmentent, deviennent confluents, suintent. D'autres fois ils se mélangent tellement qu'on ne peut plus en reconnaître la forme primitive; on ne trouve plus la moindre portion de cercle. On les prend alors pour des produits de *psoriasis inveterata;* mais cela a peu d'importance.

On s'aperçoit de l'erreur quand la maladie est en voie de guérison, car elle suit la même marche qu'elle avait à son début; les disques reparaissent avant de disparaître définitivement. Dans d'autres circonstances, les plaques sont peu nombreuses, mais très grandes; c'est presque toujours au dos qu'elles commencent; les squammes sont plus minces, plus rares; l'épiderme est très rouge. Dans d'autres cas, c'est la couleur qui est remarquable; les plaques sont d'un blanc tout à fait particulier. C'est là probablement la forme de lèpre désignée par les Grecs sous le nom de *leucé*, qui tiendrait à une altération de la matière colorante de la peau en même temps qu'au tissu même de la peau. Il en est de même pour la *lèpre nigricans*, qui présente une coloration noire. Il est des auteurs qui ont fait bon marché de cette dernière; ils la nient, parce qu'ils ne l'ont pas vue. La première fois que nous avons eu l'occasion de la rencontrer, nous avons été porté à la regarder comme une affection syphilitique. Mais il nous a bien fallu admettre plus tard que c'était là réellement une lèpre.

La lèpre est une maladie chronique qui tend à se prolonger, à récidiver, et qui résiste souvent à tous les médicaments externes et internes. Il n'est pas rare de voir les plaques squammeuses se reproduire opiniâtrément et persister dans les points de prédilection de cette maladie, alors qu'il n'y en a plus de traces sur les autres parties du corps. Elle peut disparaître à la suite d'une commotion morale très vive, mais jamais sous l'influence d'une maladie interne.

Quand la lèpre est en voie de guérison, elle présente les mêmes phénomènes que lors de son apparition; les squammes tombent et sont plus longues à reparaître, les plaques n'offrent plus qu'un état érythémateux, le rond se brise et alors la guérison va vite: elle ne laisse presque point de traces.

Cette affection attaque tous les individus, hommes ou femmes; elle paraît le plus souvent à l'âge adulte, jamais dans la vieillesse.

La cause de la lèpre n'est pas spéciale, mais générale. On a invoqué l'hérédité; mais a-t-elle plus d'importance dans cette maladie que dans les autres? Je ne le crois pas. Toutes les causes irritantes internes peuvent l'amener, mais aucun irritant externe ne saurait la faire naître. La plupart du temps, elle arrive à la suite d'émotions morales qui produisent un grand trouble dans l'économie.

Le psoriasis et la lèpre récidivent-ils? L'observation semble le démontrer. Bien que ces maladies soient difficiles à guérir et sujettes à récidiver, il ne faut pas croire qu'elles soient incurables, nous en guérissons beaucoup; et si elles récidivent, elles ne diffèrent pas en cela de la plupart des autres maladies. De ce que l'on a eu déjà une maladie, ce n'est pas une raison pour ne plus l'avoir.

En parlant de la lèpre, il nous est arrivé souvent de joindre à cette maladie le psoriasis; en effet, ces deux mots, lèpre et psoriasis, signifient une seule et même chose et s'appliquent à des affections cutanées de la même nature; elles ne diffèrent entre elles que par la forme : aussi peut-on en faire deux variétés d'une même maladie. En effet, la lèpre présente des pustules arrondies et disposées en cercle; dans le psoriasis, ces pustules ont des formes variables et irrégulières.

Le psoriasis présente des plaques lenticulaires semées à la surface du corps comme les gouttes d'un liquide dont on aurait arrosé les téguments; c'est là le psoriasis guttata. On le rencontre encore sous une autre forme; la peau est couverte de plaques plus étendues que les précédentes; ces plaques offrent par la réunion de petites élévations rouges qui se sont confondues en s'étendant, des surfaces rouges qui peuvent occuper toute l'étendue d'un membre. Cette variété est désignée sous le nom de psoriasis diffusa. Mais la maladie, faisant de nouveaux progrès et passant à l'état chronique, a reçu le nom d'*inveterata*. Alors presque toute la peau du corps devient rouge, se recouvre d'écailles squammeuses plus ou moins épaisses, quelquefois presque croûteuses, fendillées, se détachant en écailles furfuracées dans les sillons que forment les plis ou les gerçures de la peau. Il peut y avoir dans le psoriasis altération des ongles, et quelquefois la maladie ne présente que ce caractère.

La lèpre se distingue du psoriasis par l'arrangement de ses pustules toujours disposées en cercle, ce qui n'a pas lieu dans le psoriasis. Ces deux maladies peuvent exister simultanément. Du reste, une erreur de diagnostic aurait dans ce cas peu d'importance; mais il faut distinguer le psoriasis de l'impétigo et de l'eczéma. Ces deux maladies présentent des croûtes qui sont le résultat de l'exsudation d'un liquide qui s'est solidifié, tandis que dans le psoriasis les croûtes tiennent à une autre cause et ont un aspect bien différent. Et puis, l'eczéma est bien rarement, comme ce dernier, séparé en groupes isolés. Pour le pityriasis, le développement vasculaire sous-jacent aux squammes, la saillie des plaques suffisent pour établir une distinction bien nette. Mais ce qu'il importe surtout de ne pas confondre, c'est la lèpre et le psoriasis avec certaines formes de syphilis. La forme de syphilides tuberculeuses en cercles et dont le centre est sain peut offrir des difficultés dans le diagnostic. On pourrait prendre ces plaques syphilitiques pour une lèpre et réciproquement une lèpre pour une syphilide. On peut cependant les distinguer.

Dans la lèpre, le cercle est continu; dans la syphilis, il y a interruption; ce sont de petits tubercules qui se groupent les uns à côté des autres pour former un cercle; mais ils laissent toujours entre eux un petit espace; leurs sommets sont saillants; les squammes tombent difficilement, et puis les syphilides ont une couleur caractéristique. Enfin, quand la guérison a eu lieu, il reste bien dans les deux cas un cercle comme vestige de la maladie; mais dans la syphilis ce cercle est formé au-dessus de la substance de la peau, ce qui n'a pas lieu dans la lèpre.

On a vanté comme traitement un grand nombre de préparations qui ont toutes une action directe sur la peau : les arséniaux, les sudorifiques, les sulfureux. On obtient peu de succès par cette dernière médication; cependant on a guéri des femmes et des enfants atteints de lèpre vulgaire en se bornant à leur faire prendre des eaux sulfureuses. Les sudorifiques, les préparations ammoniacales, quand les malades ne veulent pas prendre d'arsenic, le sous-carbonate d'ammoniaque mêlé à un sirop quelconque (4 grammes de sous-carbonate d'ammoniaque pour 400 grammes de sirop de salsepareille, deux cuillerées par jour) donnent de bons résultats. On a proposé la teinture de cantharides. Biett y avait confiance; il la prescrivait de préférence aux femmes, chez qui elle réussissait mieux que chez les hommes. On peut commencer par 3 gouttes et aller jusqu'à 20, en surveillant avec soin les organes digestifs et génito-urinaires. Les médicaments auxquels nous donnons la préférence sont les préparations arsenicales; elles ont un mode d'action facile à constater. Au bout de quelques jours la peau s'anime, les squammes tombent pour se renouveler à des intervalles plus longs; les plaques présentent un travail de résolution qui amène la guérison. On peut les employer toutes presque indifféremment. Celle que je préfère cependant est la solution de Pearson (5 centigrammes d'arséniate de soude pour 30 grammes d'eau distillée).

Nous prescrivons encore la liqueur de Fowler, qui est beaucoup plus active, et qu'on administre par gouttes sans jamais aller au delà de douze. Enfin, M. Gibert se sert, dans cet hôpital, de l'acide arsénieux, mais toujours concurremment avec la pommade de goudron. Biett a aussi préconisé l'arséniate d'ammoniaque et l'arséniate de fer. La première préparation est mal supportée par les malades; la seconde ne vaut rien, car les ferrugineux ne vont pas à la peau. Quant aux tisanes, on peut prescrire celles qui sont communément en usage dans les maladies de la peau; cela a peu d'importance.

Mais il nous reste une question plus grave à résoudre : Un traitement externe ne vaudrait-il pas mieux qu'un traitement interne? On a proposé de se servir de pommades de goudron, et on en a obtenu des guérisons; mais ces guérisons n'ont été que temporaires. Dans le Nord, où cette maladie est fréquente parmi les paysans, ceux-ci se guérissent en prenant un bain de goudron; mais la maladie revient. Pourquoi donc, puisqu'on peut se débarrasser complétement de cette affection, s'en tiendrait-on à des préparations qui ne sont que palliatives? Dans le psoriasis *inveterata*, lorsque la peau est fendillée, nous prescrivons tout simplement de l'axonge. Tous les bains sont bons dans ce cas, car ils font tomber les squammes; et si l'on se sert de pommades, il faut préférer les alcalins, qui nettoient mieux la peau. Il faut que les bains ne soient ni trop chauds, ni trop prolongés, à 34° Réaumur, et d'un quart d'heure seulement. Si l'on veut employer des pommades, on pourra prescrire celle de Biett, composée de 2 à 3 grammes d'iodure de soufre pour 30 grammes d'axonge, ou bien la pommade au goudron;

(1) Suite. — Voir les numéros des 24 mai, 5 juin, 5, 17 juillet et 9 août.

mais la première irrite et laisse des taches, et la seconde a l'inconvénient de tacher le linge et d'exhaler une mauvaise odeur, deux choses à prendre en considération dans un hôpital. On peut éviter ces inconvénients en employant le goudron à une dose peu élevée. Je me sers quelquefois du mélange suivant : onguent citrin, axonge et goudron mélangés en parties égales ; ces pommades ne sont que des moyens auxiliaires de peu d'effet, et je préfère, quand la peau est fendillée, prescrire simplement soit du cold-cream, soit de l'axonge.

G. B.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. Aran.

Leçons sur les affections de l'utérus (1).

(Recueillies par M. F. Guyon, interne du service.)

ÉTIOLOGIE GÉNÉRALE DES AFFECTIONS UTÉRINES.

Parmi les causes qui peuvent entraîner la production des affections utérines, nous distinguerons :

1° Les causes qui appartiennent à l'utérus lui-même, à ses conditions anatomiques, à ses fonctions;

2° Celles qui se lient aux maladies d'organes voisins, à celles d'organes plus ou moins éloignés ou à des conditions générales.

L'utérus, situé dans le petit bassin, affecte normalement une position qui se rapproche de l'axe de cette cavité. Il jouit de mouvements d'autant plus faciles qu'il n'a pas de ligaments véritablement suspenseurs, et que ces mouvements sont favorisés par l'enveloppe séreuse qu'il emprunte au péritoine, dans la cavité duquel il fait saillie. Aussi l'utérus est-il influencé par les mouvements de la femme, par ceux de la masse intestinale qui appuie sur lui, par les organes du petit bassin tour à tour distendus et vidés. Ce sont ses connexions avec la vessie et le vagin qui lui fournissent ses principaux soutiens. Le vagin n'est pas, en effet, ce cylindre que nous fait voir le spéculum, mais bien un conduit dont les parois, doublées d'un tissu érectile, sont normalement en contact.

Si je vous rappelle ces conditions anatomiques, c'est que leur connaissance explique un certain nombre d'affections de l'organe. Ainsi, la non-fixité de l'extrémité supérieure permet les déplacements totaux ou partiels ; l'insuffisance de la fixité inférieure permet l'abaissement et toutes ses conséquences, la nature séreuse de son enveloppe externe et de la cavité qu'il habite explique les adhérences qu'il contracte. Les différences de volume de l'utérus aux différents âges, l'accroissement rapide qu'il prend à la puberté, l'augmentation permanente de poids et de volume que lui impriment la grossesse et ses suites viennent encore favoriser sa tendance aux déplacements. Si nous joignons à toutes ces causes les modifications dans sa consistance qui surviennent non-seulement à la suite de l'accouchement, mais aux époques menstruelles, nous serons moins étonnés de la fréquence de ses déplacements. Examinons, du reste, quel est le rôle joué par les fonctions de l'utérus dans l'étiologie de ses affections.

La menstruation, que l'on s'est tant évertué à expliquer, et qui a été, jusqu'aux travaux de Pouchet, de Négrier, de Bishoff, de MM. Coste, Gendrin et Raciborski, l'objet de théories aussi nombreuses que ridicules, entraîne dans l'organe de remarquables modifications. Pendant que s'accomplit le travail ovarien, la trompe se dilate, l'utérus congestionné a sa muqueuse boursouflée ; son tissu se ramollit, l'organe augmente de volume, son col devient violacé, et cette coloration se retrouve dans le vagin, sur les petites et quelquefois sur les grandes lèvres. Il faut, du reste, se souvenir que, si cet état particulier indique la venue des règles, il existe aussi pendant la grossesse.

Supposez que la congestion soit trop intense, que l'écoulement sanguin nécessaire soit retardé, empêché ; quels désordres ne se montreront pas vers l'utérus, les organes voisins et surtout vers le péritoine ? On sait que M. Laugier a ingénieusement rapporté à l'influence du travail ovarien la production de l'hématocèle rétro-utérine. La congestion utérine mensuelle est peut-être la plus ennuyeuse des causes qui s'opposent à la curation des affections utérines. On perd à chaque époque menstruelle beaucoup de ce que l'on avait gagné. Aussi est-ce après l'épreuve de plusieurs écoulements menstruels que l'on peut être assuré d'une guérison définitive.

Les rapports sexuels, dont on use si souvent avec excès, deviennent une des causes les plus fréquentes des maladies utérines. A côté de l'abus du coït, il faut tenir grand compte de la disproportion des organes : un vagin trop court, un utérus abaissé rendent le coït dangereux, surtout si, par une cause quelconque, la mobilité de l'organe n'étant pas parfaite, il ne peut fuir devant les percussions réitérées du pénis. Dans ces cas, le coït ne tarde pas à devenir douloureux et même insupportable. Les phlegmons du ligament large, les hématocèles, les métrites ne reconnaissent souvent d'autres causes qu'un coït pratiqué pendant l'époque menstruelle.

La parturition est certainement le point de départ le plus fréquent des affections de l'utérus, et cependant combien de médecins conseillent encore de nos jours une grossesse comme moyen curatif !... L'accouchement ne peut se faire sans dégâts ; le col est déchiré ; le placenta, décollé de ses insertions, laisse pendant nombre de jours une surface enflammée qui suppure : aussi les nouvelles accouchées sont-elles de véritables blessées. Ce sont là des conditions qui prédisposent à l'inflammation, souvent déterminée d'ailleurs par des soins mal dirigés ou par des imprudences. Il est d'usage de se lever au neuvième jour ; on quitte le lit, on reprend ses travaux. Cependant il existe encore des douleurs qui persistent, sans être insupportables ; les femmes les conservent des mois entiers avant d'en parler à qui que ce soit. D'autres fois, mais plus rarement, elles sont prises d'accidents aigus, phlegmon péri-utérin, etc., et payent immédiatement leur imprudence.

Les causes de voisinage ont aussi une incontestable influence. Heureusement pour les femmes que les maladies de la vessie sont très rares chez elles, car leur présence serait des plus fâcheuses pour l'utérus, comme le démontre la coïncidence assez fréquente de la métrite et de la cystite.

La constipation est pour le sexe féminin un état habituel. L'accumulation de fèces devient dangereuse pour l'utérus lorsqu'elle dépasse certaines limites. Tout le monde reconnaît son influence sur la position de cet organe ; mais supposez-le déplacé en rétroversion ou en rétroflexion : son fond appuie sur le rectum, et, bientôt déprimé, refoulé par l'amas stercoral, il se trouve enclavé, immobile, peut s'enflammer et donner lieu aux symptômes d'un véritable étranglement.

On s'est peu préoccupé de la possibilité du développement de péritonites partielles à la suite d'avortements, des congestions utérines, des règles, etc. ; et cependant, pour tous ceux qui ont fait des autopsies, rien de plus fréquent que les adhérences de l'utérus. Ces adhérences, que nous ne décrivons pas ici, deviennent la cause des déplacements les plus bizarres, les plus variés, de l'immobilité de l'organe ; souvent cependant elles sont assez lâches pour laisser à l'organe sa mobilité.

Rien de plus commun que la stérilité à la suite de fausses couches ; la cause devra souvent en être cherchée dans des déplacements dus à des adhérences.

Les causes générales ont sans doute leur part d'influence dans l'étiologie des affections qui nous occupent ; mais dire qu'elles constituent toute la maladie, comme on l'a soutenu il y a quelques années devant l'Académie de médecine, il y a là plus qu'une exagération, il y a une erreur. Les femmes dyspeptiques, chloro-anémiques, scrofuleuses sont plus sujettes que d'autres aux affections utérines ; mais il n'y a là qu'une prédisposition. Le traitement mis en usage l'a trop souvent montré : son impuissance, lorsqu'il n'a été que général, a été complète ; et si, comme nous l'admettons, il se lie quelquefois à l'affection utérine des troubles généraux, ces troubles, qui peuvent également exister sans elle, ne céderont définitivement et complétement qu'autant que l'on emploiera concurremment un traitement local.

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE DES AFFECTIONS UTÉRINES.

De l'étiologie découlent naturellement plusieurs préceptes thérapeutiques. Ainsi l'on devra autant que possible régler les fonctions de l'organe malade et des organes qui l'environnent.

Nous avons dit quelle était l'influence de la menstruation sur la marche et la production de ces affections. Il serait certes plus avantageux pour la simplification du traitement de suspendre (si cela était possible) la fonction menstruelle ; mais mieux vaut encore l'écoulement des règles que les congestions mensuelles qui reviennent même en l'absence de l'évacuation menstruelle ; aussi devra-t-on s'appliquer à régulariser l'écoulement, l'exciter ou le diminuer, faire en sorte qu'il se présente aux époques normales, ce qui du reste ne s'obtient complétement qu'avec la guérison de l'affection.

Au moins pourra-t-on régler ce qui est relatif à l'exercice des rapports sexuels. Ces rapports devront être empêchés tant qu'existera un état subaigu et *à fortiori* un état aigu. D'une manière générale, on peut dire que, si l'on veut obtenir du traitement des résultats vraiment efficaces, ces rapports doivent être complétement interdits ; ils deviennent cependant quelquefois utiles chez certaines femmes, mais seulement lorsqu'un traitement méthodique vous fait déjà toucher à la guérison.

Nous avons plus haut exprimé notre opinion à l'égard de la grossesse ; nous la regardons comme très fâcheuse.

La constipation doit être combattue avec soin non-seulement par les purgatifs, mais par des agents susceptibles de rendre à l'intestin la tonicité qu'il a perdue ; s'il y avait inflammation, catarrhe de la vessie, il serait aussi urgent d'y remédier.

Nous voici arrivé au traitement de l'affection utérine proprement dite. Faut-il tout accorder au traitement local ou tout au traitement général ? Ce sont là deux exagérations qu'il est facile d'éviter, et il est même singulier que l'on ait voulu se renfermer dans ces opinions extrêmes. Je ne vois rien qui s'oppose à l'emploi simultané de ces deux ordres de moyens, et c'est vouloir se créer d'insurmontables difficultés que de négliger l'un ou l'autre. Rappelons cependant que, l'existence isolée des symptômes généraux étant l'exception, le traitement local doit certainement occuper la première place.

Il faut pour bien traiter une affection utérine se placer à un point de vue un peu mécanique et accorder beaucoup par conséquent aux moyens soit mécaniques ou chirurgicaux, soit vitaux, qui ont pour but d'agir sur la partie mécanique de l'affection. Calmer la douleur est sans doute une des indications les plus importantes ; diminuer la congestion est aussi une indication de premier ordre ; mais cette congestion entraîne après elle une augmentation de volume, et cette augmentation de volume, soit générale, soit partielle, il faut la réduire, ou, si la chose est impossible, il faut soutenir l'organe malade, le replacer dans la position qu'il a quittée, fût-ce même par des moyens mécaniques. Calmer la douleur, diminuer la congestion, diminuer le volume de l'utérus ou opposer à cette augmentation de volume des moyens qui en contre-balancent les conséquences fâcheuses, telles sont les indications principales autour desquelles convergent toutes les autres.

Ces trois points doivent être considérés relativement à l'état aigu et à l'état chronique.

Dans l'état aigu, employer les émissions sanguines locales, et le plus locales possible, c'est-à-dire que les sangsues doivent être appliquées sur le col, ou s'il n'était pas possible sur le bas-ventre, mais de préférence sur le col. Jamais de saignées générales ; elles sont inutiles. L'émission sanguine doit être suffisante du premier coup, et répétée le moins possible. Il faut toujours redouter l'anémie chez une femme dont l'utérus est malade. Les purgatifs, les cataplasmes, les bains entiers tièdes, les bains de siége seront également employés dans cette première phase. Viennent ensuite les applications froides, la glace et les mélanges réfrigérants portés sur le col à l'aide du spéculum, comme vous me l'avez vu faire dans ces derniers temps ; les bains de siége à eau courante, les douches froides.

Dans l'état chronique, on peut recourir d'emblée au froid, aux mélanges réfrigérants ou à l'hydrothérapie. Mais devant un utérus trop volumineux ces moyens seraient trop longs, sinon insuffisants. Il ne faut pas craindre de se servir de la cautérisation, soit avec le fer rouge, soit avec la poudre de Vienne.

Dans l'état chronique, on peut demander deux choses au froid : 1° calmer la douleur ; 2° amener une excitation générale, une modification de l'économie qui favorise la résolution. Le froid comme calmant la douleur a été employé par les chirurgiens depuis longtemps, et l'application des mélanges réfrigérants, que vous m'avez vu faire, est la généralisation des principes posés par M. Arnott. Mais quant à la connaissance de cette modification de l'économie produite par le froid, nous en sommes redevables à l'hydrothérapie. C'est à M. L. Fleury que l'on doit la démonstration de toute l'utilité que l'on peut retirer de cette méthode, de l'emploi des douches, en particulier, dans les affections chroniques de l'utérus. C'est à l'hydrothérapie que l'on pourra le plus se fier, et c'est par elle que l'on arrivera aux plus beaux et aux plus rapides succès. Mais cela ne veut pas dire qu'il ne faille pas employer concurremment les autres ressources de la thérapeutique et que l'on ne puisse guérir sans l'hydrothérapie. On pourra joindre à ces moyens l'emploi des douches rectales et vaginales froides ; mais ces dernières demandent à être employées avec la plus grande circonspection. Dans l'état aigu, elles réveillent les accidents et peuvent en occasionner de nouveaux ; employées d'emblée dans l'état chronique, elles ne sont pas non plus exemptes d'inconvénients.

Les bains de mer consolideront très avantageusement la guérison.

Les toniques et antidyspeptiques sont utiles, mais employés seuls ils n'arrivent à rien.

Le repos est indispensable, et malgré la réaction soulevée contre ce précepte de Lisfranc, il est nécessaire de l'exiger si l'on veut une guérison rapide ; trop souvent on est bien forcé d'y arriver de guerre lasse.

Telles sont les indications principales de la thérapeutique des affections utérines ; c'est lorsque je vous parlerai de chacune d'elles en particulier que j'entrerai dans les détails de l'application des moyens.

(1) Suite. — Voir les numéros des 14 et 30 août.

MÉMOIRE

sur une altération du tissu propre de la mamelle confondue avec le tissu hétéromorphe dit cancéreux,

Lu à l'Académie des sciences le 22 août 1855

Par M. Ch. Robin, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

Ce mémoire a pour but la description d'un fait nouveau qui, à côté de nombre d'autres, tend à démontrer que certaines tumeurs de la mamelle, considérées comme des productions nouvelles hétéromorphes ou parasitiques, ont pour point de départ les cellules normales de son tissu. Je communiquerai dans un autre travail des faits analogues observés sur la glande parotide, le foie, les glandes sébacées et même sur le testicule.

De tous ces faits il résulte qu'on a souvent été conduit à appeler hétéromorphes des tumeurs dérivant d'une multiplication exagérée des éléments normaux d'un parenchyme, avec ou sans augmentation de volume, déformation de ses cellules et modification de leur structure propre par dépôt de granulations, etc.

Ce qui précède tient à ce que l'on ne connaissait pas la constitution normale de certains organes, ni les limites de variations que peuvent offrir leur texture et leurs éléments anatomiques pendant les diverses phases de leur évolution, et dans leurs périodes d'activité et de repos. Cela tient aussi à ce que pendant longtemps on s'est beaucoup préoccupé de l'étude des éléments anatomiques dissociés et considérés individuellement. On cherchait les différences spécifiques qui les séparent, sans s'occuper de leur spécificité de texture ou d'arrangement réciproque dans chaque organe ; texture indépendamment de laquelle ils n'existent jamais en réalité, mais qui ne pouvait être saisie et appréciée tant qu'on négligeait de tenir compte de la constitution normale et de ses variations habituelles indiquées plus haut.

Ce qui précède est l'expression du résultat de nombreuses ob-

servations concernant la spécificité de texture des mêmes espèces de fibres, de tubes, de cellules, etc., pris dans des organes différents et dans les altérations de chacun de ces derniers. Ces résultats, formulés en quelques mots, pourront servir de guide ou de principe dans l'examen des variations accidentelles ou pathologiques dont l'état normal peut être le point de départ dens la mamelle et dans les autres glandes.

L'altération de la glande mammaire dont je parle est assez fréquente. Par son aspect extérieur et son volume, caractères très variables d'un sujet à l'autre, elle a été classée habituellement dans les tumeurs dites *cancer encéphaloïde cru ou lardacé*, etc.

La structure en est remarquable par la présence fréquente, bien que non constante, d'une grande quantité de tissu fibreux, disposé en faisceaux volumineux, résistants, difficiles à dilacérer, parce qu'à leurs fibres sont interposées une grande quantité de matière amorphe très tenace et surtout beaucoup de granulations graisseuses tantôt éparses, tantôt contiguës.

Le fait essentiel à signaler dans cette structure, c'est la présence de gaînes d'épithélium glandulaire, ou mieux de cylindres pleins dans les parties où l'altération est le plus avancée. Ces cylindres sont ramifiés et subdivisés d'une manière régulière, et les subdivisions se terminent en doigt de gant arrondi ou un peu conique, ou au contraire un peu renflé, autant de particularités que présentent les culs-de-sac glandulaires dans la mamelle normale. L'ensemble de ces extrémités des ramifications, au nombre de 15, 20 ou davantage, compose encore, comme à l'état normal, des *acini*, c'est-à-dire de petits groupes de culs-de-sac se réunissant en un cylindre ou conduit commun, représentant le canal excréteur normal.

Plusieurs particularités pathologiques rendent difficiles à constater ces faits, qui se voient facilement dans les conditions ordinaires. La première est l'augmentation de volume de ces conduits et leurs extrémités en cœcum, devenus deux, trois et et quatre fois plus larges qu'à l'état sain. Une autre consiste en l'atrophie de la paroi propre et homogène des culs-de-sac glandulaires. A l'état normal, la gaîne épithéliale tapisse la face interne de cette paroi propre dont la résistance rend facile l'isolement des tubes glandulaires; mais ici son atrophie morbide, parallèle en quelque sorte à l'hypertrophie de l'épithélium glandulaire, fait que dans les tumeurs les cellules de cet épithélium se dissocient facilement. Cette dissociation; cet isolement des épithéliums sont d'autant plus faciles, d'autant plus inévitables que la tumeur est enlevée depuis plus longtemps et apporte davantage de la période où elle commencera à entrer en putréfaction. C'est là une difficulté que présente leur étude qu'il importait de signaler, parce qu'elle a été une des causes qui ont empêché de reconnaître dans les cas morbides les analogies des cylindres ramifiés en doigt de gant que je viens de décrire avec les *acini* de la mamelle, dont ils sont une altération directe, ou qui ont été l'origine de leur production.

Les éléments particuliers d'épithélium glandulaire qui par leur réunion composent les cylindres ramifiés, comme dans la mamelle normale, offrent plusieurs particularités qu'il importe de signaler brièvement.

1° Les cylindres ramifiés peuvent être composés entièrement de noyaux d'épithélium, ou épithélium nucléaire; les gaînes épithéliales à l'état normal sont aussi formées d'épithélium nucléaire; mais dans les cas morbides les noyaux sont devenus plus gros qu'à l'état normal du quart au double environ, selon les cas; ils sont également plus granuleux. Les granulations sont graisseuses; plus elles sont abondantes, plus les noyaux s'éloignent de l'aspect normal; c'est dans ces conditions que certaines parties du tissu offrent la coloration jaunâtre et la friabilité du tubercule qui lui ont fait donner le nom d'*aspect phymatoïde*. Entre les noyaux se trouve une certaine quantité de matière amorphe finement granuleuse; c'est dans cette variété d'altération que les éléments se dissocient avec le plus de facilité, et que leur spécificité de texture, leur disposition en cul-de-sac est le plus facile à constater.

2° Dans d'autres circonstances, les noyaux n'ayant pas perdu leurs caractères normaux, la matière amorphe qui s'est interposée à eux s'est segmentée autour de chaque noyau de manière à donner lieu à la production de cellules pavimenteuses régulières.

3° Dans d'autres circonstances enfin, qui sont les plus habituelles, les noyaux qui existaient seuls à l'état normal sont devenus plus gros du double et souvent ont pris un ou deux nucléoles volumineux et brillants qu'ils ne possédaient pas. En même temps la matière amorphe abondamment déposée entre eux s'est segmentée dans la plupart des culs-de-sac et a donné naissance à des cellules nombreuses très grandes, soit prismatiques, soit polyédriques, pourvues d'un, deux ou trois noyaux.

Un fait important à signaler, c'est la présence, sur la limite des tissus sain et malade, de tubes glandulaires ramifiés présentant sur un point de leur longueur la structure normale, et sur les autres l'une ou l'autre des formes d'altérations précédentes, avec toutes les formes intermédiaires de transition.

Mais il est une particularité plus importante encore que les précédentes, qu'il aurait été impossible de comprendre avant la publication du dernier travail que j'ai eu l'honneur de présenter à l'Académie sur la production accidentelle, dans des régions dépourvues de glandes, de tissus analogues aux glandes. Cette particularité consiste en ce que lorsque les altérations précédentes de la mamelle se sont développées on voit souvent se produire dans les ganglions lymphatiques de l'aisselle un tissu semblable à l'altération de la mamelle correspondante. Non-seulement les caractères extérieurs sont les mêmes, mais le tissu est formé de filaments ramifiés et terminés en cœcum, de même forme et de mêmes dimensions que dans la mamelle; l'épithélium qui les compose est lui-même semblable à celui qui constitue les *acini* glandulaires de la mamelle malade.

Il résulte de tout ce qui précède que, dans la production de ces tumeurs, les troubles de la nutrition et du développement qui amènent l'altération des éléments glandulaires existants s'accompagnent aussi de perturbation de la propriété de reproduction dont ces éléments anatomiques jouissent. Ce fait entraîne ainsi la naissance hétérotopique, ou avec aberration de lieu, d'éléments anatomiques, pour lesquels, chez l'adulte comme chez l'embryon, la propriété de naître est connexe avec celle de présenter dès cette origine une texture spéciale en rapport avec leur nature de cellules épithéliales ou autres, de fibres, etc.

ABSENCE PRESQUE COMPLÈTE DU CORDON.

Déchirure. Hémorrhagie. Mort de l'enfant.

Par M. le docteur Sclafer, de Sarreguemines (Moselle).

Les exemples de brièveté du cordon ne sont pas communs; mais il est très rare d'avoir à en signaler une aussi grande que celle qui se trouve consignée dans le fait suivant que nous publions, non pas qu'il offre un grand intérêt au point de vue pratique, mais parce qu'il est peut-être unique dans la science.

Une femme âgée de vingt-cinq ans, grande, fortement constituée, primipare, habitant un village à deux kilomètres de ma résidence, sentit les premières douleurs de l'enfantement le 24 mai dernier, à six heures du matin. La sage-femme reconnut une position du sommet au détroit supérieur. Le col de l'utérus était mince, souple, la dilatation du diamètre d'une pièce d'un franc; la poche des eaux bombait dans les douleurs; les contractions étaient rares, mais énergiques. A dix heures la dilatation était presque complète, les membranes se rompirent et la tête descendit dans l'excavation. A partir de ce moment, quoique les douleurs fussent toujours très fortes, la tête ne bougea plus. Après trois heures d'attente, la sage-femme, inquiète, me fit chercher. Je touchai la femme; je reconnus une quatrième position de la tête, fronto-cotyloïdienne gauche. La dilatation était complète; le bassin, bien conformé, était ample; les parties externes très dilatables.

Je fis placer la femme au bord du lit pour mieux suivre le travail et au besoin appliquer le forceps. Trois ou quatre contractions énergiques soutenues par les efforts de la femme n'ayant pas fait avancer la tête, je me décidai à terminer l'accouchement. L'application des fers fut des plus faciles, mais il fallut exercer de fortes tractions pour vaincre une résistance qui cessa tout à coup; la tête arriva alors sans efforts à la vulve. Je retirai les branches du forceps, et une forte contraction qui eut lieu un instant après fit franchir la tête; la face, d'abord sous l'arcade pubienne, se tourna ensuite vers la cuisse gauche, et le reste du corps suivit immédiatement. L'enfant, du sexe féminin, bien constitué et volumineux, était très pâle et ne donnait aucun signe de vie, quoique à mon arrivée j'eusse encore senti ses mouvements d'une manière très prononcée. Je voulus lier le cordon, je fus très étonné de le voir complétement arraché presque au niveau de l'ombilic; il était gros, solide; son extrémité présentait des débris de membranes. J'essayai tous les moyens possibles pour ranimer l'enfant: il était mort exsangue; le cordon, que je n'avais pas lié, n'avait pas fourni une goutte de sang.

Je remis l'enfant à la sage-femme pour délivrer la mère, qui commençait à perdre beaucoup de sang. N'ayant trouvé aucune trace de cordon à l'extérieur, je portai la main dans la matrice, et j'en retirai avec quelque difficulté un placenta volumineux en partie dépouillé de ses membranes; j'introduisis de nouveau la main dans la matrice pour la vider entièrement, et je ne la retirai que lorsqu'elle fut tout à fait contractée. J'examinai alors le placenta avec la plus grande attention: il était entier; mais au centre, où avait eu lieu l'insertion du cordon, existait un trou circulaire de 2 centimètres de diamètre sans aucune trace de membranes. J'approchai de cette ouverture l'extrémité du cordon de l'enfant, et je pus rétablir de la manière la plus évidente les rapports qui avaient existé entre ces parties. Ainsi le cordon avait à peine 10 millimètres de longueur.

Il est probable que ce manque presque total de cordon et la résistance du placenta qui adhérait fortement à la matrice ont empêché l'enfant d'avancer, et que cette résistance, vaincue par le forceps, a occasionné la mort de l'enfant par la déchirure complète du cordon, qui, détaché à une aussi courte distance de l'ombilic, a amené une hémorrhagie foudroyante.

(*Journ. de méd. et de chir. pratiques.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 3 septembre 1855. — Présidence de M. Regnault.

Lit hydrostatique ou matelas flottant. — M. Neil Arnott lit une note sur le lit hydrostatique ou matelas flottant en usage dans les hôpitaux de l'Angleterre, proposé d'abord par lui. Partant de ce principe que, si par l'effet d'une maladie la force d'impulsion du cœur est diminuée, elle pourra devenir insuffisante pour entretenir la circulation dans les parties comprimées, et que, si dans ce cas la pression exercée sur une partie des téguments se prolonge au delà d'un certain terme, il en pourra résulter la destruction de la partie; et, considérant qu'une grande partie des souffrances qu'éprouvent les personnes longtemps assises ou couchées est l'effet de l'empêchement mécanique de la circulation du sang dans les points comprimés entre la masse du corps et le siége ou le lit qui le soutient, l'auteur a imaginé de prévenir ces accidents par des dispositions mécaniques convenables. Il rapporte l'observation suivante, qui a été l'occasion de la première expérience faite avec un lit hydrostatique:

« Une jeune dame, après une couche difficile, eut une fièvre accompagnée de débilité musculaire très extraordinaire. Elle pouvait à peine remuer un doigt et plus du tout le corps pour changer sa position dans le lit; elle n'avait pas la force de faire entendre sa voix, et l'action du cœur était si faible que le pouls se faisait à peine sentir. Pendant plusieurs jours et plusieurs nuits, elle resta dans cet état sans sommeil, demandant toutes les dix ou quinze minutes à être retournée dans son lit. A la fin, ayant passé une demi-heure sans en faire la demande, les gardes espéraient qu'elle allait mieux; mais, au contraire, toutes les parties de la peau sur lesquelles elle avait pesé étaient mortes, savoir: sur l'os sacrum, les épaules et les talons, et peu de temps après, étant tournée sur les côtés, des eschares se formèrent aussi sur les deux trochanters. Plusieurs hommes de l'art qui la voyaient en consultation jugèrent alors que sa mort était certaine et prochaine. L'auteur dans cette occasion remarqua:

» 1° Que la cause des gangrènes locales bornées exactement aux parties qui avaient souffert la pression résidait sans aucun doute dans cette pression même;

» 2° Que, si l'on avait placé la malade flottant dans un bain, les eschares n'auraient pas été produites;

» 3° Qu'il était possible de construire un lit aussi sec qu'un lit peut l'être et aussi doux que le lit fluide du cygne qui repose sur la surface d'un lac.

» La résolution fut prise de poser la malade immédiatement dans les conditions décrites. On fit préparer une boîte comme une baignoire pour contenir de l'eau; on étendit sur la surface de la baignoire et de l'eau un large drap de toile de caoutchouc; on posa alors dessus une couverture pliée en quatre comme matelas et un oreiller, et sur ce matelas, garni comme un lit ordinaire, on posa enfin la malade. Elle flottait là comme l'oiseau sur l'eau, sans pression aucune sensible sur la surface inférieure de son corps. A l'instant elle dit: « Je suis au ciel, laissez-moi en repos. » Elle s'endormit, et resta sans mouvement près de cinq heures. A son réveil, elle prit de la nourriture; bref, elle fut sauvée. Les sept masses de chair morte se séparèrent par suppuration et les endroits ulcérés se cicatrisèrent.

» On aurait pu croire qu'un seul cas de cette nature, publiquement connu (et beaucoup de cas semblables se sont présentés depuis), eût causé l'adoption presque immédiate et générale du nouveau moyen de soulagement et de guérison; mais l'introduction n'a été que graduelle. La connaissance imparfaite, dans le public et même chez quelques médecins, de la force limitée du cœur comme pompe refoulant du sang, et par conséquent la connaissance imparfaite de la nature des ulcères de lit et de la longue souffrance qui les précède, et aussi que rarement la personne avant que les eschares se déclarent, a été cause que l'on n'a pas espéré grand avantage d'un moyen mécanique aussi simple que le lit hydrostatique, et qu'on n'y a pas eu recours. En second lieu, la connaissance imparfaite de l'hydrostatique a permis à beaucoup de personnes de croire que les effets d'un sac d'air employé comme lit, ou d'un sac d'eau placé sur une paillasse, seraient les mêmes que ceux du lit hydrostatique sur lequel la personne flotte librement; et, leurs expériences n'ayant pas produit les résultats qu'elles en attendaient, elles n'ont pas poussé leurs recherches plus loin.

» Une personne couchée sur un sac d'air ou d'eau est soutenue en réalité sur une toile nue, tendue et dure, car le sac devient dur en proportion du poids placé dessus. Dans le lit hydrostatique, au contraire, la toile de caoutchouc n'aide pas du tout à soutenir le corps qui flotte, mais sert simplement à empêcher que le matelas ne se mouille. Le drap ou toile de caoutchouc est attaché aux bords de la boîte du lit pour qu'il reste toujours à sa place; mais, étant deux ou trois fois plus large qu'il ne faudrait pour couvrir la boîte, il reste toujours en plis sur l'eau et sous le matelas. La ressemblance entre le sac d'eau et le lit hydrostatique a trompé beaucoup de personnes. Un sac d'eau, employé comme un sac d'air, n'est qu'un peu moins dur que le sac d'air. L'étoffe est tendue lorsque la personne se place dessus l'un comme dessus l'autre. Un sac d'eau pourtant, à moitié rempli et placé dans une boîte ou dans une cavité quelconque qui en confine les bords, est une des formes du véritable lit hydrostatique.

» Le lit hydrostatique, outre l'avantage d'être mou au delà de tout autre lit, a les avantages suivants: une grande facilité de laisser changer la position du malade, comme pour panser une plaie sur le dos; la facilité de placer un vase sous le corps; la facilité de maintenir la température désirée; la facilité, par l'épaisseur des parties du matelas ou des coussins, de donner au malade une position quelconque. »

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Fin de la séance du 22 août 1855. — Présidence de M. Gosselin.

M. Adolphe Richard demande à M. Bonnet ce qu'il pensé de l'urétrotomie comme moyen curatif des rétrécissements de l'urètre.

M. Bonnet. La dilatation est la méthode générale, elle doit toujours être tentée. Si à son aide on peut obtenir huit millimètres d'ouverture, on doit s'en contenter; mais si ce degré ne peut être atteint, s'il existe des complications de fistules, d'indurations, d'infiltrations purulentes et urinaires; si le canal est très sensible, le cathétérisme très douloureux, les accès fébriles souvent répétés, la section devient nécessaire, il suffit qu'elle atteigne huit millimètres, et alors elle est innocente; si la lame est plus large, si l'incision atteint 10 à 12 millimètres de profondeur, alors on peut voir survenir des accidents.

Lorsque l'on a affaire à des rétrécissements dont la dilatation à huit millimètres exige trois ou quatre mois, il est préférable de recourir de suite à l'urétrotomie.

M. Ricord. On dit généralement que les résultats de l'urétrotomie sont bien différents suivant que l'incision dépasse les limites du tissu malade ou n'atteint que ce dernier. M. Bonnet vient de confirmer cette idée générale en disant que, grâce aux dimensions restreintes qu'il donne à la section, il n'a pas éprouvé d'accidents. Or, tout le monde n'est pas aussi heureux, même en suivant les mêmes préceptes. Pas plus que d'autres M. Maisonneuve n'est à l'abri des hémorrhagies; tout récemment un jeune homme ami de l'interne de M. Ricord fut opéré par M. Maisonneuve, et quoique ce chirurgien avance que son

procédé amène à peine l'écoulement de quelques gouttes de sang, le jeune homme en question fut néanmoins pendant deux jours de suite atteint d'une hémorrhagie extrêmement grave, incoercible, et qui le mit à deux doigts de sa perte.

M. Ricord lui-même, qui fait pourtant des incisions fort modérées, a vu survenir des hémorrhagies bien graves, bien rebelles. Il y a une semaine à peine, il pratiqua trois opérations d'urétrotomie; la section ne dépassait pas 7 à 8 millimètres. Un des opérés cependant eut une hémorrhagie excessivement considérable qui dura plus de trente heures et qui était réellement inquiétante.

Les accidents nerveux, les accès de fièvre pernicieuse accompagnent également les incisions modérées, et sont loin d'être rares, M Ricord a perdu de cette façon un de ses malades il y a quelques années. Un des trois opérés de la semaine dernière a été exposé à ces phénomènes si graves. Sa vie a été fortement compromise; enfin il s'en est tiré, mais après avoir suscité les plus vives inquiétudes. C'est la fréquence extrême de cette complication qui motive l'emploi préventif du sulfate de quinine chez tous les malades soumis à des opérations sur l'urètre, pratique qui depuis quelques années a, dans les mains de M. Ricord, diminué très notablement la proportion de ces phénomènes graves.

Il faut tout dire pour juger les méthodes, et proclamer les risques très nombreux que l'on court lorsqu'on porte un instrument dans l'urètre. Les trois derniers opérés en offrent un exemple frappant, puisque chez un seul l'opération n'entraîna rien d'insolite, tandis que chez les deux autres la vie fut mise en question par l'hémorrhagie ou les accès fébriles pernicieux.

Il faut encore avouer que, si les grandes incisions entraînent des dangers menaçants, elles ont parfois des suites assez simples, et reconnaître jusqu'à un certain point, avec M. Syme, qu'elles peuvent être moins graves que les scarifications limitées. M. Ricord a tout récemment traité, avec M. Le Roy-d'Etiolles, un malade qui justifierait assez bien ces idées. Affecté d'un rétrécissement infranchissable, traité autrefois par l'excision, ce malade avait une rétention d'urine complète et était menacé d'une rupture de la vessie. Une fausse route, pratiquée au-devant du rétrécissement, pénétrait jusque dans le scrotum et rendait menaçante une variété particulière d'infiltration urinaire qui a pour point de départ une perforation du canal antérieure au point rétréci. Le cas était grave, les accidents pressants. On fit la ponction sus-pubienne dans l'espoir qu'au bout de quatre à cinq jours le dégorgement survenu dans la région permettrait de franchir l'obstacle. Mais, malgré ce qu'on a dit de l'efficacité de ce moyen, l'espoir fut déçu, et le rétrécissement resta infranchissable comme devant. Toutefois l'évacuation de l'urine fit cesser les accidents de la rétention et ramena le calme. La vessie se vida très bien par la canule pendant quelques jours; mais lorsqu'on voulut remplacer le trocart par une sonde de gomme élastique, toutes les tentatives échouèrent sans qu'on pût bien savoir pourquoi. Il en résulta une nouvelle complication : la canule métallique, bien supportée dans les premiers temps, irrita à la longue la vessie et fit naître tous les symptômes qui accompagnent la présence d'un calcul vésical; les douleurs redevinrent très pressantes, et comme le cathétérisme était toujours impossible, il fallut se décider à opérer par la méthode de Syme. L'emploi d'un conducteur était impossible; il fallut faire sur la ligne médiane une incision étendue depuis la racine des bourses jusqu'à 15 lignes environ de l'anus. M. Le Roy chercha vainement à atteindre l'urètre, ce qui n'était pas facile au milieu des tissus engorgés et indurés. M. Ricord fut plus heureux; il parvint, non sans peine, à la portion membraneuse, et à inciser l'urètre. Grâce à cette incision, il introduisit dans la vessie une sonde qui restait visible dans l'étendue de 6 centimètres au moins au fond de la gouttière saignante qu'on venait de pratiquer.

On tenta de faire le cathétérisme du rétrécissement d'arrière en avant, mais sans succès. M. Ricord, introduisant alors un instrument par le méat urinaire, le poussa jusqu'au rétrécissement, et fit au-devant de celui-ci une fausse route volontaire à la paroi inférieure de l'urètre, afin de rejoindre l'incision périnéale. Cette fausse route à son tour fut débridée dans une petite étendue, et enfin, avec des ciseaux, on coupa longitudinalement le point où portait le rétrécissement, c'est-à-dire le pont qui séparait encore les deux sondes. On jugea prudent néanmoins de laisser en place ces deux sondes, qui s'entre-croisaient au niveau du rétrécissement, dans la crainte de ne pouvoir réintroduire facilement une sonde unique dans la partie postérieure de l'urètre et de la faire parvenir dans la vessie. Trois jours après on put mettre cette sonde unique, introduite par le méat et allant jusqu'au réservoir urinaire. Il fut également possible de remplacer la canule du trocart par une sonde de gomme.

Cette opération fut longue et pénible; elle entraîna des dégâts horribles, et l'aspect du périnée était affreux. Cependant les suites furent on ne peut pas plus innocentes; il n'y eut pas un seul instant de fièvre; les accidents de rétention et d'inflammation vésicale cessèrent tout d'un coup; il y eut seulement deux vomissements de matière verdâtre, mais sans malaise, sans sensibilité du ventre.

Au septième jour, le malade, qui se sentait très bien et qui était fort impatient, se leva et se promena dans sa chambre. Une hémorrhagie survint, mais fut aisément maîtrisée par le tamponnement et l'application de la glace.

Aujourd'hui, vingtième jour après l'opération, tout est dégorgé et tend à se cicatriser; une bougie de 8 millimètres traverse l'urètre; l'état général est parfait.

Quant à la destruction d'une partie de l'urètre, que M. Bonnet a observée par accident, M. Ricord comprend qu'elle n'ait pas amené l'oblitération du canal et que la réparation ait pu se faire; c'est ce qui arrive quelquefois pour la région membraneuse; il n'en serait pas de même pour la portion spongieuse. Il a vu avec M. Monod une fistule périnéale avec destruction d'une partie de la région membraneuse; les deux tiers au moins de la circonférence de l'urètre avaient disparu. La sonde à demeure, la cautérisation avaient échoué. M. Ricord fit l'avivement dans l'étendue de 4 centimètres, et, à l'aide de la suture profonde enchevillée et de la suture superficielle à points passés, il a obtenu une guérison complète.

M. Michon. La communication de M. Bonnet renferme deux points, l'un déjà connu, l'autre tout à fait neuf. Ce que tout le monde connaît, c'est l'efficacité du débridement des fistules urinaires, des incisions larges et multipliées dans les périnées calleux et infiltrés de pus et d'urine; ces préceptes donnés par les maîtres, M. Michon les a suivis avec le plus grand succès; il a vu les accidents graves cesser, la résolution des tissus engorgés s'effectuer, les fistules s'oblitérer, etc., etc.

Il en est autrement de la cautérisation. M. Bonnet, après avoir fait un large fossé avec l'instrument tranchant, ne craint pas d'y éteindre jusqu'à douze ou quinze cautères rougis à blanc. Voici ce qui est neuf, voici sur quoi il demande quelques éclaircissements. M. Bonnet a recours à ce moyen pour prévenir l'infiltration d'urine après les incisions; mais cette infiltration est-elle bien à craindre? Le bistouri a traversé des tissus indurés, calleux, dans lesquels cette infiltration n'est guère à craindre, et dans ce cas la cautérisation ne paraît pas indispensable. M. Bonnet pense également que cette opération est favorable à la résolution des indurations; mais cette résolution elle-même s'obtient par les seules incisions, et M. Michon a vu dans les cas d'engorgement du périnée, comme dans les hydrocèles avec épaississement de la tunique vaginale, l'incision suffire pour assouplir les tissus endurcis et chroniquement enflammés.

M. Michon comprend l'utilité de la cautérisation comme moyen préventif de l'infiltration alors que les fistules sont récentes et que les tissus ambiants ne sont pas encore indurés; mais, lorsque le débridement intéresse même le rectum, n'a-t-on pas à craindre les fistules stercorales?

En un mot, tout en admettant qu'on peut retirer de très grands avantages de la cautérisation dans les cas où l'on craint l'intoxication urineuse, M. Michon croit que cette pratique sera rarement applicable dans les cas de fistules, à cause de la répugnance que les malades auront à s'y soumettre. Dans les cas graves, cependant, cette répulsion cesserait, car les sujets en proie aux angoisses de la rétention d'urine se prêtent volontiers à tout ce qu'on veut leur faire.

M. Bonnet répond d'abord à M. Ricord. Il n'a point observé d'hémorrhagies, parce que, grâce à la précision de son instrument, qui coupe sans appuyer sur la paroi inférieure de l'urètre, il est sûr de ne jamais dépasser une section de 7 à 8 millimètres. Pour les accidents fébriles pernicieux, il en reconnaît le danger et il les redoute beaucoup. Cependant il les a rarement observés, ce qu'il attribue à la longue préparation qu'il fait subir au malade avant d'inciser l'urètre. Il prévient réellement leur apparition en faisant cesser longtemps d'avance les phénomènes de la rétention d'urine et l'état général grave qui l'accompagne. La cautérisation agit aussi comme moyen préventif efficace.

S'il avait eu à traiter le malade dont M. Ricord a raconté l'histoire, il aurait immédiatement incisé l'infiltration au lieu de faire la ponction. Le malade aurait pissé plus tard.

M. Bonnet trouve très justes les distinctions établies par M. Michon. Il y a en effet des cas où le périnée est induré dans toute son épaisseur, où les fistules sont entourées de callosités, et des cas où ces complications n'existent pas. La cautérisation est évidemment moins nécessaire dans la première catégorie; mais cependant elle est encore souvent utile, car les callosités, l'induration, quelquefois très manifestes à l'extérieur et dans une étendue plus ou moins considérable, n'occupent pas toujours le trajet fistuleux tout entier, et vers la profondeur on peut voir celui-ci en rapport avec un tissu cellulaire lâche qui ouvre la voie à l'infiltration; c'est ce qui arrive en particulier au voisinage de la racine de la verge.

Alors même que tout est induré et que les parties molles se coupent nettement comme une racine de navet, la cautérisation a le grand avantage de modifier profondément les tissus, de détruire cette pseudo-muqueuse qui tapisse les trajets, membrane qui si souvent est réfractaire à la réunion et qui reproduit la maladie quand toutes les parties intermédiaires se cicatrisent sans peine.

Quant aux cas où l'infiltration est récente, où les fistules ont encore des parois flexibles, où le tissu qui les sépare est encore mou, ici l'infiltration est tellement à craindre que la cautérisation est indispensable.

M. Ricord, en parlant des hémorrhagies, n'a voulu faire allusion à aucun autre urétrotome qu'à celui qui lui est propre, et qui coupe avec une rigueur extrême sans dépasser jamais la limite qu'on veut atteindre. Cependant il a observé plusieurs faits d'hémorrhagies; cela tient-il au lieu où porte l'incision? De même que M. Maisonneuve et que plusieurs autres, M. Ricord incise sur la paroi inférieure de l'urètre, afin d'éviter les vaisseaux les plus volumineux; M. Bonnet, au contraire, incise latéralement; est-ce pour cela qu'il n'a pas encore observé d'hémorrhagies? Il faut bien se rendre compte de ces différences dans les résultats autrement que par les dimensions des incisions, puisque dans les deux pratiques ces dimensions sont à peu près les mêmes.

Probablement M. Bonnet n'a pas bien compris la relation du fait que M. Ricord a raconté tout à l'heure; l'incision n'aurait pas dans ce cas remédié aux accidents, puisque la fausse route et l'infiltration existaient au-devant du rétrécissement.

M. Robert est frappé de voir que la simple scarification des rétrécissements amène des hémorrhagies graves, des accidents fébriles redoutables, des infiltrations d'urine, en un mot, des dangers très réels et jusqu'à des cas de mort. Dans l'opération de M. Reybard, il y a aussi des accidents et aussi des terminaisons funestes; mais les craintes motivées diffèrent un peu. L'infiltration entre à peine en ligne de compte après l'urétrotomie du chirurgien lyonnais; les accidents fébriles ne sont pas plus communs. L'hémorrhagie seule est à craindre, et M. Reybard la redoute beaucoup. Or cet accident est peut-être celui auquel il est le plus facile de remédier; en effet, malgré sa persistance, ses récidives, l'écoulement sanguin a toujours pu être définitivement arrêté, soit par la glace, soit par la compression extérieure, soit par les sondes volumineuses intérieures, etc.

De telle façon que, si on met dans la balance les accidents qu'entraînent les grandes incisions et ceux qui découlent des petites, et surtout la prise qu'on a sur eux, on en arrive à incliner vers les premières. C'est pourquoi M. Robert profite de la présence de M. Bonnet, qui a vu les débuts de la méthode de M. Reybard, pour lui demander quelle est son opinion réelle sur sa valeur.

M. Bonnet ne saurait donner à M. Robert les renseignements que celui-ci désire. Il est manifeste qu'il a accueilli avec faveur les procédés de son confrère lyonnais, puisqu'il lui a emprunté diverses idées, et entre autres celle de l'instrument présent; cependant il a vu depuis et a été informé d'accidents sérieux survenus à la suite d'opérations pratiquées par l'auteur lui-même. Il ne s'agissait point, il est vrai, d'infiltrations d'urine, mais d'hémorrhagies très rebelles, très intenses, qui auraient été jusqu'à entraîner la mort des malades.

M. Robert. Il est notoire que les simples scarifications ou, en d'autres termes, que la coarctotomie est impuissante à procurer la cure des rétrécissements; il faut revenir ultérieurement à l'emploi persévérant des bougies, comme si aucune opération n'avait été faite.

Si, dans l'immense majorité des cas, c'est-à-dire 19 fois sur 20, la dilatation seule est indiquée et suffisante à pallier le mal, il est évident aussi que dans certains cas de rétrécissements traumatiques, de rétrécissements anciens, fibreux, interstitiels, traités déjà par plusieurs méthodes, les bougies sont absolument inefficaces. Dans ces cas, assez communs et extrêmement graves, l'urétrotomie est la seule ressource sérieuse. M. Reybard lui-même avait essayé des petites incisions; il y a renoncé, et c'est ce qui l'a conduit à sa méthode. On voit dans les hôpitaux d'anciens malades traités également par M. Civiale, et qui sont en pleine récidive. Il est incontestable que la coarctotomie n'est tout simplement que palliative.

Or, en présence même de ces cas si désespérés, on peut encore espérer la cure radicale. La méthode de M. Reybard a résolu le problème, et il existe des faits qui ne laissent pas le moindre doute à cet égard. Ces faits, on en a vu à Paris; l'Académie en a constaté; M. Bonnet en a vu et les a certifiés (M. Bonnet fait un signe d'assentiment); il ne s'agit donc plus que de peser les chances des accidents et de chercher la manière de les prévenir ou de les combattre.

M. Bonnet. La méthode de M. Reybard a certainement des avantages; mais elle a aussi des inconvénients. Le volume des instruments est certainement une difficulté, à cause du grand degré de dilatation que leur introduction exige, puis l'auteur a eu tort de l'appliquer à des cas trop simples, et de ne pas le réserver aux seuls rétrécissements invétérés. En voulant aller trop loin, il a compromis la valeur de l'opération.

M. Marjolin. Les opérations sanglantes destinées à donner une issue immédiate à l'urine étant toutes très graves, je regrette beaucoup que, dans la discussion qui a précédé, la Société ne se soit nullement préoccupée de l'indication qui les réclame d'une manière absolue, ainsi que de leur fréquence et du moment de l'application de la méthode. Les causes qui s'opposent au libre écoulement de l'urine sont trop différentes pour que l'on puisse, en tant qu'on est obligé de recourir à une opération, choisir toujours la même. On ne peut en aucune façon comparer l'hypertrophie de la prostate à un rétrécissement traumatique de l'urètre. Tel cas réclamera la ponction de la vessie, tel autre l'opération de Syme. Faut-il maintenant, pour recourir à ces méthodes, qui toutes deux sont essentiellement graves, attendre que les reins ou la vessie aient subi des altérations telles qu'elles ne laissent aucune chance de succès à l'opérateur? Je ne le pense pas, mais je crois aussi que dans ce moment on est beaucoup trop porté aux opérations. La dilatation faite avec prudence trouve rarement des obstacles insurmontables; et là où une sonde d'un calibre moyen peut passer, il n'est pas d'une pratique sage de recourir soit à des incisions du canal de l'urètre, soit à toute autre opération sanglante.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société : Arist. Verneuil.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Raillard, né le 8 mai 1830 à Dax (Landes); *Eclampsie des femmes enceintes ou en couches.*

Mazel, né le 4 juillet 1832 à Saint-Hippolyte (Gard); *Traitement du psoriasis.*

Vaucheret, né le 5 juillet 1827 à Paris (Seine); *De la blennorrhagie chez la femme.*

Thomas de Closmadeuc, né le 12 novembre 1828 à la Roche-Bernard (Morbihan); *Recherches historiques sur les calculs salivaires.*

Bock, né le 23 février 1831 à Wissembourg (Bas-Rhin); *Essai sur l'ophthalmie traumatique.*

Pélissié, né le 28 mars 1829 à Luzech (Lot); *De la respiration bronchique.*

Méjanzac, né le 13 avril 1829 à Pierrefort (Cantal); *De la pleurésie diaphragmatique.*

Plessa, né le 17 mai 1830 à Zante (îles Ioniennes); *De l'œdème du larynx.*

Baudin, né le 17 juin 1827 à Nantua (Ain); *De la polydipsie.*

De Parseval, né le 13 mars 1831 à Valenciennes (Nord); *Essai sur l'hygiène des usines de plomb argentifère.*

Fouriaux, né le 6 mars 1829 à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme); *Des principales affections traumatiques du globe oculaire.*

Vivien, né le 17 janvier 1830 à Neuvy (Nièvre); *Considérations sur les maladies contagieuses virulentes.*

Guignard, né le 16 septembre 1829 à Saint-Germain-sur-Vienne (Indre-et-Loire); *Du panaris.*

Nicas, né le 18 septembre 1826 à Solterre (Loiret); *Remarques sur quelques maladies de l'enfance.*

Toutes les thèses soutenues à la Faculté sont annoncées dans la *Gazette*; celles qui sont remises à notre bureau sont analysées dans un des numéros qui suit la remise.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. Decq;
A Genève, à la librairie de Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Traité de l'impuissance et de la stérilité chez l'homme et chez la femme, comprenant l'exposition des moyens recommandés pour y remédier; par le docteur Félix Roubaud. Paris, 1855. 2 vol. in-8°, ensemble, de 830 pages. Prix : 10 fr. — Chez J.-B. Baillière, libraire, 19, rue Hautefeuille.

Le Gérant, Le Soupé.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8

N° 107. — JEUDI 13 SEPTEMBRE 1855. (28e ANNÉE.) N° 107. — JEUDI 13 SEPTEMBRE 1855.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 12 SEPTEMBRE 1855.

Séance de l'Académie de Médecine.

Cette séance s'est ressentie, comme les précédentes, de l'influence des vacances, et peut-être aussi des graves préoccupations du moment. Elle menaçait de s'éteindre par inanition avant l'heure, si une nouvelle exhibition qui est venue, entre deux rapports officiels, n'avait rompu la monotonie habituelle de ces sortes de lectures et ranimé l'attention languissante du petit nombre d'assistants. L'entrepreneur de ce genre d'exhibitions, qui a déjà présenté les Aztèques à l'Académie, a été autorisé à lui présenter hier deux jeunes Africains, garçon et fille, qui seraient, suivant la notice qu'on a fait circuler séance tenante, des spécimens d'une race lilliputienne inconnue jusqu'à ce jour, et que l'on a désignée en Angleterre sous le nom de *Earthmen* (en français *terriens*).

Nous ne reproduirons pas les récits plus ou moins merveilleux que renferme cette notice sur cette prétendue race. Nous nous bornerons à dire que *Martinis* et *Flora* (ce sont les noms des deux jeunes sujets), sont âgés l'un de dix-sept ans et l'autre de quatorze, et qu'ils ont l'un et l'autre la taille d'enfants de neuf à dix ans, avec des proportions parfaitement régulières d'ailleurs, très élégantes même, et une physionomie très intelligente. La commission chargée de faire un rapport sur les Aztèques aura à rendre compte aussi à l'Académie de l'examen de ces deux jeunes sujets.

Cette exhibition avait été précédée d'un rapport de M. Robinet sur un remède contre les hémorrhoïdes. Ce rapport, qui a été sérieux, ainsi que l'avait annoncé l'honorable rapporteur, a conclu à un appel fait aux praticiens pour les engager à expérimenter ce moyen, dont nous indiquons le mode d'emploi et la formule dans le compte rendu. Nous répondrons aux intentions de la commission et de l'Académie en invitant, à notre tour, nos confrères à saisir les nombreuses occasions qui se présenteront pour fixer leur propre opinion sur ce point de thérapeutique. — Dr Brochin.

ENGORGEMENTS DE LA RATE

propres aux fièvres intermittentes considérés dans leurs rapports avec l'état local et fonctionnel du cœur.

Tel est le titre d'un travail que vient de publier M. le docteur A. Marcé, médecin de l'Hôtel-Dieu de Nantes, et dont les conclusions nous ont paru assez intéressantes pour leur donner place dans nos colonnes.

A la vue de certains rapports anatomiques que développent pour le cœur les engorgements de la rate dans les fièvres intermittentes, M. Marcé a été conduit à se poser les questions suivantes :

1° Y a-t-il lieu d'admettre qu'en raison de son voisinage de l'extrémité supérieure de la rate le cœur puisse ressentir quelque pression, quelque contre-coup de la tuméfaction dont le viscère splénique est si fréquemment atteint dans le cours des fièvres intermittentes ?

2° Le soulèvement et la déviation qui dans ce cas en résulteraient pour la partie mobile du cœur s'annonceraient-ils au point de vue symptomatique par des phénomènes assez constants, assez caractéristiques pour constituer des données nouvelles pour la séméiologie des fièvres d'accès ?

3° L'état leucophlegmatique qui succède si fréquemment aux fièvres intermittentes compliquées d'engorgement de la rate résulte-t-il exclusivement de l'intoxication paludéenne et de ses effets sur la composition du sang ? ou bien, en présence des troubles cardiaques qui d'après l'hypothèse accompagneraient constamment ces mêmes engorgements spléniques, n'y aurait-il pas lieu de faire intervenir dans la production de cet état leucophlegmatique quelques modifications spéciales dans les conditions, soit anatomiques, soit fonctionnelles, du cœur et des gros vaisseaux ?

Telles sont les trois questions dont l'examen forme la substance et le but de ce travail. M. Marcé avait été mis sur la voie de ces recherches par l'observation plusieurs fois faite par lui déjà des deux phénomènes suivants, qui avaient éveillé son attention, et qui lui ont servi de point de départ :

1° Il avait remarqué que, dans la plupart des fièvres intermittentes, la pointe du cœur subissait un déplacement tel, que ses battements, au lieu de se manifester comme dans l'état normal, entre la cinquième et la sixième côte, se percevaient sur un point plus élevé du thorax avec une déviation très marquée à gauche, du côté ou même au-dessus du mamelon.

2° Il avait fait de plus cette autre remarque, que cette déviation de la pointe du cœur en haut et à gauche coïncidait, dans les fièvres intermittentes, avec la présence d'un engorgement plus ou moins considérable de la rate.

Voici les principaux documents statistiques sur lesquels reposent ces deux observations, et à l'aide desquels M. Marcé a étudié l'état local et fonctionnel du cœur vis-à-vis des engorgements spléniques dans les fièvres d'accès.

Sur 60 cas de fièvres intermittentes qu'il a eu l'occasion de traiter dans un court espace de temps, M. Marcé a constaté 50 fois un engorgement plus ou moins considérable de la rate; 10 fois seulement il a fait défaut. Toutes les fois que la congestion splénique n'exista pas il fut de la dernière évidence que le cœur n'éprouva ni soulèvement, ni déviation; il n'y eut non plus, du côté de la circulation, ni trouble local, ni trouble fonctionnel; la coloration du teint et des muqueuses se maintint avec sa teinte artérielle. En un mot, malgré les accès de fièvre, on ne remarqua point cette sorte d'anémie regardée jusqu'ici comme le résultat direct de l'intoxication paludéenne.

Dans les 50 cas où cette coïncidence exista, 15 fois l'engorgement de la rate atteignit des proportions considérables (de 18 à 22 centimètres en diamètre vertical, et de 15 à 18 centimètres en diamètre transversal); 35 fois elle présenta des proportions moindres (de 10 à 15 centimètres). Dans tous ces cas, sans exception, et quel que fut d'ailleurs le volume de la rate, le cœur éprouva dans sa pointe un mouvement de soulèvement et de déviation en haut, en dehors et à gauche. Le soulèvement et la déviation de la pointe du cœur furent toujours en rapport exact avec le plus ou moins de saillie ou de propulsion que la rate faisait vers le diaphragme.

Le soulèvement du cœur entraînait nécessairement le soulèvement du champ de matité qu'il présente naturellement, et le modifiait dans sa configuration. La percussion montrait, en effet, que la pointe du cœur avait quitté l'échancrure pulmonaire qui la loge et la recouvre dans l'état normal, et qu'elle se présentait sans intermédiaire derrière les côtes. Il résultait de cet état de choses toute une série de phénomènes séméiologiques : les bruits et les mouvements du cœur n'avaient plus leur maximum d'intensité au-dessous et en dedans du mamelon gauche, mais au-dessus de lui; le foyer de ces bruits et de ces mouvements, au lieu d'être inframammaire, était devenu supra-mammaire. Enfin un autre fait résultait des rapports plus immédiats du cœur avec les côtes : les battements et les bruits étaient à la fois plus superficiels et plus étendus; au lieu d'un choc unique, on en sentait plusieurs. Il était évident qu'une moindre épaisseur de parties séparait l'oreille ou la main des bruits et des mouvements du cœur.

Les changements de rapports anatomiques du cœur se sont accompagnés constamment de troubles fonctionnels en rapport exact avec les degrés de soulèvement cardiaque, et qui ont consisté particulièrement dans des bruits de souffle coïncidant le plus habituellement avec le premier temps; ces bruits avaient leur maximum d'intensité vers la base du cœur, et tendaient plutôt à se propager vers l'aorte que de haut en bas. Les murmures qui, avec le premier temps, partaient du cœur, se propageaient jusque dans l'aorte ascendante, et de là vers les grosses artères des régions claviculaire et cervicale.

L'état du pouls reproduisait aussi très fidèlement l'état fonctionnel du cœur; lorsque les battements cardiaques présentaient de la trémulence, ce même caractère se remarquait dans les pulsations radiales. Il semblait qu'il y eût disproportion entre le diamètre de l'artère et celui de la colonne sanguine qui la traversait; le vaisseau semblait trop flasque pour le filet sanguin amoindri qui devait le parcourir. Les veines sous-cutanées offraient quelque chose d'analogue; elles étaient flasques, et ne présentaient plus cette turgescence rénitente qu'elles ont à l'état normal. Les capillaires de la peau et des muqueuses paraissent exsangues. Enfin la langueur des mouvements et des forces était la conséquence de cet état; et comme dernier terme de cette perturbation circulatoire, on observait l'œdème des extrémités inférieures, la bouffissure de la face, la leucophlegmasie, l'ascite, l'albuminurie.

Quelques-uns des faits qui précèdent pouvant être, avec quelque apparence de raison, attribués à l'influence directe de l'intoxication paludéenne, malgré leur rapport de filiation, de degré et d'intensité avec le déplacement du cœur, M. Marcé a consigné dans son travail une seconde série d'observations qui établissent l'intimité et la nécessité de ce rapport.

Lors de la suppression des accès fébriles, il a toujours observé l'une des trois circonstances suivantes :

Ou la suppression des accès entraînait la disparition de l'engorgement splénique, et avec lui celle de tout soulèvement et de toute déviation cardiaque; et dans ce cas les effets de la propulsion splénique ne survivaient pas à leur cause. C'est arrivé 10 à 12 fois sur 50.

Ou bien l'engorgement splénique persistait, et avec lui le soulèvement et la déviation cardiaques, chez des convalescents délivrés de leurs accès par le sulfate de quinine, et dans ce cas, malgré la disparition des accès, le rétablissement était précaire et incomplet. A côté de l'intumescence de la rate et de ses conséquences sur l'état local et fonctionnel du cœur, on constatait les perturbations les plus réelles dans la circulation périphérique, manifestations elles-mêmes des perturbations que présentait la circulation centrale. Ainsi le teint était pâle et les muqueuses étaient exsangues; il y avait de la bouffissure à la face, une tendance à l'anasarque, de l'œdème aux extrémités inférieures, de l'albuminurie; il y avait, en un mot, tout l'ensemble de symptômes que jusqu'à ce jour on a exclusivement rattachés à l'intoxication paludéenne du sang, et pour l'explication desquels M. Marcé croit pouvoir faire intervenir les phénomènes spléno-cardiaques en question.

Enfin, dans 5 ou 6 cas, on a observé les faits suivants : disparition totale de l'engorgement splénique, sonorité parfaite de l'hypocondre gauche, absence sur ce point de toute voussure, de toute matité anomale, et cependant persistance du soulèvement et de la déviation cardiaques. L'effet avait survécu à la cause; le cœur, tout d'abord soulevé par la rate engorgée, n'avait pas suivi le mouvement de retrait sur lui-même de cet organe; il avait conservé la position défectueuse qui lui avait été imprimée. Le cœur demeurait alors le siége de bruits de souffle avec propagation vers l'aorte, et à ces troubles de la circulation centrale se rattachaient des troubles dans la circulation périphérique, tels qu'essoufflement, pâleur, faiblesse des extrémités, palpitations au moindre mouvement, sentiment marqué de pesanteur et d'endolorissement à la région précordiale, etc.

Il résulterait donc des faits observés par M. Marcé que la plupart des symptômes que l'on a généralement rapportés à l'influence directe de l'intoxication paludéenne dépendraient immédiatement de la déviation, de l'espèce d'antéversion et d'antéflexion que le cœur subit consécutivement à l'hypertrophie de la rate, et de la perversion qui en résulte dans les rapports et dans le fonctionnement des organes centraux de la circulation et de l'hématose.

Telle est la conclusion générale qui ressort de la première partie du travail de M. Marcé. Dans une deuxième partie, que nous résumerons prochainement, nous montrerons l'influence directe de ce fait sur les phénomènes consécutifs et les complications de la fièvre intermittente, et les indications pratiques qu'on en peut déduire.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GENDRIN.

Des fièvres catarrhales.

Considérations générales. — Pendant le cours d'une fièvre catarrhale, il se produit comme phénomène secondaire un travail de sécrétion exagérée qui quelquefois va jusqu'à la phlogose la plus intense. De quelle nature est cet état pathologique qui peut produire des effets si tranchés ? Comment le définir ? Il se propage avec rapidité et se promène, pour ainsi dire, sur les muqueuses sans qu'elles aient été touchées par quoi que ce soit. Tantôt la phlogose dure vingt-quatre heures, tantôt elle persévère pendant un temps plus ou moins long, et imprime à la maladie un caractère particulier.

Les muqueuses sont parsemées de cryptes destinés à sécréter du mucus. La sécrétion normale de ce mucus est nécessaire et indispensable pour que les fonctions plastiques s'opèrent. Certains su-

jets ont la muqueuse sèche, aussi la sécrétion chez eux est-elle réduite à ses dernières limites; d'autres tombent avec exagération dans l'excès contraire; de là leur tempérament lymphatique. Chez celui-ci, une sécrétion plus ou moins abondante se manifeste sans la turgescence de la phlogose; chez celui-là, la turgescence a lieu bien manifestement.

Par des causes le plus souvent inconnues, on voit apparaître un ensemble de phénomènes perturbationnels sous l'influence desquels s'allume la fièvre, et toutes les muqueuses internes, dans certaines circonstances, se tuméfient, se phlogosent dans une plus ou moins grande étendue.

L'inflammation des muqueuses ne produit pas la fièvre, elle n'en est que la dépendance. Elle n'est qu'un phénomène résultant d'une action générale.

Entre l'individu qui contracte l'inflammation de la muqueuse bronchique s'étendant au poumon sous l'influence de la fièvre et celui qui est atteint d'une pneumonie franche, il y a une énorme différence: le premier ne guérit qu'à la suite de l'ébranlement général, tandis que l'autre se rétablit promptement. Des considérations de ce genre peuvent se rapporter à toutes les autres fièvres, ainsi qu'au typhus, dont les caractères consistent dans l'inflammation et la lésion des cryptes muqueux agminés. Il en est de même pour le simple catarrhe intestinal, pour la variole, pour la rougeole. La muqueuse aérienne, dans cette dernière maladie, est affectée dans ses cryptes muqueux, et ici cette muqueuse est constamment prise au plus haut degré, ce qui ne se rencontre pas ailleurs avec autant d'intensité.

Ainsi, des lésions des phénomènes réactionnels se développent dans l'organisme à la suite de la fièvre. Cela s'observe dans un grand nombre de maladies. Sans cette notion, de la plus haute importance à connaître, toute thérapeutique devient impossible. Toutes les médications qui ne s'adressent qu'aux lésions locales sont inutiles ou dépassent le but qu'on désire atteindre.

Etiologie. — Quelles sont les causes des fièvres catarrhales? Depuis le quinzième siècle, tous les médecins sont d'accord pour faire la part des influences climatériques, des transitions d'une saison à une autre; mais ce sont bien moins les individus qui, pour ainsi dire, ne font que passer par ces changements de saison que ceux qui restent longtemps exposés aux intempéries de l'atmosphère qui sont soumis aux fièvres catarrhales. Des médecins, se fondant sur ce que ces maladies se propagent à la surface du globe et s'étendent rapidement d'un point à un autre, ont soupçonné l'existence de causes générales. Outre ces grandes épidémies qui frappent un si grand nombre de personnes, il en est de petites qui parcourent, en voyageurs bientôt las, un pays plus ou moins vaste, et qui quelquefois se bornent à un seul canton.

Cette émigration de la maladie suppose nécessairement une cause générale. Quelle est-elle? On l'ignore. Mais que le changement de température existe ou n'existe pas, on ne saurait méconnaître une cause générale, une cause *divine*, comme le dirait Hippocrate. Il ne doit pas suffire d'invoquer la cause météorologique, car chez les différents individus la fièvre catarrhale est loin de se présenter sous le même aspect, de revêtir une forme identique; par conséquent les modifications atmosphériques ne l'expliquent pas entièrement. Parmi les causes, il faut tenir compte de la sécrétion des muqueuses qui, ainsi que j'ai eu le soin de le dire, s'effectue chez tout le monde à un degré variable.

Après ces causes, qu'au besoin j'appellerais physiologiques, j'en citerai d'autres, mais appartenant alors à l'ordre pathologique: la convalescence, la débilité à la suite de maladies graves, la faiblesse dépendant d'un état dyspeptique, l'asthénie due à l'ingestion journalière d'aliments insuffisants ou de mauvais aloi, et surtout l'invasion de précédentes fièvres catarrhales. N'oublions pas de mentionner qu'il y a des causes physiques et individuelles, auxquelles on peut rapporter l'insuffisance et le délabrement des vêtements, les déplorables conditions hygiéniques de l'habitation, les dangers d'une profession insalubre, etc. Les individus qui expectorent beaucoup, ceux dont la sécrétion de la muqueuse pituitaire est notablement exagérée ou qui sont sujets à la diarrhée, à un écoulement leucorrhéique chronique, et tous ceux enfin dont les fonctions plastiques languissent, sont surtout exposés à contracter la maladie qui nous occupe. Enfin, il est des fièvres catarrhales qui cheminent et se développent sous l'influence de causes spéciales, telles que la rougeole et la coqueluche; il y a toujours là une sécrétion plus ou moins abondante de la muqueuse gutturo-trachéo-bronchique.

Diagnostic. — Certaines affections catarrhales sont fugaces, ressemblent à une maladie éphémère, et se distinguent difficilement d'une fièvre synoque simple. On sait en effet que dans le *synochus imputris* de Galien (devenu la fièvre inflammatoire des auteurs modernes) les membranes muqueuses sont souvent atteintes. La fièvre catarrhale arrivée à un haut degré d'intensité présente quelquefois à considérer une apparition de sudamina, de véritables petites vésicules proéminentes ou une éruption pétéchiale, comme dans la fièvre typhode, et puis il survient des évacuations diarrhéiques, ce qui prouve que la phlogose s'est établie dans le gros intestin. Seulement, quand l'inflammation a été fixer son siége sur la muqueuse digestive, elle n'entraîne point d'ulcérations.

Lorsqu'un médecin est appelé à voir un sujet qui éprouve des accidents réactionnels et qui, avec cela, est sous le coup de la phlogose, le diagnostic qu'il cherche à poser n'est pas sans difficulté, surtout s'il existe de la bronchite et une certaine perturbation dans l'intestin, car l'invasion d'une fièvre typhode ou catarrhale peut laisser du doute et de l'hésitation dans son esprit. Du reste, dans les cas graves de fièvres catarrhales, la manifestation du typhus est fréquente et elle se produit aussitôt que la maladie périclite. La transformation du catarrhe en typhus se fait donc quand les conditions générales deviennent mauvaises. Alors on observe de la soif, des vomissements muqueux, des excrétions alvines muqueuses, des épreintes, une forme fébrile continue, et cela dure jusqu'à ce que les accidents inflammatoires se calment. A l'autopsie, on ne manque pas de trouver les muqueuses digestives dans un état de phlogose très prononcé, les intestins parsemés de marbrures et de rougeurs, les ganglions mésentériques engorgés, etc.

Pronostic. — Rien n'est plus variable que le pronostic; il diffère suivant presque chaque individu affecté et suivant aussi les formes dominantes de l'épidémie. La grippe qui sévit en 1837 se montra très redoutable; en trente-six ou quarante-huit heures de nombreuses selles venaient précipiter le malade dans un état fort inquiétant. En général, chez les sujets jeunes et bien portants, la terminaison de la maladie est facile; mais dès qu'on rencontre incidemment une cachexie quelconque, il faut toujours redouter un résultat funeste. On ne peut guère pronostiquer que d'après les caractères bénins ou malins dont se revêt la constitution épidémique.

En 1803 régna une épidémie d'ophthalmies qui présenta ceci de bizarre et de curieux qu'après la *cocotte* (nom que le vulgaire donna bientôt à la maladie), et alors que les yeux s'étaient complétement débarrassés ou à peu près, il survenait un malaise général, puis un mouvement fébrile fugace et du mal de gorge.

La constitution épidémique de 1832 procéda bien autrement. Les malades étaient d'emblée atteints d'une angine, d'un catarrhe pharyngien, qui disparaissait au bout de trois, de quatre ou cinq jours pour faire place à une inflammation des membranes muqueuses des voies aériennes. La phlogose n'avait pas généralement une grande importance; mais les accidents que j'ai relatés se succédaient invariablement, de telle sorte qu'on pouvait pronostiquer à coup sûr. Le tube digestif ne se prenait point.

En 1837, l'inflammation de la membrane muqueuse gutturale se propageait à la membrane muqueuse aérienne, mais presque jamais au parenchyme pulmonaire. On observait de la diarrhée, un état fébrile assez intense, de la toux et une légère phlogose de la membrane muqueuse digestive.

Certaines constitutions épidémiques catarrhales déterminent des bronchites d'une gravité telle que mort s'ensuit; d'autres, au contraire, sont à peine malfaisantes, ce qui revient à dire que le pronostic ne doit et ne peut se déduire que de l'examen de la constitution épidémique. Lorsque l'état fébrile plonge le malade dans l'adynamie, c'est habituellement d'un mauvais augure; et il en est de même des prédispositions idiosyncrasiques, car elles ont une tendance très prononcée à reparaître. Les malades qui contractent facilement des maux de gorge, des diarrhées, sont plus que jamais exposés au retour de ces affections; aussi ne convient-il pas d'y attacher une mince importance, attendu qu'à force d'abondantes expectorations ou de trop fréquentes exonérations alvines pathologiques, les sujets s'épuisent et marchent rapidement à la cachexie, complication dont le pronostic doit tenir un sévère compte.

La convalescence des fièvres catarrhales donne accès et développe un grand nombre d'affections tuberculeuses; elle en est manifestement la cause occasionnelle et occulte. Consécutivement aux grippes, la phthisie pulmonaire se multiplie, cela est positif et rigoureusement exact. Broussais avait remarqué chez les soldats de l'armée d'Italie l'apparition de fièvres intermittentes sans lésion aucune du côté de la poitrine. Les mêmes hommes, ramenés en Hollande, contractèrent des affections bronchiques et devinrent définitivement tuberculeux.

L'intensité de la pneumonie, quand la fièvre catarrhale prend un caractère broncho-pneumonique, aide puissamment au pronostic; car, si c'est en hiver et si le malade est inondé de sueur et a les forces prostrées, la maladie est susceptible d'avoir des allures très graves.

Pendant les deux premiers mois de l'année 1855, nous avons eu à traiter dans nos salles d'hôpital un grand nombre d'inflammations de poitrine frappant à la fois le poumon et les bronches. Presque tous les malades présentaient simultanément les signes réunis de la bronchite et de la pneumonie, sauf de rares exceptions. Soit que la pneumonie eût débuté d'emblée, soit qu'elle se fût compliquée de bronchite, il y avait multiplicité de foyers inflammatoires; c'était le caractère commun et presque invariable des fluxions de poitrine alors régnantes, simples ou compliquées. Or ce n'est pas, on le sait, le cas le plus ordinaire. Dans ces cas de pneumonie à foyers multiples, il est rare que l'inflammation occupe exactement les mêmes points et qu'elle ait la même étendue des deux côtés. Le plus ordinairement, au contraire, elle envahit de chaque côté un siége différent. Il est manifeste que la phlegmasie pulmonaire doit, en raison de cette circonstance, exercer une plus grande influence sur l'économie. Cependant il ne faudrait pas toujours juger *à priori* du degré de réaction générale par l'étendue de la lésion locale. Souvent il n'existe aucune proportion entre l'état fébrile et l'inflammation pulmonaire. C'est qu'en général l'état fébrile ne représente pas exactement la réaction inflammatoire, mais l'état général dépendant de la cause qui a produit la phlegmasie du poumon.

Il n'en est pas de ces pneumonies, qui se produisent spontanément sous l'influence d'une constitution médicale spéciale, comme des pneumonies purement traumatiques. Il y a à tenir compte dans ce cas de la variété des effets qui peuvent résulter de la perturbation apportée dans l'économie par la cause morbide.

Mais la fièvre n'est pas seulement réactionnelle, il y a une fièvre initiale qui précède et accompagne la lésion locale. Gardez-vous donc d'oublier que la fièvre chez les sujets atteints de pneumonie est beaucoup plus le résultat de la perturbation fonctionnelle générale produite par la cause morbifique que l'effet de la réaction de la pneumonie elle-même. C'est ce qui explique la disproportion, le défaut fréquent de rapport d'intensité que l'on remarque dans ces cas entre l'état général et la lésion du poumon.

A la même époque, nous avions encore dans nos salles d'autres pneumonies (se rattachant toutes plus ou moins à l'influence de la constitution médicale d'alors) liées à un état morbide plus général et plus grave, la fluxion de poitrine coïncidant avec la marche régulière et la forme adynamique de l'affection typhoïde. Chez ces malades-là, nous n'avons point entrepris de traiter la pneumonie. La médication rationnelle de la phlegmasie du poumon était subordonnée à la considération de l'état général, d'après ce principe de pathogénie que les altérations locales sont toujours sous la dépendance de l'affection générale et des états constitutionnels actuels ou antérieurs. C'est, en effet, dans l'appréciation de ces phénomènes généraux des maladies que se trouvent les indications thérapeutiques applicables à ces lésions locales.

Traitement. — La curation rationnelle peut se comprendre et se faire, mais la médication expectante suffit généralement; on soustrait le malade à l'influence des causes de la maladie. Il n'y a généralement pas de médication perturbatrice possible et certaine, à moins qu'il n'y ait complication de variole ou de coqueluche. Dans les fièvres catarrhales modérées, l'expectation sera donc mise en œuvre. On évitera l'humidité; on nourrira le malade, mais sans lui relever les forces, et on favorisera l'action des émonctoires. Afin d'entretenir les diaphorèses, on fera garder le lit et on administrera des boissons chaudes. Les émissions sanguines seront aussi employées pour restreindre les causes immédiates de la phlogose, et les évacuants des premières voies seront prescrits.

En 1837, l'émétique jouissait d'un juste crédit. Cet agent, en effet, modifie rapidement l'action sécrétoire de la muqueuse gastro-intestinale et chasse les résidus de la digestion, qui constituent un obstacle permanent susceptible d'amener une débilité secondaire. Il imprime des secousses qui retentissent dans tout l'organisme, donne lieu à d'énergiques impulsions et produit une surexcitation dont les effets apparaissent de suite sur les appareils sécréteurs tégumentaires.

L'émétique, dont l'un des principaux effets est de contribuer aux excrétions, s'administre-t-il dans la première période de la maladie ou dans la seconde? Cela dépend. Mais, en somme, les purgatifs sont inhabiles à remplacer les émétiques; ces derniers favorisent l'expulsion de vers intestinaux et produisent un mouvement réactionnel sur l'économie tout entière. Bon nombre de médecins appliquent des exutoires, donnent des boissons stimulantes, vineuses, des limonades minérales; d'autres conseillent les quinquinas et les fébrifuges, mais ces préparations sont nuisibles, et mieux vaut employer les plantes amères, la camomille, le vin. On a parlé un peu des heureux résultats qu'on pouvait obtenir avec les bains; mais c'est une horrible chose. Les bains stimulants n'ont pas autant d'inconvénients; ils excitent les surfaces tégumentaires. Ce traitement ne repose sur l'emploi d'aucun spécifique.

Lorsque nous eûmes à lutter, il y a quelques mois, contre les broncho-pneumonies, dont j'ai parlé, notre médication rationnelle consistait d'abord à déférer à l'indication des évacuations sanguines, mais dans une mesure restreinte, puis à recourir à l'usage de vastes vésicatoires sur la poitrine et à l'administration du calomel à doses légères, agissant à la fois comme purgatif et probablement aussi comme un résolutif énergique. Quoi qu'il en soit de l'action spéciale de ce dernier moyen, action difficile peut-être à apprécier à cause de son association avec les deux autres, toujours est-il que son concours nous a paru donner de bons résultats. Quant aux deux autres moyens, il est beaucoup plus aisé de s'en rendre compte.

On a affaire ici à un mouvement inflammatoire et congestionnel porté à un haut degré d'intensité. Si l'on joint à cette circonstance les conditions de vascularité et de fonctionnalité de l'organe affecté, la saignée se présente naturellement à l'esprit comme le moyen de remplir l'indication principale; aussi a-t-elle été de tout temps préconisée par tous les médecins qui ont fait autorité dans la science. C'est le traitement rationnel par excellence de la pneumonie. Il n'y a d'exception à cet égard que pour certaines pneumonies épiphénoménales, telles que celles qu'on rencontre dans certaines épidémies, ou celles qui surviennent pendant le cours d'une fièvre grave.

Lorsqu'on a eu recours aux évacuations sanguines, que l'on a réprimé le mouvement congestif, vient ensuite l'indication des dérivatifs. L'action dérivative est exercée au plus haut degré par les vésicatoires, qui en remplissent toutes les conditions et qui exercent une action immédiatement heureuse. On peut s'en assurer presque tout de suite en voyant diminuer la gêne de la respiration, l'expectoration sanguine et l'état fébrile, et en voyant survenir dans la broncho-pneumonie des crachats bronchiques plus abondants.

Pour notre compte, nous admettons dans l'action des vésicatoires un autre effet. Indépendamment de l'action dérivative, nous croyons qu'ils exercent aussi une action topique stimulante sur les fonctions sé-

crétoires de la peau, et même sur le système nerveux et vasculaire; enfin, ils nous paraissent avoir aussi, par le principe actif des cantharides, une action stimulante générale qui entre probablement pour beaucoup dans les heureux effets de l'emploi de ce moyen. La suppression de presque tous les émonctoires dans la pneumonie montre assez que la phlogose a eu pour effet de troubler et de suspendre plus ou moins complétement les actions sécrétoires. Or les vésicatoires excitent encore les phénomènes de diacrise. Aussi est-ce un des moyens les mieux appropriés au traitement de cette affection.

Le choix des points d'application des vésicatoires est très important. On se guide ordinairement d'après le siége du point de côté ou des phénomènes stéthoscopiques. Il nous paraît préférable, dans tous les cas, de choisir le sommet de la poitrine en arrière, comme le point le plus rapproché et le plus en connexion intime par les médiastins avec les poumons et leurs racines.

Pour résumer le traitement qui nous a réussi pendant l'hiver de 1855, nous dirons que nous avons eu recours aux évacuations sanguines lorsqu'il s'est agi et tant qu'il s'est agi de combattre l'état congestif, aux dérivatifs épispastiques et aux dérivatifs intestinaux au déclin de la maladie et alors qu'il convenait de favoriser la résolution de l'état phlegmasique.

A cette époque, un assez bon nombre de ces affections guérissaient spontanément par les seuls efforts de la nature; aussi, à moins d'indications bien urgentes, nous nous montrions sobre dans l'emploi des moyens précités.

Prophylaxie. — Les préservatifs des fièvres catarrhales, en général, consistent presque uniquement dans les soins appropriés d'une hygiène bien entendue : se vêtir chaudement; prendre une nourriture suffisante et saine, et éviter toutes les causes de froid et d'humidité.

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. MAISONNEUVE.

Entérotomie du côlon lombaire droit pratiquée avec succès chez une femme de 45 ans, pour un cas d'étranglement interne.

Le 29 juin 1855, M. Maisonneuve fut appelé par un de ses confrères, M. le docteur Bonnassies, pour voir une dame de sa clientèle, Mme V..., chez laquelle le cours des matières intestinales était complétement interrompu depuis vingt-cinq jours, et qui était en proie aux accidents les plus graves d'étranglement interne.

Depuis plusieurs mois déjà cette dame avait une santé fort compromise. Ses digestions étaient habituellement laborieuses, et plusieurs fois elle avait éprouvé des constipations de douze à quinze jours, suivies d'une débâcle qui la soulageait pour quelques semaines.

Cette fois, la constipation avait de beaucoup dépassé son terme ordinaire, et les accidents avaient acquis une intensité telle que la mort paraissait imminente.

Le ventre était horriblement tendu et ballonné, la face grippée, les extrémités froides, le pouls misérable. De plus, la malade était tourmentée par un hoquet presque continuel et par des efforts de vomissements qui amenaient des matières bilieuses et stercorales. On constatait l'existence d'une certaine quantité de liquide dans le péritoine, ce qui n'empêchait pas cependant d'apercevoir les anses intestinales distendues se dessiner à travers les parois de l'abdomen.

En présence de ces accidents précurseurs de l'agonie, il ne pouvait rester qu'une ressource ultime et malheureusement bien problématique, consistant à ouvrir le ventre pour aller chercher une anse d'intestin placée au-dessus de l'obstacle inconnu et y établir un anus artificiel. Cette idée, que M. Maisonneuve émettait bien moins comme une proposition formelle que comme une simple probabilité, ayant été saisie avidement par le médecin et la famille, ce chirurgien procéda immédiatement à l'opération de la manière suivante :

A 3 centimètres au-dessus de la crête iliaque droite, il incisa transversalement, dans une longueur de 12 centimètres, la peau d'abord, puis successivement, et avec précaution, les muscles grand oblique, petit oblique et transverse. Lorsque le péritoine fut à nu sous le doigt, M. Maisonneuve reconnut la présence d'une quantité notable de liquide dans la cavité abdominale. En effet, aussitôt qu'il eut enfoncé la pointe de son bistouri, il s'écoula plus d'un litre de sérosité purulente. Son doigt, introduit dans cette ouverture, reconnut bientôt une anse intestinale gonflée et rénitente, qu'il jugea devoir être l'intestin côlon ascendant. Il y passa transversalement un fil pour l'attirer et le retenir près de l'ouverture; puis, un instant après, en plaça un second à 2 centimètres au-dessus du premier.

Ayant ensuite confié ces deux fils à un aide qui les tenait écartés, il incisa l'intestin en travers dans l'espace compris entre les deux ligatures, de manière que chacune des lèvres de la plaie faite à l'intestin se trouvait maintenue par un fil.

Un jet de matières fécales brunes, fétides et semi-liquides s'élança aussitôt à plus de vingt centimètres, et remplit en quelques instants deux énormes vases de nuit contenant chacun plus de quatre litres. Quand ce flot fut arrêté, M. Maisonneuve fixa les deux lèvres de la plaie intestinale à la peau au moyen de huit points de suture.

Immédiatement après l'opération, la malade éprouva un soulagement notable; les vomissements et les nausées cessèrent; elle put même prendre un peu de bouillon et de vin. Depuis lors, les matières continuèrent à couler; le ventre se dégorgea, et la malade revint peu à peu à la vie.

Deux mois et demi après l'opération, le ventre, entièrement revenu à son état normal, permet de reconnaître dans la fosse iliaque et le flanc gauche une tumeur bosselée, grosse comme deux fois la tête d'un fœtus à terme. Selon toutes les probabilités, c'est cette tumeur qui constitue l'obstacle au cours des matières en obstruant le côlon lombaire gauche.

La plaie de l'opération donne issue à des matières fécales ordinairement semi-liquides, mais quelquefois aussi pâteuses et bien liées.

Depuis trois semaines environ, une certaine quantité de matières commence à passer par les voies naturelles; de sorte que si, par des moyens médicaux on peut arriver à obtenir la résolution de la tumeur, la guérison pourra devenir complète. Dans tous les cas, voici deux mois et demi que cette pauvre dame n'existerait plus si cette opération n'avait été tentée.

DE LA PRODUCTION DU SOMMEIL ET DE L'ANESTHÉSIE

par la compression des deux artères carotides,

Par le docteur Alexander FLEMING.

M. Fleming, en répétant quelques expériences sur l'action des narcotiques, voulut essayer l'influence de la compression des deux artères carotides sur les fonctions cérébrales. Je priai, dit-il, un de mes amis de faire l'expérience sur moi-même. La compression, pratiquée simultanément sur les deux carotides, détermina presque immédiatement un sommeil calme et profond. La même expérience, répétée sur d'autres personnes, a toujours donné les mêmes résultats.

Le sujet soumis à l'expérience éprouve un léger bourdonnement d'oreilles, des picotements à la surface du corps, et au bout de quelques secondes l'anesthésie se manifeste. La face est légèrement pâle; le pouls présente à peine une modification; le sujet est plongé dans un sommeil profond, mais calme, pendant lequel il éprouve des rêvasseries. Quand on cesse la compression, l'anesthésie disparaît, la connaissance revient complétement en quelques secondes. Jamais on n'a remarqué de nausées, de vomissement ou d'accident quelconque.

Le meilleur mode opératoire est le suivant : au moyen du pouce appliqué au-dessous de chacun des angles inférieurs de la mâchoire, on interrompt la circulation dans les artères carotides. Le sujet doit en général être couché la tête un peu inclinée en avant.

On pourrait croire que les phénomènes que nous venons d'énumérer sont dus à la compression qui s'exerce en même temps sur les artères carotides et les veines jugulaires, et retarde par conséquent le retour du sang veineux de la tête : il n'en est rien cependant; car jamais les effets ne sont plus manifestes que dans les cas où l'on parvient à interrompre la circulation artérielle sans gêner la circulation veineuse, comme le prouve l'absence de toute coloration bleuâtre de la face.

La compression des carotides serait donc un moyen rapide et certain de produire l'anesthésie. M. le docteur Fleming propose d'avoir recours à ce moyen dans certaines formes de céphalalgie, le tétanos, l'asthme, et d'autres maladies spasmodiques. Sans vouloir garantir l'utilité et même l'innocuité de ce nouveau procédé pour obtenir l'anesthésie, nous avons cru devoir l'indiquer à nos lecteurs. (*British and Foreing med.-chir. Review* et *Gaz. heb.*)

SUR UN MOYEN D'AMÉLIORER LE PAIN BIS

(pain de seigle, pain de munition), et de lui enlever son acidité,

Par M. J. LIÉBIG.

La farine, quand on la conserve, subit souvent une altération particulière qui enlève à la pâte la propriété de lever convenablement, et qui donne au pain des qualités nuisibles à la consommation. Cette altération est due, comme on le sait, à l'action de l'humidité et de l'air sur le gluten, qui, en devenant mou et diffluent, rend la pâte moins plastique et ne la lie plus que très incomplétement.

Il y a vingt-quatre ans environ, les boulangers belges ont introduit dans leur fabrication un moyen dont l'emploi rendait à la farine avariée les qualités que le gluten avait perdues. Ce moyen consiste, d'après M. Kuhlmann, à ajouter à la farine une petite quantité de sulfate de cuivre ou d'alun.

Les effets produits dans cette circonstance par l'alun et le sulfate de cuivre s'expliquent en ce que, sous l'influence de la chaleur du four, ces sels forment, avec le gluten modifié, une combinaison à la faveur de laquelle cette substance protéique recouvre ses qualités premières et redevient insoluble et hygroscopique.

J'ai fait divers essais dans le but de remplacer des substances aussi nuisibles à la santé. J'y ai réussi en employant de l'eau de chaux pure pour faire la pâte.

Pour 100 kilogrammes de farine on prend 26 à 27 kilogrammes ou litres d'eau de chaux. Cette quantité de liquide ne suffisant pas, à beaucoup près, pour faire la pâte, on y ajoute la proportion nécessaire d'eau pure.

Le pain préparé de cette manière perd complétement son acidité. En raison de cette circonstance, et pour lui donner un goût agréable, on augmente un peu la dose de sel.

Quant à la quantité de chaux qu'on introduit ainsi dans le pain, elle est insignifiante, car on sait que 1 kilogramme de chaux suffit pour préparer plus de 600 kilogrammes d'eau de chaux, et si l'on calcule d'après cette donnée la quantité de chaux contenue dans le pain, on trouve qu'elle ne dépasse pas celle que la farine des légumineuses renferme normalement.

L'expérience semble avoir démontré que la farine des céréales n'est pas un aliment complet, et d'après tout ce que nous savons de ses qualités nutritives, cela tient à ce qu'elle ne renferme pas une quantité de chaux suffisante pour la nutrition des os. Elle renferme de l'acide phosphorique en proportion suffisante, mais beaucoup moins de chaux que la farine des légumineuses. Cette circonstance donne peut-être l'explication de certains phénomènes morbides qui se développent chez les enfants dans les campagnes et dans les prisons, où l'alimentation consiste presque exclusivement en pain.

Divers essais semblent indiquer, en outre, que l'addition d'une petite quantité de chaux à la pâte augmente le rendement de la farine en pain. (*Répert. de pharm.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 11 septembre 1855. — Présidence de M. JOBERT (de Lamballe).

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Epidémies. — M. le ministre du commerce transmet :

1° Deux rapports de MM. Yvonneau et Bernier, médecins des épidémies, contenant le compte-rendu des maladies qui ont régné en 1854 dans les arrondissements de Blois et de Romorantin. (Commission des épidémies.)

2° Un travail statistique sur l'aliénation mentale dans le département du Bas-Rhin, par M. le docteur Dagonnet, médecin en chef de l'asile de Stéphansfeld. (Commissaires : MM. Villermay, Baillarger et Londe.)

3° Une notice sur un lit inventé par le sieur Villot-Leroy et destiné aux blessés et aux malades. (Commissaires : MM. Larrey et Gimelle.)

4° Plusieurs recettes de remèdes secrets.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Traitement des cancers de la face. — M. le docteur Alliot adresse une lettre sur la guérison des cancers de la face par l'acupuncture et par des lambeaux de peau empruntés au crâne, au front, à la face et appliqués sur la plaie.

Transmission du choléra par des larves de mouches. — M. Cornerin réclame la priorité de la découverte de la transmission du choléra par la larve d'une espèce particulière de mouches. (Commission du choléra de 1854.)

Vaccine. — M. Pons (de Vigan) adresse une lettre sur l'efficacité de la vaccine. (Commission de vaccine.)

— M. le docteur Remy transmet à l'Académie des observations sur la vaccine, la variole et l'emploi du collodion. (Même commission.)

Traitement des adénites cervicales. — M. Boulu adresse un mémoire sur un nouveau traitement des adénites cervicales par l'électricité localisée. (Commissaires : MM. Poiseuille, Soubeiran, Bouvier.)

Ceinture herniaire. — M. Rochard adresse une note sur une nouvelle ceinture herniaire pour la contention et la compression des hernies inguinales. (Commissaires : MM. Malgaigne, Ricord.)

Entérotomie du côlon lombaire. — M. Maisonneuve communique une observation d'entérotomie du côlon lombaire droit pratiquée avec succès chez une femme de quarante-cinq ans pour un cas d'étranglement interne. (Voir plus haut.)

RAPPORT.

Remède contre les hémorrhoïdes. — M. Robinet lit au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux un rapport sur un moyen de traitement des hémorrhoïdes proposé par M. Allègre. Ce traitement consiste à faire usage du piment, *capsicum annuum*, soit en poudre, soit à l'état d'extrait. En poudre, on le prescrit à la dose de 50 centigrammes, à 1 gramme et même jusqu'à 3 grammes. A l'état d'extrait, on le donne à 75 ou 80 centigrammes.

Le moyen proposé par M. Allègre ayant paru aux membres de la commission mériter d'être examiné, des expériences, au nombre de 50, ont été instituées par les soins de quelques-uns d'entre eux, et plusieurs succès ont été obtenus. Un des succès les plus remarquables a été obtenu sur l'un des membres de la commission, qui a eu beaucoup à se louer d'avoir eu recours à ce moyen.

Cependant, comme les faits dont la commission a été témoin ne lui ont pas paru assez nombreux pour pouvoir conclure, et considérant la difficulté d'expérimenter sur une échelle suffisante dans les hôpitaux où l'on n'a que très rarement l'occasion de voir des malades affectés d'hémorrhoïdes seulement, les commissaires ont été d'avis qu'il y avait lieu à faire un appel à tous les praticiens en les engageant à essayer ce moyen sur les malades de leur clientèle.

M. GERDY trouve que le rapport ne donne pas des détails suffisants. On ne dit pas quelle a été la proportion des guérisons. On parle de cinquante expériences; si les cinquante malades avaient guéri, cela serait superbe. Ce serait le quinquina des hémorrhoïdes que l'on aurait trouvé. Mais il est permis d'en douter. On ne trouve pas tous les jours un remède héroïque; nous n'en connaissons que deux, le quinquina et le mercure, depuis quatre mille ans qu'on fait des observations.

M. ROBINET. La commission n'a pas jugé qu'il fût nécessaire de donner, cas par cas, les résultats de ses observations. Tout ce qu'elle a cru devoir dire, c'est que les résultats qu'elle a observés sont assez satisfaisants pour engager à multiplier les essais.

M. PIORRY demande la permission à l'Académie de présenter à cette occasion quelques observations sur les hémorrhoïdes en général..... (Interruptions.)

M. LE PRÉSIDENT invite M. Piorry à rester dans les termes de la discussion.

M. PIORRY, après être entré dans quelques explications sur la texture et sur les conditions anatomiques diverses des hémorrhoïdes, en conclut qu'on ne peut les considérer comme une maladie toujours la même, et qu'on ne saurait par conséquent leur opposer toujours le même remède.

M. JOBERT dit avoir essayé le moyen dont il s'agit dans le rapport, et que presque tous les malades auxquels il l'a prescrit en ont éprouvé un soulagement considérable et presque immédiat.

(Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.)

Les Earthmen (ou hommes terriens). — Deux jeunes sujets africains sont présentés à l'Académie. Ces sujets appartiennent, suivant leur

conducteur, à une race particulière désignée sous le nom des *Earthmen* ou d'hommes terriens.

La commission des Aztèques est chargée d'examiner ces deux sujets.

Eaux minérales. — M. Boullay lit, au nom de la commission des eaux minérales, plusieurs rapports sur des demandes d'exploitation de sources minérales nouvelles, dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

— La séance est levée à quatre heures et demie.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 3 mai 1855. — Présidence de M. MAGNE, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

La correspondance comprend :

1° Le *Bulletin de la Société de médecine de Besançon;*

2° Le numéro d'avril du *Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*

— M. le docteur Ramon (de Charenton) adresse une observation accompagnée de réflexions pratiques sur la *diphthérite*, et demande le titre de membre titulaire. (Commissaires : MM. Terrier et Josias.)

Ophthalmies. Précautions à prendre pour le malade et pour le médecin. — A l'occasion du procès-verbal, M. MAGNE revient sur la contagion de l'ophthalmie purulente et de certaines conjonctivites granuleuses catarrhales qu'il a vues régner épidémiquement dans certaines crèches malgré toutes les précautions.

La conjonctivite granuleuse catarrhale n'attaque ordinairement tout d'abord qu'un seul œil; or, quelles que soient les recommandations du médecin, soit en lavant cet œil, soit en pratiquant des injections, soit même par des attouchements involontaires, pendant le sommeil, par exemple, l'inoculation a lieu sur le second œil. Pour remédier à cet inconvénient, pendant toute la durée de l'ophthalmie je recouvre les paupières de l'œil sain d'un morceau de taffetas d'Angleterre enduit lui-même d'une couche de collodion.

Mais l'inoculation n'est pas à redouter pour le malade seul; le médecin et les personnes qui lui donnent des soins y sont également exposés. Cela tient à ce que les injections sont faites souvent directement sur l'œil, et font jaillir le liquide sur la figure et les mains du médecin et des assistants. Pour éviter cet inconvénient, qui peut avoir des suites graves, je conseille de pratiquer les injections d'une manière oblique, le bec de la seringue appuyé alternativement sur l'une et l'autre paupière, et balayant lentement tous les replis de la muqueuse.

Chloroforme. — M. TERRIER fait un rapport verbal sur un travail de M. Ludger Lallemant, dont le but est de chercher la valeur relative des moyens à opposer aux effets toxiques du chloroforme.

Il résulte de ce travail que le chloroforme, agent anesthésique dont les avantages et les inconvénients ont déjà occupé les sociétés savantes et les académies, a une rapidité d'action d'autant plus grande qu'il est appliqué à des animaux plus élevés dans l'échelle des êtres, tandis que chez les animaux à sang froid, les reptiles, par exemple, son action anesthésique et toxique est au contraire très lente. Chez tous les animaux, reptiles, oiseaux, mammifères, les phénomènes extérieurs produits par le chloroforme paraissent toujours les mêmes, débutant par une surexcitation du système nerveux en rapport avec l'excitabilité des animaux. A la période d'excitation succède la résolution musculaire des membres, l'abaissement et le ralentissement de la respiration, devenue plus profonde à mesure que l'intoxication se prononce davantage. Puis la scène se termine par la cessation complète de la respiration, suivie, dans un espace de quelques secondes à quelques minutes, de l'extinction des battements du cœur.

Au début, et dans la période d'excitation, les auteurs ont généralement observé l'accélération de la respiration et des battements artériels; puis, lorsque la respiration est sur le point de cesser, ils ont noté l'agitation avec frémissement des paupières, des ailes du nez et de la commissure des lèvres, coïncidant surtout avec des oscillations rapides au-devant de la trachée, simulant des actes de déglutition précipitée. Les expérimentateurs ont également observé que les phénomènes ne changeaient pas, soit qu'on agisse à l'aide de doses minimes prolongées, soit qu'on emploie de suite des doses considérables ; mais ils ont parfaitement noté que la rapidité d'intoxication était en rapport avec la dose plus ou moins considérable de chloroforme employée simultanément.

Parmi les moyens à opposer à l'intoxication chloroformique, les expérimentateurs ont essayé comparativement les insufflations d'oxygène pur et celles d'air atmosphérique, l'électricité, la faradisation des nerfs phréniques et la cautérisation pharyngienne ammoniacale.

Les succès obtenus par les insufflations d'oxygène ont été égalés par les heureux résultats obtenus des insufflations d'air atmosphérique, et les auteurs, ayant avec succès tenté l'emploi du gaz azote, ont pu se convaincre que l'on devait plutôt attribuer le succès des insufflations à l'action irritante des gaz portés sur les parois bronchiques qu'à la nature même du gaz porté dans les voies aériennes ; aussi ont-ils préconisé de préférence les insufflations d'air atmosphérique comme plus simples et d'un emploi assez facile à l'aide d'une canule de gomme élastique ajustée à la tuyère d'un soufflet, laquelle a été introduite dans le larynx chez les chiens, ou simplement dans l'arrière-bouche chez les lapins. Les insufflations doivent toujours alterner avec les pressions exercées méthodiquement sur le thorax.

L'électricité proposée par MM. Jobert et Abeille n'a pas réussi entre les mains des expérimentateurs. La faradisation des nerfs phréniques, par M. Duchenne (de Boulogne), ayant pour but de ramener l'action mesurée et cadencée des muscles intercostaux, a paru, au contraire, avoir un succès analogue aux insufflations. La cautérisation pharyngienne ammoniacale, suivant le procédé de M. J. Guérin, a échoué.

L'insufflation, comme tous les moyens propres à rappeler à la vie les sujets anesthésiés, n'a réussi que dans les cas où l'application en était faite immédiatement après la cessation de la respiration, rarement après la cessation des battements du cœur. De plus, on a dû la continuer avec persévérance et énergie jusqu'au rétablissement *complet* des mouvements normaux et spontanés de la respiration.

On a remarqué aussi que sous l'influence de l'anesthésie les centres nerveux et la moelle épinière, devenus insensibles au toucher, le sont encore aux effets de la pile galvanique ; mais les secousses produites par la pile épuisent rapidement ce dernier reste de l'irritabilité nerveuse, dont les phénomènes incomplets ne parviennent que bien rarement à réagir sur les nerfs phréniques de manière à rappeler la respiration normale.

Les autopsies ont aussi démontré que le chloroforme s'accumule dans les poumons et surtout en plus grande quantité dans le cerveau, dont toutes les parties dégagent une forte odeur de chloroforme, qui semble attester que cet organe est le siége d'élection de l'agent anesthésique, dont les effets toxiques sont en raison de la quantité de gaz qui en a été respirée.

Le rapporteur propose à la Société de remercier l'auteur de son intéressante communication.

M. DUPERTUIS demande comment on peut pratiquer des insufflations dans le cas d'éthérisation ; la sonde conduit l'air dans l'œsophage, dans l'estomac, mais non dans le pharynx. Bien souvent, ajoute-t-il, je l'ai essayé, mais jamais je n'ai rien obtenu. Je crois que le meilleur et le plus sûr moyen serait de pratiquer la trachéotomie; puis à l'aide de cette voie l'insufflation, qui alors deviendrait possible.

M. TERRIER répond que l'expérience journalière prouve que cette insufflation est moins difficile qu'on ne pense, et qu'en insufflant l'air par les fosses nasales, il pénètre dans les voies respiratoires.

M. COURSSERANT rappelle qu'ayant eu occasion de demander dans une Société médicale d'arrondissement comment on s'y prenait pour introduire la sonde dans le larynx, il lui fut répondu que cela était d'une *facilité extrême*. Eh bien ! ajoute M. Courserant, j'avoue n'avoir jamais exécuté cette opération, mais je tiendrais à savoir si en réalité cela est facile et comment il faut s'y prendre.

M. TERRIER avoue que c'est assez difficile, pour ne pas dire à peu près impossible, par les fosses nasales, tandis qu'il n'en est plus de même par les voies ordinaires; ainsi, en introduisant la sonde de manière à la faire pénétrer dans la partie supérieure du pharynx, la bouche étant largement ouverte, on arrive tout doucement à soulever la glotte et à pénétrer dans le larynx.

M. DUPERTUIS se trouve peu satisfait de tout ce qu'il vient d'entendre ; il ajoute que son observation subsiste tout entière, et que pour lui toute la difficulté est de faire pénétrer l'air dans les poumons.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

Gourmes des enfants. — M. COURSSERANT signale les funestes effets que produisent sur la santé des enfants qui en sont atteints ces exanthèmes siégeant soit au cuir chevelu, soit aux ailes du nez, et qui bien souvent, pénétrant dans les fosses nasales, gênent d'une manière plus ou moins considérable le jeu de la respiration. L'influence de cette affection me paraît avoir assez d'analogie avec celle que produit le gonflement des amygdales. J'ai pour habitude, ajoute M. Courserant, d'en provoquer la suppression à l'aide de cataplasmes émollients, de lotions et de soins de propreté, et j'ai toujours remarqué que cette suppression était promptement suivie d'une amélioration marquée dans la santé de l'enfant ; néanmoins, comme je sais que quelques confrères ne partagent pas mon opinion à cet égard, je demande si cette suppression présente réellement quelques dangers ?

M. FOUCART n'a jamais vu aucun danger à supprimer ces éruptions et à les faire disparaître le plus promptement possible. Elles peuvent devenir la cause d'accidents graves ; il a vu, il y a quatre ans, une petite fille de deux ans chez laquelle existait depuis trois semaines un impétigo du front et des joues qui était le siége d'un suintement abondant. Quelques gouttes de pus s'étant trouvées portées dans les yeux, une ophthalmie purulente survint, dont la conséquence fut la perte des deux yeux, qui se vidèrent.

Il ajoute qu'il ne se borne pas à l'emploi des moyens locaux dans les cas de cette nature. Il fait usage de purgatifs réitérés et énergiques, puis de toniques, de reconstituants, d'huile de foie de morue principalement.

M. MASSON ne croit pas non plus que l'on doive respecter ces éruptions ; la suppression, suivant lui, en est d'autant moins dangereuse qu'elle est obtenue à une époque plus rapprochée du moment de leur début.

M. MAGNE s'étonne qu'il y ait des médecins qui croient encore au danger de la suppression de ces exanthèmes ; pour lui, il n'a jamais cru à ce danger, et il n'hésite jamais à débarrasser ses malades d'affections pareilles.

M. VERGNE partage complétement cette opinion ; il a souvent rencontré de ces exanthèmes soit du cuir chevelu, soit du visage et principalement des ailes du nez, quelquefois aux commissures des lèvres. C'est surtout chez les nombreux enfants qui peuplent les salles d'asile que cette affection est des plus communes. Elle est ordinairement le siége d'une sécrétion séreuse plus ou moins abondante ; cette sérosité, en se desséchant, donne lieu à la formation de croûtes dont l'accumulation dans les fosses nasales gêne nécessairement la respiration. Ces pauvres enfants ne respirent plus que par la bouche et semblent soumis à une espèce d'asphyxie qui agit lentement, graduellement, mais dont l'influence funeste ne tarde pas à se faire sentir. Ces malheureux dépérissent à vue d'œil, et leur état réclame un prompt secours. Jamais, ajoute M. Vergne, je n'ai hésité à conseiller la suppression immédiate de ces exanthèmes et à chercher à l'obtenir par les moyens que nous vient d'indiquer M. Courserant; seulement, lorsque cette affection est déjà ancienne, surtout si elle se présente chez des enfants d'une constitution faible et délicate, ce qui a lieu dans la presque totalité des cas, aux cataplasmes émollients de farine de graine de lin ou mieux de fécule et de lait, aux lotions de même nature et aux soins hygiéniques, je joins l'usage des tisanes amères, du sirop antiscorbutique, l'huile de foie de morue et l'iodure de potassium. En agissant ainsi, la constitution des jeunes sujets se trouve modifiée en même temps que l'exanthème disparaît peu à peu. Jamais je n'ai vu cette suppression suivie, je ne dis pas de dangers, mais même du moindre inconvénient ; loin de là, la respiration, difficile et embarrassée jusque-là, devient libre, la santé se rétablit aisément et avec rapidité.

M. TERRIER remarque qu'avec le traitement local on recommande un traitement général ; mais il faudrait savoir si ce traitement interne est indispensable, ou si les efforts de l'âge et de la nature ne suffiraient pas à la guérison en modifiant l'état général. C'est évidemment à cet état général qu'il faut s'adresser lorsque l'enfant est faible, étiolé; mais si la constitution est bonne, l'exanthème n'est plus qu'une affection locale, qui disparaîtra d'elle-même et sans traitement au bout de quelques années.

M. COURSSERANT demande s'il faut attendre, pour attaquer l'état général, que l'âge, la nature ou des agents thérapeutiques aient modifié la constitution, ou s'il faut attaquer cet état général dès le début.

M. VERGNE a constamment fait usage du traitement local dès le début ; mais que lorsqu'il a cru devoir recourir au traitement interne, ce traitement a été mis en pratique également dès le principe, et concurremment avec les cataplasmes, lotions, soins hygiéniques, etc.

Le secrétaire annuel, Dr VERGNE.

Nous recevons de M. Abeille une réclamation au sujet de notre article du 5 courant sur l'absorption dans la période algide du choléra, à laquelle nous nous empressons de faire droit :

« 1° Vous me prêtez, dit M. Abeille, une confusion que je serais impardonnable d'avoir commise, la similitude de l'absorption pendant la vie et après la mort.

» 2° J'ai dit dans ma première note et répété dans ma réponse que l'absorption, en tant que *fonction*, se continue à divers degrés d'activité tant que la vie dure ;

» Qu'après la mort l'absorption est une propriété physique et chimique des tissus organisés, qui persiste plus ou moins longtemps. Je n'ai point conclu de ce dernier fait à l'absorption dans l'algidité cholérique ; je me suis étonné seulement que, quand la propriété subsiste après la mort, on ose conclure à l'extinction de la fonction durant la vie sans preuves décisives du contraire. »

Nous sommes heureux d'apprendre que M. Abeille n'ait point eu l'intention de faire la confusion qui lui a été reprochée ; mais on comprendra aisément, en relisant le passage de sa note qui a donné lieu à ce reproche, qu'il nous ait été difficile d'éviter l'équivoque.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La Faculté de médecine de Glascow vient de nommer par acclamation membre honoraire le docteur Andrew Smith, directeur général du service de santé de l'armée de Crimée. A cette occasion, elle déclare que les accusations portées contre le service de santé de cette armée ne reposent pas sur des faits bien interprétés. Elle a examiné avec soin les détails de l'enquête qui a eu lieu à ce sujet, et elle considère comme un devoir de déclarer qu'il n'y a pas eu de négligence, ni de mauvaise administration de la part du directeur général. Au contraire, elle trouve, d'après les documents qui ont été publiés, que dès le commencement de 1854 sir A. Smith avait prévu les difficultés et les dangers de l'expédition, et s'était adressé aux autorités militaires afin de les conjurer.

— Un journal de Lyon raconte qu'il y a près de deux mois un jeune homme de cette ville, jouant avec le chat de la maison, fut légèrement mordu par cet animal, qui, on a tout lieu de le croire aujourd'hui, était atteint d'hydrophobie. Ce qui n'est malheureusement que trop certain, c'est que dans la journée de vendredi dernier les symptômes de cette affreuse maladie se sont déclarés chez ce jeune homme, qu'il a fallu transporter à l'Hôtel-Dieu.

Nous espérons que la *Gazette médicale de Lyon* nous donnera quelques détails sur ce fait intéressant.

— Le corps médical de Paris vient de perdre deux de ses honorables membres, M. le docteur Charrier, membre de la Société médico-pratique, et M. le docteur Rampon, ex-chirurgien militaire.

— Le docteur Antoine de Rosas, professeur d'oculistique et directeur de la clinique ophthalmologique de l'Université, conseiller impérial, est mort à Vienne après une courte maladie, à l'âge de soixante-quatre ans, dont il avait passé trente-six à enseigner sa spécialité.

— En Italie, le choléra a fait subir des pertes nombreuses au corps médical. On cite parmi les morts les plus regrettables celles de Fulvio Gozzi, professeur à l'Université de Bologne, Angelo Magistretti, professeur à Macerata, Enrico Cosletti, médecin à San-Giovani, Zacconi, de Saint-Hippolyte.

En Toscane, les docteurs Stefani, Fosi, Conti, Salei, Brescia, Fiovani, Frosini, Cerroti, Favilli, Focacci, Bagliani, ont été enlevés presque tous à la fleur de l'âge et dans l'accomplissement de leur pénible tâche.

— On lit dans la *Gazette de Cologne* du 7 septembre :

« Feu Priesnitz, inventeur de l'hydrothérapie, avait toujours dit que ce traitement guérirait infailliblement tous les cholériques. Nous ignorons quel degré de confiance doit être accordé à cette assertion ; mais ce qui est vrai, c'est que la semaine dernière le choléra s'est déclaré parmi les ouvriers d'une fabrique située dans les environs de Graefenberg. Soixante et un de ces ouvriers ont été atteints de l'épidémie et ont été traités par M. Schlindler d'après la méthode de Priesnitz, et que pas un d'eux n'a succombé. »

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. DECQ;
A Genève, à la librairie de JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Clinique chirurgicale de l'hôpital Lariboisière, par E. CHASSAIGNAC, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Leçons sur l'hypertrophie des amygdales et sur une nouvelle méthode opératoire pour leur ablation, in-8°, avec 8 figures intercalées dans le texte.

Leçons sur la trachéotomie, in-8°, avec 8 figures intercalées dans le texte. Prix de chaque partie, 2 fr.

SOUS PRESSE : *Leçons sur l'écrasement linéaire.* Paris, J.-B. Baillière, éditeur, 19, rue Hautefeuille.

LE SOYAD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

État et marche du choléra en Europe.

L'épidémie paraît stationnaire dans le midi de l'Europe. Elle ne cesse sur certains points que pour éclater sur d'autres ; mais, à quelques oscillations près, son intensité est presque toujours la même. C'est l'impression générale qui résulte de l'ensemble des détails qui sont parvenus récemment des diverses parties de l'Espagne et de l'Italie.

A Madrid, disent les correspondances, la maladie a une fixité remarquable. Depuis près d'un mois le nombre quotidien des cas oscille entre 25 et 50, donnant à peu près toutes les semaines la même moyenne. Les pays le plus fortement atteints en ce moment sont l'intendance d'Alava, dans les provinces basques, où on signale pourtant depuis peu une diminution ; Albacite et ses environs, Ledesma, Ciudad-Réal, Salamanque, Zamore, Léon, etc. La maladie a diminué à Alicante, à Grenade, à Murcie, Malaga, Valence, Saragosse ; elle est stationnaire et d'une médiocre intensité à Barcelone. On remarque qu'elle épargne généralement les villes qui ont été le plus fortement atteintes l'année dernière.

L'épidémie a pris de l'extension en Portugal ; elle a fait depuis peu de notables progrès à Porto. Lisbonne paraît jusqu'ici en être exempte.

En Italie, la situation est à peu près la même. En Sardaigne, on signale une diminution d'intensité sur quelques points, tandis que l'épidémie s'étend et se propage sur d'autres. Pendant qu'elle diminuait, dit-on, à Sassari, elle augmentait à Alghero, à Toralba, à Bonorra, à Oriezi, à Tula.

A Gênes, elle a une marche lente et stationnaire, ainsi que dans le royaume Lombardo-Vénitien.

Dans la Romagne, elle continue ses ravages. Elle est toujours intense à Ferrare, à Bologne et dans l'Ombrie.

Quelques parties de la Suisse sont également envahies. Le choléra, qui a éclaté à Bâle il y a plus d'un mois, y est encore dans la période d'augment.

Nous avons appris qu'un certain nombre de cas s'étaient manifestés dans quelques-uns de nos départements de l'Est.

Quant à l'état sanitaire de Paris, nous n'avons rien à modifier dans ce que nous en avons dit dans notre précédente *Revue* ; l'événement n'a fait que confirmer l'exactitude de notre appréciation sur la portée qu'il convenait de donner aux quelques cas isolés de choléra qui se sont produits depuis quelque temps. Loin d'augmenter, le nombre quotidien des affections cholériques a été depuis en diminuant, ce qui éloigne toute crainte d'une invasion épidémique nouvelle.

Cancroïde de la langue. Amputation partielle de cet organe par le sécateur linéaire de M. Chassaignac.

Il vient de se passer à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Denonvilliers, suppléé en ce moment par M. Demarquay, un fait qui ne laisse pas que de présenter un assez grand intérêt, et dont nous devons la communication à M. Thouzelin, interne du service. Il s'agit d'un cancroïde de la langue.

Les tumeurs de la langue ont de tout temps attiré l'attention des chirurgiens ; elles empruntent déjà une gravité considérable à l'organe qu'elles occupent, aux rapports et aux fonctions de cet organe ; et alors même qu'il craint une récidive, le chirurgien ne peut pas rester indifférent à l'affreuse condition de ces malades. Deux points de vue surtout dominent l'histoire du cancroïde de la langue : le pronostic et le traitement.

Laissant de côté les autres questions, nous allons, dans cette observation, nous occuper tout spécialement du traitement chirurgical. Plusieurs procédés opératoires ont été essayés à propos des tumeurs de la langue, et en particulier du cancer, la plus fréquente de toutes.

La cautérisation, l'excision, la ligature ont eu leur temps de vogue et de décadence. La cautérisation est difficile à appliquer, pour peu surtout qu'on ait affaire à un cancer ayant déjà envahi une partie considérable de la langue.

L'excision est certainement d'une application plus facile et surtout plus prompte. La suture a rendu l'hémorrhagie moins à craindre. Nous venons de prononcer le mot hémorrhagie ; c'est qu'en effet l'hémorrhagie a toujours été une des préoccupations principales des chirurgiens. Aussi Flaubert (de Rouen) et Roux pratiquaient-ils la ligature de la linguale avant de procéder à l'ablation. Mais l'hémorrhagie n'est pas le seul obstacle qui puisse arrêter le chirurgien. Si la tumeur envahit une grande partie de la langue, il se trouvera mal à l'aise pour l'enlever par les procédés ordinaires. Vient alors le procédé de M. Sédillot.

Ce chirurgien pratique la section du maxillaire inférieur, tantôt sur la ligne médiane, tantôt sur le côté de la tumeur. Il agit alors en toute liberté, et peut amputer la langue tout entière.

MM. Roux et Maisonneuve se sont bien trouvés dans certains cas de l'opération de M. Sédillot. L'an dernier, M. Goyrand (d'Aix) a présenté à la Société de chirurgie une observation d'amputation de la langue pour une affection cancéreuse, après la section médiane du maxillaire inférieur. (*Gazette des Hôpitaux* du 8 août 1854.) La malade est morte des suites d'une infection purulente. D'autres praticiens ont éprouvé des insuccès semblables.

La ligature remplit-elle mieux toutes les conditions d'un bon procédé opératoire : rapidité et sécurité ? Les procédés ont varié à l'infini, depuis la ligature en masse jusqu'aux ligatures multiples ; depuis le procédé de M. Mirault (d'Angers), avec son incision à la région sus-hyoïdienne, jusqu'au procédé de Maingault, qui supprime cette incision. Mais, outre qu'elle produit le plus souvent un gonflement énorme de la base de la langue, avec dyspnée considérable, la ligature demande un temps assez long pour amener la séparation de la partie malade ; elle détermine une abondante suppuration et amène quelquefois l'infection putride.

Le procédé opératoire est donc encore loin de répondre aux espérances qu'il avait d'abord fait naître.

Deux points surtout ont donc fixé l'attention des chirurgiens chaque fois qu'il s'est agi d'enlever une tumeur de la langue : agir librement sur la langue, éviter l'hémorrhagie. En effet, la langue se dérobe aisément à nos moyens d'action directs. Quant à l'hémorrhagie immédiate ou consécutive, la proximité de l'artère linguale du tronc de la carotide primitive, jointe aux conditions de structure de la langue, la rend très grave.

Il y a déjà quelques années, M. Chassaignac avait imaginé un instrument qui semblait remédier à ces deux graves inconvénients. Abandonné pendant quelque temps, cet instrument, repris et perfectionné par les soins de M. Mathieu, paraît devoir rendre à la chirurgie de véritables services. Nous avons nommé le sécateur linéaire. Nos lecteurs connaissent déjà cet instrument et la manière de l'employer. Nous aurons d'ailleurs l'occasion d'y revenir à propos de quelques opérations nouvelles dont M. Chassaignac nous a récemment rendu témoin. Nous nous bornerons donc pour le moment à montrer cet instrument en action pour le cas spécial dont il s'agit.

Le 24 août 1855 entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Augustin, n° 41, le nommé D..., distillateur, âgé de cinquante-cinq ans.

En 1833, le malade a eu des chancres pour lesquels il a suivi un traitement pendant deux mois.

Depuis, il n'a présenté aucun accident que l'on pût rattacher à la syphilis.

Il y a trois mois, en travaillant, il se mord la langue du côté gauche ; depuis le malade en souffre ; il survient de la tuméfaction, puis des douleurs lancinantes.

Du reste, l'état général continue à être bon ; on ne trouve du côté de la famille aucun antécédent cancéreux.

Voici l'état dans lequel il se présente avant l'opération :

Le côté gauche de la langue est gonflé et offre l'empreinte des dents ; les tissus sont indurés et la surface est parsemée de petites ulcérations grisâtres ; l'induration et l'engorgement cessent au niveau de la jonction de la langue avec le plancher de la bouche. La dégénérescence a respecté la moitié droite de la langue, ainsi que toute la partie de cet organe qui est située en arrière du V lingual.

Pas de ganglion à la région sous-maxillaire. Les autres régions

---

BIBLIOGRAPHIE.

Traité d'anatomie générale ; théorie de la structure, embrassant les substances organiques et les éléments, les tissus, les membranes et les parenchymes ; par le docteur Segond, professeur agrégé de la Faculté de Paris.

Voici un livre avec lequel nous sommes un peu en retard, et nous espérons cependant que l'auteur ne nous en voudra pas d'avoir été si lent à en aborder le compte rendu. Dès les premières pages, nous nous sommes trouvé en face d'une œuvre qui s'éloigne sous tant de rapports, et quant au fond, et quant à la forme, des livres que nous avons été jusqu'à présent habitué à avoir entre les mains, qui renferme des opinions très souvent originales, avec le mode d'exposition desquelles nous sommes encore si peu familier, que plus d'une fois nous avons hésité à nous acquitter de la tâche que nous nous étions imposée. Et néanmoins nous y sommes revenu, car évidemment le livre de M. Segond contient beaucoup de bonnes choses. Les doctrines qu'il y a exposées sont logiques, rationnellement déduites, bien coordonnées ; et si l'intelligence n'en semble pas toujours, de prime abord, très facile pour tout le monde, ce n'est peut-être pas tant la faute de l'auteur que celle de notre première éducation scientifique. Nous allons donc essayer aujourd'hui de donner aussi clairement qu'il nous sera possible une idée du plan sur lequel a été conçu l'ouvrage de M. Segond, et des aperçus nouveaux qu'il renferme, en le suivant pas à pas dans son argumentation, et en lui empruntant, aussi souvent que nous le pourrons, les expressions dont il se sert dans l'exposition de ses doctrines ; de cette façon, nous risquerons moins de nous écarter du sens qu'il y attache.

Pour beaucoup de médecins, pour le plus grand nombre, oserions-nous dire, l'anatomie générale n'est plus aujourd'hui que l'*histologie*, c'est-à-dire l'histoire des tissus organiques ; en y réfléchissant avec un peu d'attention, on voit combien est erronée cette manière d'envisager cette partie de la science. — Ouvrez un traité d'anatomie descriptive, et vous y trouverez, dans l'étude des divers organes, une même série de questions se représenter qui seront résolues de nouveau pour chaque cas particulier. Le point de vue général va simplement consister à les envisager d'une manière abstraite. — Si, pour un point quelconque d'anatomie spéciale, il faut toujours se préoccuper de la forme, de la position, de la structure, etc., on sent que l'anatomie générale ne peut être que la *théorie* de la forme, de la structure, etc. ; de telle sorte qu'une question quelconque d'anatomie sera ainsi résolue une fois pour toutes, puisque l'on s'attachera à saisir ce qu'il y a de commun entre un grand nombre de problèmes distincts. — L'anatomie générale n'est donc pas simplement l'histologie, puisque, dans cette dernière, on ne peut chercher que les lois de la texture, et ce n'est là qu'une partie de la théorie de la structure. L'anatomie générale, véritable anatomie moderne, embrasse d'une manière abstraite tous les problèmes de l'anatomie spéciale en les coordonnant.

Le but final de la science des êtres vivants, au point de vue statique, le seul qui doive nous occuper ici, est la notion d'organisme. En décomposant le problème, on voit que cette notion d'organisme se trouve subordonnée à celle d'appareil, la notion d'appareil à celle d'organe, la notion d'organe à celle de tissu. L'anatomie générale des appareils devra donc être précédée de celle des organes, et celle-ci ne devra être étudiée qu'après la théorie générale de la structure, qui sera basée sur l'étude des substances organiques, des éléments, des tissus, des membranes et des parenchymes.

Ainsi, et en résumé, l'anatomie générale comprend trois ordres de questions, les premières relatives aux tissus, les secondes relatives aux organes, les troisièmes relatives aux appareils. Ceci bien compris, M. Segond cherche à établir en peu de mots l'état actuel de l'anatomie générale, et détermine le plan du volume qu'il publie aujourd'hui, et qui n'est qu'une première partie destinée à fonder la *théorie de la structure* comprenant l'étude des substances organiques.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans l'historique qu'il trace des vicissitudes qu'a subies l'anatomie générale depuis Aristote jusqu'à Bichat et jusqu'à Geoffroy Saint-Hilaire, ce grand génie qui a fait dans la théorie des organes une immortelle révolution ; les bornes d'une analyse comme celle-ci ne comportent pas des développements aussi étendus, et qui d'ailleurs sortent un peu de notre sujet. Arrivons tout de suite à l'exposé du plan de M. Segond, et essayons de faire comprendre ce qu'il a tenté de réaliser ici.

S'appuyant sur les fondations du passé et profitant des recherches modernes faites avec le plus de sagacité, il a construit la théorie de la structure par l'étude successive de cinq degrés analytiques réels et distincts : 1° les substances organiques ; 2° les éléments ; 3° les tissus ; 4° les membranes ; 5° les parenchymes. Dans chacun de ces degrés, il lui a suffi d'éviter toute question prématurée ou étrangère au sujet pour découvrir les lois de la structure, et il s'est toujours placé, autant que possible, dans des conditions pleinement théoriques.

du corps n'offrent aucune lésion qu'on puisse rapporter à la syphilis. Cependant un traitement spécifique a été institué, mais sans aucun profit pour le malade.

Les mouvements de la langue sont gênés au point que la mastication, la déglutition et l'émission de la parole sont rendues difficiles; comme d'ailleurs la tumeur a fait des progrès assez rapides depuis quelque temps, M. Demarquay juge à propos d'en faire l'ablation.

Le malade, non endormi, est assis sur une chaise; une érigne attire la langue au dehors et un peu à droite. Le chirurgien traverse alors la langue avec un bistouri, un peu en arrière de la dégénérescence et sur la ligne médiane, et il introduit dans l'ouverture ainsi pratiquée le sécateur linéaire de M. Chassaignac.

L'opération est divisée en deux temps:

Dans le premier temps, M. Demarquay, au moyen d'une section transversale, sépare la tumeur de la partie postérieure de la langue; ce premier temps dure vingt minutes.

Dans le second temps, le sécateur linéaire est conduit d'arrière en avant, de manière à séparer la partie gauche de la langue de la moitié droite: quinze minutes suffisent.

Pendant tout ce temps, la perte de sang reste insignifiante; le malade n'accuse qu'une souffrance peu vive, qu'il supporte bien.

La surface de la section est un peu inégale, on y distingue des filets nerveux divisés; il y a écrasement des tissus ambiants, condition favorable pour prévenir une récidive.

Quant à la structure de la tumeur, voici la note que M. Ch. Robin a eu l'obligeance de rédiger:

« Tumeur blanchâtre, ne donnant pas de suc, composée seulement d'épithélium pavimenteux, à cellules généralement grandes et contenant quantité de globes épidermiques. Pas d'élément cancéreux. »

Pendant toute la journée (6 septembre), l'opéré est mis à l'usage des boissons froides: limonade, morceaux de glace dans la bouche; vin de Bagnols.

Le 7 septembre, la surface de la section présente un aspect grisâtre, produit par le sphacèle des tissus superficiellement placés; absence complète d'hémorrhagie; c'est à peine si dans la journée précédente le malade a rendu un peu de salive rougeâtre; pas de mauvaise odeur dans la bouche; l'opéré parle d'une manière assez nette. Du reste, état général bon; un peu de céphalalgie seulement; 76 pulsations. — Trois bouillons dans la journée.

Le 8, il apparaît du gonflement sous-maxillaire; à cela près, tout va bien. L'état de la plaie continue à être satisfaisant; l'aspect grisâtre disparaît sous l'influence d'injections d'eau tiède répétées. — Gargarismes fréquents dans la journée.

Les jours suivants, le gonflement sous-maxillaire diminue; il persiste un peu de rougeur à la gorge. Pas de fièvre.

Le 12 septembre, le malade demande à manger.

Cette observation est remarquable surtout à trois points de vue:

1° Absence d'hémorrhagie;

2° Peu de douleurs;

3° Rapidité de l'opération.

Les chirurgiens qui ont employé le sécateur linéaire ont posé comme première condition, pour éviter les hémorrhagies, d'agir lentement. C'est ainsi qu'on a mis jusqu'à dix-huit heures à couper une langue. Ici, au contraire, le chirurgien ne s'est pas astreint à tant de lenteur, et cependant il n'y a pas eu d'hémorrhagie.

Dans ce fait, il est vrai, M. Demarquay n'a eu à faire qu'une amputation partielle de la langue; mais ce chirurgien pense que la même méthode est applicable aux amputations de la langue tout entière, et le cas échéant, il se propose d'appliquer ce procédé opératoire: ponction de la langue au delà de la dégénérescence et sur la ligne médiane, pour livrer passage au sécateur linéaire; ablation de chaque moitié de l'organe à l'aide de cet instrument.

Quoi qu'il en soit, si l'on compare les résultats de ce procédé opératoire avec ceux que l'on obtient par l'excision et la ligature, on ne peut s'empêcher de reconnaître la supériorité du sécateur linéaire.

Est-ce à dire que le pronostic du cancer de la langue perdra de sa gravité, que l'on sera plus à l'abri d'une récidive? L'avenir seul peut résoudre cette question.

Quoi qu'il en puisse être à cet égard, le mode d'amputation employé par M. Demarquay dans cette circonstance ne nous paraît pas moins utile et appelé à rendre des services au malade, à qui il apportera du soulagement, et au chirurgien, à qui il permettra d'agir sur les tumeurs de la langue avec la plus entière sécurité.

Influence exercée sur la revaccination par divers états pathologiques.

Les premiers auteurs qui ont écrit sur la vaccine ont cherché à apprécier l'influence réciproque de la vaccine et des divers états pathologiques aigus ou chroniques les plus communs. Il était naturel de rechercher si la revaccination subissait une influence analogue de ces mêmes états pathologiques, et si elle réagissait à son tour sur leur marche naturelle. Cette dernière étude n'a pu être entreprise que très longtemps après la première, et aujourd'hui même, la pratique des revaccinations n'ayant pas encore été adoptée d'une manière générale, du moins en France, on ne possède encore sur ce sujet que des données très incomplètes et très insuffisantes. Tel est le sujet d'étude que s'est proposé M. Courot, ancien interne à l'hôpital de la Pitié. Cette étude lui était naturellement facilitée par l'usage qu'a adopté M. Gendrin, depuis un grand nombre d'années, de faire revacciner tous les malades admis dans son service. Il a pu réunir ainsi un grand nombre de documents utiles qu'il a consignés dans sa thèse inaugurale. Nous empruntons à ce travail quelques-uns des résultats qui nous ont paru avoir un intérêt plus particulièrement clinique.

M. Courot a examiné dans leurs rapports avec la revaccination les maladies inflammatoires aiguës, les maladies chroniques, septiques, diathésiques. Le nombre total des revaccinations qu'il a opérées est de 732, qui se répartissent de la manière suivante: 176 pour les maladies inflammatoires; 160 pour les maladies chroniques; 108 pour les maladies septiques (fièvre typhoïde, choléra); 267 pour les maladies diathésiques (tubercule, cancer), et 21 dans des cas d'apoplexie cérébrale. La proportion des succès et des insuccès a été de 80-96 pour les maladies inflammatoires, de 78-82 pour les maladies chroniques, de 23-85 pour les maladies septiques, de 129-138 pour les diathésiques, et de 17-4 pour les apoplexies cérébrales.

Voici les principales remarques qu'a faites M. Courot à ce sujet. Un ancien interne distingué de l'hôpital des Enfants, M. Taupin, entré l'un des premiers dans cette voie d'expérimentation, avait déjà contribué à détruire cette erreur ou tout au moins cette opinion exagérée, qu'il était dangereux de vacciner hors l'état de santé. Il avait fait, en outre, cette autre remarque, que les maladies aiguës avaient la propriété de suspendre l'évolution de la pustule vaccinale jusqu'à l'époque de la convalescence.

M. Courot a vérifié l'exactitude des observations de M. Taupin sur le premier point, mais non sur le second. Tout ce qu'il a pu remarquer à cet égard, c'est que le succès relatif de la revaccination pendant la période d'état des affections aiguës était plus rare, et que la vaccine qui survenait était peu fréquemment modifiée. Si, au contraire, la revaccination était pratiquée seulement lors de la convalescence, dans le plus grand nombre des cas il a paru à M. Courot que le résultat était inverse, c'est-à-dire que la vaccine prenait assez facilement, mais que le plus souvent elle était modifiée.

L'influence des maladies aiguës sur la revaccination pourrait donc, d'après les observations de M. Courot, se résumer ainsi:

« La revaccination réussit rarement pendant le cours d'une maladie aiguë à son maximum d'intensité. Au contraire, elle réussit assez souvent pendant la convalescence; mais alors on obtient fréquemment une vaccine modifiée, surtout si l'affection a été grave et a profondément altéré la constitution du sujet. A part ceci, aucune influence réciproque ne s'exerce entre la revaccination et les maladies aiguës. »

La seule déduction pratique à tirer de ce premier résultat de l'observation est celle que M. Courot lui-même en a tirée, savoir: que, pendant la période d'état des maladies aiguës, on doit, dans l'intérêt du succès de la revaccination, différer l'opération. On y est d'autant plus autorisé, en effet, qu'on sait que les sujets atteints d'une affection aiguë contractent rarement la variole pendant l'apogée de cette affection. Il en est tout autrement pendant la période de convalescence, où les sujets deviennent, au contraire, très aptes à contracter la variole, laquelle aurait d'autant plus de chances de devenir funeste qu'elle trouverait un organisme déjà débilité. Aussi est-ce le moment le plus opportun de pratiquer la revaccination.

Les maladies chroniques, ainsi qu'on peut le voir par le relevé ci-dessus, fournissent proportionnellement un plus grand nombre de succès que les affections aiguës, bien que la différence ne soit pas cependant très marquée. Elles ne paraissent avoir ni un autre genre d'influence ni une influence plus prononcée sur les résultats de la revaccination que la convalescence, c'est-à-dire qu'elles favorisent le succès de cette opération, mais en en modifiant un peu les effets. M. Courot n'a jamais observé d'ailleurs que la revaccination ait amendé les maladies chroniques, contrairement à l'opinion exprimée par Husson relativement à la vaccine. (Voir les *Recherches historiques et médicales sur la vaccine* publiées en 1803.)

Les états morbides dus à l'introduction d'un principe septique dans l'économie ont paru avoir une influence des plus marquées. Le nombre des insuccès a été, ainsi qu'on l'a vu par le relevé, beaucoup plus considérable chez les sujets atteints de fièvre typhoïde ou de choléra que chez les sujets atteints d'autres affections. Faudrait-il admettre avec M. Courot que la plupart des individus pris de fièvre typhoïde sont jeunes et partant assez peu éloignés de l'époque de la première vaccination pour être réfractaires à la revaccination? Cela serait admissible jusqu'à un certain point seulement, car M. Courot a remarqué qu'à âge égal les malades typhoïdes étaient plus difficilement revaccinés que ceux qui étaient en proie à d'autres maladies aiguës non septiques. Il faut donc bien admettre ici une influence directe de l'affection typhoïde.

Les diathèses ont augmenté plutôt qu'amoindri les succès de l'opération. Or si l'on considère que la diathèse la plus commune, la tuberculisation, sévit également sur les jeunes gens, on trouvera dans ce fait une confirmation par contre-épreuve de la proposition précédente relativement à l'affection typhoïde.

Les diathèses peuvent encore être assimilées, comme les maladies chroniques, pour l'influence qu'elles exercent sur la revaccination à la convalescence.

Une circonstance assez remarquable, c'est que chez les individus affectés de la diathèse cancéreuse les succès de la revaccination ont été plus fréquents et plus complets. L'âge en général plus avancé de ces individus n'en serait-il pas l'unique raison? C'est ce qui est le plus probable. Ajoutons, ce que chacun a déjà pressenti sans doute, que la revaccination n'a exercé aucune influence en bien ni en mal sur la marche de ces deux diathèses.

« En somme, les maladies ne semblent pas exercer une action très marquée sur la revaccination. A part la fièvre typhoïde, qui diminue les succès, et l'apoplexie, qui les accroît notablement (probablement à cause de l'âge des sujets), les autres affections n'apportent que des différences peu sensibles, dont l'âge des malades rend en partie compte. » Telle est la conclusion générale que

---

« Le degré le plus simple, dit-il, est sans contredit celui dans lequel on considère la *substance organique* comme directement propre à vivre, sous une forme totale plus ou moins définie. Au second degré, une ou plusieurs substances modelées en cellules, en fibres, en tubes, constituent les *éléments anatomiques*. Les substances organiques et les éléments une fois connus, on aborde l'étude des tissus, dans laquelle on recherche les lois d'après lesquelles ces substances et ces éléments s'agrègent, ou *lois de la texture*. Des tissus étant donnés, on étudie comment ces tissus eux-mêmes se rapprochent pour la formation des membranes, et l'on arrive ainsi à reconnaître les *lois de la contexture*. Enfin, dans chaque tissu, dans chaque membrane, on étudie la disposition générale du parenchyme de nutrition, ce qui constitue les problèmes les plus complexes de la structure.

» Pour vouloir envisager tous ces degrés à la fois, soit à propos d'un tissu, soit à propos d'une membrane, on s'est jusqu'à présent mis dans l'impossibilité d'en découvrir les lois. Comment, en effet, les saisir pour le cas de la texture, quand on étudie l'épiderme avec la peau, le tissu jaune artériel avec la membrane des vaisseaux? Comment saisir les lois de la contexture en mêlant à l'étude de chaque membrane tous les détails relatifs au parenchyme de nutrition? C'est en évitant une situation aussi défavorable, et en me renfermant strictement dans chaque ordre de questions que j'ai pu mettre en évidence, pour chaque degré analytique, des principes excessivement simples, au moyen desquels on embrasse aussi bien les cas de structure normale que ceux qui se présentent dans les divers produits accidentels.

» Cette habitude d'épuiser un sujet a éloigné toute systématisation, en ne permettant de théoriser que sur un point limité, et jamais sur l'ensemble. J'espère que l'ordre général que je propose aujourd'hui pour la structure montrera les avantages d'un mode plus philosophique. »

Voici, en peu de mots, l'exposé des matières qui forment le sujet des cinq chapitres dans lesquels se subdivise le livre de M. Segond.

Le premier comprend l'étude des principes immédiats et des substances organiques:

1° Les principes immédiats communs aux deux règnes, oxygène, azote, acide carbonique, eau, hydrogène, et quelques sels, tels que carbonates, sulfates, chlorures, phosphates;

2° Les principes immédiats d'origine organique;

3° Les substances organiques: *a* végétales, cellulose, xylogène, etc.; *b* animales, hématine, fibrine, albumine, caséine, etc.

Dans le second chapitre, nous trouvons les éléments anatomiques:

1° La cellule et les éléments cellulaires des solides et des liquides;

2° La fibre et ses différentes espèces;

3° Le tube et ses variétés.

Le paragraphe consacré à l'étude de la cellule est certainement un des plus intéressants et des plus clairs, et nous en recommandons la lecture et la méditation.

Le troisième chapitre, consacré aux tissus, se divise en deux grandes sections: les tissus homœomères, c'est-à-dire composés d'éléments toujours les mêmes, les tissus fibreux, par exemple, celluleux, tuberculeux, et les tissus hétéromères dérivant d'éléments de formes différentes, tels sont ceux des nerfs, de la moelle, du cerveau.

Les membranes, étudiées dans le quatrième chapitre, se distinguent en trois classes: tégumentaires, vasculaires et glandulaires, et enfin les parenchymes, qui font le sujet du cinquième et dernier, sont examinés sous deux chefs principaux, parenchyme des tissus, cartilages, os, muscles, nerfs, etc., et parenchyme des membranes, vaisseaux, téguments, glandes, etc.

L'ouvrage se termine par des conclusions générales qui résument en quelques pages la tendance générale du livre et présentent sous une forme concise les principaux résultats à la démonstration desquels l'auteur espère être arrivé.

Le *Traité d'anatomie générale* dont nous venons de présenter une rapide et bien incomplète analyse est loin d'être un livre élémentaire; écrit d'un style pur et correct, il a toute la clarté que comporte un ouvrage de cette nature, ce qui ne veut pas dire qu'il soit facile à comprendre de tous et toujours à une première lecture. C'est une œuvre de haute philosophie anatomique et dont bien des passages ont besoin d'être attentivement médités pour que toute la portée en soit appréciée. L'utilité n'en est pas essentiellement et directement pratique. L'auteur, qui est un esprit des plus distingués, l'a compris et dit lui-même en terminant son volume. Entre la science et l'art, il établit une démarcation bien tranchée. La science, dit-il, est science à condition d'être abstraite et théorique; si vous n'apprenez l'anatomie que pour faire des opérations, vous ne savez pas l'anatomie; si vous n'apprenez la physiologie que pour traiter une pneumonie ou un rhumatisme, vous ne savez pas la physiologie.... La chimie se fait au laboratoire; la médecine et la chirurgie se font au lit du malade. Quant à la science, elle se fait sur les bancs de l'école sous l'influence philosophique du professeur....

C'est principalement aux penseurs d'élite que s'adresse le livre de M. Segond; c'est près d'eux qu'il aura du succès. Dr A. FOUCART.

M. Courot a cru devoir tirer de ses recherches. Il importe donc peu, au point de vue de l'opportunité de la revaccination, de quelle nature soit la maladie du sujet que l'on se propose de soumettre à cette opération. Mais ce qu'il est utile de savoir, et ce qui ressort de ces recherches, c'est que le moment le plus opportun pour la revaccination est la convalescence, et cela pour deux raisons, ou plutôt pour une seule raison, car les deux n'en font qu'une : parce que c'est l'époque où la réceptivité paraît le mieux assurée pour le vaccin, comme elle le serait aussi pour la variole, si l'on suppose le malade placé au milieu d'un foyer variolique.

Il résulte en définitive de ces expériences (et ce sont là les conclusions dernières de ce travail, auxquelles nous n'hésitons pas à donner notre adhésion) :

1° Que la revaccination ne présente aucun inconvénient; qu'elle est souvent utile, et particulièrement nécessaire dans les hôpitaux;

2° Qu'elle réussit d'autant mieux que le laps de temps écoulé depuis la première vaccination est plus long (jusqu'à une certaine limite d'âge toutefois);

3° Que certaines phases de maladies, sinon ces maladies elles-mêmes, influent sur les résultats de l'opération;

4° Enfin que l'influence des épidémies varioleuses modifie sensiblement ces mêmes résultats; ce que M. Bousquet avait déjà formulé en disant : « Les épidémies varioleuses accroissent sensiblement les succès de la revaccination. »

REMARQUES SUR LES PRÉSENTATIONS DU SOMMET

et sur la progression du fœtus à travers le petit bassin.

Par M. Édouard Gouriet.

Après les phénomènes électriques, qui occupent une si belle page dans la physique expérimentale, rien n'est peut-être aussi admirable, aussi attachant, que l'étude des *vibrations des corps*. La surprise et la curiosité font oublier un instant l'importance scientifique du sujet.

Prenez un disque de métal ou de bois sur lequel vous semez de la poudre au hasard; promenez un archet sur le bord, en mettant un doigt sur un point donné de la circonférence, vous verrez les grains osciller, s'élever, se mouvoir en tourbillons, finir par dessiner des rayons qui se coupent tous sous le même angle, et dont vous ferez varier le nombre à volonté. Si vous mettez le doigt à la surface du disque au lieu de le placer à la périphérie, vous n'aurez plus des rayons de sable, mais des cercles concentriques, équidistants, tracés comme au compas. Avec un plateau carré, polygonal, vous obtiendrez des dessins de toute sorte, aussi nets, aussi parfaits.

Mais que les vibrations soient arrêtées dans leur cours ou bien qu'elles se produisent avec trop de force, les graviers n'auront pas le temps de se disposer convenablement; ils ne formeront plus que des dessins amorphes.

On a par là une idée de ce que peuvent des mouvements successifs et réguliers, à la condition que l'impulsion souvent répétée ne soit bas arrêtée brusquement dans sa marche.

De ces vibrations isochrones, à effets parfaitement uniformes, passons à un second genre de mouvement, aux *succussions légères*. Tout le monde sait qu'en frappant un sablier légèrement et à plusieurs reprises, on fait prendre à sa surface une direction plane, horizontale; il y a là quelque chose d'analogue à la masse liquide agitée qui s'aplanit sous l'action réitérée de la pesanteur : lent à se produire, le résultat n'est pas moins sûr. On y arriverait également en faisant osciller le sablier sur sa base.

A côté de la succussion transmise à un corps libre, il est un autre genre de mouvement non moins curieux; je veux parler des *contractions* d'une cavité musculaire sur un organe inclus qui lui tient par une attache, il est vrai, mais par une attache assez lâche pour lui permettre une mobilité complète. La contraction musculaire a une précision bien moins grande que les mouvements qui précèdent, mais son action répétée, longtemps soutenue, conduit à la même fin, c'est-à-dire à quelque chose de régulier, je dirai presque de médité.

Tous ces mouvements sont donc analogues, et c'est par une transition insensible dont on pourrait multiplier les échelons que des vibrations isochrones on est conduit aux contractions lentes d'une cavité musculaire comme la matrice.

C'est cette dernière cause qui préside aux présentations du fœtus; c'est elle qui le dispose dans le sens le plus favorable à son issue, qui lui assigne les présentations les plus communes, les plus avantageuses. J'ai développé ce texte dans mes précédents articles, et j'ai fait ressortir le rôle que joue la forme du détroit supérieur.

La pathologie vient apporter sa voix confirmative. Ne voit-on pas les contractions utérines lentes placer le grand axe de la tête dans une direction transversale quand le bassin se trouve élargi dans le même sens et rétréci d'avant en arrière? Dans un cas de rétrécissement transversal, la tête offrirait son grand axe directement d'avant en arrière, et ainsi de suite pour les autres cas. De ce qui précède on peut tirer cette loi presque générale : *les présentations du sommet sont variables avec la forme du détroit abdominal.*

Mais si une cause occasionnelle intervient au milieu de ces soins préparatoires; si au milieu de ces contractions utérines lentes et *intelligentes*, qu'on me permette ce mot, une contraction brusque se produit, il s'opère alors quelque chose d'analogue à ce qui se passait tout à l'heure sur le plateau chargé de sable, que des vibrations tumultueuses ou en trop petit nombre avaient ébranlé; les effets sont irréguliers dans les deux cas. Tandis que dans l'un le sable n'a pas eu le temps de se disposer en lignes déterminées et offre une distribution amorphe, dans l'autre le fœtus n'a pas eu le temps de se ranger à la présentation heureuse que les contractions utérines lentes pouvaient seules lui donner; il a été surpris dans une position vicieuse, il y est demeuré. Voilà une explication bien probable de cette vérité connue du vulgaire : *les femmes nerveuses sont plus sujettes que les autres aux mauvaises présentations.*

Telles sont les considérations sur lesquelles j'ai dû m'étendre à l'égard des présentations céphaliques, et en particulier celles du crâne; elles me conduisent, du reste, à la seconde partie de mon sujet.

La position définitive du fœtus dans le sein de la mère, la présentation d'une de ses parties vers le col utérin, tel est le phénomène précurseur du phénomène principal : l'issue du nouvel être, l'accouchement. Séparés par un temps d'arrêt, ces deux actes sont unis par les liens les plus étroits : l'un commence ce que l'autre finit. Dans l'un, en effet, les contractions lentes de la matrice orientent le fœtus, si je puis ainsi parler, le dirigent dans le sens le plus favorable à sa sortie; dans l'autre, les contractions utérines, poursuivant l'œuvre commencée, font progresser le fœtus ainsi disposé et l'expulsent au dehors. Puisque dans les deux cas l'agent moteur est le même, que le but final est aussi le même, on peut déjà présumer que la présentation et la progression sont soumises à un mécanisme et à des lois identiques.

Parmi les présentations céphaliques, prenons comme exemple le cas le plus fréquent en même temps que le plus heureux, celui où le sommet se présente en première position, à savoir, l'occipito-iliaque gauche antérieure.

Si le canal irrégulier que représente le petit bassin avait dans toute son étendue les mêmes dimensions relatives qu'au détroit supérieur, il est incontestable que la tête descendrait en conservant la même direction, c'est-à-dire que l'occiput serait toujours en avant et à gauche, le front en arrière et à droite. Il est vrai qu'à la fin de la course ces deux organes n'auraient pas conservé la même hauteur l'un par rapport à l'autre, à cause de la différence de parcours à la symphyse et au sacrum; mais le grand diamètre de la tête serait toujours dans le même plan et aurait le même degré d'obliquité par rapport à la ligne sacro-pubienne.

La conformation du petit bassin est incompatible avec ce mode d'issue.

Pour avoir une idée de la façon dont les choses se passent, il faut diviser le sacrum et la symphyse en un même nombre de parties égales entre elles dans chacun d'eux, et les relier par des plans transversaux. On obtiendra ainsi un certain nombre de sections du bassin qu'on peut considérer comme autant de *détroits artificiels intermédiaires* (je suppose ici le bassin revêtu de ses parties molles). Toutes ces sections intermédiaires (mathématiquement il y en aurait une infinité) ne sont pas tout à fait parallèles, à cause de la différence de longueur de la symphyse et du sacrum; leur grand axe à toutes n'est pas non plus dans le même plan : pour chacune d'elles, il est d'autant plus voisin de la ligne antéro-postérieure que la section est prise plus près du détroit inférieur.

Eh bien! à mesure que le crâne passe d'une section à la suivante, il est obligé de s'y adapter tout comme il s'est adapté au détroit supérieur au moment de son engagement; il se produit là pour chaque instant de la descente quelque chose d'analogue à ce qui s'est passé une première fois lors de la présentation; si bien qu'on peut considérer la descente de la tête comme *une série de présentations aux divers détroits artificiels* que nous avons établis. La ligne occipito-frontale, devant coïncider avec le grand axe de chaque détroit artificiel, doit, comme cet axe, se rapprocher d'autant plus de la ligne antéro-postérieure que la tête est arrivée plus bas.

Mais, en même temps qu'elle se dévie de gauche à droite et d'arrière en avant, la tête se porte aussi de haut en bas pour exécuter sa descente : il y a là un mouvement complexe qu'il importe d'analyser.

Dans ce but, prenez une tige rigide dont vous tenez chaque extrémité; rapprochez les deux mains de la surface d'une table sur laquelle vous appuyez les coudes; tout en exécutant ce mouvement, amenez l'une des extrémités à vous, tandis que vous éloignez l'autre, et suivez de l'œil quelques points de votre tige préalablement marqués à l'encre : chacun de ces points *descend en tournant*, c'est-à-dire décrit *un arc d'hélice*. Au lieu d'une tige, faites cette expérience avec un corps plus large, avec un ovoïde, avec un crâne, et chacun des points, et par conséquent l'objet tout entier, va décrire une spirale. Le mouvement ainsi déterminé simule tout à fait la descente de la tête du fœtus; la ressemblance serait plus frappante encore en abaissant une main plus que l'autre vers la table pour représenter la différence de trajet à la symphyse et au sacrum.

De ces considérations, on peut conclure que, par l'effet des contractions utérines lentes tendant à l'adaptation des parties, la *tête du fœtus descend dans le bassin comme une vis dans son écrou.*

Ce mécanisme ne s'arrête pas là : lorsque la tête est dégagée par extension, les épaules sont engagées transversalement dans la cavité pelvienne, car la distance des épaules à l'occiput est moindre que la hauteur moyenne du bassin. C'est alors que la rotation interne du tronc s'opère pour placer les épaules suivant le diamètre oblique ou presque antéro-postérieur du détroit périnéal, car le diamètre transversal de ce détroit serait insuffisant pour le passage; or il se fait en cette occasion un mouvement spiroïde. Enfin, quand les épaules sont dégagées, le reste du fœtus est rapidement expulsé en décrivant une spirale allongée. Ce dernier mouvement héliçoïde est tellement visible qu'il est consigné partout.

Que déduire maintenant de tous ces faits?

Si le fœtus se portait directement hors de l'utérus, il en résulterait un frottement considérable dangereux pour l'enfant, dangereux pour les organes sexuels de la mère, et qui nécessiterait une force de propulsion dont la matrice serait peut-être incapable. Le trajet spiroïde du fœtus remédie à ces inconvénients, puisque la vis offre les avantages réunis du levier et du plan incliné; les frottements sont parfaitement éludés, et la puissance utérine s'exerce à l'extrémité d'un bras de levier qui la double ou la triple, car il est égal au rayon du cylindre irrégulier formé par le tronc du fœtus.

Tout semble donc avoir été prévu, calculé. C'est, d'une part, un système de contractions utérines lentes disposant le fœtus favorablement pour son issue; c'est, d'autre part, une disposition si bien ordonnée de toutes les parties de la cavité pelvienne que le nouvel être progresse dans les conditions mécaniques les plus avantageuses. C'est ainsi que les psoas occupent les parties latérales du détroit supérieur pour empêcher la tête de se placer transversalement; c'est ainsi qu'ils sont en arrière pour que l'occiput se présente en avant (1), condition si importante dans l'acte du dégagement que facilite encore la briéveté de la symphyse. C'est ainsi que le trajet spiroïde s'oppose à une dépense considérable de force, tout en écartant un grand nombre d'accidents.

Nous ne citons que ces conséquences entre mille : on voit qu'à part l'importance théorique et pratique qu'on peut retirer de tels faits, l'art obstétrical offre un exemple admirable des moyens mis en jeu par la Providence pour arriver à ses fins.

ÉCLAMPSIE PENDANT LA GROSSESSE;

disparition des symptômes avant l'accouchement.

Par M. le Dr Leclerc, de Senlis (Oise).

La dame P..., âgée de vingt-deux ans, enceinte de son premier enfant, n'a jamais éprouvé de maladie convulsive, mais a eu dans son enfance des engorgements scrofuleux dont la fonte purulente a laissé au cou une sorte de raphé de forme irrégulière et d'une longueur de 5 à 6 centimètres. Cette femme, pendant les sept premiers mois de sa grossesse, n'avait éprouvé aucun de ces malaises qui ont fait dire avec raison que la grossesse était une indisposition de neuf mois. Au commencement du septième de sa gestation, il lui survint au sein droit quelques boutons douloureux qui fixèrent peu son attention, mais furent suivis d'un abcès de cet organe, dont l'ouverture par la lancette donna lieu à l'issue de 200 grammes au moins d'un pus épais et crémeux. Quarante-huit heures après la sortie de ce pus, l'incision qui lui avait livré passage était cicatrisée et le sein exempt de toute souffrance.

En même temps qu'un abcès se formait dans le sein, les grandes lèvres de la vulve et le pénil devenaient le siége d'une infiltration séreuse qui avait fait acquérir aux premières de ces parties le volume du poing d'un adulte. Les cuisses, les jambes et les pieds participaient à cet état, mais à un bien moindre degré. La dame P... attribuait ce gonflement des parties génitales à une promenade de deux lieues qu'elle avait faite à pied peu de jours avant son apparition. Comme elle se plaignait un peu de pesanteur de tête, et qu'elle avait le pouls assez développé, je lui pratiquai une saignée du bras vers le commencement du huitième mois de sa grossesse. Peu de jours après, l'infiltration des parties qui constituent la vulve s'étant accrue au point d'empêcher la marche, deux mouchetures furent faites à chaque grande lèvre. Ces petites incisions laissèrent écouler une assez grande quantité de sérosité, ce qui produisit une diminution marquée de l'œdématie; mais peu de jours après cette indisposition étant revenue au même degré, de nouvelles mouchetures furent faites, et avec un résultat semblable.

Les choses en étaient là, quand le 18 juin 1851, c'est-à-dire le huitième mois de la grossesse étant sur le point de se terminer, la dame P... fut prise tout à coup, le matin, d'une douleur de tête extrêmement vive pour laquelle elle me fit appeler. Je la trouvai au lit, sur son séant, ayant la figure rouge et gonflée, se plaignant d'une céphalalgie intense qui occupait toute la tête, et qui venait de la saisir à l'instant, bien qu'elle eût passé une bonne nuit. Le pouls était large et sans fréquence, la malade ne répondait qu'avec lenteur aux questions qu'on lui adressait. Pendant que je me disposais à opposer une saignée du bras à ces symptômes d'hypérémie cérébrale, le côté droit du corps, c'est-à-dire la joue, le bras, la cuisse et la jambe correspondante furent agités par des secousses convulsives légères et de peu de durée qui, malgré une saignée de 400 grammes, ne tardèrent pas à devenir générales et vraiment effrayantes. D'abord la dame P... eut une petite toux sèche et incessante qui fut suivie de vomissements bilieux et réitérés; la figure se tuméfia, devint noire; les yeux, gonflés, semblaient repoussés de leurs orbites; les paupières étaient agitées de mouvements convulsifs; la bouche, béante, laissait couler des mucosités sanguinolentes, et la langue, mordue en plusieurs endroits de ses bords, sortait de sa cavité. La malade, en proie à de violentes secousses qui ne permettaient pas de la quitter un instant, ne voyait et n'entendait plus.

Cet état durait depuis plus d'une heure malgré des compresses réfrigérantes qu'on lui avait mises sur le front et des sinapismes qui avaient été appliqués aux genoux sans y produire de sensibilité, quoiqu'ils y eussent déterminé de la rougeur, lorsque je me déterminai à pratiquer une seconde saignée du bras égale à la première. Pendant trois heures, il ne survint aucun changement dans la situation de la malade. L'utérus

---

(1) Voyez le numéro du 12 avril dernier : *Explication de la fréquence relative, etc.*

ne semblait aucunement influencé par cette crise convulsive, et son volume était insuffisant pour qu'on pût expliquer l'infiltration dont nous avons parlé par la compression exercée par lui sur la veine cave inférieure et les veines iliaques.

En face de ce péril, j'éprouvai un moment d'hésitation, et me demandai si la femme qui était confiée à mes soins n'allait pas succomber et si ce n'était pas le cas de tenter l'accouchement forcé, qui en débarrassant l'utérus mettrait peut-être un terme à l'influence sympathique que cet organe paraissait exercer d'une manière si terrible sur le cerveau.

Avant de prendre un aussi grave parti, je voulus avoir l'avis de mon honorable confrère M. Voillemier, qui dans cette conjoncture m'eût prêté l'appui de son expérience et de son habileté si le besoin d'agir fût devenu plus impérieux.

L'heure qui fut employée à trouver cet honorable confrère vit légèrement s'amender les symptômes ci-dessus décrits, et déjà la malade avait pu avaler une cuillerée d'une potion ainsi composée :

Eau distillée de laitue. . . . . . 125 grammes
Sirops d'éther, de fleurs d'oranger. . ãã 15 —

lorsque la consultation provoquée put avoir lieu. L'amélioration légère survenue fit ajourner toute décision grave, et on continua l'administration de la potion.

Le soir, les convulsions avaient encore perdu de leur intensité; la malade était plongée dans un coma presque continuel.

Le lendemain matin la connaissance commençait à renaître, mais la femme P... ne pouvait encore reconnaître son médecin et répondre à ses questions. Douze sangsues furent mises derrière les oreilles, et la déperdition du sang qui s'ensuivit fit cesser le mal de tête et dissipa les autres symptômes qui duraient encore.

Pendant la nuit, la dame P..., dont l'éclampsie avait entièrement cessé depuis cinq ou six heures, sentit les premières douleurs de l'enfantement, et accoucha heureusement le jour suivant, à dix heures du matin, après trois douleurs expulsives, d'une petite fille ne paraissant pas avoir plus de huit mois de vie intra-utérine, mais assez développée pour faire espérer qu'elle pourra vivre. Un quart d'heure après, la mère était complétement délivrée; elle ne se rappelait rien de ce qui lui avait été fait ou de ce qu'elle avait éprouvé pendant son attaque d'éclampsie, ni même de ce qui avait eu lieu quelques instants avant qu'elle eût perdu connaissance.

L'observation que l'on vient de lire ne diffère de tant d'autres que par la manière heureuse dont l'éclampsie s'est terminée avant que l'utérus fût rentré dans son état de vacuité, ce qui porterait à croire que les convulsions éclamptiques ne sont pas toujours dues à l'état de distension de cet organe et à son action sympathique sur le cerveau. La conclusion qu'on pourrait tirer de ce fait, ce serait qu'avant de procéder à l'accouchement forcé, on devrait examiner avec soin si l'utérus est lui-même sous l'influence convulsive qui s'est emparée de presque tout le corps, et, s'il ne la partageait pas, de temporiser, car la manœuvre que réclame ce genre d'accouchement est loin d'être toujours innocente pour la mère et l'enfant, et l'on voit qu'ici l'un et l'autre ont eu la vie sauve.

La cause première de l'éclampsie est et restera sans doute longtemps fort obscure. Est-elle purement nerveuse, ou tient-elle à un embarras de la circulation qui semble être mis en relief, chez la plupart des femmes éclamptiques, par l'infiltration œdémateuse des parties génitales et des jambes? On conçoit que, dans cette dernière hypothèse, on devrait peut-être, quand cette disposition aux suffusions séreuses se manifeste chez les femmes grosses, user plus hardiment ou plus généreusement de la saignée qu'on ne le fait habituellement.

Je n'ai pas cru devoir ici essayer le chloroforme; l'asphyxie paraissait si imminente qu'en faisant pénétrer au lieu d'air des vapeurs éthérées dans les organes respiratoires, j'aurais craint d'ajouter au danger qui menaçait la malade.

(*Journal de méd. et de chir. pratiques.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 5 septembre 1855. — Présidence de M. GOSSELIN.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. CHASSAIGNAC montre un malade auquel il a enlevé, il y a dix-huit mois, une tumeur des fosses nasales qui prenait son insertion à la partie postérieure de cette cavité, derrière le voile du palais. Il avait mis en usage un procédé opératoire qui ouvre une voie très large et consiste à isoler le nez des joues par deux incisions parallèles verticales qui portent sur les sillons latéraux. La cloison étant ensuite divisée, le nez est relevé en haut comme un lambeau à base supérieure. Aujourd'hui la maladie a récidivé, et une tumeur volumineuse soulève la peau de la partie moyenne du nez, la cloison des fosses nasales est détruite, ainsi que la paroi interne des sinus maxillaires, le plancher des orbites, la voûte palatine, etc., etc.

M. LE PRÉSIDENT annonce que MM. Lebert (de Zurich) et Rothmund (de Munich) assistent à la séance.

M. VIDAL déclare que, malgré les opinions qui ont été émises dans la dernière séance, il persiste dans son opposition à l'urétrotomie.

M. GUÉRIN donne lecture d'un passage extrait d'un livre écrit en 1840, par M. Dupierris; passage dans lequel on signale un instrument imaginé depuis longtemps par M. Stagfford, et qui est construit exactement comme celui que M. Bonnet a montré dans la séance dernière. On emploie, en effet, un fil d'argent conducteur long de 30 pouces, qui s'engage dans une canule perforée à ses deux bouts, et qui pénètre le rétrécissement. On remplace cette canule par un mandrin creux armé d'une lamelle à double tranchant, qu'on conduit à l'aide d'un stylet jusqu'au rétrécissement, qui est ainsi divisé d'avant en arrière.

Cette invention est donc beaucoup plus ancienne qu'on ne le suppose, puisque M. Dupierris l'extrait lui-même d'un travail qu'il signale comme très peu connu (1).

M. GUERSANT montre la sonde dont il se sert pour cautériser les fistules qui suivent la taille; c'est une sonde métallique qui porte sur sa convexité une fenêtre qu'on place au niveau de la fistule; le stylet rougi peut être poussé jusqu'à la rencontre de la sonde, sans qu'on ait à redouter la cautérisation de la paroi opposée du canal.

CORRESPONDANCE.

M. LARREY présente à la Société la thèse de M. Boucquerot, aide de clinique au Val-de-Grâce, sur *les lésions traumatiques du rachis et de la moelle épinière*.

— M. le docteur Foucaud de l'Espagnery fait hommage à la Société du *Traité du visage et de ses maladies cutanées*.

RAPPORTS.

Nouveau traitement rationnel du chancre. — M. CULLERIER lit un long rapport sur un travail de M. Hammer sur ce sujet (2). Ce rapport sera discuté dans les séances suivantes.

Les conclusions du rapport sont :

1° De déposer le travail de M. Hammer aux archives;

2° De nommer l'auteur membre correspondant.

La première conclusion adoptée, le scrutin est ouvert; M. Hammer est nommé membre correspondant à la simple majorité.

M. RICORD annonce qu'il prendra la parole pour discuter le rapport de M. Cullerier, mais qu'il ne veut pas le faire à la légère et avant une étude préalable. Il soutiendra néanmoins l'unicité du virus syphilitique, et s'expliquera sur la valeur de l'induration du chancre. Au reste, il ne se sert plus aujourd'hui, pour désigner les suites du chancre, des épithètes d'induré et de non induré; il se contente de dire chancre infectant, chancre non infectant, et on peut voir si à sa clinique il est jamais démenti par la marche ultérieure. Quant aux lois qu'il a proposées, et qu'on lui conteste si fortement, il a seulement voulu exprimer des faits très généraux; mais lui-même recherche avec ardeur les exceptions, et en particulier pour la question de savoir si l'on peut avoir deux fois la vérole constitutionnelle. Si ce dernier fait était bien prouvé M. Ricord en serait très satisfait, car cela prouverait qu'on peut guérir radicalement d'une première infection syphilitique.

M. VIDAL annonce également qu'il prendra la parole.

Fragment de dent logé dans la langue et simulant un cancer de cet organe. — M. MOREL-LAVALLÉE fait un rapport oral sur une observation curieuse adressée par M. le professeur Herbert, de Tillières (Eure). Il s'agit d'un fait extrêmement rare de corps étrangers de la langue. Voici cette observation :

Le nommé Boiton, de la commune de Touchet, âgé de quarante ans, d'une constitution robuste, vint me consulter, il y a quelques années, pour un mal à la langue qui le gênait et commençait à l'inquiéter.

Voici l'état de la langue. Cet organe était un peu tuméfié dans toute son étendue, mais surtout du côté gauche. A la face supérieure et à 2 centimètres environ de la pointe, entre la ligne médiane et la partie latérale gauche, on voyait un petit ulcère de 3 à 4 millimètres environ de diamètre, d'un aspect grisâtre, assez semblable à un aphthe largement ulcéré, si ce n'est que les bords dépassaient le niveau de la surface environnante, et étaient légèrement renversés. Il s'en écoulait un peu de pus sans odeur appréciable, mais d'assez mauvais goût pour forcer le malade à cracher souvent. Il y avait une douleur sourde constante, qui par moments devenait vive, aiguë, particulièrement pendant la mastication. Il y avait aussi de temps en temps un léger écoulement sanguinolent.

J'avoue que de prime abord je crus avoir affaire à un ulcère cancéreux. Mais alors je questionnai le malade; voici ce qu'il me dit : « Il y a dix à onze mois, je me fis arracher une grosse dent à la foire de Saint-Hilaire par un charlatan qui se trouvait là. Depuis j'ai toujours souffert plus ou moins à la langue. Au moment de l'extraction, j'éprouvai une vive douleur à la langue. Cette douleur continuant, je me mis à boire plus que de raison. En revenant chez moi, je sentais ma langue se gonfler, et dès le lendemain matin elle était au plein de la bouche. Je consultai pour cela un médecin, qui me dit qu'on m'avait blessé la langue, qu'il fallait me gargariser avec une décoction de guimauve et de pavot, et que cela guérirait ainsi. Au bout de quinze jours la langue était presque entièrement dégonflée, et je ne souffrais presque plus. Je restai dans cet état pendant deux ou trois mois; mais peu à peu les douleurs augmentèrent, un petit bouton se montra sur la langue et finit par crever (il y a au moins trois mois). Je consultai alors un autre médecin, qui me prescrivit une poudre blanche (probablement de l'alun) pour saupoudrer la petite plaie. Je n'ai point de soulagement; le mal ne fait qu'empirer. »

Après la relation de ces antécédents, je saisis la langue entre le pouce et l'index. Je sentis comme un noyau dur et résistant; puis la sonde, introduite dans la petite plaie, détermina par la percussion un bruit très perceptible à l'oreille. J'annonçai au patient que j'étais sûr qu'il y avait là un corps étranger, et qu'il fallait une incision pour l'extraire. Je fis cette petite opération, et, à mon grand étonnement, je retirai la moitié de la couronne de la première grosse molaire, enlevée onze mois auparavant par notre charlatan forain. Il est inutile d'ajouter que la guérison ne se fit pas attendre.

Cette observation me paraît curieuse à plus d'un titre :

1° Par sa rareté, je dirai même par sa nouveauté, car, pour moi, si je n'ose pas affirmer que ce soit le premier fait de ce genre, il est certain du moins qu'il y en a peu de semblables, et je n'en connais pas un seul analogue dans la science.

2° Par sa ressemblance avec un ulcère cancéreux.

Il est en effet digne de remarque qu'une ulcération simple, entretenue seulement par la présence d'un corps étranger, ait présenté la physionomie d'un ulcère malin, à tel point, je crois pouvoir l'affirmer, que l'œil du plus habile praticien eût pu s'y méprendre.

3° Par l'appui qu'elle vient apporter à la vérité de ce précepte, d'ailleurs si hautement recommandé en chirurgie, mais sur lequel on ne peut trop insister, à savoir : que, pour éviter bien des mécomptes, toute partie malade, quelle qu'elle soit, doit être explorée par tous les moyens dont l'art dispose, et soumise à l'investigation minutieuse des sens.

4° Elle prouve enfin qu'il n'est pas toujours sans danger de se confier à ces dentistes en plein air qui sacrifient volontiers la sûreté à la rapidité de leurs opérations, sachant bien que cette rapidité d'exécution est regardée par la foule comme la meilleure preuve d'habileté.

M. MOREL propose de renvoyer l'observation au Bulletin, d'adresser des remercîments à l'auteur et de l'engager à communiquer les faits intéressants de sa pratique. La Société adopte ces conclusions.

— M. DEBOUT lit un rapport sur deux mémoires adressés à la Société par M. Desgranges, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Le premier est intitulé *Etude comparative de la liqueur iodo-tanique et du perchlorure de fer relativement aux propriétés hémoplastiques et à l'absorption de ces agents;*

Le second a pour titre : *Du traitement des varices par les injections de liqueur iodo-tanique.*

M. Debout propose de déposer ces deux mémoires, qui sont déjà connus du public, aux archives de la Société et de nommer M. Desgranges membre correspondant.

— M. BROCA montre les instruments que M. Rothmund emploie pour opérer la cure radicale des hernies; il communiquera incessamment à la Société les nouveaux résultats obtenus par l'auteur.

— M. MICHON montre les pièces d'une tumeur fibreuse qui siégeait primitivement à l'aisselle, qui s'est généralisée plus tard et qui a envahi le poumon. L'observation sera publiée dans tous ses détails.

— La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le secrétaire, Dr AR. VERNEUIL.

(1) Voir *Mémoire sur les rétrécissements organiques de l'urètre et sur de nouveaux instruments de scarification*, etc., par Martial Dupierris (de la Nouvelle-Orléans). Page 58. — Germer-Baillière. 1840. In-8° de 120 pages.

(2) Voir les numéros des 1er et 4 septembre.

CORRESPONDANCE.

A M. le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Monsieur le rédacteur,

L'homœopathie vient de subir un rude échec dans notre ville.

Vous avez entendu parler, peut-être, de tout le bruit qu'elle fit l'an dernier, de ses prétendus succès dans le choléra. Sur plusieurs centaines de malades, le docteur Chargé prétendait ne pas en avoir perdu un seul; il l'avait fait imprimer dans les journaux politiques de Lyon et de Bordeaux.

Lorsque cette année-ci le fléau est venu nous frapper de nouveau; les autorités se sont émues, et elles ont pensé qu'il était de leur devoir de mettre en lumière la vérité. Elles ont confié au docteur Chargé une des salles de l'Hôtel-Dieu. Là, aidé de ses confrères en homœopathie, de pharmaciens et de quelques jeunes gens, ses adeptes, qui se sont dévoués à soigner les malades (car il avait trouvé le personnel ordinaire insuffisant et inhabile), il lui est arrivé ce qu'il était facile de prévoir : le grand jour n'a pas éclairé des succès.

Sur 26 cholériques entrés dans cette salle, 21 sont morts, et M. Chargé s'est retiré.

Pour que l'expérience fût plus concluante, on avait établi une salle dans laquelle les malades étaient traités par les moyens rationnels, qui n'ont pas la prétention de faire des merveilles.

Pendant le même laps de temps sur 25 malades il n'en est mort que 11.

Chaque salle avait son jour de réception.

Je pense que ces faits sont assez décisifs pour que de pareilles expérimentations n'aient plus besoin de se renouveler, car si la science en profite, ce qui est douteux, l'humanité en souffre bien un peu.

Agréez, etc. J. BOUQUET, D.-M.-P.

Marseille, 13 septembre 1855.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La chaire de médecine à l'Université d'Edimbourg est devenue vacante par la démission de M. Alison. Les concurrents connus sont MM. T. Gourdner, Al. Wood et Laycock.

— Aux pertes faites récemment par le corps médical de Paris, et que nous avons mentionnées dans notre dernier numéro, nous devons en ajouter deux nouvelles : celle de M. Gondret, auteur de plusieurs travaux utiles et de la pommade ammoniacale qui porte son nom, et celle de M. le docteur Clerc, père d'un jeune médecin syphiliographe très distingué.

—Le professeur François Reinsinger est mort il y a peu de temps à Augsbourg, laissant sa fortune à l'Université de Munich, à condition qu'il y fût créé une chaire de médecine opératoire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Martin, né le 6 octobre 1826 à Tonneins (Lot-et-Garonne); *De la délivrance au point de vue pathologique.*

Truchetet, né le 17 novembre 1829 à Gevrey-Chambertin (Côte-d'Or); *Quelques recherches sur la vaccine.*

Devot, né le 16 avril 1824 à Calais (Pas-de-Calais); *Essai de statistique médicale sur les principales causes d'exemption du service militaire, et recherches sur leur fréquence et leur distribution géographique en France.*

Jacquot, né le 11 mai 1826 à Metz (Moselle); *Du croup (laryngite pseudo-membraneuse).*

Toutes les thèses soutenues à la Faculté sont annoncées dans la *Gazette*; celles qui sont remises à notre bureau sont analysées dans un des numéros qui suit la remise.

LE SOYER.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 Un an. 30

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie des sciences. — HÔTEL-DIEU (M. Trousseau). Des angines. — HÔPITAL SAINT-LOUIS (M. Malgaigne). Luxation tibio-tarsienne en avant impossible à contenir par les moyens ordinaires. Emploi de la pointe. Guérison. — Considérations sur les causes des diverses positions de la tête du fœtus sur le détroit supérieur, etc. — Tumeur érectile occupant toute l'épaisseur de la joue gauche. Destruction au moyen de la cautérisation électrique entre la peau et la muqueuse. Guérison. — Note pratique sur les sels ammoniacaux. — ACADÉMIE DES SCIENCES, séance du 10 septembre.

PARIS, LE 17 SEPTEMBRE 1855.

Séance de l'Académie des Sciences.

Il a été fait dans cette séance un grand nombre de communications médicales ou physiologiques. Quelques-unes d'entre elles ont pour objet des questions actuellement à l'étude : telles sont, par exemple, celles de MM. Chauveau et J. Faivre sur les mouvements et les bruits normaux du cœur, de M. Semmola sur une nouvelle maladie glucosique et sur la glucogénie morbide en général, et celle de M. Bérigny sur l'ozone.

MM. Chauveau et J. Faivre ont voulu apporter le tribut de leurs recherches expérimentales pour l'élucidation de la question si obscure et si controversée des mouvements et des bruits du cœur, dont on s'est tant occupé depuis quelque temps. Dans le double but de bien saisir la succession des mouvements du cœur et leur rapport avec les bruits qu'ils produisent, et d'éviter les nombreuses causes d'erreur dont ce genre d'exploration est entouré, ces deux expérimentateurs ont choisi des animaux sur lesquels ils pussent découvrir le cœur sans troubler notablement ses battements. Les solipèdes, dont le cœur se meut lentement et garde sa position et ses rapports normaux après l'ouverture de la poitrine et du péricarde, leur ont paru réunir les conditions les plus convenables. Ils ont institué, à cet effet, un mode opératoire qui permet de détruire la sensibilité et le mouvement du tronc, et partant, de prévenir les douleurs et les convulsions, qui sont les causes perturbatrices principales des mouvements rhythmiques du cœur, tout en respectant néanmoins le stimulus qui excite ces mouvements. Ce mode opératoire, qui consiste à pratiquer la section altoïdo-occipitale de la moelle épinière avant de mettre le cœur à découvert, permet de le voir battre, sans que son jeu soit sensiblement altéré, pendant trois ou quatre heures, et même davantage, à ce qu'assurent les auteurs. Ils ont ainsi pu étudier isolément, et en eux-mêmes, les mouvements essentiels de systole et de diastole dans leur rapport de succession et de durée relative, ainsi que les phénomènes concomitants dont ceux-ci sont le principe. Les conclusions que MM. Chauveau et J. Faivre ont déduites de leurs observations seront-elles définitives? Nous n'oserions encore l'affirmer, tant est délicat et complexe le problème à résoudre.

La seconde question de physiologie pathologique qui a été soumise à l'appréciation de l'Académie est relative à cet autre problème, si vivement controversé en ce moment, de la glucogénie. Rapporter à des conditions bien déterminées l'apparition du glucose dans l'urine dans les différents états morbides, et trouver un point de départ expérimental pour démontrer la théorie pathologique qui en aurait dû découler, tel est l'objet que s'est proposé M. Mariano Semmola. En poursuivant ses études sur ce second point, il a eu l'occasion d'observer une nouvelle maladie glucosique qui consiste en une sueur sucrée. Ses recherches sur ce sujet l'ont conduit à admettre une double série de maladies glucosiques : l'une qui dépendrait de l'exagération de l'activité glucogénique du foie, sans que les travaux de combustion soient tombés au-dessous de leur taux normal ; l'autre, qu'il suppose avoir pour origine un défaut de l'activité oxydante de la respiration, sans que la quantité de sucre sécrété soit augmentée.

On sait le rôle qui a été attribué à l'ozone dans la production de certaines épidémies, et en particulier du choléra. M. le docteur Bérigny (de Versailles), avec le concours de M. Silbermann, a voulu profiter de l'existence de quelques cas de choléra à Paris pour vérifier l'exactitude des faits constatés en d'autres lieux, et il est arrivé à ce singulier résultat, qui infirmerait complètement ce qui a été avancé jusqu'ici, que les réactifs de l'ozone ont été complètement muets à Paris, tandis qu'à Versailles ils auraient révélé l'existence de cet agent. Une seconde série d'observations faites dans un autre but dans l'hôpital militaire de Versailles a présenté un résultat tout aussi contradictoire avec ce que l'on pouvait prévoir. Le mémoire de M. Bérigny renferme des observations très dignes d'intérêt sous d'autres rapports qui échappent à notre appréciation, tels que les relations qui existent entre la marche de l'ozone et celle du baromètre, de la température, de la tension de la vapeur, de l'humidité relative de l'air, du degré de sérénité du ciel, etc.

Nous signalerons enfin comme également dignes d'attention une nouvelle communication de M. Schiff, concernant l'influence des nerfs sur la nutrition des os, et le mémoire de M. Duchenne (de Boulogne), qui établit par des observations pathologiques que les mouvements d'oscillation et de flexion des différents segments du membre inférieur, qui ont lieu pendant le second temps de la marche, sont dus à la contraction musculaire de muscles fléchisseurs de la cuisse sur le bassin, de la jambe sur la cuisse et du pied sur la jambe, et non à l'action seule de la pesanteur, comme l'enseignent quelques physiologistes. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

Des angines (1).

Avant que la diphthérie gagne le larynx, elle a soin de se faire précéder, comme avertissements, d'une altération légère du timbre de la voix et d'une toux *sui generis*. L'épithélium ne s'est pas encore recouvert de fausses membranes qu'il s'est déjà produit pendant douze, dix-huit ou vingt-quatre heures un travail phlegmasique ; c'est invariablement le symptôme initial. Tant que les fausses membranes sont restées visibles, qu'elles n'ont pas de beaucoup dépassé la partie que notre œil peut distinguer encore, et que la phlegmasie commence en avant-coureur à atteindre le larynx, le médecin a de bonnes armes pour combattre. De même qu'il peut si efficacement annihiler l'inflammation diphthérique sur les points qu'elle occupe, de même il lui est loisible de la détruire à l'entrée du larynx, avant qu'elle ait fait un pas de plus. Pour cela, on prend une éponge placée à l'extrémité d'une baleine recourbée à son quart supérieur, on l'imbibe de la solution au nitrate d'argent, puis, après avoir abaissé la langue avec la cuiller, et tenant votre porte-caustique, vous l'introduisez, et par de petites manœuvres faites habilement à droite et à gauche, vous pénétrez jusque sur l'ouverture du larynx ; cela ne peut pas se faire autrement. Vous ramenez vite l'éponge, l'exprimez sur le creux de votre main et répétez deux ou trois fois cette opération dans les quarante-huit heures. Si la phlegmasie n'a pas dépassé encore l'entrée du larynx, soyez sûr que par ce moyen elle n'ira pas plus loin.

Nulle part ce n'est une difficulté de se procurer une baleine ; car où ne trouve-t-on pas de parapluies, de baguettes de fusil ou de pistolet, et même de buscs de corset? Vous coupez votre baleine en long, l'arrondissez, la taillez, puis la recourbez, ce qui est un peu moins commode. La baleine est un agrégat de poils ; si vous la plongez dans l'eau bouillante, elle ne tarde pas à se ramollir ; vous la tordez alors et la mettez dans l'eau froide. Bientôt elle se refroidit et conserve la forme que vous lui avez donnée. Si vous n'avez pas d'eau bouillante sous la main, allumez une bougie et approchez la baleine de la flamme ; vous la chaufferez, la tordrez et la refroidirez de la même manière. Au moment où elle est molle, vous en frappez l'une des extrémités à terre ou sur un corps résistant ; cette extrémité s'arrondit en tête de clou. Vous prenez alors une éponge sèche, vous l'ouvrez, la ramassez par-dessus la tête de clou et la fixez solidement avec un fil.

Quand votre éponge, qui doit être de la grosseur d'un œuf de perdrix ou d'une noisette, est extrêmement sèche, vous avez avantage à remplacer le fil par de la cire à cacheter. Après l'avoir imbibée, vous la secouez, afin qu'elle ne contienne guère plus de sept ou huit gouttes, et vous l'introduisez.

(1) Suite. — Voir les numéros des 24, 30 juillet, 28 août et 6 septembre.

Lorsque les fausses membranes ont envahi les fosses nasales, il convient d'injecter une solution saturée d'alun ou de sulfate de cuivre (2 grammes pour 300 grammes d'eau distillée), ou bien une solution faible de nitrate d'argent (1 gramme pour 200 grammes d'eau distillée). On a songé également à insuffler dans le larynx de l'alun ; il pénétrerait pendant les efforts de la toux.

Je suppose maintenant que vous soyez appelé quand la toux est éteinte, que l'oppression est considérable, que les fausses membranes, obstruant les voies de l'air, produisent déjà un commencement de suffocation croupale, à quelle médication allez-vous de suite recourir? Nous avons admis et il faut bien entendre qu'indépendamment de toute cautérisation et de toute opération chirurgicale il peut arriver que des enfants rendent des fausses membranes tubulées qui les débarrassent autant qu'aurait pu le faire la trachéotomie. C'est, je vous l'ai dit, un armistice bref et illusoire, car à peine sept ou huit heures se sont-elles écoulées que l'enfant, dont la gaieté commençait parfois à renaître, est de nouveau repris d'oppression, et que les fausses membranes se reforment. Il pourra exceptionnellement arriver qu'il les rende une seconde fois, mais ne comptez pas beaucoup là-dessus, car trop souvent la mort anéantira votre confiant espoir. Que les fausses membranes soient une troisième fois rejetées et que guérison s'ensuive, cela est extrêmement rare, et les observations de cas semblables sont en nombre minime. Pour ma part, durant ma carrière, hélas! déjà longue, je n'en pourrais citer que trois exemples. Admettez donc comme règle générale que les fausses membranes expulsées une première, puis une seconde fois, se reproduisent, et que l'attente ne vous aura servi qu'à pratiquer la trachéotomie dans de moins bonnes conditions.

Il ne faut point hésiter à en venir à cette opération toutes les fois que la diphthérie siége au larynx. Voyons seulement à quels signes deviendra manifeste et urgente l'opportunité de la faire. Quand la toux sera rauque, fréquente et bruyante, c'est qu'il n'y aura point de fausses membranes ; diagnostiquez une phlegmasie du larynx, un pseudo-croup. En effet, lorsque les fausses membranes tapissent le larynx, la vibration des cordes vocales ne s'effectue plus normalement et la voix est éteinte. Les deux cordes vocales, supérieure et inférieure, étant recouvertes, il est très facile de s'expliquer l'abaissement de sonorité de la voix, la rareté et le bruit étouffé de la toux, puisque la sensibilité est émoussée par l'interposition du mucus et de la fausse membrane. Je sais bien que, quand la fausse membrane est sèche, on peut avoir une toux forte et rauque, mais ce cas est tout à fait exceptionnel.

Afin de vous éclairer, remontez toujours aux antécédents. S'il y a eu une diphthérie pharyngienne, il deviendra présumable qu'elle aura gagné du terrain et recouvert d'abord la luette, puis les amygdales ; vous serez alors guidé par l'oppression, l'extinction de la voix, les traces de phlegmasie du larynx et les fausses membranes. A une pharyngite membraneuse aura succédé une laryngite membraneuse.

Chez un très jeune enfant, dont la poitrine est flexible, souvent l'orthopnée se reflète à peine sur les mouvements et les traits du visage ; mais écartez les linges et regardez-le à nu : le sternum se creuse et va chercher à chaque inspiration la colonne vertébrale. La découverte du creux sternal est d'une importance considérable, et elle constitue chez l'enfant l'un des signes les plus manifestes de la gêne de la respiration. Bientôt après les muscles inspirateurs grimacent ; puis apparaissent ces accès d'orthopnée caractérisés par la plus horrible agitation, dans lesquels on voit le petit malade se dresser, s'accrocher à tout, et, les yeux effarés, ouvrir grandement la bouche, mais sans succès, car l'air pénètre lentement et par un pertuis insuffisant. A l'auscultation, on reconnaît toujours l'absence du murmure inspirateur (du murmure *puéril* de Laënnec).

Mais voici que l'enfant est sur le point de succomber ; qu'allez-vous faire ? Administrer des vomitifs ? Ils agissent avec peine, pallient lentement le mal, et puis il est trop tard ! Recourez donc à la trachéotomie, non pas quand l'orthopnée est arrivée à son apogée, mais aussitôt que vous soupçonnez l'établissement des fausses membranes.

Trachéotomie. — L'enfant est déshabillé, placé sur une table et non pas sur un lit ; son corps nu est protégé par un petit matelas ou une couverture de laine. Un drap roulé lui est passé sous le cou en guise de coussin, absolument comme un billot sous la tête d'un cadavre à l'amphithéâtre. Le médecin a préalablement disposé autour de lui deux bistouris, dont l'un est convexe et un peu pointu et l'autre boutonné, deux érignes mousses ou deux épingles à friser emboutées sur un petit morceau de bois, une canule double, de façon que l'une dépasse l'autre de 2 ou 3 millimètres (la canule

interne, celle qui restera fixée, doit être attachée par un ruban) ; une cuvette, cinq ou six éponges, de l'eau et un flacon de perchlorure de fer, précaution aujourd'hui indispensable pour arrêter les hémorrhagies veineuses, rarement artérielles, qui pourraient se produire pendant le cours de l'opération.

La canule double n'est pas d'une indispensable utilité; on peut très bien se servir d'une simple et, au besoin, d'une canule de soufflet. Cela me rappelle qu'un jour, à la campagne, j'ai pris une balle de plomb, je l'ai aplatie, roulée et attachée au moyen de ficelles.

Un aide vigoureux, placé derrière la tête de l'enfant, est chargé de retenir solidement les mâchoires, de laisser le nez libre et de tendre le cou afin qu'il soit saillant le plus possible; un autre aide tient les pieds et les assujettit; un troisième enfin maintient les bras. L'opérateur se place indistinctement à droite ou à gauche du patient, selon qu'il a la main plus libre.

Avec un bouchon préalablement brûlé, ou bien avec de l'encre, vous tracez une ligne qui va depuis la trachée jusqu'à la fourchette du sternum; puis, cela fait, vous incisez la peau jusqu'à l'aponévrose, que vous piquez avec la pointe du bistouri et que vous fendez. Pendant qu'un aide écarte une lèvre avec l'érigne, l'opérateur, saisissant l'autre lèvre, coupe droit devant lui; aperçoit les espaces intermusculaires, éponge, fait une incision dans l'espace intermusculaire et plonge plus profondément son érigne. Le plexus thyroïdien veineux apparaît; il est quelquefois énorme et demande toujours à être respecté, dans la crainte d'une hémorrhagie qui deviendrait un insurmontable obstacle. Vous l'écartez donc et coupez un tissu cellulaire blanchâtre situé au-devant de la trachée, vous croyez même la toucher; vous disséquez ce tissu cellulaire et arrivez à l'un des anneaux de la trachée. Alors vous mettez à nu trois cerceaux. Vous épongez avec le soin le plus scrupuleux, et faites avec votre bistouri une ponction dans la trachée. Un sifflement très reconnaissable vous indique instantanément que vous y êtes bien arrivé; vous prenez votre bistouri boutonné et vous incisez. L'enfant étant énergiquement maintenu et la plaie bien ouverte, vous introduisez la canule dans la trachée; là encore vous entendez le petit sifflement particulier, ce qui pour vous est une garantie. Alors vous relevez l'enfant et lui attachez le ruban derrière le cou.

Il va sans dire que pendant l'opération vous aurez laissé reposer votre malade de temps à autre et que vous lui aurez, s'il s'est pâmé, jeté de l'eau à la face.

La trachéotomie est une très facile opération, mais à la condition qu'elle est faite avec lenteur et que le chirurgien ne se laisse pas dominer par le sang, qu'il éponge à l'aise très souvent, et qu'il n'ouvre pas prématurément la trachée. Prenez toujours tout votre temps, ne précipitez rien, car il pourrait vous arriver une quantité énorme de sang susceptible de déterminer l'asphyxie; ayez autant que possible les instruments nécessaires, et souvenez-vous surtout qu'à une prudente lenteur vous devrez fréquemment le succès.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. MALGAIGNE.

Luxation tibio-tarsienne en avant impossible à contenir par les moyens ordinaires. — Emploi de la pointe. — Guérison.

(Observation recueillie par M. DUMESNIL, élève du service.)

Le 27 mai, Pierre Narvo, âgé de vingt-sept ans, ébéniste, reçut, étant debout, d'un de ses camarades un violent coup de pied qui vint frapper contre la malléole externe. Il entendit un craquement sans ressentir une douleur bien vive, et tomba immédiatement. Il essaya vainement de se relever, et fut apporté aussitôt à l'hôpital Saint-Louis.

A son entrée, le pied est renversé en dehors et dans une extension légère. Un gonflement assez prononcé masque les parties; cependant, à la pression, on sent un point très douloureux en avant et en dehors entre le péroné et le tibia, et la malléole externe, rejetée en arrière, se trouve séparée du tibia porté en avant par un intervalle d'environ un centimètre et demi de largeur, qui disparaît en partie par l'adduction du pied, et semble même remplacée par une saillie molle provenant probablement du sang épanché. Le tibia fait saillie en avant; mais il faut appuyer fortement pour saisir cette saillie, qui est masquée par le gonflement.

Le lendemain, à la visite, M. Malgaigne diagnostique une luxation incomplète du tibia en avant avec fracture de l'extrémité inférieure du péroné, et la réduit facilement en pliant fortement le genou et poussant le talon en avant. Il annonce qu'il n'a jamais pu maintenir de semblables déplacements sans l'aide de la pointe; mais comme d'autres chirurgiens disent avoir réussi, il engage M. Richard, qui le supplée dans son service, à essayer d'autres moyens.

En conséquence, du 28 mai au 3 juin, M. Richard, secondé par les internes du service, appliqua divers appareils avec les bandes, les lacs et les attelles, et, malgré toutes les modifications qu'on essaya, il fut impossible de maintenir la luxation; au bout de vingt-quatre heures on retrouvait toujours le tibia faisant saillie en avant.

Le 3 juin, M. Malgaigne applique la pointe; le malade n'éprouve de douleurs très vives ni pendant, ni après l'application. La luxation est parfaitement réduite, et le gonflement, qui avait persisté depuis l'entrée du malade, disparaît le surlendemain.

Le 9 juillet, on enlève la pointe, qui n'a pas déterminé de suppuration; il y au talon une entamure assez profonde.

Le 24, le malade commence à marcher avec des béquilles, et continue les jours suivants.

Le 12 août, il demande sa sortie; il se sert toujours de ses béquilles, mais il peut s'appuyer sur la jambe malade sans ressentir de douleur. La flexion du genou est libre; mais la flexion du pied en avant est gênée, et le sujet ne peut se tenir accroupi, à cause d'une légère roideur dans l'articulation et de la douleur que cette position détermine par le tiraillement exercé sur la plaie du talon.

Le 24, il vient nous revoir; il marche sans béquilles, et la position accroupie est plus facile, la plaie du talon étant presque complétement cicatrisée et les mouvements entièrement libres dans la jointure tibio-tarsienne. (*Revue médico-chirurg.*)

CONSIDÉRATIONS

sur les causes des diverses positions de la tête du fœtus sur le détroit supérieur, en réponse aux divers articles de M. le Dr Gouriet;

Par le docteur MATTEI.

Les considérations suivantes sur les causes des diverses positions que prend la tête sur le détroit abdominal m'ont été suggérées par le travail que M. Gouriet vient de publier dans le numéro précédent.

L'opinion de notre confrère, qui, du reste, était déjà la plus généralement admise, peut se résumer en ces termes: la tête prend sur le détroit supérieur la position qui est la plus favorable à la conformation relative de ces deux parties. Ainsi, la position occipito-iliaque gauche est la plus fréquente, parce que le grand diamètre de la tête se place parallèlement au diamètre oblique gauche du détroit qui est le plus libre.

Après avoir approfondi tous les phénomènes physiologiques de l'accouchement, j'ai été porté à attribuer les diverses positions à d'autres causes que celle de la conformation des parties (1). Pour être plus sûr dans ma démarche, le lecteur me permettra de rétablir tout d'abord les faits anatomiques, physiologiques et pathologiques qui doivent servir de base et de contrôle à ces considérations.

Tous les accoucheurs sont d'accord pour admettre que l'ovale décrit par le sommet de la tête du fœtus a son grand axe dirigé du front à l'occiput et que le diamètre bipariétal est plus grand que le diamètre bitemporal. On est d'accord aussi pour admettre que le détroit supérieur du bassin, sur le squelette, a son plus grand diamètre transverse; puis viennent les obliques et enfin l'antéro-postérieur. On n'est pas d'accord cependant sur la longueur relative de ces diamètres lorsque le bassin est recouvert des parties molles, et, se fondant sur la fréquence des positions obliques encore plus que sur la mesure exacte, on a dit: « Sur la femme vivante, c'est le diamètre oblique gauche qui est le plus long et non le transverse. » Cette diversité serait occasionnée par la présence des muscles psoas qui empiéteraient plus sur le diamètre transverse que sur les obliques. Ce premier fait nous paraît être inexact. Les muscles psoas, les vaisseaux et les nerfs iliaques partent d'un point qu'on pourrait dire médian pour aller en divergeant vers la partie antérieure, et par cette disposition ils empiètent bien plus sur l'extrémité postérieure des diamètres obliques que sur le transverse. Lorsque la femme est couchée et qu'elle est en travail, elle tient naturellement les cuisses demi-fléchies et tournées en dehors, c'est-à-dire qu'elle met instinctivement les psoas et iliaques dans le relâchement, de sorte que ces muscles sont plus facilement refoulés par la tête vers les extrémités du diamètre transverse que vers les extrémités postérieures des obliques, où ils sont moins libres. L'examen des cadavres explique très bien ce fait, et je ne crains pas de dire que sur le squelette, comme sur la femme vivante, le plus grand diamètre du détroit supérieur est toujours le transverse; vient ensuite l'oblique gauche, l'oblique droit et enfin l'antéro-postérieur.

Un autre fait anatomique digne de remarque est que la moitié gauche du détroit étant occupée par le rectum et par la vessie, qui, pendant la grossesse, comme je l'ai constaté, est ordinairement un peu plus dirigée de ce côté, cette moitié est moins libre que celle du côté droit.

Ces données anatomiques une fois établies, venons à la fréquence respective des autres positions.

La plus fréquente de ces positions devant mettre le diamètre transverse du détroit parallèlement au grand axe de la tête du fœtus, les positions transverses devraient être les plus fréquentes, et non les obliques, comme cela a lieu. Si la conformation de la tête et du détroit décidait de la position, l'occiput, qui est la partie la plus volumineuse, serait à droite, où il y a plus d'espace libre qu'à gauche, où il est gêné par la vessie et le rectum. Dans les présentations de la face, le front, qui est une partie plus volumineuse que le menton, devrait se diriger à droite, et non à gauche, comme cela a lieu. Dans les présentations du siége, le diamètre bis-iliaque de l'enfant devrait se diriger le plus souvent selon le diamètre oblique gauche du détroit, qui est le plus long, tandis qu'il se dirige suivant le diamètre oblique droit, qui est plus court. Ces arguments suffiraient, ce me semble, pour détruire l'opinion que je combats; mais poursuivons les phénomènes physiologiques et pathologiques de l'accouchement.

Si on s'était occupé à mieux reconnaître les attitudes naturelles du fœtus pendant la grossesse, comme je l'ai fait, pour les comparer à celles qu'il offre pendant l'accouchement, on serait arrivé à dire que la tête se tient en première position pendant la grossesse, quoique la vessie, le rectum, les muscles, les vaisseaux et l'épaisseur des parois utérines donnent à ce détroit une forme trop irrégulière et trop mobile pour qu'il puisse pincer la tête et la retenir toujours dans la même position. Quelquefois même le sommet ne repose pas tout à fait sur le détroit, et cependant il est en occipito-iliaque gauche antérieure; et si, comme nous l'avons fait plusieurs fois, on imprime des mouvements à la tête, elle revient aussitôt d'une manière active à sa première position. Pour la changer d'une manière stable, il faut changer aussi le tronc.

Je regrette de n'être pas d'accord avec M. Gouriet sur la position que prend la tête dans les bassins viciés; mais l'observation de tous les jours prouve précisément que les positions persistent malgré que le bassin offre des conditions avantageuses pour les diamètres autres que celui qui correspond au grand axe de la tête. Quel serait le rétrécissement antéro-postérieur qui ne permettrait pas à la tête de s'engager si elle était transversale? Quel est le rétrécissement des diamètres obliques où l'un de ces diamètres ne permît pas à la tête de s'engager si elle était favorablement placée? Pourquoi, dans les diverses viciations du bassin, a-t-on quelquefois un accouchement facile, et une autre fois un cas difficile, où il faut employer les opérations les plus graves? C'est que la position, dans le premier cas, faisait correspondre le grand axe de la tête au plus grand diamètre, tandis que dans le second cet axe correspondait à un diamètre petit. Si l'explication qu'on donne était vraie, une fois l'accouchement possible chez une femme, tous les autres devraient l'être également et offrir les mêmes facilités, tandis que c'est souvent le contraire qui a lieu.

Ce fait avait tellement frappé M. Dubois, dont on reconnaîtra l'autorité en pareille matière, qu'il avouait ne pas connaître encore les causes des diverses positions dans les cas de viciation du bassin. (Clinique du 3 mai 1855.)

Je ne suivrai pas M. Gouriet dans les divers temps de l'accouchement; je me contente de constater que, conformément aux idées émises dans mon *Essai sur l'accouchement physiologique*, la cause des diverses positions du fœtus ne dépend pas de la forme relative de la partie qui se présente et du diamètre du bassin auquel elle correspond. Je crois avoir prouvé, au contraire, qu'elle tient surtout à la disposition du tronc du fœtus. Cette idée n'est même pas tout à fait neuve dans la science.

(1) Voir *Essai sur l'accouchement physiologique*, p. 165. Paris, juillet 1855.

TUMEUR ÉRECTILE OCCUPANT TOUTE L'ÉPAISSEUR DE LA JOUE GAUCHE.

Destruction au moyen de la cautérisation électrique entre la peau et la muqueuse. Guérison;

Par MM. les Drs HIGUET (de Liége) et BRIBOSIA fils (de Namur).

Alfred Berger, de Combleux (province de Namur), enfant de huit mois, à toutes les apparences d'une bonne santé. La joue gauche est envahie par une tumeur volumineuse faisant saillie au-dessous des téguments et disparaissant par la pression. Elle s'étendait sur les côtés depuis le sillon naso-jugal jusqu'au bord antérieur du muscle masséter et un peu au delà. Ses limites supéro-inférieures sont: en bas, le bord libre de la lèvre supérieure gauche; en haut, elle se prolonge jusqu'à un centimètre environ du bord libre de la paupière inférieure gauche. Son volume est à peu près celui d'un petit œuf de poule qui serait aplati dans le sens antéro-postérieur.

La peau qui recouvre la tumeur est de couleur normale, excepté vers le centre, où elle est visiblement amincie, bleuâtre, et laisse voir à travers ses mailles des vaisseaux dilatés.

Un peu plus bas que le centre, on voit une tumeur légèrement saillante, d'un rouge vif et de la grandeur d'une pièce d'un centime; c'est une tumeur érectile cutanée. La lèvre supérieure gauche est doublée de volume.

L'examen de l'intérieur de la bouche fournit les caractères suivants: la muqueuse tapissant la face interne de la joue gauche est bleuâtre et recouvre un lacis de veines variqueuses. Si on saisit la tumeur entre les doigts, on reconnaît qu'elle s'affaisse et disparaît sous la pression, de manière à rendre à la joue une épaisseur moindre que l'épaisseur normale.

D'une consistance molle dans tous ses points, la tumeur n'est le siége d'aucun battement ni d'aucun bruit. Les cris et les efforts de l'enfant la gonflent et lui donnent une couleur plus foncée dans l'endroit où la peau a perdu de son épaisseur.

Ces différents caractères doivent faire ranger cette lésion dans la classe des *tumeurs érectiles* et dans la subdivision des *tumeurs érectiles sous-cutanées et veineuses* de A. Bérard.

Voici les renseignements donnés par la mère: ses couches, laborieuses, n'ont cependant nécessité aucune manœuvre obstétricale. Quelques jours après la naissance de son enfant, elle aperçut sur la joue gauche de celui-ci une tache ressemblant à la morsure d'une puce; c'était probablement le début de la tumeur cutanée. La joue ne tarda pas à se tuméfier. La mère vint me trouver.

Les progrès incessants et rapides du mal et les instances de la mère me décidèrent à pratiquer une opération. J'appelai en consultation mon confrère et ami M. le docteur Bribosia fils (de Namur).

Il constata tous les caractères et la nature de la lésion, et reconnut aussi la nécessité d'une prompte opération.

La situation était délicate: mettre la figure à l'abri de toute difformité, éviter une hémorrhagie toujours très grave dans ces cas, empêcher en même temps la tumeur de se reproduire, telles étaient les principales indications à remplir. Elles devaient laisser le choix d'ailleurs très restreint des méthodes opératoires.

La destruction des tumeurs érectiles au moyen de leur cautérisation intérieure faite avec un cautère rougi par des éléments galvaniques, se présentait à nous avec beaucoup d'attraits et d'avantages: pas d'hémorrhagie possible, pas de mutilation de la face, destruction des vaisseaux malades et coagulation du sang dans les extrémités des vaisseaux divisés; de plus, opération rapide et exempte de danger. Nous l'avons choisie.

Voici la description de l'appareil dont nous nous sommes servis:

dix éléments de Bunsen de 15 centimètres de diamètre sont placés sur deux lignes. Tous les éléments zinc sont réunis par un fil de cuivre de 2 millimètres de diamètre; on réunit de même tous les éléments charbon. Chaque élément zinc plonge dans l'eau contenant un vingtième en volume d'acide sulfurique du commerce; les charbons sont baignés d'acide nitrique à 40°.

Le cautère est fait avec un fil de platine de 1 millimètre de diamètre et de 20 à 22 centimètres de longueur. Ce fil est replié sur lui-même, de manière à ne laisser entre ces deux branches que l'espace nécessaire à leur isolement. Les extrémités libres sont soudées aux deux conducteurs en fil de cuivre de 2 millimètres de diamètre. Ceux-ci sont rapprochés près de la soudure au moyen de deux tubes en verre qu'ils traversent et dans lesquels ils sont fixés. Les deux tubes sont réunis par deux petites attelles en ivoire fortement serrées avec les tubes par un fil de soie très solide; c'est le manche du cautère. Pour le manier facilement, on fait décrire aux deux conducteurs plusieurs tours de spirale.

L'appareil ainsi disposé, et l'enfant placé de manière à présenter la joue gauche aux pôles de la pile, nous avons procédé à l'anesthésie chloroformique. L'inhalation produisit l'insensibilité en moins de trois minutes, sans phénomènes dignes d'être notés. Aussitôt le circuit fut fermé; le cautère, rougi immédiatement, fut planté dans le centre de la tumeur et promené dans toutes les directions à travers les vaisseaux lésés entre la peau et la muqueuse, en évitant toutefois de se rapprocher de trop près de ces membranes.

L'opération fut terminée en moins d'un demi-quart d'heure sans aucune hémorrhagie. Le cautère retiré laissa une ouverture à la peau de la joue de 3 millimètres.

Restait la tumeur cutanée de la grandeur d'une pièce d'un centime. Le cautère appliqué à sa surface la détruisit instantanément.

La disparition de la couleur bleuâtre de la peau et de la muqueuse nous démontra que les vaisseaux malades étaient divisés et oblitérés, et qu'il n'y avait plus nécessité d'introduire de nouveau le cautère.

Nous avons prescrit des applications continues d'eau froide et une potion calmante. Les suites de l'opération furent on ne peut plus favorables. La joue rougit, mais sans inflammation bien marquée. Quelques jours après l'opération l'enfant prenait le sein comme à l'ordinaire et n'avait rien perdu de sa gaîeté habituelle.

L'ouverture faite à la peau fournit pendant quinze jours une sanie légèrement purulente et contenant à de rares intervalles quelques filaments grisâtres du tissu cellulaire mortifié. En moins de quatre semaines, cette ouverture fut complétement cicatrisée, et maintenant elle est à peine visible. La joue gauche offre actuellement une tuméfaction peu perceptible; il faut être averti pour la remarquer. On sent à travers la peau quelques traces du tissu inodulaire. Du reste, aucun symptôme de réapparition de lésion.

Nous croyons que ce procédé opératoire pour obtenir la guérison des tumeurs érectiles est de tous le plus inoffensif, le plus rapide, le moins dangereux dans ses résultats immédiats, enfin celui qui donne lieu dans tous les cas à des guérisons exemptes de mutilations ou de traces de cicatrices bien évidentes.

(*Bulletin de l'Acad. de méd. de Belgique.*)

NOTE PRATIQUE SUR LES SELS AMMONIACAUX.

Par M. Guépin (de Nantes).

Depuis quelque temps les sels ammoniacaux attirent de plus en plus l'attention des thérapeutistes; nous croyons donc rendre un vrai service aux praticiens des départements en leur communiquant une série de formules que nous avons personnellement expérimentées.

Liquide vésicant.

Ammoniaque.	1 partie
Huile.	2 —

Prenez un morceau de ouate de la grandeur du vésicatoire que vous voulez faire. Enlevez d'un côté la partie gommée. Mouillez-le fortement avec le liquide ci-dessus du côté qui n'a plus de gomme et appliquez ce vésicatoire sur la partie à laquelle il est destiné. En cinq minutes l'effet sera produit.

Fomentations excitantes pour les yeux.

Ammoniaque.	5 grammes
Alcool camphré.	10 —
Ether sulfurique.	5 —

Mettez dans un flacon bouché à l'émeri.

Si vous débouchez ce flacon et si vous l'approchez de l'œil, il pleure aussitôt. L'action excitante de ce mélange provoque les larmes.

Solution pour combattre l'ivresse.

Un homme ivre mort est dans votre escalier ne pouvant ni parler ni même répondre par signes. Vous prenez un verre d'eau et vous y ajoutez de 5 à 10 gouttes d'ammoniaque liquide. Vous lui faites avaler ce verre d'eau, il revient à lui, se lève, s'en va et vous laisse en paix.

Une formule d'eau sédative.

Eau.	150 grammes
Ammoniaque.	10 —
Alcool camphré.	4 —
Sel marin.	6 —

Ne filtrez pas.

Des compresses trempées dans ce liquide réussissent supérieurement dans les entorses, les luxations, les contusions; dans beaucoup d'érysipèles, dans les piqûres d'abeilles et de guêpes. Un jour, à l'Hôtel-Dieu de Nantes, l'on nous amena salle 12 une femme atteinte de phlébite par suite d'une morsure de sangsue à la cheville du pied. Le membre inférieur droit était très gonflé, érysipélateux. Nos internes regardaient la mort comme certaine. Une application de cette eau sédative fut faite. Douze heures plus tard tout danger avait disparu.

Sulfate d'ammoniaque. — Ce sel est moins soluble et moins actif que le chlorhydrate, qui doit lui être préféré.

Solution très utile surtout dans les engorgements de la matrice.

Eau.	300 grammes.
Chlorhydrate d'ammoniaque.	6 —

Faites prendre matin et soir une petite cuillerée à café de cette solution dans une tasse de tilleul.

Même solution modifiée pour être employée chez les scrofuleux.

Eau.	300 grammes.
Chlorhydrate d'ammoniaque.	6 —
Iodure de potassium.	10 —

Exemple de la même préparation associée à des sirops dépuratifs.

Sirop dépuratif (sirop antiscorbutique ou de salsepareille ou de salsepareille composé, etc., etc.) 1/2 litre.

Nota. — Cela fait environ 30 cuillerées à bouche.

Iodure de potassium.	8 grammes.
Chlorhydrate d'ammoniaque.	1 —

Le malade en prend une cuillerée à bouche matin et soir dans une tasse de boisson chaude.

Le chlorhydrate d'ammoniaque est encore très utile dans les engorgements du sein à l'intérieur et à l'extérieur; à l'intérieur sous les formes indiquées ci-dessus, à l'extérieur pour saupoudrer *très légèrement* des cataplasmes.

Pommade.

Voici la formule d'une des meilleures pommades résolutives que l'on puisse employer contre les engorgements scrofuleux :

Axonge.	30 grammes.
Chlorhydrate d'ammoniaque.	2 —
Iodure de plomb.	1 —

Autre pommade.

Axonge.	30 grammes.
Chlorhydrate d'ammoniaque.	4 —
Camphre.	1 —

Celle-ci nous a servi très souvent en frictions sur la colonne vertébrale : tantôt chez des rachitiques; tantôt chez des enfants dont le développement était très lent; tantôt après des applications de camphre lorsque, les vertèbres étant malades, nous voulions produire une action irritante et résolutive; tantôt encore dans des affections de la moelle épinière.

Toutefois, la formule suivante est préférable quand on veut obtenir de suite de la rougeur.

Axonge.	30 grammes.
Carbonate d'ammoniaque.	5 —
Camphre.	1 —

Pommade antirhumatismale.

Axonge.	30 grammes.
Carbonate d'ammoniaque.	2 à 5 —
Calomel.	2 —
Extrait d'opium.	3 —
Extrait de jusquiame.	6 —

Des frictions avec cette pommade sur les articulations malades réussissent très bien, quand elles sont prolongées, chez les paysans, les marins, les douaniers, les hommes de peine; elles ont moins de succès dans le grand monde.

Dans les maladies syphilitiques et dans les désordres qui leur succèdent, les sels ammoniacaux, le chlorhydrate surtout, peuvent souvent remplacer avec avantage l'iodure de potassium, et toujours on peut associer ensemble ces deux sels. Voici quelques exemples de formules qui s'appliquent à ces maladies et aux autres affections cutanées.

Eau.	1 litre.
Sublimé.	8 décigrammes.
Chlorhydrate d'ammoniaque.	6 grammes.
Iodure de potassium.	12 —

Cette solution nous a été souvent utile dans les diverses syphilides, dans l'iritis syphilitique et dans les périostoses syphilitiques.

Formule de bain antisyphilitique.

Sublimé en poudre.	10 grammes.
Chlorhydrate d'ammoniaque.	10 —

Cette dose est celle d'un bain ordinaire.

Bains excitants.

La dose de 10 à 20 grammes de chlorhydrate d'ammoniaque suffit à donner à un bain des propriétés excitantes.

Bains antipsoriques.

Sulfhydrate d'ammoniaque, 10 à 20 grammes pour un bain entier.

Pommade antisyphilitique.

Calomel.	2 grammes.
Chlorhydrate d'ammoniaque.	2 —
Axonge.	30 —

Comme sudorifique, je préférerais l'acétate d'ammoniaque aux autres sels ammoniacaux.

Arrêtons-nous ici; les exemples que nous venons de présenter suffisent à montrer quelle est l'étendue de puissance thérapeutique des sels qui nous occupent. Nos formules sont en réalité le résumé d'un chapitre que l'on pourrait écrire sur cet important sujet; et nous pouvons conclure en disant :

Que les sels ammoniacaux sont des stimulants très énergiques et des résolutifs auxquels on ne s'adresse jamais en vain. Ils ont l'avantage immense de n'introduire dans l'économie aucune substance étrangère à ses principes constitutifs; ils ont aussi celui d'être facilement expulsés par les selles, les urines et les sueurs.

Quelques-unes des formules ci-dessus sont usuelles aujourd'hui parmi les anciens internes de l'Hôtel-Dieu de Nantes, et nous signalerons comme ayant rendu de grands services celle qui est préconisée contre les engorgements de la matrice.

(*Journ. de méd. et de chir. pratiques.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 10 septembre 1855. — Présidence de M. Regnault.

Mouvements et bruits du cœur. — M. Chauveau lit en son nom et celui de M. J. Faivre un mémoire fait en commun ayant pour titre : *Nouvelles recherches expérimentales sur les mouvements et les bruits normaux du cœur, envisagés au point de vue de la physiologie médicale.*

MM. Chauveau et Faivre ont étudié les mouvements du cœur sur les solipèdes adultes, qui leur ont paru le mieux se prêter au genre d'expérimentation qu'ils ont institué, et qui consiste à découvrir le cœur sans troubler notablement ses battements. Voici quel est le procédé opératoire qu'ils mettent en usage à cet effet :

Nous pratiquons la section altoïdo-occipitale de la moelle épinière; nous détruisons ainsi la sensibilité et le mouvement dans le tronc, c'est-à-dire que nous prévenons la douleur et les convulsions, causes perturbatrices principale des mouvements rhythmiques du cœur, tout en respectant néanmoins le stimulus qui excite ces mouvements. L'insufflation pulmonaire est mise en usage pour empêcher l'asphyxie. La poitrine est ouverte de côté par l'ablation de trois ou quatre côtes, et le cœur est alors découvert sans que le jeu de cet organe soit sensiblement altéré. Il peut continuer de battre, ainsi dénudé, pendant trois ou quatre heures et même davantage.

Ce procédé a été appliqué sur vingt-six solipèdes, sur dix chiens et un singe. MM. Chauveau et Faivre expriment en ces termes les observations qu'ils ont faites :

Quand on étudie isolément et en eux-mêmes les mouvements essentiels de systole et de diastole qui provoquent et règlent le cours du sang, on reconnaît bientôt que la diastole, ou mouvement passif, est caractérisée par la flaccidité et l'affaissement du tissu du cœur, tissu qui acquiert brusquement, pendant la systole, un mouvement actif, une rigidité extrêmement prononcée. On remarque encore, parmi d'autres phénomènes, la diminution du volume des oreillettes et des ventricules, pendant l'état systolaire, lequel s'accompagne encore, pour ce qui regarde les ventricules, d'une torsion de la pointe du cœur, sans déviation latérale ou antéro-postérieure; cette torsion s'exerce, comme chacun sait, de gauche à droite et d'avant en arrière.

Si l'on considère ces mouvements essentiels dans leur ensemble, c'est-à-dire sous le rapport de leur succession et de leur durée relative, ou de leur rhythme, il est facile de démontrer que chaque révolution du cœur comprend trois périodes principales : la première, occupée par la systole auriculaire, avec diastole des ventricules; la seconde, par la systole ventriculaire, avec diastole des oreillettes; la troisième, par une diastole générale du cœur.

Quand on étudie la durée relative de chaque systole, on observe généralement que la première est plus courte que la seconde; en sorte que les oreillettes ne sont pas en contraction pendant tout le premier temps, et que les ventricules le sont pendant tout le second temps, plus une fraction du premier. Nonobstant cette légère différence, la systole auriculaire est plus longue qu'on ne le croit généralement; quelquefois même elle peut égaler la systole ventriculaire. Chez l'homme, la pause ou la diastole générale n'occupe que le tiers de la durée totale de la révolution, et les mouvements alternatifs du cœur se succèdent ainsi suivant un rhythme à trois temps.

Quel est l'effet des mouvements de contraction et de relâchement des cavités cardiaques sur le sang considéré dans l'intérieur même de l'organe? Quels effets le sang détermine-t-il à son tour sur l'appareil, et spécialement sur les valvules? Telles sont les questions que les auteurs ont ensuite étudiées?

Pendant la pause ou le repos général du cœur, le sang coule d'une manière indiscontinue des veines dans les oreillettes, et de là dans les ventricules par les orifices auriculo-ventriculaires largement béants. Ces deux systèmes de cavités commencent donc à se dilater l'un et l'autre passivement pour ainsi dire aussitôt qu'ils entrent en diastole, c'est-à-dire dans la période de relâchement de leur tissu. Lors de la systole des cavités auriculaires, le sang qu'elles contiennent est projeté faiblement et seulement en partie dans les ventricules, qui se remplissent d'autant. Quand ceux-ci se contractent à leur tour, la double ondée sanguine est chassée presque en totalité, mais non complétement, dan les arbres artériels; il en reste une petite portion dans les ventricules. Elle ne reflue point dans les oreillettes, parce qu'elle relève les valvules auriculo-ventriculaires et les dispose l'une et l'autre en un dôme multi-concave fortement tendu au-dessus de la cavité ventriculaire. Pressée ainsi contre cet obstacle et qui plus est rencontrant à l'intérieur des artères une colonne sanguine qui s'oppose à sa libre projection dans ces canaux, cette ondée réagit à contre-sens sur le cœur et lui imprime un mouvement de recul. Mais ce recul ne ressemble pas tout à fait à celui dont on a parlé dernièrement à l'Académie des sciences. Il neutralise le raccourcissement de l'organe produit par la systole ventriculaire, si bien que la pointe du cœur reste à peu près immobile dans la portion du péricarde qui lui correspond; tandis que la base s'abaisse vers la pointe, surtout en avant. Pendant ce déplacement les troncs artériels s'allongent et se courbent davantage. C'est leur élasticité qui ramène la base de l'organe dans sa position première quand cesse la contraction ventriculaire.

Ces mouvements se traduisent à l'extérieur par deux ordres de phénomènes : les *bruits* et la *pulsation cardiaques.*

Nous avons constaté avec la plus complète certitude que le premier bruit est isochrone avec la systole ventriculaire et que le deuxième

coïncide avec le commencement de la diastole générale. Aussi, en considérant chez le cheval une révolution du cœur partagée en quatre temps égaux, on trouve que le premier temps est occupé plus ou moins complétement par la systole auriculaire, mouvement parfaitement aphone; le deuxième, par la systole ventriculaire avec premier bruit; le troisième, par le commencement de la pause ou du repos général de l'organe avec deuxième bruit; le quatrième, par la fin de cette période, aphone comme le premier temps. Il en est de même chez l'homme, avec la différence que cette dernière phase manque, le rhythme des mouvements et des bruits étant marqué par trois temps seulement.

Quant à la cause productrice des bruits, nous nous rattachons tout à fait à l'opinion de M. Rouannet, et nous prouvons au moyen d'expériences décisives exécutées sur l'animal vivant qu'ils sont dus à la tension et au claquement des valvules sigmoïdes ou auriculo-ventriculaires.

Sur le choc précordial, nous reconnaissons avec la grande majorité des physiologistes qu'il a lieu pendant la systole ventriculaire. Mais nous cessons d'être d'accord avec eux quand nous voulons en expliquer l'origine. Selon nous, la pulsation cardiaque reconnaît pour cause le changement de forme et de consistance des ventricules, quand ils passent de la diastole à la systole, et l'*instantanéité* de cette transformation. Le cœur, un peu plus volumineux pendant la diastole, est en revanche mou, flasque, affaissé, déprimé entre le poumon et la paroi thoracique. Il ne peut acquérir instantanément la forme plus ou moins globuleuse et la rigidité qui le caractérisent pendant la systole ventriculaire sans frapper contre quelques-uns des points qui l'entourent, et spécialement contre la paroi thoracique antérieure, avec laquelle il se trouve constamment en rapport d'une manière plus ou moins médiate. (Commissaires : MM. Andral, Rayer et Cl. Bernard.)

Influence de l'ozone sur le choléra. — M. le docteur A. Bérigny (de Versailles) lit un mémoire contenant les résultats des observations qu'il a faites à Versailles avec le papier dit ozonométrique de M. Schonbein's pendant le mois d'août 1835.

« En présence de l'influence que, suivant quelques observateurs, l'ozone semble exercer sur les épidémies, et notamment sur la marche du choléra, il m'a paru important, dit l'auteur, de faire des expériences sérieuses avec le papier réactif dont M. Schonbein's se sert pour donner la mesure d'ozone contenue dans l'air. »

Pendant que M. Bérigny faisait ces observations à Versailles, M. Silbermann se livrait aux mêmes expériences à Paris. Ils sont arrivés à ce résultat inattendu qu'à Paris, où l'on a constaté des cas de choléra, il n'y avait pas d'ozone, pendant qu'on en a trouvé une très grande quantité à Versailles, là où ce fléau n'est pas encore apparu épidémiquement.

Une seconde série d'observations faites dans l'hôpital militaire de Versailles, situé au sud de la ville, a donné les résultats suivants :

« Des papiers de M. Schonbein's ont été installés dans les trois services (blessés, fiévreux et vénériens), les fenêtres étant restées ouvertes toute la journée, en même temps que l'on plaçait de ces mêmes papiers dans la cour dudit hôpital. Les papiers exposés dans les salles sont restés douze, vingt-quatre, trente-six, quarante-huit heures et même quinze jours sans déceler la moindre trace d'ozone, pendant que ceux qui étaient placés dans les angles de la cour fournissaient des nuances d'ozone égales à celles que l'on obtenait à l'observatoire météorologique situé au nord de la ville. Lesdits papiers, retirés des salles après quarante-huit heures de séjour, mis en expérience dans la cour, donnèrent des degrés d'ozone de même densité que les ozonométriques nouveaux installés dans la cour et à l'observatoire météorologique. Enfin, on a mis un papier ozonométrique dans une très vaste salle très éclairée, restée vide sans malades depuis un mois et qui précédemment avait reçu des scorbutiques que l'on y avait placés dans le but de les changer d'air, et là on a obtenu les mêmes nuances que celles que donnaient les papiers exposés en dehors dans la cour dudit hôpital et à l'observatoire météorologique. » Commissaires : MM. Dumas, Boussingault, Bravais.)

Sur une nouvelle maladie glucosique et sur la glucogénie morbide en général. — M. Mariano Semmola lit, sous ce titre, un mémoire très étendu, dont l'objet principal est de faire connaître une nouvelle maladie glucosique, que ses recherches sur ce sujet lui ont donné l'occasion d'observer. Il s'agit d'une sueur sucrée.

Cette bizarre modification de la sécrétion cutanée avait lieu chez un jeune homme de vingt-cinq ans, bien portant jusqu'au commencement de la maladie. Elle avait débuté lentement, en s'accompagnant d'une faiblesse progressive des jambes, d'un amaigrissement continuel et d'une sueur très abondante. L'appétit assez développé, la soif inaccoutumée, la diminution des urines, quelque léger trouble dans la vision, et enfin une sensation de tiraillement douloureux depuis l'occiput jusqu'aux premières vertèbres du dos, constituaient le reste des symptômes.

Ce qui frappa notre attention et nous fournit ainsi le point de départ de la découverte du sucre dans la sueur, dit l'auteur, fut la légère consistance acquise par les chemises mouillées de sueur et ensuite desséchées. Le malade guérit complétement par l'emploi de fortes doses de sulfate de quinine. Les conclusions suivantes sont le résumé des résultats obtenus :

1° La quantité de sueur rendue dans une heure a été à peu près égale à 70 grammes; on pourrait donc calculer que le malade rendait au moins 1680 grammes de sueur dans les vingt-quatre heures.

2° La quantité de glucose contenue dans la sueur a été en moyenne de 20 millièmes, ayant son maximum dans les heures de la nuit et son minimum le matin. L'alimentation exclusivement azotée ou l'emploi de quelque fécule ne changeait pas sa proportion bien sensiblement.

3° Le chlorure de sodium se trouvait aussi considérablement diminué, à faire presque douter quelquefois de son existence. Le maximum que j'ai pu obtenir dans sept analyses a été de 0gr,095 sur 69,23 de sueur, c'est-à-dire de 1,37 sur 1000 grammes. Il était encore remarquable que sa proportion se trouvait apparemment en raison inverse de la quantité de glucose.

4° La sueur contenait une quantité considérable d'acide lactique libre.

5° La sueur du malade, excitée artificiellement par l'appareil de M. Fabre, six semaines après la guérison, ne contenait pas la moindre trace glucosique, et présentait une composition presque physiologique.

6° La quantité des urines émises dans les vingt-quatre heures a été, considérée absolument, sensiblement moindre que dans l'état normal, et très considérablement inférieure à la quantité des boissons; ce qui tient sans doute à l'exagération de la sécrétion cutanée.

7° La densité des urines, en raison de leur diminution, a été plus forte que la moyenne physiologique; elle n'a été presque nullement en rapport avec la quantité des boissons ingérées, et, au contraire, elle a augmenté ou diminué en raison de la nature de l'alimentation, et par cela même en raison de la quantité des principes excrétés.

8° La quantité d'urée a été, comme d'ordinaire, un peu plus considérable, en conséquence de l'alimentation animale, et probablement encore davantage en rapport avec la concentration des urines. En effet, elle n'a jamais beaucoup dépassé la moyenne physiologique, n'étant pas allée au delà de 22 grammes dans les vingt-quatre heures.

9° La quantité de sels fixes et indécomposables à la température rouge a été sans doute plus forte que dans l'état normal, dans ce qui se rapporte au sel marin principalement. Dans les vingt-quatre heures, le malade rendait en moyenne 11 grammes de matières minérales, qui contenaient 8 grammes environ de chlorure de sodium.

10° Le glucose n'a pas été un principe constant, et il s'est évidemment trouvé en rapport avec la qualité de l'alimentation. L'administration des féculents a rendu les urines sucrées après quelques heures, et le sucre a persisté plusieurs heures après la dernière ration mixte. L'alimentation exclusivement azotée a fait complétement disparaître le sucre de l'urine.

11° L'analyse de l'urine, répétée plusieurs fois après la guérison, n'a jamais démontré la moindre trace de sucre, même quand l'alimentation était très riche de féculents.

12° Dans le cours de la maladie, la quantité de vapeur d'eau exhalée a été en moyenne de 20gr,42, et celle de l'acide carbonique expiré de 29gr,72 par heure. Dans ce moment, le rapport moyen entre le poids du corps considéré égale 1000, et la quantité d'acide carbonique expiré peut être représentée par 0gr,531.

13° Dans l'état de guérison, le même sujet rendait par la surface pulmonaire 32gr,72 d'acide carbonique, ce qui constituait un rapport avec le poids du corps augmenté de 9 kilogrammes de 0gr,495.

14° La proportion de l'oxygène dans l'air expiré a été en moyenne, pendant la maladie, de 16cc,8 sur 100, et elle est restée à peu près égale dans le retour à l'état physiologique.

15° La quantité de l'acide carbonique expiré a eu, pendant la maladie, des oscillations presque périodiques dans les vingt-quatre heures, apparemment en raison inverse de l'activité des fonctions cutanées.

16° Des oscillations même très sensibles ont eu lieu dans la quantité de l'acide carbonique expiré, en raison de la qualité de l'alimentation.

C'est en comparant ces résultats avec ceux que nous avons obtenus dans deux cas de glucosurie, et après avoir examiné les nombreux exemples que la physiologie et la pathologie présentent de débordements sucrés, qu'il nous a été permis d'établir :

1° Qu'il y a une double série de maladies saccharifères : l'une qui dépend sans aucun doute de l'exagération dans l'activité glucogénique du foie sans que les travaux de combustion soient tombés au-dessous du taux normal, et l'autre au contraire qui se manifeste très probablement à la suite d'un défaut de l'activité oxydante de la respiration sans que la quantité de sucre sécrété soit augmentée;

2° Que la durée de ces états morbides et la quantité de sucre éliminée constituent des caractères bien tranchés des deux origines différentes que nous avons mentionnées; en effet, il est évident que l'augmentation de la sécrétion du sucre n'a rien d'absolument incompatible avec la vie, produisant seulement à la longue les conséquences ordinaires des maladies consomptives, tandis qu'une altération de la fonction respiratoire qui la rendrait insuffisante pour détruire le sucre normal ne pourrait se concilier longtemps avec l'accomplissement des fonctions nécessaires à la vie. L'exemple que nous avons étudié et toutes les vraies glucosuries rentrent dans la première série; les débordements sucrés qui arrivent à la suite de l'épilepsie et, je crois, de certaines autres névroses constituent des cas très nets de la seconde. (Commissaires : MM. Pelouze, Rayer et Bernard.)

Physiologie de la marche. — M. le docteur Duchenne (de Boulogne) adresse un travail intitulé *Physiologie pathologique du second temps de la marche*. En voici le résumé général :

A. Attribuer uniquement à l'action de la pesanteur, avec MM. Weber frères, et après eux, avec la plupart des auteurs modernes, les mouvements d'oscillation et de flexion des différents segments du membre inférieur qui ont lieu pendant le second temps de la marche, c'est professer une opinion en contradiction manifeste avec l'observation pathologique.

Voici les faits qui prouvent la vérité de cette assertion :

1° Un homme qui est privé de l'action des muscles fléchisseurs de la cuisse veut-il exécuter les mouvements du second temps de la marche, il est forcé d'abord d'élever la hanche et l'épaule du côté correspondant pour détacher le pied du sol; puis il projette le membre inférieur en avant en imprimant un mouvement de rotation au bassin sur le condyle opposé. Sans ce mouvement de rotation, le membre inférieur placé en arrière au moment où il est détaché du sol n'oscille que lentement et faiblement et s'arrête quand il est arrivé à la direction verticale; l'action de la pesanteur ne peut le faire aller au delà. Il suffit même que les muscles fléchisseurs de la cuisse soient affaiblis pour que le second temps de la marche ne puisse se faire sans un balancement plus ou moins grand du bassin.

2° Si les muscles fléchisseurs de la jambe ont perdu leur action, la flexion qui doit avoir lieu dans l'articulation du genou avant que le pied se détache du sol se fait difficilement et incomplétement, ce qui occasionne un retard dans la production du second temps de la marche.

3° Enfin la flexion du pied sur la jambe, qui est un des mouvements essentiels du second temps de la marche, et dont l'étude a été trop négligée en physiologie, cette flexion, dis-je, vient-elle à se perdre ou à s'affaiblir, le membre ne peut plus osciller au-dessous du condyle sans que la pointe du pied étendu bute contre le sol; de là nécessité d'exagérer les mouvements de flexion de la cuisse pendant l'oscillation du membre inférieur, ce qui occasionne une sorte de claudication.

De l'ensemble des faits pathologiques précédents, on peut conclure que la contraction des muscles fléchisseurs de la cuisse sur le bassin, de la jambe sur la cuisse, et du pied sur la jambe est la cause productrice réelle des mouvements du membre inférieur, qui constituent le second temps de la marche, et que l'action de la pesanteur ne concourt que très faiblement à l'oscillation physiologique de ce membre.

B. L'oscillation en sens contraire des membres supérieurs, dont le but est de modérer l'impulsion latérale imprimée au tronc par le membre qui oscille, est également le résultat d'une admirable combinaison d'actions musculaires. Ainsi pendant l'oscillation du membre inférieur droit, la moitié postérieure du deltoïde droit et la moitié antérieure du deltoïde gauche se contractent énergiquement.

C. La physiologie pathologique du second temps de la marche éclaire la pathologie physiologique des muscles qui président à cette fonction. Conséquemment le diagnostic et le traitement des lésions de ces mêmes muscles sont intéressés à la solution des questions qui font le sujet de ce travail.

Choléra. — M. Hubertz adresse, pour la commission du prix Bréant, l'analyse écrite en français d'un ouvrage qu'il a présenté récemment au concours pour ce prix, un rapport sur l'épidémie cholérique de Copenhague.

Nous extrayons de cette analyse le paragraphe suivant :

« Parmi les hommes qui pendant la durée de l'épidémie furent employés à vider les fosses d'aisance, même celles qui recevaient les déjections cholériques, pas un ne fut attaqué du choléra. Ce fait a été constaté par une enquête spéciale. Il en fut de même des ouvriers employés à la fabrication des cordes de boyau, de la colle forte, à la préparation des poissons secs; il en fut de même pour les hommes habituellement ou alors passagèrement employés dans quelques autres professions qu'on regarde habituellement comme insalubres à cause des émanations putrides auxquelles elles exposent. Nous ajouterons que les individus employés au transport des malades ou des morts, ainsi que ceux qui creusèrent les fosses, furent pour ainsi dire complétement épargnés. »

Influence des nerfs sur la nutrition des os. — M. Flourens communique l'extrait suivant d'une lettre qui lui a été adressée par M. Schiff :

« Mes résultats concernant l'influence des nerfs sur la nutrition des os se sont constatés depuis dans mes recherches ultérieures. Un fait qui m'a surtout paru digne de fixer l'attention, c'est que *les plaques osseuses dans la sclérotique* des oiseaux de proie subissent aussi les changements paraleptiques après la section du nerf de la cinquième paire d'un côté. Sur de jeunes oiseaux, on les voit se condenser et s'hypertrophier quelques semaines après la section du côté opéré, et la différence entre les plaques des deux côtés devient très tranchée. L'os malade devient plus grand, plus gros et surtout plus épais, de sorte qu'il perd en grande partie sa transparence. Ce sont vos recherches sur la coloration de ces os par la garance qui m'ont suggéré les expériences récentes dans lesquelles j'ai voulu examiner si la nutrition de ces os est, sous tous les rapports, analogue à celle des autres.

» Vous vous rappelez que vous m'aviez conseillé de scier les os hypertrophiés; c'est ce que j'ai fait plusieurs fois, et, comme vous l'aviez prévu, j'ai trouvé aussi des couches superposées formées par le périoste interne.

» J'ai trouvé que chez les hérissons, pendant la léthargie hybernale, la paralysie des nerfs produit les mêmes changements sur la nutrition des os que dans l'état normal. »

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Belot, né le 12 décembre 1817 au Havre (Seine-Inférieure); *Du mode d'action du diaphragme dans la production des hernies.*

Vizerie, né le 4 mai 1829 à Bergerac (Dordogne); *De l'endocardite aiguë.*

Leker, né le 19 août 1831 à Rennes (Ille-et-Vilaine); *De la tumeur et de la fistule lacrymale.*

Jolieu, né le 2 novembre 1825 à Vic-Dessos (Ariége); *Des tumeurs chirurgicales de la peau.*

Fontaine, né le 27 février 1829 à Loches (Aube); *Du choléra-morbus épidémique observé dans la commune de Loches (Aube) pendant les mois d'août et septembre 1854.*

Lejeal, né le 7 novembre 1830 à Valenciennes (Nord); *Du sarcocèle syphilitique.*

Roy, né le 22 mars 1830 à Vouillé (Vienne); *Des appareils dits glossocomes dans le traitement des fractures des membres inférieurs.*

Bouland, né le 26 décembre 1828 à Metz (Moselle); *Considérations sur le traitement des fistules urétro-péniennes.*

Fiévet, né le 29 mai 1828 à Louvroil (Nord); *Quelques mots sur les helminthes de l'homme.*

Berrut, né le 14 novembre 1826 à Treste (Bouches-du-Rhône); *Y a-t-il des cas où il soit permis à l'accoucheur de provoquer l'avortement?*

Murelle, né le 10 avril 1823 à Rouen (Seine-Inférieure); *De l'anesthésie locale par réfrigération au point de vue chirurgical.*

Le Bocey, né le 27 octobre 1828 à Marcilly (Manche); *Des signes de la grossesse utérine simple.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. Decq;
A Genève, à la librairie de Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Des maladies chroniques réputées incurables et de leur traitement rationnel par l'hygiène et le régime alimentaire associés à une médication spéciale, par M. le docteur Desparquets. Brochure in-8°. Prix : 1 fr. 25 c. Paris, chez l'auteur, rue Bourbon-Villeneuve, 43, et dans toutes les librairies médicales.

Le Sousa.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 19 SEPTEMBRE 1855.

Séance de l'Académie de Médecine.

La séance a été féconde en lectures et en communications. Après deux rapports, dont l'un a fait justice des prétentions des inventeurs de remèdes, et dont l'autre a eu pour objet un intéressant travail de M. Delioux sur le radesyge et quelques autres maladies des contrées du Nord, peu connues dans nos climats, l'Académie a entendu une communication faite au nom de M. Passaquay (de Lons-le-Saulnier), par M. Blache, sur un cas curieux d'extraction d'un énorme calcul de la vessie par les voies naturelles chez une jeune fille ; fait curieux sans doute, mais qui compte d'assez nombreux analogues dans les annales de la science. Elle a entendu ensuite un mémoire de M. Ménière sur les altérations osseuses de l'oreille, des mémoires de MM. Wanner sur la fièvre typhoïde, Semmola, sur l'hématurie, et enfin diverses présentations dont l'objet est indiqué dans le compte rendu.

Le but principal du mémoire de M. Ménière a été de démontrer que la nature se suffit souvent à elle-même pour éliminer les esquilles osseuses des parties profondes de l'oreille, et pour mettre un terme aux désordres en apparence les plus considérables, et que la temporisation, aidée d'un bon régime hygiénique, vaut mieux, en pareil cas, qu'une intervention active de l'art, qui, faute d'un guide sûr, ne procède le plus souvent qu'à tâtons dans les profondeurs d'un organe inaccessible à tout moyen d'exploration. *Primum non nocere*, tel paraît être le principe qui a inspiré le travail de M. Ménière.

Nous ne pouvons rien dire du mémoire de M. Wanner sur la fièvre typhoïde, l'auteur n'ayant point terminé sa communication.

Quant au travail de M. Semmola, il paraît se rattacher à un ensemble de recherches de chimie pathologique dont nous avons fait connaître une première partie dans le compte rendu de la dernière séance de l'Académie des sciences, et sur la portée desquelles il ne nous est pas possible encore de porter un jugement. — Dr Brochin.

DES ENGORGEMENTS DE LA RATE

propres aux fièvres intermittentes considérés dans leurs rapports avec l'état fonctionnel du cœur.

DÉDUCTIONS SÉMÉIOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES.

Dans notre article du 13 septembre, nous avons résumé la première partie du travail M. A. Marcé relatif à l'influence qu'exercent les engorgements spléniques de la fièvre intermittente sur l'état local et fonctionnel du cœur. Il nous reste à résumer et à analyser maintenant la deuxième partie où l'auteur a cherché à apprécier la valeur de ce fait au double point de vue de la séméiologie et de la thérapeutique.

Depuis que les travaux de MM. Cruveilhier, Bally et Piorry ont appelé l'attention sur le rôle de l'engorgement de la rate dans les fièvres d'accès, toute la séméiologie de cette affection reposait sur ces deux éléments, le type et les symptômes paroxystiques, et l'engorgement splénique.

A côté d'eux doit venir prendre rang maintenant un troisième élément non moins important, l'état du cœur et des organes principaux de la circulation et de l'hématose, qui donnera désormais la signification rationnelle et scientifique de certains phénomènes des fièvres d'accès qui semblaient se soustraire jusque-là à toute systématisation de ce genre.

Mais, en faisant intervenir l'état du cœur et des gros vaisseaux dans la séméiologie et dans l'explication de certains phénomènes jusque-là inexpliqués, M. Marcé ne veut pas laisser croire qu'il revendique, au profit exclusif du déplacement du cœur par la rate engorgée, toute l'évolution des symptômes dont le cœur et l'appareil circulatoire se trouvent être dans ce cas le foyer permanent. En un mot, il n'oublie pas qu'il y a à faire la part de l'intoxication paludéenne, de l'altération profonde du sang et de la perturbation générale de l'hématose qui en sont les résultats.

Mais, ces réserves faites à l'égard de la part contributive que l'intoxication paludéenne peut avoir dans les manifestations des fièvres intermittentes, quel parti peut-on tirer de la situation anatomo-pathologique que fait au cœur l'intumescence de la rate au sujet de certains incidents, de certaines complications propres aux fièvres d'accès ? C'est ce que M. Marcé s'est principalement proposé d'examiner dans ce second mémoire.

Ces incidents et ces complications qu'il s'agit d'interpréter au moyen des données anatomo-pathologiques en question sont :

1° Les hydropisies ;
2° Les cachexies ;
3° Les fièvres pernicieuses.

Si l'on consulte ce que les auteurs ont écrit sur l'étiologie des hydropisies et des anasarques qui se développent consécutivement aux fièvres d'accès, on voit que l'altération du sang par les miasmes paludéens, l'engorgement de la rate et des viscères abdominaux ne suffisent pas pour en donner l'explication.

Il y a donc lieu à se demander jusqu'à quel point on ne serait pas autorisé à penser que, dans la production de ces hydropisies, la situation et les conditions spéciales que font au cœur et aux gros vaisseaux les engorgements de la rate doivent jouer un rôle.

« Est-ce impunément pour la liberté de la circulation centrale, dit M. Marcé, que le cœur est violemment poussé en haut et à gauche ; que, dans cette attitude nouvelle, les vaisseaux afférents, et notamment la veine cave inférieure et le ventricule droit, subissent un tassement notable dans leur calibre ?

» Est-ce impunément aussi qu'existent et cette antéflexion cardiaque, et cette incurvation que présente l'aorte à son émergence et dans sa crosse, incurvation qui dérange le niveau de ses valvules et les rend désormais insuffisantes ?

» Est-ce impunément, enfin, que, dans sa masse totale, le cœur subit une étreinte qui devient le point de départ d'un trouble plus ou moins profond dans le mécanisme de la circulation tant artérielle que veineuse ? »

Il est évident que de semblables conditions anatomo-pathologiques, qui par elles-mêmes sont si fécondes en troubles locaux et fonctionnels, doivent avoir le retentissement le plus fâcheux sur les autres sections de l'appareil circulatoire, et que là probablement se trouve la cause principale des hydropisies propres aux fièvres intermittentes.

M. Marcé pense qu'en dehors de toute altération sanguine ces troubles mécaniques de l'appareil de la circulation centrale suffiraient, à la longue, pour déterminer des épanchements séreux, et que, coexistant avec l'altération paludéenne du sang, il y a là double raison pour que les hydropisies dont il s'agit se produisent.

La conclusion de tout ce qui précède est que, dans l'explication des hydropisies consécutives aux fièvres intermittentes, il y a, comme données étiologiques, non-seulement l'altération spéciale du sang, non-seulement les obstructions viscérales, mais encore l'intervention du fait essentiel qui résulte de l'état anatomo-pathologique du cœur et des gros vaisseaux consécutif aux engorgements spléniques des fièvres d'accès.

Les cachexies des fièvres se prêtent-elles, comme les hydropisies, à l'application de quelques-unes des données anatomiques qui viennent d'être signalées ?

Suivant M. Marcé, la cachexie des fièvres peut se rattacher à plusieurs lésions viscérales ; mais celle qui, d'après ses observations, lui appartiendrait spécialement, serait la péricardite ; et cette péricardite, qui s'observe particulièrement au niveau des oreillettes, et principalement de la gauche, serait la conséquence ultime et souvent irrémédiable de la déviation que les engorgements spléniques font subir à l'organe central de la circulation.

Comme pour les hydropisies, il y a à faire encore ici la part de l'altération paludéenne du sang et de l'influence que ces troubles de l'hématose peuvent avoir sur l'économie tout entière.

Enfin, l'intervention des perturbations fonctionnelles du cœur aurait aussi son rôle, suivant M. Marcé, dans l'étiologie des fièvres pernicieuses elles-mêmes. Il lui a paru que la forme pernicieuse

---

EXPOSITION UNIVERSELLE.

INSTRUMENTS ET APPAREILS DE CHIRURGIE.

La fabrication des instruments de chirurgie de Paris est représentée à l'Exposition universelle par les produits de MM. Capron, Charrière fils, Luër, Mathieu, Robert, Schmidt et Gueride ; celle des instruments de chirurgie vétérinaire, par MM. Bourgouin et Charrière fils.

Il y a vingt-cinq ans, cette industrie ne faisait que de naître ; les divers fabricants de Paris occupaient à cette époque cinquante ouvriers à peine ; un seul d'entre eux aujourd'hui en occupe plus de trois cent cinquante. Il faut le reconnaître, c'est à l'intelligence, à l'activité, au savoir de M. Charrière père que les progrès de cette industrie sont dus en grande partie. C'est lui qui nous a affranchis du tribut payé à l'étranger, qui a créé de larges débouchés dans toutes les villes du monde, qui a ouvert aux inventions et aux perfectionnements une voie où, nous sommes heureux de le reconnaître, il a rencontré d'habiles compétiteurs. Les vitrines de MM. Luër et Mathieu, qui ont aussi des établissements d'une grande importance, figurent en effet très honorablement à côté de celle de M. Charrière fils. Nous ne saurions que nous féliciter de cette constante émulation qui pousse chacun d'eux vers des progrès qui tournent en définitive au profit de la science.

Si nos instruments de chirurgie se font remarquer par leur élégance, ils brillent aussi par leur bonne fabrication. Naguère encore les aciers anglais tenaient le premier rang ; peut-on dire qu'il en soit encore de même aujourd'hui ? Il est permis d'en douter, après les expériences dont nous avons été témoin et qu'on nous permettra de rapporter ici.

Il est assurément peu d'instruments qui soient plus délicats que les couteaux et les aiguilles à cataracte, eh bien ! nous avons vu M. Luër et M. Charrière prendre au hasard dans leur vitrine un couteau à cataracte ; ils l'ont laissé tomber sur le parquet, la lame est entrée profondément dans le bois, et après cette épreuve, elle passait tout aussi bien qu'auparavant dans un morceau de canepin. Une aiguille à cataracte, implantée dans un plessimètre, soulevait la plaque d'ivoire et n'était point altérée, car après cette rude épreuve subie devant un de nos plus habiles chirurgiens des hôpitaux, il s'en est immédiatement servi pour une opération.

Si l'on est étonné du nombre d'instruments exposés, la surprise augmente encore quand on examine chacun d'eux en particulier ; presque tous constatent une invention, un perfectionnement, ou pour le moins un progrès dans la fabrication. Nous ne voulons pas parler ici du luxe complétement inutile que nous avons remarqué pour quelques-uns. A quoi bon, en effet, l'or dont les instruments tranchants sont recouverts ; pourquoi ces ciselures, ces manches si dispendieux ? Nous ne demandons pas de l'orfévrerie, mais bien des instruments de bonne qualité, solides, qui puissent être nettoyés et réparés facilement, et enfin dont le prix ne soit pas trop élevé. Nous sommes heureux d'avoir constaté toutes ces qualités réunies dans presque toutes les pièces qui figurent dans les vitrines de nos fabricants.

Oui, nous pouvons le dire, les instruments sont meilleurs et moins chers qu'il y a quelques années. Est-ce à la concurrence que l'on doit cette diminution de prix ? Non, puisqu'il est incontestable que le salaire des ouvriers a plutôt augmenté que diminué ; c'est donc aux perfectionnements apportés dans la fabrication que l'on doit ce résultat.

La solidité des instruments est un fait déjà acquis depuis longtemps ; c'est encore à M. Charrière père que l'on doit ce perfectionnement réel d'avoir trempé en ressort tous les instruments à pression, à levier, et particulièrement les pinces à pansement, les tenettes, les aiguilles à suture, etc. Ce procédé, du reste, est maintenant d'un usage général.

L'arsenal chirurgical renferme un nombre assez considérable d'instruments à mécanisme très compliqué. Nous aurons à y revenir lorsque nous parlerons des inventions ; mais nous devons constater dès ce moment que nos fabricants apportent tous leurs soins à simplifier ces mécanismes qui rendaient les instruments difficiles à manier, souvent insuffisants, puisque la moindre cause devenait un obstacle à la manœuvre, enfin d'un entretien fort dispendieux. Telle est, par exemple, la nouvelle sonde de Belloc de M. Charrière fils, qui n'a plus besoin d'être démontée pour être placée dans une trousse ; tels sont les nouveaux écrous brisés de M. J. Charrière et de M. Mathieu. M. J. Charrière en a exposé trois modèles : le premier consiste en deux écrous qui sont engagés sans le secours d'une vis dans deux mortaises transversales et qui sont mobilisés par deux vis à boule placées sur la grosse virole qui se trouve à la partie inférieure. Le deuxième est formé de deux coussinets superposés et mobiles l'un sur l'autre, et se déplaçant de manière à fermer et à ouvrir l'instrument à l'aide de deux plans inclinés disposés à l'intérieur de la grosse virole ; le troisième enfin, qui nous a paru le plus important, est constitué par deux coussinets à ressort placés dans deux échancrures d'une douille mobile. Celui de M. Mathieu est encore plus simple ; ce n'est plus un écrou brisé : il consiste en une coulisse que l'on fait glisser à volonté

était à craindre toutes les fois qu'un engorgement splénique étant donné, le cœur, les gros vaisseaux et les viscères, qui, comme les poumons et le cerveau, sont avec eux en communication vasculaire très directe, se trouvent être le siége de quelque altération plus ou moins chronique. C'est ce qui expliquerait pourquoi la proportion des fièvres pernicieuses croît habituellement avec les dispositions morbides organiques du cœur, et pourquoi on l'observe bien plus fréquemment chez les vieillards que chez les enfants.

Ces recherches n'ont pas seulement pour résultat d'éclairer plusieurs points de la séméiologie des fièvres intermittentes, elles conduisent aussi à quelques déductions pratiques qui ne sont pas sans valeur.

« S'il est vrai, dit l'auteur, qu'aux deux motifs de détermination curative déduits de l'accès et de l'obstruction splénique doive s'en ajouter un troisième puisé dans l'intervention nosologique des appareils de la circulation centrale, le médecin ne s'appuiera plus seulement sur deux raisons, mais bien sur trois, pour en finir au plus vite avec les conséquences si multiples de l'intoxication paludéenne.

» Administrer le sulfate de quinine ou le quinquina à doses fébrifuges, c'est à la fois agir sur des accès de fièvre, sur l'engorgement splénique qui les accompagne habituellement et sur toutes les perturbations cardiaques et vasculaires dont nous avons indiqué la source et les fatales conséquences. »

L'activité du traitement fébrifuge devra être toujours en raison directe des dangers et des complications viscérales qu'on pourrait prévoir et qu'on a vus se traduire soit par l'accès pernicieux, soit par la diathèse séreuse, soit par l'état cachectique.

Enfin on modifiera avec avantage par des topiques révulsifs appliqués sur la région précordiale les accidents d'aortite et de péricardite, contre lesquels on luttait en vain par l'emploi méthodique des fébrifuges et des ferrugineux.

Le travail de M. A. Marcé nous paraît révéler un fait intéressant qui n'avait appelé jusqu'ici l'attention que d'une manière passagère et très insuffisante. L'auteur en aurait-il exagéré l'importance, ainsi que cela n'est que trop commun chez les auteurs préoccupés de faire ressortir toutes les conséquences d'un fait ou d'un aperçu nouveau qu'ils se proposent d'introduire dans la science? Ce n'est pas impossible. Mais cela fût-il (c'est ce que le contrôle clinique ne tardera pas à nous apprendre), il n'en ressortira pas moins toujours de ces recherches la nécessité de tenir compte à l'avenir de ce nouvel élément dans l'analyse pathologique des affections consécutives à la fièvre intermittente.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. BAILLARGER.

Des hallucinations (1).

(Leçon clinique recueillie par M. H. LEGRAND DU SAULLE.)

Les partisans de l'opinion contraire à celle que nous venons d'étudier partent de ce fait fondamental que l'hallucination a pour condition principale l'indépendance de la mémoire et de l'imagination, l'automatisme de l'intelligence, et qu'elle est toujours un acte spontané, apparaissant d'emblée, sans préparation volontaire, sans gradation. Ici ce n'est plus un fait quasi physiologique que les grands peintres puissent provoquer à volonté; il n'y a plus seulement entre l'idée et l'hallucination une différence de vivacité; l'hallucination devient, au contraire, un phénomène toujours spontané, involontaire et pathologique. Tel est le point de départ, et pour ainsi dire le but de la théorie que j'ai exposée dans ma *Physiologie des hallucinations*. Les preuves sur lesquelles je me suis appuyé, et que je vais exposer, sont, comme on va le voir, autant d'objections qui réfutent la première opinion.

Tous les états caractérisés par l'exercice involontaire des facultés sont le plus souvent compliqués d'hallucinations. Nous trouvons d'abord l'état intermédiaire à la veille et au sommeil; c'est même celui que nous pouvons le mieux étudier.

Il nous reste, en effet, pendant cet état, comme une demi-conscience de ce qui nous entoure. Nous ne sommes pas encore endormis, et cependant l'exercice involontaire de l'intelligence a commencé, et nous assistons en quelque sorte à un rêve anticipé. Or, c'est alors que se produisent des hallucinations nombreuses, parmi lesquelles il faut signaler les hallucinations de la vue, étudiées avec soin par les physiologistes allemands sous la dénomination d'*images fantastiques*.

Ce qui prouve ici que la passivité est la condition première des hallucinations, c'est qu'au moindre effort qu'on fait pour bien observer ces images fantastiques, on les voit aussitôt se dissiper. Au contraire, pour les éviter, il faut se tenir en éveil par quelque impression externe.

J'ai connu une dame qui avait besoin pour s'endormir d'avoir une lumière dans sa chambre; elle évitait ainsi la vue de fantômes qui l'obsédaient chaque soir. Cette lumière retardait, il est vrai, l'instant du sommeil, mais l'affranchissait par compensation de cette période intermédiaire.

Après l'état intermédiaire à la veille et au sommeil, examinons l'*état de rêve*. Ce n'est plus seulement le demi-automatisme, c'est l'automatisme complet; car dans le rêve, les facultés sont entièrement livrées à elles-mêmes. Or, ai-je besoin de rappeler que nos rêves sont à chaque instant accompagnés d'hallucinations, parmi lesquelles les plus fréquentes sont celles de la vue et du toucher?

Je n'entends d'ailleurs pas confondre le rêve avec l'hallucination; ce sont deux choses fort différentes. Je ne veux ici que signaler l'intervention très fréquente des hallucinations pendant le sommeil.

Passons maintenant aux états pathologiques, et parlons d'abord de l'état de *mélancolie avec stupeur*, qui a longtemps été confondu à tort avec la stupidité et la démence.

Quand les malades, après leur guérison, rendent compte de ce qu'ils ont éprouvé, il leur semble qu'ils sortent d'un véritable état de rêve. Ils ont vécu pendant plusieurs semaines, plusieurs mois dans un monde imaginaire, ils n'avaient qu'imparfaitement conscience de ce qui se passait autour d'eux, et tous ont été assaillis par des hallucinations nombreuses. Ainsi, l'exercice involontaire des facultés, dans quelque condition qu'on l'étudie, est presque constamment accompagné d'hallucinations. On ne saurait donc nier qu'il facilite la production de ce phénomène. La preuve sera plus complète encore si nous démontrons que la condition opposée, c'est-à-dire l'exercice actif de l'intelligence, empêche ces hallucinations de se produire et les fait cesser quand elles existent.

Rappelons d'abord l'observation de Nicolaï. Il raconte, on le sait, comment il a souvent essayé d'évoquer ses hallucinations en fixant fortement dans son esprit l'image de telle ou telle personne. Il est parvenu à voir très bien ainsi l'image intérieure, mais jamais le phénomène de l'extériorité n'a pu être produit. Or, ce phénomène est ce qui constitue essentiellement l'hallucination.

Ce qu'il y a de plus curieux, c'est que ces hallucinations, que Nicolaï poursuivait en vain à l'aide d'une intuition volontaire et prolongée, se présentaient d'elles-mêmes lorsqu'il cessait de s'en occuper.

Il n'est personne qui n'ait observé quelque chose d'analogue. Si nous cherchons un nom qui nous fuit, il arrive souvent qu'après avoir fait de vains efforts, ce nom se présente de lui-même aussitôt que nous cessons de le poursuivre. Vouloir provoquer directement des hallucinations, c'est aller contre le but et les empêcher de se produire.

Ajoutons à tout ce qui précède qu'il suffit de fixer l'attention des malades pour suspendre leurs fausses sensations. Esquirol nous a laissé une observation qui le prouve. Un ancien préfet était continuellement tourmenté par des voix qu'il appelait *ses bavardes*. Lorsqu'il allait dans le monde et que la conversation l'intéressait les voix se taisaient, mais aussitôt que son esprit n'était plus tenu en éveil par ce qui se disait, *les bavardes* s'emparaient de lui de nouveau.

Un malade en proie à des hallucinations très vives, auquel je donne des soins depuis quelques années, était retenu dans une maison dont il n'avait jamais dépassé l'enceinte; on le fit un jour sortir. Ce premier retour à la liberté, les impressions nouvelles qu'il éprouva, produisirent un tel effet sur lui que pendant les deux heures qu'a duré cette promenade les hallucinations ont cessé; dès sa rentrée elles ont repris leur empire. Ce premier essai a encouragé à renouveler ces promenades; mais les excursions dans la campagne sont devenues une habitude, et maintenant les hallucinations accompagnent le malade au dehors comme au dedans de l'établissement. Tout ce qui fixe fortement l'attention des malades suspend les hallucinations, mais vient toujours le moment de la détente intellectuelle, et le phénomène se reproduit.

On peut encore invoquer en faveur de l'opinion que je défends l'identité des causes qui produisent les hallucinations avec celles qui amènent le plus souvent l'état d'indépendance des facultés.

Prenons un exemple dans celles des passions oppressives qui provoquent le plus souvent les hallucinations. Je veux parler de la peur. Que se passe-t-il, en effet, chez les individus qui se laissent entraîner par la peur? Les idées effrayantes se présentent en foule et provoquent des émotions qui engendrent le trouble général. Cependant la volonté lutte encore, mais bientôt elle sera dominée, et l'automatisme de l'intelligence s'établit. C'est alors, comme on le dit communément, qu'on *s'abandonne* à la peur. Or, qu'on le remarque bien, c'est quand cet abandon commence, c'est-à-dire quand l'automatisme est complet, que les fausses sensations se manifestent et portent le trouble de l'esprit à son comble. C'est ainsi que la peur conduit graduellement à l'automatisme des facultés d'abord, et plus tard aux hallucinations. Un second exemple peut être emprunté aux substances qui, comme le haschich, le datura, la belladone, provoquent très facilement des hallucinations. Ces substances, en effet, amènent en même temps et avant tout l'exercice involontaire des facultés et un état très analogue à l'état de rêve. C'est ce que j'ai éprouvé moi-même lorsque je me suis soumis à l'action du haschich dans le but d'étudier le phénomène de l'hallucination. J'ai commencé par rêver tout haut, croyant ne faire que penser intérieurement, et plus tard j'ai eu des hallucinations de la vue. Disons en passant que les conditions dans lesquelles on prend habituellement le haschich sont bien plus propres à éloigner qu'à produire les hallucinations; on se tient éveillé par des impressions externes très vives et très nombreuses. Je m'étais, au contraire, placé dans l'isolement, le silence et l'obscurité.

Ce que je viens de dire pour le haschich, le datura, la belladone, s'applique également aux hallucinations du *delirium tremens*, qui ont lieu dans des conditions identiques.

Lorsque les hallucinations débutent, elles sont souvent accompagnées d'un état spécial auquel j'ai donné le nom d'*état d'hallucination*. Les malades perdent momentanément conscience de tout ce qui les entoure et ils tombent dans une sorte de rêve. J'ai cité, dans ma *Physiologie des hallucinations*, l'histoire d'une dame qui a très bien décrit cet état. Il débutait chez elle par un grand débordement d'idées, puis elle cessait d'avoir conscience du temps, du lieu, de ce qui l'entourait, et après plusieurs heures remplies par des hallucinations de l'ouïe, elle revenait à elle-même et il lui semblait qu'elle sortît d'un rêve.

Il n'en est plus de même dans l'état chronique. Alors l'exercice volontaire et l'automatisme se succèdent à chaque instant; à peine

(1) Suite. — Voir les numéros des 3, 12, 19 juillet et 9 août.

et qui présente dans une de ses moitiés et sur ses parties latérales un pas de vis; sur l'autre moitié, elle est lisse et plus large, de sorte que le brise-pierre est engrainé ou libre à volonté.

Parlerons-nous maintenant des nouveaux amygdalotomes exposés par MM. Charrière, Luër et Mathieu, pouvant se manœuvrer à l'aide d'une seule main? Si on peut reprocher à ces instruments de n'être pas encore parfaits, on ne peut leur refuser des qualités réelles, et, entre autres, celle de pouvoir être démontés et remontés avec la plus grande facilité, ce qui est fort important pour leur entretien; celui de M. Charrière est disposé de manière à recevoir trois lunettes de diverses grandeurs, disposition heureuse qui permet d'avoir trois instruments au lieu d'un seul.

S'il nous fallait passer en revue tous les perfectionnements de ce genre que nous avons observés, il nous faudrait faire une description bien longue et à coup sûr fastidieuse; nous n'irons donc pas plus loin. Cependant nous signalerons encore les nouveaux perce-crâne fabriqués l'un par M. Mathieu pour M. Ludovic Hirschfeld, l'autre par M. Charrière pour M. Blot; tous deux sont disposés de manière à éviter les tranchants latéraux qui existent dans le perce-crâne de Smelie. L'instrument de M. Blot nous a paru préférable à celui de M. Hirschfeld.

Tous les chirurgiens sentent combien il est important de renfermer dans un espace donné, dans une trousse, par exemple, le plus grand nombre d'instruments possible. M. Charrière fils a rendu un véritable service en faisant subir à ceux qu'il fabrique des modifications que nous allons exposer en peu de mots.

La possibilité d'allonger ou de raccourcir à volonté les pinces à pansement, d'enlever les anneaux, de les désarticuler, a permis de placer dans une trousse des instruments que jamais on n'aurait songé à y faire figurer : telles sont une pince assez longue pour atteindre le col utérin, une pince de Museux, des érignes simple et double.

En retournant le poinçon du trocart et en plaçant la pointe dans le manche, où elle est fixée à l'aide d'une vis, M. Mathieu a rendu le trocart plus portatif; M. Charrière est arrivé au même résultat en retournant la canule, et, de plus, en remplaçant la grande gouttière par un petit entonnoir, en aplatissant le manche, il a pu placer cet instrument dans une trousse. Mais c'est surtout par la confection de la trousse de chirurgie vétérinaire que M. Charrière semble avoir dépassé tout ce que l'on pouvait espérer.

Signalons encore les couteaux à manche démontant exposés par MM. Charrière, Luër, Mathieu et Bonnels (de Bruxelles), qui prennent moins de place dans les caisses d'amputation et sont aussi solides que les couteaux à lame fixe; les diverses espèces de spéculums à manches mobiles et articulés, et principalement le manche à charnière de M. Mathieu, et le spéculum à branches plates de M. Luër; enfin les divers forceps à manche démontant, à manche à coulisse, etc.

Les ciseaux articulés à l'aide d'une vis tendent à disparaître entièrement. L'articulation à pivot ou mieux l'articulation à tenon, d'après le système de M. Charrière, permet de séparer les deux branches, de les nettoyer complétement; de plus, on ne doit plus craindre le desserrement de la vis. Ce mode d'articulation a permis de faire des instruments à articulation excentrique. Les nouveaux procédés d'articulation de la lame des bistouris permettent de nettoyer complétement l'intérieur de l'instrument, et la lame ne peut plus se rouiller; ce résultat a été obtenu à l'aide de plusieurs mécanismes extrêmement ingénieux imaginés par MM. J. Charrière, Mathieu et Luër. Enfin les verrous des pinces à torsion, les crochets des pinces à ressort sont disposés d'après un système tellement simple qu'ils peuvent être déplacés, nettoyés et remis en place en un instant.

Tels sont les perfectionnements qui nous ont semblé présenter le plus d'intérêt. Il nous reste encore à parler des inventions; celles-ci sont bien nombreuses : il en est un bon nombre qui ne présentent pas d'avenir parce que le mécanisme est trop compliqué, ce qui rend l'instrument peu maniable; d'autres ont été provoqués par un cas spécial, et ne peuvent trouver que des applications fort rares. Si ces instruments méritent d'être signalés à cause de leur mécanisme ingénieux, il en est d'autres qui n'offrent aucun intérêt et qui n'ont été imaginés que dans un but unique de spéculation; nous ne dirons rien de ces derniers, et nous nous occuperons surtout de ceux qui présentent une véritable utilité pratique.

Cet examen fera le sujet de notre prochain article. A. JAMAIN.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
À Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. Decq;
A Genève, à la librairie de JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Recherches cliniques sur les maladies du cœur d'après les leçons de M. le professeur Bouillaud, par E. AUBURTIN, chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris à l'hôpital de la Charité; précédées des *Considérations de philosophie médicale sur le vitalisme, l'organicisme et la nomenclature médicale*, par M. le professeur BOUILLAUD, membre de l'Académie impériale de médecine. Un vol. in-8°. Prix : 6 fr. — En vente chez J. Viat, libraire-éditeur, cour du Commerce, 12, près l'École de médecine.

abandonnez-vous le malade à lui-même que l'hallucination recommence. Tout cela a lieu sans conscience, et désormais l'état de calme, nous dirons presque de neutralité, a disparu. Il faut que le malade soit fixé et attentif ou qu'il soit en proie à des hallucinations.

Un malade que M. Calmeil a bien connu, et qui est auteur d'un roman assez estimé, a son existence partagée presque sans interruption et sans transition appréciable entre la réalité et l'hallucination. Dans une conversation que vous engagez avec lui, il ne vous a pas plutôt répondu que vous le voyez écoutant des voix qui lui parlent. S'il était possible d'admettre en même temps l'existence de deux états opposés, cet halluciné nous en offrirait un exemple. Mais la simultanéité de l'activité et de la passivité implique contradiction. Rapprochez tant qu'il vous plaira l'hallucination de l'activité volontaire, vous verrez toujours qu'on ne saurait les confondre, car l'une finit quand l'autre commence. L'automatisme des facultés est si bien la condition nécessaire de l'hallucination, qu'il suffit d'un instant d'exercice actif ou attentif de l'intelligence pour la voir se dissiper comme se dissipe l'obscurité dès l'apparition du plus faible rayon de lumière.

Tout cela a lieu sans que le malade en ait conscience, et désormais il n'y a plus pour lui d'intervalle de repos; il faut que son esprit soit fixé et attentif ou qu'il soit en proie aux hallucinations. J'ai connu un littérateur qui était ainsi dans une sorte de lutte incessante contre ses hallucinations. Les misérables, me disait-il quelquefois en parlant de ses persécutions, les misérables ne me permettent pas même de corriger mes épreuves. Dans chaque instant de détente, en effet, les voix reparaissaient avec une telle intensité que tout travail était devenu presque impossible.

Telle est avec ses arguments principaux la théorie que j'ai formulée, au moins pour ce qui regarde les conditions qui favorisent la production des hallucinations. Cherchons maintenant les objections qu'il serait possible de présenter contre l'opinion que je viens d'émettre.

On pourrait, pour prouver que l'exercice volontaire des facultés et les hallucinations ne s'excluent pas comme je le prétends, faire valoir les rapports intimes qu'on observe très souvent entre les idées dominantes des malades et leurs fausses sensations; rapports dont je vais citer quelques exemples.

Un jeune mari, séparé de sa femme depuis plusieurs mois à la suite de querelles de ménage, prend la résolution de faire une démarche pour l'engager à rentrer au domicile conjugal. Il avait longtemps hésité, incertain qu'il était du succès de cette démarche. A peine était-il en route qu'il entend une voix qui répétait derrière lui ces mots : Il réussira, il ne réussira pas; il la ramènera, il ne la ramènera pas, etc.

A ce fait, cité par Leuret, j'ajouterai le suivant, que j'ai moi-même publié :

Une femme met le feu à ses draps après en avoir reçu l'ordre d'une voix qu'elle entendait au-dessus d'elle. Bientôt la chambre se remplit d'une fumée épaisse; la même voix lui dit alors de sortir. Cette femme erre dans les rues de Paris pendant plusieurs heures, et, au moment où elle passait devant la boutique d'un boulanger, la voix, qui la suivait toujours, l'engage à acheter du pain et à manger. Plus loin, en face d'une fontaine, on lui donne l'ordre de boire, etc.

Dans ces exemples, comme dans beaucoup d'autres, les hallucinations reflètent, comme on le voit, les pensées actuelles des malades. Mais nous ne voyons pas en quoi cela pourrait détruire l'opinion que j'ai défendue. Est-ce que nos rêves n'ont pas souvent trait aux idées qui nous ont occupés, aux émotions que nous avons éprouvées, et cependant l'indépendance des facultés n'est-elle pas alors aussi complète que possible? M. Lélut rapporte l'observation d'un enfant qui, visitant une usine, fut très impressionné à la vue d'un laminoir. Le soir, à peine endormi, il se sent tout à coup saisi par la terrible machine, qui lui broie les pieds et les jambes; il pousse des cris affreux et se réveille. Pendant près d'un mois, la même hallucination se renouvelle au grand détriment de la santé de cet enfant, déjà sérieusement altérée.

On cite encore l'exemple de ces fanatiques de l'Inde qui, par la vue longtemps prolongée d'une image, arrivent à l'état d'hallucination et revoient cette image alors qu'elle n'est plus sous leurs yeux.

Ces faits, dont nous ne contestons pas l'exactitude, ne sont rien moins que probants. Il arrive, en effet, qu'après une tension longtemps prolongée et une fatigue extrême de l'esprit, l'exercice involontaire s'établit comme un repos forcé, et l'hallucination arrive comme dernier terme de l'excitation, mais dans un état complet d'indépendance des facultés. Seulement la transition d'un état à l'autre se fait toujours sans conscience, de sorte qu'on pourrait croire, si on s'en rapportait aux apparences, que l'hallucination a été le résultat direct de l'effort de méditation.

Je ne saurais trop le rappeler, toute tension d'esprit est suivie de l'état opposé, et c'est ce qui explique les distractions si fréquentes et quelquefois si étranges des hommes qui passent leur vie au milieu de profondes méditations. Guislain rapporte que Newton saisit un jour la main de sa fiancée assise à côté de lui, et qu'avec un doigt de cette main, qu'on lui abandonna sans défiance, il enfonça dans sa pipe le tabac enflammé; il ne fut tiré de sa distraction que par le cri de douleur que poussa la jeune fille. Newton rêvait alors tout éveillé. Toute préoccupation prolongée, en effet, appelle la rêverie, c'est-à-dire l'indépendance des facultés, car, pour l'intelligence, l'indépendance c'est le repos.

Un mot maintenant sur les idées images et sur la faculté mnémonique des peintres. On s'est appuyé sur ce fait pour essayer de prouver que l'hallucination n'est qu'une exagération de l'état physiologique, comme si ce phénomène ne constituait pas la déviation la plus étrange que nous offre la pathologie. Il n'est donc pas possible de confondre l'idée sensation des peintres et l'hallucination. Sans être doué de cette faculté remarquable qu'ont les grands artistes, chacun de nous peut faire sur soi-même une expérience qui lui en donnera du moins une idée suffisante. Prenez un objet à quelque distance de vous, regardez-le fixement et dans son ensemble et dans ses détails de configuration, fermez les yeux en pensant à l'objet et en cherchant à vous le représenter, répétez l'épreuve plusieurs fois de suite, ouvrez et refermez les yeux, et comparez enfin les deux impressions. Eh bien, j'affirme qu'il y a une différence énorme; je la définis par le mot qui nous a déjà servi et que nous a enseigné Nicolaï, je veux parler de l'*extériorité* de la sensation.

Quand nous voyons réellement un objet, nous le voyons à distance, hors de nous, sans effort, et la sensation que nous éprouvons ne peut jamais être assimilée à la représentation tout intérieure et toute imaginative de ce même objet.

Le fait caractéristique de l'hallucination, c'est donc l'extériorité de l'objet absent, c'est-à-dire la reproduction d'une sensation réelle.

On dit que cette faculté spéciale d'imagination des grands peintres se trouve développée au plus haut degré chez notre grand artiste Horace Vernet. Or il a été interrogé sur ce point par M. Maury, et sa réponse se trouve en parfaite conformité avec notre opinion. M. Horace Vernet ne voit pas l'image sensation au dehors, il la voit dans sa pensée, intérieurement, c'est-à-dire dans une condition qui ne permet plus de l'assimiler ni de la confondre avec une hallucination dont l'extériorité est, comme nous l'avons dit, le caractère nécessaire.

En résumant les objections et les réponses que nous y avons faites, il reste établi que les rapports d'analogie entre les idées dominantes, les préoccupations et les hallucinations ne constituent pas contre notre théorie un argument qu'on ne puisse facilement détruire. L'idée dominante et la préoccupation préparent à l'hallucination, cela est vrai, mais c'est en provoquant la fatigue et l'excitation cérébrales. Elles amènent ainsi l'automatisme; et l'automatisme est, comme on le sait, la condition la plus favorable à la production des hallucinations, j'allais presque dire l'atmosphère dans laquelle elles se manifestent.

Je suis donc en droit de conclure :

1° Que l'hallucination est avant tout et toujours un état morbide;

2° Que ce phénomène a surtout pour condition l'automatisme des facultés, c'est-à-dire l'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination;

3° Qu'enfin l'état opposé, c'est-à-dire l'exercice actif et volontaire de ces mêmes facultés, fait cesser les hallucinations quand elles existent, ce qui rappelle l'expression heureuse de M. Garnier, à savoir, que l'attention est mortelle aux fausses conceptions.

(La suite à un prochain numéro.)

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. MAISONNEUVE.

Polype naso-pharyngien avec prolongements multiples dans la bouche, les narines, la fosse zygomatique, la joue, la fosse temporale. — Extirpation de l'os maxillaire supérieur. — Guérison.

Dans la séance du 31 août dernier, M. Maisonneuve avait présenté à l'Académie de médecine un jeune homme affecté d'un polype naso-pharyngien qui, prolongé dans les diverses anfractuosités de la face, avait produit une horrible déformation du visage.

Ce chirurgien avait émis l'opinion que ce polype avait son origine vers la partie supérieure du pharynx, et qu'en sacrifiant l'os maxillaire supérieur il pourrait arriver à son pédicule. Il ajoutait que, d'après l'expérience qu'il avait de ces sortes de tumeurs et des opérations qu'elles nécessitent, il espérait pouvoir représenter le malade guéri dans six semaines.

Ses espérances se sont réalisées, et il est venu de nouveau soumettre à l'examen de l'Académie ce jeune homme, qui est actuellement débarrassé de sa tumeur et guéri de son opération.

Voici les détails de cette observation :

Boulac (Antoine), âgé de vingt ans, coutelier, de Rhodez, est venu, sur la recommandation de son médecin, se confier aux soins de M. Maisonneuve dans le but d'être débarrassé d'une énorme tumeur de la face.

Le malade en faisait remonter le début à deux ans; mais à cette époque elle avait déjà acquis assez de volume pour occasionner de la gêne dans le pharynx. Un an après, le polype envoyait déjà des prolongements dans la narine gauche, dans la fosse zygomatique, la joue et la fosse temporale. Sur le conseil de M. X..., médecin de l'hôpital de Rhodez, Boulac se rendit à Montpellier, où il fut admis à l'hôpital Saint-Eloi. Après un séjour de six semaines, on le renvoya sans rien tenter pour sa guérison. C'est alors que le médecin de Rhodez l'engagea à venir trouver M. Maisonneuve. Il arriva à Paris le 30 juillet, et fut immédiatement reçu dans le service de ce chirurgien à l'hôpital de la Pitié.

Le côté gauche de la face présentait alors une tuméfaction énorme qui envahissait la joue, la fosse zygomatique, la fosse temporale. Un autre prolongement de la tumeur remplissait la fosse nasale gauche et refoulait la cloison vers la narine droite, qui se trouvait entièrement obstruée.

A l'intérieur de la bouche, les désordres étaient encore plus graves. Un troisième prolongement de la tumeur remplissait le pharynx, et, faisant hernie à travers le voile du palais et la voûte palatine, venait s'épanouir dans toute la partie supérieure de la cavité buccale. La respiration, la phonation, la déglutition surtout étaient notablement gênées, et tout faisait présager qu'avant peu ces importantes fonctions allaient être entièrement compromises. Tel était l'état du jeune malade quand M. Maisonneuve le soumit à l'examen de l'Académie dans la séance du 31 juillet.

Il pensa qu'il n'y avait pas à hésiter sur l'urgence de l'opération; le malade y était décidé. Elle eut lieu le surlendemain 2 août, d'après la méthode de M. Flaubert (de Rouen), méthode qui consiste à enlever d'abord l'os maxillaire supérieur; seulement, M. Maisonneuve en modifia l'exécution de manière à éviter autant que possible la difformité consécutive.

Description de l'opération. — Le malade étant soumis au chloroforme, l'opérateur divisa d'un seul trait, sur la ligne médiane, le nez et la lèvre supérieure. D'un seul coup de bistouri il incisa transversalement les parties molles comprises entre la racine du nez et l'angle interne de l'œil; puis, disséquant le large lambeau circonscrit par ces deux incisions, il mit à découvert la face antérieure de l'os maxillaire et de la tumeur qui l'enveloppait. Avec une scie à chaîne passée dans la fente sphénoïdale, il divisa promptement l'apophyse malaire. De deux coups de cisailles, il coupa l'apophyse montante de l'os maxillaire et l'apophyse palatine, puis avec le même instrument porté sur les apophyses ptérygoïdes du sphénoïde, il sépara la dernière adhérence de l'os et l'enleva.

Dès lors il fut facile de voir dans son ensemble l'énorme tumeur, dont les prolongements s'étendaient dans toutes les anfractuosités de la face, et surtout de reconnaître son pédicule. M. Maisonneuve regretta de n'avoir pas à sa disposition l'écraseur linéaire de M. Chassaignac, il eût trouvé là une heureuse application. Il se contenta d'exciser le pédicule avec des ciseaux courbes, de promener quelques cautères sur les vaisseaux qui fournissaient du sang et de faire un léger tamponnement. Tout étant en ordre, il rapprocha les lèvres de la plaie au moyen de la suture entortillée.

Les suites de cette opération si grave en apparence furent des plus heureuses; le malade eut à peine de la fièvre et la réunion de la plaie s'opéra par première intention.

Examen de la tumeur. — La tumeur, de nature fibreuse, était adhérente par un pédicule très court, dont la section présente une surface circulaire de 3 centimètres de diamètre. Elle se divise en deux portions principales qui ne tenaient ensemble que par un pédicule vasculaire gros comme le doigt.



L'une de ces portions occupait la fosse nasale gauche; pénétrait à travers l'écartement du voile du palais et des os maxillaires, jusque dans la bouche. La seconde enveloppait l'os en dehors et en avant, et se prolongeait dans la joue d'une part, puis d'autre part, jusqu'à la partie supérieure de la fosse temporale, en passant sous l'arcade zygomatique. Deux kystes séreux existaient dans l'épaisseur de cette deuxième portion.

Explication de la planche. — A. Os maxillaire supérieur gauche. B. Portion nasale palatine et pharyngienne de la tumeur. C. Portion temporale. D. Portion génienne.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 18 septembre 1855. — Présidence de M. JOBERT (de Lamballe).

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

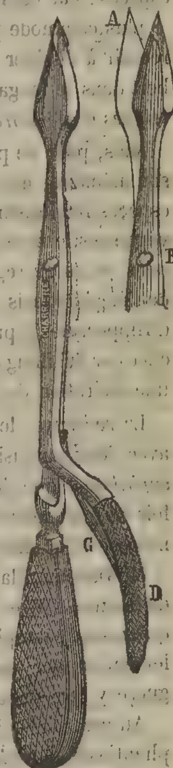
M. le ministre du commerce transmet :

Vaccine. — Les états de vaccination pour l'Isère, la Seine Inférieure, la Creuse et l'île de la Réunion. (Commission de vaccine);

Et diverses notes relatives à des remèdes secrets.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Nouveau craniotome. — M. Charrière fils présente un nouveau craniotome fabriqué pour M. le docteur Hippolyte Blot, et qui permet la suppression de la gaine appliquée aux ciseaux de Smelie.



Cet instrument se compose de deux lames se recouvrant l'une par l'autre, de telle sorte que, l'instrument étant fermé, le dos mousse de la lame de droite déborde la lame de gauche, et réciproquement.

Chaque face de la lame supporte à son sommet A une arête qui, lorsque l'instrument est fermé, forme avec le sommet de la lame une pointe quadrangulaire (cette indication a été donnée par M. le docteur Marchand, de Charenton). Un clou qui s'engage dans une échancrure limite la course des deux lames en dedans, et le ressort C les empêche de se porter en dehors.

Pour ouvrir l'instrument, il suffit de presser avec une seule main sur la bascule D; l'autre main reste libre et peut servir de guide pour conduire la pointe de l'instrument jusque sur la tête du fœtus.

Les deux branches sont articulées par le tenon B.

Idiot microcéphale. — M. Lunier, médecin en chef de l'asile des aliénés de Blois, adresse une lettre avec l'observation d'un idiot microcéphale. (Commission des Aztèques.)

Fièvre puerpérale. — M. le docteur Lemaire transmet un supplément à son rapport sur la fièvre puerpérale qui a régné à Dunkerque en 1854. (Commission des épidémies.)

Eaux minérales de Bagnols. — M. Dufresse de Chassaigne adresse une lettre sur la composition des eaux minérales de la vieille source dite source principale de Bagnols (Lozère). (Commission des eaux minérales.)

Luxation du poignet. — M. Legouest, médecin major agrégé au Val-de-Grâce, communique une note sur la luxation du poignet en avant. (Commissaires : MM. Larrey et Malgaigne.)

Choléra. — M. le docteur Paul Rouët adresse un mémoire ayant pour titre : *De la constitution paludéenne et de la constitution cholérique, ou histoire d'une épidémie cholérique à Saint-Laurent d'Aigouse* (*Gard*). (Commission du choléra de 1854.)

RAPPORTS.

Remèdes secrets. — M. Robinet lit, au nom de la commission des remèdes secrets, une série de rapports dont les conclusions négatives sont adoptées.

Radesyge et lèpre de Norvége. — M. Gibert fait le rapport suivant, sur un mémoire relatif à la *spédalskhed* de Norvége, adressé à l'Académie par M. le docteur Delioux, médecin en chef de la marine, etc.

J'ai déjà eu occasion à plusieurs reprises, soit dans des rapports académiques, soit dans des présentations empruntées à mon service de l'hôpital Saint-Louis, d'appeler votre attention sur les maladies cutanées exotiques, telles que la *pellagre* des Asturies, le *molluscum* d'Amboyne, la *radesyge* de Norvége, les diverses formes de *lèpre* de nos colonies, dont quelques rares exemples sont venus s'offrir à notre observation sous un climat qui leur est généralement étranger.

De ces maladies, les unes, telles que la pellagre, le molluscum, la radesyge, et peut-être *l'éléphantiasis arabe*, ou du moins une forme d'œdème dur et hypertrophique qui la simule, peuvent se produire exceptionnellement dans nos régions tempérées; les autres, constamment exotiques, telles que le *pian* d'Amérique et *l'éléphantiasis grecque*, ne s'observent que sur des sujets qui ont habité les pays où ces affections règnent à l'état endémique.

L'auteur du mémoire dont nous avons à vous rendre compte ayant eu occasion d'observer sur les côtes de Norvége la radesyge et la *spédalskhed*, ou éléphantiasis, a cru avec raison que les remarques qu'il a pu faire sur ces deux maladies vous offriraient quelque intérêt.

Il est seulement à regretter que M. Delioux, ne consultant que les traités classiques, ait négligé de prendre connaissance de quelques documents importants publiés, soit dans les journaux de médecine, soit dans vos bulletins; plusieurs des assertions qu'il émet et des jugements qu'il prononce auraient pu être rectifiés. Il aurait vu, par exemple, que la lèpre vulgaire des Grecs (simple variété du *psoriasis*) avait depuis longtemps été rejetée du cadre des lèpres proprement dites; que la radesyge avait été depuis longtemps aussi distinguée de l'éléphantiasis, ainsi que je l'ai fait moi-même dans une présentation que je vous ai soumise en mars 1846; il aurait vu surtout que l'éléphantiasis tubéreuse, ou *leontiasis*, ne doit pas être confondue avec la lèpre des livres saints : tout au plus pourrait-on rapprocher cette dernière de l'espèce dite *anaisthetos* par Robinson.

De même qu'à Paris nous observons des espèces intermédiaires aux *syphilides* et aux éruptions scrofuleuses, que l'on pourrait désigner sous le nom de *syphiloïdes*, de même dans les climats où sont endémiques les affections lépreuses, on observe des éruptions tuberculeuses diverses que les uns confondent et que d'autres distinguent, bien qu'elles aient ensemble plusieurs points de contact. De là ces divergences d'opinion qui font que dans nos colonies d'Amérique, par exemple, certains observateurs ont voulu rattacher le *pian* et le *frambœsia* à nos formes syphilitiques ou scrofuleuses, tandis que d'autres, avec plus de raison, en ont fait des espèces distinctes; de là aussi la confusion établie par quelques observateurs entre le *molluscum* d'Amboyne, la *radesyge* et *l'éléphantiasis* de Norvége, tandis que d'autres, parmi lesquels nous nous rangeons, séparent ces maladies en autant d'espèces.

Ajoutons que, suivant que l'on prend en considération les formes apparentes seulement de l'éruption, ou que, comme Schilling, par exemple, on s'attache surtout à la *diathèse*, on arrive à distinguer ou à confondre des espèces qui présentent en effet des différences de forme, mais certaines ressemblances de nature. Pour ma part, sans exclure assurément ce dernier genre de considérations lorsqu'il peut être assez bien établi pour servir de guide, je crois pourtant que c'est d'abord sur la considération des formes que doit être basée la classification des espèces, car ce mode de classification, outre qu'il est le plus simple et le plus commode pour l'étude clinique, est aussi celui qui peut le mieux réussir à dissiper la confusion qu'avait fait naître l'admission par Alibert dans le langage scientifique des termes vulgaires de *dartres*, de *teignes* et de *lèpres*.

Mais, pour ne pas sortir du sujet spécial traité par M. Delioux dans son mémoire, nous dirons que la lèpre proprement dite comprend trois espèces bien distinctes, savoir : l'éléphantiasis grecque, désignée en Norvége sous le nom de spedalskhed [c'est à tort que l'auteur suppose que nous avons pu regarder la spedalskhed comme une maladie différente de l'éléphantiasis (1)]; l'éléphantiasis *anaisthetos* des Anglais, *leucé* d'Hippocrate, lèpre antique des Hébreux; l'éléphantiasis arabe, rapprochée par Schilling de l'éléphantiasis grecque, comme ayant pour principe une altération du sang identique.

La *radesyge* de Norvége, confondue par quelques médecins du pays avec l'éléphantiasis, est une maladie spéciale qui se rapproche plus des *syphiloïdes* que des lèpres proprement dites; cependant elle offre parfois ce phénomène commun avec l'éléphantiasis, qui consiste dans la nécrose et la chute des phalanges.

M. Delioux, dans son mémoire, a particulièrement insisté sur cette distinction entre la radesyge et l'éléphantiasis; mais il n'a observé qu'un seul exemple de la première affection, et encore à un degré tellement avancé que les caractères propres de l'affection ne pouvaient guère y être signalés.

Au contraire, il a bien vu et bien décrit plusieurs cas de cette éléphantiasis *anaisthetos*, qui paraît à peu près inconnue en France.

M. Delioux s'est attaché en outre à rechercher les causes de la lèpre, et il exprime à ce sujet une opinion fort analogue à celle de Lorry, qui regardait comme source principale de cette horrible maladie l'usage presque exclusif comme aliment du poisson salé, fumé et diversement altéré. M. Delioux y joint le défaut de pain, qui s'observe généralement dans les contrées où règnent la radesyge et l'éléphantiasis.

(1) Voir mon rapport académique du 3 octobre 1848.

Évidemment on doit ajouter encore les conditions climatériques, parmi lesquelles l'*humidité* semble jouer un rôle important.

Quant au traitement, nous avons pu bien des fois constater, pour notre part, l'impuissance des préparations mercurielles, arsenicales, iodurées dans l'éléphantiasis, tandis qu'elles paraissent au contraire jouir de quelque efficacité dans la radesyge : ce qui viendrait encore à l'appui de l'analogie que j'ai cru devoir signaler entre cette dernière affection et les *syphiloïdes*.

En somme, si le mémoire de M. Delioux ne nous offre rien de nouveau à signaler, il offre du moins de l'intérêt comme pouvant concourir à l'élucidation des matières obscures et difficiles qui en font le sujet.

Nous vous proposons, en conséquence, de déposer ce mémoire dans vos archives et de le considérer comme un nouveau titre à l'appui de la candidature de M. Delioux au rang de membre correspondant de l'Académie.

Après quelques mots échangés entre MM. Piorry, Desportes et Gibert, les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

LECTURES.

Calcul d'une grande dimension extrait de la vessie sans opération sanglante. — M. Blache lit, au nom de M. Passaquay, médecin à Lons-le-Salnier (Jura), une note sur un calcul d'assez grande dimension et embroché dans une tige métallique, extrait sans le secours d'aucune opération sanglante d'une jeune fille. Le fait rapporté par M. Passaquay est remarquable :

1° Au point de vue du degré énorme de dilatation que peut atteindre chez la femme le canal de l'urètre, dilatation qui peut avoir une grande importance, et dont la connaissance pourrait modifier au profit des calculeux la médecine opératoire, au moins dans certains cas;

2° Parce qu'on a obtenu un succès que la position de la malade rendait impossible par le fait de toute autre opération. Le calcul avait 6 centim. de long sur 4 de diamètre; il pesait, avec son axe, 55 gram.; le porte-plume avait 9 centim. de long sur 5 millim. de diamètre.

M. Velpeau trouve le fait rapporté par M. Passaquay intéressant, mais il n'est pas rare. Il y a un point qui lui paraît obscur dans la relation. L'auteur pense-t-il que le calcul s'était développé dans l'urètre? (M. Blache : Non.) Quant au procédé opératoire qui a été mis en usage dans cette circonstance, il pourrait aussi être l'objet de quelques observations. Est-ce une bonne chose que cette issue d'un calcul volumineux à travers l'urètre, qu'il a dû forcer, érailler? N'eût-il pas été plus convenable de briser le calcul dans la vessie avant d'en faire l'extraction?

Séquestres osseux dans les diverses parties de l'appareil auditif. — M. Ménière lit une note sur quelques cas de séquestres osseux observés dans les diverses parties de l'appareil auditif.

S'il y a des maladies de l'oreille dans lesquelles le médecin peut intervenir utilement, dit M. Ménière, il en est d'autres, et des plus graves, qui sont évidemment, sinon au-dessus, du moins en dehors des ressources de l'art, et dont la guérison appartient aux efforts salutaires de l'organisme. Une étude attentive de certaines affections qui occupent toutes les parties de l'appareil auditif m'a démontré que les lésions du tissu osseux dans lequel est contenu cet organe sont loin d'offrir la gravité qu'on leur attribue. J'ai observé dans ce genre de guérison spontanée des faits qui constituent, non des tours de force de ce qu'on appelle la nature médicatrice, mais des opérations régulières ayant pour but l'élimination de la partie frappée de mort.

M. Ménière rapporte dans son travail quelques faits pour montrer ce qu'on peut attendre de cette force intérieure qui repousse au dehors les corps privés de vie, devenus, par conséquent, corps étrangers, et dont le séjour au sein des organes vivants n'est plus possible.

Examinant ensuite successivement les lésions dont sont susceptibles les trois parties de l'oreille : la partie externe, la moyenne et l'interne, il se résume en ces termes sur chacun de ces points :

Les lésions du tissu osseux constituant le conduit auditif externe sont communes et sans gravité; elles guérissent ordinairement d'elles-mêmes; le tissu frappé de mort est éliminé par fragments imperceptibles ou en masse plus ou moins volumineuse; et dans tous les cas les parties molles cicatrisées ne conservent que de faibles traces d'une maladie très souvent méconnue faute d'examen suffisant, et toujours regardée comme sérieuse par ceux qui constatent son existence.

L'oreille moyenne, bien que profondément située, offre des conditions anatomiques telles que les maladies du tissu osseux y sont fréquentes. Dans les lésions de l'oreille moyenne encore, il faut tout attendre du travail intérieur qui se fait au bénéfice de l'individu; nos moyens d'action dans ce genre de maladie sont de simples accessoires, et j'ai eu bien des fois la preuve que la guérison pouvait s'effectuer sans eux.

Il en est de même des lésions physiques du tissu osseux de l'oreille moyenne. Plusieurs observations démontrent le danger d'intervenir d'une manière active, d'introduire, par exemple, un instrument dans le méat auditif sans être dirigé par l'œil aidé d'une lumière directe et suffisante.

Enfin, M. Ménière, après avoir rapporté un exemple remarquable de guérison spontanée à la suite de l'expulsion d'un séquestre profondément situé dans l'oreille interne, tire de ce fait un argument contre l'opinion de ceux qui portent un si fâcheux pronostic toutes les fois que l'on constate au fond du conduit auditif l'altération du tissu osseux. Je ne sache pas, dit-il en terminant, qu'en pareille occurrence les topiques dits maturatifs, digestifs, etc., aient quelque influence sur ce travail réparateur dont le secret nous échappe. Il ne nous reste de l'ancien arsenal thérapeutique que l'eau destinée à enlever les produits de la suppuration, quelques sels métalliques plus ou moins désinfectants. Mais nous reconnaissons hautement la souveraine influence d'une bonne hygiène et d'une nourriture saine et abondante, et puis nous prescrivons l'usage méthodique de certains remèdes dits altérants, dont l'action moléculaire s'exerce dans la profondeur des organes. (Commissaires : MM. Gimelle, J. Cloquet et Jobert.)

Hématurie rénale. — M. M. Semmola lit un mémoire intitulé *De l'hématurie rénale; recherches de chimie et d'anatomie pathologique.* En voici les conclusions :

1° L'hématurie rénale change sa nature chimique en rapport avec son caractère aigu ou chronique. Dans le premier cas, c'est l'hématine; dans le second, c'est principalement l'émofeine qui altère la qualité de l'urine.

2° Il arrive rarement que la seconde soit la conséquence de la première, c'est-à-dire que, se rapportant à des conditions anatomo-pathologiques de deux ordres différents, il n'est pas possible (ou cela ne peut être seulement qu'à la longue) que l'hématurie rouge soit suivie de l'hématurie foncée ou émofeinurie.

3° L'autopsie nous a montré que les hématuries foncées ne se rapportent jamais aux états inflammatoires des reins. C'est, au contraire, une congestion plus ou moins lente, un engorgement veineux de ces organes que nous avons observé dans sept exemples d'hématurie. C'est pour cela que l'émofeine sort très facilement avec les urines dans le cours de plusieurs altérations organiques du tissu des reins, par exemple dans la maladie granuleuse.

4° Il paraît encore très probable que certaines altérations du sang favorisent beaucoup la production de l'hématurie foncée. Dans trois cas sur sept les malades avaient été atteints plusieurs fois par des vomissements et des selles de la même couleur, et dans un cas surtout cette mélène avait lieu abondamment au moment de l'hématurie.

5° La conséquence pratique que nous avons pu tirer de ces observations a été de renoncer complétement au traitement antiphlogistique ou résolutif dans l'hématurie foncée et de donner la préférence à la méthode antiseptique. L'emploi des limonades sulfuriques, du cochléaria et quelquefois même des amers toniques modifie facilement et sans danger le trouble de la sécrétion rénale, quand elle n'est pas la conséquence de lésions anatomiques profondes. (Commissaires : MM. Ségalas, Lagneau et Guérard.)

Fièvre typhoïde. — M. Wanner lit une première partie d'un mémoire sur la fièvre typhoïde. Une commission sera nommée lorsque M. Wanner aura communiqué la suite de son travail.

PRÉSENTATIONS.

Appareil à fracture. — M. Lemaux soumet à l'examen de l'Académie un appareil de son invention pour les fractures de jambe.

Instrument destiné à faciliter l'extraction des calculs volumineux de la vessie. — M. da Costa présente un instrument qu'il a imaginé pour faciliter l'extraction des calculs dans l'opération de la taille lorsque leur volume excessif ne leur permet pas de franchir les voies pratiquées dans le périnée.

Cet instrument, auquel il donne le nom de lithotribe à trois effets, consiste en une forte tenette à mors saillants, qui, au moyen d'un mécanisme particulier, peuvent non-seulement écraser le calcul par pression, mais encore le broyer par un mouvement de va-et-vient de l'une des branches sur l'autre, et par percussion. L'idée en a été suggérée à M. da Costa par la difficulté qu'il a rencontrée plusieurs fois d'extraire par les voies artificielles des calculs d'un volume excessif. C'est à M. Mathieu que M. da Costa a confié l'exécution de cet instrument.

Ablation d'un polype naso-pharyngien, etc. — M. Maisonneuve présente un malade auquel il a pratiqué l'extirpation de l'os maxillaire supérieur pour faciliter l'ablation d'un polype naso-pharyngien avec prolongements multiples dans la bouche, les narines, la fosse zygomatique, la joue et la fosse temporale. (Voir plus haut.)

— La séance est levée à quatre heures et demie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par suite de l'arrivée d'un nombre considérable de malades et de blessés évacués de l'armée d'Orient, le nouvel hôpital de Château-d'O à Montpellier a été ouvert le 4 septembre. Trois services y sont actuellement ouverts; ils sont confiés à MM. les docteurs Loyer, médecin-major, Jaumes et Benoît, professeurs à la Faculté de médecine.

— Le concours pour les emplois de sous-aide-major vient d'avoir lieu à Montpellier sous la présidence de M. l'inspecteur Vaillant; onze candidats seulement, dont sept médecins et quatre pharmaciens, s'y sont présentés.

— Des lettres reçues de plusieurs départements de l'Est constatent que le choléra a diminué d'intensité dans ces départements. Dans celui du Bas-Rhin, en particulier, il a presque entièrement cessé. Ainsi à Strasbourg, sur une mortalité totale de 252 individus pour le mois d'août, on ne compte que 54 décès causés par le choléra.

Cependant, il y a quelques jours, plusieurs cas nouveaux ont reparu à Haguenau.

— La *Gazette médicale de Toulouse* annonce que la santé publique dans cette ville a subi cette année plus qu'à l'ordinaire l'influence des chaleurs caniculaires, qui ont déterminé un grand nombre d'affections gastro-intestinales. Quelques cas de choléra s'y sont également manifestés, mais sans présenter de gravité.

Il n'en est malheureusement pas de même sur certains points de la Haute-Garonne et de l'Ariége. A Fos et à Saint-Beat, entre autres, le choléra a fait d'assez nombreuses victimes. On a compté dans cette dernière ville jusqu'à 15 et 18 cas par jour, parmi lesquels, assure-t-on, quelques-uns de foudroyants. Depuis l'apparition de l'épidémie sur les frontières d'Espagne, on a remarqué qu'elle semblait de préférence suivre le cours de la Garonne.

— A Montpellier, rien ne semblerait devoir faire craindre le développement spontané du choléra; il est bien vrai que l'on observe un certain nombre de diarrhées et de dérangements intestinaux, mais ces phénomènes n'ont par eux-mêmes rien d'insolite ni d'inquiétant. Nous pourrions donc rester dans une sécurité parfaite si les faits qui se sont présentés dans notre voisinage n'étaient plus que suffisants pour nous tenir en éveil. Il est, en effet, malheureusement trop certain que le choléra a éclaté avec une grande intensité dans une commune peu éloignée (à Murviel) et dans une autre partie du département.

(Revue thérap. du Midi.)

LE SOUSD.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8

N° 111. — SAMEDI 22 SEPTEMBRE 1855. (28e ANNÉE.) N° 111. — SAMEDI 22 SEPTEMBRE 1855.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De quelques nouvelles tentatives de traitement du choléra. Compression de l'aorte.

Quelque triste et décourageant que soit le rôle de l'historien à qui incombe la tâche de suivre pas à pas les phases des épidémies cholériques et d'enregistrer les nombreuses et décevantes promesses d'une thérapeutique incessamment renouvelée et toujours aux abois, nous ne devons cependant pas faillir à ce rôle et aux devoirs qu'il impose. Puisse un jour une découverte réelle et sérieuse nous dédommager de tant de déceptions, ou puissions-nous plutôt être débarrassés définitivement d'un fléau contre lequel la médecine s'est montrée jusqu'ici si impuissante !

Nous avons reçu depuis peu plusieurs communications qui portent toutes ce même cachet de confiance que l'on trouvait dans leurs devancières, et qui dure jusqu'à ce que l'erreur ou l'illusion, dont les causes sont si nombreuses, vienne à se dissiper dans l'esprit même de leurs auteurs en présence de la triste réalité.

Nous nous bornerons pour le moment à porter à la connaissance de nos lecteurs un fait qui nous a été signalé par l'un des élèves de M. Piorry, et auquel ce professeur paraît attacher assez d'importance pour en prendre l'occasion d'une nouvelle série d'expériences dont il ne manquera pas sans doute de nous faire connaître les résultats. Voici ce fait :

Ayant appris que plusieurs cholériques à la période algide avaient été frappés de syncope au moment où pour les besoins du traitement on les enlevait au décubitus horizontal, M. Piorry eut l'idée de faire immédiatement comprimer l'aorte à l'aide d'un bandage de ventre solidement établi sur trois malades atteints au même degré. Chez l'un d'eux le pouls était à peine sensible ; on l'interrogeait vainement chez les autres, qui touchaient tous deux au summum de l'asphyxie. Tous trois avaient la voix éteinte.

Or voici ce que M. Piorry a constaté :

Deux de ces malades recouvrèrent immédiatement leur timbre de voix habituel ; le troisième le recouvra seulement assez pour se faire comprendre.

Chez l'un de ces malades, les accidents diarrhéiques se distancèrent aussitôt et cessèrent assez promptement. Ce malade, couché au n° 12 de la salle Saint-Charles, est aujourd'hui en voie parfaite de guérison. Le passage de la période algide à la réaction a été si doux et si insensible qu'il a été impossible d'y voir, même en germe, un seul de ces épiphénomènes qui rendent parfois cette période presque aussi dangereuse que la première.

Quant aux deux autres, ils en étaient à ce point où la médecine est toujours impuissante ; aussi succombèrent-ils.

Sans accorder à ce fait physiologique plus de portée thérapeutique qu'il n'en comporte, M. Piorry l'a jugé digne cependant de l'attention des médecins, et il se propose de poursuivre quelques expériences, dans l'espoir d'arriver peut-être à des applications utiles.

Anévrisme artérioso-veineux du pli du coude guéri par la compression.

Un malade est sorti ces jours-ci des salles de M. Nélaton, à la Clinique, guéri d'une lésion grave après un séjour de cinq mois, séjour qu'on ne trouvera pas trop long quand on saura qu'il s'agit d'un anévrisme artérioso-veineux traumatique du pli du coude. Nous n'avons pas voulu laisser échapper cette occasion de signaler un nouveau succès d'une méthode à laquelle on n'a peut-être pas assez souvent recours.

Le nommé P..., âgé de soixante-dix ans, vigoureux, d'une forte constitution, est entré à l'hôpital de la Clinique le 25 avril dernier. Il avait été saigné six semaines auparavant pour une pneumonie. Quinze jours après la saignée seulement, il s'aperçut de l'existence au pli du coude d'une tumeur grosse comme une noisette ; cette tumeur augmentant graduellement de volume, et gênant d'ailleurs de plus en plus les mouvements du bras, cet homme se décida à entrer à l'hôpital. La tumeur avait alors environ le volume d'une moitié d'œuf de poule ; elle était le siége de pulsations très distinctes et d'un soulèvement périphérique isochrones avec les battements artériels : le tout cessant dès qu'on comprimait l'artère humérale. Elle était réductible, complétement fluctuante ; on n'y sentait point de caillots organisés. L'auscultation y faisait percevoir le bruit de susurrus caractéristique et un bruit de souffle continu, dont la plus grande intensité correspondait au point occupé par la cicatrice de la saignée. L'application du doigt sur ce point faisait cesser la perception de ces bruits.

Les mouvements du membre étaient très gênés et douloureux ; le malade éprouvait, en outre, des douleurs continues dans le pli du coude. L'avant-bras et la main étaient œdématiés ; enfin, l'artère brachiale paraissait dure au toucher et plus ou moins cartilagin ifiée en certains points, circonstance qui pouvait être attribuée en partie à l'anévrisme et peut-être aussi à l'âge déjà avancé du malade.

La circonstance que nous venons de signaler, qu'en appliquant le doigt sur le point correspondant à la cicatrice de la saignée on faisait cesser la perception du bruit de susurrus et qu'on interrompait par conséquent la communication artérioso-veineuse, fit naître l'idée qu'il serait possible, en établissant une compression permanente sur ce point, de transformer l'anévrisme artérioso-veineux en un anévrisme faux consécutif simple, ainsi que M. Nélaton avait déjà eu l'occasion de l'observer dans des circonstances analogues, et d'en obtenir à la longue la guérison complète.

L'œdème dont l'avant-bras et la main étaient le siége ne constituait pas une contre-indication sérieuse à l'emploi de ce moyen. Il fut décidé de concert avec M. Broca, dont M. Nélaton voulut avoir l'avis, qu'on essayerait chez ce malade ce mode de traitement, qui avait déjà donné d'ailleurs d'heureux résultats entre les mains de ce professeur.

Le premier essai de compression a consisté à appliquer sur le pli du coude une compresse pliée en plusieurs doubles et maintenue par quelques tours de bande et un bracelet de caoutchouc par-dessus. Cette compression fut maintenue pendant six semaines, mais elle n'eut aucun effet sensible, la tumeur étant restée dans le même état. On essaya alors l'appareil compresseur de M. Broca, dont nous avons dans le temps entretenu nos lecteurs. Mais, soit que la compression portât en même temps et trop directement sur le nerf médian, soit que l'artère, trop mobile en ce point, se dérobât à la compression, toujours est-il que le malade ne put pas la supporter à cause des douleurs vives qu'il endurait et qu'on fut obligé au bout de quelques jours d'y renoncer.

On reprit alors la compression avec la bande de caoutchouc ; mais voyant au bout de quelque temps qu'il n'y avait aucun progrès, M. Nélaton songea à tenter un moyen préconisé par les journaux américains : la compression digitale. Des élèves en médecine, se relevant d'heure en heure, comprimaient d'une manière continue avec l'extrémité d'un doigt sur le point de communication des deux vaisseaux lésés, sans autre interruption que celle que nécessitait de temps en temps le changement de doigt ou de main pour prévenir la lassitude. Cette compression fut ainsi continuée pendant quarante-quatre heures. Elle fut très bien faite et très bien supportée le premier jour ; mais la fatigue et l'insomnie qui en étaient inséparables obligèrent à y renoncer. L'épreuve, d'ailleurs, avait paru suffisante. Au bout de quarante-quatre heures il n'y avait pas eu d'effet sensible.

Ce fut alors que M. Nélaton institua un mode de bandage compressif qui a eu un plein succès. Il consistait en un disque de gutta-percha appliqué sur le point de communication de l'artère et de la veine, avec un petit linge cératé comme intermédiaire. Le disque de gutta-percha était fixé par des bandelettes de diachylon ; le tout maintenu par une bande roulée partant de l'extrémité des doigts et par une bande de caoutchouc. Enfin, auxiliairement, le malade maintenait le membre élevé et comprimait lui-même, avec le pouce et l'index de la main gauche, l'artère humérale pendant une grande partie de la journée. Il a eu la constance d'exercer cette compression environ huit heures par jour pendant plusieurs semaines consécutivement.

Ce dernier mode de compression a eu un résultat des plus satisfaisants. A dater de ce moment, on a pu apprécier une diminution graduelle dans le volume de la tumeur. Il y a trois semaines environ, lorsqu'on a enlevé définitivement cet appareil, on ne trouvait plus à la place de la tumeur qu'un petit noyau dur ayant tout au plus le volume d'une petite fève, offrant une sensation obscure de fluctuation à son centre, mais ne laissant plus percevoir ni pulsations, ni soulèvement, ni aucun bruit de souffle et de susurrus. L'engorgement du membre était dissipé ; le malade n'y éprouvait plus de douleur et pouvait exécuter plus librement les divers mouvements de son membre.

Nous n'avons voulu, pour le moment, signaler ce fait qu'au point de vue de la guérison. Sous ce rapport seul, il est assurément digne d'intérêt, et il mérite d'être rapproché d'un fait semblable et dont la solution a été également heureuse ; il a été recueilli dans le temps dans le service de M. Nélaton et publié dans la *Gazette des Hôpitaux* (28 novembre 1846). Il eût été intéressant aussi sans doute de rechercher jusqu'à quel point on y trouverait une confirmation du fait curieux signalé dans deux observations précédentes par M. Nélaton, le passage de l'anévrisme artérioso-veineux à l'état d'anévrisme faux consécutif avant d'arriver à la guérison définitive. Mais il ne nous a pas été possible de constater et de suivre la succession des symptômes de cette transformation, et en particulier le passage du bruit de soufflet à double courant continu, ou bruit de souffle intermittent et isochrone aux battements artériels, qui a été signalé par cet observateur comme le signe de ce phénomène physiologico-pathologique.

En l'absence de renseignements suffisants à cet égard, nous avons jugé plus sage de nous abstenir. D'autres faits d'ailleurs nous fourniront très probablement l'occasion de reprendre cette question.

De quelques analogies et de quelques différences entre la contusion et la brûlure au point de vue pronostique. — Moyen simple de remédier aux collections sanguines consécutives aux contusions profondes.

Dans une de ses dernières leçons cliniques, M. Velpeau, en faisant l'analyse des principaux cas de contusions et de brûlures observés pendant le cours de l'année scolaire, s'est livré à quelques considérations sur les analogies et les différences que présentent ces deux ordres de lésions, qui ont un double intérêt pratique au point de vue du pronostic et du traitement.

Entre la contusion et la brûlure, dit M. Velpeau, il existe plus d'une analogie. Toutes deux offrent des degrés, et ces degrés sont les mêmes ; car, selon la violence et l'intensité du choc, on observe dans les tissus contus de la rougeur, des phlyctènes, des eschares plus ou moins profondes, ou même toutes ces lésions réunies sur le même sujet, à tel point qu'il est impossible, dans bien des cas, de distinguer à la vue une contusion d'une brûlure ; non-seulement la lésion est la même, mais encore le travail de réparation suit la même marche, et plus tard, quand l'eschare est tombée, aucun signe ne permet de distinguer la plaie qui est le résultat d'une contusion de la plaie consécutive à une brûlure.

Voici dans ces deux maladies quel doit être le pronostic : une contusion et une brûlure au premier degré sont en général des maladies légères, quand même elles auraient une certaine étendue. Pour la brûlure, cependant, tout le monde sait que le péril devient extrême lorsqu'elle occupe, même au premier degré, une surface très considérable ; mais, à part cette exception, la guérison a lieu en trois ou quatre jours.

Lorsque la brûlure et la contusion sont au troisième degré, c'est-à-dire lorsqu'il y a eschare, l'élimination de la partie mortifiée, la détersion et la cicatrisation de la plaie demanderont dans l'un et l'autre cas au moins de quinze à vingt-cinq jours.

Mais si l'on compare les brûlures profondes et les contusions profondes, on trouve des différences importantes. Ici toute la gravité est du côté de la brûlure. Sans doute, si la contusion a détruit la peau en même temps qu'elle a altéré les tissus profonds, la suppuration, les infiltrations purulentes seront également à redouter ; mais la peau peut rester saine, car en vertu de son élasticité elle fuit souvent devant un choc qui va broyer des parties plus profondes, et alors la marche de la maladie est bien différente. A l'abri du contact de l'air, les tissus broyés peuvent se cicatriser sans suppuration ; et si par hasard il n'y a pas attrition des tissus, mais simplement épanchement sanguin, le pronostic deviendra plus favorable encore, surtout si le sang est à l'état d'infiltration. Dans ces cas-là, quelle que soit l'étendue de la lésion, la résolution peut parfaitement s'opérer, grâce à l'intégrité de la peau. Si le sang est à l'état de collection, le travail d'absorption peut souvent rester impuissant, et l'on voit persister alors une tumeur hématique qui nécessite quelquefois l'intervention active de la chirurgie. Mais il est un moyen thérapeutique très simple qui vient naturellement à l'esprit et qu'il faut employer tout d'abord dans les cas de ce genre, autant toutefois que l'application en soit rendue possible par la disposition des parties.

On vient de voir que la guérison se fait rapidement toutes les fois que le sang est à l'état d'infiltration, pourquoi ne pas essayer de transformer une collection sanguine en infiltration sanguine? Or cette transformation est possible ; par une pression énergique et vigoureuse on détermine la rupture des cloisons celluleuses qui limitent la collection, on écrase les caillots sanguins et on les force à se disperser en couches minces et faciles à résorber au milieu du tissu cellulaire ambiant.

C'est là une méthode qui malheureusement n'est pas toujours applicable, car, pour que ces tentatives de rupture soient efficaces, il faut qu'il y ait au-dessous du foyer sanguin un point d'appui solide, comme une aponévrose épaisse et résistante, ou mieux encore une surface osseuse. C'est ainsi que trois fois, dans le courant de cette année, M. Velpeau a obtenu d'une manière instantanée la guérison de dépôts sanguins placés au-devant du tibia.

L'exemple de ces faits doit engager les praticiens à ne pas abandonner uniquement à la nature la résorption de ces collections sanguines, qui ne s'opère souvent qu'en un temps extrêmement long, et à essayer avant tout autre moyen, dans les cas où il serait applicable, le procédé si simple qui a si bien réussi entre les mains de M. Velpeau dans les circonstances que nous venons de rappeler.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Bazin.

Cours de séméiotique cutanée, suivi de leçons théoriques et pratiques sur la scrofule et les teignes (1).

Nous abordons ici une question des plus intéressantes, et, je le dis à regret, des moins cultivées de la pathologie médicale. L'analyse rigoureuse des manifestations morbides; l'examen de leur valeur dans le diagnostic et dans le pronostic; l'influence qu'elles exercent sur les indications thérapeutiques n'ont pas été étudiés, même par les auteurs spéciaux, avec le soin et la précision que ces questions me semblent comporter, et pour nous en tenir au sujet de ces leçons, la séméiotique cutanée n'existe réellement nulle part. Lisez les ouvrages de Double, de Landré-Beauvais, la *Pathologie générale* de M. Chomel, les traités de MM. Rostan et Piorry, et vous verrez de quelle manière ce sujet si important a été envisagé par ces auteurs d'ailleurs si recommandables. Et d'abord, première cause d'imperfection : les symptômes et les signes fournis par la peau ont été rejetés dans le chapitre consacré à l'habitude du corps, tandis que les troubles fonctionnels sont indiqués à l'occasion des lésions des organes des sens et à propos du sens du tact en particulier. En second lieu, les pathologistes ont bien reconnu que certaines lésions, telles que les sudamina, les pétéchies, ne sont autre chose que des symptômes d'affections plus graves, mais ils n'ont pas compris que d'autres lésions, le lichen, le psoriasis, l'eczéma, etc., ne sont également que des symptômes. Cette erreur tient à ce que les premières (sudamina, pétéchies) se montrent dans des affections aiguës ou chroniques à courte période, dans lesquelles la maladie principale est trop nettement accusée pour être méconnue, tandis que les autres se montrent le plus habituellement seules, et qu'il faut un examen attentif et sévère pour les rattacher à la maladie dont elles dépendent réellement (dartre, syphilis ou scrofule). On a donc vu des maladies de la peau là où il ne fallait voir que des lésions symptomatiques.

La séméiotique spéciale, dont nous allons nous occuper, suppose donc la connaissance des différentes altérations dont la peau peut être le siége, et de plus la connaissance de la nosographie humaine; car il ne suffit pas de connaître et de nommer telle ou telle forme de lésion tégumentaire, il faut encore connaître la maladie dont elle n'est que la manifestation extérieure.

L'étude de la symptomatologie cutanée renferme trois groupes :

Le premier comprend les troubles de la sensibilité spéciale, c'est-à-dire du tact, et les troubles de la sensibilité générale, c'est-à-dire les démangeaisons, les douleurs, etc.

Le second a pour objet l'étude des modifications que peuvent présenter dans leurs caractères physiques et chimiques les produits excrétés, soit normaux : la sueur, l'humeur sébacée; soit anormaux ou morbides : les flux séreux ou sanguins.

Enfin le troisième groupe se compose des modifications que peut offrir la peau dans ses caractères physiques. Les uns sont communs à tout l'organisme, tels que la coloration jaune de l'ictère, la décoloration de la chlorose, etc.; les autres sont spéciaux, ce sont les *éruptions*.

Nous ne parlerons que de la seconde subdivision de ce troisième groupe, c'est-à-dire des éruptions, que nous aurons à décrire dans leurs différents modes, et à envisager successivement comme symptômes et comme signes.

Les *éruptions cutanées* sont des produits morbides primitivement locaux et circonscrits qui surviennent dans les maladies, et se montrent soit à la surface de la peau, soit à l'origine des muqueuses. Il faut les regarder comme des symptômes, nous l'avons déjà dit, et non comme des maladies; elles servent à traduire des états pathologiques divers : il ne faut donc pas les considérer comme des essentialités morbides. Qu'y a-t-il de commun, par exemple, entre les pustules de la syphilis, de la variole, de la scrofule ou de la dartre, si ce n'est l'existence d'une petite inflammation locale avec suppuration?... Dans chacune des maladies que nous venons de mentionner, et qui doit être décrite à part, n'ont-elles pas une marche, une évolution particulière?...

(1) Suite. — Voir les numéros des 26, 28 juillet, 21 août et 4 septembre.

Rapprocherez-vous le tubercule du *noli me tangere* du tubercule du lupus ou de celui du molluscum? Le seul caractère qui les rapproche, c'est qu'ils sont constitués par une saillie circonscrite et arrondie de la peau.

Nous devons donc étudier ensemble, et pour la première fois, ces différents symptômes à un moment donné de leurs périodes et dans toutes leurs modifications, et rechercher leur valeur dans le diagnostic, le pronostic et le traitement des maladies. Dans cette étude, nous devrons nous placer successivement à deux points de vue : 1° au point de vue graphique ou symptomatique; 2° au point de vue séméiotique. Il va sans dire que la partie séméiotique suppose la connaissance préalable des maladies.

§ I. Partie graphique ou symptomatologique.

Ici trois parties bien distinctes : 1° l'histoire des modifications que peuvent présenter les phénomènes de l'éruption; 2° recherche de la nature de l'éruption; 3° diagnostic différentiel des éruptions.

A. J'aborde immédiatement le premier point, c'est-à-dire l'*histoire des modifications présentées par le phénomène éruptif.*

Nous aurons à examiner successivement les éruptions sous les rapports suivants : 1° du siége; 2° des caractères physiques (aspect, couleur, forme, etc.); 3° du nombre et de la disposition; 4° de l'étendue; 5° du mode d'apparition; 6° de l'évolution, c'est-à-dire des transformations qu'elles peuvent subir; 7° de la marche; 8° de la durée; 9° enfin des terminaisons.

Voilà bien des distinctions; mais à mesure que nous avancerons dans l'étude de la séméiotique cutanée, vous en comprendrez davantage l'importance. Je vous engage donc, dès à présent, à les graver dans votre mémoire, car elles doivent vous servir de guide au lit du malade si vous voulez procéder à une analyse sévère des maladies que la clinique vous offre à examiner.

Reprenons :

1° Le *siége* est très variable. Tantôt l'éruption envahit toute la surface du corps, les exanthèmes, par exemple; tantôt elle n'occupe qu'une région déterminée. Notons que chaque phénomène morbide affecte un siége de prédilection.

2° Relativement aux *caractères physiques*, ils présentent également des variétés assez nombreuses que l'on peut rapporter à quatre formes principales :

Les taches ou macules, les boutons ou tumeurs, les exfoliations et la solution de continuité.

Ces différentes lésions existent seules, ou groupées deux par deux, trois par trois; on peut même les rencontrer toutes réunies. Elles sont d'ailleurs semblables ou dissemblables. On sait l'importance qu'y ont attachée les pathologistes modernes; nous devons donc vous les faire connaître avec soin.

La *tache* est une modification de la couleur qui se montre soit sur la peau, soit à l'origine des muqueuses; elle est sans élevure ou avec saillie très légère. Les taches ont servi à former deux ordres dans la classification de Willan, les exanthèmes et les macules. Elles constituent souvent la première période de l'évolution du bouton; cela est surtout évident pour la variole, dans laquelle la pustule est précédée d'une petite tache rouge. Elle est quelquefois recouverte d'une exfoliation furfuracée.

Le *bouton* est caractérisé par une saillie circonscrite qui peut également se montrer sur la peau et à l'origine des muqueuses, et dans une foule de maladies différentes; sous ce nom, nous comprenons les vésicules, les bulles, les pustules, les furoncles, les abcès dermiques, les papules, les tubercules, les mycosis, les végétations, les hypertrophies crypteuses, les loupes et les godets faviques.

L'*exfoliation* consiste dans le détachement des couches superficielles de l'épiderme mortifiées, ou bien dans la concrétion de produits de sécrétion déposés ou végétants sous forme de lames et de lamelles à la surface de la peau. Mais ici entendons-nous bien sur la valeur des mots : ce n'est pas seulement à l'acte de séparation que je donne le nom d'exfoliation, mais au produit, c'est-à-dire à la matière exfoliée elle-même ou au produit déposé. L'exfoliation est le plus ordinairement consécutive à l'une des deux formes précédentes.

L'*ulcère* ou solution de continuité : il est rarement primitif et succède d'ordinaire à l'une des variétés du bouton.

Comme conséquence possible de ces quatre formes se présente la *cicatrice*. Elle a une valeur incontestable dans la séméiotique, et sert fréquemment à déterminer la nature de l'affection qui lui a donné naissance, soit qu'il existe encore d'autres manifestations de la maladie principale, soit qu'elle en constitue la seule trace. Elle sert donc au diagnostic actuel ou rétrospectif.

3° Quant au *nombre* et à la *disposition*, l'éruption peut être unique ou multiple, n'occuper qu'une région ou toute la surface du corps, être disposée par groupes plus ou moins régulièrement configurés, ou bien être dispersée sans ordre. On comprend combien l'appréciation de tous ces caractères est importante pour le diagnostic.

4° L'*étendue*, le *volume* des différents modes d'éruption offrent de grandes différences : ainsi, pour les taches, depuis le puncticule de la pétéchie jusqu'aux larges plaques de l'érysipèle; pour le bouton, depuis la papule du lichen ou du prurigo jusqu'aux grosses bulles du pemphigus...

5° Le mode d'*apparition* est simultané ou successif; c'est là un caractère que l'on a souvent l'occasion d'invoquer dans le diagnostic et qui a une grande valeur dans beaucoup de cas. Il en est de même du mode de progression de haut en bas, de bas en haut, du centre à la circonférence, etc.

6° L'*évolution* consiste dans les phases successives, dans les transformations diverses de l'éruption. Ici tout est subordonné à la maladie principale; c'est elle qui commande le mode d'apparition et la marche des différentes manifestations cutanées destinées à la traduire. La tache, par exemple, peut rester tache pendant toute la durée de la maladie, comme dans la rougeole, ou bien se transformer en bouton, comme dans la variole, dans le pemphigus.

7° La *marche* de l'éruption est nécessairement en rapport avec celle de la maladie dont elle dépend; elle peut d'ailleurs se terminer avant ou après celle-ci, être continue ou intermittente, etc.

8° Rien de plus variable que la *durée* des éruptions tégumentaires; il en est qui n'apparaissent que pendant quelques instants, celles de l'urticaire, par exemple, d'autres qui persistent pendant de longues années. Il est bien évident que ces variations dépendent de la nature de la lésion et de la nature de la maladie, et que dès lors elles entrent comme élément dans les déterminations diagnostiques.

9° Enfin, la *terminaison*, nous venons de le dire, a lieu avant ou après celle de la maladie; il peut d'ailleurs rester des traces, des stygmates, telles que des taches, des cicatrices.

Ces cicatrices, quand elles sont étendues, profondes, constituent des difformités et même, suivant le siége qu'elles affectent, de véritables infirmités (destruction des paupières, du nez, etc.).

B. Vient maintenant l'étude de la *cause prochaine*, ou, si vous l'aimez mieux, de l'état organique qui donne immédiatement lieu aux phénomènes observés.

Considérés sous le rapport de la cause, ces phénomènes peuvent être partagés en six groupes. Nous aurons donc :

1° Des *éruptions congéniales*, qui sont des arrêts de développement ou des déviations primitives de l'organisme, certains cas de vitiligo, par exemple;

2° Des *éruptions mécaniques* ou chirurgicales, l'ecchymose, par exemple;

3° Des *éruptions artificielles*, qui sont le résultat d'un travail organique et non le produit immédiat de l'action extérieure, telle est l'action de la moutarde, de l'huile de croton tiglium, de l'émétique, des cantharides, etc.;

4° Des *éruptions parasitiques*, c'est-à-dire déterminées par des êtres organisés appartenant au règne animal (l'acarus) ou au règne végétal (le microsporon); ces différentes éruptions mécaniques, artificielles ou parasitiques sont bien manifestement de cause externe, mais elles agissent sur des organisations plus ou moins prédisposées aux affections cutanées; elles éveillent alors des prédispositions dont les effets ont été confondus avec les résultats simples et immédiats de la cause extérieure : c'est ainsi que la dartre a été dans beaucoup de cas confondue avec la gale; les auteurs ont voulu voir dans les déterminations cutanées qui accompagnent cette maladie autre chose que l'action irritante produite par l'acarus : ils lui ont supposé un venin;

5° Enfin, il y a encore des *éruptions patholo-génétiques* produites par l'ingestion de substances médicamenteuses : exemple, l'érythème, les furoncles qui surviennent par suite de l'administration des préparations arsenicales;

6° Les *éruptions pathologiques* qui sont inflammatoires ou non inflammatoires, ou constituées par une matière étrangère au corps (exfoliations squammeuses, croûteuses, etc.).

C. Nous devons maintenant dire quelques mots du *diagnostic différentiel* des éruptions.

Au premier abord, rien ne semble plus facile que de reconnaître des lésions exposées librement à l'action de la vue et du toucher, et cependant le diagnostic est souvent entouré de sérieuses difficultés. Une tache saillante peut être prise pour un bouton; les boutons vésiculeux pour des boutons papuleux; des papules volumineuses pour des tubercules à leur début; de grosses vésicules pour de petites bulles, d'autant mieux que, dans leur évolution, certaines lésions passent successivement par différentes formes. La pustule de la variole, par exemple, a été tour à tour tache, papule et vésicule avant de revêtir les caractères qui lui sont propres. Les différentes sortes d'éruptions artificielles, pathologiques, etc., peuvent aussi être confondues. Rien de plus commun que de voir les différentes manifestations de la psore être prises pour des dartres, la teigne tonsurante de la face pour le pityriasis, etc. Enfin, des éruptions artificiellement provoquées en imposent quelquefois pour des éruptions morbides. C'est ainsi que des malades, moyennant un peu de poudre de cantharides, ont créé de toutes pièces et entretenu pendant plus ou moins longtemps des éruptions bulleuses que l'on prenait pour du pemphigus jusqu'à ce qu'enfin la ruse eût été découverte. Nous en avons vu un exemple.

§ II. Partie séméiotique.

Les éruptions tégumentaires exercent, en général, une grande influence sur le diagnostic, le pronostic et le traitement des maladies, qu'elles servent même quelquefois à dénommer; ainsi, pour les fièvres éruptives (rougeole, scarlatine, etc.). Dans d'autres cas, c'est un épiphénomène, un accessoire sans importance.

Certaines circonstances, telles que l'âge, le sexe, le climat, les influences hygiéniques, exercent une action très appréciable sur la valeur des éruptions. Ainsi, elles ont moins d'importance dans la jeunesse que dans l'âge adulte. On sait qu'à l'époque de la dentition les enfants sont tourmentés d'éruptions de différentes sortes, vésiculeuses, papuleuses, etc. Chez les femmes, la signification est

également moins marquée; et aussi dans les climats chauds, chez les personnes soumises à un régime échauffant.

L'aspect de l'éruption des vésicules remplies d'un liquide noirâtre, par exemple, ou des taches hémorrhagiques aggravent le pronostic. Et relativement au traitement, la nature de l'éruption peut faire naître certaines indications particulières, comme d'ouvrir la trachée dans certains cas de variole avec laryngite suffocante.

Si maintenant nous voulons analyser les ressources que les différents modes des éruptions offrent au diagnostic, nous arriverons aux résultats suivants :

L'observateur doit d'abord porter son attention sur le *siége* de l'éruption; il en résulte des notions diagnostiques non-seulement pour distinguer les éruptions entre elles, mais encore les maladies dont elles dépendent. Il apprendra ainsi que les formes papuleuses affectent de préférence la face externe des membres. Une éruption de nature douteuse sur le front lui fera penser à la syphilis; une éruption de différentes formes, vésiculeuse, papuleuse, pustuleuse, répartie sur toute la surface du corps, à l'exception de la face, devra diriger son attention sur l'existence probable de l'acarus, dont il lui restera à chercher les sillons.

Quant à la *forme* particulière de l'éruption, tache, bouton, exfoliation, etc., en raison de leur importance, il faudrait ici plusieurs leçons pour épuiser ce sujet.

Une seule tache sur le visage ou sur une partie découverte du corps, tache surmontée d'une petite vésicule brunâtre, ne doit-elle pas faire craindre une pustule maligne? La *disposition* par groupes ou la dissémination au hasard des formes de l'éruption distinguera la dartre de la gale; les taches en groupe de la rougeole ne seront point confondues avec les plaques étalées de la scarlatine. L'étendue, les *dimensions* des produits de l'éruption servent précisément à les classer; car c'est d'après le volume que l'on sépare la vésicule de la bulle, la papule du tubercule. Dans la convalescence d'une fièvre éruptive, le mode d'exfoliation permettra d'établir un diagnostic rétrospectif, quand on se rappellera que la desquamation par furfure succède à la rougeole, tandis que celle en larges lambeaux est la conséquence de la scarlatine.

L'éruption se fait à peu près simultanément dans les maladies aiguës, et successivement, progressivement et avec lenteur dans les maladies chroniques. L'*évolution* est très importante à étudier; elle vous fait connaître les phases diverses par lesquelles peut passer un produit éruptif avant de revêtir la forme qui lui est propre. Ainsi, nous l'avons déjà dit, la tache est souvent le prélude du bouton; la papule précède quelquefois la vésicule. Il faut donc attendre que le produit soit arrivé à sa maturité pour se prononcer sur le titre qui lui appartient. La *durée* est également une circonstance très importante dans le diagnostic. Une durée de quelques instants avec disparition complète est le propre de l'urticaire. On connaît, au contraire, la longue durée des affections dartreuses, scrofuleuses, etc. La guérison suivie de récidive donne de grandes présomptions en faveur de la dartre. La durée éclaire encore le diagnostic rétrospectif. Une ulcération du gland qui n'a persisté que pendant quelques jours vous empêchera de croire à l'existence d'un chancre; il y a toute raison de croire qu'il s'agissait d'un herpès. Enfin, bien des fois vous pourrez reconnaître une maladie aux *cicatrices* qu'elle aura laissées à sa suite. Des cicatrices blanchâtres plus ou moins plissées au cou annonceront la scrofule; de petites cicatrices blanches assez semblables à celles que laissent les sangsues et disséminées sur la face auront très probablement succédé à l'acné.

Relativement au *pronostic*, chacune des modifications déjà étudiées exerce une influence incontestable.

Ainsi, le siége sur une partie découverte, près des orifices naturels du corps, présente assurément plus d'inconvénients que sur d'autres parties. Pour le nombre, il est bien évident que dans les maladies aiguës les éruptions discrètes peu considérables sont moins graves que les éruptions confluentes et très abondantes; et dans les maladies chroniques, la dissémination sur tout le corps est plus sérieuse que la délimitation à une région étroite. Une éruption qui se développe rapidement ou qui disparaît avec facilité est de meilleur augure qu'une éruption tenace et sujette à récidive. Les lésions qui laissent des cicatrices sont plus fâcheuses que celles qui disparaissent sans laisser de traces, etc.

Enfin les différentes manières d'être des éruptions fournissent des *indications thérapeutiques*, d'abord en éclairant le diagnostic, et ensuite en déterminant certaines médications spéciales. Quelques exemples justifieront cette assertion.

Les éruptions qui siégent sur les parties internes réclament des topiques liquides; le voisinage des ouvertures naturelles ou d'organes importants exige une thérapeutique assez active qui hâte la guérison. Les différentes formes ont en général une médication appropriée; les papules, les squames, les vésicules, etc., ne se traitent pas de la même manière. Quand l'éruption est bornée à une partie peu étendue, on peut employer les topiques. Si tout le corps est envahi, c'est aux bains qu'il faut avoir recours, mais surtout aux moyens internes. Les dimensions modifient aussi les déterminations du praticien. Ainsi des loupes volumineuses, qui gênent considérablement le malade, seront emportées. L'évolution et la nature doivent jouer ici un grand rôle. On sait que des éruptions de nature cancéreuse doivent être détruites; les éruptions inflammatoires réclament l'éloignement de la cause et l'emploi des antiphlogistiques, des émollients. La marche envahissante d'une éruption pose deux indications formelles : d'abord d'enrayer les progrès de l'éruption à l'aide des caustiques, des emplâtres, du collodion, et en second lieu de la borner. Ici encore les caustiques peuvent être fort utiles en limitant le travail morbide par une cautérisation circonférentielle.

Aux éruptions de longue durée on opposera nécessairement une thérapeutique puissante, énergique; on pourra, au contraire, négliger celles qui sont éphémères. Les cicatrices faibles, délicates, seront protégées; les cicatrices vicieuses seront corrigées, etc.

Enfin, si le vieil aphorisme *ablatâ causâ tollitur effectus* est une vérité, il est bien évident que la nature étiologique commandera toute une thérapeutique. N'est-il pas évident que dans les affections parasitaires toute médication autre que la médication parasiticide devra échouer?

DES MOYENS DE REMÉDIER AUX DOULEURS DES REINS chez les femmes en couches.

Par M. le docteur BOURSIER (de Creil).

Peiné des atroces et longues souffrances que les maux de reins font éprouver aux femmes qui accouchent; impatienté, pour mon propre compte, de passer autant de temps sans résultat, je me suis demandé dans quelles conditions se produisaient les maux de reins, ou pourquoi le travail marchait si lentement, comment on pourrait y remédier.

Voici ce que le toucher m'a appris. Dans presque tous les cas l'utérus est en antéversion, de telle sorte que la tête de l'enfant ou la partie qui se présente se trouve portée contre la région lombaire retenue par le segment inférieur et antérieur de la matrice non complétement dilatée, qui fait, par rapport au petit bassin, l'office d'un obturateur plus ou moins incomplet.

Dans des cas très pénibles et très douloureux, j'ai vu la tête s'engager dans le petit bassin, coiffée de ce segment inférieur; alors les maux de reins étaient excessifs, et la marche du travail d'une lenteur désespérante.

Une fois que la tête est hors de la matrice, les contractions se produisant selon l'axe du petit bassin, les coliques succèdent ordinairement aux douleurs de reins, et le travail se termine facilement. Dans les exceptions, c'est-à-dire dans les cas où les douleurs de reins persistent jusqu'à l'expulsion du produit, on peut constater que l'utérus n'a pas repris sa direction verticale, et que ses contractions se font toujours selon un axe antéro-postérieur prononcé.

En partant de ce point de vue, les indications à remplir ne sont point difficiles; la pratique m'en a démontré les heureux résultats, et pour la patience et pour le temps du médecin.

Si le travail est avancé, il suffit ordinairement de faire coucher la femme, de refouler avec la main, en arrière et en haut, le globe utérin, ou avec un doigt recourbé d'en ramener en avant l'orifice.

Ces manœuvres sont difficilement supportées par cela même qu'elles provoquent de violentes coliques.

Si j'arrive au début, j'établis une forte compression du ventre avec une serviette ou une nappe pliée large et fortement serrée, de telle sorte qu'on produit le refoulement de l'utérus en haut et en arrière.

Les résultats sont :

1° Soulagement immédiat des douleurs lombaires, ainsi qu'il arrive en soulevant les femmes au moyen d'alèzes; c'est déjà une simplification, attendu que cela permet aux patientes de se promener autant qu'elles le veulent, le coucher étant souvent impossible;

2° Les muscles de l'abdomen et l'utérus lui-même ont aussi un point d'appui des plus assurés, sans causer de fatigue;

3° Les maux de reins font place aux coliques, si toutefois la compression est assez forte; par suite, la durée du travail est considérablement diminuée.

Dans quelques cas, je facilite et hâte ce dernier résultat par une faible dose de poudre d'ergot de seigle, 0,25 centigrammes au plus.

Je ne rapporterai point d'observations à la suite de cette pratique, tous les médecins étant à même d'en faire l'essai presque chaque jour. La croyant bonne, je la communique et la recommande.

Au lieu de serviette, on pourrait avoir une ceinture *ad hoc* faite en tissu dense et pouvant se serrer à volonté et graduellement. La compression doit être forte dans le milieu et moindre en haut et en bas. Les femmes la supportent très facilement.

(*Journ. des conn. méd.-chirurg.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 5 septembre 1855. — Présidence de M. GOSSELIN.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Clot-Bey adresse une lettre de remercîments à l'occasion de sa nomination de membre correspondant.

La Société reçoit les numéros de l'année du *Journal de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. GERDY montre un sujet affecté d'une fracture ancienne de la partie moyenne de la clavicule non consolidée et n'apportant néanmoins aucune gêne dans les mouvements du membre.

Le malade, qui a aujourd'hui dix-neuf ans, avait trois ans lors de l'accident; la fracture ne fut nullement contenue et la réunion n'eut point lieu. Ce cas est intéressant au point de vue anatomique, physiologique et séméiologique.

1° *Au point de vue anatomique*, car les fragments se sont développés indépendamment l'un de l'autre, et cependant la somme des deux fragments présente une longueur à peu près égale à celle de la clavicule du côté sain; il n'y a qu'un demi-centimètre de raccourcissement; la fracture a eu lieu à la réunion du tiers externe avec les deux tiers internes de la clavicule; le fragment externe chevauche sous l'interne dans l'étendue de 1 centimètre; le fragment interne regarde par son extrémité en haut, en dehors et en avant, et fait saillie sous la peau. Le moignon de l'épaule est abaissé; le bras est rapproché du tronc et l'épaule droite est de 1 centimètre et demi plus rapprochée de la ligne médiane que l'épaule gauche. En d'autres termes, ce jeune homme offre d'une manière permanente les signes physiques de la fracture de la clavicule.

2° *Au point de vue physiologique*, car, bien que les fragments jouissent l'un sur l'autre de la plus grande mobilité, les mouvements du bras n'en sont nullement modifiés et s'exécutent avec la plus grande liberté; le malade est aussi fort de son bras droit que de son bras gauche. Dans l'extension forcée, les deux fragments se placent presque bout à bout pour chevaucher fortement dans l'adduction exagérée; dans ce dernier mouvement, combiné à une propulsion du bras en arrière, de forts craquements se font entendre dus au frottement des deux fragments et nullement douloureux. Ainsi chez ce jeune homme, où la clavicule n'existe plus fonctionnellement parlant, les mouvements du bras s'exécutent cependant très bien, ce qui tend à démontrer le rôle peu considérable de la clavicule.

3° *Au point de vue séméiologique*, enfin, car ce jeune homme porte très facilement la main sur sa tête; or il est dans la position exacte d'un individu dont la clavicule vient d'être fracturée, *mais la douleur seule est absente*, et, puisqu'il exécute parfaitement ce mouvement dont l'impossibilité est donnée comme un signe de la fracture de la clavicule, il faut en conclure que dans la fracture récente cette impossibilité est due à la douleur seulement et non point à la solution de continuité de l'os, ce que M. Gerdy a fait observer depuis longtemps.

M. CHASSAIGNAC a montré autrefois à la Société anatomique une ancienne fracture de la clavicule non consolidée et avec conservation des mouvements du bras, mais dans ce cas les deux fragments étaient réunis par une pseudarthrose. Il ne faut pas oublier la part que prennent dans ces cas les mouvements des articulations sterno-claviculaires et ceux du tronc tout entier.

Anévrisme cirsoïde du cuir chevelu guéri par une seule application de perchlorure de fer. — M. BROCA présente une malade qu'il a guérie sans opération d'un anévrisme cirsoïde du cuir chevelu par une seule application de perchlorure de fer sur la surface du derme dénudée par un vésicatoire.

Nous transcrivons l'observation communiquée par M. Broca :

Cette femme, qui exerce les fonctions d'infirmière à l'hôpital Saint-Antoine, salle Sainte-Marthe, avait depuis sa naissance un grand nombre de *taches de vin* sur les joues, sur les paupières et sur le front. Il y a environ quatre mois, elle reçut un coup sur la partie latérale gauche de la région frontale. Peu de jours après, elle s'aperçut qu'il existait en ce point une tumeur pulsatile. Lorsque M. Broca prit le service de l'hôpital Saint-Antoine, le 1er août 1855, cette tumeur avait 4 centimètres de long sur 2 centimètres et demi de large. Elle formait sous la peau un relief de 1 centimètre; elle était agitée de pulsations très énergiques et était le siége d'un bruit de souffle intermittent extrêmement fort, qui s'entendait jusqu'à plusieurs centimètres au-dessus et au-dessous d'elle.

Elle était située à la racine des cheveux, à 8 centimètres de l'arcade zygomatique, sur le trajet de l'artère temporale superficielle gauche; celle-ci, plus volumineuse et plus flexueuse dans toute son étendue que celle du côté opposé, aboutissait à l'extrémité inférieure de la tumeur, où elle pénétrait en s'élargissant beaucoup et en décrivant cinq à six flexuosités rapides, comme les veines d'un paquet variqueux. La tumeur était entièrement constituée par ces flexuosités artérielles; elle n'était pas douloureuse, mais elle faisait des progrès, et la malade, fatiguée par le bruit de souffle qu'elle entendait incessamment, commençait à s'inquiéter d'une manière sérieuse.

Il était clair qu'il s'agissait d'un anévrisme cirsoïde du cuir chevelu, et qu'il fallait arrêter promptement le développement de cette affection, dont les suites pouvaient être si fâcheuses.

M. Broca, avant de se décider à entreprendre une opération, voulut d'abord essayer de faire oblitérer la tumeur en appliquant directement sur elle une solution de perchlorure de fer, méthode imaginée par M. Thierry pour le traitement des varices, mais qui n'avait pas encore été appliquée au traitement des tumeurs artérielles.

Le 5 août, un vésicatoire fut appliqué sur la tumeur. Le lendemain on enleva l'épiderme, et on toucha la surface dénudée du derme avec un tampon de charpie imbibé de perchlorure de fer à 30°. Cet attouchement fut assez douloureux. On n'appliqua aucun pansement. Une croûte mince, brune et sèche se forma au bout de quelques heures. Cette croûte avait l'apparence d'une eschare superficielle; mais le cinquième jour elle se détacha, et on aperçut les papilles du derme parfaitement intactes, preuve qu'il n'y avait eu aucune mortification.

Quant à la tumeur, elle avait paru affaissée dès le deuxième jour; mais elle battait encore avec énergie, et on y entendait toujours le bruit de souffle. Le cinquième jour, à la chute de la croûte, on trouva que la partie la plus supérieure de la tumeur était dure et sans pulsations; mais le reste de l'anévrisme battait toujours. Le bruit de souffle disparut le lendemain; puis l'oblitération gagna de haut en bas toute l'étendue de la tumeur, qui fut ainsi transformée en une masse très dure et comme noueuse.

Le huitième jour la guérison paraissait complète, et aujourd'hui tout permet de croire qu'elle sera définitive.

Trois semaines se sont écoulées depuis que l'oblitération est achevée. La tumeur s'est notablement affaissée, elle ne forme plus qu'un très léger relief; mais on la sent encore très distinctement au toucher. Elle est très dure, et semble formée par un cordon solide et tortueux. L'artère temporale continue à battre entre la tumeur oblitérée et l'arcade zygomatique; elle est encore un peu plus volumineuse que celle

du côté opposé, mais elle est manifestement moins grosse qu'avant le début du traitement.

M. Broca se demande par quel mécanisme le perchlorure de fer a fait oblitérer cet anévrisme cirsoïde. Il comptait d'abord sur une coagulation immédiate, qui ne se produisit pas, et il crut pendant quelques jours que le traitement serait infructueux. L'oblitération ne s'étant produite qu'au bout de cinq jours, il est probable qu'elle a été due à l'inflammation provoquée par le contact irritant du perchlorure de fer.

M. Broca appelle l'attention de la Société sur une autre particularité importante. Il y avait dans le voisinage de la tumeur cirsoïde des tumeurs érectiles veineuses cutanées, disséminées sur la peau du front sous forme de taches d'un violet foncé. M. Broca profita de cette circonstance pour essayer l'action du perchlorure de fer sur les taches de vin. Dans ce but, il fit appliquer le vésicatoire non-seulement sur la tumeur, mais encore jusque sur le front. L'épiderme fut ainsi enlevé dans une assez grande étendue, et le perchlorure de fer fut mis en contact avec la surface de cinq ou six taches veineuses. Or on peut voir aujourd'hui que ces taches ont disparu. Toute la surface sur laquelle l'application a été faite conserve une teinte brunâtre, comme cela du reste a souvent lieu à la suite des vésicatoires ordinaires. Cette teinte disparaîtra sans doute dans quelques semaines. En tout cas, il est certain que les tumeurs érectiles veineuses et congéniales de la peau peuvent être guéries par l'application du perchlorure de fer, et ce fait n'est pas sans importance, car on sait combien ces tumeurs sont réfractaires aux autres méthodes.

M. Robert pense également que le perchlorure agit en enflammant les tissus érectiles, à la manière des caustiques, plutôt qu'en vertu d'une action spéciale sur les vaisseaux.

M. Follin a traité par le perchlorure deux cas de pannus commençant avec kératite vasculaire. Il appliquait tous les jours une goutte de perchlorure de fer sur la cornée vasculaire; les vaisseaux ont disparu au bout de huit jours, et cette pratique lui a paru très avantageuse.

M. Richet croit aussi à l'action caustique du perchlorure de fer; il a employé cet agent hémostatique deux fois à la surface même des plaies qui ont été réellement cautérisées, et de la surface desquelles se sont détachées de véritables eschares. Une fois, c'était pour un malade affecté d'une plaie de la face qui a nécessité la ligature de la carotide (M. Richet a communiqué cette observation à la Société); dans le second cas, il s'agissait d'une large plaie transverale de l'avant-bras. M. Richet se demande si cette propriété caustique ne tient pas à quelques qualités particulières du sel de fer. Cela serait important à savoir d'avance; car si le liquide était caustique, il ne serait pas prudent de l'introduire dans l'œil, comme l'a fait M. Follin.

M. Richard trouve un grand intérêt dans les succès obtenus par l'emploi du perchlorure dans le traitement du pannus. Pour lui, il a maintes fois appliqué le perchlorure à la surface des plaies; jamais il n'a vu la moindre trace d'eschare.

M. Chassaignac. Les détails donnés par M. Broca démontrent que l'action du perchlorure n'a été nullement caustique dans le cas actuel. Cependant la causticité de cet agent a été observée plus d'une fois et ne saurait être mise en doute. La plupart de ceux qui ont traité soit des varices, soit des tumeurs érectiles par ce moyen, ont pu le constater. Dans un cas tout récent, M. Chassaignac ayant à traiter une tumeur érectile, le perchlorure détermina la formation d'une vaste eschare.

ÉLECTION.

L'ordre du jour appelle le scrutin pour la nomination de M. Desgranges (de Lyon). Ce chirurgien obtient l'unanimité moins une voix.

RAPPORTS.

M. Monod lit un rapport sur divers mémoires adressés par M. le docteur Cazenave (de Bordeaux), et ayant pour titres :

1° *Histoire d'un accouchement laborieux fait en 1834; autopsie dix-neuf ans après;*

2° *Etudes expérimentales et pratiques sur le nitrate d'argent fondu ou sur la cautérisation des rétrécissements de l'urètre indurés, calleux, ordinairement infranchissables, faite avec une pâte caustique;*

3° *Histoire d'une maladie des voies urinaires.*

M. le rapporteur propose des remercîments à l'auteur et le dépôt honorable de ses travaux aux archives de la Société.

Ces conclusions sont adoptées, et la Société décide qu'une partie intéressante du rapport, ayant trait à la ponction de la vessie, sera insérée dans les *Bulletins*.

— M. Gosselin lit un rapport sur plusieurs mémoires adressés par M. Bardinet, professeur d'anatomie à l'Ecole préparatoire de Limoges. Ces travaux portent sur des sujets différents :

1° *Sur les fractures de l'olécrâne sans écartement des fragments.*

2° *Observation de corps étrangers qui ont parcouru le tube digestif sans déterminer d'accidents.* — Une femme, tourmentée par une monomanie de suicide, avait avalé successivement plusieurs fragments de verre, une clef, un étui, des morceaux d'un bénitier en porcelaine. Tous ces corps étrangers furent rendus par l'anus dans l'espace de douze jours sans avoir donné lieu à aucun accident. Il est vrai que la monomanie persista, car cette malheureuse se brûla la cervelle quelque temps après.

3° *Recherches anatomiques sur un repli formé par la synoviale de la hanche sur le col du fémur.* — Ce détail fait comprendre la conservation d'un certain nombre de vaisseaux pour alimenter le fragment supérieur dans les fractures intra-capsulaires.

4° *Deux cas de résection de la mâchoire inférieure dans lesquels il n'y a rien eu d'imputable à la rétraction de la langue.* — L'auteur envoya cette note à l'époque où la Société s'est occupée de cette question, et à l'appui des opinions émises par MM. Larrey, Michon et Maisonneuve sur l'exagération dans laquelle Delpech était tombé à cet égard.

M. Gosselin, ayant rappelé les diverses publications faites par M. Bardinet, et la position qu'occupe ce chirurgien, propose :

1° De nommer M. Bardinet membre correspondant;

2° De déposer aux archives les mémoires II et IV, et de renvoyer au comité de publication les travaux sur les fractures de l'olécrâne et sur la synoviale coxo-fémorale.

La discussion s'engage sur la partie du rapport relative aux fractures de l'olécrâne. M. Bardinet, s'appuyant sur un fait observé sur le vivant et sur des recherches anatomiques et expérimentales, s'élève contre l'opinion des auteurs classiques, qui pensent que dans la fracture de l'olécrâne le fragment supérieur est entraîné en haut par le muscle triceps.

L'auteur pense que cette ascension n'existe pas, et qu'il n'y a pas d'autre cause de l'écartement des fragments que la flexion du membre. Il en conclut que l'extension est la meilleure attitude à donner au bras pour obtenir la consolidation. M. Gosselin, dans son rapport, reproche à M. Bardinet d'avoir généralisé un peu trop vite et avec des faits trop peu nombreux.

M. Richet a observé quatre cas de fractures de l'olécrâne, et dans ces quatre cas l'écartement des fragments n'existait pas, ce qui lui avait déjà démontré l'exagération de l'opinion de Boyer.

Il s'est contenté, pour le traitement, de maintenir avec une écharpe le bras dans la demi-flexion, la consolidation s'est effectuée aussi bien que si l'on avait mis en usage les appareils les plus compliqués. On sentait seulement après la guérison une petite rainure transversale à l'endroit occupé par la fracture. Une de ses malades est actuellement encore employée aux bains de Tivoli, et il est possible de constater sur elle cette dernière particularité, très évidente aussi sur un malade traité à l'Hôtel-Dieu.

M. Bardinet est donc dans le vrai pour la majorité des cas.

M. Robert partage la même opinion. Il n'a ordinairement constaté qu'un écartement de quelques millimètres qu'on peut négliger dans le traitement. Cependant il existe une variété de fracture dans laquelle le triceps agit réellement sur le fragment supérieur. L'olécrâne est quelquefois détaché par un trait de fracture oblique de haut en bas et d'avant en arrière. Lorsque le membre est dans la flexion, le triceps tirant perpendiculairement sur la partie la plus élevée de l'olécrâne, fait basculer le fragment de telle sorte que l'extrémité inférieure de celui-ci presse les ligaments de dedans en dehors et finit par les perforer. Il a observé un cas de ce genre dans une circonstance qui est restée gravée dans sa mémoire.

Un malade était entré dans le service de Dupuytren alors que M. Robert y était interne. Il existait plusieurs fractures graves, et entre autres une fracture de l'olécrâne appartenant à la variété susdite. M. Robert appliqua à cette dernière un appareil qui fut laissé en place plusieurs jours. Au bout de ce temps, Dupuytren fit enlever cet appareil; la coaptation avait été si exacte, que ce chirurgien ne voyant pas les signes d'une fracture, ordonna tout simplement de ne point réappliquer l'appareil; il songeait celui-ci inutile, et croyait sans doute à une erreur de diagnostic.

L'attention ayant été détournée par les autres fractures, on s'aperçut dix jours après seulement que la pointe inférieure du fragment olécrânien s'était lentement soulevée et avait perforé la peau. Dans des cas de ce genre, il n'y a qu'une seule position qui puisse neutraliser l'action du biceps, c'est l'extension du bras.

M. Richet rappelle à ce propos avoir également observé au douzième jour la perforation de la peau. Mais dans un cas de fracture de l'olécrâne compliquée de luxation du coude un phlegmon survint, nécessita des incisions, et la guérison ne s'effectua que par ankylose.

M. Gosselin est satisfait d'avoir provoqué des communications sur ce point; car il s'était trouvé dans un certain embarras en lisant le travail de M. Bardinet. Il avait observé quelques cas de fractures de l'olécrâne, et, dominé par les idées classiques sur l'écartement des fragments, il avait attribué à ses soins la régularité de la consolidation, qui dépendait uniquement peut-être de l'absence de déplacement. Cependant, en consultant ses souvenirs, il lui semble que dans quelques cas il a vu un écartement dont il a triomphé par des appareils convenables.

Quant au déplacement que M. Robert vient de signaler, M. Gosselin en connaissait l'existence. Ces fractures doivent être rapportées à la variété décrite par M. Malgaigne sous le nom de fractures de la base de l'olécrâne. M. Gosselin en a observé un cas, et on doit le signaler avec d'autant plus de raison, que, malgré tous ses efforts, il n'a pu remédier à la difformité qui a persisté après la consolidation. M. Malgaigne, du reste, considère également ce déplacement comme irrémédiable.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire de la Société, Arist. Verneuil.

On ne lira pas sans intérêt la lettre suivante, que le chirurgien en chef de l'armée d'Orient, M. le docteur Scrive, a adressée à l'intendant général de la même armée. Nous sommes heureux de pouvoir reproduire ce témoignage si honorable pour les médecins de la marine, qui, depuis le commencement de la guerre, n'ont pas cessé de donner les preuves d'un grand dévouement, et qui sauront toujours se trouver à la hauteur des circonstances les plus difficiles.

Grand quartier général, le 24 août 1855.

Monsieur l'intendant,

J'ai l'honneur de vous rendre compte d'un rapport qui m'a été transmis par M. Le Bozec, chirurgien de 1re classe de la marine, sur la tâche chirurgicale qui lui a été confiée, ainsi qu'à un certain nombre de ses collègues, à la suite de la victoire du pont de Traktir (blessés russes).

Du 7 au 21 août, ces messieurs ont pratiqué, concurremment avec nos chirurgiens de Kamiesch, 113 grandes opérations. Ils ont effectué, en outre, les pansements de 1,203 blessés russes et extrait tous les corps étrangers. M. Le Bozec, que j'avais chargé, comme le plus élevé en grade et le plus ancien, de la direction de ce service, s'est admirablement acquitté de ses fonctions, et mérite de grands éloges pour le zèle et pour l'intelligente activité qu'il a déployés dans cette circonstance. Il me signale dans son rapport, comme s'étant particulièrement distingués, MM. Richer-des-Forges, Isnard, Porte et Thèse. Tous les autres ont d'ailleurs fait grandement leur devoir.

Le chirurgien en chef de l'escadre, M. Marroin, a bien voulu, conformément au désir que je lui en avais exprimé, prendre la haute direction des travaux et aider ses subordonnés des lumières de sa grande expérience. Nous devons à ce chirurgien distingué des remercîments pour cette bienveillante et volontaire participation au service de son personnel.

La meilleure entente n'a cessé de régner entre les médecins de la marine et les nôtres. Chacun s'est prêté aide et assistance au besoin pour arriver à une action d'ensemble si avantageuse dans les circonstances difficiles. M. Le Bozec se complaît dans son rapport (ce que je vois avec une véritable satisfaction) à donner les plus grands éloges à la cordialité et au mérite de nos médecins de Kamiesch, et surtout de MM. Richepin et Hémard. Cette circonstance de communauté de travaux, s'ajoutant aux nombreux contacts de la marine et de l'armée de terre associées pour cette guerre, aura pour effet de resserrer encore le lien fraternel qui unit la médecine militaire avec la médecine de la marine.

Je vous prie, monsieur l'intendant, de faire connaître à M. le général en chef le concours admirable que nous avons trouvé dans nos confrères de la marine, et de lui demander, au nom de tous nos camarades, que des remercîments leur soient adressés.

J'ai l'honneur, etc.

Le chirurgien en chef de l'armée, Scrive.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêtés en date du 10 septembre, M. Girardin, directeur de l'Ecole préparatoire de l'enseignement supérieur des sciences et des lettres de Rouen, est nommé officier de l'instruction publique.

MM. Maheut et Leroy, professeurs adjoints de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen, sont nommés officiers d'Académie.

— Par décret du 12 septembre, M. Campmas, médecin major du 78e de ligne, vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Perrin, né le 11 avril 1831 à Rennes (Ille-et-Vilaine); *Etude sur le choléra épidémique.*

Ducloux, né le 7 juillet 1828 à Massilly (Saône-et-Loire); *De la chlorose.*

Théron, né le 28 mars 1831 à Narbonne (Aude); *Etude sur le choléra-morbus.*)

Gouyet, né le 12 juin 1828 à Eguilles (Bouches-du-Rhône); *Essai sur l'emploi du seigle ergoté en obstétrique.*

Le Roy, né le 4 juin 1830 à Crouy-sur-Ourq (Seine-et-Marne); *De l'alimentation et du genre de vie au point de vue de leur influence sur la stérilité.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. Decq;
A Genève, à la librairie de Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

De la Suette miliaire, de sa nature et de son traitement. Traité pratique, suivi d'une analyse de toutes les épidémies de suette observées jusqu'à nos jours; par le docteur A. Foucart, lauréat (médaille d'or) et ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris. Présenté à l'Académie impériale de médecine, et précédé du Rapport lu dans la séance du 9 septembre 1851. — Ouvrage honoré de souscriptions par les ministres de l'agriculture et du commerce, de la guerre et de la marine. — Un vol. in-8°. Prix : 6 fr. Chez Labé, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 33.

Clinique chirurgicale de l'hôpital Lariboisière, par E. Chassaignac, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.
Leçons sur l'hypertrophie des amygdales et sur une nouvelle méthode opératoire pour leur ablation, in-8°, avec 8 figures intercalées dans le texte.
Leçons sur la trachéotomie, in-8°, avec 8 figures intercalées dans le texte. Prix de chaque partie, 2 fr.
Sous presse : *Leçons sur l'écrasement linéaire.* Paris, J.-B. Baillière, éditeur, 19, rue Hautefeuille.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8

N° 112. — MARDI 25 SEPTEMBRE 1855. (28e ANNÉE.) N° 112. — MARDI 25 SEPTEMBRE 1855.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Une rectification au sujet de l'ozone. — INFIRMERIE DE CHARENTON (M. Ramon). Observation de diphthérite suivie de quelques considérations pratiques. — Cas d'inversion complète de l'utérus. Extirpation de l'organe suivie d'une prompte guérison. — Utilité de la présence du son dans le pain pour entretenir la facilité des évacuations intestinales. — Potion de belladone comme moyen prophylactique de la vérole. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, séance du 12 septembre. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 24 SEPTEMBRE 1855.

UNE RECTIFICATION AU SUJET DE L'OZONE.

L'absence de communications médicales à la dernière séance de l'Académie des sciences nous permet de placer ici une rectification relative à l'appréciation que nous avons faite, dans notre article de mardi dernier, des recherches de M. le docteur Bérigny (de Versailles) sur l'ozone. Un de nos honorables correspondants, M. le docteur Billiard (de Corbigny), nous fait apercevoir que nous aurions commis une erreur en considérant les résultats des expériences comparatives de MM. Bérigny et Silbermann, à Versailles et à Paris, comme infirmant ce qui avait été avancé jusqu'ici concernant le rôle de l'ozone sur la marche des épidémies cholériques.

« Les expériences citées, nous écrit M. Billiard, au lieu d'infirmer, viennent au contraire confirmer celles faites par MM. Wœller (de Berne), Bœckel (de Strasbourg) et confirmer aussi ce que j'ai avancé en émettant le premier cette opinion, que l'absence de l'ozone était la cause première du choléra.

» Dans une communication à l'Académie des sciences, j'ai démontré que l'immunité dont jouissent certains terrains granitiques à l'égard du choléra est le résultat de ce fait, que le sol indiqué communique à l'oxygène de l'air les propriétés qui l'ont fait connaître sous le nom d'ozone, que dans cet état on doit le considérer comme de l'oxygène électrisé positivement.

» On peut donc, et avec certitude selon moi, affirmer que là où il n'y a point d'ozone, point de granit pour le produire, le choléra prendra naissance. »

La rapidité avec laquelle nous sommes le plus souvent obligé d'écrire nos appréciations en nous aidant de nos souvenirs, à défaut du temps qu'exigeraient les recherches nécessaires pour les rectifier, pourrait, jusqu'à un certain point, nous servir d'excuse. C'est, en effet, sous la préoccupation du souvenir des premières communications de M. Schœnbein, qui, en révélant l'existence de l'ozone, lui attribuait la production de certaines épidémies, et en particulier des épidémies catarrhales, que nous avons appliqué au choléra ce qui, à ce qu'il paraît, ne lui est pas applicable. Nous accueillons d'autant plus volontiers cette rectification, que nous trouvons plus de satisfaction à enregistrer des résultats affirmatifs que des résultats négatifs. Toutefois, notre honorable correspondant voudra bien nous permettre de faire une réserve à l'égard du rôle qu'il attribue aux terrains granitiques. Nous pourrions lui opposer des faits qui infirment cette hypothèse. — Dr Brochin.

Dans l'un des précédents numéros, nous avons donné le commencement de l'importante discussion qui s'est engagée à la Société de chirurgie sur le rapport de M. Cullerier. Nous publions aujourd'hui les discours de MM. Ricord, Cullerier et Huguier.

Nous avons reçu, à l'occasion de cette discussion, deux lettres que leur étendue ne nous permet pas d'insérer aujourd'hui. Nous les publierons prochainement.

INFIRMERIE DE CHARENTON. — M. RAMON.

Observation de diphthérite suivie de quelques considérations pratiques.

Le 6 octobre 1853, une petite fille âgée de dix ans, d'une constitution délicate et lymphatique, pensionnaire à l'institution des jeunes économes de Conflans, fut amenée à l'infirmerie se plaignant de mal de gorge. L'ayant examinée, je reconnus que les amygdales étaient gonflées et recouvertes, ainsi que la paroi postérieure du pharynx, d'une exsudation nacrée, demi-transparente. Il n'y avait point de fièvre, ni de symptômes généraux notables. — Eau d'orge miellée pour boisson; gargarisme aluminé; attouchements de toute la gorge avec un pinceau chargé de miel rosat fortement aluminé.

Le 7, au matin, exsudations généralement plus épaisses, paraissant cependant disposées à se détacher sur l'amygdale gauche; ces exsudations sont circonscrites par une bordure d'un rouge vif et légèrement saignante par places (même gargarisme et même tisane que la veille; insufflation d'alun). Point de fièvre, état général bon, nulle fétidité de l'haleine.

Le soir, l'amygdale gauche est à peu près nettoyée; deux petits points noirâtres, d'une ligne et demie environ de diamètre, et ayant l'apparence de deux petits caillots de sang, existent sur cette amygdale. Il existe toujours sur l'amygdale droite et sur la paroi postérieure du pharynx des exsudations qui se prolongent assez bas pour faire craindre qu'elles n'envahissent la gorge. La respiration s'exécute cependant facilement. La voix ne présente rien de croupal. L'haleine est un peu fétide. L'état général continue à être bon.

Le 8, au matin, l'amygdale gauche est complétement nettoyée; il n'existe aucune trace des points noirs qu'elle présentait hier au soir. Les exsudations recouvrant l'autre amygdale et la face postérieure du pharynx sont évidemment moins épaisses; l'haleine est moins fétide. L'état général continue à être bon.

Le soir, les plaques qui recouvrent l'amygdale droite sont beaucoup moins étendues; l'une d'elles est roulée à son bord supérieur et paraît disposée à se détacher. Celles de la paroi postérieure du pharynx sont encore moins épaisses que le matin; elles sont demi-transparentes et laissent voir la muqueuse qu'elles recouvrent. La voix est un peu altérée, comme dans le coryza; il n'y a point de fièvre; l'état général continue à être bon. Une cautérisation avec une solution concentrée de nitrate d'argent avait été faite le matin; cette cautérisation est répétée le soir.

Le 9 au matin, la gorge continue à se nettoyer. Il existe encore quelques plaques sur les parois du pharynx. La place de celles qui sont tombées est marquée par de légères dépressions, qui sont évidemment sans pertes de substance des parties qu'elles recouvraient, lesquelles présentent une vive rougeur. La voix est moins nasonnée que la veille.

Le soir, la gorge est presque entièrement nettoyée; elle ne présente que quelques plaques éparses de peu d'étendue. En définitive, l'affection locale présente évidemment une diminution telle qu'on peut espérer d'en voir bientôt la disparition complète; la petite malade s'affaiblit sans qu'il y ait de fièvre; elle a vomi de la bile dans la journée sans avoir jusqu'alors présenté de symptômes saburraux. Il y a un peu de jetage par les narines; celle du côté gauche présente dans son pourtour une légère exsudation blanchâtre d'une ligne environ d'étendue de haut en bas.

Le 10, les amygdales et le pharynx sont presque entièrement nettoyés. Il n'y a pas de fièvre, mais l'enfant s'affaiblit. La déglutition (ainsi que cela a eu lieu jusqu'à présent) ne se fait pas sans quelque douleur. Il n'y a pas d'appétit. La narine gauche, par laquelle il se fait toujours un écoulement séreux, est rétrécie et entourée de croûtes brunâtres.

Le 11, le matin, la nuit a été mauvaise; il y a eu de l'agitation et point de sommeil; la figure est altérée et exprime la fatigue; le pouls est petit et fréquent; il y a eu des vomissements bilieux. La déglutition est toujours accompagnée de douleurs; les urines sont rares et épaisses; la langue et la gorge présentent la teinte rouge qu'on observe dans la scarlatine. Il existe encore quelques traces de pseudo-membranes sur l'amygdale gauche et sur la paroi postérieure du pharynx.

Le soir, mieux sensible, chaleur douce de la peau, pouls moins fréquent, langue et gorges moins rouges. Les vomissements ne se sont point renouvelés. Il existe toujours des traces éparses et lenticulaires de fausses membranes. La déglutition est toujours accompagnée d'un peu de douleur. Du bouillon de poulet a été administré et n'a point été vomi. Le ventre ne présente, ainsi que ce matin, ni météorisme ni douleur. Il y a eu une selle dans la journée. — Eau de gomme, gargarisme adoucissant.

Le 12, le matin, la nuit a été moins bonne qu'on ne pouvait l'espérer la veille; il y a eu des vomissements. La peau est froide, la face est altérée, le pouls est petit et fréquent.

Le soir, la partie gauche du voile du palais et l'amygdale du même côté sont recouvertes d'une nouvelle exsudation membraneuse, ainsi que la paroi externe de la fosse nasale gauche. L'haleine ne présente aucune fétidité; la peau est froide, le pouls toujours petit et serré, mais moins fréquent que le matin. Le ventre n'est pas tendu; il est cependant le siége de quelques douleurs vagues (cautérisation de la gorge avec une solution concentrée de nitrate d'argent). L'enfant a été faible et froide toute la journée.

Le 13, la nuit a été mauvaise et sans un instant de repos; faiblesse très grande, peau froide; les facultés intellectuelles conservent leur intégrité; la respiration ne présente aucun trouble. L'enfant meurt entre neuf et dix heures du matin.

La lecture d'un rapport de M. Guersant sur un mémoire de M. le docteur Marchant relatif au croup et à la diphthérite, inséré dans la *Gazette des Hôpitaux* le 27 mars dernier, m'a suggéré l'idée de publier l'observation précédente. Cette observation n'ajoute certainement rien à ce que les travaux de M. le docteur Bretonneau ont appris depuis une trentaine d'années sur cette maladie. Si quelque chose doit paraître extraordinaire et me semble justifier l'opportunité de cette observation, c'est de voir signaler comme une erreur ce qu'un maître aussi consciencieux et aussi éclairé a précisément cherché à établir, et on peut dire plus, a établi d'une manière qui jusqu'à ces derniers temps n'avait point été contestée : la différence qui existe entre l'angine gangréneuse et la diphthérite.

Si par maligne on entend une maladie d'un caractère grave et insidieux, cette épithète me paraît applicable à la maladie qui fait le sujet de l'observation qui précède. Mais si, sortant de ce que cette désignation peut avoir de vague, on veut la faire synonyme de gangréneuse, une telle manière de voir me paraît essentiellement fausse, et comme les mots conduisent aux choses, je la crois dangereuse pour la thérapeutique; car du moment où une plaque diphthérique serait confondue avec une eschare gangréneuse, on serait logiquement conduit à l'emploi de moyens énergiques tant internes qu'externes, qui deviendraient non-seulement inutiles, mais dangereux dans beaucoup de cas de diphthérite.

Je compte un grand nombre d'années de pratique; j'ai vu beaucoup de diphthérites, notamment depuis l'année 1828, où j'ai été appelé à étudier cette maladie avec M. le professeur Trousseau, d'après des instructions à nous données par M. le docteur Bretonneau, je déclare que ni avant ni depuis cette époque je n'ai jamais vu d'angine gangréneuse. Je suis loin de ne point admettre l'existence de cette maladie, mais je ne la connais que par des descriptions dans lesquelles je ne trouve rien de commun avec la diphthérite, ou tout au moins qui puisse justifier l'identité qu'on prétend établir entre ces deux maladies.

A l'époque où j'ai recueilli l'observation qui précède, j'ai eu à soigner, tant dans l'établissement où était placée la jeune fille qui en fait le sujet que dans le pensionnat du Sacré-Cœur, situé immédiatement à côté, un assez grand nombre de jeunes filles chez lesquelles s'est manifestée l'angine avec production membraneuse, et chez lesquelles aussi la maladie a cédé à des moyens simples (gargarismes acidulés, attouchements avec du miel rosat aluminé, insufflations d'alun). Je crois que l'emploi des moyens appropriés au traitement de l'angine gangréneuse eussent été ici non-seulement inutiles, mais fort dangereux.

La diphthérite est certainement l'indice d'un état général. Je n'entrerai point ici dans l'exposé des faits qui viendraient à l'appui de cette assertion, que je ne présente d'ailleurs pas comme mienne. Que chez l'enfant qui fait le sujet de mon observation les accidents locaux n'eussent point cédé aux moyens locaux qui ont été mis en usage, n'est-il pas à présumer que la maladie se fût propagée au larynx et à la trachée, et ne fût en un mot devenue croup?

Je crois pouvoir résumer ainsi, sous forme de propositions, les considérations qui précèdent :

1° La diphthérite est une maladie inflammatoire, mais l'inflammation qui en fait l'essence se rattache à une disposition générale particulière qui se décèle par la coagulation des produits de sécrétion des surfaces enflammées.

2° Les concrétions qui revêtent les surfaces enflammées sont simplement juxtaposées; elles ne font en aucune manière corps avec les surfaces sous-jacentes, et ne peuvent en conséquence être confondues avec les eschares gangréneuses.

3° Le croup et la diphthérite me paraissent être une seule maladie dont la marche serait tantôt ascendante et tantôt descendante.

4° Cette différence dans la marche du croup me paraît en établir une très grande dans le pronostic et dans le traitement.

Quand la maladie suit une marche descendante, et je crois que ce cas est heureusement le plus fréquent, il y a espoir de la voir céder aux moyens internes et externes mis en usage. Si cependant elle envahit le larynx, la trachéotomie peut être employée avec succès.

Quand elle débute par les bronches, ou autrement quand elle suit une progression ascendante, la trachéotomie n'offre que des chances bien faibles et bien incertaines de succès.

CAS D'INVERSION COMPLÈTE DE L'UTÉRUS.

Extirpation de l'organe suivi d'une prompte guérison,

Par le Dr GREDDING (de la Caroline du Sud).

Dans notre numéro du 8 septembre, nous avons dit que l'on avait proposé, dans les cas de renversement irréductible de l'utérus, l'ablation complète de cet organe; nous avons dit encore que

dans quelques-uns de ces cas les femmes avaient survécu. Et sans toutefois donner notre approbation à cette pratique, nous croyons devoir rapporter le fait suivant, qui a trait à une opération de ce genre et mérite d'être rapporté.

Appelé en consultation le 16 mai 1854 pour une négresse esclave, l'auteur constata une tumeur piriforme du volume de la tête d'un fœtus à terme qui sortait du vagin et pendait entre les cuisses. Cette tumeur, large et arrondie en bas, dégénérait en un pédicule d'un volume médiocre, qu'on pouvait suivre à trois quarts de pouce dans l'intérieur des parties, point où il se terminait par une espèce de cul-de-sac au delà duquel le doigt ne pouvait être porté. Toute sa surface était recouverte d'une membrane muqueuse rugueuse, épaissie, enflammée, ulcérée sur plusieurs points et disposée à saigner sous la pression des doigts. Par son aspect général, elle ressemblait à un utérus en état de prolapsus, dont le museau de tanche absent était remplacé par une surface arrondie et uniforme.

La première idée qui se présentait à l'esprit à l'aspect d'une pareille tumeur, c'est que ce pouvait être un prolapsus de la vessie dont les parois se seraient épaissies à la longue; mais l'introduction du cathéter dans l'urètre, un peu déplacé de sa position ordinaire, et du doigt dans le vagin sur sa portion réfléchie, ne permettait pas de douter que la tumeur ne fût formée par l'utérus dans un état d'inversion complète, avec hypertrophie étendue de l'organe, de date ancienne.

Il est en effet assez difficile d'assigner une époque précise à l'origine du mal, bien qu'il soit tout à fait rationnel de le faire remonter au dernier accouchement, qui avait eu lieu une vingtaine d'années auparavant. La femme se disait fort incommodée depuis nombre d'années de cette tumeur, qu'elle ne pouvait faire rentrer que partiellement, et qu'elle soutenait par un bandage en T, ce qui lui permettait de vaquer à ses occupations ordinaires. Mais depuis que la tumeur avait pris un accroissement considérable, toute tentative pour la faire rentrer partiellement et la contenir était accompagnée de douleurs vives et insupportables.

Doutant de la possibilité de la soulager d'une manière efficace, et réfléchissant que l'extirpation de toute la tumeur pouvait se faire avec d'autant moins de danger que le vagin lui-même, en partie renversé, rendait l'opération facile, M. Gredding s'arrêta à ce parti qu'il mit tout de suite à exécution.

Après avoir saisi le pédicule de la tumeur aussi haut que possible et s'être assuré par des manipulations qu'il ne contenait pas d'anse d'intestin, il appliqua d'abord une forte ligature pour prévenir toute hernie viscérale; puis il fit la section un peu au-dessous avec un bistouri ordinaire. Les suites de l'opération furent si favorables qu'il put discontinuer ses visites au bout de quelques jours; la malade, laissée au soin du confrère de la localité qui l'avait assisté, fut promptement rétablie. La tumeur présentait une masse solide, homogène, d'une texture d'un gris blanchâtre et d'apparence fibreuse. Toutes les parties adossées par le renversement étaient réunies par l'adhérence des surfaces péritonéales. L'insertion du vagin sur l'utérus pouvait distinctement être reconnue, l'incision ayant porté sur un point situé au-dessous.

(*Charleston Med. journ.* et *Gaz. hebd.*)

UTILITÉ DE LA PRÉSENCE DU SON DANS LE PAIN

pour entretenir la facilité des évacuations intestinales.

Par M. C. Saucerotte, médecin en chef de l'hôpital de Lunéville.

Si, comme il me paraît difficile d'en douter, la constipation est plus commune que jamais, à quoi faut-il s'en prendre? Peut-être les causes en sont-elles diverses; mais il en est une sur laquelle j'appelle plus spécialement l'attention de mes confrères, parce qu'elle est, à mon sens, la plus générale et qu'elle me semble avoir passé jusqu'à présent inaperçue; je veux parler des perfectionnements apportés de nos jours dans le *blutage du blé*, opération qui a pour résultat d'extraire de la farine tout le son qu'elle peut contenir, quand elle se fait, comme aujourd'hui, à 20 ou 25 pour 100 au lieu de 10 ou 12, taux auquel on blutait il y a une vingtaine d'années. Or, pour se rendre compte des résultats de ce perfectionnement réel ou apparent, il faut de toute nécessité savoir quel rôle joue le son dans les propriétés hygiéniques et alimentaires du pain.

On se tromperait si l'on croyait pouvoir attribuer aux données de la chimie une certitude qui, en cette matière du moins, lui fait complétement défaut. Rien de plus dissemblable, en effet, que les analyses qu'on nous a données du son. Ainsi, tandis que M. Poggiale y constate 34,57 pour 100 de cellulose (ligneux), M. Payen n'y en reconnaît que 4, M. Millon 9,7, M. Kekulé 9,2. M. Millon croit, il est vrai, avoir trouvé la cause de ces divergences dans la différence qui se trouve entre le son obtenu par la mouture habituelle et celui qu'on obtient de la mouture des blés fraîchement lavés; mais ce sont, comme on le voit, des questions encore à l'étude. M. Poggiale pense qu'on doit regarder le son comme une substance peu précieuse, parce que, d'après ses recherches, elle contiendrait 44 pour 100 seulement de parties assimilables et 56 pour 100 de parties non assimilables, et qu'enfin des chiens nourris par lui de son diminuaient régulièrement de poids, ce qui n'avait pas lieu quand il les alimentait avec du pain. Mais, selon M. Magendie, ces mêmes animaux vivent avec du pain de son, et ils meurent quand on les nourrit de pain blanc.

Enfin, M. Mouriet admet dans la pellicule interne un ferment fluidificateur de l'amidon, qui a la propriété de convertir en sucre cette substance, qui sans cela est rejetée par les intestins comme une matière non assimilable. Ainsi, si le pain dans lequel on a laissé du son n'est pas nourrissant au même degré que le pain qui en est dépourvu, il compense cette infériorité par des qualités importantes au point de vue de la digestibilité; il est en outre plus sapide. Enfin, et c'est là où j'en voulais venir, il a pour effet, soit en vertu de ses propriétés fermentescibles, soit par un effet mécanique des ligneux qu'il contient, d'accroître le mouvement péristaltique des intestins, et par suite d'*entretenir la liberté des selles*. Je ne dis rien là qui ne soit connu de temps immémorial. Les anciens, qui fabriquaient trois espèces de pain, dont un de qualité inférieure (*panis confusaneus*), et un autre tout à fait grossier (*panis furfuraceus*), savaient très bien à quoi s'en tenir à cet égard. Hippocrate (*De victûs ratione*, lib. II) en fait une mention spéciale, ainsi que Galien. *Parum alit et facilè subsidet, et quia furfur non nihil habet facultatis detersoriæ, ideirco irritatis intestinis cito dejicitur.* Voilà qui est explicite. Comment donc des faits si simples, si faciles à vérifier, et qui sont parfaitement connus dans certaines parties de l'Allemagne et de l'autre côté du détroit, où l'on fabrique pour les classes aisées un pain contenant du son et dont on mange à déjeuner dans un but facile à comprendre, comment, dis-je, de tels faits peuvent-ils passer inaperçus chez nous ou tomber dans l'oubli, à ce point qu'on ait pu annoncer comme une découverte que le son mêlé au pain lui donne des propriétés déconstipantes?

Fréquemment consulté par mes clients de la classe aisée surtout, car c'est là qu'une vie plus sédentaire, des occupations de cabinet, une nourriture moins grossière rendent la constipation plus fréquente, je n'ai eu garde de les frustrer des avantages de *cette découverte*; et je dois dire que l'effet a constamment répondu à mon attente. J'ajouterai que le son aura toujours, sur toutes les drogues sorties de nos officines, un avantage inestimable, c'est de ne pas fatiguer les organes digestifs et de ne provoquer la contractilité intestinale que dans la mesure voulue par la nature pour la régularité des fonctions. Enfin il n'a pas non plus, comme les substances médicinales, l'inconvénient de perdre de son efficacité par l'habitude et d'exiger, pour agir, des doses sans cesse croissantes.

La séparation du son d'avec la farine, dit Liébig, *est plutôt nuisible qu'utile à la nutrition.* Dans l'antiquité, jusqu'à l'époque de l'empire romain, on ne connaissait pas de farine blutée. Dans beaucoup de localités d'Allemagne, particulièrement en Westphalie, on fait mettre le son avec la farine dans la fabrication du pain appelé *pumpernickel*, et il n'y a pas de population dont les organes digestifs soient en meilleur état. Sans aller chercher des exemples de l'autre côté du Rhin, ne pourrions-nous argüer également de la vigueur de nos paysans, qui mangent, dans presque toutes les parties de la France, un pain mêlé de son?

Reconnaissons-le donc, le blutage est moins une question d'hygiène qu'une affaire de luxe. Il pourrait bien n'y avoir là qu'un de ces faux progrès qu'on rencontre quelquefois dans l'histoire des sciences, qu'on admet sur la foi de raisonnements *à priori*, et sur la valeur desquels l'expérience prononce assez souvent d'une manière opposée à la théorie.

Cette question n'a pas seulement une importance médicale au point de vue économique; elle tire un intérêt tout particulier des circonstances actuelles, puisqu'en employant à la panification de la farine non blutée, on augmente le produit d'un sixième à un cinquième au moins. Le gouvernement pourrait donc, ne serait-ce qu'en réduisant le blutage à 10 pour 100, comme cela avait lieu précédemment, opérer une économie notable dans l'alimentation de l'armée, et cela sans nuire aucunement à la santé des troupes. De quelque manière qu'on en juge, on conviendra que la question, tranchée avec un peu de précipitation peut-être sur la foi des apparences, vaut bien la peine qu'on y revienne.

(*Journal des conn. médic.*)

POTION DE BELLADONE

comme moyen prophylactique de la variole.

La belladone a été vantée comme un bon moyen prophylactique de la scarlatine. M. Richart a essayé si elle ne jouirait pas de la même propriété par rapport à la variole. Pendant une épidémie qui a sévi l'hiver dernier à Soissons, il a conseillé à plus de cinquante personnes de prendre matin et soir une cuillerée à café de la potion suivante:

Extrait de belladone.	0,15 centigrammes.
Eau de fleur d'oranger	123 grammes.
Alcool.	4 —

Aucune de ces cinquante personnes n'a contracté la maladie, bien que plusieurs d'entre elles aient donné des soins à des varioleux.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 12 septembre 1855. — Présidence de M. Gosselin.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

MM. Clot-Bey et Letenneur (de Nantes), membres correspondants, assistent à la séance.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. Chassaignac soumet à l'examen de la Société un malade présentant, à la suite d'une affection des centres nerveux, un état de paralysie musculaire siégeant sur presque tous les muscles. Ceux qui conservent encore leurs mouvements offrent un degré marqué d'atrophie.

De l'emploi du perchlorure de fer dans les hémorrhagies. — A propos du procès-verbal, M. Ricord demande la parole pour donner quelques détails sur un fait qui montre que le perchlorure de fer ne jouit pas de propriétés hémostatiques infaillibles.

J'ai, dit M. Ricord, pratiqué l'amputation de la verge sur un malade de mon service. Les suites de l'opération étaient satisfaisantes, lorsque au septième jour survint une hémorrhagie. L'interne de service n'ayant pu, par les procédés ordinaires, se rendre maître du sang, je fus appelé, et ne voyant pas le point de départ de l'écoulement sanguin, je fis l'application d'un instrument dont je ne puis trop proclamer l'utilité dans les cas de ce genre, à savoir : les serres-fines. Je saisis au hasard les parties saignantes, et le sang fut arrêté. Pour augmenter ma sécurité, je crus alors devoir badigeonner la surface de la plaie avec une solution de perchlorure de fer; mais à peine cet agent fut-il appliqué que l'hémorrhagie reparut, et je ne pus parvenir à l'arrêter; il me fallut introduire une sonde dans le canal et étreindre l'extrémité du moignon dans une ligature circulaire.

ÉLECTION.

La Société procède par un vote simple à l'adoption des conclusions du rapport sur M. Bardinet, qui ensuite, au scrutin, est nommé membre correspondant.

Suite de la discussion sur le rapport de M. Cullerier. — M. Ricord donne lecture du discours suivant :

Messieurs, je monte à cette tribune avec la conviction que cette nouvelle discussion sur des choses tant de fois discutées nous laissera chacun avec les opinions que nous avions déjà, sans faire avancer la science; heureux si elle ne la fait pas reculer.

Mais avant d'entrer en matière, je désirerais soumettre à la Société quelques observations relatives aux commissions chargées de faire des rapports. De deux choses l'une : ou l'importance d'un travail présenté au jugement d'une société exige qu'il soit soumis à l'appréciation de plusieurs de ses membres, ou bien il suffit qu'un seul en rende compte. Dans le premier cas, il nous semble de toute convenance ou que la commission s'assemble pour discuter d'abord le rapport, ou que M. le rapporteur lui donne connaissance de son travail avant de le présenter à la discussion générale, surtout lorsque dans ce rapport se trouvent des attaques contre un des membres de la commission. De la part de tout autre que de notre collègue M. Cullerier, j'aurais pu donner une fâcheuse interprétation à cette manière d'agir; mais pour lui, j'aime mieux croire à un oubli.

Je reviens donc au rapport de M. Cullerier, non plus comme membre de la commission, dont je n'ai pas fait partie, malgré l'ordre du bureau qui m'avait nommé, mais simplement à titre de membre de la Société de chirurgie.

Ce rapport se compose de deux parties : du rapport proprement dit sur le mémoire de M. Hammer et d'un examen des doctrines syphiliographiques. Quant à ce qui concerne M. Hammer, je partage complétement l'opinion de M. Cullerier, et porte le même jugement que lui sur la théorie que l'auteur a donnée de la localisation du chancre, de l'infection constitutionnelle et sur le traitement de l'ulcère primitif. Je n'ai donc rien à ajouter ni à supprimer, et j'aurais signé avec lui ses conclusions si j'avais fait partie de la commission.

J'arrive maintenant à la seconde partie du travail si bien écrit de M. Cullerier et aux questions qu'il dit que le mémoire de M. Hammer a soulevées, et qui lui fournissent l'occasion d'un examen des doctrines à l'ordre du jour. Dans cette espèce de pérégrination syphiliographique, M. le rapporteur, qui m'a souvent rencontré pour me donner une poignée de main d'entente cordiale, a fini pourtant par me faire quelques signes d'adieu. Je dois avouer aujourd'hui que j'en avais été légèrement ému, car on n'aime pas à se séparer de ses amis; mais depuis la lecture attentive du rapport, je suis resté convaincu que la séparation de M. Cullerier n'est qu'un temps d'arrêt.

Voici, du reste, les points de doctrine sur lesquels M. le rapporteur a appelé l'attention :

De l'unité du virus syphilitique;

De l'importance symptomatologique de l'induration du chancre;

De l'unicité de la diathèse syphilitique.

J'ai accepté de mes devanciers, j'ai professé depuis plus de vingt ans, et je professe encore, comme vous l'a dit M. le rapporteur, l'*unité* du virus syphilitique.

Malgré l'anathème lancé par Carmichael contre cette manière de voir, et la dénomination d'absurdes qu'il adressait à ceux qui pouvaient y croire, je prouvais bien souvent à ma clinique qu'on pouvait renvoyer à mon trop ingénieux ami d'Irlande ce qu'il adressait aux autres.

En effet, il n'est pas rare de voir sur le même malade, à la suite d'un accident primitif dont l'aspect peut varier comme forme, mais non comme nature, survenir toute la série des accidents attribués par Carmichael à ces quatre formes primitives, partant, à ces quatre virus spéciaux, pourvu qu'on tienne compte du temps d'apparition des manifestations, de leur siége, des influences des traitements et de tant d'autres causes inutiles à énumérer, qui peuvent agir sur le malade et réagir sur la maladie pour la modifier, la défigurer même dans ses symptômes initiaux aussi bien que dans ses conséquences. Du reste, Carmichael avait fait ce que tout le monde fait le plus généralement, ce qu'on est le plus souvent forcé de faire, surtout dans les hôpitaux, d'étudier une moitié de la maladie, c'est-à-dire la maladie sur un seul des deux individus qui doivent la composer, sans savoir (dans la plus grande majorité des cas) quelle a été la source réelle du mal, les symptômes *exacts* de l'individu contagionnant.

Placé dans les mêmes conditions dont je me méfiais, je m'efforçai d'en sortir bien vite lors de mes recherches cliniques et expérimentales sur la blennorrhagie, pour séparer à jamais les accidents syphilitiques proprement dits de cette forme souvent trompeuse des maladies réputées vénériennes. Mais, admettant, après cela, une source unique pour le chancre, une graine toujours la même, il me parut facile d'expliquer ses différentes variétés comme forme primitive, et ses nombreuses et variables conséquences dans l'état constitutionnel par les diverses idiosyncrasies, par la nature du terrain, si l'on veut, et par l'influence d'autres causes accidentelles en dehors de la spécificité.

Ceci posé, en étudiant l'accident primitif, je dus reconnaître ce que d'autres, bien avant moi, avaient parfaitement reconnu, et ce que les confusionnistes de tous les temps ont voulu méconnaître; à savoir, que

tous les chancres ne sont pas forcément suivis d'accidents constitutionnels.

Je suis heureux de voir dans le rapport de M. Cullerier que telle est aussi son opinion : nous nous touchons donc la main sous ce rapport. Mais ce qui nous fait encore beaucoup de plaisir, c'est de pouvoir saisir cette rare occasion pour nous donner la main avec M. Vidal, qui, par extraordinaire, admet comme nous que tous les chancres n'infectent pas la constitution.

Il y a donc, pour ceux qui se donnent la peine d'observer, quelle que soit l'envie qu'ils aient de dire non quand d'autres disent oui, des chancres qui sont suivis de l'infection constitutionnelle et d'autres qui restent à l'état de simple lésion locale, sans retentissement spécial dans l'économie.

Si cela est, et cela est, est-il important de le reconnaître et d'établir un diagnostic différentiel au point de vue du pronostic et du traitement? Incontestablement, oui. Il n'est pas indifférent de savoir, ou non, si un malade a ou n'a pas une syphilis constitutionnelle; s'il doit, ou non, se soumettre aux exigences et, quoi qu'on en dise, aux inconvénients d'un traitement plus ou moins spécifique, qui, une fois intervenu mal à propos, ne sert qu'à voiler et à jeter l'incertitude sur l'avenir.

La différence qui existe entre le chancre infectant et le chancre local, vous l'avez reconnue dans la très grande majorité des cas, et vous êtes forcé de répéter mot à mot ce que depuis plus de vingt ans j'enseigne et j'écris; à savoir, que l'induration qui double la base de certains chancres ou les bords, quand elle est bien et dûment constatée, est un signe pathognomonique de l'empoisonnement général, un premier symptôme de syphilis constitutionnelle, qu'à ce signe si important s'ajoute, règle générale, l'adénopathie symptomatique, sur laquelle j'ai tant insisté, et qui seule peut encore éclairer le clinicien quand l'induration fait défaut, ou plus souvent semble faire défaut.

Mais, comme si vous aviez du regret de trouver une lumière qui pût vous éclairer dans les ténèbres où se plaît et se débat l'aveugle empirisme, vous vous hâtez de la mettre sous le boisseau du doute et de l'erreur.

M. Vidal, qui ne peut pas nier l'induration, parce qu'on ne peut pas nier l'existence du soleil, vous dit que tous les chancres sont plus ou moins indurés; seulement, que ce sont les plus indurés qui sont l'indice de l'infection constitutionnelle; et comme logique, qui pour tout autre qu'un esprit aussi distingué serait une naïveté, M. Vidal ajoute qu'il a vu des chancres indurés n'être pas suivis d'accidents constitutionnels. A M. Vidal, je répondrai : appliquez-vous à reconnaître le degré de l'induration qui annonce la syphilis générale, si vous ne savez pas ou ne voulez pas reconnaître sa qualité, et vous rendrez service à vos malades.

Cependant, tandis que notre collègue de l'hôpital du Midi veut que tous les chancres soient plus ou moins indurés, ou, comme je l'enseigne, plus ou moins durs, M. Cullerier aurait une grande tendance à professer le contraire, sous prétexte qu'il ne trouve pas ou ne reconnaît pas toujours l'induration spécifique chez les femmes. Femmes perfides! destinées trop souvent à tromper les hommes, les savants surtout; ou bien femmes incomprises, faute d'être mieux vues à temps et mieux étudiées.

M. Cullerier nous dit qu'il connaît toutes les causes d'erreur que j'ai signalées, toutes les nuances si importantes sur lesquelles j'insiste. J'en suis convaincu, car personne ne reconnaît plus que moi le savoir de notre collègue, sa bonne volonté d'observation et sa probité scientifique. Et pourtant tous les chancres n'infectent pas! Il y a donc des différences qu'il faut établir, que j'établis pour mon compte dans la très grande, dans la plus grande majorité des cas, et qu'il faut que vous nous aidiez à pouvoir poser toujours, au lieu de vous décourager parce qu'il vous est arrivé de vous tromper une fois ou plus. Que diriez-vous d'un chirurgien qui renoncerait à diagnostiquer une fracture, une hydrocèle, une collection purulente ou autre, sous prétexte que la crépitation, la transparence, la fluctuation avaient pu lui manquer quelquefois? Vous vous êtes trompé, monsieur Cullerier; mais que cela ne vous décourage pas; je suis sûr que vous vous trompez rarement quand vous vous donnez la peine d'écouter, de voir et de toucher vos malades, ce que tout le monde ne fait pas.

Il y a des cas douteux, eh mon Dieu, oui; mais faites-moi le plaisir de me dire quelle est la maladie la mieux connue, que vous empruntiez l'exemple à la pathologie interne ou externe, qui ne laisse jamais de doute, et sur laquelle vous mettriez toujours et d'emblée une étiquette, un diagnostic absolu? Il n'en est pas, n'est-il pas vrai? Eh bien! ne soyez donc pas plus exigeant pour cette pauvre vérole, qu'il faut finir par plaindre, tant on lui rend le mal qu'elle fait, en la torturant même dans sa franchise et en repoussant les sincères aveux qu'elle nous fait ou qu'elle va nous faire, quand nous savons attendre, ou lui mettre un point d'interrogation lorsqu'elle n'a pas encore eu le temps de parler.

Il suffit à M. le rapporteur qu'une ulcération soit contagieuse pour la distinguer de toute autre ulcération qui pourrait simuler le chancre, et sans doute pour instituer son traitement. Ah! monsieur Cullerier, vous avez reproché à mes élèves d'exagérer mes principes et d'être souvent plus absolus que moi; vous avez eu raison; mais que faites-vous dans ce moment, si ce n'est de ne reconnaître d'autre signe que celui fourni par l'inoculation artificielle, car vous ne pouvez pas toujours remonter à la source physiologique ou plutôt pathogénique des chancres que vous avez à traiter. Les autres signes ont pourtant pour vous beaucoup d'importance, vous l'avez dit, très bien et très élégamment dit, dans votre intéressant rapport; mais vous jalousez un peu l'induration huntérienne que j'ai su rappeler à l'attention des bons observateurs, parce que vos femmes n'en ont pas assez. Vous êtes sur le point de commettre à son égard une nouvelle injustice quand vous ne voulez pas que son exagération soit une preuve d'une plus grande intensité d'action du virus chancreux, vous qui la regardez aussi comme étant déjà un accident secondaire. N'est-ce donc pas, dans tous les cas, un accident secondaire plus fort qu'une induration plus faible? Mais si vous n'avez pas vu que le plus souvent les autres accidents qui vont suivre sont aussi plus graves ou plus tenaces, c'est que, comme moi, vous n'avez pas tout vu, car je n'ai jamais vu un chancre bien et dûment induré n'être pas suivi d'accidents constitutionnels quand un traitement spécial n'était pas intervenu.

Et mon ami Diday, mon ancien et bon élève, ce syphiliographe savant, cet écrivain élégant et facile, trop facile peut-être, dont je reconnais l'incontestable mérite aussi bien que vous, n'est pas toujours de mon avis, dites-vous; est-il donc toujours du vôtre? M. Vidal croit-il à la science profonde, à l'observation sérieuse, aux déductions cliniques et expérimentales incontestables de M. Diday lorsqu'il s'agit des vaccinations préventives de la syphilis constitutionnelle à l'aide de l'inoculation du sang pris à la peau qui couvrait une exostose sur un individu arrivé à la période tertiaire de la syphilis; ou n'est-ce que lorsque ses opinions sont opposées aux miennes qu'il a raison? M. Diday est un homme de savoir d'un grand mérite, mais surtout un homme d'esprit, qui connaît toujours les besoins des opinions qu'il a à soutenir et les moyens dont il doit se servir. Sa lutte contre l'induration, pour lui espèce de bloc de Sisyphe, est facile à comprendre, car elle a écrasé la vaccination préventive basée sur cette fameuse statistique d'emprunt que vous connaissez, et qu'il me saura gré de ne pas rappeler.

Quoi qu'il en soit, l'étude des causes accidentelles qui pouvait expliquer les différences d'action du virus syphilitique, ou d'aptitude des malades à contracter la vérole constitutionnelle, me fit reconnaître une loi qui domine du reste les affections virulentes, les maladies à principe spécifique, à savoir : qu'une première infection s'oppose à une seconde tant que l'influence de la première dure; qu'on n'a pas ordinairement deux fois la variole, qu'une première vaccination s'oppose à une seconde; que la rougeole, la scarlatine, la fièvre typhoïde, etc., ne se montrent généralement qu'une fois dans la vie, et que les exceptions plus ou moins nombreuses à cette loi n'ont lieu qu'après un temps plus ou moins long aussi et en rapport avec le plus ou moins de ténacité de la disposition acquise. Eh bien! la disposition syphilitique, comme l'appelait Hunter, ou, si vous aimez mieux, la diathèse syphilitique, est une des plus tenaces; la *teinture* vérolique, pour me servir d'une expression d'Alexandre Benedeti, est bon teint : d'où la difficulté de trouver deux fois sur le même individu la syphilis se déroulant et parcourant ses phases successives d'un nouvel accident primitif à de nouveaux accidents consécutifs réguliers. Pour reconnaître tout cela, il n'est même pas besoin de l'absolutisme de M. Cullerier, qui n'admet jamais d'interruption dans la chaîne des manifestations syphilitiques, et par conséquent nie les influences variées des traitements plus ou moins efficaces, plus ou moins complets, si on veut, et se met ainsi en flagrant délit d'opposition avec les faits les plus journaliers, les plus vulgaires.

Cette loi, n'en déplaise aux anarchistes, je l'ai vérifiée sur des milliers de malades, car c'est par mille qu'ils se comptent à l'hôpital du Midi. Sur tous ceux qui avaient eu à diverses reprises, à diverses époques des accidents réputés primitifs, et qui plus tard se présentaient à moi avec des accidents généraux, il m'était possible de remonter à la source unique en parcourant soigneusement et pas à pas les étapes de la maladie, m'arrêtant là où des traitements avaient pu l'arrêter, pour arriver enfin à son point de départ; que si des malades venaient me consulter avec de nouveaux accidents primitifs, ceux-ci ne prenaient ni la forme locale du chancre infectant, ni ne donnaient lieu à de nouveaux accidents constitutionnels.

Ce qui s'observait sur les malades qui avaient contracté eux-mêmes la syphilis, il était rationnel de l'admettre chez ceux qui avaient été soumis aux influences héréditaires, et, en ajoutant à cela ces inconnus qu'on nomme prédispositions et en vertu desquelles on échappe ou non aux infections virulentes, j'avais une théorie suffisante pour tout m'expliquer.

Toutefois, pour apprécier ces différentes conditions, il faut nécessairement connaître la vérole ou ne pas feindre de l'ignorer; il faut savoir quand et comment ses symptômes se produisent, ce qui peut les modifier ou en intervertir l'ordre. Il ne faut pas, par ignorance de sa marche naturelle ou par esprit d'opposition, laisser croire que la syphilis peut commencer quinze jours après un chancre ou une blennorrhagie, par une exostose du tibia, et finir trente ans plus tard par une roséole. Il ne faut pas, en soumettant tous les malades pour n'importe quoi à un traitement mercuriel, prendre ce traitement pour prétexte de la non-apparition d'accidents qui n'auraient pas paru sans cela.

A cette loi de l'unicité de la diathèse, vérifiée avec toute l'attention possible, je n'ai pas encore trouvé une exception sérieuse, incontestable, réunissant toutes ses conditions d'être. Dans les cas exceptionnels publiés par d'autres observateurs, il a toujours manqué quelque chose, soit que les observations fussent mal recueillies, soit que ce quelque chose qui les annulait manquât réellement. Eh bien! malgré tout cela, qu'ai-je dit? qu'ai-je écrit? si ce n'est qu'à cette règle générale il devait y avoir des exceptions, comme pour la variole, comme pour le vaccin. Ces exceptions, loin de les rejeter, je les cherche, je les demande, je les veux même très nombreuses; elles seront la preuve qu'on se débarrasse vraiment de l'influence syphilitique, qui pour persister n'implique cependant pas la nécessité de nouvelles manifestations et ne s'oppose pas à ce qu'on puisse considérer souvent les malades comme étant guéris.

Du reste, M. Cullerier, vous l'avez entendu, reconnaît l'unicité de la diathèse syphilitique; seulement, comme moi, il veut des exceptions à la règle générale : nous sommes donc d'accord.

Revenons maintenant à la question d'unité du virus syphilitique ou de pluralité des virus.

S'il existe encore entre M. Cullerier et moi quelques différences d'opinions dans certains détails de doctrines et quelques nuances dans nos croyances, toujours est-il qu'il paraît établi entre nous :

Que tous les chancres n'infectent pas;

Que les chancres infectants ont très souvent pour moi et assez souvent pour les autres des caractères particuliers;

Que la diathèse syphilitique ne se double pas, ou que, *règle générale*, on n'a pas deux fois la vérole constitutionnelle : une suffit!

J'ai cru jusqu'à présent, comme vous l'a dit M. Cullerier, qu'on pouvait expliquer ces différentes conditions en admettant un seul et même principe subissant des modifications selon certaines circonstances dans lesquelles il agissait. Cependant, je dois le dire, en présence de certains faits, il m'est souvent venu des doutes énoncés dans mes leçons cliniques, exprimés dans mes écrits. Ces réticences, que notre collègue qualifie de regrettables, sont autant de portes ouvertes à l'avenir, aux travailleurs. Deux de mes élèves des plus distingués, MM. Basserau et Clerc, imbus de mes principes, ont cru pouvoir trancher la difficulté et arriver par une théorie différente à la solution du problème. M. le rapporteur vous a exposé leur doctrine, je n'ai donc plus besoin de le faire. Mais les arguments qu'il a employés pour les combattre ne me paraissent pas suffisants et prouvent, quoi qu'il en dise, qu'il n'est pas assez préparé pour juger la question de la pluralité des virus.

Entre autres arguments en faveur de la pluralité des virus, ou de la modification comme graine du virus syphilitique, il en est un dont il est impossible d'atténuer l'importance, c'est la similitude des accidents chez l'individu infectant et chez l'individu infecté. C'est une règle générale à laquelle, je dois le dire, je n'ai trouvé que de très rares exceptions. Exceptions qui devraient être très nombreuses et renverser la règle générale si vraiment le rapport obligé des formes primitives n'existait pas. Ces rares exceptions, quand MM. Bassereau et Clerc veulent les expliquer par des erreurs de source, M. Cullerier récrimine, lui qui en a fait son plus puissant argument dans la syphilis héréditaire seulement possible de la mère à l'enfant. Pour moi, je suis plus juste : quand je me bats, je laisse prendre à mes adversaires les armes dont je me sers.

Que, si la doctrine de Carmichael a été détruite de fond en comble, c'est qu'il n'avait étudié, comme je l'ai déjà dit, qu'une moitié de la maladie, que l'individu infecté, sans savoir de qui il tenait toujours l'infection.

J'ajouterai, comme arguments qui méritent une très grande attention dans cette importante question, que j'ai fait observer que dans toutes les inoculations faites sur des individus sains avec du pus de chancres pris sur des malades affectés d'accidents secondaires, on avait donné lieu au chancre induré, suivi à son tour d'accidents constitutionnels; j'avais fait remarquer que, si les nombreuses et incalculables inoculations des syphilisateurs n'étaient pas généralement suivies d'accidents généraux, c'est que les syphilisateurs empruntaient le pus aux chancres qui fournissent le mieux et le plus longtemps le pus spécifique, c'est-à-dire aux chancres non indurés; mais que, lorsqu'ils avaient pris du pus de chancre induré, comme cela est arrivé à M. P..., la vérole constitutionnelle était survenue, malgré les nombreux chancres non indurés qui avaient précédé. Le même résultat a pu être observé chez M. le docteur L..., ce persévérant expérimentateur. L'inoculation du pus fourni par une ulcération infectante chez un sujet à syphilis constitutionnelle a produit chez lui un chancre induré suivi des accidents généraux; mais depuis M. le docteur L..., qui a pu encore s'inoculer du pus de chancre simple dans une proportion impossible à dire, n'a plus réussi à s'inoculer du pus de chancres indurés, pas plus que celui des accidents secondaires.

Ajoutez encore à cela, quelles que soient nos différentes manières de voir sur la transmission de la syphilis aux animaux, que, si on a pu leur communiquer des chancres avec le pus des chancres non indurés, on ne leur a jamais donné la syphilis constitutionnelle.

Toutes ces raisons, messieurs, ont une grande valeur, et, si les doctrines que MM. Basserau et Clerc veulent établir laissent encore assez à désirer pour que je ne les aie pas d'abord proclamées ou adoptées l'une ou l'autre, toujours est-il que M. Cullerier ne les a pas renversées. Tout n'est pas dit.

M. Cullerier réplique en ces termes :

Je remercie M. Ricord des paroles qui commencent son discours, car je ne dissimulerai pas que j'avais été très choqué de l'apostrophe un peu dure qu'il m'avait adressée lorsque j'eus terminé la lecture de mon rapport. Je ne voyais en effet dans ce que j'avais dit que quelques dissidences entre lui et moi; je ne comprenais pas en quoi j'avais pu faire rétrograder la science; je supposais ou que je m'étais mal fait comprendre, ou qu'il ne m'avait pas écouté, et à part moi j'en appelais de M. Ricord distrait à M. Ricord attentif. La lecture de mon rapport lui a fait reconnaître qu'il l'avait mal apprécié à l'audition, et vous venez de l'entendre dire que nous pouvions encore nous donner la main. Il n'en devait pas être autrement dans cette grande question de l'unité du virus syphilitique, unité que M. Ricord a toujours professée, et qu'il ne pourrait abandonner sans brûler ses écrits et sans faire oublier, s'il était possible, son enseignement si populaire.

M. Ricord admet donc qu'il n'y a qu'un virus, mais qu'il varie suivant les individus; c'est tout ce que je demandais. Cependant notre collègue me reproche de ne pas être préparé à juger la question de la pluralité du virus, et de n'avoir qu'un fait à rapporter. Je lui en demande pardon, je crois être très en état d'apporter mon contingent de lumière à la discussion. Je lui rappellerai d'abord cette malade de mon service qu'on avait prétendue devoir être exempte de vérole constitutionnelle parce qu'elle avait des chancres simples contractés avec un individu affecté lui-même de chancres simples, laquelle femme a pourtant présenté au bout de peu de temps les symptômes non équivoques d'infection constitutionnelle. Je lui rappellerai aussi l'observation citée dans mon rapport, de ce jeune homme qui, ayant eu autrefois une syphilis générale et étant actuellement atteint d'un chancre qui resta à l'état simple, ne communiqua pas moins à sa jeune femme un chancre qui s'indura et fut suivi de manifestations secondaires et tertiaires. Je pourrais lui citer d'autres observations pareilles, tirées surtout de mon service de Lourcine. Mais pourquoi me reprocher de ne pas être préparé à juger la question, quand il vient lui-même nous répéter, conséquent avec tout ce qu'il a écrit, que la règle générale du chancre simple produisait le chancre simple, tandis que le chancre induré produit fatalement la vérole par inoculation? Règle générale à laquelle il reconnaît lui-même de nombreuses exceptions. Eh bien! ce sont ces exceptions que M. Ricord a vues, ce sont celles dont je suis si souvent témoin qui me font soutenir que la théorie est fausse. Mais l'expérimentation vient encore à l'appui de mon opinion sur l'unité du virus, quand je vois qu'en inoculant du pus de chancre simple j'ai pu produire le chancre induré.

M. Ricord, pour prouver l'innocuité fréquente du chancre simple, nous rappelle les expériences des syphilisateurs, qui si souvent employaient du pus de chancre sans produire d'inoculation infectante, et auxquels il assurait qu'ils obtiendraient un résultat positif, c'est-à-dire une belle vérole constitutionnelle, s'ils se servaient de pus de chancre induré. Cette proposition me semble grave, et il faut qu'on y prenne garde, dans une école qui soutient avec juste raison, selon moi, que l'induration c'est déjà la manifestation secondaire.

Dans mon rapport, j'ai dit qu'il me suffisait, pour caractériser une ulcération, qu'elle fût contagieuse, et M. Ricord me demande si, par le seul fait de la contagion, j'institue un traitement antisyphilitique. Voici ce que j'ai à répondre : comme je suis loin de croire que tous les chancres infectent, et comme je sais qu'un bon nombre restent à l'état local simple, quelle que soit leur origine, jamais je ne fais faire de traitement tant que l'ulcération reste dans ces conditions. Mais si l'induration, faisant défaut localement, vient cependant retentir sur les ganglions en y produisant l'engorgement indolent caractéristique, alors j'ai recours au mercure, parce que cela équivaut, à mes yeux, à l'induration chancreuse, et que l'infection générale me paraît acquise. En un mot, j'emploie le mercure comme traitement curatif, car je déclare que j'ai peu de foi dans sa vertu préservative.

Suivant M. Ricord, plus un chancre est induré, plus la syphilis générale qui en sera la suite deviendra grave; de sorte que l'induration serait un syphilomètre, ainsi qu'il le dit dans une de ses lettres. C'est là une opinion que je ne saurais partager, car j'ai vu des manifestations secondaires des plus étendues et des plus rebelles après une induration à peine sensible, tandis que je n'ai vu souvent que des phénomènes généraux légers et fugaces après des indurations cartilagineuses des plus larges et des plus opiniâtres; ce qui, je le reconnais, peut tenir à cette circonstance que plus l'induration persiste, plus le traitement mercuriel est prolongé et plus le malade a par conséquent de chances d'être préservé.

Enfin, à propos d'une observation que j'ai citée dans mon rapport, M. Ricord revenant sur la question d'unicité de la vérole constitutionnelle, nous déclare qu'il n'a pas érigé cette opinion en loi absolue et qu'il ne demande partout que des faits contradictoires. Eh bien! ces faits, ma conviction est que notre honorable collègue n'est plus à les chercher, mais qu'il les a trouvés.

M. Ricord. Je suis très heureux d'avoir entendu l'addition que notre collègue vient de faire à son rapport. La question de thérapeutique, la plus importante sans contredit, me paraît jugée dans le même sens par M. Cullerier et moi. Ainsi, tous deux nous sommes d'avis de n'instituer le traitement antisyphilitique que dans les cas de chancre induré, et nous abandonnons le chancre non induré au traitement simple lorsqu'il se montre seul, sans concomitance de phénomènes d'infection générale. Dès lors il est établi que nous repoussons le traitement aveugle, empirique que rien ne justifie.

M. Cullerier nous a parlé dans sa réplique d'un cas dont il veut tirer un grand parti pour juger la question de l'unicité du virus. Le chancre simple non induré peut donner le chancre infectant, car, nous dit-il, un malade auquel il donnait des soins pour un chancre simple a pu, en ayant commerce avec sa femme, transmettre à celle-ci un chancre induré; mais, dans cette circonstance, j'avoue que je n'accepte pas la filiation tracée par notre collègue, et je soupçonne fort la malade d'avoir puisé son mal à une autre source. Je m'étonne en entendant les protestations de plusieurs de nos collègues lorsque j'émets ainsi ces soupçons; je les crois fondés d'abord, et ensuite j'use d'un droit légitime de représailles en n'admettant pas la version de M. Cullerier. Une de mes observations, que je crois parfaitement exacte, n'a-t-elle pas été accueillie avec le même doute? Je puis dire que j'ai vu de très jeunes femmes mariées, à peine affranchies de la surveillance maternelle, élevées dans des pensionnats aux règles rigides et sévères, offrir peu de temps après le mariage des plaques muqueuses, et leurs maris se désespéraient, croyant avoir rendu leurs femmes malades parce qu'ils avaient eu une chaude-pisse quinze ou vingt ans avant. Je crois que le chancre simple, dans la très grande majorité des cas, ne transmet que le chancre simple; et en puisant dans les faits si nombreux des syphilisateurs, n'avons-nous pas la preuve manifeste de ce que j'avance? Que font-ils en effet dans leurs expériences? Où puisent-ils le pus qui doit servir à leurs inoculations sur le chancre non induré? Aussi, quand les choses se passent de cette façon, l'inoculé reste indemne de toute infection générale; mais si la lancette de l'opérateur s'adresse au chancre infectant, à celui qui est vraiment induré, alors vous pouvez presque assurer que la victime de cette inoculation sera vérolée, et jamais la vérité de cet axiome n'a fait défaut.

M. Cullerier nous dit qu'en prenant du pus sur un chancre non induré, il a obtenu un chancre infectant. Que notre collègue nous dise comment s'est passé ce fait intéressant.

M. Cullerier. J'ai pris sur un individu, parfaitement sain du reste, du pus sécrété à la surface d'un chancre non induré, et l'inoculation de ce pus faite sur le même malade a déterminé un chancre induré.

M. Ricord. Eh bien! avec ces détails, je puis dire que cette observation est de toute nullité, car l'inoculation ainsi pratiquée sur le même individu a donné la preuve seulement que le premier chancre n'avait pas les caractères pathognomoniques propres à l'ulcère syphilitique infectant, et vous savez que dans certaines circonstances, sous une influence qui peut varier, telle que la disposition anatomique des tissus, par exemple, l'induration ne se fait pas, et c'est pour ces cas douteux que l'inoculation peut servir de flambeau pour faire disparaître l'obscurité du diagnostic.

Je n'ai pas besoin, du reste, d'insister sur ces différences imprimées à la marche de l'induration : la symptomatologie laisse sur ce point des *desiderata*. On sait seulement que le chancre ne se comporte pas de même, quant à l'induration, sur l'homme et sur la femme, et que sur l'homme, par exemple, le chancre de l'anus ne se conduit pas comme celui de la verge.

M. Vidal. Je demande à M. Ricord de vouloir bien nous dire s'il admet positivement que le chancre peut être infectant sans être induré.

M. Ricord. J'ai déjà, et à plusieurs reprises, admis cette proposition, comme exceptionnelle, il est vrai.

M. Huguier. Je remercie M. Ricord de cette déclaration; elle ne saurait être trop hautement publiée, car on a reproché, avec raison, aux élèves de notre collègue d'être bien autrement exclusifs. Nous leur avons entendu proclamer que sans l'induration il ne pouvait y avoir d'infection : nous pourrons dès maintenant les renvoyer aux paroles du maître.

Nous avons entendu aussi avec satisfaction M. Ricord dire que les chancres de l'anus ne se comportaient pas comme ceux situés sur d'autres parties.

Nous nous permettrons une autre observation : suivant notre collègue, il y a des chancres qui infectent et d'autres qui n'infectent pas; mais alors il y a deux virus? Nous savons que ce n'est cependant pas là l'opinion de M. Ricord. N'est-il pas plus simple et plus rationnel de dire que certains individus sont réfractaires à l'invasion syphilique, quels que soient du reste la forme et le nombre de chancres qu'ils aient eus? C'est ainsi que j'ai vu des malades contracter jusqu'à sept fois des accidents primitifs et rester néanmoins à l'abri de la vérole constitutionnelle.

M. Ricord. M. Huguier vient de répéter tout ce que nous avions dit. Mais il est une loi à laquelle je n'ai jamais vu d'exception, c'est que, l'induration existant, il y a nécessairement infection syphilitique. M. Huguier a-t-il des preuves contraires à opposer à cette loi?

M. Huguier dit qu'il a vu des individus qui ont eu beaucoup de chancres sans être infectés. Je ne le nie pas, mais je considère ces faits comme très rares, et alors il faut qu'il n'y ait ni induration, ni engorgement ganglionnaire.

Mais pour en revenir à la question de pratique, je demanderai à M. Hugier s'il serait disposé à faire subir un traitement antisyphilitique à tout individu présentant une altération qu'il croira être un chancre?

Mes élèves, dites-vous, vont trop loin; c'est possible, car ils subissent l'entraînement de la jeunesse. Mais, croyez-le bien, ils ne sont pas aussi exclusifs que vous le dites, et avant de prendre un parti ils observent et savent attendre.

Nous ne sommes plus à cette époque où l'on disait à un individu : Vous avez un chancre, dans trente ans vous pourrez avoir la vérole. Serais-je seul pour combattre une telle assertion, rien ne me ferait changer d'opinion. La vérole a pour faire ses évolutions un temps déterminé au delà duquel le danger a disparu. Si un an après l'apparition d'un chancre un malade n'a pas eu de symptômes d'infection, il peut se marier sans crainte, et si ses enfants sont bien à lui ils seront sains.

M. Huguier. Non, sans doute, je ne ferai pas subir de traitement mercuriel à un individu affecté d'accidents primitifs légers; mais j'apporterai dans les soins à donner à un malade de ce genre une excessive attention, et je demande surtout à ne pas laisser généraliser dans une forme absolue le principe de la non-infection générale par le chancre sans induration.

M. Robert. La question scientifique, telle qu'elle est posée dans cette discussion, offre sans doute le plus grand intérêt, et elle comporte un grand nombre de détails; aussi je n'ai pas l'intention de m'y arrêter. Ce que je veux, c'est ramener tout ce qui a été dit à l'application pratique pure. Je vois avec plaisir que sur certains points l'accord est parfait. Ainsi, par exemple, on paraît unanimement admettre que tout chancre induré réclame le traitement antisyphilitique; mais il reste plusieurs autres points qui ne présentent pas la même clarté. Ainsi, comme symptôme indiquant, suivant les syphiliographes, la réalité de l'infection, ils signalent les engorgements ganglionnaires. Quant à moi, je ne suis pas édifié sur la valeur de ce signe, que vous élevez à la même signification que l'induration. Est-ce que le retentissement ganglionnaire est si difficile à produire qu'il ait besoin pour se montrer d'être sous la dépendance d'une infection? Il reste évidemment là un point douteux, et que la discussion ne me paraît pas avoir établi d'une manière absolue.

Abordons maintenant une autre question. Un individu porte un chancre non induré encore récent; il peut ne pas être induré ou parce qu'il y a eu déjà infection à une époque plus ou moins éloignée, ou encore parce qu'il vient d'une source non infectante : que devra-t-on faire? Le malade va se marier; suivant votre opinion, cet individu a dix-neuf chances contre une pour ne pas devenir vérolé, mais il lui reste ce mauvais numéro qui peut évidemment lui incomber. Il faut attendre, dites-vous encore; mais l'ulcération ne se cicatrise pas. Alors, suivant moi, on doit s'inquiéter, et dans de telles conditions le traitement antisyphilitique me semble indiqué, et j'y ai recours.

Un autre malade a contracté un chancre; la cicatrice est faite; elle a exigé un mois de traitement simple; il vous consulte aussi pour savoir s'il peut se marier sans appréhension pour l'avenir de sa santé et pour celle de sa femme et de ses enfants. Dans ce cas comme dans le précédent, je l'avoue encore, je n'ose trancher la question négativement; et, comme le faisait Marjolin, je prescris un traitement. Combien de fois, en effet, n'a-t-on pas vu de ces malades ainsi abandonnés présenter, après un laps de temps plus ou moins long, des manifestations tertiaires, et surprendre des enfants couverts de pemphigus, et tous ces accidents ne disparaître que sous l'influence d'un traitement antisyphilitique.

En résumé, il est un point de la doctrine que soutient M. Ricord qui me paraît adopté et reconnu par tous, c'est que le chancre induré ou compliqué d'engorgements ganglionnaires indolents doit être traité par le mercure. Quant au chancre non induré, simple, je demanderai à notre collègue de nous dire si, lorsqu'il ne fait subir aucun traitement au malade qui en est affecté, il reste parfaitement rassuré sur les conséquences de cette manière de faire.

M. Ricord. M. Robert nous ramène sur le terrain de la pratique pure; je l'y suivrai avec plaisir. Voilà, messieurs, quelle est l'opinion de notre collègue : il proteste d'abord contre l'application empirique, aveugle, du traitement à tous les cas. Ainsi, un chancre simple qui se cicatrise bien et rapidement, il l'abandonne volontiers; mais si l'ulcération ne se répare pas vite, si, dit-il, elle dure trois ou quatre semaines, alors il s'alarme et il emploie le mercure.

Mais M. Robert sait mieux que personne que la limite qu'il assigne à la cicatrisation comme limite extrême est précisément la limite ordinaire, et de plus, il sait encore que cette appréciation du plus ou moins de gravité, basée sur la plus ou moins rapide cicatrisation du chancre, ne peut donner que des résultats tout à fait erronés; car il est avéré que le chancre le plus infectant, le plus induré est précisément celui dont la cicatrisation est fait ordinairement avec le plus de promptitude.

Quant aux suites à prévoir pour la santé d'un malade qui a eu des chancres que nous n'avons pas vus, j'avoue que si ce malade n'a pas suivi de traitement, je suis bien plus à l'aise pour le rassurer complétement; car si, après un temps déterminé, il n'a pas de manifestation syphilitique, à celui-là je peux en toute assurance dire qu'il n'a pas la vérole. Si, au contraire, il y a eu traitement, je serai moins affirmatif; car l'influence de ce traitement, qui a pu être insuffisante pour annihiler le virus infectant, a pu tout au moins retarder l'apparition des accidents consécutifs.

M. Robert. Dans sa réponse, M. Ricord nous dit que des chancres indurés guérissent souvent avec rapidité. C'est vrai, mais ce n'est pas là ce dont il s'agit, car il est bien évident que, si nous sommes appelés lorsque l'ulcération existe encore, nous savons reconnaître sa nature, et dans ces cas il n'y a pas d'incertitude sur l'opportunité du traitement.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, E. Laborie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par suite de la réorganisation du cadre des officiers de santé de la Guyane, un emploi de chirurgien de 1re classe pour cette colonie est mis au concours qui doit s'ouvrir le 1er octobre à Toulon.

— Une lettre qui nous est communiquée confirme la nouvelle apportée par la frégate *la Fortune*, d'une épidémie à la Guyane. Cependant, au départ de l'*Antonin*, la fièvre était principalement circonscrite dans les hôpitaux, et ne frappait guère que les arrivants.

MM. Aubert et Rougon, chirurgiens de marine, qui s'étaient si généreusement offerts pour servir durant l'épidémie qui sévit en ce moment à Cayenne, sont partis pour cette colonie.

— L'illustre Alexandre de Humboldt vient de fêter le quatre-vingt-sixième anniversaire de sa naissance. Malgré son grand âge, il poursuit toujours ses travaux.

— D'après le *Nouvelliste vaudois*, il y a eu à Bâle (Suisse), du 27 juillet au 31 août, 198 cas de choléra et 86 décès.

Une des casernes de la ville a été disposée pour y recevoir les familles ou les individus sans ressources qui, par suite de mesures sanitaires, ont dû quitter momentanément leurs demeures, qui seront désinfectées. Il s'y trouve déjà près de cent cinquante personnes, à l'entretien desquelles il est pourvu au moyen d'un ordinaire militaire.

Suivant le *Raccoglitore di Fano*, dans les Etats-Romains, les Marches, l'Ombrie, la Romagne, la maladie pénétrait partout, et parmi les localités nouvellement atteintes ce journal cite Gubbio et Camerino.

A Milan, on a compté dans le mois d'août environ 10 cas par jour. Dans toute la province, il y avait à peu près 100 cas par jour. Pavie est à peu près délivrée du fléau, Brescia avait une diminution notable à la fin d'août.

La *Gazette médicale de Turin* du 10 septembre ajoute à ces renseignements les faits suivants :

A Gênes, du 29 au 31 août, on compte successivement 23, 21, 22 cas. Du 1er au 6 septembre il y eut 25, 25, 13, 24, 24 cas.

Dans les communes de la province de Gênes, les cas sont limités.

— A Londres, dans la dernière semaine d'août, il y a eu 134 décès enregistrés *diarrhées*, dont 111 chez des enfants de moins de 2 ans; 48 décès figurent au total des maladies cholériformes, dans 8 cas seulement, les décédés étaient âgés de plus de 20 ans.

Dans la première semaine de septembre, il n'y a eu que 107 décès sous la rubrique *diarrhée* et 6 sous celle de *choléra*.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Belay, né le 9 octobre 1832 à Bordeaux (Gironde); *Des cholélithes, ou calculs biliaires.*

Maisonneuve, né le 16 août 1822 à Rochefort (Charente-Inférieure); *Essai sur les maladies qui atteignent le plus fréquemment l'homme de mer.*

Delioux de Savignac, né le 7 août 1819 à Tréguier (Côtes-du-Nord); *Etude comparative du choléra épidémique observé dans l'Inde en 1845 et 1846, et en Europe en 1849.*

De Mahy, né le 22 juillet 1830 à Saint-Pierre (Ile-Bourbon); *Essai sur les lésions traumatiques que la femme peut éprouver pendant l'accouchement.*

Beauclair, né le 18 février 1829 à Clermont (Hérault); *Exposé d'un nouveau mode de rupture de l'ankylose de la hanche.*

Martin, né le 25 avril 1827 à Huanne-Montmartin (Doubs); *La scarlatine.*

Bonnaud, né le 2 mai 1830 à Roanne (Loire); *Accidents produits par certaines tumeurs du col.*

Guillemin, né le 8 juin 1826 à Montchaton (Manche); *Considérations sur divers états du col de l'utérus faisant obstacle à l'accouchement spontané.*

Chappot, né le 26 janvier 1830 aux Sables-d'Olonne (Vendée); *Du traitement des fièvres intermittentes simples.*

Millet, né le 17 décembre 1829 à Champlemy (Nièvre); *De la chlorose et de quelques maladies qu'on peut y rattacher.*

Maréchal, né le 26 juillet 1826 à Guetigny (Côte-d'Or); *Réflexions sur l'étiologie et le traitement du choléra-morbus.*

Masson, né le 24 avril 1829 à Mulhouse (Haut-Rhin); *De la pneumonie compliquée d'état typhoïde.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. Decq;
A Genève, à la librairie de Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Maladies de l'enfance, erreurs générales sur leurs causes et sur leur traitement; instructions élémentaires, règles hygiéniques; par M. le docteur L.-F.-E. Bergeret, médecin de l'hôpital d'Arbois. Un volume in-12 de 316 pages. Prix : 5 fr. Paris, chez J.-B. Baillière, rue Hautefeuille, 19.

Notice sur quelques points relatifs à l'art du bandagiste et sur plusieurs instruments et appareils nouveaux; par B. Pouillien, bandagiste et orthopédiste. In-8 de v-48 pages et 29 figures intercalées dans le texte. Chez l'auteur, rue Montmartre, 62.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8

N° 113. — JEUDI 27 SEPTEMBRE 1855. (28e ANNÉE.) N° 113. — JEUDI 27 SEPTEMBRE 1855.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr.
Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 26 SEPTEMBRE 1855.

Séance de l'Académie de Médecine.

Nous sommes décidément en pleines vacances ; il est facile de s'en convaincre en voyant le léger bagage dont se compose la séance de mardi. Nous faisons comme les honorables membres de l'Académie, et sans commentaires nous renvoyons nos lecteurs au compte rendu de cette triste séance.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. CHASSAIGNAC.

Idée générale de la méthode de l'écrasement linéaire.

Pour diviser les tissus vivants, la chirurgie possède des moyens variés, mais presque tous susceptibles de présenter dans leur application des inconvénients plus ou moins graves. Il résulte de là que ce n'est qu'au prix de dangers souvent fort redoutables que l'art chirurgical peut intervenir pour la guérison d'un grand nombre de maladies.

Les meilleurs esprits ont de tout temps recherché les moyens de diminuer ces dangers, et les plus belles pages de l'histoire de la chirurgie sont assurément celles où se trouve inscrit chaque progrès réalisé dans cette voie ; témoin la ligature des vaisseaux dans les amputations, pratiquée par Ambroise Paré.

D'après les vues de M. le professeur Flourens, qui, lui aussi, a cherché dans plusieurs de ses beaux travaux, et notamment dans ses recherches sur l'ostéogénie et le chloroforme, à faire ressortir de ses investigations physiologiques des conséquences pratiques, je me suis occupé de substituer aux méthodes généralement employées jusqu'ici pour sectionner les tissus vivants un moyen qui réunît à la fois l'avantage d'obtenir des sections promptes sans effusion de sang et celui de diminuer l'étendue des surfaces traumatiques. C'est avec le secours de chaînes métalliques mises en mouvement par des appareils doués d'une grande puissance que j'ai réalisé dans la pratique de la chirurgie l'idée d'une méthode opératoire qui a donné jusqu'à ce moment les plus heureux résultats.

Ces chaînes ou ligatures métalliques articulées ont des avantages que nous allons rapidement indiquer :

1° Elles permettent de pratiquer la constriction des tissus vivants avec des cordons beaucoup plus forts et plus volumineux que ceux qui constituent les ligatures ordinaires.

2° Elles donnent lieu à des plaies sèches, c'est-à-dire non saignantes. C'est ce qui a été établi par de nombreuses expériences faites sur les animaux vivants, par les opérations plus nombreuses encore faites sur l'homme, et à l'occasion d'opérations pratiquées sur des parties riches en vaisseaux, et qui donnent lieu fréquemment à des hémorrhagies dangereuses ; exemple : certains polypes, d'énormes tumeurs hémorrhoïdales, l'amputation de la langue, etc.

3° Comparé à l'action des ligatures ordinaires avec ou sans serre-nœud, l'écrasement linéaire a pour avantage de diminuer les accidents inflammatoires et les douleurs presque intolérables inhérentes à ce mode d'action ; en outre, d'abréger la durée habituellement nécessaire pour séparer les tissus.

4° Un autre avantage, enfin, consiste dans l'exiguïté relative des surfaces traumatiques auxquelles donne lieu l'écrasement linéaire. On comprend, en effet, que si, avant d'opérer la section complète des tissus vivants, on les réduit par une compression très énergique à la plus simple expression du volume qu'ils peuvent présenter, la surface de section se trouve naturellement ramenée aux proportions les plus exiguës.

Appareil instrumental. — L'appareil à écrasement linéaire, considéré dans sa simplicité primitive, n'est autre chose qu'une chaîne métallique montée sur une canule aplatie et s'enroulant sur un treuil ou tourillon placé à l'extrémité de la canule. Depuis l'époque où fut construit cet appareil, les études approfondies que j'ai faites sur l'écrasement linéaire m'ont conduit à modifier l'instrument primitif. Le sens dans lequel ont été faites ces modifications se rapporte surtout à l'accroissement de puissance de l'instrument, car, plus j'ai expérimenté dans cette direction, plus je me suis convaincu que, pour écraser jusqu'à séparation complète des tissus vivants, il faut employer des appareils d'une grande force. J'ai même dû reconnaître pour limite, du moins provisoire, de l'application de ces appareils, la présence des parties osseuses au milieu des chairs.

Voici, du reste, les diverses variétés d'instruments que j'ai fait construire dans le but d'accroître l'action des appareils à écrasement linéaire. C'est :

1° Un écraseur à crémaillère simple et armé d'un levier coudé ;

2° Un écraseur à double crémaillère et qui marche par l'action de deux crampons successivement mis en jeu à l'aide d'un levier ;

3° Un écraseur à crémaillère double armé de deux cliquets latéraux.

Origine de l'écrasement linéaire. — La méthode de l'écrasement linéaire, que j'ai fait connaître pour la première fois en 1850, a pris sa source dans les études que j'ai faites pour l'application des serre-nœuds en chirurgie. Ces études m'ont conduit à reconnaître l'imperfection radicale des serre-nœuds connus jusqu'ici. Elles m'ont prouvé que tous ces instruments, sans exception, étaient atteints d'un vice consistant dans la rupture prématurée des ligatures les plus fortes, par suite de la production d'une vive arête sur laquelle le fil vient en quelque sorte se couper. C'est en cherchant les moyens d'obtenir une constriction progressivement croissante des ligatures, sans être exposé à les voir se rompre avant la complète séparation des tissus qu'elles entourent, que j'eus l'idée d'employer dans ce but des ligatures métalliques articulées mises en mouvement par un mécanisme d'une grande puissance. J'obtins ainsi un excellent appareil à écrasement linéaire.

Dans la séance du 28 août 1850, je présentai à mes collègues de la Société de chirurgie mon premier appareil à écrasement linéaire sous le nom de ligature métallique articulée. Voici le texte même de ma communication et de la discussion à laquelle elle donna lieu :

« L'instrument que je présente a pour effet d'exercer sur les » parties qu'il embrasse une constriction supérieure à celle que » toutes les ligatures connues peuvent donner.

» La raison d'être de cet appareil est le fait expérimental que » voici : toutes les ligatures à constriction progressive et qui agis- » sent par l'entremise du serre-nœud sont exposées à se rompre » avant d'avoir produit tout l'effet qu'on se proposait d'obtenir par » la ligature. L'impossibilité où l'on est de savoir si l'action du » serre-nœud ne va pas déterminer la rupture du fil à tel ou tel » degré de constriction est cause qu'on ne peut suffisamment » compter sur les ligatures à serre-nœud, même sur celles qui » sont réputées les plus solides.

» Pour critérium de la puissance du mode de ligature articulée » que je propose, on peut donner l'expérience suivante : Prenez » sur le cadavre une langue de sujet adulte, soumettez-la à l'action » d'une ligature à serre-nœud, et vous verrez que la ligature écla- » tera toujours avant que la section de la langue soit complète. Au » contraire, avec la ligature articulée, l'action constrictive atteint » son maximum et termine la section. C'est une expérience qui a » été plusieurs fois répétée.

» La cause de cette différence provient de ce que les fils les plus » forts, ceux en cordonnet de soie, en métaux de diverses natures, » en fil de chanvre, etc., se brisent toujours avant d'avoir épuisé » toute la force de cohésion qui leur est propre, et cela par suite » d'un vice inhérent à tous les serre-nœuds employés jusqu'ici. Ce » vice, c'est la production sur un point ou sur un autre du serre- » nœud d'une vive arête plus ou moins aiguë sur laquelle le fil se » brise prématurément.

» Du reste, l'instrument que je propose est très simple. Le pre- » mier qui ait été construit n'est autre chose qu'une scie à chaîne » ordinaire, mais plus fine et complétement édentée, montée sur » la canule aplatie d'un serre-nœud et s'enroulant sur le treuil ou » tourillon placé à l'extrémité de la canule. »

M. Giraldès : « Je regarde l'instrument de M. Chassaignac » comme un véritable perfectionnement apporté à la ligature mé- » tallique en raison de la résistance de la chaînette qu'il emploie. » Seulement la difficulté de la nettoyer l'exposera peut-être à des » ruptures ultérieures. »

M. Chassaignac : « Il est important de couper promptement la » langue par la ligature ; c'est le seul moyen d'éviter une sorte » d'empoisonnement produit par un pus infect qui s'introduit dans » les voies digestives avec les aliments. C'est un danger auquel » exposent les lenteurs de la ligature ordinaire, et que mon instru- » ment prévient par la rapidité de son action. Quant à la douleur, » c'est une objection à laquelle le chloroforme a répondu. »

M. Morel-Lavallée : « Selon moi, M. Chassaignac est parti d'une » idée très plausible en cherchant un moyen qui réunît la promp- » titude du bistouri et la sûreté de la ligature. L'a-t-il trouvé ? Ce » qui me paraît incontestable, c'est que la section par son procédé, » quelque rapide qu'elle soit, est loin d'exposer à l'hémorrhagie » comme la section par l'instrument tranchant. Sous la constric- » tion de la chaînette, les tissus, au lieu d'être nettement coupés, » sont broyés, et l'on sait que les plaies par écrasement sont celles » qui saignent le moins. Le sang s'arrête ici dans les artères comme » par l'action de la mâchure. Peut-être seulement cet instrument, » malgré sa puissance, ne divisera-t-il pas les tissus aussi vite que » l'espère M. Chassaignac. Dans ce cas, si d'ailleurs l'expérience » vient en sanctionner l'usage, on pourrait y apporter une modifi- » cation qui imprimât à la chaînette un mouvement de scie, comme » dans le procédé de ligature que M. Lucien Boyer appliquait aux » polypes utérins. »

M. Chassaignac : « Mon instrument, construit du reste tout au- » trement que celui de M. Boyer, suffira, je crois, complétement » à l'indication. »

Nous indiquerons encore à titre de document historique une excellente thèse de M. le docteur Bancel-Dupuy sur le traitement chirurgical des tumeurs hémorrhoïdales. Dans la partie de cette thèse consacrée à l'exposition de la nouvelle méthode que nous avons imaginée pour l'ablation des tumeurs hémorrhoïdales, on trouve :

1° Une description très exacte de l'appareil à écrasement linéaire tel que nous l'avions conçu tout d'abord et fait construire primitivement par M. Mathieu ;

2° Des détails circonstanciés tant sur le mode d'action de cet appareil que sur le manuel opératoire pour l'ablation des tumeurs hémorrhoïdales. (Thèse, Paris, 1854, p. 19 et suiv.)

Synonymie. — La méthode de l'écrasement linéaire a reçu diverses dénominations que nous n'avons pas senti le besoin d'accepter, par la raison toute simple que le mot d'écrasement linéaire suffit pour désigner le mode opératoire dont il s'agit. Nous nous contenterons donc de rappeler ici pour mémoire ces dénominations.

On a appelé l'écrasement linéaire du nom de broiement linéaire, de sarcotripsie, incision sèche, amputation sèche. On l'a appelé aussi histotritie.

Par une déduction bien simple, l'instrument a été tour à tour nommé écraseur linéaire, histotriteur, sarcotripteur, ligature articulée, sécateur par écrasement.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. CAZENAVE.

Leçons cliniques sur les maladies de la peau (1).

DE L'ÉLÉPHANTIASIS DES GRECS.

Nous allons profiter du séjour dans nos salles d'un malade qui présente une affection rare, l'éléphantiasis des Grecs, pour vous parler de cette maladie.

Ce malade est un grand jeune homme de vingt-cinq ans, couché dans la salle Napoléon, n° 80. Il est né à Samos, de parents bien portants ; mais il a un oncle maternel qui a une éléphantiasis. Une de ses sœurs est atteinte de la même affection. Notre jeune homme s'aperçut pour la première fois, vers l'âge de dix ans, de la maladie qui l'amène ici. Aucun trouble dans sa santé ne précéda ni ne suivit son apparition. La peau ne présentait aucune trace d'altération ; seulement, en certains points, elle avait perdu sa sensibilité. Cet état dura une dizaine d'années. A vingt ans, ces points insensibles se sont couverts de taches. Ces taches se sont multipliées ; on en voit aujourd'hui aux membres supérieurs et inférieurs et sur différentes parties du visage. Elles se présentent sous deux couleurs différentes : les unes, très nombreuses, sont brunes, grisâtres, larges, irrégulières ; les autres sont plus petites, blanchâtres et disséminées entre les grandes.

La maladie est restée longtemps dans cet état ; puis il s'est manifesté de petits soulèvements, des nodosités ; il a paru des tubercules qui se sont rapprochés pour former au menton, au nez, à la joue gauche de petites masses. Enfin, comme complication, ce malade a eu une ophthalmie qui a laissé après elle une espèce d'hypertrophie de la conjonctive. Ce sont là les caractères d'une des affections les plus graves de la peau : c'est la lèpre du moyen âge, ou l'éléphantiasis des Grecs.

Dans l'éléphantiasis des Grecs, un des premiers symptômes qui paraisse, c'est la perte ou l'exagération de la sensibilité des points malades. On dit que cette altération de la sensibilité est toujours

(1) Suite. — Voir les numéros des 24 mai, 5 juin ; 5, 17 juillet ; 9 août et 11 septembre.

précédée d'un état fébrile, cela n'est pas le plus ordinaire; mais il y a un état général qui passe souvent inaperçu, c'est une sensation de pesanteur dans tous les membres qui tient à une lésion de l'innervation. Il en est de même pour la perte de la sensibilité, les malades ne s'en aperçoivent pas toujours. Je vois actuellement en ville une personne qui dit n'avoir eu aucun symptôme précurseur qui annonçât sa maladie; et cependant il y a un an qu'ayant été prise d'une angine qui avait réclamé l'application de sinapismes, elle les oublia et les garda sans s'en apercevoir pendant toute une nuit. Evidemment il devait exister chez elle une diminution de la sensibilité aux jambes. Aujourd'hui la sensibilité est exaltée aux membres supérieurs; un léger contact lui cause une douleur comparée à celle qu'on éprouve à la suite de la contusion du nerf cubital.

Cette lésion de la sensibilité avait fait penser qu'on pouvait diviser l'éléphantiasis en éléphantiasis tuberculeuse et en éléphantiasis avec perte de la sensibilité; mais dans l'éléphantiasis tuberculeuse, la sensibilité est aussi diminuée.

Un autre symptôme de cette maladie est l'apparition de taches à la partie externe des membres inférieurs, à la face, surtout aux oreilles et au nez. Ces taches peuvent être blanches, noires, rouges, fauves, jaunes. Elles sont liées à la perversion de la sensibilité, et l'on a cru voir que là où la sensibilité était abolie elles étaient fauves, et qu'aux endroits où la sensibilité était exaltée elles étaient rouges. L'éléphantiasis peut rester un certain temps à l'état de taches; mais il survient plus tard un gonflement qui tient à un engorgement du tissu cellulaire, puis des tubercules disséminés au-dessous des taches.

Dans cet état la maladie peut rester longtemps stationnaire, mais elle peut aussi faire des progrès très rapides; elle ne se borne plus alors à quelques tubercules disséminés çà et là, mais la face entière en est couverte. Les malades présentent alors cet aspect si bien décrit par Arétée, et que tous les auteurs ont copié. Les traits sont déformés, les lèvres sont grossies et pendantes, les sourcils et les cils sont tombés, les membres sont couverts de tubercules, le tissu cellulaire sous-jacent est tuméfié, et tout le corps présente un aspect repoussant. La sensibilité, qui était exaltée, disparaît; la voix s'éteint, la vue s'affaiblit, l'odorat est diminué, le tact est perverti.

Mais l'éléphantiasis peut devenir plus grave encore; les tubercules peuvent s'enflammer; toutes les parties malades deviennent le siége d'une ulcération de mauvaise nature, suivie parfois de gangrène. On a vu des phalanges des doigts frappées de mort et se séparer du corps sans causer de douleur, et les malades vivre encore assez longtemps pour que la cicatrisation ait lieu.

Il se présente quelquefois encore une complication, c'est une hypertrophie d'une espèce particulière qui attaque le globe oculaire, et qui en peu d'années amène la perte de la vue.

La maladie continuant sa marche, il se développe des tubercules sur la voûte palatine, dans les fosses nasales; le pharynx et le larynx eux-mêmes sont envahis; les replis muqueux qui revêtent les cordes vocales sont tuméfiés et altérés; la voix, d'abord voilée, devient rauque, puis, les cordes vocales étant détruites, elle s'éteint tout à fait. Enfin, toutes les muqueuses peuvent être attaquées, les intestins peuvent présenter des ulcérations, d'où des diarrhées rebelles et la fièvre hectique.

A l'autopsie, on a trouvé des ulcérations partout. Dans les intestins, ces ulcérations se présentent tantôt sur des tubercules développés en ce lieu, tantôt sur les follicules de Peyer. Le sang présente une altération particulière. Les centres nerveux sont constamment malades; il y a un ramollissement de la moelle épinière. On a trouvé aussi du pus dans les membranes du cerveau.

L'éléphantiasis des Grecs se développe évidemment sous l'influence mystérieuse de conditions climatériques différentes. On la rencontre en Norvége, en Asie, en Afrique, mais elle est inconnue à nos climats tempérés. Pour qu'on la trouve chez nous, il faut que les individus qui en sont atteints aient fait des voyages maritimes et qu'ils aient pris le germe de la maladie dans quelqu'un des lieux où elle sévit ordinairement.

L'apparition de l'éléphantiasis est influencée par plusieurs causes : d'abord par le genre d'alimentation, la viande de porc et tous les aliments excitants; ensuite par la malpropreté, le défaut de soins, etc. Il faut enfin tenir compte aussi des influences morales : je l'ai vue apparaître à la suite d'une émotion trop vive. Le malade que je soigne en ce moment en ville nous en offre un exemple. C'est un homme de quarante-neuf ans; jamais trace de cette maladie n'a paru dans sa famille; il a habité longtemps Cuba. Il avait une telle peur du choléra qui régnait alors dans cette île que, pour s'en préserver, il a abusé des boissons excitantes et a tout fait pour quitter ce pays. Il était depuis deux ans en Europe lorsque sa maladie a paru : ainsi c'est sous une influence endémique et sous une préoccupation très vive que l'éléphantiasis s'est développée chez lui.

L'hérédité a été admise de tout temps; mais qui dit hérédité ne dit pas hérédité fatale. Des générations peuvent échapper à la maladie. Biett a traité une femme atteinte d'éléphantiasis; elle avait de nombreux enfants, aucun n'en présentait de traces, bien qu'elle se fût déclarée chez leur mère avant leur naissance. Ainsi cette maladie peut être héréditaire ou se montrer spontanément. Quand elle vient des parents, c'est surtout dans le jeune âge qu'elle se montre; aussi avait-on admis qu'elle était plus fréquente dans l'enfance qu'à aucun autre âge de la vie. Mais elle peut se développer spontanément sous une influence morale, et dans ce cas elle se manifeste à tout âge. Nous avons un exemple de l'éléphantiasis héréditaire chez notre malade de l'hôpital, qui en a été affecté dans l'enfance, et chez notre malade de la ville c'est une éléphantiasis développée sous une influence morale : aussi ne s'est-elle montrée qu'à un âge déjà avancé.

Bien que des médecins prétendent que l'éléphantiasis des Grecs est contagieuse, il paraît cependant bien démontré qu'il n'en est rien. Les contacts les plus rapprochés et les plus fréquents, tels que ceux qui peuvent s'établir entre un mari et sa femme, ne suffisent pas pour déterminer la transmission de cette maladie.

D'après les caractères que nous avons tracés de l'éléphantiasis, il semble qu'une erreur de diagnostic ne soit pas possible. Cela est vrai quand la maladie a atteint un certain degré de développement; mais au début, et c'est à ce moment qu'il est important de ne pas se tromper, elle peut offrir des difficultés.

Je vous ai parlé assez longuement des maladies qui avaient été confondues sous le nom de lèpre; la lèpre proprement dite, le psoriasis, affections essentiellement squammeuses; l'éléphantiasis des Arabes, maladie locale de la jambe qui a reçu aussi le nom de maladie des Barbades, pour ne pas être obligé d'y revenir.

Au début, l'éléphantiasis se présente sous l'apparence de taches fauves qui pourraient être confondues avec celles du pityriasis versicolor; mais ces dernières s'accompagnent toujours de desquammation et ne présentent pas une altération de la sensibilité. Les taches de l'éléphantiasis pourraient être encore confondues avec celles de la syphilis; en effet, comme l'idée de tache entraîne généralement celle de syphilis, on est porté à commettre cette erreur. Mais il est bon de dire d'abord qu'il est très rare de rencontrer des taches syphilitiques seules; ensuite la couleur des unes diffère essentiellement de la couleur des autres. Enfin, dans l'éléphantiasis, il y a toujours anesthésie ou hyperesthésie des points malades. J'ai vu commettre, il y a déjà longtemps, une erreur de ce genre. Biett, appelé chez un homme d'une forte constitution pour des taches que le malade attribuait à la syphilis, diagnostiqua une éléphantiasis; cependant cet homme, persévérant dans son idée, fit appeler en consultation deux médecins distingués qui s'occupaient spécialement des maladies vénériennes; tous deux dirent qu'il s'agissait là de taches syphilitiques; le malade fut soumis pendant deux ou trois ans à un traitement antisyphilitique, mais la maladie continua à faire des progrès : c'était bien une éléphantiasis. A l'état tuberculeux, elle pourrait être prise pour une syphilide tuberculeuse; mais les tubercules de l'éléphantiasis sont mous, faciles à malaxer et présentent une bouffissure bien caractéristique. Quant à l'état ulcéreux, il ne peut être confondu.

Les auteurs qui se sont occupés de cette maladie ne sont pas d'accord sur ses causes; les uns ont dit que ce n'était que la syphilis elle-même. Mais chez un grand nombre de malades il n'y a pas de traces de syphilis. On ne peut admettre davantage que ce soit une syphilis dégénérée, puisque pour que cette maladie se développe il faut l'influence d'un climat particulier. Elle ne tient pas davantage au vice scrofuleux. Ce qui a retardé l'histoire de cette affection, c'est le petit nombre d'autopsies qu'on a pu faire. Panielssen et Bœck, dans un mémoire sur l'éléphantiasis observée en Norvége, ont présenté dans leur ouvrage des aperçus d'une grande valeur pour éclairer sa nature. Suivant eux, il y a une double altération du sang, un état de dyscrasie, prédominance de fibrine et d'albumine. La fibrine en trop grande abondance amène ces lourdeurs dont se plaint le malade au début de cette affection, puis elle favorise les congestions locales, d'où production de taches. Lorsque l'albumine est en excès, il y aurait une exsudation, d'où formation de tubercules. Ces auteurs ayant admis deux formes, celle avec tubercules et celle qu'ils appellent *anaisthète*, tout ce qui précède expliquerait bien la première forme. Pour expliquer la seconde, ils ont montré qu'il y avait une altération pathologique dans les centres nerveux. Ces faits remarquables pourraient conduire à une thérapeutique rationnelle.

L'éléphantiasis des Grecs est une maladie excessivement grave, bien qu'on puisse vivre très longtemps avec cette affection. Il y a même quelques exemples de guérisons naturelles.

Si elle est grave au point de vue de l'individu, elle l'est encore au point de vue social; elle soulève une question importante d'hygiène publique, la séquestration des malades, non que cette maladie soit contagieuse, mais parce qu'elle est héréditaire. L'hérédité entre pour les huit dixièmes dans sa production. En prescrivant la séquestration, qui est encore en usage dans certains pays, le législateur a eu très probablement en vue d'empêcher les malheureux atteints de cette affection de la propager par la génération.

Le traitement de cette maladie est peu avancé, bien que les médecins de tous les temps s'en soient occupés. Si l'on remonte à une certaine époque, on trouve un grand nombre de médicaments qui la guérissaient; mais il faut faire attention que sous le nom de lèpre on rangeait non-seulement l'éléphantiasis des Grecs, mais une foule de maladies qui guérissent facilement. Aussi le traitement de l'éléphantiasis est-il resté très obscur. Cependant il en est un très ancien, qui vient de l'Inde et qui est assez en harmonie avec les idées théoriques actuelles; il consistait en émissions sanguines, en émollients et en frictions. Au moyen âge, c'est la vipère qu'on administre sous toutes les formes. Il faut arriver à Schilling, qui établit un traitement avec beaucoup de soin; il consistait à diluer le sang par une diète végétale, les émissions sanguines, les boissons abondantes.

A l'époque où le mercure était employé pour toutes les maladies, on a vanté les préparations mercurielles; mais toutes les observations semblent démontrer qu'elles ne réussissent pas. On a aussi employé une foule de préparations, la plupart irritantes. De même certaines plantes ont passé pour curatives. Parmi les moyens en honneur, il faut encore citer les bains. Certains puits de l'antiquité ont eu la réputation de guérir l'éléphantiasis. Les préparations dont on se sert actuellement pour combattre cette affection sont les pilules asiatiques, dans lesquelles le protoxyde d'arsenic est uni au poivre dans la proportion de 1 à 6 ou à 12. Biett a introduit l'iode dans le traitement de cette maladie; il le donnait sous toutes les formes; mais il prescrivait de préférence l'iodure de mercure et l'iodure de potassium.

Y a-t-il pour l'éléphantiasis des Grecs un traitement rationnel? Oui; il y a plusieurs indications. D'abord, la dyscrasie du sang indique qu'il faut le modifier. On a vanté à cet effet les iodures, l'huile de foie de morue, une ingestion considérable de boissons aqueuses, les évacuations sanguines, enfin tous les moyens qui peuvent agir sur la composition du sang. Ensuite il y a à tenir compte de l'état phlegmasique des centres nerveux qu'il faut attaquer. On a proposé les ventouses le long de la colonne vertébrale, et même des moxas; nous leur préférons les vésicatoires. Enfin c'est la peau elle-même qui est malade et qu'il faut traiter; pour cela on se sert de préparations ammoniacales, iodurées, camphrées; de bains, soit sulfureux, soit alcalins, soit de vapeur, en un mot de tout ce qui active les fonctions de la peau. Pour les tubercules, lorsqu'ils sont trop nombreux, on a conseillé de les attaquer avec le fer rouge.

En somme; huile de foie de morue, boissons aqueuses, puis préparations arsenicales, sudorifiques, bains de toutes sortes, telle est la médication la plus rationnelle pour arriver à la guérison de l'éléphantiasis des Grecs. Nous croyons qu'en suivant ce traitement on peut arriver à de bons résultats si la maladie n'est pas trop avancée; mais dès le début de l'affection les individus atteints de l'éléphantiasis doivent quitter les pays où elle règne pour habiter des climats plus tempérés et plus sains.

DE L'ÉLÉPHANTIASIS DES ARABES.

Nous avons insisté précédemment sur la confusion qui a régné dans les maladies qu'on a désignées à une certaine époque sous le nom d'éléphantiasis. L'une, essentiellement squammeuse, c'est la lèpre vulgaire; l'autre, caractérisée dans son plus grand degré de développement par de petites tumeurs ou tubercules, une perte ou exaltation de la sensibilité dans les points malades : c'est l'éléphantiasis des Grecs; enfin la troisième, celle dont nous allons nous occuper, est l'éléphantiasis des Arabes, désignée en Angleterre sous le nom de mal des Barbades.

Nous avons dans notre service (salle Sainte-Marthe, n° 63) une femme âgée de soixante-trois ans, dont la cuisse gauche présente un développement considérable; les tissus sous-jacents sont hypertrophiés et la peau est altérée : c'est là une éléphantiasis des Arabes. Cette affection, d'après une bonne monographie de M. Alard, aurait pour cause une altération des lymphatiques de la peau. Dans cette maladie, l'épiderme est très épais, fendillé et très adhérent; le corps papillaire est très développé et très distinct du derme; le derme, présente un volume considérable, car on le trouve quelquefois tellement hypertrophié qu'il a une épaisseur de plus d'un demi-pouce. Quant au tissu cellulaire, il est considérablement développé, et contient quelquefois dans ses aréoles une matière demi-liquide, comme gélatineuse; le plus souvent il est induré, et d'autant plus dense qu'il s'approche plus du derme. Le membre est déformé; son volume énorme et son aspect analogue à celui des jambes de l'éléphant justifient le nom qu'on lui a donné.

L'éléphantiasis des Arabes débute d'une manière insidieuse : une inflammation érysipélateuse se montre; on ne sait à quelle maladie on a affaire, bien qu'on ait dit que les vomissements qui surviennent pourraient mettre sur la voie. On éprouve dans la région de l'aine une douleur qui tient à l'engorgement des vaisseaux lymphatiques. Tout cela a une courte durée et disparaît; mais les mêmes phénomènes reparaissent au bout de deux ou trois mois. Enfin après plusieurs de ces atteintes, on s'aperçoit que la région affectée est restée plus grasse; on reconnaît alors que c'est une éléphantiasis des Arabes. D'autres fois c'est à peine si on peut saisir le début de la maladie. La peau qui recouvre la partie malade est tantôt lisse, tantôt elle se plisse; ces plis sont parfois tels que la peau de la jambe recouvre le pied. Elle peut se montrer sur toutes les parties du corps, mais elle attaque de préférence un des membres inférieurs. On la rencontre parfois au scrotum; dans ce cas il y a un suintement laiteux, albumineux, tandis qu'à la jambe il y a production d'écailles, d'acné sébacé; on dirait que ces follicules ne sont pas étrangers à la maladie. D'autres fois l'épiderme est altéré et il se montre des écailles d'icthyose.

Cette maladie est très difficile à guérir et fort sujette à récidiver. Parfois le mal fait des progrès très lents; il finit même par rester stationnaire, et les malades sont condamnés à traîner leur membre comme un poids inerte pendant le reste de leur vie, qui peut se prolonger longtemps. Comme traitement, il faut employer au début, lorsque l'inflammation existe, les antiphlogistiques; mais quand le mal est passé à l'état chronique, il faut chercher à rendre aux fluides leur cours régulier, et tâcher d'amener la résolution de l'engorgement. On a recours aux ventouses, aux bains de vapeur administrés de temps à autre. On obtient surtout de bons résultats de la compression méthodique. On ne doit avoir recours à l'amputation du membre affecté que lorsque les désordres locaux sont graves, profonds et étendus, car on a vu souvent, après une am-

putation, le mal se reproduire dans une autre partie du corps, plus ou moins longtemps après l'opération.

Quant à la malade qui est dans nos salles, nous n'espérons pas la guérir; sa maladie est trop ancienne : elle date de quatorze ans. Nous emploierons chez elle la compression, et nous tâcherons, en agissant ainsi, d'enrayer la marche de la maladie.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 25 septembre 1855. — Présidence de M. MOREAU.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

Épidémies. — 1° Un rapport final de M. le docteur Mangin sur une épidémie de rougeole qui a régné à la Marche. (Commission des épidémies.)

Vaccinations. — 2° Des états de vaccination pour les départements de la Somme, de la Corrèze, de l'Eure, des Bouches-du-Rhône, du Gers, du Loiret, de l'Hérault, de la Marne et du Nord pendant l'année 1854. (Commission de vaccine.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Accouchement prématuré artificiel. — M. le professeur Krause, de Dorpat, adresse une note sur l'accouchement prématuré artificiel.

Inspiration de poudres médicamenteuses. — M. le docteur Pserhofer adresse un mémoire sur les avantages de l'inspiration de diverses poudres médicamenteuses dans le traitement des maladies pulmonaires. (Commissaires : MM. Grisolle, Barth, Poiseuille.)

Fièvre intermittente. — M. le docteur Souffrois (d'Excideuil) adresse une observation d'un cas de fièvre intermittente. (Commissaire : M. Adelon.)

Autoplastie dans les cancers de la face. — M. le docteur Alliot adresse une lettre sur l'autoplastie appliquée au traitement des cancers de la face. (Commissaire : M. Jobert.)

Propriétés électriques du caoutchouc. — M. Rochard adresse une lettre sur les propriétés électriques du caoutchouc.

Instruments lithotriteurs. — M. Charrière fils présente à l'Académie trois modèles d'écrous brisés plus simples que ceux qui ont été faits par son père pour M. Civiale. Ces modifications sont faites de telle sorte que rien n'est changé dans la manière dont on fait manœuvrer l'instrument.

L'un de ces instruments, auquel M. Charrière paraît accorder la préférence, parce qu'il est plus facile à démonter et à nettoyer, même pour les personnes les plus étrangères à la fabrication, renferme quatorze pièces de moins que l'ancien écrou brisé; il se compose :

1° D'une grosse virole s'assemblant avec la grosse rondelle à l'aide de deux rainures circulaires qui reçoivent deux saillies mutuelles; ces parties sont maintenues engrenées par une vis de boule qui sert en même temps de point d'appui;

2° D'une douille mobile qui s'engage dans la rondelle et offre sur ses parties latérales deux échancrures qui reçoivent deux coussinets à ressorts longitudinaux.

Deux plans inclinés se trouvent dans la virole et pressent sur les coussinets quand on veut fermer l'écrou. Si, au contraire, on fait exécuter un demi-tour à la virole, les coussinets sont dégagés et l'écrou est ouvert par le seul fait de l'élasticité des ressorts.

— Le même fabricant présente encore divers instruments destinés à briser dans la vessie les pierres trop volumineuses pour être extraites après l'opération de la taille.

Deux de ces instruments sont déjà de date ancienne, puisqu'ils ont été indiqués dans la notice publiée par M. Charrière père en 1834. Ce sont :

1° Une tenette à mouvement alternatif et à mors dentelés;

2° Un gros brise-pierre muni de l'écrou de M. Ségalas, et fabriqué pour M. Civiale.

Le troisième est de fabrication récente. Il se compose d'une tenette à forceps dont les cuillers sont aussi minces que celles des tenettes ordinaires, trempées en ressort. Lorsque les deux branches sont assemblées, on les serre au moyen d'une vis et d'un écrou, on introduit le foret à travers le curseur central et la clou d'assemblage. Le foret est manœuvré à l'aide d'un archet. Lorsque la pierre est creusée jusqu'à la moitié de son diamètre, on introduit le foret à chemise de M. Rigal (de Gaillac), et la pierre éclate entre les mors de la tenette.

RAPPORT.

Remèdes secrets. — M. Robinet lit au nom de la commission des remèdes secrets une série de rapports sur des remèdes secrets ou nouveaux, dont les conclusions négatives sont adoptées sans discussion.

LECTURES.

Chaleur animale. — M. le docteur Wanner termine la lecture qu'il a commencée dans la précédente séance d'un mémoire ayant pour titre : *Du degré constant de la chaleur animale considéré dans l'homme comme loi de la santé, des effets morbides produits par les variations de cette chaleur et des applications à en déduire pour la thérapeutique.*

L'auteur résume son travail en ces termes :

Nous croyons avoir établi que le grand fait de la chaleur animale observé par les naturalistes est une des conditions de l'existence de l'homme à l'état sain. Cette loi physiologique, dont l'empire s'étend à toutes les autres fonctions, ne pouvait manquer d'offrir d'importantes applications à la thérapeutique. Nos expériences et notre théorie s'accordent pour démontrer que les maladies inflammatoires ont toutes pour cause réelle un trouble de la chaleur animale et que toutes peuvent être guéries par les moyens propres à rétablir l'état isotherme.

— Plusieurs personnes inscrites pour des lectures étant successivement appelées et ne répondant pas à l'appel de leur nom, la séance est levée à quatre heures.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 7 juin 1855. — Présidence de M. CARON.

Lecture et adoption du procès-verbal.

— La correspondance comprend :

1° Le n° de mai du *Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*

2° M. le docteur Doumic (de Paris) adresse un travail sur *l'opération de cataracte par kératotomie supérieure*, et demande le titre de membre titulaire. (MM. Foucart et Coursserant.)

Observation de diphthérite chez un enfant; trachéotomie; guérison. — M. TERRIER lit un rapport sur une observation de diphthérite présentée par M. Ramon à l'appui de sa candidature. Voici cette observation. (Voir le n° précédent.)

M. Terrier présente de longues et intéressantes considérations sur ce fait, et conclut en proposant l'admission de M. Ramon comme membre titulaire.

Luxation coxo-fémorale chez un enfant. — M. GUERSANT a eu l'occasion de constater dernièrement à l'hôpital des Enfants un fait jusqu'à présent considéré comme très rare chez les jeunes sujets, il s'agit d'une luxation de l'articulation coxo-fémorale. Depuis quatorze ans que je suis à l'hôpital, ajoute M. Guersant, je n'ai vu que deux cas de ce genre. Or les cas de luxation de l'articulation coxo-fémorale sont assez fréquents à l'hôpital, où nous en voyons de douze à quinze par an; mais ils ne se présentent que sur des sujets d'un certain âge, et jamais sur de jeunes enfants. Celui qui fait le sujet de mon observation s'est laissé tomber d'un mur peu élevé, a été immédiatement abandonné par ses petits camarades, et plus tard transporté chez ses parents, qui firent appeler immédiatement un médecin. Ce confrère, sans se faire une idée bien exacte de l'état de son malade, et sans reconnaître la luxation, fit appliquer des sangsues autour de l'articulation. Le neuvième jour, l'enfant fut apporté à l'hôpital.

Après l'avoir examiné avec soin et nous être bien assuré de l'existence de la luxation, l'enfant fut couché sur le lit, soumis aux inhalations de chloroforme, puis, à l'aide de l'extension et de la contre-extension, la réduction a été opérée avec assez de facilité. Je vous parle de ce fait, parce que c'est une luxation traumatique et qu'elle se rencontre très rarement chez les enfants.

Nouvelle méthode de traitement du strabisme. — M. COURSSERANT. Me basant sur la haute importance que M. le professeur Roux attachait à l'exercice de l'œil pour faciliter la guérison du strabisme, j'ai essayé de la manière suivante l'usage de la belladone dans le traitement de cette infirmité :

Je laisse l'œil dévié exercer seul la vision, et j'annihile pour ainsi dire la faculté visuelle de l'œil sain en y instillant, autant de fois que cela est nécessaire, l'extrait de belladone ou mieux le sulfate neutre d'atropine.

Voici la théorie sur laquelle je m'appuie :

Lorsqu'un œil est strabique, il perd sa faculté visuelle, ou tout à fait, ou en grande partie. Si l'on ferme l'œil sain qui sert seul à la vision, si on le recouvre d'un bandeau, l'œil dévié reprend sa direction normale et recommence à voir.

Eh bien! au lieu de clore l'œil sain, je le paralyse momentanément par la belladone. Devenu ainsi impropre à la vision, il laisse l'œil strabique reprendre sa direction, et le force à faire à son tour l'office de *voyant* qu'il avait cessé de remplir.

J'ai essayé ce moyen chez trois malades; j'ai appris que chez deux il a été abandonné. Je ne sais encore ce qu'il produira, mais je le livre à l'appréciation de la Société.

M. GUERSANT. J'étais sur le point d'opérer la section du muscle interne de l'œil chez une jeune enfant pour la guérir d'un strabisme, lorsque je m'en suis abstenu provisoirement sur l'observation de M. Coursserant, qui m'avait fait l'honneur de venir à l'hôpital à ma visite du matin. Mais je demanderai à M. Coursserant s'il a dans sa pratique, ou s'il connaît dans la science des exemples qui prouvent que son moyen a réussi; dans le cas contraire, il me semble que, malgré l'absence de danger de la belladone, il vaudrait mieux condamner l'œil strabié au repos absolu.

M. TERRIER fait remarquer que, parmi les sujets atteints de strabisme, il y en a beaucoup (chez les enfants surtout) dont l'œil est pris d'une agitation, d'une mobilité extrême qui doit nécessairement nuire au succès, soit dans le cas de l'opération, soit dans le cas du repos absolu. Chez ces malades, le moyen de M. Coursserant pourrait être très utile.

M. GUERSANT rappelle que son observation est particulière, et que sa malade ne présente pas ce mouvement, cette espèce de danse de Saint-Guy dont parle M. Terrier.

M. COURSSERANT. M. Guersant me demande si j'ai des faits qui prouvent le succès du moyen que je propose. J'avoue que non, vu la difficulté que j'éprouve à faire ces essais, et surtout à les suivre. Quant aux faits qui existent dans la science, je dois reconnaître qu'ils ont eu peu de succès.

M. TERRIER rappelle que le professeur Roux s'élevait contre l'opération du strabisme, qu'il se plaisait à se citer comme exemple de guérison sans opération. En effet, dans sa jeunesse il louchait extrêmement, et ceux qui l'ont connu plus tard ont pu se convaincre qu'il n'en était plus ainsi, quoiqu'il eût néanmoins conservé des traces évidentes de cette infirmité.

M. GUERSANT, après avoir cité le fait d'une jeune fille de douze ans qui louchait considérablement et qui sans opération aucune a fini par loucher très peu, promet d'employer sur sa petite malade le moyen proposé par M. Coursserant et de tenir la Société au courant du résultat.

M. TERRIER demande si la belladone appliquée sur l'œil malade ne porte pas son action sur l'œil sain.

M. COURSSERANT répond que cela n'arrive jamais.

M. CARON rapporte un fait observé chez un de ses clients, rue et île Saint-Louis, qui prouverait le contraire. L'action de la belladone appliquée sur un œil s'est manifestée d'une manière évidente sur l'œil opposé par une dilatation marquée de la pupille.

M. COURSSERANT croit que cette dilatation survenue dans la pupille de l'œil du malade de M. Caron tenait probablement à quelques gouttes tombées dans cet œil ou sur les paupières pendant les frictions exercées sur l'autre œil, et il aurait suffi d'une seule goutte pour produire ce résultat. Du reste, M. Guersant pourra nous éclairer à cet égard dans la séance prochaine.

M. PICARD déclare n'être pas suffisamment édifié sur la théorie de M. Coursserant. Il comprend difficilement comment la cessation de la faculté de la vision dans l'œil sain peut rendre la vue à l'œil strabique, et il doute, jusqu'à plus ample informé, que la méthode nouvelle puisse avoir du succès.

M. FOUCART. Théoriquement parlant, le procédé de M. Coursserant me paraît ingénieux et l'explication m'en semble facile à comprendre; mais la théorie et la pratique sont deux choses essentiellement différentes, et je doute fort, pour ma part, sans me refuser à croire à la possibilité du succès, que les expériences de M. Coursserant amènent une véritable et complète guérison.

Élection. — On procède à l'élection de M. Ramon, qui est nommé membre titulaire.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Cataracte noire. — M. COURSSERANT présente à la Société un cristallin extrait chez une personne de soixante-douze ans. Ce cristallin, d'un brun d'acajou très foncé, est circonscrit par un liséré de substance corticale blanchâtre d'un millimètre environ d'étendue. Quoique le cristallin ne soit pas d'une manière exacte et rigoureuse un exemple bien tranché de l'opacité cristallinienne qui a reçu le nom de *cataracte noire*, il donnait cependant à la pupille une teinte telle que souvent des erreurs de diagnostic en ont été la conséquence.

La convexité du noyau à la face postérieure et le reflet métallique prononcé qu'offre la surface de ce noyau sont signalés par M. Coursserant à l'attention de la Société.

Le secrétaire annuel : VERGNE.

CORRESPONDANCE.

De l'unicité ou de la pluralité du virus syphilitique.

Nous recevons au sujet du rapport de M. Cullerier sur un nouveau traitement rationnel du chancre, publié dans les numéros du 1er et du 4 septembre, les deux lettres suivantes, l'une qui nous est adressée directement, l'autre adressée sous notre couvert à M. Cullerier. Ces deux lettres ont pour objet la question de l'unicité ou de la multiplicité du virus syphilitique incidemment soulevée dans ce rapport. Elles renferment des éléments qui pourront intervenir utilement dans la discussion qui s'est élevée sur cette question au sein de la Société de chirurgie.

Monsieur et honoré confrère,

Dans un spirituel et très savant rapport sur le mémoire du docteur Hammer, l'honorable M. Cullerier vient de toucher une question déjà bien controversée, à savoir : l'unité ou la pluralité du virus syphilitique.

Tout effort tendant à faire rentrer dans les lois générales des maladies virulentes une affection aussi complexe que la syphilis doit, ce me semble, être accueilli favorablement. D'ailleurs, comme l'a fort bien dit l'honorable rapporteur, la *question peut commencer à s'éclaircir, et il est du devoir de chacun d'y apporter ses preuves.*

C'est pour cela que je viens vous demander aujourd'hui la permission de présenter quelques opinions que j'émettais en avril 1854 dans ma thèse pour le doctorat. Sans idées préconçues, sans système arrêté, je n'ai cherché qu'une chose, m'approcher autant que possible de la vérité.

Peut-être, malgré moi, cependant ai-je pu céder à l'influence persuasive des attrayantes leçons du maître en syphiliopathie, M. Ricord; mais, en adoptant les principes de son école, on se trompe en si bonne compagnie qu'on en serait presque à regretter d'avoir raison contre lui.

Un de ses élèves, M. le docteur Clerc, en admettant la modification du chancre par la diathèse syphilitique préexistante, me semble être arrivé à propos de l'unité ou de la pluralité du virus à des conclusions tout opposées à celles qu'on aurait attendues de son point de départ.

Voici ce que je disais à une époque antérieure ou postérieure à la publication du mémoire de M. le docteur Clerc, qui ne m'est encore connu que par le résumé qu'en a fait l'honorable rapporteur :

« Si le virus est toujours de la même nature, il ne s'ensuit pas qu'il » agisse toujours de la même façon, puisque nous le voyons dans cer» taines circonstances produire l'infection générale et dans d'autres, au » contraire, ne donner lieu qu'à des accidents locaux.

» Nous avouons même que cette différence d'action nous avait frappé » et que de prime abord nous penchions assez vers l'opinion de Car» michael, qui admet autant de principes virulents particuliers qu'il y » a de phénomènes syphilitiques distincts. N'est-ce pas chose digne de » remarque, en effet, qu'un chancre puisse exister et se guérir sans » rien occasionner; que, d'un autre côté, un ulcère qui produit des dé» sordres locaux épouvantables, des bubons phagédéniques durant des » années entières ne produise rien de fâcheux dans la santé générale, » et qu'enfin un chancre d'apparence bénigne, sans retentissement » sympathique appréciable pour l'individu qui le porte, vienne au bout » d'un certain temps donner naissance à des accidents généraux sou» vent graves et nécessitant toujours une médication de longue durée?

» N'est-il pas également curieux que le mercure, si puissant contre » ce dernier, soit inutile et souvent dangereux dans le traitement des » autres formes?

» M. Ricord lui-même laisse parfois à ce sujet percer sa préoccupa» tion : « Bien que, dit-il, nous professions l'unité du virus spécifique, » nous nous tenons dans une sage réserve; car, tant que du pus de » chancre induré n'aura pas produit un chancre phagédénique *et vice » versâ*, il sera permis de rester dans le doute. » (*Leçon orale* du 22 » juillet 1851.) Depuis, la manière d'être de certains virus analogues » et quelques observations sont venus éclaircir ce qu'il y avait pour » nous d'obscur dans ces faits en apparence contradictoires.

» Pour que le virus-vaccin ou variolique puisse agir, il faut chez la » personne une certaine idiosyncrasie; des individus non vaccinés ont

» pu soigner des varioleux, traverser des épidémies sans être atteints ; » ils manquaient de l'aptitude nécessaire. Plus tard, la maladie a pu » sévir contre eux, c'est qu'ils ne possédaient plus la même immunité.

» De même en syphiliogénie : on peut d'abord contracter un chancre, » qui se guérit sans s'indurer ; puis plus tard on en prend un autre, qui » amène l'infection constitutionnelle, la diathèse syphilitique. Le virus » était le même, mais l'aptitude qui manquait la première fois existait » la seconde.

» Le plus communément, une fois atteint de la variole, on en est » exempt pour la vie, ou du moins, dans le cas d'une seconde atteinte, » cette variole est modifiée ; elle devient ce qu'on appelle une *vario-» loïde*, et les accidents produits par cette dernière affection sont ordi-» nairement loin d'être aussi redoutables. Qu'une personne non vacci-» née et jouissant de toute l'aptitude voulue vienne alors à s'infecter » auprès du malade ; ce ne sera plus une varioloïde qu'elle prendra, » mais une variole bien nettement caractérisée.

» Le virus n'avait pas changé de nature ; mais en vertu de la dia-» thèse varioloïde préexistante chez le premier malade, il s'était mo-» difié ; tandis que, retrouvant chez le second toutes les conditions » nécessaires à son parfait développement, il est redevenu ce qu'il » avait été d'abord (Trousseau). De même encore en syphiliogénie : » Un individu vient-il à prendre un chancre induré et par là même » acquérir la diathèse syphilitique, il ne pourra désormais, tant que » cette diathèse existera, être affecté d'un nouveau chancre induré, ce » qui ne l'empêchera pas, dans le cas de contagion, de contracter un » chancre simple ou phagédénique, ce que nous pourrions appeler un » *chancroïde* (chancre modifié). Mais ce dernier, inoculé à un individu » sain, pourra produire soit un chancre simple, soit un chancre induré, » suivant que le sujet manquera ou sera doué de l'idiosyncrasie » nécessaire. »

Ainsi, nous avons vu un chancre induré produire chez un individu sain et apte un autre ulcère identique, et donner naissance, au contraire, à un ulcère modifié phagédénique chez une personne inapte à une nouvelle infection générale.

M. Ricord, dans sa *Quatorzième Lettre*, nous a fourni l'exemple d'une seconde observation, dans laquelle du pus de chancre phagédénique serpigineux donna lieu, chez un interne, à un chancre qui s'indura et amena quelque temps après des accidents constitutionnels parfaitement caractérisés.

L'observation du docteur Clerc, complétée par M. Cullerier, vient encore en aide à cette manière de voir et prouver que des chancres non indurés portés par un sujet infecté primitivement peuvent donner naissance à des ulcères qui s'indurent, à des accidents constitutionnels.

On peut donc conclure de ces faits que le virus syphilitique, dans ses manifestations locales, primitives, ne fait que se modifier sans changer de nature, et qu'il produit des phénomènes identiques dès qu'il se retrouve dans des conditions identiques.

Nous voyons, en outre, que le chancre induré est à la vérole ce que la vraie pustule variolique est à la variole, ce que la vraie pustule vaccinale est au vaccin ; qu'il produit par conséquent la diathèse syphilitique, comme les deux autres les diathèses varioliques et vaccinales. Tant que cette syphilis généralisée est en puissance, elle met à l'abri d'une infection nouvelle, sans mettre à l'abri pour cela d'un chancre modifié (chancroïde), pas plus que la variole n'exempte de la variole modifiée (varioloïde).

Le chancre non induré modifié n'est qu'une fausse pustule, qu'un faux vaccin syphilitique, et n'empêche point du tout de contracter plus tard un chancre induré ; le bubon suppuré spécifiquement est dans le même cas.

Considérée sous ce point de vue, la syphilis, ce protée insaisissable, comme on la définissait déjà au moment de l'épidémie, rentre dans les lois générales des maladies virulentes et devient d'une étude beaucoup plus facile. L. MARATRAY, D.-M.-P.

Cercy-la-Tour (Nièvre), ce 6 septembre 1855.

Lettre à M. CULLERIER *sur l'unicité du virus syphilitique.*

Mon cher confrère,

Je n'ai pas pris la plume pour discuter votre rapport ; des voix plus compétentes et plus écoutées l'ont déjà discuté, et si elles ne se sont pas exprimées comme je l'aurais fait, c'est que sans doute elles se sont mieux exprimées. Ainsi, je ne vous dirai pas que je n'ai jamais vu de vérole constitutionnelle qui n'eût été *précédée invariablement du chancre avec induration* ; et cependant, depuis environ trois mois que vous m'avez fait connaître vos opinions sur ce point, j'ai pu observer un assez bon nombre de cas de chancres indurés et de syphilis constitutionnelle. Toujours alors l'induration a accompagné le chancre infectant, et jamais elle n'a manqué dans les ganglions correspondants ; car j'attache autant d'importance que vous à l'induration ganglionnaire.

Mais je laisse tout cela pour ne m'occuper que de l'unicité du virus syphilitique. *Existe-t-il un ou plusieurs virus?* Vous qui avez eu la bonté de lire mon *Traité des maladies vénériennes*, vous connaissez déjà mon opinion à ce sujet : je crois qu'il n'existe qu'un seul virus (chancreux, s'entend, car je ne comprends pas la blennorrhagie parmi les affections syphilitiques proprement dites) ; cependant mon opinion n'est pas parfaitement arrêtée. Sans doute, je n'attache aucune importance aux opinions, aux divisions hypothétiques de Carmichael ; cependant, si l'on me fournissait quelques bonnes preuves, j'admettrais assez facilement que le chancre avec induration n'est pas de même nature que le chancre simple. Jusqu'ici non-seulement je doute, mais j'admets même qu'il n'y a qu'un seul virus, et cela pour plusieurs raisons, qui, sans être des meilleures, ne manquent pas d'importance.

Et d'abord, autant que ma mémoire peut me servir, je crois avoir vu chez deux individus qui s'étaient mutuellement infectés, ici le chancre simple, là le chancre induré. Malheureusement, je ne suis pas parfaitement sûr de ce fait.

Mais ce dont je suis bien certain, c'est que plusieurs fois j'ai vu sur un individu porteur de plusieurs chancres, l'un de ceux-ci induré, les autres non, bien que cet individu ne se fût exposé qu'à une seule infection. Or, comment en serait-il ainsi si le virus du chancre avec induration n'était pas le même que celui du chancre simple, et si l'induration ne tenait pas uniquement à certaines dispositions individuelles ou autres que nous ne pouvons pas apprécier encore exactement? Pour moi, je vous avoue que je vois là une raison suffisante (jusqu'à preuve bien positive du contraire) de n'admettre qu'un seul virus.

J'ai cependant sous les yeux en ce moment une observation des plus singulières, laquelle, n'était cette singularité même, pourrait un peu résoudre le problème. Voici cette observation :

Le 11 juillet 1855, M. L... vient me consulter. Il porte sur le prépuce, à droite, une ulcération de la grandeur d'une pièce de vingt centimes, à fond grisâtre, à bords taillés à pic. Evidemment c'est là un chancre. Je cherche l'induration, et je ne puis pas la constater d'une manière quelque peu nette ; à peine puis-je sentir une doublure légèrement parcheminée. M. L... étant très gras, il m'est impossible de percevoir une induration ganglionnaire franche. Je mets donc un point de doute après mon diagnostic, et je dois dire que ce doute fut suffisant toutefois pour m'engager à soumettre mon malade à un traitement mercuriel. Quinze jours après, l'ulcération étant guérie, M. L... cessa de venir me voir et suspendit tout traitement.

A la première visite, il m'avait avoué que, ignorant de quelle nature était son affection, il avait eu la veille des rapports avec sa femme légitime ; qu'il me la conduirait si elle accusait quelque phénomène morbide vers les organes génitaux.

Le 21 août, par conséquent quarante jours après sa première visite, M. L... me conduit sa femme. Celle-ci accuse un écoulement insolite, une douleur cuisante et fixe vers les organes génitaux externes, à gauche, enfin une altération notable dans la santé. Je procède à l'examen de cette dame, et je constate :

1° Sur le col de l'utérus, une ulcération de nature suspecte ; mais il m'est impossible de sentir si elle est indurée ou non ;

2° A l'intérieur du vagin, vers son tiers externe, et à droite, une très petite ulcération sans caractères spécifiques ;

3° A la petite lèvre gauche, une ulcération presque complétement cicatrisée, et dont je ne puis saisir les caractères. Dans tous les cas, ni l'une ni l'autre de ces ulcérations n'étaient indurées ;

4° Dans l'aine gauche, un ganglion engorgé, dur, douloureux, de la grosseur d'une petite noix. La malade dit souffrir beaucoup de ce ganglion quand elle marche. Assurément, ce n'est pas là l'induration ganglionnaire à laquelle nous sommes habitués quand il y a infection générale.

Résumons ce premier point de l'observation. D'un côté un homme ayant un chancre *peut-être induré*, quoique rien ne soit moins certain ; de l'autre une femme de trente-huit ans, modeste et chaste, à en juger par les apparences, infectée plus que probablement par son mari, et ne présentant aucun symptôme positif d'induration syphilitique. A ce moment le mari était parfaitement guéri, ne ressentait rien, et dormait fort tranquillement sur ses deux oreilles.

Du 21 août au 15 septembre, j'examine Mme L... au spéculum trois fois. Le col de l'utérus est à peu près dans le même état ; les deux autres ulcérations se sont guéries immédiatement. Mais revenons au mari.

Le 6 septembre, il vint me trouver tout effrayé dans mon cabinet, et me dit souffrir beaucoup en urinant. En même temps, il accuse des douleurs de tête continues, un violent mal de gorge (et je constate que les amygdales et le pharynx sont rouges ; il n'y a pas de plaques muqueuses) ; il me montre sur le front quatre ou cinq tubercules rouges, sans démangeaisons, et en même temps j'observe dans le canal de l'urètre, un peu en arrière du méat, à gauche, *un magnifique chancre avec induration des plus manifestes*, et en même temps dans l'aine gauche, *une induration ganglionnaire* multiple des plus apparentes.

D'où sortait ce nouveau chancre? Le malade m'affirme qu'il n'a vu ni sa femme, ni aucune autre femme. Je n'en crois rien. M. L... pensait être guéri ; il s'est exposé à une autre contagion ; il n'a pas écouté les conseils de son médecin, et Esculape vengeur a chargé Vénus de le punir.

Mais Mme L..., c'est ici de plus fort en plus fort. Je vous ai déjà dit que du 21 août au 15 septembre, je l'avais examinée au spéculum trois fois, et très attentivement ; je n'avais rien noté de nouveau. Or, le 15 septembre, je trouve chez elle, à l'entrée de l'urètre (comme chez le mari), un magnifique chancre *avec induration très manifeste*. Or, il devait avoir poussé du 6 au 15.

Mais d'où sortait-il donc?

Pour moi, je suis convaincu que M. L... était retourné à une source nouvelle d'infection, et que de nouveau il avait infecté sa femme. *Bis repetita placent.*

Toujours est-il que, à juger de ce fait par les apparences (n'oubliez pas que je vous l'ai donné pour très singulier), voici comment on peut le résumer :

Un homme contracte un premier chancre qu'on peut croire simple ; il communique à sa femme des chancres très probablement simples.

Le même homme, un mois après, contracte un chancre manifestement induré ; il communique à sa femme un chancre manifestement induré.

EXISTE-T-IL UN OU PLUSIEURS VIRUS ?

Jusqu'ici j'ai à peine abordé le but précis de cette lettre. Vous croyez fermement, mon cher confrère, qu'il n'existe qu'un seul virus chancreux. M. Ricord, à l'heure qu'il est, ne sait pas trop s'il n'en existe pas deux. Pour moi, je crois bien qu'il n'y en a qu'un ; mais cependant j'aurais besoin de preuves nouvelles.

Or, il me semble (ce qui me paraît vous avoir échappé ainsi qu'à M. Ricord) que l'on pourrait peut-être trancher aisément la question à l'aide de l'inoculation artificielle.

Pour vous, avec vos convictions sincères, il vous serait permis d'inoculer le pus du chancre induré à l'individu porteur d'un chancre simple. Tout dépendant du terrain, de la constitution, de l'idiosyncrasie, il est évident que votre malade ne devrait avoir jamais que des chancres simples ; et cela étant, la question serait immédiatement résolue dans votre sens. Je ne vous inviterais cependant pas à faire trop hardiment cette expérience ; mais il en est une autre que nous pouvons tous entreprendre sans grand risque pour nos malades ; c'est la suivante :

Soit un individu portant un chancre induré (et je le prends au moment où l'induration commence à se prononcer franchement), ne pourrait-on pas lui inoculer sur divers points du corps, ici le pus d'un chancre simple, là le pus d'un chancre induré, et laisser marcher les chancres d'inoculation? Dans ces circonstances, on doit avoir à observer l'un des trois phénomènes suivants :

1° Ou bien toujours le pus du chancre non induré donnera un chancre non induré ; le pus du chancre induré un chancre induré ; et dès lors la question est tranchée : *il existe deux virus bien distincts.*

2° Ou bien, au contraire, dans certains cas, l'inoculation du chancre non induré donnera un chancre induré, et réciproquement ; et dès lors la question est tout aussi nettement tranchée ; *il n'existe qu'un seul virus.*

3° Ou bien enfin tous les chancres d'inoculation resteront sans induration, ce qui prouvera simplement que le malade, déjà sous le coup de la syphilis constitutionnelle, est inapte à contracter de nouveaux chancres indurés. Je me hâte d'ajouter que je ne pense pas que cela se passât ainsi. Dans cette hypothèse, il y aurait une autre expérience très intéressante à faire si l'on osait la tenter ; ce serait de prendre chez l'individu inoculé le pus du chancre résultant de l'inoculation d'un chancre induré (lequel, par supposition, reste sans induration) et de l'inoculer à un autre malade porteur d'un chancre simple, pour voir si ce troisième malade aurait ou n'aurait pas un chancre induré. Mais je m'arrête sur ce point ; car de question en question, je n'arriverais jamais à clore cette trop longue lettre.

J'ai cherché dans les auteurs si je trouverais quelques observations qui pourraient déjà me renseigner sur le résultat d'expériences analogues. J'ai parcouru en particulier l'ouvrage de M. Ricord sur l'*inoculation*, et je n'ai trouvé qu'une observation quelque peu concluante, c'est celle qui est rapportée à la page 541. On y voit que le chirurgien de l'hôpital du Midi pratiqua sur la cuisse droite d'un malade l'inoculation d'un pus fourni par un chancre *non induré* ; à la suite de cette inoculation se montra un chancre *à base indurée.*

Toutefois, cette observation, n'ayant pas été faite dans le but que je signale ici, est assez obscure et ne présente qu'une médiocre importance. Elle est suffisante cependant pour engager à continuer.

Dans tous les cas, si, comme vous ou M. Ricord, j'étais à la tête d'un hôpital de syphilitiques, je n'hésiterais pas à entreprendre de pareilles inoculations, qui seraient, dans tous les cas, sans danger pour le malade (il est inutile de le prouver aujourd'hui) et qui pourraient démontrer le problème dont nous cherchons en ce moment la solution.

Agréez, etc. Dr H. MONTANIER.

Paris, 18 septembre 1855.

En réponse à une lettre de M. le docteur Bouquet (voir notre numéro du 15 de ce mois), nous recevons la lettre suivante, que M. le docteur Chargé nous prie, et nous requiert au besoin, d'insérer sans retard. Nous nous rendons d'autant plus facilement à cette demande, que les nouveaux détails qu'elle contient ne font que confirmer les renseignements qui nous avaient été fournis par notre honorable correspondant.

A M. le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Marseille, ce 24 septembre 1855.

Monsieur le rédacteur,

. . . .

Il est vrai que dans cette dernière épidémie l'administration municipale de Marseille, se faisant un devoir de rechercher les meilleurs moyens de combattre le choléra, contre lequel (c'est elle qui parle) les ressources de l'art médical sont trop souvent impuissantes, m'a fait l'honneur de m'offrir, en date du 31 août dernier, une salle spéciale à l'Hôtel-Dieu, pour appliquer à des cholériques le traitement homœopathique.

Cette proposition m'a été faite par des hommes honorables dont l'estime m'est précieuse, et chez lesquels je reconnaissais des intentions sérieuses et une bienveillance dépourvue de toute arrière-pensée. Je l'ai acceptée, avec trop d'empressement, il est vrai ; mais cet empressement témoigne au moins de mon désir d'être utile, de ma condescendance pour les magistrats qui m'honoraient en faisant un appel à mes services ; il répond enfin au reproche que l'on adresse si légèrement aux médecins homœopathes de se refuser à appliquer publiquement les principes qui les régissent dans leur pratique particulière.

En trois jours de réception, 26 malades sont entrés dans mon service ; 20 sont morts, la plupart très rapidement et après quelques heures de séjour.

Tels sont les résultats, on peut les énoncer ; mais pour les apprécier avec justice, faut-il au moins peser les observations, et c'est ce qui n'a pas encore été fait.

On s'est hâté de proclamer que l'homœopathie venait de subir un rude échec, quand aux yeux de tout homme impartial ces faits prouvent uniquement que, lorsque le choléra est arrivé à la période la plus avancée, toutes les méthodes de traitement tendent à se confondre dans la même impuissance.

Après ces trois jours, j'ai exprimé à M. le maire les regrets sincères, douloureux, mais nécessaires, de ne pouvoir continuer plus longtemps une expérimentation à peine commencée.

Certes, il ne m'était pas venu à l'idée que devant des faits aussi peu nombreux, aussi peu concluants, contre-balancés par tant d'autres faits positifs, irrécusables, on pourrait sitôt se croire autorisé à déclarer l'homœopathie vaincue, quand on ignore encore comment ces faits mêmes se sont passés ; mais eussé-je prévu un si déplorable résultat, je le déclare, je ne m'en serais pas moins trouvé dans la nécessité de reconnaître que, malgré les excellentes dispositions que l'administration des hospices m'a constamment témoignées, et pour lesquelles je lui conserverai toujours la plus vive reconnaissance ; malgré le dévouement de mes collègues qui, comme moi, auraient voulu, mais en vain, se multiplier, les exigences matérielles et imprévues du service devenaient tous les jours plus difficiles, et que, par suite de ces difficultés, il était impossible que les malades placés sous mes soins retirassent du traitement homœopathique tous les bienfaits que dans de meilleures conditions j'ai obtenus moi-même et que je persiste encore à croire de nouveau parfaitement réalisables.

J'ai l'honneur d'être, etc. CHARGÉ, D-M-P.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8

N° 114. — SAMEDI 29 SEPTEMBRE 1855. (28e ANNÉE.) N° 114. — SAMEDI 29 SEPTEMBRE 1855.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Du drainage en chirurgie.

La plupart de nos lecteurs, sans doute, savent ce que c'est que le drainage. Il en est même probablement qui, partageant leur temps entre les soins de leur clientèle et la culture de leur champ, *fortunatos nimium...*, ont déjà appliqué ce procédé si simple et si ingénieux d'assainissement et de fécondation du sol. A ceux-là nous n'aurions rien à apprendre sur le principe dont nous voulons faire ressortir une application partielle et éloignée à la chirurgie. Mais pour ceux qui pourraient ignorer encore en quoi consiste cette innovation agronomique, et qui ne pourraient, par conséquent, saisir l'analogie qui a conduit aux applications chirurgicales que nous voulons signaler à l'attention des praticiens, quelques mots d'explication sont nécessaires.

Soit un champ inculte que l'on veut assainir et rendre à la culture : la première chose dont il s'agit habituellement, c'est de le débarrasser des eaux qui séjournent à la surface en en facilitant l'écoulement, de le mettre à l'abri de submersions nouvelles en favorisant la filtration des eaux pluviales arrêtées par les couches imperméables du sol. De tout temps on a eu recours, pour atteindre ce but, aux tranchées, aux fosses ouvertes. C'était déjà du drainage, mais du drainage à ciel ouvert, c'est-à-dire dans son état le plus rudimentaire, et borné d'ailleurs à une sphère d'application toujours très restreinte. Le drainage, tel qu'il est pratiqué en ce moment sur une grande échelle en Angleterre et sur quelques points de la France, où il n'est encore qu'à l'état d'essai, n'a pas seulement pour effet de débarrasser les terres humides de leur excès d'eau, mais encore d'humecter les terres sèches, de faire pénétrer l'eau et l'air dans les terres imperméables ; en un mot, de répartir partout les éléments de la vie et de la fécondité. Il consiste à faire traverser les champs par des fossés souterrains. On dispose à cet effet sous le sol, selon la pente du terrain, plusieurs rangées parallèles et convenablement espacées de petits tuyaux en poterie non vernissée, placés bout à bout. Ces tuyaux aboutissent à un canal de plus grand diamètre, ouvert au point le plus bas du sol, reçoivent par les petits interstices qui restent entre chacun d'eux les eaux en excès et les dégorgent hors du champ. Les nombreux visiteurs de l'Exposition ont pu voir sous le hangar où sont exposées les machines agricoles un spécimen de cet ingénieux système de drainage souterrain, dont l'application a pour double avantage d'accroître dans des proportions considérables la fécondité du sol et de faire disparaître une des causes les plus générales d'insalubrité.

Ne fût-ce que sous ce dernier point de vue, le drainage aurait déjà pour nous, comme on le voit, sa part d'intérêt, et nos lecteurs nous pardonneraient sans doute, en considération de ce résultat, de leur avoir fait faire cette petite excursion sur un domaine qui n'est pas le nôtre. Mais c'est dans un autre but que nous avons cherché un point de départ et un terme de comparaison dans le drainage.

Quel rapport, dira-t-on, peut-il y avoir entre le principe de l'assainissement des terres et le pansement des plaies ? Aucun assurément. L'eau et l'air, qui portent la vie et la fécondité dans le sol, porteraient la mort au sein de nos tissus si on cherchait à les en pénétrer. Mais si, dans les effets multiples du drainage, vous ne considérez pour un instant que celui qui consiste à faciliter l'écoulement au dehors des liquides nuisibles, ne voyez-vous pas de suite l'application qui peut être faite à la chirurgie des procédés à l'aide desquels on atteint ce résultat ?

Ce n'est pas d'aujourd'hui qu'on a songé à favoriser par divers moyens l'écoulement au dehors des produits de la suppuration et des fluides épanchés dans les plaies ou cavités accidentelles. On a de tout temps cherché à atteindre ce but par les débridements, les contre-ouvertures ; par les mèches, les tentes ou sétons à demeure. Mais, d'une part, les débridements et les contre-ouvertures ne sont pas toujours praticables, et ils sont loin d'être toujours dépourvus de dangers ou tout au moins d'inconvénients. D'un autre côté, les mèches ou tentes en charpie ou en coton remplissent bien en partie le but qu'on s'en propose en facilitant, à la faveur de la capillarité, le cours des fluides au dehors ; mais ce résultat est presque toujours incomplet, et les substances dont sont composées ces mèches, s'imprégnant elles-mêmes de ces liquides, ont l'inconvénient d'en retenir toujours une plus ou moins grande quantité en contact avec les parois du foyer ou de la plaie.

C'est là, si on veut bien nous permettre de continuer notre comparaison, le drainage primitif ; c'est la tranchée, ou le fossé à découvert, avec ses imperfections et ses applications limitées. Non pas que nous prétendions que le nouveau système de pansement auquel nous faisons allusion soit aux modes de pansement généralement en usage ce qu'est le nouveau drainage à l'ancien ; nous ne voudrions lui donner ni la même importance ni la même portée ; mais enfin il peut se faire qu'il y ait là le germe d'un progrès ou tout au moins d'une amélioration utile, et c'est pour cela que nous avons cru devoir le signaler à l'attention des praticiens.

En quoi consiste ce que nous demanderons la permission d'appeler le *drainage chirurgical* ? C'est ce qu'il nous reste à dire.

Le principe du drainage chirurgical est d'établir un écoulement continu des liquides au dehors, ou, en d'autres termes, d'opérer une sorte de dessèchement des foyers purulents. Il consiste à se servir de tubes en caoutchouc vulcanisé d'un diamètre variable, mais qui est moyennement celui d'une plume de corbeau, percés de distance en distance de petits trous semblables aux yeux d'une sonde. Ces tubes sont placés en travers des abcès, des foyers ou dépôts purulents, de manière que les liquides, pénétrant par les trous pratiqués le long de leurs parois, en parcourent aisément toute la longueur et viennent sourdre continuellement au dehors par les deux orifices ou par celui de ces orifices qui est placé dans la position la plus déclive. L'introduction de ces tubes se fait à la manière de celle des sétons. Supposez qu'on veuille en introduire un dans un foyer purulent non encore ouvert : on pratique à l'une des extrémités de ce foyer une petite incision à la peau, dans laquelle on introduit un stylet muni d'un fil, lequel entraîne à son tour le tube de caoutchouc. Le stylet arrivé à l'autre extrémité du foyer, dont il soulève la peau, on pratique sur ce point une seconde incision, qui donne issue au stylet, et en le retirant on se trouve ainsi avoir fait traverser toute l'étendue du foyer par le tube, qui y est maintenu à demeure.

Dans quelques circonstances, le drainage ne consiste qu'en un petit tube en caoutchouc d'un ou plusieurs centimètres de longueur seulement, toujours percé de trous, et qui est enfoncé directement et perpendiculairement dans l'abcès. La partie extérieure saillante de ce tube est fendue en deux, et les parois, divisées, sont renversées à droite et à gauche sur la peau, où elles sont maintenues par une bandelette de sparadrap.

Ce dernier moyen est plus particulièrement applicable aux abcès profonds du sein et aux maladies articulaires avec suppuration.

On conçoit, du reste, qu'on peut varier à l'infini ces applications et les adapter aux diverses circonstances de forme, d'étendue et de profondeur des foyers.

Hâtons-nous de dire que nous n'avons aucune prétention à l'invention de la chose ni même du nom. C'est à M. Chassaignac qu'en revient tout entier le mérite. C'est dans son service de l'hôpital Lariboisière que nous avons pour la première fois entendu prononcer le nom de drainage chirurgical et que nous en avons vu les applications sur un grand nombre de malades. En attendant que nous soyons en mesure d'en faire connaître les résultats et d'en apprécier les avantages, nous nous bornerons à énoncer quelques-uns des cas dans lesquels nous avons vu mettre cette méthode en usage.

On peut voir en ce moment même, dans la première salle de la division de M. Chassaignac (salle Saint-Louis), le n° 4 *drainé* pour un phlegmon diffus sous le cuir chevelu. Le n° 5, vaste phlegmon péri-articulaire de la hanche, portant un tube qui part de la partie postérieure du bassin, passe autour du col du fémur et sort par l'aine. Le n° 19, abcès par congestion. Le n° 22, tumeur blanche. Le n° 23, arthrite suppurée du genou, actuellement en voie de guérison. Celui-ci a porté la canule dite en Y, c'est-à-dire plongée verticalement dans le foyer par une de ses extrémités, l'autre étant divisée et renversée sur la peau. Le n° 25, *drainage* des bourses pour une fistule urinaire. Le n° 28, pour un abcès de la fosse iliaque externe. Le n° 30, abcès de la mâchoire inférieure. Le n° 31, abcès profond de la région métacarpienne (panaris). La canule passe de la face palmaire à la face dorsale en contournant le métacarpien du pouce. Le n° 33, pour une suppuration de la bourse trochantérienne.

Deuxième salle, malade n° 2, vaste épanchement sanguin sous le mollet produit par une roue de voiture ; une première canule s'étend depuis le creux poplité jusque vers le milieu du mollet, et une seconde du mollet jusqu'au talon ; n° 8, abcès du mollet ; n° 25, pour une glande abcédée derrière l'oreille ; n° 30, abcès par congestion de l'aine ; n° 32, tumeurs blanches ; n° 34, hygroma du genou.

Enfin, dans la salle Sainte-Marthe, on trouvera également le drainage appliqué au n° 11 pour un abcès du moignon à la suite d'une amputation de la cuisse ; au n° 12, pour un abcès s'étendant dans la fosse iliaque droite et la partie postérieure correspondante du bassin ; et au n° 24, pour une tumeur gommeuse syphilitique de la partie antérieure du tibia.

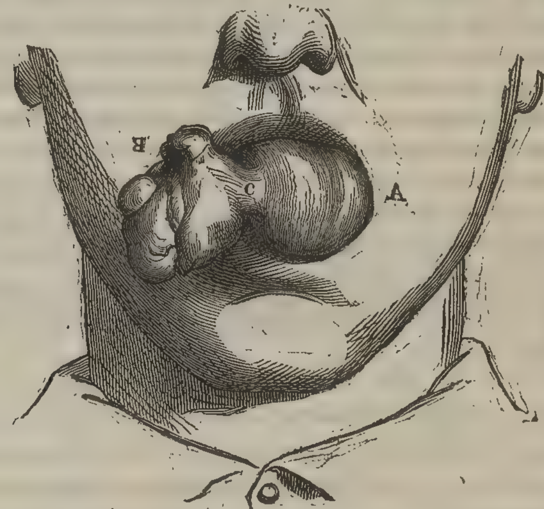
Nous n'avons pas besoin de dire qu'en signalant cette méthode de pansement à l'attention de nos lecteurs nous n'entendons pas la préconiser sans faire des réserves, au moins quant à quelques-unes de ses applications. Nous ne doutons pas qu'il n'y ait là le germe de quelque chose d'utile et d'applicable à un certain nombre de cas, mais il faudra laisser à l'expérience le soin d'exclure celles de ces applications qui pourraient être nuisibles et de circonscrire celles qui pourront avoir de bons effets.

Tumeur fibreuse de la langue datant de dix-huit mois. Extirpation. Guérison.

Les exemples de tumeurs fibreuses de la langue sont fort rares. Cette rareté, autant que la difficulté qu'offre leur détermination et l'obscurité qui règne encore en général sur l'histoire des tumeurs bénignes de cet organe donnent un intérêt particulier au fait suivant, qui a présenté d'ailleurs, sous le rapport opératoire, quelques particularités également dignes d'être signalées.

Le nommé F..., garçon de chantier, est entré le 28 août 1855 au lit 66 de la salle Sainte-Marthe, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Laugier, remplacé en ce moment par M. Ad. Richard. C'est un jeune homme de trente-deux ans, bien portant et vigoureux. Il avait quinze ans, à ce qu'il rapporte, quand il découvrit sur le bord droit de sa langue une petite grosseur du volume d'une lentille et aplatie comme elle. Elle fit assez peu de progrès pour qu'à vingt ans son volume n'excédât pas celui du bout du doigt. Du reste, elle ne provoquait ni gêne ni douleur. Mais quelques années plus tard il n'en fut pas de même ; elle crût assez rapidement, se partagea en plusieurs lobes et rendit la prononciation difficile pour le jeune homme et pénible pour ceux qui l'écoutaient. La crainte toutefois l'empêchait de consulter les chirurgiens, et il arriva ainsi jusqu'à l'âge de trente-deux ans, si bien qu'à la vue de cette singulière tumeur, le plus grand étonnement est qu'il l'eût conservée si longtemps.

Aujourd'hui, la tumeur offre le curieux aspect très bien rendu dans ce joli dessin de M. Léveillé.



Implantée sur le bord droit de la langue, à deux travers de doigt en arrière de sa pointe, elle se développe dans la cavité buccale sous la joue correspondante. Son volume ne peut être mieux comparé qu'à celui de la portion de la langue qu'un effort ordinaire fait saillir hors de la bouche ; et en effet, dans la position indiquée sur la figure, il semble qu'on voie une langue irrégulièrement bifide. Sa surface est trilobée. La muqueuse qui la recouvre est celle de la langue, amincie. Sa couleur est rosâtre, mais comme un peu lavée, rappelant celle des polypes utérins ; sa consistance ferme, dure même, sans point fluctuant. Le pédicule est facilement poursuivi et limité dans l'épaisseur de l'organe.

Dans l'état ordinaire, le malade laisse la tumeur dans l'intérieur de la bouche, et sa présence n'est manifestée à l'extérieur que par un léger soulèvement de la joue.

Il est curieux de voir ce jeune homme tirer la langue de manière à montrer sa tumeur. Celle-ci, en effet, au moment où elle franchit l'arcade dentaire, puis le sphincter labial, se déploie tout d'un coup à la manière d'une tige élastique.

Ce jeune homme a été opéré le 30 août. La portion gauche de langue étant fixée entre les deux doigts d'un aide au moyen d'une compresse sèche, M. Adolphe Richard circonscrit le pédicule au moyen d'une incision elliptique. L'énucléation se pratique avec la plus grande facilité par la dissection rapide du tissu cellulaire lâche qui enkyste la portion intra-linguale de cette tumeur.

La petite artère nourricière du produit morbide ayant été liée, les deux lèvres de la plaie sont réunies par trois points de suture ordinaire.

Le surlendemain, les fils sont enlevés. La réunion était faite sur la moitié de la plaie; le reste granule sur les bords seulement.

Le 4 septembre, six jours après l'opération, le malade demande à sortir.

Il est revenu se montrer deux fois et est parfaitement guéri, si bien qu'on découvre difficilement aujourd'hui les traces de l'opération qui lui a été faite.

— La nature de cette tumeur ne fut pas telle qu'elle avait été prévue avant l'opération. M. Ad. Richard avait pensé qu'il s'agissait là d'une hypertrophie des glandes linguales, et cette opinion fut partagée par plusieurs de ses collègues auxquels le malade fut soumis à la Société de chirurgie.

Déjà la section pratiquée dans son épaisseur ne montre qu'une coupe uniforme, malgré les lobes; et au microscope, MM. Ch. Robin et Ad. Richard n'y découvrirent que du tissu fibreux avec quelques éléments fibro-plastiques.

M. Robin a eu plusieurs occasions de voir, comme ici, que certaines tumeurs, qu'à cause de leur aspect on aurait pu croire d'origine glandulaire, n'étaient en réalité que des productions fibreuses.

Une particularité importante au point de vue de l'opération, c'est l'enkystement de la portion intra-linguale de la tumeur, d'où sa facile énucléation. Dans certains cas analogues, la même particularité a été notée.

D'où proviennent ces lobes, qui ont fait croire à une tumeur glandulaire? Très probablement du contact avec les dents, qui n'étaient que très légèrement déjetées en dehors.

Les exemples de tumeurs fibreuses de la langue, avons-nous dit, sont fort rares. L'aspect jaunâtre qu'offrait la coupe de la tumeur dont il est ici question peut faire supposer que les *lipomes* de la langue qui ont été cités étaient peut-être de véritables tumeurs fibreuses. Du reste, l'histoire pathologique des tumeurs bénignes de la langue reste presque tout entière à faire. Heureusement, leur pronostic et leur traitement ne laissent, malgré cette lacune, que peu d'obscurité.

Appréciation comparative de quelques agents hémostatiques dans l'hémoptysie.

La saignée, que l'on a pendant si longtemps opposée à l'hémoptysie, d'après des vues plus théoriques que pratiques, tend de jour en jour à être restreinte dans des limites plus étroites; elle est même entièrement repoussée par quelques-uns des praticiens qui font le plus autorité, lorsque l'hémoptysie est liée à l'existence des tubercules pulmonaires. Quelques-uns même vont plus loin, et condamnent la saignée dans tous les cas, par ce double motif qu'elle est presque toujours inutile et souvent dangereuse; inutile, parce que le plus souvent elle n'arrête pas l'hémoptysie, ou lorsqu'elle la suspend, elle ne met pas à l'abri du retour de l'hémorrhagie dans un temps très rapproché; dangereuse, parce qu'elle plonge les malades dans un état de faiblesse qui ne leur permet pas de résister aux influences morbides intercurrentes. Telle est, en particulier, l'opinion de M. le docteur Aran, qui, dans un grand nombre de cas d'hémoptysie qu'il a eu l'occasion de voir dans les hôpitaux, n'a jamais eu à regretter de n'avoir pas eu recours aux émissions sanguines. Nous ajouterions volontiers que cette opinion est aussi la nôtre, et que nous l'étayerions sur les mêmes motifs.

Mais en rejetant l'usage des émissions sanguines, fallait-il se condamner à l'inaction en présence de cet accident? Lorsque l'hémoptysie est légère, il n'y a pas assurément grand mal; mais quand elle est abondante et répétée, il devient utile et quelquefois urgent d'y mettre un terme.

Existe-t-il des agents thérapeutiques d'une efficacité éprouvée contre cet accident pathologique? Quels sont ceux d'entre eux qui méritent le plus la confiance du praticien? En est-il auxquels on doive s'adresser de préférence aux autres dans certaines circonstances déterminées?

Tel est l'objet de quelques recherches cliniques auxquelles M. Aran s'est livré, et dont il a consigné tout récemment le résultats dans le *Bulletin général de thérapeutique*. Nous allons résumer ces résultats qui intéressent directement la pratique.

M. Aran a successivement essayé les agents appartenant à la classe des hémostatiques proprement dits, tels que les substances résineuses, le seigle ergoté et le chlorure de sodium; puis les astringents (l'acétate de plomb, l'alun, l'eau de Rabel, le tanin, l'acide gallique); les nauséeux et vomitifs (l'ipécacuanha, le tartre stibié, la vératrine), et les sédatifs du système circulatoire (le nitre, la digitale).

Des agents du premier groupe, les hémostatiques proprement dits, l'essence de térébenthine a paru à M. Aran devoir être particulièrement rappelée à l'attention des praticiens. Il l'a prescrite pure, de 16 à 30 gouttes toutes les heures dans une cuillerée d'eau ou bien en bols, solidifiée par de la magnésie, que l'on fait prendre dans du pain à chanter. En général, quelques heures après l'ingestion, il y avait déjà une diminution très marquée dans l'abondance de l'hémoptysie, et en vingt-quatre ou trente-six heures au plus, l'hémorrhagie était réduite à des proportions insignifiantes, si même elle existait encore. M. Aran s'est convaincu, du reste, ainsi que l'avaient déjà constaté plusieurs médecins anglais et allemands, que l'essence de térébenthine convient bien moins aux hémoptysies avec certain degré de fluxion vers la poitrine, avec un mouvement fébrile, aux hémoptysies qui se montrent chez des sujets jeunes et un peu pléthoriques, qu'à celles que l'on observe chez des sujets débilités, cachectiques, avec des caractères de passivité ou d'atonie.

Le seigle ergoté et l'ergotine de M. Bonjean se sont montrés, contre l'hémoptysie, d'une efficacité bien inférieure à celle de l'essence de térébenthine. L'ergot de seigle, administré plusieurs fois à dose assez élevée, n'a paru avoir qu'une influence très médiocre sur l'hémorrhagie.

Il n'en a pas été de même du chlorure de sodium, qui s'est montré d'une efficacité incontestable à la dose de 4 à 10 grammes en quelques heures, dans une potion ou en poudre. Il mérite d'autant plus d'être recommandé en pareil cas, qu'il est constamment sous la main de tout le monde.

Parmi les astringents, M. Aran n'a trouvé que le tanin et l'acide gallique qui lui aient paru mériter toute confiance. L'acide gallique lui paraît même devoir remplacer le tanin, parce que, avec les mêmes propriétés antihémorrhagiques, il n'a pas sur les tissus l'action desséchante du tanin et qu'il ne produit pas ces constipations opiniâtres que l'on observe à la suite de l'emploi de ce dernier agent. La dose moyenne de l'acide gallique a été de 60 à 75 centigrammes dans les vingt-quatre heures, par paquets de 15 centigrammes, que l'on fait prendre toutes les heures ou toutes les deux heures.

Ce n'est en quelque sorte que pour mémoire que M. Aran signale les effets antihémoptysiques des nauséeux et vomitifs, tels que l'ipécacuanha, le tartre stibié, la vératrine. Pour l'ipécacuanha et le tartre stibié, ces propriétés sont connues depuis longtemps. Quant à la vératrine, dans trois cas où elle a été prescrite, l'hémoptysie s'est arrêtée comme par enchantement dès que l'état nauséeux et le vomissement ont eu lieu. Ces agents mériteraient donc d'être placés au premier rang des antihémoptysiques, s'il n'en était d'autres qui jouissent de la même efficacité sans produire des nausées et des vomissements toujours pénibles ou tout au moins désagréables pour les malades.

Le nitre et la digitale ont été également, et avec juste raison, préconisés dans ce cas à titre de sédatifs du système circulatoire. A l'exemple de Schmidtmann, qui avait eu l'idée d'associer le sel marin à la digitale pour combattre l'hémoptysie, M. Aran, dans le même but, a essayé d'associer la digitale et le nitre. Ce mélange lui a donné, à ce qu'il paraît, des résultats très remarquables.

Dans les cas ordinaires, il a donné dans les vingt-quatre heures 30 centigrammes de digitale et 1 gramme 50 de sel de nitre en quatre paquets; mais, lorsque l'hémorrhagie lui paraissait plus intense, la dose de sel de nitre à été portée à 2 grammes 50 et celle de digitale 0,50 centigr. ou 0,75 centigr.; dans quelques cas très graves, la dose de digitale a été portée à 1 gramme 50 et la dose de nitre à 4 grammes. Chose remarquable, à cette dose il n'a pas observé que l'économie ait été influencée d'une manière fâcheuse: le pouls ne s'est pas ralenti rapidement, il n'est pas survenu de diurèse très abondante. En revanche, les effets sur l'hémorrhagie ont été des plus prononcés; en quelques heures l'écoulement sanguin s'est réduit considérablement, et souvent après vingt-quatre ou trente-six heures il n'y avait plus que quelques crachats sanglants. La diminution de l'hémorrhagie était généralement accompagnée d'un très grand calme. Toutefois, M. Aran reconnaît que jamais, après l'administration du sel de nitre et de la digitale, l'arrêt de l'hémorrhagie n'a été aussi brusque que par l'administration de l'essence de térébenthine ou de l'acide gallique.

En résumé, voici en quels termes M. Aran formule son jugement sur la valeur respective des divers agents dont il vient d'être question. Nous le laissons parler lui-même:

« Dans les hémoptysies abondantes, mais qui ne menacent pas cependant la vie d'une manière immédiate, le médecin peut choisir entre les médicaments précédents. Dans les hémoptysies extrêmement abondantes, au contraire, où il faut arrêter le plus tôt possible l'hémorrhagie et par les agents le moins susceptibles de déprimer l'économie, le médecin ne peut plus songer aux moyens à action lente et éloignée. Ni le seigle ergoté, ni l'acétate de plomb, ni l'eau de Rabel, ni l'alun, ni le ratanhia, etc., ne seraient à la hauteur du danger. Seuls la térébenthine, l'acide gallique à haute dose, le chlorure de sodium, le nitre associé à la digitale peuvent être employés avec succès; mais la nécessité de proportionner la dose du médicament à l'intensité de l'hémorrhagie crée peut-être pour le chlorure de sodium, mais surtout pour le nitre associé à la digitale, un inconvénient grave, la possibilité d'une dépression trop profonde soit par la dose trop élevée du médicament, soit par le fait de sa continuation trop prolongée.

» C'est donc à l'acide gallique, à la térébenthine que je conseille de donner la préférence dans ces cas très graves; encore, dans la crainte de leur insuffisance, ne pensé-je pas que le médecin puisse s'en tenir à leur emploi. Cest dans ces circonstances que les ligatures des membres, fort utiles du reste dans les autres espèces d'hémorrhagies, et la glace en application sur la poitrine ont sauvé la vie des malades en arrêtant l'hémorrhagie momentanément et en permettant aux moyens intérieurs de consolider cette guérison temporaire. »

OBSERVATION DE CROUP. — TRACHÉOTOMIE.

Anomalie artérielle.

Par M. le Dr Brault, médecin de l'hôpital de St-Servan (Ille-et-Vilaine).

Gardin (Marie), âgée de quatre ans, d'un tempérament lymphatique, n'avait point encore fait de maladie sérieuse, lorsqu'elle fut prise le 27 mars dernier d'un peu d'enrouement et d'engorgement des ganglions sous-maxillaires. L'enfant continua ses jeux et parut si peu malade que, mandé pour son frère, les parents ne crurent pas nécessaire de me la faire examiner.

Dans la nuit du 30 au 31, l'enfant fut prise d'une dyspnée telle que l'on courut chez un pharmacien chercher un vomitif, qui lui fut administré incontinent.

La journée du 31 fut passable et l'on ne me réclama pas.

La nuit du 31 au 1er avril fut mauvaise, et dès le matin on s'empressa de me demander. Je trouvai l'enfant dans l'état suivant:

Le pouls est fréquent (96 pulsations), la voix un peu éteinte; la toux rauque, la respiration fréquente. L'inspection de la gorge me fit découvrir une pseudo-membrane sur l'amygdale droite et une autre sur la paroi postérieure du pharynx. Je prescrivis immédiatement une potion composée de:

Tartre stibié.	5 centigrammes.
Sirop d'ipéca.	25 grammes.
Eau distillée.	60 —

Une cuillerée de dix minutes en dix minutes jusqu'à vomissements abondants.

A deux heures de l'après-midi, l'enfant avait pris toute la dose et avait peu vomi. Toutefois, deux ou trois petites parcelles de pseudo-membranes bien caractérisées se trouvaient au milieu des mucosités. Je cautérisai soigneusement l'arrière-gorge avec une solution caustique (2 grammes de nitrate d'argent pour 10 grammes d'eau), et je prescrivis un second vomitif pour la soirée (20 centigrammes de sulfate de cuivre en trois prises distancées d'une demi-heure). Les matières vomies furent semblables à celles du matin, mais toujours peu abondantes. La nuit ne fut pas trop mauvaise.

Le 2 avril, le pouls est le même. La voix est plus aphone; la toux, assez fréquente, est tout à fait croupale. La dyspnée n'a pas augmenté. L'auscultation révèle à droite et à gauche des râles humides et quelques sibilus. Rien dans les autres organes. — Deux cautérisations.

Le 3, l'enfant a dormi passablement; l'état du pouls est satisfaisant (92 pulsations). L'aspect de l'arrière-gorge est meilleur. L'engorgement ganglionnaire a presque totalement disparu. L'enfant demande avec instance des aliments. La dyspnée a augmenté. J'ordonne un vomitif (le troisième) avec sulfate de cuivre, 45 centigrammes, en trois doses. Celui-ci, comme les précédents, n'amène que de légères parcelles diphthéritiques. Les cautérisations furent faites avec soin.

Le 4 avril, la nuit a été agitée; la dyspnée a beaucoup augmenté. L'enfant porte la main à la gorge et se plaint d'étouffer. La figure est congestionnée, exprime l'angoisse. La voix est entièrement éteinte. — Un nouveau vomitif est administré (ipéca stibié et oxymel scillitique), et amène deux fragments assez considérables de fausses membranes. Frictions avec l'huile de croton; cautérisations *ut suprà*.

A ma visite du soir, je trouve ma petite malade en proie à la dyspnée et à l'agitation les plus violentes. Le pouls est fréquent (128 pulsations). L'opération est proposée, et acceptée avec empressement par les parents, qui ont déjà perdu un enfant du croup. Je résolus cependant de la remettre au jour et de tenter un dernier vomitif avec le sulfate de cuivre. Cet accès de suffocation dura jusqu'à deux heures du matin.

Le 5, à ma visite, l'enfant est plus calme, mais la dyspnée est encore grande. L'arrière-gorge est tapissée de pseudo-membranes, et la difficulté avec laquelle l'air pénètre dans la poitrine prouve qu'elles ont complétement envahi le larynx. L'auscultation ne révèle aucune contre-indication à l'opération, qui fut résolue pour la journée.

A dix heures du matin, on vint me prévenir que l'enfant étouffait. En effet, l'asphyxie était imminente. Je procédai sur-le-champ à l'opération de la trachéotomie, avec le concours de mon confrère et ami le docteur Bellouard.

La peau et l'aponévrose cervicale superficielle étant incisées, j'écartai les muscles sterno-hyoïdiens et incisai avec précaution les sterno-thyroïdiens. Je trouvai alors sous mon bistouri un lacis artérioso-veineux formé par les thyroïdiennes inférieures et l'artère de Neubauer, en sorte que, saisissant ces vaisseaux parfaitement distinctifs dans trois directions différentes, je ne pus faire l'incision que de trois anneaux de la trachée. J'essayai d'introduire le dilatateur dont se sert M. Trousseau, et dont la manœuvre est peu facile. Je l'abandonnai, et saisissant, mon confrère et moi, de chaque côté la trachée avec des épingles à cheveux recourbées, dont l'idée primitive appartient à M. Masleurat Lagémard, nous l'attirâmes de manière à pouvoir prolonger sans crainte mon incision en haut et en bas et *sur les côtés*. L'air sortait pendant ce temps avec force et accompagné de mucosités. Pas un vaisseau n'avait été ouvert; point d'hémorrhagie, point de syncope. Lorsque la toux fut un peu calmée, j'introduisis la canule, qui fut assujettie. Nous plaçâmes la cravate de tarlatane, artifice dont le bénéfice est patent pour nous.

L'enfant étant replacée dans son lit, je recommandai la diète et les précautions habituelles. L'écouvillonnement de la canule *à demeure* fut soigneusement pratiqué; la réaction fut modérée, et les râles muqueux ne devinrent pas plus fréquents.

Le 8 avril, le pouls est à 95. La toux est fréquente. L'enfant a de l'appétit. L'inspection du pharynx démontre que les pseudo-membranes diminuent. Une dernière cautérisation est pratiquée. La canule est enlevée, nettoyée et replacée sans difficulté.

Le 14, l'état général est très satisfaisant. La respiration est excellente. L'intumescence des tissus a disparu; la plaie est en bonne voie

de cicatrisation. La plaie de la trachée est oblongue, et rien ne semble nous faire craindre que notre débridement multiple soit nuisible à la cicatrisation. L'examen de la gorge démontre que ces parties ont presque repris leur coloration normale.

Le 28 avril, la plaie est cicatrisée totalement.

Réflexions. — En supposant que nous eussions pratiqué l'opération d'après le procédé de M. Chassaignac, imité par M. Bouchut (voir votre numéro du 23 août), que serait-il arrivé? Nous eussions eu une hémorrhagie très embarrassante pour le moins. J'admets que l'hémorrhagie eût été assez promptement arrêtée pour que la mort ne fût point instantanée. Mais l'hémorrhagie, dans l'opération dont il est ici question, n'occupe-t-elle point une large part dans les insuccès? Si l'anomalie artérielle sur laquelle nous sommes tombés est exceptionnelle, ne suffit-il pas de la trouver quelquefois pour la redouter toujours? Par notre conduite prudente, timide, si l'on veut, n'avons-nous pas contribué à sauver notre malade en épargnant son sang?

Nos incisions latérales, notre débridement multiple m'ont permis l'introduction d'une canule petite, mais suffisante. Valait-il mieux laisser là la trachéotomie et recourir, comme les auteurs le conseillent, à la laryngo-trachéotomie? D'abord notre succès prouve que cela n'était pas nécessaire, et d'ailleurs nous eussions ainsi prolongé les souffrances de notre malade. Nous aurions eu les inconvénients de la laryngotomie.

DE LA CAUTÉRISATION DANS LES HERNIES

Pour détruire l'épiploon irréductible,

Par M. Desgranges (de Lyon).

Trois cas peuvent se présenter :

1° L'épiploon peut être soulevé jusqu'à son pédicule; la plaie a bon aspect. C'est le cas le plus simple. On soulève la masse irréductible; on protége le fond de la plaie à l'aide d'un petit linge cératé; on applique alors le caustique une première, une seconde ou une troisième fois, suivant le volume de la partie qu'on veut détruire, en ayant soin d'exciser chaque fois les eschares.

2° L'épiploon est adhérent au fond de la plaie au moyen de brides plus ou moins solides. Le premier temps de l'opération consiste dans la dissection des brides. On procède ensuite à la cautérisation, comme dans le cas précédent.

3° L'épiploon est-il comme collé à la face profonde de la plaie, il faut l'y laisser et le détruire par sa face superficielle, en réitérant les applications de caustique et les excisions d'eschares jusqu'à ce qu'il soit emporté. Dans ce cas, la cautérisation doit être faite avec plus de ménagements.

Le caustique dont se sert M. Desgranges, ainsi que M. Bonnet, qui est l'auteur de cette méthode, est le chlorure de zinc, dont il fait un grand usage dans les hôpitaux de Lyon.

Dans six observations rapportées de M. Desgranges, dont deux lui sont propres, les autres lui ayant été communiquées par M. Bonnet, les accidents de l'opération ont été à peu près nuls, et la guérison complète.

C'est surtout dans les hernies ombilicales qu'on a l'occasion d'appliquer la méthode. Ici, après l'incision des téguments et du sac, on trouve souvent une portion d'intestin réductible à une masse épiploïque irréductible. Du reste, rien à craindre des lésions des parties voisines par le caustique.

Dans les hernies inguinales, il est possible que le cordon soit compris dans la cautérisation. M. Desgranges, qui insiste sur les moyens de faire cette distinction notée dans deux cas, semble cependant en faire trop bon marché lorsqu'il dit : « Qu'est-ce, en » définitive, que la perte d'un testicule en comparaison de la con» servation de la vie? » Mais un chirurgien prudent saura toujours ménager un organe dont la perte, si elle était inévitable, frapperait d'emblée la méthode de discrédit en la confondant avec les anciens procédés de cure des hernies par la castration.

Enfin, dans les hernies crurales, on peut craindre la lésion des gros vaisseaux, qu'il est facile, du reste, de préserver en y mettant un peu d'attention. (*Revue médico-chirurg.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 19 septembre 1855. — Présidence de M. Gosselin.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Fracture ancienne de la rotule. — M. Larrey présente un ancien ouvrier de la marine militaire qui a eu, en 1841, une fracture transversale et compliquée de la rotule, traitée incomplétement par M. Clémot (de Rochefort), suivie d'ankylose provisoire, et parvenue à une consolidation irrégulière dans des conditions insolites. Ainsi au lieu d'un cal fibreux, épais, intermédiaire aux deux fragments de la rotule, c'est un tissu lamellaire, mince, élastique ou extensible, qui les rapproche ou les écarte sensiblement, selon les mouvements alternatifs d'extension ou de flexion imprimés à la jambe, en même temps que les bandelettes fibreuses développées sur les parties latérales contribuent à cet effet. La formation, auprès du condyle externe du fémur, d'une ostéophyte mobile, sorte d'os sésamoïde, semble suppléer aussi, comme soutien du genou, à la rotule elle-même, dont chacune des portions est considérablement hypertrophiée.

Ce fait, rapporté en détail dans une thèse de la Faculté de Paris (1), offre donc ceci de remarquable, c'est que, malgré l'écartement sensible des fragments, malgré le peu d'épaisseur du tissu intermédiaire, les mouvements de l'articulation s'exécutent presque aussi librement que dans l'autre genou, et permettent la marche à peu près sans fatigue et sans claudication.

(1) Teinturier, *Des fractures de la rotule*. Paris, 1855.

M. Richard rappelle que dans l'ouvrage de M. Malgaigne, on trouve deux faits analogues. Dans l'un d'eux, et la pièce se trouve au musée Dupuytren, l'écartement est de 12 à 13 centimètres; la marche était néanmoins possible.

M. Chassaignac considère comme très importante l'observation soumise à l'examen de la Société par M. Larrey. Elle lui paraît, en effet, démontrer que, contre la croyance admise, les mouvements du membre ne sont pas conservés par la production d'une cicatrice plus ou moins dure, réunissant les fragments de la rotule, mais bien par les adhérences que cet os a contractées avec les tissus fibreux latéraux. On ne trouve, en effet, aucune résistance, aucune solidité suffisante à la substance qui réunit la fracture.

RECTIFICATION.

A propos du procès-verbal, M. Broca et M. Giraldès prennent successivement la parole.

M. Broca, pour réclamer contre le titre de l'observation communiquée par M. Michon. On a, en effet, désigné comme étant de nature fibreuse les pièces présentées par M. Michon, et l'examen le plus attentif fait au microscope par MM. Robin, Houël et Broca, ne laisse aucun doute sur leur nature tuberculeuse.

M. Giraldès a été frappé de l'observation de M. Ricord sur l'insuccès que le perchlorure de fer a éprouvé dans un cas d'hémorrhagie en nappe survenant à la suite de l'amputation de la verge. J'ai vu, dit M. Giraldès, dans certains cas, employer du perchlorure de fer si mal préparé, que je demanderai à M. Ricord s'il était certain de la bonne préparation de celui dont il s'est servi dans ce cas.

M. Ricord répond qu'il lui venait de la pharmacie centrale. Voici, du reste, une note exacte sur la composition du chlorure de fer tel qu'il existe à la pharmacie : il est d'une densité de 45° à l'aréomètre; il contient 1/3 de son poids de chlorure sec; en ajoutant 1 partie d'eau à 4 parties de chlorure, on l'obtient à 35°. (Il paraît qu'on le demande quelquefois ainsi.)

CORRESPONDANCE.

La Société reçoit la collection complète des *Mémoires* et des *Bulletins de l'Académie royale de médecine de Belgique*.

Une lettre de remerciments sera adressée à M. le président.

— M. Letenneur fait hommage à la Société de son *Mémoire sur l'autoplastie faciale*.

— M. Larrey dépose sur le bureau, de la part de M. le Dr Scoutetten, le résumé des observations médico-chirurgicales faites à l'armée d'Orient.

Suite de la discussion sur la syphilis.

M. Vidal (de Cassis). Dans le rapport de M. Cullerier et la discussion à laquelle il a donné lieu, ont été agitées de nombreuses et grandes questions. Je ne les aborderai pas toutes. Je me bornerai à soumettre à la Société quelques explications sur deux principaux points dans des intentions conciliatrices. Je le ferai simplement. Je n'ai pas besoin d'art pour être vrai.

1° Je parlerai d'abord des deux chancres; 2° j'examinerai ensuite les deux virus.

Des deux chancres. — On a voulu, au point de vue de l'infection, établir deux variétés de chancres : un chancre induré, un chancre non induré; puis l'induration a pris une telle importance au point de vue de la séméiologie, de l'étiologie, que dans un article de date toute récente, elle a été considérée, imprudemment selon moi, comme la clef de voûte de tout un édifice syphiliographique.

Cette dichotomie me paraissant impossible au point de vue anatomique, et ayant répandu beaucoup d'obscurité là où le jour parvient à peine, j'ai osé la rejeter. J'ai écrit, en effet, dans mon livre, que tous les chancres étaient indurés à un certain degré, que tous pouvaient avoir des rapports avec la vérole.

Sans doute il y a une différence entre le chancre qui ressemble à l'ulcération de l'herpès et celui dont la base est comme la moitié d'un pois sec. Mais ces différences s'effacent peu à peu par les degrés intermédiaires d'induration qui établissent l'unité. Ces degrés s'observeraient même sur les différents chancres que peut contracter un même sujet à différentes époques.

M. Diday cite un client qui a eu d'abord un chancre très induré; puis un autre moins, un troisième encore moins induré.

Ainsi, au point de vue de l'induration, il y aurait aussi des demi-chancres et d'autres fractions plus petites. M. Diday dit que ce client prenait un certain plaisir à suivre avec lui, de carnaval en carnaval, la dégradation progressive de sa *réceptivité induratoire*. Il paraît que c'est un syphiliographe lyonnais qui célébrait ainsi le carnaval en se donnant un chancre entouré de plus ou moins d'induration.

La difficulté, dans certains cas, de distinguer l'induration est encore une preuve qui diminue la valeur séméiologique de ce phénomène. Et ici je ne placerai pas, en présence du malade, des observateurs vulgaires; je choisirai M. Ricord et un de ses bons élèves. On les verra en désaccord quand il faudra décider si certains chancres de la vulve sont indurés ou non. M. Basserau, en effet, a imprimé ceci :

« M. Ricord dit que le chancre s'indure moins souvent chez la femme » que chez l'homme, ce qui revient à dire qu'il doit y avoir plus de sy» philis chez l'homme que chez la femme; ce qui n'est pas. L'examen » du même nombre de chancres sur l'homme et sur la femme a donné » à peu près le même résultat, avec cette différence que l'induration » était moins caractérisée sur la vulve. » (Page 185.)

M. Ricord n'aurait pas vu l'induration là où elle existait; c'est dire qu'il est d'une extrême difficulté de constater ce phénomène dans quelques cas.

Les confrères qui n'ont pas entendu ou lu le discours de M. Ricord pourront penser que dans la première partie de cette note je combats mon collègue de l'hôpital du Midi. Il n'en est rien, heureusement pour moi, car tandis que j'imprime que *tous les chancres sont plus ou moins indurés*, M. Ricord professe que *tous les chancres sont plus ou moins durs*. C'est écrit en toutes lettres dans son discours. Je dis *induré*, quand M. Ricord dit *dur*. Y a-t-il là une différence?

M. Cullerier refuse d'admettre un certain degré d'induration pour tous les chancres, mais il convient que tous peuvent être infectants, ou pour mieux dire que tous peuvent avoir des rapports avec la vérole. Au point de vue doctrinal, nous sommes d'accord avec le rapporteur; je n'irai donc pas le chicaner pour la question anatomique, qui est ici secondaire.

M. Ricord reconnaît aujourd'hui que *tous les chancres peuvent infecter;* seulement celui qui n'est pas considéré comme induré est bien moins souvent suivi de vérole que ne le prétend le rapporteur. Quant à la vérole doublée chez le même individu, M. Ricord ne la nie pas; seulement il n'aurait jamais observé de pareils faits. Mais d'autres en ont observé et en ont produit, car l'expérimentation ici s'est encore prononcée en faveur des doubles véroles. M. Ricord ne tardera donc pas à voir ce que les autres ont vu; il n'a ici qu'à vouloir, comme dans bien d'autres choses. M. Diday aussi n'avait jamais observé des faits de cette nature, mais le voilà sur la voie du progrès. Ce syphiliographe distingué a imprimé ceci en mai dernier, dans la *Gazette hebdomadaire :* « Il m'est pratiquement démontré que certains sujets n'ayant eu » qu'une syphilis constitutionnelle peu intense peuvent prendre, dans » un coït ultérieur, un véritable *chancre induré*. » Or, le *véritable chancre induré* c'est encore la vérole. Avant M. Diday j'avais dit dans mon livre (1) : « Toutes les véroles ne se ressemblent pas; il y en a de plus complètes les unes que les autres. Il n'y aura quelquefois qu'une simple roséole, tandis que dans d'autres cas il y aura syphilides, affections fibreuses, osseuses, etc. La durée de la première vérole ayant été courte a laissé à l'économie le temps de devenir apte à une seconde diathèse de même nature. L'autre, au contraire, ayant rempli toute l'existence du sujet, celui-ci s'est trouvé alors dans le cas du malheureux ayant une diathèse incurable, qui nécessairement ne peut se doubler. Mais il n'en est pas de même de la vérole dont la thérapeutique peut triompher.

Comme j'ai cité déjà deux fois M. Diday en l'approuvant, je dois répondre à une remarque faite par mon collègue de l'hôpital du Midi. M. Ricord dit dans son discours que je n'approuve M. Diday que quand il me donne raison. Et il a l'air de s'en étonner! Mais il me semble que c'est là une chose naturelle, et je suis assez naturel pour avouer que j'approuve quand on m'approuve. Si M. Ricord donne raison quand on lui donne tort, je l'admire! Je dois dire cependant que mon savant collègue ne m'a pas fait jouir encore des bienfaits de cette philosophie toute chrétienne.

Avant d'en revenir au double virus, je dois faire disparaître un malentendu sur mes opinions, malentendu qui se trouve dans le rapport, et un autre dans le discours de M. Ricord.

M. Cullerier me fait dire que je ne vois l'infection apparente, constitutionnelle que dans une induration considérable. Voici ma véritable opinion sur ce point. L'induration considérable est une partie de la vérole et peut-être toute la vérole. Aussi n'ai-je jamais trouvé une grande inspiration de prophète à ceux qui prédisent la syphilis quand ils constatent une induration dont les caractères saillants n'échappent à aucun observateur, car la syphilis existe déjà. Selon moi, cette induration ne fait pas la vérole, car *la vérole est faite* quand elle existe. Le chancre a subi l'action réflexe du virus, il s'est compliqué de vérole.

Si je voulais donner une épithète à cette ulcération, au lieu de l'appeler *chancre infectant*, je l'appellerais alors *chancre infecté*. Mais cette induration à un pareil degré peut être absente; le chancre peut rester à l'état que M. Cullerier ne considère pas comme induré, et cependant la vérole pourra exister, les manifestations apparaîtront partout ailleurs que dans la sphère du chancre, qui alors ne sera pas infecté lui-même.

Quant à M. Ricord, il me fait dire que tous les chancres n'infectent pas, ou, pour parler plus sévèrement, ne sont pas suivis de vérole. Ce que j'ai voulu dire, c'est que tous n'ont pas la vérole comme suite obligée, car la diathèse n'est pas le fait seul du virus; il faut de plus que certaines dispositions de l'organisme interviennent, autrement le virus reste à son état virtuel. Ma pensée est qu'on peut observer la vérole après toutes les formes de chancres, mais elle n'est *immanquable*, *fatale* qu'avec le chancre fortement induré, parce que ce chancre est lui-même une des manifestations de la vérole.

Du double virus. — La question ainsi posée me va mieux, et je suis enchanté qu'elle ait été abordée. C'est une grande question d'étiologie qui se pose d'ailleurs depuis longtemps. Il est impossible d'observer les effets quelquefois si divers de la contagion sans songer à des différences dans la cause. Ainsi on a bien fait de revenir à ce problème, et je ne voudrais pas décourager les esprits qui cherchent à le résoudre. Mais je les avertirai du danger de certains procédés logiques, et je me permettrai de citer un fait qui compromet un peu l'invention du chancroïde. Ce chancroïde serait produit par le virus syphilitique qui, semé sur un vérolé, a perdu la propriété de produire la vérole; il peut donner lieu à un chancre, mais ses effets se bornent à la localité. Le virus qui n'a pas subi cette modification produit des chancres qui ne bornent pas leur effet à la localité; l'action se généralise; c'est alors le vrai chancre, le chancre infectant. Par la contagion, ces deux chancres se reproduiraient dans leur variété.

L'homme qui a un chancroïde ne pourrait donner qu'un chancroïde, un faux chancre; l'homme qui a un chancre infectant communiquerait un chancre infectant, un vrai chancre. M. Clerc croit prouver cela par ce qu'il appelle des *faits*. N'allez pas loin dans sa brochure, prenez le premier qui doit prouver que deux sujets qui ont été confrontés ont eu le même chancre. En bonne et sévère clinique, il faudrait ici trouver deux chancres, un sur l'homme, l'autre sur la femme. Dans l'observation, on trouve que l'homme a été complètement visité; il avait un chancre induré. Mais la femme se *refuse* à un examen direct. On ne constate donc pas le chancre de celle-ci, ce qui n'empêche pas que l'observation se termine par cette déclaration : que les deux sujets avaient eu un chancre infectant, et on ajoute : *en même temps*. Et cela parce que la femme avait une roséole! Or, comme la roséole ne pourrait venir que d'un chancre induré, on admet le chancre qu'on n'a pas constaté. Vous voyez que c'est toujours cette réponse à la question par la question; la pétition de principe, l'hypothèse. Remarquez que je ne suis pas ennemi des hypothèses, surtout quand elles offrent un côté

(1) *Traité des maladies vénériennes*, 2e édit., p. 310 et 311.

séduisant comme celle de M. Clerc; mais alors, au lieu d'intituler cela *premier fait*, on l'intitule *première hypothèse*.

Ceux qui n'aiment pas l'hypothèse passent outre; ceux qui l'aiment la savourent, et personne n'est trompé par l'étiquette. Le vrai chancre, pour M. Clerc, c'est le chancre induré. C'est donc le phénomène de l'induration qui le distingue du faux chancre, du chancroïde. Ici toutes les objections que j'ai faites quand il a été question des deux variétés de chancres reprennent leur valeur; je ne les répéterai pas.

J'ajouterai que des difficultés de diagnostic se sont souvent offertes à M. Clerc, difficultés qui l'ont conduit à des erreurs constatées par moi sur plusieurs malades qu'il avait considérés comme porteurs de chancroïdes, et auxquels il avait refusé par conséquent le mercure, et qui ont eu de très belles véroles. Je citerai, entre autres, le fait d'un étudiant en médecine qui portait un chancre à la verge; il reçut de M. Clerc l'assurance positive qu'il ne s'agissait que d'un chancroïde, ne pouvant pas l'infecter. Or je traite ce malheureux jeune homme d'une vérole qui dure depuis six mois. Je suis autorisé à dire le nom et l'adresse de ce malade à un des membres du bureau; mais je ne suis autorisé qu'à cela. On pense bien que cet étudiant peut avoir de graves motifs pour ne pas mettre un plus grand nombre de personnes dans la confidence de son malheur. Je possède d'ailleurs une note écrite de la main même du malade, et j'ai entendu les paroles inspirées par la fausse sécurité dans laquelle il s'est trouvé.

Ce fait, rapproché de celui de M. Cullerier, a, selon moi, une grande portée. Les deux et même d'autres ne prouvent pas que M. Clerc soit moins habile qu'un autre à porter un diagnostic. Ils prouvent que la distinction du chancre dit infectant de celui qui ne l'est pas est extrêmement difficile, même pour ceux qui croient le plus à la réalité des deux variétés chancreuses; ils laissent entrevoir qu'une doctrine et une pratique basées sur un caractère si trompeur peuvent avoir des dangers.

Conclusion générale. — 1° Il n'y a pas deux chancres; 2° et rien ne prouve encore qu'il existe deux virus.

Il me semble que nous sommes tous d'accord sur ces deux points, du moins à mon optique; mais d'autres disent que ce n'est pas clair. Cependant on s'est donné des poignées de main, mais d'autres répondent qu'on se touche aussi la main pour se dire adieu, pour se séparer. Nous verrons.

M. Ricord. Je pourrais, à la rigueur, me passer de prendre la parole après le discours de M. Vidal, car tous ses arguments ont été longuement discutés et réfutés dans la dernière séance; mais il y a cependant quelques points sur lesquels je veux répondre.

Ainsi, sur le chancre dur et induré, M. Vidal a montré beaucoup d'esprit; mais si la question ainsi traitée paraît avoir une apparence légère, elle présente cependant la plus grande gravité.

Peut-on, en effet, en parlant du chancre, confondre ces deux mots dur et induré?

Il est évident que toute ulcération doit être entourée de plus ou moins de dureté; un épanchement plastique se fait autour de ces ulcérations, et je ne puis admettre un instant que notre collègue ait pu confondre comme semblables cette induration plastique simple, ces engorgements, ces callosités qui peuvent se rencontrer avec tous les ulcères, quelles que soient leur essence et l'induration spécifique. M. Vidal a trop d'expérience pour ne pas avoir à ce sujet une opinion faite; mais, je l'avoue volontiers, il y a là une faute de langage qui peut causer l'erreur, et c'est précisément parce que je reconnais qu'il serait urgent de changer cette locution douteuse d'induration que j'ai voulu m'efforcer de l'effacer du vocabulaire nosologique pour la remplacer par la dénomination de chancre infectant.

Vous voyez donc, messieurs, que M. Vidal n'est pas bien loin de moi, puisque, après avoir dit que tous les chancres sont durs, il ajoute qu'ils ne sont pas tous indurés.

Et dans le fait de ces indurations de carnaval rappelé par M. Vidal, je ne puis voir autre chose que de véritables plaisanteries; il s'agissait bien là de chancres durs et non spécifiques! Ce qui se passait dans ce cas n'a rien qui nous surprenne; car nous avons dit depuis longtemps et on sait que là où déjà a existé l'induration syphilitique, là où s'est fait un premier dépôt plastique, le tissu est facilement exhumé par de nouveaux chancres, quoique ces nouveaux chancres ne soient pas aptes à transmettre le chancre induré. Ainsi, dans l'observation de M. Diday, il y a eu de ces indurations successives, graduées, indurations trompeuses et nullement spécifiques.

M. Vidal repousse la dénomination de chancre infectant; il serait préférable, suivant lui, de dire chancre infecté. Cela me paraît inacceptable. Le chancre infectant détermine sur l'organisme tout entier des phénomènes d'infection, et vous ne pouvez pas dire que c'est ce chancre qui s'infecte; il infecte au contraire, et à mesure qu'il produit d'autres accidents, il subit à son tour des transformations.

J'en reviens aux chancres dur et induré. Comme je l'ai déjà reconnu, c'est là que gît la difficulté. Les caractères distinctifs sont difficiles à saisir, c'est vrai, mais pas dans tous les cas. Et dès que le diagnostic se trouve facilement porté dans certains cas, faut-il, parce qu'il y a des cas douteux, abandonner l'étude de cette question si importante de séméiologie? Devra-t-on, parce qu'il est quelquefois presque impossible de reconnaître la bonne pustule vaccinale de la fausse pustule, abandonner la vaccination? Non, sans aucun doute. Eh bien! puisque dans beaucoup de circonstances le chancre infectant se reconnaît, que la science en bénéficie, cherchons ensemble des procédés d'investigation qui puissent faire disparaître les cas douteux.

M. Robert, en soulevant la question de pratique pure, a permis d'aborder l'histoire des indications thérapeutiques. Vous avez tous, messieurs, reconnu la nécessité de repousser ces traitements empiriques, aveugles, s'adressant irrationnellement à des affections qu'une médication simple doit facilement vaincre, et tous vous avez reconnu que le mercure n'était pas applicable dans tous les cas; aussi la pratique est dominée par la science, elle sort de l'empirisme.

M. Vidal est comme nous tous, et, je le sais, tous les chancres ne lui paraissent pas nécessiter l'emploi de la médication mercurielle. Nous sommes donc bien d'accord aussi sur ce terrain du traitement; vous faites comme moi. Restent donc encore des doutes pour certains cas, cherchons à les faire disparaître; j'ai rempli plus des trois quarts de cette tâche, pourquoi n'achèveriez-vous pas ce qui est déjà si avancé?

Si quelque membre de cette Société me dit qu'il croit encore à l'infection de la constitution après toute espèce de chancre, je n'ai rien à répondre à une pareille assertion. Mais si l'on croit à la différence des chancres, je dirai: Cherchons ensemble à bien différencier ces variétés, et nous y arriverons.

M. Vidal pense que la blennorrhagie sans chancre est infectante; mais alors pourquoi notre collègue ne traite-t-il pas toutes les chaudes-pisses par le mercure? et nous savons qu'il n'a recours à ce traitement que lorsque des symptômes généraux en démontrent l'urgence.

Il est une autre question qui vient se mêler à celle que nous agitons, à savoir, celle de la double diathèse. Les véroles se succédant sur le même individu, est-ce là un fait commun, est-ce la règle? Voit-on des individus avoir la double diathèse? Je suis loin de le nier, je désire même qu'il en soit ici, car c'est une loi reconnue dans les autres affections virulentes; mais je dis que la vérole contractée deux fois est si rare que je ne l'ai pas encore vue, et sans contredit c'est bien autrement rare que la vaccine ou la variole se produisant deux fois sur le même individu. Quant à l'unicité du virus syphilitique, vous savez que je n'ai pas encore voulu trancher la question; j'y crois toujours, mais sans parti pris, car en présence des différences si manifestes que l'on peut constater, on est bien en droit de se demander s'il y a dans les phénomènes si dissemblables qui peuvent se produire une différence dans la forme ou dans le fond. Pour juger une aussi grave question, j'attends des faits, et j'avoue que je me montre difficile pour les accepter; et en cela M. Vidal partage ma manière de voir. Si j'avais l'âge de mes élèves je serais probablement moins réservé; mais vieilli dans la pratique, je suis plus exigeant et je demande que l'on m'éclaire. Si l'on m'apporte de bonnes raisons, je n'hésiterai pas à me rendre.

M. Cullerier. J'avoue que j'ai entendu avec peine les expressions nouvelles dont MM. Ricord et Vidal se sont servis. En désignant les chancres par la dénomination de dur et d'induré, on ne peut que jeter du doute dans l'esprit des élèves et des praticiens. J'ai dit que le caractère spécial de l'induration se trouvait dans l'induration ganglionnaire; je pense qu'il serait convenable de s'en tenir à ce signe diagnostic. Quant à la manière dont M. Ricord juge le fait d'induration successive rapporté par M. Diday, je m'associe complétement à son interprétation. Rien de plus juste selon moi que son opinion sur l'exhumation *in situ* de l'induration plastique. Ainsi, notre savant confrère M. Puche m'avait envoyé un malade qui portait pour la deuxième fois un chancre induré, qui, disait-on, prouvait contre la doctrine de M. Ricord; mais quand j'eus examiné ce malade, je fus bien vite mis sur la voie de la vérité: l'absence d'induration ganglionnaire montrait évidemment que le chancre n'avait pas l'induration spécifique.

M. Ricord. M. Cullerier a raison, je partage parfaitement son avis; mais il y a des nécessités de langage qu'il faut subir en attendant mieux. Ainsi y a-t-il une induration spécifique? Oui. Y a-t-il des chancres durs et non infectants? Oui. On ne peut repousser ces vérités. Trouvez donc un autre mot pour désigner ces deux états.

Quant au diagnostic différentiel, la présence des ganglions indurés peut, dans le plus grand nombre des cas, permettre de l'établir d'une façon définitive; c'est le caractère le plus important après l'induration elle-même.

La nature de ce ganglion spécifique, ai-je besoin de vous l'indiquer; n'est-elle pas assez définie, assez tranchée? Qui n'a pas vu ces ganglions mobiles, isolés, non adhérents à la peau ni aux tissus sous-jacents, n'arrivant pas à la suppuration? Les confondrez-vous avec ceux qui accompagnent la chaude-pisse?

La confusion se fera-t-elle dans les cas d'adénopathie compliquant le chancre simple? Pas davantage; car, disons-le d'abord, l'adénopathie est très rare dans le chancre simple; et si exceptionnellement elle se montre, elle est mono-ganglionnaire, et elle se trouve dans le rayonnement anatomique seulement. Alors l'abcès, s'il se forme, est simple, il n'est pas suivi d'infection, et le pus qu'il sécrète n'est pas susceptible de produire de chancre par l'inoculation.

M. Cullerier, dans la dernière séance, a demandé à M. Ricord s'il croyait que le chancre induré seul était suivi d'infection générale; il a répondu à cette question d'une manière qui ne laisse pas de doute. Je demanderai maintenant à notre collègue ce qu'il exige pour admettre les cas de double diathèse, car il nous paraît assez difficile à convaincre, et il a repoussé comme insuffisante une observation publiée par un de nos collègues; nous désirons donc qu'il précise les conditions qui, suivant lui, doivent constituer une observation irrécusable.

M. Ricord. Mes exigences sont bien simples. Je demande une observation bien complète, dans laquelle on ait pu suivre, chez un malade non traité après une première infection, une seconde infection apparaissant avec toutes les phases successives de la vérole, fournissant toutes ses étapes.

Le fait que j'ai repoussé m'a paru incomplet, et notre collègue M. Follin ne peut se blesser des doutes que j'ai émis sur son expérience, qui me semblait encore insuffisante.

M. Follin. Je rappellerai à M. Ricord que je n'avais pas une grande responsabilité personnelle dans le fait auquel on fait allusion. Mon malade portait bien un chancre induré et une syphilide; mais quant aux antécédents, ils avaient été observés par M. Puche, qui avait parfaitement diagnostiqué la nature de l'affection, et l'on ne pouvait accuser notre savant confrère d'inexpérience lorsqu'il inscrivait sur la pancarte du malade: chancre induré avec engorgement ganglionnaire.

M. Ricord. Ce malade présentait bien, en effet, une induration caractéristique et une syphilide: je ne nie pas ce diagnostic; mais j'ai repris avec M. Puche l'histoire des antécédents, et je dois dire que mon collègue de l'hôpital du Midi ne m'a pu convaincre. J'ai contesté et je conteste encore l'exactitude de son diagnostic.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT.

M. Marjolin présente, au nom de M. le docteur Hippolyte Blot, un nouveau modèle de crâniotome exécuté sur son indication par M. Charrière fils. Il s'agit d'une modification apportée aux ciseaux de Smelie. Voici du reste la description de cet instrument:

Il se compose de deux lames se recouvrant l'une par l'autre de telle sorte que, l'instrument étant fermé, le dos mousse de la lame de droite déborde la lame de gauche et réciproquement.

Chaque face de la lame porte à son sommet une arête qui, lorsque l'instrument est fermé, forme avec le sommet de la lame une pointe quadrangulaire. Cette indication a été fournie par M. le docteur Marchant (de Charenton). Un clou qui s'engage dans une échancrure limite la course des deux lames en dedans et le ressort les empêche de se porter en dehors.

Pour ouvrir l'instrument, il suffit de presser avec une seule main sur la bascule, l'autre main reste libre et peut servir de guide pour conduire la pointe de l'instrument jusque sur la tête du fœtus.

Les deux branches sont articulées par le tenon.

— La séance est levée à six heures.

Le secrétaire, E. Laborie.

Le *Moniteur* publie un rapport de M. l'intendant général de l'armée d'Orient, qui fait trop d'honneur à nos dignes confrères de l'armée et de la flotte pour que nous ne nous empressions pas de le mettre sous les yeux de nos lecteurs:

Sébastopol, le 11 septembre 1855.

Monsieur le maréchal,

La glorieuse journée du 8 a fait entrer dans nos ambulances 4,472 blessés français, dont 212 officiers; elle y a fait entrer aussi 554 blessés russes. Il a fallu l'activité, l'expérience et le dévouement du personnel placé sous mes ordres pour que le service ait pu être convenablement fait dans cette circonstance tout exceptionnelle.

L'enlèvement des blessés a été effectué avec toute la promptitude qu'il était possible d'y mettre dans un dédale de tranchées labourées par une grêle de projectiles. 3,000 hommes environ avaient été rapportés dès le 8. Aux attaques de gauche, où le terrain permettait d'envoyer les mulets de cacolets presque jusqu'au lieu du combat, l'enlèvement a été très rapide; il était beaucoup plus difficile à la droite dans des ravins profonds et presque inaccessibles; là les blessés devaient être forcément transportés sur des brancards à une énorme distance, et les bras manquaient; la nuit venue, le combat durait encore, et les derniers soldats tombés sont arrivés à l'ambulance le 9 dans la matinée. Le soir, tous, malgré leur grand nombre, avaient reçu un premier pansement; les opérations les plus urgentes avaient été faites. Nos médecins se sont multipliés; cinq d'entre eux ont été blessés: ce sont MM. Didiot, Daga, Huard, Darcy et Goinard.

Nous avons aujourd'hui, dans nos ambulances de Crimée, 10,520 hommes, dont 372 officiers. Le service y est assuré d'une manière complète, et nous effectuerons nos évacuations sans précipitation et avec le plus de régularité possible. Dans la prévision des événements qui se sont produits, j'avais fait augmenter considérablement les moyens de l'ambulance de Kamiesch, qui avait reçu à l'avance le trop-plein des ambulances divisionnaires, et sur laquelle il a été possible de diriger encore 1,000 blessés après le combat; le chiffre de ses malades s'élève aujourd'hui à 1,500, très convenablement installés sous des baraques, et le service s'y trouve parfaitement assuré, grâce au concours de M. le vice-amiral commandant l'escadre, qui, sur ma demande, avait bien voulu faire débarquer à l'avance et mettre à ma disposition douze chirurgiens de la marine.

MM. Bondurand et Le Cauchois-Féraud, intendants des 1er et 2e corps d'armée, m'ont admirablement secondé. Ils avaient pris les dispositions les meilleures. Officiers de santé, fonctionnaires de l'intendance, officiers d'administration, officiers et soldats du train des équipages, infirmiers, tous ont fait leur devoir avec le dévouement le plus louable et le plus complet, et, dans cette journée si glorieuse pour nos armes, le service hospitalier et le service administratif ont dignement rempli la tâche qui leur était confiée.

Je suis, etc. Blanchot.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 19 septembre, M. Scrive, médecin en chef de l'armée d'Orient, a été nommé officier de la Légion d'honneur.

Par le même décret, MM. les médecins majors Burlureau et Leroy et les aides-majors Dulac, Imbert et Hémard, tous employés à l'armée d'Orient, ont été nommés chevaliers du même ordre.

— Par arrêtés du 19 septembre, un congé pour raison de santé est accordé à M. Gruère, professeur adjoint de pathologie interne à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon.

M. Dugast, professeur suppléant, est chargé de ce cours pendant la durée du congé accordé à M. Gruère.

M. Chanut, professeur suppléant, est nommé professeur adjoint de pathologie externe à ladite École.

M. Boucher, docteur en médecine, est nommé professeur suppléant, spécialement attaché à la chaire d'anatomie et physiologie, en remplacement de M. Chanut.

M. Brulet, docteur en médecine, est nommé professeur suppléant, spécialement attaché aux chaires de chirurgie et d'accouchements à la même École (fonctions nouvelles).

— Un de nos correspondants de Montpellier nous annonce que le choléra a presque complétement disparu des environs de cette ville, et surtout de Murviel, où il avait sévi avec une si cruelle intensité. Il n'en est malheureusement pas de même sur tous les points du midi de la France, car une lettre que nous recevons aujourd'hui de Marseille nous dit qu'on y compte encore au moins une cinquantaine de cas par jour.

— Erratum. — Dans le dernier compte rendu de la Société de médecine pratique, il s'est glissé une erreur de rédaction que nous nous empressons de rectifier. La phrase de M. Guersant relative à la luxation coxo-fémorale, et qui commence par ces mots: *Or, les cas de luxation coxo-fémorale*, etc., doit être rétablie de la manière suivante:

« Or, les cas de luxation de l'articulation coxo-fémorale sont assez » fréquents, et nous en avons vu dans notre pratique de douze à quinze » cas; mais, etc. »

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8

N° 115. — MARDI 2 OCTOBRE 1855. (28e ANNÉE.) N° 115. — MARDI 2 OCTOBRE 1855.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — Hôtel-Dieu (M. Trousseau). Des angines. — Nouveaux faits à l'appui de l'efficacité du traitement de M. Baudens par la glace pour réduire les hernies étranglées. — Observation d'éclampsie puerpérale. — De la cause des douleurs de reins dans l'accouchement, et des moyens d'y remédier. — Chronique et nouvelles. — Feuilleton. Bibliographie.

PARIS, LE 1er OCTOBRE 1855.

L'abondance des matières nous oblige à renvoyer au prochain numéro le compte rendu, ainsi que l'appréciation de la dernière séance de l'Académie des sciences. Cette séance a été en grande partie consacrée à des travaux de physiologie d'un haut intérêt, et en particulier à des communications relatives aux deux belles questions qui occupent en ce moment toute l'attention des physiologistes, la question de la fonction glucogénique du foie et celle des attributs physiologiques des divers faisceaux de la moelle.

HOTEL-DIEU. — M. Trousseau.

Des angines (1).

Que la trachéotomie ait été bien ou mal faite, du moment où la canule est introduite dans la trachée-artère, l'enfant va mieux, sauf quelquefois une ou deux manifestations syncopales, assez fortes au premier abord, qui apparaissent lorsqu'on l'assied ou qu'on le lave, mais qui cèdent bientôt à l'instillation de gouttes d'eau sur la face. L'opération une fois pratiquée, la maladie reste ce qu'elle était auparavant et se maintient là où elle s'était propagée, au pharynx, aux fosses nasales, au larynx, si le pharynx, les fosses nasales et le larynx ont été tour à tour ou isolément envahis.

Qu'a donc fait le médecin alors ? Il a voulu empêcher son malade de succomber en donnant à l'air une issue et en introduisant cet air au-dessous d'un obstacle.

On croyait généralement autrefois que la diphthérie affectait très communément les bronches, qu'elle s'y étendait bien plus qu'ailleurs et qu'elle se cantonnait là avec une plus grande ténacité que dans tout autre endroit de l'économie. Cela n'est pas vrai, la diphthérie n'aime pas les bronches, et de beaucoup elle préfère le pharynx, le nez et le larynx ; c'est toujours une exception quand à l'autopsie on trouve des fausses membranes dans les ramifications bronchiques, et je me l'explique parfaitement, car elles n'ont pas le temps d'y descendre et la diphthérie s'épuise avant que d'arriver. Aussi, quand elle y est, s'y montre-t-elle peu intense et guérit-elle sans l'intervention de la médecine.

Quand il y a nécessité, indication urgente, faites la trachéotomie, faites-la bien ou mal. Si vous êtes peu habile et inexpérimenté, peut-être verrez-vous survenir, quarante-huit heures après l'introduction de la canule, une tuméfaction du cou ; mais cet accident n'est pas dangereux.

Le traitement consécutif à l'opération est d'une immense importance : une trachéotomie mal faite et bien traitée guérit dans un tiers des cas, tandis qu'une trachéotomie bien faite et mal traitée est invariablement suivie de mort. Les chefs de la chirurgie parisienne, et parmi eux les éminents professeurs Velpeau et Nélaton, ont de la répugnance pour la trachéotomie ; ils ont perdu un nombre énorme de malades. Prenez, au contraire, des médecins inhabiles à la chirurgie, moi, par exemple, ou les internes de l'hôpital des Enfants, et vous serez frappés de la différence des résultats. Sur 45, 50 et 60 trachéotomies qui se font chaque année dans cet hôpital, les relevés établissent que depuis l'année 1848 on a obtenu le tiers des guérisons, et ce ne sont ni les médecins, ni les chirurgiens des services qui pratiquent la trachéotomie, mais les internes, jeunes gens inexpérimentés encore. Vous pouvez toujours vous placer dans ces conditions-là en imprimant une bonne direction au malade après l'opération, et vous guérirez une fois sur trois.

Avant le jour de mon entrée à l'hôpital des Enfants malades, cinquante trachéotomies avaient été faites; sur ce nombre on comptait cinquante morts. Une fois arrivé, il s'est fait pendant mon séjour 53 trachéotomies; 18 guérisons ont été obtenues. Je n'ai fait l'opération que deux fois. Parmi les élèves dont les succès ont été bien marqués, je n'en citerai que deux : M. Moynier, qui guérit 7 opérés sur 11, et M. Archambault, 6 sur 13. Ce sont là des résultats considérables, et qui diffèrent essentiellement de ceux acquis par M. le professeur Nélaton, qui a perdu la presque totalité de ses malades.

Il y avait à l'hôpital des Enfants un homme très habile. J'ai nommé M. Guersant. Mais il s'occupait trop peu du traitement consécutif; ses insuccès ne doivent plus étonner. Depuis 1848 que le traitement est mis en vigueur, on sauve à peu près le tiers des enfants atteints de la diphthérie. En prenant donc les choses *in globo*, on peut dire que les deux tiers succombent. Mes dix dernières trachéotomies présentent cela de curieux qu'en 1854 j'ai sauvé 7 malades sur 9, et qu'en 1855 j'ai perdu le seul que j'aie opéré. Mais cela ne se passe pas toujours aussi heureusement, et si j'additionne les 200 trachéotomies que j'ai faites dans ma vie, je ne vois s'élever les guérisons qu'à un quart. Cependant, dans mes 50 dernières opérations et depuis l'adoption de ma médication, j'ai sauvé presque la moitié des enfants.

La province, généralement placée dans des conditions plus heureuses que les hôpitaux de Paris, a aussi de beaux résultats à faire valoir. MM. les docteurs Boulland et Dupéret (de Limoges) ont obtenu trois guérisons sur trois opérations de trachéotomie dans la période extrême du croup.

Quand on recourt à la trachéotomie les jours de l'enfant sont gravement compromis, sa mort est imminente, cinq, six ou huit heures de vie à peine lui restent encore ; aussi ne sauvât-on qu'un malade sur cent qu'il y aurait nécessité d'opérer. En présence de résultats que je viens de vous signaler, hésiterez-vous maintenant? Non; car le médecin a une conscience, et cette conscience lui trace des devoirs.

Il y a quelques années, MM. Guersant père et fils, Blache et moi étions réunis chez M. R..., sculpteur à Paris, à propos d'un enfant dont la position était *in extremis*. Des râles s'entendaient dans toute la poitrine, le pouls était d'une fréquence horrible; nous jugeâmes l'opération inutile. En rentrant auprès du père et de la mère, je portai la parole et m'évertuai à leur faire comprendre, après certaines précautions oratoires, que nous avions trop peu d'espoir dans l'opération pour la pratiquer. « N'y eût-il » qu'une chance de réussite sur mille, s'écria Mme R..., je veux » qu'on opère mon enfant! » M. Guersant père plongea aussitôt son bistouri dans la trachée; le malade vit encore.

Je ne saurais trop répéter qu'il vous faut faire la trachéotomie, alors même que vous n'entrevoyez pas par elle une ancre de salut, et quand surtout il n'existe pas d'accidents généraux susceptibles de tuer.

Quel est mon traitement ? Il est très simple, et tellement simple que vous n'y croirez peut-être pas. Il repose sur des petits soins en apparence assez niais, mais les minuties en médecine ont bien leur valeur, et elles méritent réellement la peine qu'on s'occupe d'elles. Autrefois je laissais la plaie exposée à l'air libre, et je me contentais de la panser avec un peu de charpie enduite de cérat. Cette plaie se recouvrait de fausses membranes, s'enflammait d'une odieuse façon et se gangrenait même. Je place maintenant sur la charpie une rondelle de taffetas ciré, percée d'un trou au milieu pour que les oreilles de la canule ne blessent point la plaie; le taffetas est de cette manière interposé entre le pavillon de la canule et la plaie du cou.

Aussitôt après l'opération, je mets une cravate autour du cou de l'enfant ; sans elle, je réussirais beaucoup moins souvent. Pendant les froids, ou quand la bise souffle avec violence, un grand nombre de personnes s'affublent d'un cache-nez au moyen duquel il n'y a plus que les yeux qui ne soient pas protégés contre l'inclémence du temps. Sous cette espèce de vêtement, qui s'imprègne de vapeur d'eau à chaque expiration, elles inspirent un air humide et chaud au lieu de l'air sec et froid du dehors. Il y a une vingtaine d'années, nous faisions à grand'peine de la vapeur d'eau dans la chambre des enfants trachéotomisés; aujourd'hui cette précaution avantageuse, mais d'une difficile exécution, est remplacée par l'application d'une cravate en laine tricotée, demi-serrée, faisant deux ou trois fois le tour du cou. L'enfant respire à travers cette laine. Si vous placez votre main entre le pavillon de la canule et la cravate, vous sentez qu'il s'y accumule un air chaud, humide, mêlé à une grande quantité de vapeur d'eau. De même qu'un individu affecté de coryza voit ses narines se sécher et s'approvisionner de croûtes dures s'il va au dehors respirer un air sec et froid, de même après l'opération de la trachéotomie, le cou de l'enfant *étant*

(1) Suite. — Voir les nos des 24, 30 juillet ; 28 août; 6 et 18 septembre.

BIBLIOGRAPHIE.

Leçons de physiologie expérimentale appliquées à la médecine, faites au collége de France (cours du semestre d'hiver 1854-1855), par M. Claude Bernard (1).

Se poser comme critique en face d'un ouvrage qui paraît, suppose au fond que l'on connaît mieux le sujet du livre en particulier et la science en général que celui qui vient de l'écrire. Mais que faire lorsqu'il s'agit d'un ouvrage qui renouvelle nos idées sur un ou plusieurs points de la science? Irons-nous à l'aide des notions anciennes critiquer les choses nouvellement connues, fait qui est en lui-même l'essence de la routine? Évidemment non; car, les idées anciennes étant par le fait même des découvertes devenues imparfaites ou fausses, le jugement porté sera certainement entaché d'erreur dès que l'expérience et l'observation prouvent la vérité des recherches récentes. Le mieux est donc, dans une telle occurrence, de se borner à faire connaître simplement les résultats obtenus sans juger autre chose que la méthode et la direction des idées.

Le livre de M. Cl. Bernard est le premier volume d'une série de plusieurs autres qui seront publiés séparément chaque année à la fin de son cours du semestre d'hiver au collége de France. Chacun d'entre eux traitera plus particulièrement de ceux des points de la physiologie qui ont fait le sujet des recherches de l'auteur, et dont, on peut le dire sans exagération, il a renouvelé complétement la face. Ces différents points embrassent presque toute la physiologie, car la fonction de reproduction, la phonation, la locomotion, l'audition, la vision et les usages des centres nerveux sont les seuls qui n'aient pas été soumis à ses expériences.

J'ouvre le premier volume, et j'y trouve nombre de faits qui ne sont exposés nulle part ailleurs. Ce sont des expériences sans nombre faisant toucher du doigt une succession de phénomènes qui n'étaient pas soupçonnés dans l'économie animale, sur lesquels, au lieu d'actes spéciaux propres à la matière organisée, on ne trouve dans les classiques qu'hypothèses chimiques, raisonnements et discussions déduits de quelque principe, qui lui-même n'est qu'hypothétique ou fondé sur la niaise doctrine des causes finales.

D'après le dire de quelques personnes qui, ainsi que je le vois maintenant, n'avaient pas lu le livre, je croyais n'y trouver que la reproduction coordonnée des divers mémoires publiés par M. Cl. Bernard sur les divers usages du foie dans ses rapports avec la production du sucre. Or, rien de plus inexact qu'une pareille idée. La lecture attentive de la table des matières eût suffi pour faire éviter d'émettre une opinion aussi erronée, et sur laquelle j'insiste parce que je l'ai si souvent entendu répéter que je suis persuadé que ce n'est point par amour de la vérité qu'elle l'a été. Tous les travaux de M. Bernard sur le sucre du foie et les usages de ce dernier organe se trouvent, il est vrai, condensés dans cet ouvrage; mais ils sont coordonnés, approfondis, poussés aussi loin qu'ils pouvaient l'être, et complétés par d'autres encore inédits, résultats d'expériences nouvelles, en nombre presque aussi grand que ceux dont les lecteurs de ce journal ont déjà entendu parler. De l'état de faits isolés, plus ou moins curieux, ils passent ainsi à l'état de phénomènes enchaînés et liés les uns aux autres, de telle sorte qu'on voit que les uns, plus compliqués et plus modifiables, sont la conséquence des plus simples. De l'état de faits purement nouveaux ou résultant d'expériences dirigées par le physiologiste dans tel ou tel but qui lui convenait, ils se trouvent reliés, par M. Bernard, aux faits cliniques observés par lui ou par d'autres, soit dans les hôpitaux, soit dans la pratique privée. Dans tous les phénomènes étudiés, la liaison entre l'état normal et l'état pathologique se trouve établie, en sorte que nul d'entre eux ne reste à l'état de fait scientifique seulement; mais de chacun, au contraire, ressortent les applications directes à la médecine et même au diagnostic chirurgical. Tel est, par exemple, le cas suivant :

« Ce liquide (céphalo-rachidien) est constamment sucré, soit pendant la digestion, soit dans l'intervalle de deux repas, soit même au bout de plusieurs jours d'abstinence. Ce sucre du fluide céphalo-rachidien vient du foie, et toutes les causes qui augmentent ou diminuent la sécrétion glycogénique de cet organe augmentent ou diminuent dans le même rapport la quantité de sucre contenue normalement dans ce liquide. La section des pneumo-gastriques le fait disparaître là comme partout ailleurs, tandis que la piqûre du plancher du quatrième ventricule en exagère la quantité. »

Puis M. Bernard, rapportant un exemple de fracture du rocher avec écoulement de liquide par l'oreille, ajoute :

« On avait cru pendant longtemps que ce liquide était de la sérosité; on supposait qu'il se faisait là un épanchement de sang, et que c'était le sérum du sang qui s'échappait par une rupture de la dure-mère adhérente au rocher, tandis que les globules et la fibrine restaient en caillot dans l'intérieur de la cavité crânienne. Cela pourrait en effet

(1) Chez J.-B. Baillière.

découvert, l'air pénètre directement dans la trachée, y dessèche le mucus qui tapisse ce conduit et donne lieu à la formation de petites masses obstruant sans cesse la canule.

Des fausses membranes et du mucus desséché venaient bientôt recouvrir et fermer la canule; la trachée artère s'enflammait et prenait sa part de diphthérie; de là de fréquentes suffocations ou l'invasion d'une bronchite capillaire qui emportaient le petit malade. Pour parer à ce très grave inconvénient, j'instillais jadis de l'eau dans la trachée et dans les bronches, et par une espèce d'écouvillonnement j'allais déplacer, briser le mucus desséché ou épaissi, et je l'enlevais après des efforts inouïs.

Ces manœuvres, très douloureuses, difficiles, ne pouvaient être faites que par le médecin, ce qui l'obligeait à des visites répétées ou à laisser un aide auprès de l'enfant.

Aujourd'hui, dès que l'opération est faite, j'enveloppe le cou avec la cravate, de telle sorte que l'air expiré soit repris en partie, conservant de la chaleur et surtout de l'humidité. Il en résulte que le mucus de la trachée et des bronches ne se durcit plus, que l'expectoration est facile et que les injections et l'écouvillonnement ne sont jamais nécessaires.

Andréa fit, en 1792, suppose-t-on, la première trachéotomie sur un individu qui, aussitôt après l'opération, s'écria : « Ah! je suis guéri. » Cela ressemble beaucoup à une histoire apocryphe inventée à plaisir dans le cabinet; aussi est-ce à M. Bretonneau que revient l'honneur d'avoir le premier, en 1825, et avec succès, ouvert la trachée sur Mlle Elisabeth de P... Peu de temps après, il perdit six opérés sur six, et arriva ainsi jusqu'en 1830, époque à laquelle il eut un cas magnifique de guérison sur l'enfant de M..., qui n'a pas moins de vingt-sept ans maintenant, et qui vit encore.

M. Bretonneau se servait tout d'abord d'une canule droite. Je fis usage, après lui, d'une canule simple; et comme elle s'engouait, j'étais dans l'obligation de l'enlever deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures; opération très souvent douloureuse et presque toujours difficile pendant les deux premiers jours. Depuis dix ans j'emploie une canule double, et comme la canule interne seule s'engoue, les parents eux-mêmes enlèvent cette canule interne toutes les deux ou trois heures, la nettoient et la replacent sans causer de douleur ni d'irritation. Les canules doivent être volumineuses, très volumineuses.

On mettait autrefois une algalie en gomme élastique et on la retenait avec un brin de fil; mais au premier crachat venu elle se trouvait bouchée. L'algalie, même du n° 12, est insuffisante. En effet, si vous vous en introduisez une dans la bouche après vous être préalablement pincé le nez, la respiration vous manque et vous allez étouffer. Le diamètre du cure-dent ordinaire n'est pas assez considérable non plus. Pendant une minute on respire assez bien, mais une véritable orthopnée survient bientôt. Il a fallu de très longs tâtonnements pour que la canule eût acquis les dimensions de la glotte; mais enfin, après un temps infini, on en est arrivé là. Ce n'est pas encore assez, il faut, à cause des mucosités qui s'amoncèlent, qu'elle soit supérieure à la glotte, que le calibre en soit très fort. Lors donc que vous achèterez votre boîte à trachéotomie, prenez des instruments volumineux; car plus votre canule sera grosse (sans avoir, bien entendu, le calibre de celle d'un adulte), et mieux l'enfant respirera.

La cautérisation de la solution de continuité est quelque chose de très important; car trente-six heures après l'opération, les bords se recouvrent de couenne diphthérique, et si l'on ne s'en préoccupe pas très sérieusement, une résorption terrible se fait et l'enfant meurt de sa plaie. La cautérisation est plus indispensable encore que la cravate; faites-la brutalement avec le nitrate d'argent; crayonnez jusqu'au fond de la plaie, et cela le lendemain au plus tard. Vers le quatrième jour elle se détergera, et la surface vous apparaîtra nette et rose.

Une condition tout à fait indispensable au rétablissement de l'enfant, c'est qu'il mange.

Vous avez le plus souvent à vaincre son obstination; car le voisinage de la canule nuit un peu aux mouvements de déglutition et détermine de la douleur. Ne cédez jamais sur ce point, et malgré la fièvre prescrivez du lait, de petits potages, des jaunes d'œufs, du chocolat ou des crèmes. Obéissez, si vous le voulez, aux caprices du malade ou des parents, en laissant ingérer des aliments de fantaisie; cela importe peu; l'essentiel est que l'opéré se nourrisse. C'est en forçant les enfants à manger, c'est en les menaçant, et au besoin *en les frappant*, que je suis parvenu à en sauver un certain nombre.

Parmi les accidents qui surviennent après l'opération de la trachéotomie, j'ai déjà signalé l'inflammation de la plaie, et je vous ai dit combien la cautérisation était efficace dans ce cas; mais vous pouvez encore avoir à lutter contre une fièvre vive. Ne vous en tourmentez pas à l'excès, elle disparaîtra insensiblement.

Une affection péripneumonique se montre assez fréquemment; on intervient avec l'oxyde d'antimoine, l'extrait de digitale, le sirop de digitale; mais s'il se déclare une inflammation capillaire des bronches, la mort s'ensuit presque infailliblement.

Une autre complication fort désagréable, c'est la difficulté qu'éprouvent les enfants dans la déglutition; ils avalent de travers, selon l'expression vulgaire. L'aliment liquide ingéré passe par le larynx, revient par le nez, occasionne une toux pénible, du dégoût, de la douleur, et l'enfant, pour ne plus souffrir, refuse énergiquement de manger et de boire, et s'expose ainsi à une fin qui n'est pas rare, la mort par inanition. La sonde œsophagienne est une ressource, mais une pénible ressource, et qui, si l'emploi en est continué, ne fait que retarder un peu l'issue fatale.

Au moment où on fait boire le malade, M. Archambault a imaginé de fermer la canule. Cette méthode, qui lui réussit, échoue complétement entre mes mains. Lorsque l'enfant est peureux, il est difficile d'obtenir quelque chose de lui et d'harmoniser les mouvements de son pharynx et de sa glotte. La crainte le fait continuer à avaler de travers, et le plus souvent alors il succombe. Le meilleur moyen consiste à enlever le plus tôt possible la canule, ce qui rend la déglutition de plus en plus facile. Si vous donnez de l'eau, du café, du lait, du bouillon, du chocolat, ces substances suivent fréquemment une fausse route; mais faites servir un potage filandreux, au vermicelle non émietté ou au macaroni, qui se prenne avec la fourchette, et vous aurez la satisfaction de voir ce genre d'aliment arriver sans obstacle jusque dans l'estomac. Des enfants mourant de faim avec une nourriture liquide sont, par ce petit moyen, merveilleusement revenus à la vie.

Il est très difficile d'indiquer le moment précis auquel il convient de retirer la canule. Il m'a fallu une fois attendre le quarante-quatrième jour. Un enfant de l'hôpital de la rue de Sèvres l'a conservée sept mois, un autre cinq ans. Ce dernier vit encore, mais il a une fistule aérienne. Dans l'angine diphthérique, c'est habituellement du sixième au neuvième jour qu'on en vient là; quelquefois dès le quatrième, et rarement après le onzième.

Considérant l'extrême ténacité de l'inflammation diphthérique dans les fosses nasales, sur les amygdales, sur la peau, et la funeste tendance que la phlegmasie pharyngienne a à se propager dans le larynx et de là dans le reste des voies aériennes, il me semblait évident que, dès que l'opération était terminée, je devais poursuivre dans la trachée-artère l'inflammation spéciale par les agents de substitution les plus énergiques, et l'y éteindre, comme nous le faisons avec tant d'avantage sur la membrane muqueuse du pharynx. Je portais donc dans la trachée et dans les bronches une forte solution de nitrate d'argent. Je renouvelais quatre, cinq, six fois cette application cathérétique, et ne cessais d'agir sur la membrane muqueuse bronchique que lorsque la sécrétion était devenue parfaitement muqueuse. C'était là d'ailleurs la méthode instituée par M. Bretonneau, celle avec laquelle il avait guéri un grand nombre de malades. Aujourd'hui, et depuis plus de douze ans, j'ai presque complétement abandonné cette médication et je n'emploie, après l'opération, aucune solution cathérétique; je ne me sers même que rarement des injections émollientes. Du reste, la cautérisation des bords de la plaie, ainsi que je la pratique, entraîne peut-être quelque imprégnation du mucus, ce qui produirait sur la trachée un effet tout à fait semblable à ce que je faisais jadis.

Au bout de trois jours je retire les bandes, j'enlève la canule, je laisse la plaie béante; je nettoie, renouvelle le taffetas, ferme ensuite la plaie avec du coton et j'observe s'il entre de l'air dans le larynx. S'il n'en passe point, je remets la canule. Je remarque, supposons-le, que quarante-huit heures après l'air pénètre un peu; alors je recouvre la plaie (maintenue béante) d'un linge fenêtré enduit de cérat. Si le lendemain il y a une tendance trop marquée à la cicatrisation, je replace encore la canule. Enfin, quand tout va bien, il suffit de mettre sur la plaie du taffetas d'Angleterre, de rouler une petite bande autour du cou et de rester auprès de l'enfant une heure ou deux afin de s'assurer s'il respire bien. Du mucus venant à sortir par le larynx, vous refaites le pansement, et une fois que vous êtes bien convaincu que la respiration se fait de la manière la plus normale, vous traitez la plaie pendant trois, quatre ou cinq jours avec de la charpie et du cérat, puis tout est dit.

Quand vous serez familiarisé avec l'opération de la trachéotomie, vous pourrez faire, mais avec prudence, quelques essais et tenter d'enlever la canule un peu plus tôt que je ne vous l'ai conseillé; mais attendez pour cela que l'air pénètre avec facilité dans le larynx, et ne craignez pas, s'il le faut, de rester plusieurs heures auprès du malade, dans la prévision de nouveaux accidents.

Je termine ici ce qui a rapport à la trachéotomie en vous disant que j'ai essayé des méthodes recommandées par divers chirurgiens comme plus brillantes et plus expéditives, mais que j'en suis toujours revenu à ma méthode primitive; elle est très lente, mais très sûre.

(*La fin à un prochain numéro.*)

NOUVEAUX FAITS

à l'appui de l'efficacité du traitement de M. Baudens par la glace pour réduire les hernies étranglées.

(Deuxième mémoire présenté à l'Institut par cet éminent chirurgien.)

Le 29 mai 1854, M. Baudens lu à l'Académie des sciences son premier mémoire sur l'efficacité de la glace pour obtenir la réduction des hernies étranglées.

Sur seize cas de hernies compliquées d'étranglement, disait-il, alors que les moyens ordinaires de réduction avaient échoué et qu'il ne restait plus d'autre ressource que l'opération, les réfrigérants, seuls ou associés à une compression méthodique et permanente, ont réussi à réduire la tumeur herniaire et à faire cesser les accidents.

Nous avons démontré, dit-il dans ce deuxième mémoire, que la glace avec ou sans sel marin est de tous les agents le plus efficace pour faire cesser l'étranglement en faisant rentrer la hernie, et pour éviter une opération souvent mortelle. Sous son empire, les vaisseaux sanguins diminuent de volume, la circulation se ralentit, la sédation de la douleur a lieu, les gaz contenus dans l'intestin se condensent, le météorisme abdominal tombant cesse de pousser au dehors les viscères herniés; la péritonite prend une marche rétrograde; une détente s'opère dans les muscles abdominaux avec relâchement de tous les tissus, principalement des anneaux constricteurs, et enfin tous les phénomènes inflammatoires disparaissent graduellement.

D'un autre côté, nous avons rassuré les praticiens contre le danger de la réfrigération. Notre longue expérience du traitement

---

avoir lieu, mais il serait facile alors de reconnaître si le liquide qui s'écoule est bien du sérum, car il se coagulera fortement par la chaleur et l'acide nitrique, ce qui n'arrive pas pour le liquide céphalo-rachidien, et ce caractère le distingue des sérosités proprement dites, qui contiennent toujours de l'albumine.

» Quoi qu'il en soit, continue M. Bernard, on avait fait dans l'observation dont je parle l'examen chimique du liquide qui s'était écoulé d'une fracture du rocher, et l'on y avait trouvé du sucre. Le chimiste qui avait analysé le liquide en avait conclu que le malade chez lequel on l'avait recueilli deux ou trois jours après l'accident était devenu diabétique : c'est-à-dire que la chute avait opéré une lésion de la moelle allongée, et que cette lésion avait produit le même effet que nous obtenons en piquant un animal dans ce point. Il y aurait eu ainsi diabète traumatique. Ce cas est possible, et a déjà été observé plus d'une fois. » Si le chimiste qui a publié l'observation eût connu la présence du sucre dans le liquide céphalo-rachidien normal, il aurait, pour rendre sa conclusion valable, analysé en même temps les urines du blessé, ce qui semble ne pas avoir été fait. Dans le cas où le liquide vésical eût été sucré, la conclusion précédente eût été fondée, tandis qu'elle ne l'est pas, dans les circonstances actuelles, faute de cette analyse. Dans le cas d'absence de glycose dans l'urine, la question, encore litigieuse, concernant la nature réelle du liquide qui coule par l'oreille lorsque le rocher est brisé, eût été vidée d'une manière positive, tandis qu'elle ne l'est pas pour les raisons indiquées ci-dessus.

Des applications du genre de celle-ci sont faites ou proposées à chaque page dans l'ouvrage de M. Bernard. Cette direction d'idée donne à ce livre une utilité plus grande que celle des ouvrages de physiologie que nous possédons; et c'est un des avantages qui le recommandent au moins autant à l'attention des médecins qu'à celle des physiologistes proprement dits.

La production dans les tissus non glandulaires de l'embryon, avant l'époque où le foie produit du sucre, d'un principe qui passe très facilement à l'état de glycose, est un des faits les plus intéressants à signaler parmi ceux que l'auteur n'avait pas encore développés, et qu'il a publié en entier dans son livre. Il faut en dire autant de l'influence qu'exerce la section de tels ou tels filets du grand sympathique sur la congestion et sur l'inflammation de tel ou tel viscère, de telle ou telle séreuse, comme la plèvre, le foie, les reins, les uretères et autres organes abdominaux. Ce n'est là que l'indication d'un petit nombre des questions de physiologie normale ou appliquée à la pathologie traitées par M. Bernard. Que ceux qui entendront parler pour la première fois de la section de tel ou tel filet du grand sympathique, du pneumogastrique, etc., ne se laissent pas aller à l'incrédulité. Il faut, avant de juger, avoir vu faire ces expériences, ou même il suffit d'en lire la description si claire et si simple, de voir les figures intercalées dans le texte qui en représentent les divers temps et qui montrent les instruments à l'aide desquels on les pratique, pour pouvoir en juger.

Quelques personnes seront peut-être éloignées de la lecture des *Leçons de physiologie expérimentale* parce qu'elles n'y voient pas un traité complet, parce que l'auteur n'a pas envisagé son sujet d'une manière dogmatique. Mais que l'on y songe bien, la physiologie commence à peine à avoir sa méthode, à former une science; elle est dans une période de rénovation, à commencer par les idées qu'on se faisait de la nutrition jusqu'à celles qui concernent les fonctions de circulation, de respiration et autres encore, telles que les usages de la moelle épinière, etc. C'eût, par conséquent, été dénaturer ces recherches et en faire disparaître le cachet de nouveauté et le côté pratique, que de les scinder pour en reporter les fragments à l'histoire de telle ou telle fonction, de telle ou telle propriété de tissu. Mieux valait mille fois prendre chaque phénomène et le poursuivre sous toutes ses formes, voir quelles sont les mille conditions qui en font varier l'intensité, qui l'exagèrent ou le font disparaître.

« Ce qu'il est surtout important de fixer ici, dit M. Bernard, et c'est là une vérité générale qui s'appliquera à beaucoup d'autres actions organiques et aux sécrétions en particulier, c'est que cette excitation, celle qui produit directement ou indirectement le diabète, ne doit pas dépasser certaines limites sous peine d'agir d'une manière inverse et de produire la dépression ou même l'anéantissement complet des fonctions qu'on voudrait activer. » (P. 359.)

Rien de plus attrayant que de suivre, guidé par un style simple et facile, la succession des phénomènes qui sont décrits, et de voir comment une expérience en amène une autre, de manière à ne jamais laisser une épreuve sans la contre-épreuve qui établit la certitude de la première.

Ch. Robin.

(*La fin à un prochain numéro.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. Decq;
A Genève, à la librairie de Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Reherches cliniques sur les maladies du cœur, d'après les leçons de M. le professeur Bouillaud, par M. le Dr Ernest Auburtin. Un volume in-8°, Prix : 6 fr. Paris, chez Viat, libraire éditeur, cour du Commerce, 12.

par les réfrigérants, appliqué à l'exclusion de tout autre aux lésions de cause traumatique, nous a fait découvrir un moyen simple et infaillible d'en éviter les risques et de n'en conserver que les bienfaits. Ce précieux critérium, c'est le malade lui-même qui le donne.

Le contact de la glace sur une partie étranglée, un panaris, une hernie, etc., est agréable et soulage. Cet état de sédation et de bien-être dure tant que les phénomènes d'étranglement avec douleur et chaleur n'ont pas disparu, et c'est en interrogeant avec soin les sensations du malade qu'il devient facile d'écarter tout danger. Pour cela, il suffit tout simplement de graduer le degré de la réfrigération sur celui de la douleur et de la chaleur locale, de maintenir la glace tant qu'elle procure du soulagement, et de la supprimer graduellement, pour éviter une réaction, dès qu'elle fait naître une impression de froid humide désagréable, semblable à celle qu'on éprouverait du contact de la glace en état de santé. En d'autres termes, il faut que la partie soumise à l'action du froid conserve constamment une température plus élevée que dans l'état normal.

Voilà tout le secret.

La résistance au froid est en raison directe de l'intensité des phénomènes de l'étranglement inflammatoire. Aussi arrive-t-il, quand l'étranglement est porté très loin, quand il a son siége dans les tissus aponévrotiques de la main, par exemple, que le membre entouré d'un mélange réfrigérant porté même à 14 degrés au-dessous de zéro continue à donner une sensation de chaleur exagérée qui ne tombe que graduellement, lentement, et souvent après plusieurs jours non interrompus de cette puissante médication.

On voit par là combien sont chimériques les craintes de congélation et de répercussion. Elles ne seraient fondées que si, négligeant de prendre pour guides les sensations du malade, on venait à user des réfrigérants d'une manière tout à fait inintelligente, intempestive, en abaissant bien au-dessous de son degré normal la température de la région frappée à la glace.

La publicité donnée à notre traitement depuis la première communication que nous avons faite à l'Institut a engagé plusieurs praticiens à soumettre, avant d'en venir à une opération souvent mortelle, les hernies étranglées à notre traitement, et le succès a répondu à leur attente.

La presse médicale, à l'étranger comme en France, enregistre fréquemment de nouveaux faits. La *Gazette des Hôpitaux*, dans les numéros du 14 septembre, 28 décembre 1854 et 30 janvier 1855, en contient de très concluants. Plusieurs confrères nous ont entretenu des beaux résultats obtenus dans leur pratique; nous-même comptons trois succès de plus, et l'habile chirurgien en chef de l'hôpital de Versailles, M. Godard, vient de nous adresser plusieurs observations que nous rapporterons textuellement. En somme, il nous serait actuellement facile de réunir plus de cent observations de hernies étranglées qui, après avoir résisté au taxis, ont été réduites par la glace, quand il ne restait plus de chances de salut que dans l'opération. C'est là un magnifique résultat, qu'on nous permette de le dire, d'autant plus beau que, dans la très grande majorité des cas, la glace triomphe de l'irréductibilité des hernies. Ainsi notre pratique nous donne sur 20 hernies 19 réductions obtenues par la glace. Il existait dans le cas où elle a échoué des adhérences anciennes qu'elle a été impuissante à détruire. Le froid a ralenti et enrayé, dans ce dernier cas, la marche des accidents; mais il a fallu opérer. Sur six cas, M. Godard a obtenu cinq fois la réduction de la hernie; une fois il a dû faire l'opération.

M. le docteur Duclout, médecin cantonal à Cernay (Haut-Rhin), m'écrivait il y a peu de mois : « J'ai employé votre méthode de réduction des hernies étranglées au moyen de la glace, et une fois sur deux j'ai parfaitement réussi. Il est vrai que dans le cas où la glace a échoué la hernie était étranglée depuis six jours. J'ai néanmoins eu recours à la glace *avant* et *après* l'opération, qui a eu les suites les plus heureuses, grâce à la toute-puissance de ce réfrigérant. »

Des trois nouveaux succès puisés dans notre pratique nous n'en rapporterons qu'un seul, parce qu'il résume les deux autres, et qu'en outre il offre d'intéressantes particularités. Ainsi notre malade a eu, à quinze jours d'intervalle, deux hernies irréductibles par les moyens ordinaires, et dans l'un et l'autre cas la glace a réussi à faire rentrer la tumeur, ainsi qu'on va le voir.

OBS. — *Hernie inguinale étranglée depuis vingt-quatre heures; impuissance du taxis; accidents graves de péritonite. Réduction graduelle et définitive après quarante-huit heures sous l'empire de la glace et du sel marin appliqués sur la hernie et sur tout le ventre. — Nouvelle hernie quinze jours plus tard; réduction par le même moyen.*

Christian, portier rue Royale-Saint-Honoré, 7, âgé de soixante-quatre ans, est atteint depuis plusieurs années d'une petite hernie inguinale à gauche qu'il réduit lui-même quand elle sort, sans jamais s'être astreint à porter un bandage herniaire.

Le 29 janvier 1855, après de violents efforts, la tumeur herniaire, formée en grande partie par une anse intestinale, s'échappe plus volumineuse que d'habitude, de la grosseur d'un œuf de poule. Le malade essaye vainement de la faire rentrer, un médecin du quartier n'est pas plus heureux; et quand je l'examinai, vingt-quatre heures après son accident, je fis aussi, mais vainement, des tentatives de taxis que de vives douleurs ne me permirent pas de prolonger.

Phénomènes observés. — Vomissements fréquents de matières contenues dans les intestins grêles; cris de douleur après chaque effort, dus à la péritonite qu'accusent des souffrances rendues plus vives quand on palpe l'abdomen et surtout la tumeur herniaire, qui est dure, rénitente; météorisme très prononcé, avec refoulement par les gaz des viscères herniés; grande anxiété; pouls misérable (120 pulsations); peau froide, couverte d'une sueur gluante; agitation continuelle.

Prescriptions. — Le malade restera couché sur le dos, la tête élevée par le traversin seul, le bassin soulevé et incliné sur la poitrine, les jambes et les cuisses fléchies sur l'abdomen et soutenues par un oreiller. Dépôt abondant en permanence sur le bas-ventre, et principalement sur la hernie, d'une épaisse couche de glace pilée; la glace est déposée dans une serviette afin d'obtenir par une action plus immédiate la condensation des gaz et la chute du météorisme qui distend énormément la paroi abdominale, et, d'une autre part, afin de détendre celle-ci et de faire cesser la constriction des anneaux herniaires par une macération due à la fonte de la glace, qu'on n'obtiendrait pas si elle était mise dans une vessie. Une toile cirée, pour préserver les fournitures du lit de la fonte de la glace, est placée sous le siége du malade.

Ceci se passait à dix heures du soir. Je me retirai en recommandant de ne pas discontinuer la glace; mais on ne tint aucun compte de mes recommandations. Le lendemain matin, à huit heures, l'état du malade était fort aggravé. On me dit qu'il avait été si agité, qu'il avait été impossible de continuer l'emploi de la glace après mon départ; mais ce n'était là qu'un moyen pour excuser un défaut de soins intelligents.

Je remplis de neige tombée pendant la nuit, en la mélangeant à du sel, une grande serviette que je nouai par les quatre angles; j'appliquai sur la hernie et sur l'abdomen, devenu extrêmement douloureux, tendu et chaud, ce large cataplasme, dont la température était à 9 degrés au-dessous de zéro.

Pour habituer le malade au contact de ce topique, je le posai et le retirai alternativement, comme on fait quand un cataplasme est trop chaud, et après cinq minutes de tâtonnements il put être aisément supporté. Bientôt le malade en éprouva un bien-être marqué, et au bout d'une demi-heure, quand je le quittai, la souffrance était déjà notablement apaisée.

Dès midi, mieux très marqué; moins d'anxiété; pouls remonté; abdomen moins tendu, moins douloureux; vomissements rares. Je fais, mais sans résultat, quelques tentatives de réduction. Un bandage avec une bande de tissu de caoutchouc, appliqué sur la région de l'aine, refoule d'une manière douce, élastique comme la contractilité des doigts, et non interrompue, la tumeur herniaire, devenue beaucoup moins douloureuse au toucher.

Quatre heures plus tard, amélioration de plus en plus marquée; plus de vomissements; la hernie est un peu moins volumineuse. Nouvelles mais impuissantes tentatives de réduction par le taxis. Continuation pendant encore quarante-huit heures de la neige sur l'abdomen, dont le météorisme et la douleur ont beaucoup diminué. A cette époque, la hernie, dont la réduction s'est opérée par degrés, uniquement sous l'empire du froid et du bandage élastique, n'a plus que le volume d'un œuf de pigeon. J'essaye encore, mais sans y parvenir, d'en faire la réduction.

Plus de vomissements depuis trente-six heures; le malade ingère sans la rejeter de l'eau sucrée froide; la glace n'est plus déposée que sur la région inguinale, parce qu'elle commence à déterminer une sensation de froid qui cesse d'être agréable. Je recommande au malade de maintenir deux doigts appliqués en permanence sur la hernie, pardessus le spica, pour aider à son action compressive, et quatre heures plus tard elle était réduite au volume d'une noisette. Le malade déclare que cette petite tumeur, qui est épiploïque, existe dans l'état normal.

Dès ce moment, tout accident cesse; on supprime la glace. Le malade est en pleine convalescence; les selles se rétablissent naturellement dans la journée, sous forme de dévoiement passager.

Quinze jours après, Christian n'avait pas encore mis un bandage herniaire quand il eut l'imprudence de descendre deux voies de bois à la cave, et sa hernie sortit de nouveau douloureuse et irréductible.

L'étranglement s'accompagne cette fois d'accidents bien plus alarmants que la première. La péritonite surtout apparaît très grave; la réduction est impossible; il faut renoncer au taxis, tant il est douloureux.

Je réapplique sur la tumeur de la neige mélangée à du sel renfermée dans une grande serviette, et au bout d'une heure, quand la hernie fut moins douloureuse au toucher, j'appliquai sur elle un spica élastique modérément serré pour la faire rentrer par ce taxis doux, incessant, dépourvu de tout danger. Sous la double action de ce bandage et de la glace, je ne tardai pas à obtenir une réduction progressive, mais qui ne devint définitive qu'après cinquante-quatre heures d'application de ce mélange réfrigérant faite sans interruption.

On sait que les rechutes ont toujours beaucoup de gravité. Aussi redoutions-nous vivement les suites d'une péritonite aiguë survenue deux fois à court intervalle; nos craintes ne se sont pas réalisées, grâce à l'énergie d'une médication trop peu connue et que nous ne saurions trop recommander.

Les observations qui suivent nous ont été adressées par M. Godard, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Versailles.

OBS. I. — *Hernie crurale étranglée irréductible réduite par la glace.*

Le 24 août 1854, la veuve P..., d'Aulnaye (Seine-et-Oise), âgée de soixante-dix ans, éprouve dans l'aine droite une vive douleur à la suite d'un effort pour descendre de voiture. Une tumeur herniaire volumineuse s'était produite dans cette région. Le 27 au soir, je la vois pour la première fois. Les accidents se sont aggravés depuis le 24. Vomissements de matières stercorales, développement très douloureux de l'abdomen, 130 pulsations, soif ardente; chaque ingestion de liquide est suivie de vomissements. Je reconnais une hernie crurale de gros volume; la forme de la tumeur est mal accusée, par suite de l'inflammation des téguments qui la recouvrent; la peau est rouge, tendue, chaude. La malade accuse de violentes douleurs abdominales accompagnées de borborygmes. Le moindre attouchement est si douloureux que je dois renoncer à prolonger le taxis. La petitesse du pouls, malgré sa fréquence, la sueur froide qui couvre tout le corps, la faiblesse et l'âge de la malade, son état d'affaissement, m'empêchent de pratiquer une saignée. Les vomissements existent depuis le 25, dans la soirée.

Prescriptions. — Demi-lavement avec 60 grammes d'huile de ricin; décubitus dorsal sans oreiller sous la tête; bassin soulevé par un coussin; jambes maintenues fléchies par un rouleau placé sous les jarrets; vessie contenant de la glace concassée placée sur la tumeur.

Le soir, accompagné de deux aides et muni de chloroforme, je me rends auprès de la malade pour tenter la réduction et opérer immédiatement si elle échoue. Le lavement a produit une abondante évacuation de matières contenues dans le gros intestin. Les vomissements ont complétement cessé, et la malade peut impunément satisfaire sa soif, déjà considérablement moindre. Le pouls est plus plein et moins fréquent; la tumeur est moins grosse et moins douloureuse. Je puis exercer, quoique sans succès, quelques tentatives de réduction par le taxis. Cette amélioration si notable obtenue en quelques heures m'engage à temporiser, à m'abstenir de nouvelles tentatives de réduction, de crainte d'une fâcheuse réaction en cas d'échec. J'insiste sur le maintien de la glace sur la tumeur.

Le 28, l'amélioration se soutient; la hernie a diminué de volume; une tentative de réduction dans la soirée reste sans succès. Je prescris 16 grammes d'huile de ricin qui amènent une selle liquide et abondante vers la fin de la nuit.

Le 29 au matin, tout le gonflement de la peau qui recouvrait la hernie a cessé; il ne reste plus qu'une petite tumeur, dont j'obtiens la réduction par un taxis modéré et patiemment exécuté pendant un quart d'heure. La hernie est maintenue réduite par un spica recouvert d'une vessie remplie de glace, et le 30 j'appliquai un brayer.

OBS. II. — *Hernie crurale. Accidents d'étranglement. Taxis réitéré sans succès. Réduction par la glace.*

Le 6 septembre, M. C..., âgé de quarante ans, atteint d'une hernie crurale à droite, que des tentatives de réduction n'ont pu faire rentrer, se fait transporter de Saint-Cyr à Versailles pour y prendre un bain. A peine arrivé, il est pris de syncope et forcé de se mettre au lit. Il me raconte qu'atteint depuis plusieurs années d'une hernie, il la réduisait lui-même, mais imparfaitement, chaque fois qu'elle sortait, ce qui arrivait souvent; que, malgré les avis réitérés de son médecin, il n'a jamais voulu s'astreindre à porter un bandage herniaire; que le 2 septembre, sa hernie sortit brusquement, plus volumineuse que de coutume; qu'il a tenté vainement de la réduire; qu'à la suite d'efforts violents et infructueux faits dans ce but par son médecin, des accidents graves se sont déclarés le 4, et que le 6 il s'est fait transporter dans la soirée à Versailles.

Je reconnais une tumeur herniaire crurale à droite du volume d'un œuf d'oie; le malade vomit des matières stercorales liquides, le ventre est douloureux, volumineux, météorisé. La tumeur est le siége de douleurs vives, sans changement de couleur à la peau; le pouls est développé (120 pulsations). Je pratique une saignée, je fais mettre le malade au bain; puis je tente, mais sans succès, la réduction. La glace est appliquée comme sur le sujet de l'observation n° 1 et maintenue avec soin.

Le lendemain 7, les accidents d'étranglement, les vomissements ont cessé, mais la tumeur résiste encore à mes tentatives de réduction. Les boissons sont supportées; un purgatif (huile de ricin) est vomi; un demi-lavement avec la même substance produit un abondant effet.

Le 8, la fièvre a cessé; le ventre a diminué de volume; il est souple, indolent; la tumeur reste toujours douloureuse; la glace est maintenue sur elle.

Le 9, je parviens à faire rentrer avec bruit la plus grande partie de la hernie, qui se trouve réduite à une petite tumeur irréductible de la grosseur d'une noisette. Je la fais palper au malade, qui déjà veut partir pour Saint-Cyr. Il prétend que depuis longtemps cette petite tumeur existe et qu'elle ne rentre jamais. Sa femme l'examine et confirme le dire de son mari. Je fis fabriquer un bandage à pelote creusée d'une cavité moulée autant que possible sur la petite tumeur et comprimant exactement son pourtour. La fabrication de ce bandage retint C... à Versailles jusqu'au 12, époque à laquelle il retourna à Saint-Cyr. Je l'ai revu depuis. Le bandage maintient bien la hernie. La petite tumeur, qui est probablement épiploïque et adhérente, existe toujours, mais avec un moindre volume. Celui que j'avais reconnu après la réduction dépendait sans doute d'un engorgement inflammatoire.

OBSERVATION D'ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE.

L'observation suivante nous est communiquée par M. le docteur H. Morel, d'Argentan (Orne) à l'occasion du fait d'éclampsie puerpérale que nous avons publié dans le n° du 15 septembre dernier. Cette observation, intéressante par elle-même, sera utilement rapprochée de la précédente.

Mme M..., robuste fermière de trente-deux ans, n'a jamais été malade, et son aspect éloigne certainement toute idée d'un tempérament nerveux. Je fus appelé auprès d'elle le 19 juillet 1854; elle était enceinte pour la première fois, et sa grossesse datait alors de plus de quatre mois, car elle commençait à sentir légèrement les mouvements de son enfant. Elle présentait un œdème considérable des pieds et des mains, augmentant le jour pour diminuer la nuit; la face était légèrement bouffie, et cette bouffissure augmentait la nuit pour disparaître presque entièrement pendant le jour. La malade observait cet œdème depuis quinze jours à peine; mais depuis le commencement de sa grossesse elle était très souffrante, vomissant tout ce qu'elle prenait, et tourmentée surtout par un essoufflement qui depuis le développement de l'œdème était devenu insupportable. Depuis quelques jours elle ressentait de violents maux de tête, siégeant surtout dans la région frontale gauche et s'accompagnant d'étourdissements et de vertiges. Son urine, traitée par l'acide nitrique, ne donna pas de traces d'albumine. Je pratiquai une saignée, qui calma immédiatement l'essoufflement et le mal de tête. Pendant trois semaines, la malade, plus calme, put reprendre ses occupations; seulement l'œdème alla toujours en augmentant.

Je la revis le 8 août suivant: les membres étaient tuméfiés comme dans la dernière période d'une maladie du cœur; la face était boursouflée, et depuis quelques jours le ventre avait pris un tel développement que la malade paraissait plutôt enceinte de huit mois que de cinq;

il y avait évidemment un épanchement ascitique, comme je m'en assurai par la percussion. L'essoufflement, la céphalalgie avaient reparu plus violents. Cette fois l'urine, traitée par l'acide nitrique, laissa précipiter de nombreux flocons d'albumine. Je prescrivis 60 grammes de sulfate de magnésie et des bains tièdes. La malade se trouva soulagée pendant quelques jours; mais bientôt les accidents reparurent avec une nouvelle intensité.

Le 16 août, on vint me chercher en toute hâte; la malade venait d'être prise de violentes convulsions. Quand j'arrivai, elle commençait à sortir du coma qui avait succédé à l'accès, et se trouvait dans cet état d'hébétude qui accompagne ordinairement de pareilles attaques; cependant elle me reconnut et, après quelques instants, put me rendre compte des symptômes qui avaient précédé l'accès. Depuis la veille elle se sentait triste, abattue et avait une grande propension au sommeil. La nuit se passa très calme; mais le matin, en s'éveillant, elle ressentit un violent mal de tête d'un caractère tout à fait spécial: la douleur siégeait en un seul point de la région frontale gauche, et il lui semblait qu'en ce point on lui enfonçait un clou. Elle ne ressentait plus alors qu'une grande fatigue et une grande gêne de la respiration. Je prescrivis un lavement antispasmodique, et je revins au bout de deux heures; le mal de tête avait reparu, et la malade, très agitée, attendait à chaque instant un nouvel accès.

Je me disposais à lui faire une saignée, quand tout à coup se renversant en arrière et poussant un grand cri, elle fut prise d'un nouvel accès. La face, fortement congestionnée et grimaçant d'une manière horrible, présenta bientôt tous les caractères qui la font justement comparer à la figure d'un satyre; les yeux roulaient dans leur orbite d'une manière effrayante; la langue, à moitié sortie de la bouche, était serrée entre les dents, et la malade rejetait une écume sanglante. Les muscles de la respiration partageaient le spasme général; l'asphyxie semblait imminente; mais les mouvements désordonnés des membres rendaient la saignée impossible. Cet état dura environ quatre à cinq minutes, puis les convulsions cessèrent peu à peu; la face seule resta encore quelques instants grimaçante, et la malade tomba dans un coma profond. Je pratiquai immédiatement une copieuse saignée et j'appliquai des sinapismes aux jambes; mais la malade ne revint à elle qu'au bout de quinze heures, et dans cet intervalle il survint un nouvel accès pendant lequel la saignée repartit à l'insu des assistants. Elle ne commença à reprendre connaissance que le lendemain matin.

Quand je la revis, elle commençait à ouvrir les yeux, mais restait indifférente à tout ce qui l'entourait; sa langue, fortement mordue, était tuméfiée et restait à moitié sortie de sa bouche, ce qui lui donnait une physionomie bizarre et lui rendait la parole très difficile. Du reste, elle ne reconnaissait personne et semblait ne pas comprendre mes questions.

Remarquant quelques taches de sang sur sa chemise, je voulus m'assurer de l'état de la matrice, et je pratiquai le toucher: le col était très élevé, je l'atteignis difficilement, et je le trouvai ramolli et évasé dans sa partie vaginale; mais l'orifice interne était complétement fermé; cependant je retirai mon doigt couvert de sang: il se fit pendant quelques heures un léger suintement sanguinolent qui s'arrêta de lui-même. Je prescrivis une potion antispasmodique, des applications froides sur la tête et pour le soir un lavement purgatif.

Le lendemain matin, la connaissance commençait à revenir; la malade causait plus facilement, mais avait complétement perdu la mémoire et paraissait très surprise des questions que je lui faisais relatiment à sa grossesse.

Les jours suivants, Mme M... reprit peu à peu ses idées; le mal de tête avait disparu et la respiration était moins gênée. Elle ne sentait aucun mouvement de son enfant, éprouvant seulement un poids incommode dans le bas-ventre; les seins, gonflés d'abord, laissèrent couler pendant quelques jours un peu de sérosité et s'affaissèrent complétement. Les convulsions de la mère avaient certainement occasionné la mort de l'enfant.

Au bout d'une dizaine de jours, la malade se trouva beaucoup mieux; il ne lui restait plus qu'un peu de trouble dans la mémoire; l'œdème était presque complétement disparu; il n'y avait plus ni essoufflement ni céphalalgie; seulement elle était très faible et éprouvait une inappétence insurmontable; cependant elle put bientôt se lever et marcher dans sa maison; elle commençait même à reprendre ses occupations domestiques, quand le 4 septembre, c'est-à-dire vingt jours après les premiers accidents nerveux, elle fut prise d'un mal de tête tout à fait semblable à celui qui avait précédé la première attaque; je lui fis immédiatement une saignée, et la douleur disparut.

Deux jours après, elle fut prise de violentes coliques, et le travail de l'accouchement commença; en quelques heures, elle expulsa un enfant tellement ramolli qu'il était au premier abord très difficile de se rendre compte de ce que l'on voyait: c'était une masse informe s'affaissant dans tous les sens comme un paquet d'intestins. La délivrance se fit très naturellement, et dès lors la malade revint rapidement à la santé. Au bout d'un mois, elle était complétement rétablie, présentant seulement des symptômes de chlorose.

On peut voir dans cette observation que les accidents nerveux se sont subitement arrêtés après la mort du fœtus, comme si ces accidents, auxquels la malade était prédisposée par l'altération du sang, avaient eu pour cause déterminante, non la distension de l'utérus par le produit de la conception, mais bien les modifications vitales subies par cet organe tant qu'il contenait un être vivant, modifications qui réagissaient ensuite sur l'encéphale. Après la mort du fœtus, la matrice est restée à peu près dans ses conditions normales, à cela près de la distension produite par le corps étranger qu'elle contenait. Mais quand, irritée à la longue par la présence de ce corps étranger, elle a dû réagir contre lui, la réaction a de nouveau retenti sur les centres nerveux; la céphalalgie spéciale ressentie par la malade est venue annoncer une modification cérébrale analogue à celle qui avait déjà été produite, et la saignée, en disséminant la quantité de sang qui se portait au cerveau, est parvenue à conjurer les accidents.

Pour compléter cette observation, je dois ajouter que trois mois après sa délivrance Mme M... s'est trouvée grosse de nouveau. Cette fois la grossesse a marché très régulièrement jusqu'au sixième mois. Plus de troubles dans l'appareil digestif ni dans l'appareil circulatoire. Mais à cette époque, on commença à remarquer de l'œdème aux pieds, aux mains, puis à la face; la céphalalgie, les étourdissements, l'essoufflement reparurent; l'urine précipita de nouveau des flocons albumineux. A deux reprises différentes, et à quinze jours d'intervalle, je fis à la malade une légère saignée de 100 à 150 grammes, qui suffit pour la soulager d'une manière notable; mais le 31 juillet, c'est-à-dire vers le septième mois de sa grossesse, tous ces symptômes reparurent: la céphalalgie reprit son caractère spécial, mais cette fois le point douloureux siégeait dans la région occipitale; elle accusait en outre une vive douleur à la région lombaire gauche, et en ce point il y avait une tuméfaction œdémateuse considérable. La malade étant trop faible pour être saignée, je me bornai aux antispasmodiques en potions et en lavements. Mais le lendemain elle fut prise d'un accès convulsif qui se borna aux muscles de la respiration. Ce fut un véritable accès d'asthme porté à un très haut degré, mais la malade ne perdit point connaissance. A la suite de cet accès, elle ressentit de légères coliques; je la touchai, et je constatai le commencement du travail puerpéral. Mais les douleurs étaient très faibles et ne venaient qu'à de rares intervalles; ce ne fut qu'au bout de quarante-huit heures qu'elles devinrent plus intenses et plus rapprochées, et la malade accoucha d'un enfant du sexe féminin dans d'excellentes conditions de viabilité.

DE LA CAUSE DES DOULEURS DE REINS DANS L'ACCOUCHEMENT, et des moyens d'y remédier.

Par M. le Dr Mattei.

Les idées nouvelles que j'ai émises dans mon *Essai sur l'accouchement physiologique* et l'accueil qu'elles ont reçu jusqu'ici dans le public médical m'encouragent à faire connaître la cause des douleurs de reins, sur lesquelles on a lu un article dans le numéro du 22 septembre dernier.

La cause de la douleur dans l'accouchement a provoqué à bon droit les recherches des accoucheurs, mais ils ont été loin d'être d'accord jusqu'ici, et si j'en crois mes observations, ils sont même loin d'être tout à fait dans le vrai. D'après ces observations, il y a deux sortes de douleurs dans l'accouchement: ce sont la douleur dite des reins, qui me paraît tenir à la compression de la matrice sur la portion lombaire de la colonne vertébrale, et la douleur du bas-ventre, qui paraît tenir au tiraillement du col.

Les femmes appellent maux ou douleurs de reins une sensation pénible qui se présente dans la région sacro-lombaire souvent avant la déclaration du travail, mais qui accompagne celui-ci pendant chaque contraction utérine lorsqu'elle est un peu intense. En obstétrique, au contraire, on entend par douleurs de reins des souffrances très vives qui accompagnent les accouchements laborieux, et qui ont le même siége que les douleurs précédentes; elles sont seulement plus étendues et remontent un peu plus haut.

Ces dernières douleurs coïncidant toujours avec un travail pénible et lent, on s'est naturellement demandé si elles n'étaient pas pour quelque chose dans ce retard, et tous les auteurs modernes s'accordent à dire que ces douleurs retardent le travail au lieu de le faire avancer. Quant à la cause des douleurs de reins, on ne la connaissait guère plus que la cause des douleurs de l'accouchement en général. On avait cependant remarqué que dans ces cas le col est contracté ordinairement d'une manière permanente ou qu'il est sensible au toucher; aussi on a été disposé à attribuer les douleurs de reins à la rigidité du col. D'après l'article de M. Boursier, au contraire, elles tiendraient à la déviation de l'utérus. Eh bien! qu'on fasse d'autres recherches, comme nous avons eu occasion de le faire, et l'on se convaincra que ces douleurs, loin d'être une des causes de la longueur du travail, n'en sont que l'effet. Dans presque tous les cas où, malgré les contractions fortes et répétées, le travail n'avance pas, qu'il y ait ou non déviation de l'utérus, qu'il y ait ou non contraction du col, il y a le plus souvent des douleurs de reins très intenses. Voici en peu de mots ce que l'observation nous a démontré à ce sujet.

Le col comme le corps utérin passe de l'état de relâchement à l'état de contraction passagère, et celle-ci, en se répétant, finit par devenir permanente. Dans les accouchements tout à fait faciles, ou physiologiques, le col utérin, quoi qu'on en dise, peut ne pas se contracter du tout. Lorsqu'ils sont un peu difficiles, il finit par se contracter d'une manière passagère. Il ne se contracte d'une manière permanente que lorsqu'une cause quelconque empêche la partie fœtale d'avancer sous l'impulsion des contractions utérines et abdominales.

L'utérus, de son côté, commence par se contracter d'une manière insensible; c'est la contraction physiologique par excellence. Cette contraction ne devient douloureuse que par les obstacles que rencontre le travail de la part du col et les autres parties molles d'une part, et de l'autre par la compression exercée sur la colonne vertébrale. Cette contraction douloureuse, qui est d'abord intermittente, finit par devenir permanente.

L'accouchement peut donc avoir lieu avec la contraction insensible du corps utérin et des contractions abdominales lorsque le col et le reste des parties molles sont tout à fait relâchés: c'est le premier degré de l'accouchement physiologique. Il peut avoir lieu avec des contractions douloureuses du corps pendant que le col reste relâché ou que tout au plus il se contracte d'une manière passagère: c'est le deuxième degré de l'accouchement physiologique. Enfin le travail peut être retardé par n'importe quelle cause, et, les contractions devenant de plus en plus intenses, le col et le corps utérin finissent par se contracter d'une manière permanente. L'accouchement est alors essentiellement pathologique. C'est précisément dans ces derniers cas que nous avons observé les douleurs de reins; aussi ces douleurs ne sont pour nous que l'exagération des douleurs ordinaires de l'accouchement, c'est-à-dire la compression violente et presque permanente de l'utérus sur la colonne et le tiraillement du col. Si, quoique se propageant jusqu'à cette dernière partie, la douleur est cependant plus intense vers la région lombo-sacrée, c'est que le col, presque toujours contracté aussi d'une manière permanente, empêche le tiraillement de ses tissus et fait contre-poids à l'action du corps.

Que faire pour soulager les douleurs de reins? La routine l'avait déjà indiqué, l'observation même des femmes en travail aurait pu le faire connaître. La femme tient les jambes fléchies et se couche tantôt sur un côté, tantôt sur l'autre, c'est-à-dire que par ces mouvements elle déplace la partie comprimée, et, faisant porter la pression sur un autre point, elle éprouve un moment de soulagement. La serviette passée sous les reins et relevée avec force par ses deux extrémités éloigne en partie l'utérus de la colonne vertébrale. Dans ce but, nous avons conseillé une ceinture avec des coussins latéraux avant même de connaître la pratique de notre confrère M. Boursier. Mais tous ces moyens sont palliatifs; ils ne soulagent que pour un moment. Ce qu'il faut faire pour guérir les douleurs de reins, c'est de remédier aux causes qui retardent le travail, comme je l'ai prouvé dans mon ouvrage.

C'est aussi ce qu'a fait notre confrère en redressant l'utérus, qui dans ces cas était la cause du retard; mais ce n'est pas la ceinture qui a guéri les douleurs de reins; nous sommes même persuadé que, là où il n'y a pas déviation de l'utérus, cette ceinture sans les coussins latéraux est capable d'augmenter quelquefois les douleurs plutôt que de les calmer.

Tout ceci démontre que les douleurs de reins ne sont pas la cause de la longueur du travail, mais l'effet, et que ces douleurs tiennent à la compression de l'utérus sur la colonne vertébrale plutôt qu'à la contraction permanente du col. Cette contraction, qu'on a appelée rigidité, rétraction ou contraction spasmodique, cède bientôt à la partie fœtale lorsque celle-ci n'est plus retenue par la cause qui prolongeait le travail.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par un décret impérial du 26 septembre, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur:

MM. Le Bozec, chirurgien de 1re classe de la marine, et Cochois, chirurgien de 3e classe, en récompense des services qu'ils ont rendus dans les ambulances de l'armée.

— Par arrêté du ministre de l'intérieur, en date du 27 septembre, M. le docteur Alex. Mayer a été nommé médecin adjoint de l'hospice impérial des Quinze-Vingts.

— M. Imbert-Gourbeyre (de Clermont-Ferrand) vient d'être nommé membre correspondant de l'Académie de médecine et de chirurgie de Naples. C'est un grand travail sur l'albuminurie puerpérale qui lui a valu cet honneur.

— Le concours pour l'externat dans les hôpitaux de Paris aura lieu le 5 novembre prochain.

— Il résulte d'un curieux document publié par le ministère du commerce et de l'agriculture sur la statistique de la France qu'on compte en ce moment, dans tout l'empire:

37,662	aveugles,	soit	105	sur 100,000.
75,063	borgnes,	—	210	—
29,512	sourds et muets,	—	82	—
44,970	aliénés,	—	125	—
42,382	goîtreux,	—	118	—
44,619	bossus,	—	125	—
9,077	individus ayant perdu un ou deux bras,	—	25	—
11,301	ayant perdu une jambe ou les deux jambes,	—	32	—
22,547	atteints de pied-bot,	—	62	—

— Voici, d'après le *Geneeskundige courant der Nederlanden*, quelle a été la marche du choléra à Amsterdam: du 30 juillet au 31 août, on a observé 298 hommes et 346 femmes atteints de choléra. De ces 644 malades, il est mort 422 individus, savoir: 210 hommes et 212 femmes.

— Des nouvelles de Berlin annoncent que le choléra, qui depuis peu de temps a enlevé dans cette ville près de 1,500 personnes, tend à diminuer dans une notable proportion.

— On écrit de Constantinople que le choléra a envahi les provinces d'Europe et d'Asie de la Turqnie, où il exerce des ravages. Sur une population de 30,000 habitants, la ville de Nodosto, sur la mer de Marmara, perdait 60 personnes par jour.

Quant aux hôpitaux de Constantinople, le mal paraît y être stationnaire; on y compte à peine quelques cas nouveaux tous les jours.

— Voici la marche du choléra à Gênes:

	CAS.	DÉCÈS.
10 septembre.	38	19
11 —	31	20
12 —	27	18
14 —	16	6
16 —	5	8
17 —	8	7
18 —	13	7
19 —	6	8

Total depuis l'invasion: 1,305 cas et 750 décès.

En Sardaigne et dans la province de Milan, il continue à diminuer.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8

N° 116. — JEUDI 4 OCTOBRE 1855. (28e ANNÉE.) N° 116. — JEUDI 4 OCTOBRE 1855.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur les séances des Académies. — HÔPITAL DE LA CHARITÉ (M. Velpeau). Staphylome transparent de la cornée compliqué de cataracte. — Ovariotomie pratiquée avec succès. — Exemple d'abcès tonsillaire. — ACADÉMIE DE MÉDECINE, séance du 2 octobre. — ACADÉMIE DES SCIENCES, séance du 24 septembre. — Chronique et nouvelles. — FEUILLETON. Conservation des substances alimentaires d'origine animale.

PARIS, LE 3 OCTOBRE 1855.

Séances des Académies.

Nous avions raison de dire que, quel que fût le résultat de la lutte engagée au sujet de la question de la glycogénie, la science ne pourrait que gagner à la contradiction. Bien que M. Cl. Bernard n'ait pas besoin de ce stimulant pour poursuivre ses belles recherches expérimentales, il est permis de croire cependant que la contradiction n'est pas restée étrangère à la découverte de la nouvelle série de faits qu'il vient de communiquer à l'Académie, et qui paraissent devoir élargir encore le champ de la question et reculer les limites du problème.

Raffermi plus que jamais dans ses premières opinions par la contre-épreuve des expériences qui lui ont été objectées, et dont il croit avoir démontré l'inexactitude, M. Bernard s'est proposé de pousser plus loin les conséquences de sa première découverte en cherchant à pénétrer le mécanisme intime de la production du sucre dans les animaux. Son mémoire se compose de deux parties distinctes : l'une, dans laquelle il répond aux objections de M. Figuier, en rétablissant dans leur ordre de succession et de liaison quelques-uns des faits fondamentaux qui servent de base à la théorie glycogénique ; l'autre, où il expose les faits nouvellement découverts. Fidèle à notre rôle d'historien impartial, nous avons dû reproduire à peu près textuellement la réponse de M. Bernard, comme nous l'avons fait pour les objections de son contradicteur. Aussi nous bornons-nous, pour cette première partie du mémoire, à renvoyer nos lecteurs au compte rendu de la séance. Quant à la partie essentielle de ce travail, vu l'impossibilité de la reproduire tout entière, nous y suppléerons de notre mieux en cherchant à en faire ressortir ici l'esprit et la portée.

Jusqu'ici on avait pensé que les organes glandulaires ne fournissent rien à la sécrétion, mais que leur tissu se borne à agir par une action catalytique sur les éléments du sang qui traverse l'organe glandulaire au moment même où la sécrétion s'opère. Tous les auteurs qui se sont occupés de la sécrétion du sucre par le foie, MM. Schmidt, Lehmann, Frerichs, etc., ont supposé que la matière sucrée se formait directement dans le sang. M. Bernard lui-même, sans s'exprimer aussi formellement à cet égard, avait paru partager jusqu'ici la même opinion. Or, il résulterait d'une expérience très curieuse dont nous reproduisons les principales circonstances dans le compte rendu, que ce n'est point dans le sang, mais dans le tissu hépatique lui-même qu'il faut chercher le sucre. Cette expérience a conduit à des résultats qui intéressent à la fois les physiologistes et les chimistes. Ainsi il y aurait dans le foie deux substances : le sucre, très soluble dans l'eau, et qui est emporté avec le sang par le lavage ; une substance qui reste fixée au tissu hépatique après que celui-ci a été dépouillé de son sucre et de son sang par le lavage, et qui se change peu à peu en sucre par une sorte de fermentation.

Cette matière, que M. Bernard a reconnu n'exister dans le foie qu'à l'état normal ou fonctionnel, et qui disparaît complétement du tissu de cet organe dans toutes les circonstances où la fonction glycogénique (1) est arrêtée, serait suivant lui exclusivement propre au tissu du foie, dans lequel elle prend naissance. Cette matière, se renouvelant sans cesse dans le tissu hépatique sous l'influence de la nutrition, s'y transforme incessamment en sucre, qui vient remplacer dans le foie celui que le courant sanguin emporte continuellement par les veines hépatiques.

Il reste à faire encore pour la détermination chimique complète de cette matière ; mais c'est là une tâche que M. Bernard laisse aux chimistes. Pour lui, il se borne à établir dans ce travail que le sucre qui se forme dans le foie ne se produit pas d'*emblée* dans le sang, mais que sa présence est constamment précédée par une matière spéciale déposée dans le tissu du foie, et qui lui donne immédiatement naissance.

Il peut être intéressant de rapprocher ce résultat nouveau, mais peut-être pas entièrement inattendu, d'un fait avec lequel il présente plus d'une analogie, et dont on doit la découverte à MM. Ch. Robin et Verdeil ; nous voulons parler de l'origine et des conditions de formation de l'acide pneumique, qui, au lieu d'être amené tout formé par les vaisseaux, comme on eût pu le présumer de prime abord, se forme, suivant ces auteurs, dans la substance même du poumon par une sorte de décomposition désassimilatrice d'une substance plus compliquée qui fait partie constituante des éléments anatomiques du poumon, et qui se dédouble pour donner naissance, entre autres produits, à l'acide en question. Ce principe de la sécrétion par décomposition désassimilatrice, que M. Robin a formulé à l'occasion de l'acide pneumique, d'une manière générale et comme devant s'appliquer aux sécrétions qui ne sont pas purement excrémentitielles, serait-il effectivement applicable, ainsi qu'il l'a pressenti, à la sécrétion du glycose ? C'est là, on le voit, une question intéressante et qui est digne d'un mûr examen de la part des deux savants qui ont frayé une si large voie à la physiologie expérimentale.

Sans sortir de ce domaine, nous avons à signaler encore à l'attention de nos lecteurs une nouvelle communication de M. Brown-Séquard sur la voie de transmission des impressions sensitives dans la moelle épinière. On trouvera les conclusions de ce nouveau travail au compte rendu. Nous aurons incessamment l'occasion de revenir sur ce sujet à propos d'une note que M. Schiff nous a communiquée depuis quelque temps déjà, et qui, à cause de son étendue, n'a pu trouver place encore jusqu'ici dans nos colonnes.

Un mot, avant de terminer, sur une communication de M. Fréd. Kuhlmann, qui, bien qu'étrangère au fond aux sciences médicales, y touche cependant par quelques points, ainsi qn'on va en juger.

M. Fréd. Kuhlmann, en faisant des observations sur les réactions particulières des essences, a constaté des faits qui ont, indépendamment de leur intérêt chimique spécial, une certaine portée pour l'explication de quelques faits physiologiques et hygiéniques. Les essences résinifiables en général, et en particulier l'essence de térébenthine, d'après M. Kuhlmann, posséderaient, entre autres propriétés inaperçues jusqu'ici, celle d'absorber l'oxygène par leur seul contact avec l'air, et de constituer ainsi, au profit d'autres corps, des sources d'oxygène. En un mot, les essences seraient douées d'une action oxygénante. On comprend dès lors qu'un intérêt considérable s'attacherait à examiner l'action de la vapeur d'essence sur les miasmes putrides, et à constater si, dans ces cas, il n'y a pas combustion des principes répandus dans l'air. On serait également conduit à rechercher si d'autres corps ne partagent pas, avec certaines essences, la propriété de former une provision d'oxygène pour céder cet agent au profit de réactions diverses. Cette étude pourrait jeter un grand jour sur les phénomènes de physiologie végétale et

(1) Le *Compte rendu* de l'Académie des sciences imprime maintenant *glycose* au lieu de *glucose*.

EXPOSITION UNIVERSELLE.

CONSERVATION DES SUBSTANCES ALIMENTAIRES D'ORIGINE ANIMALE,

Il y a dans les galeries du Palais de l'Exposition plusieurs registres ouverts aux remarques et impressions des visiteurs. En feuilletant dernièrement l'un de ces recueils, j'y ai lu ce qui suit : « Tout ce que l'on » voit ici est d'une rare perfection, mais qu'est-ce que cela coûte, » et qu'est-ce que cela vaut ? »

Ce que cela coûte, les exposants ont négligé de le faire savoir ; ce que cela vaut, je vais le dire, au moins pour certaines branches d'industrie bromatologique.

Tout corps organisé, quand il a cessé de vivre, retombe au pouvoir des forces physiques et tend à se décomposer. Les principaux agents de cette décomposition sont l'humidité, la chaleur, l'oxygène de l'air atmosphérique et la présence dans les matières organiques de certains éléments fermentescibles (sucre, azote, etc.). Les moyens propres à prévenir ou à arrêter l'altération spontanée des substances alimentaires se déduisent naturellement de la connaissance des conditions précédentes. Ainsi, pour conserver de la viande, par exemple, il faut ou la priver du contact de l'air, ou la soustraire à son humidité, ou empêcher sa décomposition par le calorique, ou bien enfin l'imprégner de principes antiseptiques, c'est-à-dire l'embaumer. Le mieux serait de combiner ces quatre procédés dans la même opération.

L'empirisme exploite depuis bien des siècles l'action antiputride du sel marin, puisque la pratique des salaisons remonte aux Egyptiens. Chez les tribus nomades, ainsi que chez les *fellah* (paysans) de l'Orient, on retrouve encore aujourd'hui, sous le nom de *pasterma*, la chair salée du buffle, dont l'usage paraît avoir été familier aux troupes de Darius.

La méthode de salaison suivie dans les temps anciens, comme de nos jours, consiste à faire choix de bœufs jeunes, de haute taille, sains et nourris en liberté. Après avoir été saigné, l'animal est dépecé en morceaux de quatre à cinq livres, que l'on entasse dans un tonneau ; chacune de ces pièces a dû préalablement baigner pendant quinze jours dans une saumure concentrée. Il importe au succès de cette manipulation que les os soient rejetés, parce que la substance médullaire qu'ils contiennent et qu'ils protégent contre la dissolution saline se putréfie promptement et peut gâter les tissus qui l'avoisinent.

Les chimistes qui ont cherché à se rendre compte de l'action préservatrice du chlorure de sodium dans les salaisons ne nous ont fourni jusqu'à présent aucune explication complétement satisfaisante sur ce point. Mais ce qu'il y a de bien connu, c'est que la viande ainsi accommodée a perdu ses sucs séreux, son arome et son albumine. Modifiée désormais dans sa constitution, elle se rapproche des aliments respiratoires, ne satisfait plus seule aux besoins de la nutrition, et peut ainsi compromettre la santé des consommateurs.

L'apparition du scorbut sur les navires et dans les places assiégées a été attribuée, sans autre préoccupation, à l'usage prolongé des salaisons. Une fois accréditée, cette opinion a toujours prévalu. Raisonner de la sorte n'est-ce point appliquer l'échelle la plus courte à l'estimation des faits les plus élevés de la pathologie ?

Le scorbut ne procède pas d'une cause unique. A force d'exagérer le rôle du sel marin dans la production de cette maladie, on en est venu à ne plus faire qu'une part secondaire à d'autres influences non moins capitales.

J'ai vu naître plusieurs endémies scorbutiques, et j'ai souvent remarqué que la privation du pain, des fruits et des légumes frais ; que les viandes simplement boucanées, de même que celles qui ont été complétement dessalées, favorisent, si même elles n'engendrent d'emblée cette cruelle maladie. On sait d'ailleurs que le régime exclusivement végétal produit les mêmes effets ; certes, on ne peut pas dire qu'ici la liquéfaction de la partie solide du sang est due à l'action dissolvante du chlorure de sodium.

Les salaisons, par l'intensité de leur saveur, amènent ordinairement la dyspepsie, nuisent à l'acte et aux produits de la digestion. C'est là leur mode d'action le mieux démontré. D'un autre côté, dans les circonstances où l'homme de guerre est condamné à se nourrir de viandes salées, il ne peut y joindre en même temps que des légumes secs ; dans cette situation il échappera rarement à la cachexie scorbutique, laquelle dépend de la dépravation de certaines substances alimentaires tant par le sel marin que par la dessiccation.

Enfin, n'oublions pas que la soupe fait la santé du soldat, et qu'il n'y a point de potage possible avec une tranche de momie.

Les salaisons inclinant chaque jour davantage à la défaveur, on cherche depuis longtemps déjà à leur substituer quelque préparation alimentaire exempte des inconvénients que je viens de signaler. Tout récemment encore, à propos de l'expédition d'Orient, les philanthropes de l'industrie ont repris cette tâche avec une nouvelle ardeur, habillant à neuf des procédés vieux comme le monde. C'est ainsi que nous avons vu reparaître, avec le caractère de la nouveauté, les poudres de viande, connues pourtant depuis des siècles.

En effet, *Jean Xiphilis*, en parlant des habitants de l'Armorique, nous apprend qu'ils soutenaient leurs forces au milieu des fatigues de la guerre en se nourrissant d'une certaine poudre composée de chair desséchée. *Dion Cassius*, historien du temps des empereurs Commode et Pertinax, signale la même coutume chez les tribus guerrières de l'Asie-Mineure. Suivant *Jabro*, les Tartares, les Mongols, les Kalmouks, et même les Chinois font usage de cette poudre, connue sous le nom de *kacha* ; ils la tirent d'Astrakan, où elle fut de tout temps l'objet d'un commerce considérable. Le même auteur rapporte que pour subsister pendant leurs excursions dans des savanes incultes, les sauvages de *Susquehannah* font provision d'une poudre de viande colorée en vert. En 1680, un sieur Martin suggéra à Louvois l'idée de nourrir les troupes

animale. N'y aurait-il pas, par exemple, une certaine analogie entre les phénomènes constatés par M. Kuhlmann et la dissolution de l'oxygène dans le sang par l'acte de la respiration et son assimilation subséquente? N'y aurait-il pas à examiner enfin, dans l'intérêt de l'hygiène, quelles peuvent être les conséquences de la respiration de l'air chargé d'essence dans les appartements nouvellement peints au vernis?

— La séance de l'Académie de médecine a failli ressembles aux précédentes, malgré la sage prévoyance du bureau, qui avait fait appel au zèle, nous pourrions presque dire au dévouement de quelques membres. Après une analyse sommaire de plusieurs observations très intéressantes de M. le docteur Royer (de Joinville), faite par M. Velpeau, M. Piorry a été appelé à la tribune, et on a pu croire un instant que l'attention de l'auditoire serait amplement défrayée. M. Piorry, en effet, mettant son zèle inépuisable au service de l'Académie, avait élaboré en vingt-quatre heures quatre rapports, et il y eût eu bien du malheur si l'un d'eux au moins n'avait donné lieu à une discussion.

Mais malheureusement le temps lui avait manqué pour communiquer ses rapports aux autres commissaires; il a dû céder aux scrupules que ce défaut de forme a suscités chez plusieurs membres et ajourner sa lecture.

La séance allait donc une fois encore se trouver à court, lorsque M. Dubois (d'Amiens) s'est dévoué. Il est allé chercher dans ses cartons un de ces fragments historiques sur l'Académie de chirurgie, dont il est peut-être un peu trop avare, et l'Académie, ainsi que l'assistance, lui ont témoigné par un accueil flatteur du plaisir que cette lecture leur avait fait. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Staphylome transparent de la cornée compliqué de cataracte.

R... (Angélique), âgée de soixante-quatre ans, entre à l'hôpital de la Charité le 10 août 1855, dans le service de M. Velpeau, pour une cataracte double dont elle demande à être opérée. L'œil gauche, malade depuis quatre ans, offre tous les symptômes qui caractérisent l'opacité du cristallin. A droite, l'opacité est moins considérable et remonte à une année seulement; mais ce qui attire surtout l'attention de l'observateur, c'est l'état de la cornée, qui offre un type complet de staphylome transparent.

Vue de profil, la cornée paraît conique, comme si un cône de cristal parfaitement régulier lui avait été appliqué par sa base; son sommet se termine en pointe émoussée et n'offre en aucune façon cette forme sphérique qui a été observée dans quelques cas analogues. Lorsqu'on examine de face l'œil malade, on constate les mêmes particularités; le sommet du cône ne présente ni ulcération, ni la moindre trace d'opacité; ses parois sont lisses, régulières, sans facettes, sans inégalités; enfin, la transparence est assez parfaite pour qu'on puisse examiner dans tous ses détails l'état du cristallin et de la chambre antérieure. En plaçant la malade à une certaine distance, devant une fenêtre bien éclairée, on ne peut saisir tous ces détails, mais l'attention est vivement attirée par une saillie brillante et comme lumineuse qui occupe le centre de la cornée, se meut avec elle et communique au regard un éclat tout particulier.

Interrogée sur ses antécédents, voici les renseignements que donne la malade: Jamais, dans son enfance, elle n'a eu de maladie des yeux. Couturière de profession, elle a pu, dans sa jeunesse, se livrer sans peine aux travaux les plus délicats. Vers l'âge de vingt à vingt-deux ans, sans cause appréciable, sans qu'elle éprouvât la moindre douleur du côté de l'œil, elle s'aperçut que la vision devenait un peu confuse; en même temps on lui fit remarquer que l'œil gauche faisait saillie et qu'il était infiniment plus brillant que l'autre. La saillie de l'œil augmenta jusqu'à l'âge de trente ans à peu près. Depuis ce moment elle est toujours restée stationnaire. La vision de l'œil est bien un peu confuse, pas assez cependant pour empêcher la malade de se livrer à son travail accoutumé. Il est digne de remarque que la vision redevenait parfaitement distincte lorsqu'au lieu de regarder un objet placé devant elle, la malade fixait un objet placé de côté, soit à droite, soit à gauche.

Du reste, la cataracte n'était compliquée ni d'adhérences de l'iris, ni d'amaurose; aussi M. Velpeau se décida, le 14 août, à pratiquer de chaque côté l'abaissement; mais les deux yeux s'enflammèrent et le résultat resta très incomplet.

C'est là un très bel exemple de cette lésion appelée par M. Velpeau staphylome conique, par A. Bérard staphylome pellucide conique, par Mackensie conicité de la cornée, par Weller propulsion conique de la cornée. En comparant ce fait à ceux qui ont été publiés par les auteurs que nous venons de citer, ainsi que par Scarpa, W. Adams, Travers, on voit qu'il n'est pas dénué de tout intérêt.

Ici, en effet, la lésion est survenue spontanément, c'est-à-dire qu'au moment où la maladie a commencé à se développer il n'y a eu ni douleur ni vascularisation de l'œil, ni aucune trace d'inflammation de la cornée ou des tissus ambiants; on dirait que la cornée a éprouvé en un moment donné, et dans toute son étendue, un trouble de nutrition qui a diminué sa consistance et l'a rendue incapable de résister à la pression des humeurs de l'œil. Ce mode de production explique parfaitement la transparence et la régularité parfaite du staphylome; il explique encore pourquoi le sommet du cône est resté aussi net que le reste de la cornée. Aussi pensons-nous qu'il faut rejeter comme trop absolue cette opinion de M. Sichel, déjà combattue par A. Bérard (*Dict. en 30 vol.*), que l'opacité centrale existait constamment, et que la tumeur succédait toujours à une ulcération. N'oublions pas d'ailleurs que l'opacité n'indique pas d'une manière certaine le mode de production de la tumeur. Ne peut-elle pas, en effet, être consécutive; d'autant plus que la cornée, faisant une saillie parfois considérable, se trouve exposée plus que jamais aux frottements des paupières et au contact des objets extérieurs.

Quant aux troubles de la vision, bien que nous ne les ayons connus que par les renseignements donnés par la malade, ces renseignements ont été assez clairs pour ne laisser que peu de doutes, et ils sont parfaitement en rapport, du reste, avec l'état du staphylome. Ainsi, l'absence de diplopie s'explique très bien par la régularité parfaite de la tumeur et l'absence de ces facettes signalées surtout par David Brewster. Il y avait seulement un peu de confusion de la vision, peut-être par myopie, ainsi que l'ont noté la plupart des observateurs. Mais ici cette confusion disparaissait lorsque, la malade regardant un objet placé latéralement, les rayons lumineux ne traversaient plus le sommet du cône.

W. Adams et M. Vidal (de Cassis) ont rencontré des cas où, le staphylome transparent s'étant compliqué de cataracte, l'abaissement ou l'extraction du cristallin ont rétabli la vision et même guéri complétement la myopie. Il est fâcheux à plus d'un titre qu'ici l'insuccès de l'opération n'ait pas permis d'étudier ce point intéressant. — L.-V. Marcé.

OVARIOTOMIE PRATIQUÉE AVEC SUCCÈS.

Par M. A. Mercier.

Le *Journal de médecine et de chirurgie de New-York* publie le fait suivant, qui offre un grand intérêt. Depuis trois quarts de siècle que l'ovariotomie a été pratiquée pour la première fois, on compte un bien grand nombre d'insuccès, et, quoique nous soyons loin d'approuver une semblable opération, nous croyons devoir publier ce fait, non pas que nous le donnions comme un exemple à suivre, mais pour expliquer en quelque sorte la pratique des rares partisans de l'ovariotomie.

La malade, âgée de vingt-huit ans, avait eu quatre enfants, le premier il y a dix ans et le dernier il y a trois ans.

Depuis un an, un développement insolite de la fosse iliaque, formant une tumeur s'étendant des pubis à 2 pouces environ du rebord des côtes, se faisait remarquer, et les règles avaient cessé de paraître. Elle fut ponctionnée pour la première fois en juin dernier, et 6 gallons d'un liquide albumineux blanc et épais furent extraits. Le liquide se réaccumulait promptement, et elle fut ponctionnée six fois de juin en décembre, et chaque fois on retira de 5 à 6 gallons de liquide.

A la dernière ponction, qui eut lieu le 16 décembre 1854, M. Mercier proposa d'enlever la tumeur et son avis fut agréé, la malade étant d'ailleurs dans de bonnes conditions pour l'opération, si ce n'est qu'elle était débilitée et anémique. Il y procéda le lendemain assisté de ses confrères MM. Cantrelle, Weatherly, Wetzel et Stanford-Chaille.

Soumise à l'influence du chloroforme, une incision de 9 pouces sur la tumeur, s'étendant du rebord des côtes au côté externe du muscle droit, fut pratiquée. Deux petites artères furent liées tout de suite, et l'effusion sanguine, pendant et après la division de la paroi abdominale, fut peu considérable. Ce fut avec quelques difficultés qu'il parvint à rompre avec les doigts les adhérences que la tumeur avait contractées avec la paroi abdominale, le foie, la fosse iliaque et l'épiploon. Près du pédicule, et dans l'étendue de plus d'un pouce, les adhérences étaient si fortes qu'on dut avoir recours au bistouri. La tumeur, qui présentait extérieurement les apparences d'un ovaire très développé, était si grosse, que, pour la faire sortir de la cavité abdominale, il fallut pratiquer dans son épaisseur plusieurs incisions qui laissèrent échapper une assez grande quantité de fluide. Le pédicule fut embrassé par une forte ligature et coupé à un demi-pouce au-dessus. Les bords de la plaie furent réunis par cinq sutures embrassant peau, muscles et péritoine, et soutenus par des bandelettes agglutinatives et un bandage approprié, le tout laissant à la partie inférieure une ouverture suffisante pour l'écoulement des fluides.

La tumeur avait 9 pouces de long, 6 de large, et ne pesait pas moins de 6 livres. D'une texture fibro-cartilagineuse, elle était composée d'une masse de petits kystes de différentes grandeurs, agglomérés, contenant un liquide de couleur et de consistance de la glycérine.

La patiente, qui fut d'abord dans un état assez alarmant (douleur vive dans la région iliaque, quelques vomissements, pouls si fréquent et si faible qu'on ne pouvait le compter, absence de sommeil), commença à aller bien le quatrième jour, sans autre traitement qu'une mixture avec arnica et sirop de morphine, bouillon, et un lavement qui amena des évacuations bientôt suivies de soulagement.

Rien ne vint ensuite troubler la guérison. Le septième jour les lèvres de la plaie étaient réunies sur plusieurs points, les fils tombèrent. Le treizième, l'écoulement séro-purulent, qui avait été assez abondant, commença à décroître. La guérison ne tarda pas à être complète par la cicatrisation de toute la plaie. (*Gazette hebdomadaire.*)

EXEMPLE D'ABCÈS TONSILLAIRE SUIVI DE MORT.

Il est fort rare qu'un abcès de l'amygdale ait une terminaison fâcheuse; aussi publions-nous le fait suivant comme un cas rare, afin d'appeler sur ce point l'attention des praticiens.

Un homme de quarante-quatre ans, bien portant jusque-là, fut pris, le 9 août, d'un léger mal de gorge, auquel il fit peu d'attention.

Le 13, la difficulté d'avaler étant devenue plus grande, il consulta un chirurgien, qui conseilla des cataplasmes et des gargarismes.

Le docteur Muller vit cet homme le 16. Il apprit qu'il avait rendu du pus mêlé à une assez grande quantité de sang; les douleurs étaient peu intenses, mais la déglutition très pénible; il n'y avait pas de fièvre; on sentait une tumeur dans la région de la tonsille gauche. On continua les mêmes moyens.

---

françaises en leur distribuant de la poudre de bœufs séchés dans des fours de cuivre. Les expériences, commencées sous les yeux du ministre, et interrompues par sa mort, furent ensuite reprises à Lille (1753), à l'hôtel des Invalides (1754) et à Bordeaux (1779). Mais les soldats, et notamment ceux du régiment de Salis, ayant fait entendre des murmures contre ce nouveau régime, on fut obligé d'y renoncer.

Durant le siége de Sébastopol, M. Cellier-Blumenthal, prévoyant qu'il serait peut-être difficile de faire vivre nos soldats en cas d'une expédition dans l'intérieur de la Crimée, s'offrit d'assurer leur subsistance en les pourvoyant de viande de garde préparée d'après un procédé qui n'est autre que celui de M. Bech. Ce procédé consiste à séparer la graisse et les os de la chair musculaire, à faire cuire celle-ci aux trois quarts par la vapeur, à la râper, la sécher et la comprimer en briques que l'on enferme dans des tonneaux ou dans des boîtes de fer-blanc.

Sans doute, l'approvisionnement d'un camp est plus commode et plus économique avec du bœuf en caisses qu'avec des bœufs sur pied. Malgré l'avantage qu'ils présentent sous ce rapport, les produits de M. Cellier n'ont pas fait fortune, et l'administration de la guerre a sagement agi en ne les accueillant qu'avec réserve. Je n'ai pas officiellement qualité pour rendre compte des essais qui viennent d'être faits en Crimée; mais je crois pouvoir dire cependant, d'après des informations précises, que la poudre alimentaire de M. Cellier a fini par inspirer, tant à cause de son aspect que de sa rancidité, une répugnance insurmontable aux hommes qui en ont fait usage. Aussi cette affaire, si brillante d'espérances, est-elle en train de péricliter aujourd'hui aux mains de celui qui en a tenté l'entreprise.

La dessiccation semble devoir être, au premier abord, un excellent moyen pour conserver les matières organiques, puisqu'elle leur enlève un des trois éléments essentiels à la putréfaction, l'humidité. Mais en prévenant l'altération des tissus, cette opération n'en change-t-elle pas les propriétés? J'ai vu plus d'une fois, en Afrique, de la viande exposée au soleil noircir et se racornir en quelques jours. Toutefois cette transformation d'aspect et de consistance ne s'opérait jamais qu'à la condition préalable d'un commencement de décomposition putride rendue manifeste par l'odeur qui s'exhalait durant la cuisson. On conçoit qu'un pareil aliment puisse trouver sa place dans un festin de cannibales; mais nous ne sommes point des Caraïbes; il nous faut, à nous, des viandes conservées avec le moins d'altération possible, sous le triple rapport de leur saveur, de leur digestibilité et de leur puissance nutritive. Toutes les tentatives dirigées vers ce but ont eu un point de départ commun, garantir la substance contre l'action de l'oxygène.

En fouillant les ruines de Pompéï, il y a une trentaine d'années, on trouva plusieurs vases remplis d'olives parfaitement conservées dans l'huile; mais cette huile, convertie par le temps en acide gras, avait acquis une rancidité extrême. Il est bien rare, en effet, qu'un véhicule oléagineux ne subisse pas à la longue un semblable changement d'état et de composition; il est plus rare encore qu'ainsi altéré il ne compromette pas la saveur des substances qu'il est destiné à protéger contre l'influence de l'air atmosphérique.

On rencontre à l'Exposition de nombreux échantillons de conserves à l'huile, et notamment de conserves de poissons salés. Toutes ces préparations, confectionnées même avec soin, sont-elles susceptibles d'une conservation de longue durée? Deux causes contribuent à leur décomposition: d'abord la présence de l'élément putrescible de la substance, qui n'a été ni modifié, ni détruit; puis la quantité (minime, il est vrai) d'air qui reste presque inévitablement enfermé dans l'appareil.

Ces inconvénients disparaissent avec le procédé d'Appert.

Nous avons dit que l'oxygène est un puissant agent de destruction. Or, la méthode de M. Appert consiste précisément à écarter ce gaz ou à le frapper d'impuissance en l'amenant à des combinaisons inaltérables. Le mécanisme de l'opération est fort simple. On introduit dans des flacons solides les substances cuites aux trois quarts, on les comprime un peu pour faire disparaître les vides, on y coule une sauce quelconque, du jus, de la graisse ou du sirop, puis pendant une demi-heure on fait chauffer le vase à une température de 75 à 80 degrés, après quoi on ferme hermétiquement chacun de ces flacons avec un bouchon de liége préalablement comprimé.

On sait que M. Collin a remplacé par des boîtes en fer-blanc les vases de verre trop fragiles.

La nature de l'appareil employé ne modifie en rien la théorie de cette manipulation, qui a pour effets d'amoindrir la quantité d'air et d'en empêcher le renouvellement, puisque le vase est totalement rempli et très exactement bouché; de concréter l'oxygène avec l'albumine pendant l'action du bain-marie et de rendre de la sorte les substances indécomposables par la fermentation.

Aussi la conservation prolongée des viandes est-elle assurée avec ce procédé, qui l'emporte de beaucoup sur les salaisons et le boucanage, puisque après plusieurs années d'épreuves, sous toutes les latitudes, ses produits n'ont rien perdu ni de leur sapidité, ni de leur fraîcheur primitives. Malheureusement les conserves ainsi préparées sont encore d'un prix trop élevé pour qu'on puisse les introduire dans le régime des troupes à titre de ration journalière: jusqu'ici la distribution en a été restreinte aux sujets convalescents.

En somme, si la méthode d'Appert offre des avantages incontestables quant aux résultats, on peut cependant lui reprocher de n'être pas suffisamment pratique. A peine ce côté défectueux a-t-il été remarqué que de toutes parts les inventeurs ont lutté d'efforts pour y remédier. M. Turck, dans l'espoir d'y réussir, proposa d'entourer la viande d'une couche de son jus, de la sécher à l'étuve et de la garder dans un lieu sec. Ce moyen a l'avantage de conserver à la viande toutes ses qualités, et sous ce rapport il est bien préférable à l'emploi de l'huile ou de la graisse fondue, mais il offre lui-même l'inconvénient d'être dispendieux plus qu'il ne faudrait.

Un industriel américain, modelant son procédé sur celui de M. Turck,

Le soir et la nuit il y eut d'abondantes hémorrhagies ; le malade paraissait comme anémique, il était très épuisé. On prescrivit des boissons et des fomentations froides, mais inutilement ; l'hémorrhagie ne tarda pas à se renouveler, et le malade mourut au bout de quelques heures.

A l'autopsie, on trouva la tonsille gauche abcédée : au fond d'une cavité de la grosseur d'une noix, remplie de sang coagulé, pénétrait l'artère maxillaire externe, dont les parois étaient amincies et ulcérées. La carotide et les autres vaisseaux étaient sains.

Cette lésion de l'artère, purement locale, et ne tenant pas à une affection générale des vaisseaux, nous fait regretter qu'il ne soit pas venu à l'esprit du chirurgien d'appliquer sur la tonsille, dès la première hémorrhagie, un tampon de charpie imbibé d'une solution de perchlorure de fer, maintenu en place à l'aide de pinces spéciales, prenant leur premier point d'appui sur la tonsille, tandis que l'autre est placé sur la partie latérale du cou, en arrière de l'angle de la mâchoire inférieure. (*Med. corr. Blatt des Wurt.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 2 octobre 1855. — Présidence de M. JOBERT (de Lamballe).

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

Épidémies. — 1° Un rapport de M. le docteur Vingtrinier, médecin des épidémies de l'arrondissement de Rouen, sur une épidémie de rougeole qui y a régné de février à juillet 1855.

2° Un rapport de M. Caussard, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Châtillon, sur une épidémie de dyssenterie observée dans la commune de Laignes.

3° Un rapport de M. le docteur Poulet, médecin à Planches-les Mines, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans cette commune. (Commission des épidémies.)

Choléra. — 4° Deux rapports de MM. Debrou et Huette, médecins des épidémies pour les arrondissements d'Orléans et de Montargis, sur une épidémie de choléra. (Commission du choléra de 1854.)

Eaux minérales. — 5° Un rapport de M. Brun, médecin en chef de l'hôpital militaire de Guano (Corse), sur les maladies traitées par les eaux minérales de cette localité pendant l'année 1854.

6° Une demande de M. Bouloumié, à l'effet d'obtenir l'autorisation d'exploiter deux sources minérales nouvelles dans le département des Vosges.

7° Un rapport de M. le docteur Goy, médecin inspecteur des eaux minérales de Saint-Alban (Loire), sur le service de cet établissement pendant l'année 1853. (Commission des eaux minérales.)

Tannate de fer. — 8° Un mémoire de M. Pauli sur le tannate de fer comme succédané du quinquina et du sulfate de quinine. (Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

Vaccine. — 9° Le relevé des vaccinations pratiquées dans les départements du Finistère et de la Moselle pendant l'année 1854. (Commission de vaccine.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Choléra. — M. Thomas, correspondant, écrit de Gênes, sur diverses questions relatives à l'histoire du choléra asiatique qu'il s'est donné mission d'observer partout où il règne, et en particulier sur la question de l'absorption dans cette maladie.

Huile de foie de morue. — M. Louis Nathonson (de Varsovie), adresse une note sur un moyen de corriger le goût de l'huile de foie de morue. Ce moyen consiste dans l'addition d'une goutte de créosote par livre d'huile. (M. Guibourt, rapporteur.)

Piment. — M. Caumont réclame en faveur de M. Alègre la priorité de la découverte des propriétés attribuées au piment dans le traitement des hémorrhoïdes. (Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

Mode de propagation du choléra. — M. le docteur Sandrini, de Sésana, près Trieste, adresse une note sur les causes et le mode de propagation du choléra. (Commission du choléra.)

COMMUNICATIONS.

M. Velpeau communique, de la part de M. le docteur Royer, de Joinville (Haute-Marne), plusieurs observations dont il fait de vive voix un compte rendu sommaire. Voici le titre et l'objet principal de ces observations :

Rupture spontanée d'une trompe utérine. — La première est relative à un cas de rupture d'une trompe utérine suivie d'une hémorrhagie et d'une péritonite rapidement mortelle. L'observation est accompagnée de la pièce pathologique. Il n'est pas très rare, fait remarquer M. Velpeau, de voir survenir ces ruptures spontanées d'une trompe dans les cas de grossesse extra-utérine. Mais dans ce cas-ci il n'y avait aucun indice de grossesse ; on n'a trouvé dans les parties rien d'organisé, rien qui ressemblât à un produit de conception. La femme, d'ailleurs, avait eu ses règles six jours auparavant. Il était donc à peu près certain qu'elle n'était pas enceinte. A ce point de vue d'une hémorrhagie par suite d'une rupture spontanée de la trompe utérine en dehors des conditions de la grossesse, ce fait est curieux.

Guérison d'un spina-bifida par excision. — La deuxième observation est relative à un cas de spina-bifida guéri par la ponction et l'excision de la poche. Une première ponction d'abord fut pratiquée et suivie de l'affaissement de la tumeur. Celle-ci s'étant reproduite, M. Royer pratiqua, à quelque temps de là, une seconde ponction qu'il fit suivre immédiatement de l'excision de la poche près de sa racine. Les deux lèvres de la plaie furent rapprochées et la réunion en fut obtenue par première intention. L'enfant guérit très rapidement sans aucun accident. Cet enfant étant venu à succomber un an après à une autre affection, à une phlegmasie intestinale, M. Royer put examiner les pièces, et il constata que la guérison avait été parfaite.

M. ROBERT demande si l'on a fait l'autopsie de la poche de manière à s'assurer de ce qu'étaient devenus les nerfs avec la portion de moelle qui pouvaient y être contenus. Il y a lieu de se demander, ajoute M. Robert, si en excisant ces sortes de poches on n'excise pas une portion de la moelle, et s'il n'en doit pas résulter des paraplégies ou d'autres accidents plus ou moins graves.

M. VELPEAU répond que cet examen a été fait, que, le spina-bifida correspondant aux dernières vertèbres lombaires, la moelle n'avait pu être compromise ; la tumeur ne contenait que la quatrième paire sacrée. Du reste, aucun accident n'a été constaté, ce qui est établi dans l'observation de M. Royer rédigée avec beaucoup de détails et de soin.

Hernie étranglée. Suture de l'intestin. — La troisième observation a pour objet une hernie crurale avec adhérence complète de l'intestin avec le sac, lequel était dépourvu de sérosité. Cette hernie étant venue à s'étrangler, M. Royer dut pratiquer l'opération, pendant laquelle l'intestin fut ouvert ; une ligature fut faite sur cette ouverture et la réduction opérée. La guérison s'ensuivit comme s'il n'y avait eu aucun accident.

MM. JOBERT et LAUGIER rappellent à cette occasion l'un et l'autre avoir pratiqué une ligature de l'intestin dans une circonstance analogue avec le même résultat heureux.

M. GERDY ne trouve rien d'extraordinaire dans ce fait de ligature de l'intestin. On sait, dit-il, que, dans les expériences que l'on fait sur des animaux il est très commun de voir faire de ces sortes de ligatures, à la suite desquelles le fil resté dans le ventre se recouvre d'abord d'éléments plastiques, puis tombe après que les tissus ont été complétement réparés et est rendu ordinairement dans les selles.

Perforation de l'intestin par un lombric. — Dans la quatrième observation, il s'agit d'un cas de perforation de l'intestin par un lombric. Pendant longtemps, dit M. Velpeau, on a cru que les lombrics pouvaient perforer l'intestin ; mais, depuis qu'on y a regardé de plus près, on a contesté la possibilité de cet accident, parce qu'on a reconnu que ces prétendues perforations s'expliquaient presque constamment par l'existence d'une ulcération préexistante de l'intestin à travers laquelle le lombric s'est fait passage. Mais dans ce fait-ci, on ne pourrait admettre une semblable explication, et il serait difficile d'échapper à la nécessité d'admettre que la perforation ait été bien effectivement produite par le lombric. Il s'agit, en effet, d'un individu bien portant, qui est pris tout à coup d'une douleur très vive suivie d'une péritonite suraiguë et de la mort.

A l'autopsie, on a trouvé un ver lombric dans la fosse iliaque. Ayant examiné ensuite avec soin l'intestin, on y constate l'existence d'une petite perforation faite comme par un emporte-pièce sans trace aucune d'ancienne ulcération et sans la moindre lésion, ramollissement ni induration de la membrane muqueuse autour de cette perforation.

M. LAUGIER a vu un ver lombric sorti par le canal de l'urètre et qui provenait de la vessie, où il avait pénétré par une double perforation pratiquée aux parois de cet organe et au point correspondant d'une anse intestinale adjacente. Le malade conserva longtemps après cet accident une fistule intestino-vésicale, qui finit par s'oblitérer.

M. VELPEAU ne trouve pas qu'il y ait une ressemblance parfaite entre ces deux faits. Dans le fait de M. Laugier, on n'a pas vu le trou, le malade ayant guéri, de sorte qu'on ne peut savoir comment il a été produit, tandis qu'on l'a vu dans le fait de M. Royer, ce qui lui donne sous ce rapport beaucoup plus d'importance.

Luxation complète du genou en avant. — Enfin, une cinquième observation, qui n'a pas moins d'intérêt que les autres, est relative à un cas de luxation complète du genou en avant. Les deux os de la jambe étaient remontés de plusieurs centimètres au-dessus de la poulie fémorale sans plaie ni solution de continuité extérieure. La luxation du genou en arrière est assez commune, mais la luxation en avant est très rare. Mais ce qui est le plus remarquable dans cette observation, c'est la facilité avec laquelle la réduction a été opérée sans faire de tractions sur le membre, sans autre manœuvre que la flexion.

La guérison a été très rapide et n'a laissé aucune trace de l'accident.

M. Velpeau, en déposant ce recueil d'observations sur le bureau, demande qu'en raison de leur intérêt et du mérite bien connu de lui de leur auteur, elles soient renvoyées au comité de publication.

La proposition de M. Velpeau est mise aux voix et adoptée.

— La parole est à M. Piorry pour des rapports.

RAPPORTS.

M. Piorry commence la lecture d'une série de rapports sur divers instruments destinés soit au diagnostic, soit à des recherches expérimentales. Mais, M. Piorry ayant déclaré dans son préambule qu'il n'avait pas eu le temps de communiquer ces rapports à la commission, et qu'il les présentait sous sa seule responsabilité, a été interrompu par plusieurs membres, qui ont fait remarquer ce que cette manière d'agir a d'insolite et de contraire aux prescriptions du règlement.

Après une assez vive discussion sur ce sujet, M. Piorry a été invité à se mettre en règle avec les membres de la commission et à ajourner la lecture de ses rapports.

Après quelque résistance, M. Piorry a consenti à ajourner sa lecture à huitaine.

— M. le président appelle successivement plusieurs membres inscrits pour des rapports ou des lectures. Aucun d'eux ne répondant à l'appel, M. Dubois (d'Amiens) monte à la tribune.

LECTURE.

Un épisode de l'histoire de l'Académie de chirurgie. — M. Dubois (d'Amiens) lit sous ce titre un fragment historique de l'Académie royale de chirurgie. Cette lecture, qui n'est pas susceptible d'analyse, a été écoutée avec un vif intérêt par l'Académie et accueillie par des applaudissements.

— La séance est levée à cinq heures moins un quart.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 24 septembre 1855. — Présidence de M. REGNAULT.

Mécanisme de la formation du sucre dans le foie. — M. Cl. Bernard lit sur ce sujet un mémoire dans lequel il expose quelques expériences nouvelles qu'il croit destinées à jeter une vive lumière sur le

---

a proposé d'envelopper la viande crue d'une couche de gélatine, qu'il fait ensuite sécher dans de l'air chaud. De cette manière chacun peut porter dans sa poche ou dans son sac de nuit une certaine provision de côtelettes ou de tranches de bœuf. On dit, et cela se répète encore tous les jours, que la viande renfermée dans cette gangue gélatineuse y reste fraîche. C'est une erreur : M. Poggiale a constaté, au contraire, que les sucs séreux de la viande filtrent par exosmose à travers la couche de gélatine, et que celle-ci une fois humectée se résout en un déliquium dégoûtant. C'est là un grave inconvénient. Sans être précisément délicat, le soldat pourtant répugne volontiers à l'usage des mets qui ne flattent point son œil. Je sais bien qu'au moyen de la macération dans l'eau chaude il est possible de dépouiller la viande de la gélatine qui l'entoure ; mais cette opération demande du temps, et en campagne il est une foule de circonstances où il importe que les aliments soient rapidement préparés.

Voilà donc encore, malgré le bruit qu'elle a fait, une de ces inventions, moitié fil, moitié coton, en voie de déclin.

M. Lamy avait sans doute en mémoire le mutisme pratiqué sur les vins blancs pour en prévenir l'altération quand il a songé à appliquer les propriétés antiputrides de l'acide sulfureux à la conservation de la viande. Les essais faits dans ce but n'ont point été heureux, et cela est facile à concevoir. Lorsqu'on fait brûler une mèche soufrée dans un tonneau, c'est pour le remplir d'acide sulfureux, qui sera ensuite absorbé par le vin ; le même gaz dirigé sur de la viande n'en atteint que la surface, de sorte que le centre des tissus ne tarde point à se putréfier. C'est en effet ce qui est arrivé dans les expériences dont j'ai été témoin.

M. Sace, professeur de chimie à Zurich, avait annoncé que de la viande qui a baigné pendant six semaines ou deux mois dans un mélange d'eau et d'acide sulfurique est désormais à l'abri de la décomposition putride. Le procédé de M. Sace a été expérimenté au Val-de-Grâce, et la commission, dont je faisais partie, a reconnu que la viande s'était complétement putréfiée, même avant que l'opération fût arrivée à son terme.

M. Calamant a exposé des biscuits préparés avec de la farine de froment et du bouillon de bœuf. De cette manière, quand un soldat vient à manquer de viande, il trouve dans son sac un aliment complet ; ce qui est une précieuse ressource. Quels que soient les soins que l'on apporte à la fabrication de ces biscuits, ils ont peu de cohésion, ils s'émiettent facilement ; une fois brisés, ils rancissent au contact de l'air et y acquièrent une saveur aigrelette. Si l'on veut en faire de la soupe, on n'obtient qu'un magma brunâtre dont la saveur et l'aspect inspirent un dégoût qu'augmente encore le soupçon d'insalubrité.

Je me bornerai à mentionner les procédés de conservation imaginés par MM. Fastier et Lignac, parce qu'ils ne constituent que des modifications sans importance de la méthode Appert.

Conserver les substances alimentaires de nature animale sans nuire à leurs propriétés, en rendre le transport et l'approvisionnement faciles et peu coûteux ; tel est le problème posé depuis des siècles. Touchons-nous enfin à sa solution ? Il résulte du parallèle qui précède entre les divers procédés de conservation connus que nous en sommes toujours, comme limite du progrès dans cette voie, à la méthode Appert, que rien n'a été ajouté à ses avantages, de même que rien n'a été retranché à ses inconvénients.

En fait d'innovations alimentaires, je suis d'avis qu'il ne faut jamais en tenter l'essai sur des troupes en campagne. En pareille circonstance, on opère presque toujours dans des conditions qui peuvent créer un danger pour la santé des hommes en même temps qu'un obstacle à l'exactitude de la vérification. J'ai souvent admiré la mesure de prudence qu'il faut pour éviter les piéges tendus par la cupidité, ainsi que la dose de fermeté nécessaire pour résister aux obsessions des inventeurs, surtout quand ceux-ci sont flanqués d'acolytes qui se relayent pour sonner les cloches et prôner de prétendues découvertes. Le procédé pourtant n'est pas nouveau ; c'est celui des habiles de toutes les époques et de toutes les professions. CHAMPOUILLON.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Jessé, né le 17 avril 1827 à Villeneuve (Tarn) ; *Considérations sur la grossesse extra-utérine.*

Dutournier, né le 14 décembre 1826 à Rivière (Landes); *De la paracentèse de la poitrine.*

Maquart, né le 15 juillet 1829 aux Mazures (Ardennes); *De l'érysipèle.*

Teinturier, né le 18 avril 1829 à Thionville (Moselle); *Fractures de la rotule.*

Viguier, né le 26 novembre 1826 au Poujol (Hérault); *De la kératite aiguë.*

Lebrun, né le 16 novembre 1827 à St-Paul (île Bourbon); *Le sarcocèle syphilitique.*

Waeterloot, né le 30 janvier 1830 à Hazebrouck (Nord) ; *Des fractures des côtes.*

Dupuy, né le 23 janvier 1823 à Frenelle-la-Grande (Vosges); *Du cancroïde, ou cancer épithélial.*

Crestey, né le 13 novembre 1830 à Domfront (Orne) ; *Des opacités pupillaires étudiées au point de vue de leur diagnostic différentiel.*

Martin, né le 10 décembre 1830 à Blois (Loir-et-Cher); *Des lésions des artères intercostales.*

Kirchberg, né le 12 janvier 1827 à Nantel (Loire-Inférieure); *Structure, fonctions et hémorrhagie de la protubérance annulaire.*

Stitelet, né le 12 avril 1830 à St-Thiébault (Haute-Marne); *De quelques états organopathiques dépendant de l'indoloïosie (choléra épidémique).*

mécanisme intime de la production du sucre dans les animaux. Mais avant d'entrer en matière, M. Bernard réfute en ces termes les objections qui ont été faites récemment à la théorie de la production du sucre dans l'organisme animal.

« Premièrement, j'ai dit dans mon mémoire qu'il existe chez les animaux une fonction physiologique en vertu de laquelle il se produit de la matière sucrée dans l'organisme, parce que le sucre persiste toujours dans le foie et dans le sang chez les animaux carnivores dont l'alimentation ne renferme aucune substance sucrée. Aujourd'hui personne ne discute plus sur cette question, et il reste parfaitement établi, depuis mes expériences, que le sucre (glucose) se produit dans l'organisme animal sans l'intervention des substances sucrées ou amylacées.

» Deuxièmement, j'ai également dit que cette fonction glycogénique doit être localisée dans le foie. En effet, chez un animal carnivore le foie est en réalité le point central d'où part le sucre pour se répandre dans tout le corps, et, circonstance sur laquelle j'ai particulièrement insisté, le sang qui pénètre dans le foie par la veine porte ne renferme pas de sucre, tandis que le même sang qui sort par les veines hépatiques en contient toujours des proportions notables. On ne pouvait, d'après cela, s'empêcher de conclure que le sucre prend naissance dans le foie, dont le tissu est, du reste, constamment imprégné de matière sucrée dans l'état physiologique.

» Cette expérience, qui constituera toujours un des principaux arguments chimiques de la fonction glycogénique du foie, n'a trouvé, jusqu'à ce jour, qu'un seul contradicteur. L'auteur de ces contradictions est venu lire devant cette Académie trois mémoires successifs destinés à combattre la fonction glycogénique dans les animaux.

» Dans son premier mémoire, l'auteur soutenait encore que le sucre ne peut exister dans les animaux sans une alimentation sucrée ou amylacée; et pour expliquer la présence du sucre qu'on rencontre dans le foie et dans le sang des carnivores, il avait dit que la viande provenant d'animaux herbivores doit contenir du sucre. C'est là une assertion que dément l'expérience; car jamais l'auteur ni personne n'ont constaté la présence du sucre dans la viande.

» Dans son deuxième mémoire, l'auteur admet ce qu'il avait nié dans le premier, et il reconnaît que le sucre se produit dans les animaux sans l'intervention d'une alimentation sucrée ou amylacée; mais il essaye de prouver alors que le sucre, au lieu de se former dans le foie, ne fait que s'y condenser ou s'y accumuler; il suppose que la matière sucrée, prenant naissance dans le sang, arrive par la veine porte pour aller se déposer dans le tissu hépatique. D'après cette idée, l'auteur a été conduit à admettre non-seulement qu'il y a du sucre dans le sang de la veine porte, mais il a dû renverser les résultats de l'expérience tels que je les avais trouvés; aussi a-t-il écrit dans son mémoire que chez un animal nourri de viande crue on trouvait, deux heures après le repas, une plus grande quantité de sucre dans le sang de la veine porte que dans le sang des veines hépatiques.

» L'auteur, mis à même de répéter cette expérience devant une commission académique, a été dans l'impossibilité absolue de montrer la présence du sucre dans le sang de la veine porte, et la commission a déclaré que chez un animal carnivore, dans la période de la digestion ci-dessus indiquée et au moyen de la fermentation alcoolique, seul caractère positif de la présence du sucre, elle n'avait pas constaté de sucre dans le sang de la veine porte d'une manière appréciable, tandis qu'elle en avait trouvé des quantités notables dans le sang des veines hépatiques.

» Plus récemment, dans un troisième mémoire, le même auteur prétend que, s'il n'a pu montrer du sucre dans le sang de la veine porte, cela tient à ce qu'il y existe une matière inconnue qui masque la présence du sucre en s'opposant à la fermentation, et il décrit à ce sujet des expériences dans lesquelles il dit avoir mis ce sucre en évidence en détruisant cette matière indéterminée qui le masque au moyen de l'ébullition avec l'acide sulfurique ou azotique. J'ai fait cette expérience ainsi que l'indique l'auteur, et, après l'avoir répétée plusieurs fois avec soin, je dois déclarer que les faits avancés sont complétement inexacts. Le sang de la veine porte, recueilli dans des conditions convenables, ne fermente pas, même quand on l'a fait bouillir avec un acide, comme le dit l'auteur. Mais, quand on se place ensuite volontairement dans les conditions où il peut se rencontrer du sucre dans le sang de la veine porte, conditions que j'ai déterminées depuis longtemps, alors on obtient directement la fermentation sans qu'il soit besoin d'aucun traitement préalable par un acide; et ce qui suffirait pour prouver que cette prétendue matière s'opposant à la fermentation n'existe pas, c'est qu'en ajoutant un peu d'une dissolution sucrée au sang de la veine porte avec de la levûre de bière, on voit la fermentation s'établir très rapidement.

» Je passe à l'étude du mécanisme de la formation du sucre dans le foie, qui fait l'objet de ce travail.

» *Mécanisme de la fonction glycogénique du foie.* — Toutes les sécrétions ont nécessairement besoin pour s'accomplir de deux choses, savoir :

» 1° Du sang;

» 2° D'un tissu glandulaire.

» Nous devrons chercher à apprécier quel est le rôle respectif de chacun de ces éléments dans la production du sucre.

» Les hypothèses de M. Schmidt (de Dorpat), de M. Lehmann (de Leipzig), de M. Frerichs (de Breslau) sur la formation du sucre dans le foie expriment toutes l'idée que l'on se fait généralement aujourd'hui du mécanisme des sécrétions. On pense, en effet, que l'organe glandulaire ne fournit rien à la sécrétion, mais que son tissu se borne à agir par une sorte d'action de contact ou catalytique sur les éléments du sang qui traverse l'organe glandulaire au moment même où la sécrétion s'opère. Pour le cas particulier de la sécrétion du sucre dans le foie, en effet, tous les auteurs supposent que la matière sucrée se forme *directement* dans le sang.

» Les faits que j'ai à exposer actuellement me paraissent de nature à prouver qu'il faut comprendre tout autrement la fonction glycogénique du foie, et qu'au lieu de chercher *dans le sang* la substance qui précède le sucre et qui lui donne immédiatement naissance, il faut la chercher *dans le tissu hépatique* lui-même.

» Voici une expérience qui met ce fait en lumière. »

Nous rapporterons sommairement cette expérience, que M. Bernard décrit avec détails dans son mémoire.

Elle a consisté à sacrifier, sept heures après un repas copieux, un chien adulte nourri depuis plusieurs jours exclusivement avec de la viande, et à lui enlever aussitôt le foie, qui, avant que le sang eût eu le temps de se coaguler dans ses vaisseaux, fut soumis à un lavage à l'eau froide par la veine porte durant quarante minutes. Au bout d'un quart d'heure le tissu du foie était à peu près exsangue, et l'eau qui sortait par les veines hépatiques était entièrement incolore. Au début de l'expérience, on avait constaté que l'eau colorée en rouge qui jaillissait par les veines hépatiques était sucrée et précipitait abondamment par la chaleur, et on constata à la fin de l'expérience que l'eau parfaitement incolore qui sortait par les veines hépatiques ne renfermait plus aucune trace de matière albumineuse ni de sucre. M. Bernard s'assura ensuite, en faisant bouillir une partie du foie avec un peu d'eau, que son tissu était bien lavé et qu'il ne renfermait plus de matière sucrée. Il s'échappait de la coupe du tissu hépatique et des vaisseaux béants une petite quantité d'un liquide trouble, qui ne renfermait non plus aucune trace de matière sucrée. Ayant abandonné alors dans un vase ce foie à la température ambiante, M. Bernard constata au bout de vingt-quatre heures que cet organe bien lavé de son sang, qu'il avait laissé la veille complétement privé de sucre, s'en trouvait alors pourvu très abondamment.

« Cette expérience si simple, ajoute M. Bernard, dans laquelle on voit renaître sous ses yeux la matière sucrée en abondance dans un foie qui en a été complétement débarrassé, ainsi que de son sang, au moyen du lavage, est une des plus instructives pour la solution de la question de la fonction glycogénique qui nous occupe. Cette expérience prouve clairement, comme nous l'avons avancé, que dans un foie frais à l'état physiologique, c'est-à-dire en fonction, il y a deux substances, savoir :

» 1° Le sucre très soluble dans l'eau et qui est emporté avec le sang par le lavage;

» 2° Une autre matière assez peu soluble dans l'eau pour qu'elle soit restée fixée au tissu hépatique après que celui-ci avait été dépouillé de son sucre et de son sang par un lavage de quarante minutes.

» C'est cette dernière substance qui, dans le foie abandonné à lui-même, se change peu à peu en sucre par une sorte de fermentation, ainsi que nous allons le montrer.

» En effet, cette nouvelle formation de sucre dans le foie lavé est complétement empêchée par la cuisson. Si l'on fait cuire, par exemple, la moitié d'un foie aussitôt après le lavage, on s'assure qu'au moment même son décoctum, généralement opalin, ne contient pas de sucre et qu'il n'en renferme pas non plus le lendemain, preuve qu'il ne s'en est pas développé. On constate, au contraire, dans l'autre moitié du foie qui n'a pas subi la cuisson, que la matière sucrée s'est produite déjà après quelques heures, et que sa quantité va graduellement en augmentant, au point d'atteindre quelquefois, après vingt-quatre heures, les proportions de sucre égales à celles que le foie contenait primitivement.

» Cette formation glycosique est généralement terminée après vingt-quatre heures, et si après ce temps on soumet le foie de nouveau au lavage par le courant d'eau, de manière à lui enlever tout son sucre de nouvelle formation, on voit que généralement il ne s'en produit plus, parce que la matière qui le formait est sans doute épuisée. Il ne se dissout plus alors qu'une sorte de matière albumineuse qui accompagne toujours la production du sucre, bien qu'elle en paraisse complétement indépendante.

» En résumé, le seul but de mon travail pour le moment, c'est de prouver que le sucre qui se forme dans le foie ne se produit pas d'*emblée* dans le sang, si je puis m'exprimer ainsi, mais que sa présence est constamment précédée par une matière spéciale déposée dans le tissu du foie et qui lui donne immédiatement naissance. Si je me suis décidé à publier ce travail encore inachevé, c'est qu'il m'a paru utile, pour la solution de la question glycogénique qui nous occupe, d'attirer l'attention des chimistes sur des phénomènes qui ne leur sont pas connus et qui me paraissent de nature à changer le point de vue où l'on s'était placé jusqu'à présent pour comprendre chimiquement la production du sucre dans le foie. En effet, il ne s'agit plus maintenant de faire des hypothèses sur la provenance du sucre du foie ni sur la possibilité du dédoublement direct et immédiat de tel ou tel élément du sang pour produire ce sucre. Il faut chercher à isoler cette matière hépatique singulière qui lui préexiste, savoir comment elle se sécrète dans le foie, et comment ensuite elle subit les transformations successives qui la changent en sucre. Il y a probablement entre ces deux extrêmes, la matière insoluble telle qu'elle est sécrétée par l'action vitale du foie et le sucre qui en émane et sort de l'organe avec le sang des veines hépatiques, une série de formations intermédiaires que je n'ai pas vues, mais que les chimistes découvriront sans doute. »

Sur divers phénomènes d'oxygénation. — M. Fréd. Kuhlmann communique une note sur divers phénomènes d'oxygénation qu'il a découverts en reproduisant, dans le laboratoire de M. Liebig, une partie des réactions récemment découvertes par M. Schœnbein. Nous signalons plus haut quelques-uns de ces phénomènes qui ont plus directement trait à la physiologie et à l'hygiène.

Voie de transmission des impressions sensitives dans la moelle épinière. — M. Brown-Séquard lit un mémoire dans lequel il expose les résultats de ses recherches expérimentales sur la voie de transmission des impressions sensitives dans la moelle épinière.

Des faits exposés dans ce mémoire l'auteur conclut :

1° Que les fibres des racines postérieures se portent en partie aux cordons postérieurs et probablement aussi en partie aux cordons latéraux;

2° Que les fibres des racines postérieures qui se rendent dans les cordons postérieurs paraissent se porter en partie vers l'encéphale, en partie dans une direction opposée, de telle sorte que les unes sont ascendantes, les autres descendantes;

3° Que les fibres des racines postérieures qui paraissent se rendre dans les cordons latéraux semblent aussi être composées de deux séries, l'une de fibres ascendantes, l'autre de fibres descendantes;

4° Que les fibres ascendantes, dans les cordons postérieurs comme dans les cordons latéraux, paraissent être moins nombreuses que les fibres descendantes;

5° Que ces deux séries de fibres (ascendantes et descendantes) paraissent quitter les cordons postérieurs et latéraux, après un court trajet, pour pénétrer dans la substance grise;

6° Que la transmission des impressions sensitives ne s'opère que d'une manière passagère par les cordons postérieurs, les fibres sensitives ne faisant que passer dans une faible étendue par ces cordons;

7° Que la transmission à l'encéphale des impressions sensitives venues du tronc et des membres s'opère en dernier lieu par la substance grise de la moelle épinière. (Commissaires : MM. Flourens, Rayer, Cl. Bernard.)

Modèle de brise-pierre à écrou brisé. — M. Charrière fils soume au jugement de l'Académie la description et la figure de deux nouveaux modèles de brise-pierres à écrou brisé. (Voir le compte rendu de l'Académie de médecine du 27 septembre.)

Vaccine. — M. Pons envoie de Bez, près le Vigan, une note concernant la vaccine.

M. Cl. Bernard est invité à prendre connaissance de cette note, et à faire savoir à l'Académie si elle est de nature à devenir l'objet d'un rapport.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du 25 septembre dernier, une école supérieure des sciences et des lettres a été instituée à Angers. Notre honorable confrère M. le docteur Farge a été nommé professeur d'histoire naturelle et directeur de cette école.

— On nous communique une lettre remplie des détails du plus réel intérêt sur le transport des blessés russes après la bataille de la Tchernaïa (16 août). On se rappelle que plusieurs bâtiments français furent détachés de l'escadre pour transporter dans les hôpitaux de Constantinople les blessés russes qui ne purent être reçus dans nos ambulances de Crimée. L'auteur de cette lettre est un jeune chirurgien de la marine qui sert à bord d'un des bâtiments qui ont été affectés à ce service.

« ..... L'amiral fit embarquer à notre bord 450 blessés russes, 300 prisonniers et 200 hommes bien portants de la gendarmerie de la garde. Or, 450 blessés signifiaient pour nous une grande occupation. En effet, leur installation ne fut pas une petite affaire. Je vous épargnerai les détails de leurs horribles blessures et ceux de nos travaux et de nos fatigues; mais, je dois le dire, ces blessures étaient toutes honorablement reçues et indiquaient des hommes impassibles et qui ne reculaient pas.

» ...Mais nous étions bien récompensés de toutes ces fatigues par la reconnaissance de ces infortunés! Si vous aviez vu avec quelle effusion ils nous serraient la main, comme leurs yeux nous remerciaient! Si vous aviez vu, à onze heures du soir, un pauvre homme qui avait eu les deux mains coupées et amputées, et auquel je venais de poser un nouvel appareil, me faire de ses deux moignons tous les signes de remercîments possibles, s'incliner, me saluer les larmes aux yeux! Non, je n'ai jamais vu de malades aussi reconnaissants! Tous ces braves blessés portaient sur la poitrine d'énormes reliquaires à deux battants, représentant très grossièrement gravées des images sur cuivre des saints honorés en Russie.

» ..... A notre retour en Crimée, et depuis la prise de Sébastopol, nous avons vu des hommes et des blessures fort différents de ceux dont je viens de vous parler; ces blessures, il faut les attribuer à la panique générale qui s'est emparée de l'armée russe à la vue de nos aigles victorieuses. Presque tous les blessés actuels ont des figures fatiguées, abruties. Depuis quelque temps, en effet, on ne leur donnait plus pour toute nourriture qu'un affreux pain noir dont je vous porterai un échantillon; la viande et l'eau-de-vie ne paraissaient pour eux qu'aux jours de combat. Ce ne sont plus ces soldats remarquables par leur tenue, comme les premiers que nous avons eu à combattre. Ce sont pour la plupart des jeunes gens de 18 à 20 ans ou des hommes de 50 à 60 ans. Où sont donc les formidables armées de la Russie?...»

— On lit dans le *Moniteur de la Flotte* :

« Nos pertes sont bien regrettables.... mais le chiffre des blessés n'a jamais atteint l'exagération de celui qu'on a écrit. L'amiral Bruat, vu l'insuffisance du personnel de la guerre, a ordonné le débarquement de plusieurs officiers de santé placés sous ses ordres, afin de secourir tout de suite nos soldats mutilés par le feu. MM. les chirurgiens-majors Lebozec, de l'*Alger*, Rault, du *Montebello*, Hiriart, de l'*Uranie*, Villaret, de la *Calypso*, Isnard, du vapeur le *Primauguet*, Martin, de la *Néréide*, se sont mis à la disposition de M. le chirurgien en chef de l'ambulance de Kamiesch encombrée de blessés français et russes. Tous ont fait preuve de la plus grande habileté dans la pratique des opérations, tous ont rivalisé de dévouement pour soigner les nobles enfants de la France. »

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. Decq;
A Genève, à la librairie de Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Quelques considérations pratiques pour servir à l'histoire de la suette et du choléra; et des rapports qui ont existé entre l'épidémie de 1849 et celle de 1854, par le docteur A. Foucart. (Extrait du Mémoire lu à l'Académie impériale de médecine le 23 janvier 1855, pour faire suite et servir de complément au *Traité pratique de la* suette miliaire, 1854, du même auteur.) Brochure in-8° de 48 pages. Paris, 1855. Prix : 1 fr. 50 c. — Chez Labé, éditeur, place de l'Ecole-de-Médecine.

Clinique chirurgicale de l'hôpital Lariboisière, par E. Chassaignac, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Leçons sur l'hypertrophie des amygdales et sur une nouvelle méthode opératoire pour leur ablation, in-8°, avec 8 figures intercalées dans le texte.

Leçons sur la trachéotomie, in-8°, avec 8 figures intercalées dans le texte. Prix de chaque partie, 2 fr.

Sous presse : *Leçons sur l'écrasement linéaire.* Paris, J.-B. Baillière, éditeur, 19, rue Hautefeuille.

Le Sound.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Mal perforant du pied. — Nouvelles observations relatives au drainage chirurgical. — Expériences physiologiques sur les fonctions de la moelle. — Nouveaux faits à l'appui de l'efficacité du traitement de M. Baudens par la glace pour réduire les hernies étranglées. — Mort par une attaque de goutte aiguë. — Chronique et nouvelles. — FEUILLETON. Bibliographie.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Mal perforant du pied.

Nous avons vu ces jours derniers à l'hôpital de la Clinique, dans le service de M. Nélaton, suppléé en ce moment par M. Broca, un exemple de ce que l'on a désigné récemment sous le nom de *mal perforant du pied*. Nos lecteurs n'ont sans doute pas oublié cette observation si curieuse rapportée par M. Nélaton, d'un sujet qui, pour une affection de ce genre, avait subi dans les différents hôpitaux de Paris une série d'amputations partielles ; ainsi que la communication intéressante faite quelques jours après par M. le docteur Vésignié (d'Abbeville), qui, ayant été témoin de plusieurs faits semblables, les a désignés le premier sous le nom de *mal plantaire perforant*, ou *mal perforant du pied*. (Voir les nos du 10 janvier et du 5 février 1852.)

Qu'est-ce que le mal perforant du pied ? Est-ce une lésion d'une nature spéciale ? N'est-ce, au contraire, qu'une inflammation ulcérative simple modifiée uniquement dans ses caractères et dans sa marche par les dispositions anatomiques et les éléments divers qui entrent dans la constitution du pied ? Un ancien interne des hôpitaux, M. le docteur Leplat, qui a fait de cette lésion l'objet de recherches cliniques spéciales consignées dans sa thèse, et la définit ainsi :

« Par la dénomination de *mal perforant*, j'entends désigner une maladie d'une nature encore obscure et incertaine, assez fréquente cependant et connue de la plupart des chirurgiens, sans qu'elle ait été l'objet d'aucune description dogmatique. Les caractères principaux de cette maladie sont les suivants :

» 1° Le plus souvent, au début, production cornée à la plante du pied et sur les parties les plus saillantes ;

» 2° Formation d'un ulcère entouré de toutes parts d'un cercle épidermique très épais, et laissant suinter un liquide séro-sanguinolent, ichoreux plutôt que purulent ;

» 3° Inflammation des bourses séreuses, des synoviales tendineuses et articulaires et du périoste ;

» 4° Ostéite, carie et nécrose. »

M. Leplat a pu réunir pendant la durée de son internat huit observations de cette affection, qui lui ont permis d'en tracer une histoire monographique assez complète. De l'analyse de ces observations il conclut que le mal perforant a le plus souvent son siége à la plante du pied, sur la ligne saillante des articulations métatarso-phalangiennes, à la pulpe des orteils, au talon. Mais la plante du pied n'aurait pas seule, suivant cet observateur, le privilége d'être atteinte ; il a vu le mal reposer à la face dorsale des orteils, au niveau de la saillie de leurs articulations, et il dit avoir eu connaissance par un de ses collègues d'un cas de durillon suivi d'ulcération et d'exfoliation du tendon d'Achille, qui s'était développé à la partie postérieure et supérieure du talon. On peut se rappeler, d'ailleurs, que chez le sujet de l'observation de M. Nélaton les pieds n'étaient pas seuls soumis aux accidents en question. Cet homme racontait que sitôt qu'il fatiguait beaucoup les mains, il était menacé d'y voir se développer les mêmes accidents.

Le mal perforant du pied, suivant M. Leplat, est une maladie toute locale. La seule, la véritable cause est toute mécanique, c'est une compression longue et continue du derme entre deux corps résistants ; d'abord entre la chaussure et les os, plus tard, entre les os et le durillon. Le derme, au niveau de l'induration épidermique, finit par subir une modification analogue, en quelque sorte, à celle qui se produit dans le cas d'étranglement. Sous l'influence d'une pression répétée au niveau de l'induration épidermique, il éprouve une mortification, une destruction moléculaire des éléments du derme, comparable à celle que l'on observe dans un grand nombre d'ulcérations, comme à la suite d'une contusion ou dans la production d'un ulcère variqueux.

A en juger d'après les faits recueillis par M. Leplat, ce serait surtout chez les sujets exerçant des professions pénibles et qui exigent ou une station prolongée sur les pieds, ou une marche forcée, qu'on observerait cette affection. C'est ce qu'*à priori* on devait être naturellement porté à penser. En effet, sur huit malades, sept exerçaient des professions pénibles ; deux étaient maçons, deux commissionnaires, un autre maréchal. Un seul cas sur ces huit a été observé sur une femme. Nous verrons tout à l'heure qu'il faut cependant faire quelques réserves sur cette étiologie. Constatons d'abord que M. Nélaton n'a cru devoir rapporter ces phénomènes à aucune maladie connue, et que, dans le fait qu'il a observé, il y avait cette circonstance remarquable, que le mal était héréditaire dans la famille. M. Vésignié y a vu une affection spéciale qui lui a paru devoir être rattachée à une viciation générale, et il a cherché à la rapprocher du *psoriasis palmaria*, dont elle ne serait qu'une variété. Quelques chirurgiens l'ont attribuée depuis, les uns à l'influence de la sueur des pieds, d'autres aux hypertrophies papillaires de la région plantaire ; quelques-uns enfin, à certaines diathèses, telles que la diathèse syphilitique ou cancéreuse, etc. M. Leplat n'a constaté dans aucune des observations qui font la base de son travail ni l'hérédité, ni l'influence de la sueur des pieds, ni celle qui a été attribuée aux hypertrophies papillaires de la plante du pied, ni aucun vice général d'organisation, ni aucune influence diathésique. Et cependant il n'en admet pas moins la nécessité de tenir compte d'une disposition spéciale. Ce qui semble autoriser à admettre l'intervention d'une sorte de diathèse, en effet, c'est que d'une part la fréquence de la maladie est loin d'être en rapport avec la fréquence, on pourrait presque dire avec la généralité d'action des causes mécaniques auxquelles on en attribue le développement; d'autre part, c'est cette observation, déjà faite par M. Nélaton, qui prouve que la maladie peut se déclarer sans le durillon, observation qui a été confirmée depuis par d'autres faits.

« J'avais cru autrefois, dit M. Leplat, que le mal perforant était tout simplement un durillon passé à l'état chronique; mais la marche si rapide de la maladie dans certains cas ; sa multiplication sur plusieurs points ; son apparition sans durillon, d'ailleurs ; peu ou point de pus ; toutes ces raisons me font, avec M. Robin, rejeter une identité absolue avec le durillon forcé, qui est précédé le plus souvent d'une inflammation aiguë accompagnée de la formation d'une plus grande quantité de pus. »

Telle est, en raccourci, l'histoire de cette affection, qui est restée longtemps méconnue ou confondue avec d'autres lésions, faute d'en avoir étudié toutes les phases et d'avoir suivi sur plusieurs sujets la succession des divers phénomènes que nous avons sommairement décrits.

Chez le malade de M. Broca, les choses se sont passées à peu près de la même manière. L'affection chez lui est bornée à l'articulation tarso-métatarsienne du gros orteil, sous l'extrémité antérieure du premier métatarsien ; elle n'a pas atteint encore la dernière période ; elle en est au degré d'ulcération qui précède les altérations osseuses. Cet homme est conducteur d'omnibus ; sa profession ne saurait être considérée par conséquent comme rentrant dans la catégorie des professions pénibles et qui entraînent des pressions forcées et continues. M. Broca incline à penser qu'il n'y a dans cette maladie autre chose que la série des phénomènes inflammatoires qui se propagent sous l'influence des pressions et des irritations répétées du derme aux parties profondes, en se modifiant en raison de la nature des divers tissus qu'elle affecte ; il ne croit pas à l'existence de quelque chose de spécial, et par conséquent à la nécessité de donner à cette lésion un nom qui semblerait consacrer l'idée d'une maladie spécifique.

Nous regrettons de ne pas partager à cet égard l'opinion de notre savant confrère ; mais si l'on considère, d'une part, combien est rare cette affection, en comparaison du nombre d'individus qui devraient s'y trouver exposés en raison de la nature de leur profession, si les causes mécaniques et simplement irritatives suffisaient pour la produire ; si l'on considère que chez les sujets qui en sont atteints, elle siége le plus souvent sur les deux pieds à la fois ou sur plusieurs points du même pied ; si l'on tient compte, enfin, de cette circonstance de l'hérédité signalée par M. Nélaton, n'est-on pas autorisé à penser avec ce professeur, et avec MM. Robin, Vésignié et Leplat, qui ont tous émis plus ou moins explicitement cette opinion, qu'il y a là quelque chose de spécial, d'inconnu qui constitue la malignité particulière de cette maladie et sa tendance à la récidive.

Ce n'est pas à un esprit aussi distingué que M. Broca qu'il est nécessaire de faire remarquer que les caractères purement anatomiques ne suffisent pas toujours pour se prononcer sur la nature d'une maladie. Là où l'œil le plus attentif, fût-il même aidé du microscope, ne découvre aucune différence, l'esprit est souvent obligé d'en admettre. Or ici la marche de la maladie, les circonstances le plus souvent inexplicables du développement simultané ou successif de plusieurs lésions du même genre sur le même individu, la fréquence et la rapidité de la récidive, tout porte à faire présumer qu'il y a là autre chose qu'un simple effet traumatique de la compression et à faire admettre une de ces influences inconnues, une de ces causes cachées que l'on déguise sous le nom de prédisposition, de diathèse ou d'idiosyncrasie.... causes abstraites et empiriques avec lesquelles il faut cependant se résigner à compter.

BIBLIOGRAPHIE.

Leçons de physiologie expérimentale appliquées à la médecine, faites au collége de France (cours du semestre d'hiver 1854-1855), par M. Claude BERNARD (1).

Il n'est désormais plus permis de dire que la physiologie ne se compose que d'hypothèses et de raisonnements, qu'il n'est pas de phénomènes à propos duquel on ne puisse faire croire ou faire voir tout ce qu'on veut. Des expériences imparfaites, fondées sur des hypothèses physiques, chimiques, ou partant des données de l'anatomie descriptive seule, ont conduit à des résultats susceptibles d'être interprétés à la volonté de l'opérateur, ou variables selon les conditions diverses dans lesquelles chacun se plaçait. Mais en partant de ce fait que ces phénomènes des corps organisés ont quelque chose d'aussi spécial dans les lois de leur accomplissement que la substance organisée est différente de la matière brute, l'anatomie, la physique et la chimie deviennent des moyens indispensables 1° pour étudier la physiologie, 2° pour apprécier exactement chacune des nombreuses conditions extérieures capables de faire varier le phénomène, et 3° pour modifier celui-ci selon le but thérapeutique ou autre qu'on se propose. Mais ce phénomène n'est plus regardé comme un acte physique ou chimique ; il est d'ordre organique ; il a ses lois propres, dites lois biologiques ; il se passe à sa manière, qui n'est ni physique ni chimique, et encore moins mécanique. En partant des faits signalés plus haut, en suivant cette méthode, qui est celle dite *à posteriori*, on peut dire que, pour les actes de la vie organique et du système nerveux périphérique au moins, M. Bernard est parvenu le premier à pouvoir convaincre les mathématiciens que les actes des êtres vivants offrent autant de certitude et s'accomplissent d'après les lois aussi rigoureusement déterminables ou déterminées que celles du cours des astres ; seulement ces actes s'opèrent dans des conditions bien plus complexes, et par suite ils sont bien plus modifiables ; mais ces modifications bien étudiées deviennent un moyen de confirmer la rigueur et la certitude du phénomène, comme la fracture du péroné confirme la nature de ses usages dans la station et la locomotion.

Les hypothèses chimiques faisaient croire que le sucre est utile dans le sang par le fait de la destruction graduelle ; mais les expériences directes, portant sur les organes et les humeurs pris sur l'animal vivant sans troubler ses autres fonctions, prouvent que les usages les plus importants de ce principe immédiat ne sont pas remplis au moment où il se détruit dans le sang, mais quand il se forme dans le foie. Comme l'*acide pneumique*, qui agit dans le poumon au moment et à mesure de sa formation, puis passe à l'état de pneumates qui sont expulsés (ou quelquefois se dédoublent d'abord en lactates et en taurine, comme vient de le découvrir M. Verdeil), le sucre est utile au moment et par sa formation ; mais peu ou point après, et il se dédouble en produits divers. Inutile de dire que de l'hypothèse chimique, très gratuite du reste, qui voulait que les végétaux seuls fissent des principes immédiats ternaires, il ne reste rien devant l'expérience directe ; il en est de même du rôle mécanique d'*organe condensateur* attribué au foie. Rien de puéril devant les résultats de l'expérience comme les raisonnements avancés pour défendre ces hypothèses, raisonnements qui pourtant paraissaient séduisants tant que nous manquaient ces résultats.

De l'hypothèse chimique et physique de la combustion du sucre et autres principes ternaires, qui aurait eu pour résultat la production de la chaleur dans l'économie, il ne reste rien. Non, la respiration n'est point une combustion. C'est un acte complexe dont la nature intime ne peut être formulée par le mot *combustion*, et qui devra, lorsqu'on voudra en parler comme d'un fait unique, être, comme par le passé, désigné à l'aide d'un mot spécial, *respiration*, et point par un terme chimique. Cet acte complexe se passe dans le poumon, et ne doit pas être confondu avec les actes d'assimilation et de désassimilation s'opérant dans tous les tissus ; confusion qui a conduit les chimistes et physiciens (raisonnant sur les corps vivants dont ils ne connaissaient pas l'organisation intime) à rien moins qu'à dire que la respiration s'opérait dans les capillaires généraux.

« Le point le plus chaud de tout l'organisme se trouve donc dans la veine cave à l'endroit où débouchent les veines sus-hépatiques.

(1) Fin. — Voir le numéro du 2 octobre.

En ce qui concerne le traitement, le seul qui fût ici applicable, en tant que traitement local, c'était l'abrasion des tissus altérés. C'est ce qu'a fait M. Broca. Mais instruit par l'expérience, qui a appris que le mal récidive presque toujours sur le tissu cicatriciel, il a cherché à obtenir la réunion immédiate, afin de se mettre à l'abri de cette chance de récidive.

Nous tiendrons nos lecteurs au courant du résultat de cette tentative, et nous en prendrons occasion de revenir sur la thérapeutique encore si peu avancée de cette affection.

Nouvelles observations relatives au drainage chirurgical.

L'article que nous avons inséré dans notre dernière *Revue* sur le drainage en chirurgie nous a attiré quelques réclamations, ou plutôt quelques observations, que nous accueillons avec d'autant plus de plaisir qu'elles prouvent que la méthode que nous avons désignée sous ce nom, et les faits qui s'y rapportent, n'étaient pas indignes d'être signalés à l'attention de nos lecteurs. Nous ferons remarquer seulement, pour répondre d'avance à quelques-unes de ces réclamations, que nous n'avons nullement entendu, en formulant le principe du drainage chirurgical, introduire dans la pratique une méthode nouvelle; nous croyons avoir été assez explicite à cet égard, et nous ne faisons aucune difficulté de reconnaître avec nos honorables correspondants qu'il n'y a fondamentalement rien de nouveau dans la chose que le nom. Mais s'il n'y a rien de nouveau au fond, on voudra bien nous accorder qu'il y a quelque chose de nonveau du moins dans les procédés que nous avons fait connaître et qui nous ont paru pouvoir présenter, sauf confirmation par l'expérience, ce double avantage : de faciliter mieux que les moyens qui étaient jusqu'ici généralement usités l'accomplissement du but qu'on s'en proposait, et d'en étendre peut-être l'application à un plus grand nombre de cas. S'il nous était prouvé, d'ailleurs, que l'antériorité de ces mêmes procédés appartient à d'autres qu'au chirurgien de Lariboisière, auquel nous l'avons rapportée, nous ne ferions aucune difficulté de le proclamer; ce serait deux témoignages au lieu d'un que nous aurions à inscrire.

Quant au nom, sans y attacher plus d'importance, s'il pouvait être adopté désormais comme résumant dans la pensée un système d'opérations et de pansements très variés et d'un usage très général, qui ont tous au fond un principe et un but communs, ainsi que l'a si bien fait ressortir l'un de nos correspondants, nous croyons qu'il ne serait peut-être pas tout à fait sans utilité.

Cela dit, voici les observations qui nous ont été adressées par M. le docteur Goujon, d'une part, et d'autre part par M. Chaumet, professeur à l'Ecole préparatoire de médecine de Bordeaux.

M. Goujon nous fait remarquer que le procédé que nous avons décrit, et qui consiste à faciliter l'écoulement du pus provenant de plaies étroites et profondes ou de fistules en introduisant dans ces fistules un petit tube de caoutchouc percé dans sa longueur de petits trous analogues aux yeux d'une sonde, et à procurer ainsi l'élimination prompte et assurée de liquides dont la présence est susceptible de déterminer des accidents plus ou moins graves, que ce procédé, disons-nous, a été appliqué sous ses yeux par M. le docteur Gabriel Pelletan chez un jeune officier qu'ils ont pansé ensemble en 1848 et dont le col de l'humérus gauche avait été transpercé par une balle. M. G. Pelletan, dans une note annexée à la lettre de M. Goujon, rappelle, en effet, qu'entre autres moyens employés par lui pour éviter le séjour du pus qui tendait à s'effectuer dans différents points et à différentes profondeurs de la plaie, il a eu recours à des bouts de sonde taillés en bec de plume à l'une de leurs extrémités de manière à les faire pénétrer facilement dans la profondeur de la plaie, et présentant de plus dans toute leur longueur et à différents points de leur pourtour des trous semblables aux yeux d'une sonde ordinaire, etc.

Nous devons ajouter que M. Pelletan, en nous faisant cette communication, ne prétend nullement en faire l'objet d'une réclamation. C'est un fait que nous acceptons comme venant à l'appui de ceux que nous avons fait connaître.

La lettre de M. Chaumet est un complément de l'idée générale qui a dicté notre article. Nos lecteurs nous sauront gré de la mettre textuellement sous leurs yeux :

« Le drainage chirurgical se pratique déjà depuis longues années, et, il faut bien en convenir, chacun de nous s'y livrait presque journellement sans s'en douter. Des applications nombreuses ont été faites à une époque plus ou moins reculée, et peuvent être distinguées, par rapport à la nature du tube d'écoulement des liquides à soutirer, en drainage métallique et drainage non métallique.

» Les anciens surtout faisaient un grand usage de ce dernier. Ne sait-on pas, en effet, que presque tous les abcès un peu vastes étaient toujours parcourus par des mèches, des sétons, etc., sortes de filtres qui représentaient des tuyaux de drainage? Que, dans une foule de circonstances, les sondes laissées à demeure représentaient de véritables drains? La sonde en gomme élastique, dont mon illustre maître le baron Larrey se servait dans la cure radicale de l'hydrocèle, n'était qu'un véritable drainage sous-scrotal. La canule métallique doublement perforée, créée par mon honorable ami le docteur Baudens, n'est pas non plus autre chose. Enfin le fameux procédé de Dupuytren pour la fistule lacrymale, dont on attribue la première application à Lombart, ne constitue-t-il pas la méthode du drainage chirurgical par excellence? Le clou métallique de Scarpa avec sa cannelure, dont quelques personnes font de fréquentes applications, est encore une variété du drainage dont il s'agit.

» Il y a déjà bien des années que j'ai traité des abcès froids, de vastes kystes profondément placés, par des sondes métalliques à demeure, dans le double point de vue de donner issue d'une manière constante à la suppuration et de me fournir une voie pour opérer le lavage de la surface pyogénique. Dans le cas d'un vaste phlegmon de la cuisse avec décollement, où tout débridement devenait impossible (chez un boulanger de Saint-Loubés, parent de l'un de nos confrères), j'avais placé une sonde volumineuse à demeure qui nous conduisit rapidement au résultat que nous désirions.

» Mais n'est-ce pas encore à l'aide du drainage que nous rétablissons le cours de l'urine après des rétrécissements plus ou moins étendus? Frère Côme lui-même, puis son continuateur Souberbielle et notre savant confrère M. Amussat, n'ont-ils pas fait une heureuse application du drainage chirurgical non métallique quand ils ont laissé une sonde à demeure pour soutirer l'urine de la vessie? Nous-même, qui avons pratiqué un assez bon nombre de ponctions vésicales avec succès et qui substituons au trocart une sonde en gomme élastique, ne faisons-nous pas du drainage?.. Evidemment oui...

» Maintenant, il faut bien le dire, le drainage perfectionné de M. Chassaignac trouvera de plus nombreuses et de plus fréquentes applications, et viendra confirmer les prévisions que vous avez émises dans votre article du 29 septembre. Mais, j'en suis convaincu, la méthode restera fondamentalement la même, et il y aura toujours un drainage à ciel ouvert et un drainage profond ou interstitiel; un drainage métallique et un drainage non métallique.

» A l'appui d'une autre heureuse pensée que vous avez consignée dans le même article touchant le drainage agricole, je vous adresse une petite brochure dans laquelle les faits viennent pleinement confirmer votre manière de voir. Ces faits montrent que des contrées immenses (le Blayer, les Landes), ont été préservées de fièvres intermittentes qui décimaient leurs populations, par l'application de ces procédés ingénieux à l'agriculture. Je signale à ce point de vue la supériorité physique des habitants des contrées assainies sur ceux de celles qui ne le sont pas. C'est donc avec raison, monsieur, que vous avez fait observer qu'au point de vue hygiénique, le drainage agricole, pour nous être moins afférent que le drainage chirurgical, ne doit pas cependant nous paraître trop indifférent. »

Dr Brochin.

EXPÉRIENCES PHYSIOLOGIQUES SUR LES FONCTIONS de la moelle,

Par M. Schiff (de Francfort-sur-le-Mein).

Nous avons reçu depuis quelque temps déjà la note suivante de M. Schiff, que son étendue nous a empêché d'insérer plus tôt. Nous avons profité de ce retard pour soumettre le travail de M. Schiff à M. Brown-Séquard, afin de pouvoir mettre en même temps sous les yeux de nos lecteurs l'attaque et la défense. Ils seront ainsi mieux à même d'apprécier le débat.

En revenant d'un voyage dans le nord de l'Allemagne, je trouve dans la *Gazette des Hôpitaux* (7 août) l'extrait d'un rapport relatif à des expériences de M. Brown-Séquard, sur lequel je me permettrai de faire quelques remarques.

Ne connaissant encore ni la description originale de ces expériences, ni le rapport de M. Broca, c'est à l'article de la *Gazette* que s'adressent mes remarques.

Les expériences de M. Brown-Séquard peuvent être divisées en deux parties. L'une est *affirmative*; il y établit des faits qui sont contraires aux idées reçues sur la physiologie de la moelle, et que le rapporteur croit entièrement nouveaux. L'autre partie est *négative*, et se rapporte aux faisceaux blancs de la moelle, auxquels on croit devoir refuser la faculté conductrice, parce que dans les expériences faites en présence de la commission de la Société de biologie, on croyait les avoir complétement isolés de la substance grise sans porter atteinte à leur propre intégrité, et que l'on n'a pas vu persister les deux différentes fonctions dont la théorie de Bell en faisait les conducteurs. Il est certain que les affirmations d'un physiologiste aussi distingué et d'un observateur aussi habile que M. Brown-Séquard ne pourront plus être révoquées en doute; mais il n'en est pas de même quant à ses négations; car dans une matière aussi délicate, et quand il s'agit d'un organe aussi vulnérable que la moelle, des résultats négatifs peuvent être le produit des circonstances les plus variées.

Les expériences de M. Brown-Séquard affirment :

1° Que la dénudation de la dure-mère et de la moelle laissent persister la sensibilité et le mouvement dans le train postérieur;

2° Que cette sensibilité persiste encore après la section des cordons postérieurs;

3° Que, loin d'abolir la sensibilité, cette section s'accompagne d'une hyperesthésie des membres abdominaux, et même du segment caudal de la moelle, qui est plus sensible que le segment antérieur;

4° Que la substance grise est conducteur de la sensibilité;

5° Que la substance grise est insensible par elle-même;

6° Que la substance blanche postérieure est la seule partie sensible de la moelle.

Ces faits sont indubitables; mais ils ne sont pas aussi nouveaux et inattendus que le prétend le rapport de M. Broca; car ce sont absolument les mêmes faits qui résultent des expériences que j'ai faites depuis 1850, et que j'ai publiées dans une lettre à M. Valentin, imprimée dans les *Communications de la Société d'histoire naturelle de Berne*, en 1853 (page 386), et dont une partie, relative à la transmission des impressions sensitives, a été lue à l'Académie des sciences de Paris, en 1854, par M. Ch. Bonaparte. (*Comptes rendus* de 1854, 1er semestre, page 926.)

Le fait qui m'a paru le plus surprenant, et qui résulte de mes expériences, c'est que la substance grise contient des fibres qui conduisent si bien les impressions sensitives, que leur action donne lieu à une apparence d'hyperesthésie, bien que pourtant elles soient absolument insensibles. On avait distingué jusqu'alors dans le système nerveux des parties sensibles, des parties sensuelles et des parties motrices; et puisque les fibres de la substance grise dont il s'agit ne partagent ni les propriétés des parties sensibles, ni celles des parties sensuelles, qui, lorsqu'on les irrite, produisent ou du sentiment, ou des sensations propres à leur énergie spéciale, j'ai cru devoir les désigner par un nom particulier; je les ai appelées parties *esthésodiques* (ὁδός, chemin). C'est ainsi que je les désignerai aussi dans cette note, pour les distinguer des parties *kinésodiques*, également contenues dans la substance grise, et qui, ainsi que je l'ai exposé dans les *Mémoires de la Société de Berne* (1853, page 339), conduisent très bien l'influence motrice de la volonté sans que leur irritabilité mécanique, chimique ou galvanique, donne lieu au moindre mouvement musculaire.

On comprend qu'il s'agit ici d'éléments seulement *conducteurs*; car dans le cerveau il y a aussi des parties qui sont en relation avec le mouvement, sans que leur irritation puisse provoquer des contractions musculaires; celles-ci ne sont pas des éléments qui

---

» C'est là un des faits les plus intéressants, et, si nous en poursuivons les conséquences, nous allons voir combien vont se modifier les idées qu'on se faisait d'après les anciennes théories chimiques sur la répartition de la chaleur dans le corps d'un animal. » (P. 201.)

Oui, c'est là un des faits les plus intéressants, et le lecteur ne fera pas mal de suivre les conséquences normales et pathologiques de ce fait dans les pages même du livre où elles sont exposées.

Non, ce qui se passe dans ce qui est fait de matière organisée ne peut être expliqué d'après ce qui se passe dans ce qui est formé de matière brute, de corps cristallisés ou cristallisables.

Non, l'organisme ne brûle pas du carbone ni des corps carbonés, et la production de chaleur est due à des actes autres que ceux de combustion. Rien de plus brutal et de plus faux en même temps que la célèbre comparaison de l'organisme à une machine à vapeur.

Il y a déjà trois ans que M. Verdeil et moi le disions, d'après des recherches directes, propres; et tout, en fait d'expériences directes, vient successivement se ranger dans le même sens. Tandis que dans la machine les actions sont le résultat de la quantité de chaleur produite par une combustion, dans l'organisme, la quantité de chaleur dégagée est le résultat des actes spéciaux, nutritifs et de sécrétion. Tout est exactement l'inverse de ce qui a été supposé par ceux qui ne connaissaient pas l'organisation. Telle est, du reste, la complication et la spécialité des actes qui se passent dans les corps vivants, que l'histoire de la science montre que jamais, par une hypothèse, on n'est tombé juste sur ce qui se passe réellement, et toujours l'observation et l'expérience sont venues montrer que la réalité est autre que ce qu'on avait supposé. En un mot, les hypothèses servent à instituer des expériences, à susciter de nouvelles observations, mais elles ne sauraient les remplacer. Jamais, dans la pratique, elles ne conduisent à d'utiles résultats, et on doit les abandonner pour mettre à la place ce qu'on a vu, aussitôt qu'on voit par où elles sont faibles.

Inutile, du reste, de répéter ici ce qui a déjà été dit ailleurs, soit sur les actes intimes auxquels est due la production de la chaleur (*Chimie anatomique*, t. II, p. 61 et 402), soit sur l'hypothèse de la combustion, soit sur les particularités que présente le sang des diverses veines du corps au contact des gaz, tant lorsqu'il est sucré que lorsqu'il ne l'est pas. C'est dans l'ouvrage de M. Bernard qu'il faut aller chercher tous ces détails; et pour les comprendre nulle étude préalable n'est utile, nulle préparation n'est indispensable. Savoir seulement où sont le foie et le poumon, savoir distinguer la veine porte des veines cave et sus-hépatique, savoir que les viscères reçoivent des filets du grand sympathique, voilà tout ce qu'exige la lecture de cet ouvrage. Je ne saurais terminer autrement d'en parler qu'en disant que les commençants y apprendront mieux que dans quelque livre existant que ce soit, ce que c'est que la physiologie positive et non hypothétique; comment on doit l'étudier, tant au point de vue de la méthode en général que de l'expérience; et enfin, comment s'établissent les relations entre les phénomènes normaux et les phénomènes morbides. Car, en effet, « dès que la médecine cesse d'être un *art empirique*, elle revêt le caractère scientifique en composant une résultante d'éléments puisés dans les sciences, qui sont douées d'un caractère scientifique spécial, et, sans doute, connaître scientifiquement les maladies n'est point une science spéciale, ce n'est qu'une extension de l'anatomie et de la physiologie appliquées aux cas où l'état normal vient à être troublé par des causes perturbatrices dont la recherche et la détermination rentrent absolument dans les sciences anatomiques et physiologiques. » (Chevreul, *Lettres sur la méthode en général, et sur la définition du mot fait, relativement aux sciences*, etc., lettre III. Paris, le 1er septembre 1854. In-18, p. 66.)

Ch. Robin.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. Decq;
A Genève, à la librairie de Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Traité pratique de la cautérisation, d'après l'enseignement clinique de M. le professeur Bonnet (de Lyon), par M. R. Philipeaux, docteur-médecin, ancien professeur adjoint à la Faculté de médecine de Montpellier, membre de plusieurs sociétés savantes, ouvrage couronné par la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles. Paris, 1855. 1 vol. in-8°, et 67 planches intercalées dans le texte. Prix, 8 fr. Chez J.-B. Baillière, libraire, 19, rue Hautefeuille.

conduisent l'influence de la volonté, mais des éléments qui la *produisent*.

J'ai prouvé que la substance esthésodique, par les différentes ramifications et les relations mutuelles de ses parties globuleuses, peut conduire les impressions sensitives non-seulement en avant et en arrière, mais aussi en haut et en bas et dans toutes les directions, et qu'elle se trouve dans toutes les couches de la substance grise. Il en est de même pour la subtance kinésodique quant à la transmission des mouvements volontaires. J'ai vu même que, contrairement à l'expérience troisième dont il est question dans le rapport (*Gazette des Hôpitaux*, p. 366), après avoir coupé les cordons postérieurs et la commissure centrale grise, le sentiment peut se rétablir après quelques heures dans les parties postérieures du corps, parce que la substance esthésodique qui se trouve dans les cornes grises antérieures, restées intactes, a souffert immédiatement après l'opération par l'attouchement de l'instrument ou par une très légère compression, mais qu'elle reprend sa fonction après un temps plus ou moins considérable. Si l'on coupe les cordons postérieurs et qu'ensuite on les détache de la moelle en avant et en arrière, la partie isolée *postérieure* peut rester très sensible si la *moindre* trace de substance grise y est adhérente de manière à communiquer en arrière ou en bas avec le reste de la masse grise, parce que la substance esthésodique conduit aussi bien en arrière qu'en avant les impressions qui lui ont été transmises par la substance blanche. Le bout qui ne communique plus directement avec le cerveau paraît même beaucoup plus sensible, la transmission qui se fait seulement par la substance esthésodique, produisant toujours une apparence d'hyperesthésie. Mais si, d'après la méthode que j'ai indiquée dans les *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, on isole *complétement* une partie de la substance blanche sans intéresser la substance grise (ce qui ne peut jamais se faire si l'on fait usage du scalpel), alors le bout caudal des cordons postérieurs coupés reste complétement insensible aussi loin qu'il est isolé. C'est cette expérience qui m'a fait douter de l'existence des fibres rétrogrades dont il est question dans le rapport. Car je suppose que ce n'est pas la même expérience que cet habile observateur a communiquée dans le volume V des *Comptes rendus de la Société de biologie*, p. 42, et par laquelle il croyait prouver la même assertion. En opérant avec le bistouri, il ne s'était pas garanti contre l'action de la partie supérieure de la substance esthésodique.

Mais supposons un moment l'existence de ces fibres rétrogrades: elle ne nous expliquera pas l'apparence d'hyperesthésie des parties postérieures après la division des cordons postérieurs. Elle pourrait expliquer tout au plus que les parties postérieures sont plus sensibles que les antérieures, si toutes les deux avaient perdu une partie de leur sensibilité normale. Mais ce n'est pas ce qui arrive si l'expérience est bien faite, car les parties antérieures ont conservé leur sensibilité tout à fait *normale*, malgré la perte des fibres rétrogrades hypothétiques, et les parties postérieures semblent hyperesthétiques malgré la perte partielle des fibres ascendantes.

Les expériences qui prouvent la fonction conductrice et l'insensibilité complète de la substance esthésodique sont des plus frappantes. Lorsqu'on a coupé sur des lapins et éloigné une partie des cordons postérieurs, ces animaux, d'ailleurs si indolents, crient lorsqu'on touche un peu fortement leurs pieds de derrière ou la queue, et ils s'enfuient avec une telle vitesse, qu'on est obligé d'employer une grande force pour les retenir.

Dans une expérience que j'ai faite en présence des commissaires de l'Institut, MM. Flourens et Serres, j'ai implanté jusqu'à six aiguilles à travers toute l'épaisseur de la moelle privée de ses cordons postérieurs, et l'animal qui était placé librement sur la table ne parut pas s'en apercevoir; mais, toutes les fois que l'on touchait ses pieds, il s'enfuyait et criait si on le retenait.

S'il est certain que la priorité de toute cette première partie des expériences de M. Brown-Séquard, telles que je les connais d'après le rapport, m'appartient et que je leur ai donné une extension beaucoup plus grande, tant par rapport au sentiment qu'au mouvement, il est non moins certain que M. Brown-Séquard, lorsqu'il a fait connaître ses expériences, ignorait les miennes, qu'il vient de corroborer par sa grande autorité.

S'il avait connu mes recherches, il se serait assurément servi de ma méthode pour isoler les cordons postérieurs de la moelle des cordons latéraux et de toute la substance grise, méthode par laquelle on se met à l'abri de beaucoup d'objections qui ont été soulevées dans ces derniers temps contre toutes les expériences faites jusqu'ici sur les faisceaux de la moelle.

Si la partie *affirmative* du travail de M. Brown-Séquard n'est que la confirmation des résultats que j'ai obtenus dans mes recherches expérimentales, il n'en est pas de même de la partie *négative*.

M. Brown-Séquard n'a jamais observé la conservation du sentiment ou du mouvement après avoir coupé en travers la moelle, à l'exception des cordons blancs postérieurs ou antérieurs. Il en conclut que ces cordons sont incapables de transmettre l'influence nerveuse. Dans la plupart de mes expériences j'ai constaté le même résultat, mais je me suis gardé d'en tirer la même conséquence, quoique au commencement j'inclinasse fortement vers cette manière de voir. Je savais qu'un simple attouchement de la moelle suffisait quelquefois pour en détruire les fonctions, sans que l'examen anatomique y démontrât aucune lésion. Quelquefois les fonctions détruites sont revenues après plusieurs heures, quelquefois elles manquaient encore vers la fin du deuxième jour de l'opération. Je savais que très souvent après la section isolée de la moitié antérieure ou de la moitié postérieure de la moelle, le sentiment et le mouvement avaient disparu pour ne revenir qu'après quelques heures, quoique l'autre moitié ne parût pas avoir été touchée. J'ai vu que la partie intacte de la substance grise, après une section partielle des couches supérieures ou inférieures de cette substance, perd momentanément sa fonction, pour la récupérer d'autant plus tard que la couche intacte était plus mince; j'ai vu encore que l'action immédiate d'une section partielle de la moelle s'étend toujours au delà des limites de cette section. C'est ce qui m'a fait soupçonner que la fonction des cordons blancs, qui forment une couche si mince après leur isolement de la substance grise, pourrait avoir souffert par la préparation même la plus soigneuse, et par leur attouchement, qui est inévitable. Il fallait donc faire de nouvelles expériences, les répéter fréquemment en évitant autant que possible tout attouchement des cordons blancs, et laisser survivre l'animal après l'opération aussi longtemps que possible. C'est en agissant ainsi que j'ai vu dans plusieurs cas la substance blanche recouvrer ses fonctions, et je me suis convaincu sur des mammifères et sur des grenouilles que les cordons postérieurs transmettent le sentiment et les cordons antérieurs le mouvement volontaire, sans le concours de la substance grise, qui était coupée.

Pour démontrer la faculté conductrice des cordons blancs de la moelle, il faut multiplier les expériences, car, malgré un certain exercice que je crois avoir acquis dans ces recherches, j'ai vu quelquefois, dans vingt expériences faites consécutivement, que dans dix-neuf les cordons non coupés avaient perdu par la préparation leur faculté conductrice, qui ne s'est rétablie que très tard dans la vingtième; mais, sous ce rapport, une seule expérience positive et non équivoque l'emporte sur cinquante expériences négatives. Ainsi je suis sûr que M. Brown-Séquard, en continuant ses expériences et en usant des précautions que je viens d'indiquer, confirmera mes résultats sur les cordons blancs et sur la substance *kinésodique*, comme il a confirmé ceux sur la substance *esthésodique*.

Vous nous demandez quelle théorie nous établirons sur ces faits, qui ont renversé la partie la plus essentielle de la doctrine de Charles Bell. Je crois que dans la moelle intacte les impressions sensitives, qui ne sont pas excessivement fortes, se transmettent vers le cerveau par les fibres des cordons postérieurs pour exciter les mouvements ordinaires et coordonnés qui en sont la suite normale; mais si les impressions sensitives sont exagérées, ou si les cordons postérieurs sont interrompus par la section ou par un procès morbide, alors les sensations s'accumulent dans les fibres des cordons sensitifs au-dessous de la section, jusqu'à ce qu'elles se déchargent vers la substance esthésodique qui se trouve dans leur voisinage. Dans la substance esthésodique il n'y a plus de conducteurs isolés qui excitent un certain mouvement régulier, mais l'impression est dispersée dans beaucoup d'endroits. C'est ce qui n'est plus une hypothèse, car on peut prouver par l'expérience qu'une certaine partie déterminée de la substance esthésodique ne correspond pas à une localité déterminée du corps, ce qui devrait être le cas s'il y avait conduction isolée. Si l'on coupe la partie droite de la substance grise, *tout* le corps restera sensible seulement par l'action de la partie gauche, et *vice versâ*. Si l'on coupe la moitié inférieure, la partie supérieure suffira pour tout le train postérieur, et *vice versâ*. Coupez la moitié inférieure à la première vertèbre lombaire et la partie supérieure vers la fin de la moelle dorsale, tout le train postérieur restera sensible, parce que le sentiment et le mouvement dans la substance grise se propagent dans toutes les directions. Chaque petite portion de la substance esthésodique peut transmettre des impressions qui viennent de toutes les parties de la moelle. Ainsi une impression une fois arrivée à la substance esthésodique ne fera plus réagir un seul groupe déterminé de muscles, mais beaucoup de muscles à la fois; elle produira des mouvements dans le tronc, dans les extrémités, même dans les muscles de la respiration, et fera crier l'animal, s'il y est disposé, comme le sont les lapins. C'est ce qui produit cette apparence d'hyperesthésie que M. Brown-Séquard admet comme réelle, mais dont on ne peut pas démontrer la réalité dans les animaux.

C'est ainsi qu'après la section d'une moitié de la moelle ou d'un seul des cordons postérieurs le côté correspondant paraît être dans un état d'hyperesthésie, parce que les impressions sensitives atteignent la substance esthésodique, par laquelle elles se propagent. Voilà pourquoi les mouvements reflexes deviennent beaucoup plus prononcés si on a décapité les animaux.

Il paraît qu'il y a des maladies qui, par quelque altération morbide, favorisent le passage des impressions vers la substance esthésodique ou kinésodique, et qui produisent ainsi des spasmes, des contractions musculaires ou la danse de Saint-Guy. Or, tout ce que j'ai dit de la substance esthésodique doit se rapporter aussi à la substance kinésodique. Après la section des cordons antérieurs les mouvements persistent dans la partie postérieure du corps, mais deviennent désordonnés et souvent exagérés; et puisque la substance kinésodique conduit partout les impressions, les mouvements des parties antérieures se montrent aussi affectés dans ce sens.

Coupez à un mammifère, à un oiseau, une grenouille ou une salamandre les deux cordons antérieurs, ou la moelle entière, ou un cordon antérieur, ou la moitié latérale de la moelle vers la fin de la région dorsale, et laissez à l'animal assez de temps pour rétablir ses forces et sa motilité, et excitez-le ensuite à un mouvement en le touchant ou en en approchant brusquement la main, qu'arrivera-t-il? L'influence motrice excitée, qui est devenue énergique par le repos, s'accumulera dans le point de la section des cordons antérieurs, passera vers la substance kinésodique, ou, par une conduction irrégulière, il reviendra vers les nerfs moteurs de la partie supérieure si la moelle est coupée, et les parties antérieures du corps entreront dans des convulsions irrégulières et très variées; l'animal criera même, ou il y aura un spasme de la glotte; la tête sera remuée irrégulièrement dans tous les sens; les bras deviennent roides, les doigts sont étendus et fléchis alternativement. C'est ce que j'ai vu très souvent, et la même chose a été observée et décrite, mais non expliquée par M. Brown-Séquard. (*Comptes rendus de la Société de biologie*, t. II, p. 105 et 169.) J'ai vu ces crises même dans les premiers jours après l'opération, et elles existent aussi, comme je viens de le dire, quand on n'a coupé que les faisceaux antérieurs.

Ainsi la substance grise est le vrai centre de dispersion; expression dont, dans un sage pressentiment, s'est servi M. Flourens en parlant de la moelle.

Si M. Andral dit, dans le beau passage cité, qu'un fait physiologique ne peut être regardé comme hors de toute contestation que lorsque repris tour à tour par l'expérimentation, par l'observation de l'homme sain et malade, par l'anatomie comparée, il est resté inébranlable et s'est présenté toujours le même, je crois être en état de satisfaire à une grande partie de ces conditions.

C'est de l'expérimentation que sont sorties mes convictions, dont la partie la plus frappante, l'existence d'un élément qui conduit le sentiment, sans être sensible, a été confirmée par M. Brown-Séquard.

L'anatomie de l'homme sain et l'anatomie comparée sont aussi favorables à ma manière de voir; si bien que M. Stilling, qui autrefois avait prétendu que la substance blanche était tout à fait inerte, et que la substance grise conduisait exclusivement les impressions, me dit que par ses recherches, qu'il ne tardera pas à publier, il a été conduit à renoncer à son opposition à mes doctrines en ce qui concerne la fonction de la substance blanche, et que l'idée que je me suis faite d'après mes recherches microscopiques sur la moelle était généralement confirmée par ses propres recherches. Quant à l'observation pathologique, elle paraît aussi confirmer ma manière de voir, et dans un article prochain je publierai des observations pathologiques qui prouveront que la substance blanche conduit les impressions sans le concours de la substance grise.

Je terminerai par une remarque. L'excellent article de M. Brochin qui m'a servi de texte pour ce mémoire contient entre autres le passage suivant: « C'est sur la physiologie expérimentale que » s'appuyait aussi la doctrine que la physiologie expérimentale vient » de renverser. » Mais on se souviendra que la doctrine de Bell ne s'appuyait que sur ces deux faits démontrés par l'expérimentation: 1° que l'irritation de la partie postérieure de la moelle excite de la douleur; 2° que l'irritation de la partie antérieure excite le mouvement. Ces deux faits, établis surtout par les recherches de M. Longet, proviennent seuls de l'expérience physiologique, et se reproduiront toujours. Tout ce qui va plus loin est du pur raisonnement, et les expérimentateurs qui ont jugé avec réserve (je citerai, par exemple, Jean Muller) n'ont jamais entièrement adopté la doctrine de Bell pour les faisceaux de la moelle.

A M. le Rédacteur en chef de la Gazette des Hôpitaux.

Monsieur le rédacteur,

Si M. Schiff avait voulu prendre la peine de consulter les *Comptes rendus de la Société de biologie* et un livre que j'ai publié à New-York, et qu'il connaît parfaitement, il n'aurait pas eu à vous adresser la note qui précède. Il aurait trouvé dans ces publications des preuves certaines de ma priorité à l'égard des faits qu'il prétend avoir découverts, et il y aurait trouvé aussi des faits nombreux contre la théorie qu'il propose. De plus, s'il avait eu connaissance de la totalité du rapport de M. Broca et des deux mémoires que je viens de publier, il aurait vu qu'il y a, en effet, ainsi que le dit M. Broca, des faits *entièrement nouveaux* parmi ceux que j'ai communiqués à la Société de biologie.

Dès l'année 1845, j'avais fait mes premières recherches sur les faisceaux de la moelle épinière, et je les ai publiées le 3 janvier 1846 dans ma thèse inaugurale (*Recherches et expériences sur la physiologie de la moelle épinière*. Paris, 1846. In-4°, 2e part., pag. 20 à 30). Depuis l'année 1848, et dans mes cours publics, et à la Société de biologie, j'ai montré nombre de faits nouveaux relatifs aux faisceaux de la moelle épinière.

Parmi les découvertes que M. Schiff s'attribue, les unes appartiennent à tout le monde, et les autres ont été faites par moi. Tous les physiologistes, excepté deux ou trois, admettent depuis nombre d'années que les faisceaux postérieurs sont la seule des parties blanches de la moelle qui soit sensible, et quant à l'insensibilité de la substance grise, il n'y a, je crois, que Stilling qui la nie. Ni M. Schiff ni moi n'avons donc rien découvert à cet égard; nous n'avons fait que donner des confirmations. Quant à la persistance de la sensibilité en arrière d'une section transversale des cordons postérieurs de la moelle épinière, dix expérimentateurs cités dans ma thèse, et moi-même, avions constaté ce fait. La déduction naturelle en était que, puisque les faisceaux antérieurs et latéraux de la moelle ne sont pas les voies de transmission des impressions sensitives, la substance grise doit nécessairement avoir cette fonction. Me fondant sur ces expériences et sur l'examen de faits pathologiques observés chez l'homme, j'avais couché dans ma thèse et dans un mémoire présenté à l'Académie des sciences en 1847 (*Comptes rendus*, p. 389-93) que la substance grise conduit les impressions sensitives. M. Schiff a le mérite d'avoir donné un nom aux fibres de la substance grise, qui, bien qu'insensibles, sont cependant

capables de transmettre les impressions sensitives. Le nom appartient à M. Schiff, mais le fait était connu.

Relativement à l'hyperesthésie qui suit la section de l'un ou des deux faisceaux postérieurs de la moelle, il y a plus de six ans que je l'ai fait voir à la Société de biologie. Déjà, en février 1849, dans un travail considérable sur les plaies de la moelle épinière, travail communiqué à cette Société, et dont un résumé a été publié dans la *Gazette médicale*, je disais avoir vu que les plaies de cet organe (dans sa partie postérieure) étaient fréquemment suivies d'une hyperesthésie qui pouvait même durer plusieurs jours. (*Gaz. méd. de Paris*, 1849, p. 233.)

Plus tard, en décembre 1849, dans une communication à la même Société, je disais ce qui suit : « Non-seulement la sensibilité ne se perd nulle part après la section des cordons postérieurs, mais encore elle est *notablement augmentée* dans les parties du corps qui devraient être insensibles d'après la théorie erronée que des physiologistes systématiques persistent à soutenir, malgré les preuves qu'on leur a opposées et malgré la rétractation de Ch. Bell. » (*Comptes rendus de la Société de biologie pour l'année* 1849, t. I, p. 194, et *Gaz. méd. de Paris*, 1850, p. 169.)

J'ai donc à cet égard une antériorité de *quatre ans* sur M. Schiff. Il en est de même quant à l'hyperesthésie en arrière et du côté correspondant à une section d'une moitié latérale de la moelle épinière. Ce fait communiqué pour la première fois à la Société de biologie en 1849 (t. I des *Comptes rendus* de cette Société, p. 192) et à l'Académie des sciences en 1850 (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, t. XXXI, p. 700), a été publié dans presque tous les journaux d'Allemagne, où plusieurs des compatriotes de M. Schiff, et en particulier M. Ludwig Turch (de Vienne), l'ont reconnu exact. Ce ne peut être que par un manque de mémoire que M. Schiff peut croire avoir trouvé ce fait, et du reste, comme d'après son propre dire il ne l'a publié qu'en 1853, et que mes publications avaient été faites trois ans auparavant, il aurait eu assez de temps pour les oublier, si dans l'intervalle je n'en avais fait de nouvelles que M. Schiff devrait connaître.

Il y a une expérience que M. Schiff considère comme capitale, et qu'il rapporte comme étant de lui dans la note qu'il a présentée l'année dernière à l'Académie des sciences. Il s'agit de phénomènes observés après le détachement d'une certaine longueur des cordons postérieurs. J'avais publié cette expérience en 1852 dans un des journaux les plus répandus des Etats-Unis (*Boston med. and surg. Journal*, 1852, p. 334).

Quant au procédé employé pour séparer les cordons postérieurs, j'ai quelquefois fait usage de celui que M. Schiff indique, mais le plus souvent j'ai employé un autre procédé : dans les deux cas, j'ai obtenu les mêmes résultats. Si M. Schiff trouve quelque gloire dans l'invention du procédé qu'il a employé, je suis heureux de lui laisser cette gloire tout entière, et je me hâte de déclarer que je n'avais pas publié ce procédé.

En ce qui concerne les questions de priorité, voilà tout ce que je crois devoir dire ici à propos de la lettre de M. Schiff.

Quant à la doctrine qu'il soutient à l'égard de la substance grise de la moelle, doctrine qui n'est pas nouvelle, puisque déjà Van Deen, Stilling et moi-même (dans ma thèse inaugurale en 1846) nous l'avions soutenue, je n'entrerai pas ici dans une discussion qui serait beaucoup trop longue. Je dirai seulement que des faits en nombre extrêmement considérable, et que j'ai découverts ou dont j'ai eu connaissance depuis 1846, m'ont fait abandonner l'opinion que M. Schiff essaye maintenant de soutenir à l'aide des mêmes faits qui avaient servi longtemps avant à Stilling. Je me bornerai à dire que lorsque M. Schiff connaîtra les faits que j'ai déjà publiés et ceux que je publie maintenant contre cette vieille doctrine de la transmission en tous sens par la substance grise, il changera certainement d'avis. Je lui signale à cet égard un long mémoire que j'ai publié à Richmond (*Experimental and clinical researches on the physiology and pathology of the spinal cord*), les deux mémoires que j'ai présentés récemment à l'Académie des sciences, et enfin un livre sur la moelle épinière que M. J.-B. Baillière publiera dans quelques semaines. J'ajoute que c'est surtout sur des faits pathologiques observés sur l'homme que j'appuie les opinions nouvelles émises dans le mémoire publié à Richmond et dans le livre qui va paraître.

Agréez, etc. Ed. BROWN-SÉQUARD.

NOUVEAUX FAITS

à l'appui de l'efficacité du traitement de M. Baudens par la glace pour réduire les hernies étranglées (1).

OBS. III. — *Hernie irréductible. — Bons effets de la glace, mais sans réduction. — Opération.*

P..., ex-sous-officier du génie, portier-consigne à Versailles, soixante-quatre ans, d'une constitution détériorée par une phthisie très-avancée, est atteint depuis seize ans d'une hernie crurale à droite. Il avait porté pendant quelque temps un bandage qu'il avait abandonné. Dans la nuit du 16 au 17 septembre dernier, sa hernie sort plus volumineuse sous l'influence d'une quinte de toux. Des tentatives de réduction sont faites sans succès. Il est transporté à l'hôpital le 19 septembre dans la soirée.

Phénomènes observés : Hoquet continuel, vomissements de matières bilieuses et stercorales, abdomen ballonné et très douloureux, boissons rendues peu d'instants après avoir été ingérées, tumeur herniaire volumineuse, peau enflammée et tendue, douleur si vive qu'il est impossible de continuer quelques tentatives de réduction commencées. — Application de glace le 20, et bientôt les vomissements et le hoquet diminuent d'intensité et de fréquence; les boissons ingérées demeurent plus longtemps et ne sont plus totalement vomies; la tumeur est plus molle, la douleur et son volume ont notablement diminué. Quelques nouveaux essais de réduction sont infructueux.

Le 21, le malade s'affaiblit sensiblement; les vomissements ont augmenté depuis la veille au soir; le hoquet, devenu presque continuel, n'est plus supportable. P... réclame lui-même une opération devenue indispensable, et que je fis sans perdre de temps. Elle a présenté cela de particulier que la paroi antérieure du sac, épaisse de 6 millimètres, était gorgée de sang d'une densité et d'un aspect semblable au tissu de la rate, ayant la rigidité et l'élasticité du cuir. Cette épaisseur dépendait bien évidemment de l'ecchymose, survenue elle-même à la suite des tentatives de réduction. Cette ecchymose n'était pas bornée à la face antérieure du sac; elle s'étendait aux tissus environnants; l'intestin hernié était sain et fut réduit.

L'état de P... se modifia d'une manière très favorable; il était guéri de sa hernie quand pendant sa convalescence la phthisie pulmonaire dont il était atteint s'aggrava et le fit mourir.

Bien que la glace, dans ce cas, n'ait pas amené la réduction de la hernie, elle a ralenti la marche des accidents et prévenu ceux qui n'auraient pas manqué de surgir à la suite des tentatives de taxis si violentes qu'elles avaient déterminé une ecchymose considérable dans la paroi antérieure du sac.

OBS. IV. — *Hernie crurale droite étranglée. — Taxis infructueux; réduction par la glace.*

Le 5 février 1855, je fus appelé à Versailles chez la femme G..., qui huit jours avant avait reconnu une tumeur dans l'aine du côté droit. Elle éprouvait alors, me dit-elle, quelques coliques et une douleur sourde dans la tumeur et les parties environnantes. Un médecin appelé constata une hernie, et fit sans succès, pour la réduire, des efforts qui exaspérèrent les douleurs.

Je reconnus une hernie crurale à droite du volume d'un œuf de poule. Je voulus tenter la réduction, mais la tumeur était tellement douloureuse que je m'abstins. Je prescrivis le repos, une position convenable et la glace dans une vessie sur la tumeur. Celle-ci diminua peu à peu de volume, en même temps que les accidents s'amendèrent d'une manière notable. Cette diminution progressive m'engagea à attendre, pour faire de nouvelles tentatives de réduction, qu'elle fût arrivée à sa dernière limite.

Le 7, la tumeur restant stationnaire, j'essayai de nouveau et parvins à la faire rentrer. Mais au moment où je la sentais fuir sous mes doigts avec un bruit prononcé, la malade poussa un cri, fit un mouvement de corps en arrière, et mes doigts furent éloignés de la tumeur, que je retrouvai néanmoins diminuée des trois quarts. Je ne pus parvenir à faire rentrer le reste, la région étant devenue douloureuse à la suite de mes manœuvres. Je remplis la vessie de neige, qu'on trouvait alors partout, et je la réappliquai sur la tumeur. Quatre jours après je réduisis ce qui restait et je fis appliquer un brayer.

OBS. V. — *Hernie crurale étranglée. — Taxis impuissant; réduction par la glace.*

En décembre dernier, je fus appelé par un de mes confrères auprès d'une malade atteinte de hernie crurale. C'était une femme de quarante-cinq ans, très grasse, boiteuse par suite d'une ankylose de l'articulation coxo-fémorale droite qui maintenait invariablement la cuisse dans un état de flexion et d'adduction peu prononcées, mais permanentes. A l'aine droite existait une tumeur paraissant peu saillante à cause de la flexion de la cuisse. Cette tumeur était rouge, très étendue et très douloureuse. Rien n'aurait pu faire diagnostiquer par son seul examen une hernie crurale, si sa brusque apparition, survenue à la suite d'un faux pas depuis deux jours, n'avait été suivie de fièvre, de vomissements stercoraux et de météorisme douloureux de l'abdomen. Il me fut rapporté que depuis quarante-huit heures on avait à plusieurs reprises vainement tenté la réduction. Je conseillai l'application de la glace sur la tumeur, et j'ai su par mon collègue que les accidents avaient cédé à cette application. Deux jours après, la hernie étant réduite, la malade est retournée à Paris à son domicile. Depuis elle s'est présentée chez moi parfaitement guérie.

OBS. VI. — *Hernie inguinale gauche étranglée, impuissance du taxis, efficacité de la glace.*

D..., cuirassier, forte constitution, vingt-six ans, éprouve le 12 mai 1855, à la suite d'un violent effort, une hernie inguinale à gauche. On tente, mais sans succès, de réduire la hernie; les accidents se développent rapidement : vomissements bilieux, puis stercoraux; tympanite, anxiété profonde, douleurs inguinales vives; pouls à 120 pulsations, tel était l'état du malade quand je le vis huit heures plus tard à l'hôpital de Versailles. Le taxis était si douloureux que je dus le cesser dès les premiers essais. Prescription : position déclive du bassin, glace en permanence sur la région inguinale et sur l'hypogastre.

Au bout d'une heure, les vomissements avaient complétement cessé, la douleur était à peine sensible; quelques tentatives du taxis les renouvellent, je n'insiste pas. Continuation de la glace, dont le malade éprouve un grand soulagement et même du sommeil. La hernie rentre d'elle-même graduellement, et, douze heures après les premières applications de la glace, elle avait complétement disparu, tous les accidents avaient cessé.

Les six sujets de ces observations ont offert les symptômes de l'étranglement herniaire. La rapidité avec laquelle les vomissements ont cessé est un fait éminemment remarquable. La diminution du volume de la tumeur herniaire et son ramollissement ne le sont pas moins.

Chez le portier-consigne P... les vomissements ont continué avec l'étranglement, mais ils ont subi une diminution notable au début. L'ecchymose qui existait dans la paroi antérieure du sac et au pourtour a dû être considérablement atténuée par l'emploi de la glace; l'état favorable dans lequel s'est présenté l'intestin hernié doit également être attribué aux réfrigérants, car il n'offrait nullement l'aspect d'un intestin étranglé depuis cinq jours.

S'il est une vérité pénible à dire et malheureusement bien avérée, c'est que fréquemment des manœuvres maladroites, quelquefois brutales, pour faire rentrer une hernie font de cette hernie, qui n'était que plus ou moins difficile à réduire, une hernie étranglée irréductible, et une opération, toujours très grave par elle-même et plus encore par suite des meurtrissures qu'elle a subies, devient urgente.

Je suis convaincu que dans ces cas la glace évitera le plus souvent non-seulement les opérations, mais que, de plus, elle préviendra les résultats fâcheux de tentatives de réduction maladroites.

Une objection spécieuse qui sera faite à l'emploi de la glace, c'est qu'elle peut amener la mortification des parties herniées. M. Baudens, à qui revient l'honneur du traitement des lésions traumatiques et des hernies étranglées par la glace, a réfuté victorieusement cette objection. Cette mortification, quand elle arrive, est due à la constriction de ces parties par les bords de l'ouverture qui leur a donné issue, à l'infiltration des liquides dans leurs tissus, à la rétention des gaz dans leur cavité, à la compression douloureuse de leurs nerfs. Diminuez le volume intrinsèque des tissus extrêmes, rétrécissez le calibre des vaisseaux, contractez les gaz dilatés dans une anse d'intestin, supprimez la douleur qui amène des afflux, la hernie est au trois quarts réduite : la glace vous donne tous ces résultats, et vous les donne rapidement. Dans tous les cas, elle ralentit la marche des accidents, et donne le temps d'aviser et de se reconnaître. Dans les tentatives de taxis où la force a voulu suppléer la patience la glace atténue encore le résultat de ce mode de tentatives, et permet ensuite d'en faire de nouvelles.

MORT PAR UNE ATTAQUE DE GOUTTE AIGUE.

Par M. le docteur MORRIS (de l'hôpital de Philadelphie).

Cette observation peut avec raison être considérée comme un exemple très vraisemblable de mort déterminée par une attaque de goutte irrégulière et viscérale. L'apparition soudaine et la marche rapide des accidents répondant parfaitement à l'idée d'une attaque de goutte, et l'absence de lésion anatomique appréciable correspondant aux graves désordres fonctionnels qui ont précédé la mort viennent encore à l'appui de cette manière de voir.

Il s'agit d'un gentleman âgé de cinquante-cinq ans, ayant une goutte héréditaire, menant depuis longtemps des habitudes régulières, mais mangeant beaucoup de viande et accoutumé à de vives préoccupations. Il avait deux fois par an une attaque de goutte, ordinairement aux pieds, et cédant au colchique et à une purgation. Trois ans avant sa mort, il eut une violente attaque de goutte aux intestins, avec douleurs atroces, constipation opiniâtre, fièvre considérable, langue chargée. De larges émissions sanguines et l'opium furent employés. Un mois avant la mort, il était survenu des accidents cérébraux aussi soudains, contraction convulsive d'un bras, contraction d'un sterno-mastoïdien, obtusion de l'intellect de la langue. Cela céda promptement à une saignée et à un cathartique.

Un mois après, il passe une nuit sans sommeil et sans pouvoir se réchauffer, et rend une quantité extraordinaire d'urine.

Le lendemain matin, fièvre violente, céphalalgie intense, enduit épais sur la langue. — Calomel et huile de ricin.

Le soir, augmentation de ces symptômes, de plus un peu d'oppression et dysphagie. — Saignée, sinapismes, poudre de Dower.

Le jour suivant, accroissement de la dysphagie et de la dyspnée semblant tenir à un état convulsif du diaphragme. C'est alors que l'idée de la goutte se présenta à l'esprit du médecin. On prescrivit en conséquence le vin de colchique à haute dose et des ventouses scarifiées vers les omoplates; une toux spasmodique apparaît; on insiste sur les ventouses avec des vésicatoires et le mercure uni à la poudre de Dower; il y eut quelques alternatives d'améliorations apparentes, puis exaspération de la dyspnée et de la toux convulsive avec violente douleur au côté; du reste, rien d'appréciable à la percussion ni à l'auscultation. Les phénomènes fébriles n'avaient pas cédé, lorsque le troisième jour le pouls s'affaiblit, les forces musculaires parurent s'épuiser, des vomissements survinrent. L'orthopnée était excessive. Cinq grains d'opium en douze heures n'avaient amené aucun engourdissement des facultés. Enfin la mort survint ainsi, comme déterminée par l'orthopnée incessamment croissante le quatrième jour.

On ne trouva à l'autopsie aucune lésion appréciable des muqueuses ni des poumons, des plèvres, du cœur, du foie ou des reins. Il n'est pas question de l'examen du système nerveux. Le sang obtenu le premier jour par la saignée du bras avait formé un caillot rouge, concave et très dense. (*Dublin medical Press* et *Gaz. hebd.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret impérial du 2 octobre, M. Quémar, chirurgien de la marine de 1[re] classe, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décret du 22 septembre, il est créé dans la ville de Mulhouse une école préparatoire à l'enseignement supérieur des sciences et des lettres. Ladite école sera organisée dès que les bâtiments qui lui sont affectés auront reçu les appropriations convenables.

— Le concours pour l'internat dans les hôpitaux de Paris et pour les prix à décerner aux élèves externes sera ouvert le lundi 22 octobre courant. Le concours pour l'externat sera, ainsi que nous l'avons déjà annoncé, ouvert le 5 novembre prochain, et celui pour les prix à décerner aux élèves internes le 7 du même mois.

— Le docteur Ludwig, professeur d'anatomie et de physiologie à Zurich, vient d'être nommé professeur de physiologie et de zoologie à l'Académie médico-chirurgicale de l'Empereur Joseph, à Vienne.

— Le professeur J. Vogel, professeur de clinique médicale à l'Université de Giessen, est nommé titulaire de la même chaire à l'Université de Halle, en Prusse. M. J. Vogel est l'auteur bien connu d'un traité d'anatomie pathologique traduit en français, et des *Icones pathologicæ*; ses travaux ont exercé une influence considérable sur les progrès de l'anatomie pathologique.

M. le docteur Félix Niemeyer, médecin en chef du grand hôpital de Magdebourg, est appelé, comme professeur de clinique médicale, à l'université de Greifswald (Prusse). (*Deutsche Klinik.*)

Le Gérant, [illegible]

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8

(1) Fin. — Voir le numéro du 2 octobre.

N° 118. — MARDI 9 OCTOBRE 1855. (28e ANNÉE.) N° 118. — MARDI 9 OCTOBRE 1855.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. — Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr.
Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie des sciences. — HÔPITAL BEAUJON (M. Huguier). Luxation du pied gauche en avant par traction directe de cette partie sans aucune fracture. — Calcul vésical. Fistule urinaire. Guérison de ces deux affections par la taille périnéale bilatérale pratiquée par M. Huguier. — HÔPITAL SAINT-LOUIS (M. Cazenave). Leçons cliniques sur les maladies de la peau. — Un mot sur la circulation du foie. — Glossite aiguë terminée par la mort. — Nouvelle thérapeutique du choléra-morbus asiatique. — ACADÉMIE DES SCIENCES, séance du 1er octobre. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, séance du 26 septembre. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 8 OCTOBRE 1855.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'Académie n'a entendu dans cette séance qu'une seule communication qui intéresse la médecine; encore n'y touche-t-elle que d'un peu loin : c'est un mémoire de M. Ch. Robin sur un point de chimie médicale, sur la composition de l'hématoïdine.

L'hématoïdine est cette substance formée aux dépens de la matière colorante du sang épanché que les médecins connaissent depuis longtemps, à cause de la netteté de ses formes cristallines et de la beauté de sa couleur rouge, et parce qu'ils sont à même aussi d'observer quelquefois les conditions au milieu desquelles elle se produit.

Notre savant confrère s'est proposé, dans ce travail, d'étudier les propriétés physiques et chimiques de ce composé, et de déterminer le rang qu'elle doit occuper dans le domaine de la chimie. D'après M. Robin, cette substance est autre que la matière colorante rouge des globules du sang qui a été désignée sous le nom d'hématosine. Elle en diffère, d'abord, en ce qu'elle est cristallisable, tandis que l'hématosine ne l'est pas; et en second lieu par l'absence du fer, que l'on rencontre dans cette dernière. L'hématoïdine serait en un mot, suivant la détermination de M. Robin, un composé chimique qui provient de la décomposition de la matière colorante du sang, dans laquelle un équivalent d'eau a remplacé un équivalent de fer.

La correspondance de l'Académie, pour cette même séance, comprend plusieurs pièces dont le sujet était de nature à nous intéresser, telles que la note de M. Martinet sur l'usage thérapeutique du tabac arsénié, et celle de M. Meissner relative à un nouveau système de ventilation des navires et des édifices publics; mais le silence du *Compte rendu* à cet égard nous a réduit nous-même à n'en énoncer que le titre.

Dr Brochin.

La science vient de faire une grande perte. M. Magendie a succombé hier 7 octobre à une heure, à la suite d'une longue et douloureuse maladie. Ses obsèques auront lieu jeudi à midi.

HOPITAL BEAUJON. — M. HUGUIER.

Luxation du pied gauche en avant par traction directe de cette partie sans aucune fracture (1).

Le 31 août 1855 entre à l'hôpital Beaujon, au n° 237, dans les salles de M. Huguier, le nommé Haraut (Onésime), âgé de trente-quatre ans, exerçant le métier de charpentier. Ce malade, employé dans une gare de chemin de fer, était occupé à pousser avec le *pied gauche* une de ces roues horizontales en fer qui portent le nom de *galet* et qui supportent les plaques au moyen desquelles on change les wagons de voie; son pied glissa d'un des rayons sur lequel il pressait et vint se placer sur l'assise située au-dessous. Le pied fut pris par ses extrémités entre les nervures en fer qui sectionnent l'assise de la plaque; dans le même moment, la roue, mise en mouvement par six autres ouvriers, vint presser par un de ses rayons sur la face antérieure de la jambe, à 15 centimètres au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne.

La jambe et le pied étaient donc sollicités à se porter en sens inverse; le pied, solidement fixé, ne pouvait suivre le mouvement imprimé à la jambe; le soulier fut arraché fort heureusement et resta sur la plaque, mais la *luxation du pied en avant* n'en était pas moins accomplie.

(1) Cette observation et la suivante ont été communiquées à la Société de chirurgie, dans la séance du 26 septembre. — Voir à la page 472, la discussion dont elles ont été l'objet.

Au moment de l'entrée du malade à l'hôpital, on est frappé de l'*allongement du pied* et de l'*effacement du talon*.

La face dorsale du pied présente 2 centimètres en longueur de plus que celle du côté sain. La dépression sus-calcanéenne est effacée et le talon se trouve sur un plan qui prolongerait la face postérieure de la jambe. La forme de la face supérieure ou tibiale de l'astragale se reconnaît à la vue et au toucher dans tous ces détails; cette face se trouve portée au-devant de la partie inférieure du tibia.

Les deux malléoles se trouvent en arrière des faces articulaires correspondantes de l'astragale; celles-ci se reconnaissent également bien par le toucher. La malléole externe fait en arrière une saillie plus considérable que celle du côté opposé.

Le tendon d'Achille a suivi le calcanéum dans son mouvement de translation en avant; il s'est rapproché du tibia et s'est placé sur un plan passant par le bord postérieur des deux malléoles. Ce changement dans la situation du tendon d'Achille a fait disparaître les deux gouttières longitudinales qui sont situées de chaque côté de ce tendon.

Les malléoles ne sont point fracturées. Elles sont parfaitement intactes.

A leur niveau, la peau présente quelques taches ecchymotiques peu étendues.

Sur la face antéro-interne de la jambe, à 15 ou 17 centimètres au-dessus du bord articulaire de l'extrémité inférieure du tibia, se voit une excoriation de la peau de 2 centimètres de long.

Le pied est légèrement étendu sur la jambe. Il n'y a ni déviation de la pointe, ni rotation autour de son axe.

Pour la réduction, après avoir fait respirer du chloroforme au malade, on appuie la face postérieure de la jambe sur un point résistant, le talon restant libre. Le pied est alors repoussé directement en arrière et les surfaces articulaires reviennent à leur place sans beaucoup de difficulté. Au moyen d'une bande agissant comme un étrier, le pied est maintenu fléchi à angle droit sur la jambe.

L'appareil est enlevé huit jours après la réduction, et déjà les mouvements du pied s'exécutent avec aisance et sans douleur. Quelques jours plus tard, le malade commence à marcher.

Cette observation est intéressante sous plus d'un rapport : et d'abord à cause de la rareté des luxations du pied en avant. M. Malgaigne, en effet, n'en connaît que cinq cas dans la science; ils ont été rapportés par Colles (de Dublin), par MM. Nélaton, Pirrie et W. Smith; encore dans tous, celui de Pirrie excepté, y avait-il fracture du bord antérieur de la partie articulaire du tibia, de l'une des malléoles ou des deux simultanément. Chez le sujet de cette observation, au contraire, la luxation est d'une grande simplicité, ce qui tient assurément au mécanisme suivant lequel elle s'est produite.

En étudiant le mode d'action de la cause qui a produit la luxation, on remarquera que chez ce malade les os sont très résistants, et que les mêmes forces, agissant de la même manière sur le tibia d'un enfant ou d'un vieillard, eussent probablement produit une fracture des os de la jambe plutôt qu'une luxation du pied. En effet, le point d'appui de la résistance étant situé à 17 centimètres au-dessus de l'extrémité inférieure du tibia, comme l'indique l'excoriation de la peau, toute cette partie du tibia comprise entre le point d'appui et la puissance qui se trouvait au niveau de l'articulation a été soumise à deux forces contraires qui auraient brisé ce levier s'il eût offert moins de résistance que les ligaments de l'articulation tibio-tarsienne.

Nous remarquerons, enfin, le peu d'efforts employés pour la réduction et la facilité avec laquelle les surfaces articulaires ont été maintenues en place après la réduction.

Calcul vésical. Fistule urinaire suite d'une première opération de taille pratiquée à l'âge de quatre ans. Guérison de ces deux affections par la taille périnéale bilatérale pratiquée par M. Huguier.

Cherance (Auguste), dix-sept ans, blanchisseur, habitant Sèvres, près Paris. Constitution un peu faible, tempérament lymphatique, néanmoins développement assez considérable des muscles des membres abdominaux; la cuisse droite est plus courte de 2 centimètres par suite d'une affection ancienne de l'articulation coxo-fémorale.

En 1842, Cherance éprouva vers l'âge de quatre ans les symptômes ordinaires d'un calcul vésical; il fut conduit à l'hôpital des Cliniques, où M. J. Cloquet lui pratiqua la taille périnéale latéralisée.

Une fistule périnéale fut la suite de cette opération; cette fistule laissait couler l'urine par un jet au moment de la contraction de la vessie.

Deux années après, l'enfant fut transporté dans le service de M. Guersant, où il fit un séjour de près de deux ans : ce chirurgien essaya d'oblitérer le conduit fistuleux par des cautérisations successives au fer rouge et au nitrate d'argent; ces opérations n'eurent d'autre résultat que de diminuer le calibre de la fistule.

Depuis ce temps, l'enfant vivait avec sa fistule sans ressentir aucune douleur du côté des voies urinaires.

En 1854, séjour de quatre mois à Saint-Louis, dans le service de M. Richard, qui pratiqua l'urétroplastie inutilement.

Au mois de janvier dernier, Cherance, revenant de faire un voyage à Paris dans une voiture non suspendue, éprouva de violentes envies d'uriner, et tous ses efforts pour obéir à ce besoin furent inutiles pendant quelques heures. Enfin, s'étant accroupi et pressant avec son doigt sur le périnée, il put vider sa vessie, mais l'urine ne sortait que goutte à goutte et teinte de sang. Le lendemain, Cherance put reprendre son travail de blanchisseur et le continuer pendant deux mois.

Durant tout ce temps, la miction était tantôt facile, tantôt difficile; et pour l'obtenir, le malade était obligé d'avoir recours à la position et à la manœuvre indiquée précédemment. L'urine sortait ordinairement par un jet, à la fois par le méat urinaire et par l'ouverture fistuleuse. Souvent ce jet s'arrêtait brusquement, et ne reprenait que par un changement de position du malade et la pression de la main sur le périnée.

Le 26 mars, Cherance entre dans les salles de M. Huguier, à l'hôpital Beaujon. Il éprouve du côté de la miction les symptômes que nous venons d'exposer.

En examinant le périnée, on y voit la cicatrice de la taille latéralisée, et sur le trajet de cette cicatrice on trouve, dans l'épaisseur du périnée, un noyau dont la consistance ferait croire à un calcul dans ce point. Quand le malade vide sa vessie, on voit l'urine couler tantôt par jet, tantôt en bavant, par un pertuis fistuleux qui est voisin de la portion de la cicatrice la plus rapprochée des bourses. Dans les intervalles de la miction, l'urine suinte également par la fistule, ce qui donne au malade une forte odeur urineuse.

Lorsque la sonde est introduite dans la vessie, on constate que ce réservoir n'a qu'une très faible capacité, qu'il est sensible au contact de l'instrument. Cette sensibilité est encore exagérée par le caractère pusillanime du malade; aussi est-on obligé d'avoir recours aux inhalations de chloroforme pour les explorations de la vessie par le cathétérisme. En faisant manœuvrer la sonde dans la vessie, on sent manifestement le choc de l'instrument contre un calcul, surtout quand le cathéter ayant sa concavité tournée en avant et en haut, on le ramène vers le col de la vessie, derrière la symphyse du pubis. Cette expérience, renouvelée à trois reprises différentes jusqu'à la fin du mois de juin, donne les mêmes résultats.

Quant à l'état général du sujet, il est très bon; toutes les fonctions autres que celle de l'émission des urines s'exécutent fort bien.

M. Huguier, dans le but de dilater la vessie et de diminuer sa sensibilité, fait pratiquer pendant plusieurs jours des injections d'eau. Il n'obtient pas de résultat satisfaisant. Considérant alors le peu de docilité et de courage du malade, craignant de la gène pour les instruments dans une vessie racornie, ayant de plus l'espérance de guérir la fistule, ce chirurgien renonce à l'idée de la lithotritie, et se décide à pratiquer la taille périnéale.

Le 5 juillet, une injection d'eau est faite dans la vessie; le malade est soumis aux inhalations de chloroforme. Pendant les contractions musculaires qui leur succèdent, l'urine est lancée à une certaine distance par un jet passant par la fistule. L'incision courbe pratiquée sur la ligne médiane, selon la méthode de Dupuytren, intéresse le trajet fistuleux.

L'opération, très promptement exécutée, se termine par l'extraction d'un calcul gros comme un œuf de pigeon, gris cendré.

Tout se passe très bien dans la journée; à peine un peu d'accélération du pouls le soir; l'urine coule par la plaie du périnée.

Le lendemain 6, l'urine passe en bien plus grande quantité par la verge que par la plaie; le pouls ne dépasse pas 80 pulsations par minute.

Les jours suivants, l'état général est toujours satisfaisant; il ne passe pas du tout d'urine par la plaie dans les intervalles de la miction, et quelques gouttes seulement pendant la contraction de la vessie.

Le 13, huit jours après l'opération, une sonde en gomme élastique est introduite dans la vessie, pour y rester à demeure. Au moyen d'un bandage en T, une compresse épaisse est appliquée sur le lambeau postérieur de la plaie, dans le but de la mettre parfaitement en contact avec la lèvre antérieure.

Pendant trois jours l'urine passe presque complétement par la sonde, et la compresse appliquée sur le périnée est à peine mouillée dans une faible étendue.

Le 16, l'urine cesse de couler par la sonde. On retire l'instrument, que l'on trouve obstrué par du mucus et des concrétions calcaires.

Une nouvelle sonde est introduite dans la vessie, et y séjourne jus-

qu'au 20, en donnant cours à l'urine, qui cependant mouille toujours un peu la compresse appliquée sur le périnée.

Le 20, cette sonde, obstruée comme la première, est remplacée par une autre, et pour ajouter à l'action de la compresse, une mèche volumineuse est introduite en partie dans le rectum et ramenée en avant sur le périnée, où elle est appliquée par le bandage en T.

La sonde est retirée le 24. Il suinte toujours pendant la miction un peu d'urine par la plaie, qui est presque entièrement cicatrisée.

Le 1er août, l'urine ne passe plus du tout par la plaie du périnée; une compresse, appliquée sur cette partie pendant la miction, n'est pas mouillée.

Le 15, on cautérise avec le nitrate d'argent un petit cul-de-sac formé par les lèvres de l'incision, et qui n'est pas encore tout à fait fermé.

Le 30 août la cicatrice de l'incision est complète dans toute son étendue.

Ainsi la simple opération de la taille bilatérale a débarrassé le malade, non-seulement de son calcul, mais encore de sa fistule, qui avait résisté à plusieurs opérations chirurgicales.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. CAZENAVE.

Leçons cliniques sur les maladies de la peau (1).

DES MALADIES DU CUIR CHEVELU.

Je vais parler de quelques maladies curieuses et importantes, car on les rencontre fréquemment dans la pratique. Je traiterai des maladies du cuir chevelu en général et de quelques-unes en particulier.

L'histoire des maladies de la peau est difficile à élucider quand on veut remonter un peu loin; celles du cuir chevelu présentent une grande confusion. On s'est occupé dès les temps les plus reculés de ces affections, alors surtout qu'on attachait à la chevelure une importance bien plus grande qu'aujourd'hui; mais les descriptions qui nous sont restées de ces maladies ne présentent pas une grande clarté, il est difficile d'y reconnaître les affections que les auteurs ont voulu désigner.

Les médecins latins et grecs ne nous ont laissé que peu de chose sur les maladies du cuir chevelu. Les Arabes ont commencé à les réunir en faisceaux, c'était un progrès; mais l'obscurité de leurs descriptions est bien grande encore. Il paraît cependant que c'est d'eux qu'est venu le mot de *teigne*. Ils désignaient les maladies du cuir chevelu sous le nom d'*alvathim*, d'où par corruption on a forgé les mots de *thim*, *thimeam* et *tineam*. Ce qui domine dans les descriptions des Grecs, c'est la forme extérieure de ces maladies; pour eux, ces éruptions sont tantôt sèches, tantôt suintantes ou ulcérées. Par ulcérée, ils entendent tout ce qui est excorié. Mais ce qui les préoccupe par-dessus tout, c'est l'alopécie.

Nous avons dit que chez les Arabes il y avait tendance à la classification; plus tard ce goût des classifications n'a fait que se développer. Ainsi, en arrivant à Guy de Chauliac, nous voyons qu'il divise les teignes en cinq espèces; puis Ambroise Paré s'en occupe, et réduit les cinq espèces de Chauliac en trois. Enfin Alibert, dans ses savantes leçons, a consacré le mot de teigne et a restreint cette dénomination à quelques espèces bien déterminées. A la même époque, Lorry a cherché à établir une classification des maladies de la peau, et en ce qui concerne les maladies du cuir chevelu, il s'est attaché surtout à les séparer d'après leurs tendances. Bateman créa de nouveau la famille des teignes sous le nom de porrigo, et il a rendu un véritable service en remettant chaque maladie dans la classe qui lui est propre.

Aujourd'hui il y aurait à considérer les maladies du cuir chevelu isolément, sans chercher à les rattacher par un lien commun. En effet, le cuir chevelu peut être le siége de toutes les éruptions. Cependant il est le siége spécial de certaines d'entre elles, par exemple, du favus. D'autres se montrent en même temps au cuir chevelu et sur les autres parties du corps. Enfin, tandis qu'il en est qui conservent sur le cuir chevelu les caractères qu'elles ont sur les autres parties du corps, il en est d'autres, au contraire, qui changent complétement de caractères, tel en particulier l'herpès tonsurans, qui n'est autre que l'herpès circinatus. J'ai dit que dans le premier cas la maladie était contagieuse, tandis qu'elle ne l'était pas dans le second. Cela a été contesté par des personnes à l'opinion desquelles j'attache beaucoup d'importance. M. Letenneur a dit que non-seulement l'herpès tonsurans était contagieux, mais que l'herpès circinatus l'était aussi. M. Letenneur a vu des plaques d'herpès circinatus au bras qui de là se propageaient à la tête. Je présume que l'éruption du cuir chevelu avait précédé celle du corps, car jamais l'herpès circinatus ne donne lieu à un herpès tonsurans.

Il n'y a pas de lien réel entre les maladies du cuir chevelu. Rien n'est semblable entre elle, ni la forme, ni l'aspect, ni le résultat. Les unes amènent fatalement l'alopécie, d'autres ne l'amènent jamais. Cette alopécie elle-même est tantôt curable, tantôt incurable. Enfin parmi les maladies du cuir chevelu il en est dont le résultat est grave, puisqu'elles amènent l'alopécie incurable; d'autres qui sont dépuratives. Cependant ces maladies présentent quelques caractères communs, et on peut établir sous ce rapport des divisions utiles pour l'étude. Ainsi on peut distinguer les lésions de sécrétion et les éruptions proprement dites. Dans les lésions de sécrétion, la matière colorante est attaquée; c'est ce qui explique la couleur que prennent les cheveux. Mais en nous en tenant aux éruptions proprement dites, nous voyons qu'elles peuvent être simples ou contagieuses. C'est sous ces deux chefs que nous allons les examiner.

DES ÉRUPTIONS NON CONTAGIEUSES.

Les éruptions non contagieuses du cuir chevelu sont: l'eczéma, l'impétigo, le psoriasis, le pityriasis et les acores. Je vous ai déjà parlé des acores et de l'impétigo; nous n'y reviendrons pas.

L'eczéma du cuir chevelu se rencontre fréquemment et se comporte là comme ailleurs. Cependant dans les classifications, et entre autres dans celle d'Alibert, on voit pour cette maladie l'inconvénient de réunir sous ses différents chapitres une même affection. En effet, pour lui l'eczéma peut être une teigne muqueuse, un porrigo larvalis, une teigne amiantacée et une teigne faveuse. Disons de suite que l'eczéma du cuir chevelu est pour Alibert une teigne amiantacée. C'est un état du cuir chevelu où la sécrétion est très peu abondante; il en résulte deux formes: l'une squammeuse, qui ressemble au pityriasis; l'autre qui donne lieu à un petit suintement de liquide qui forme autour de la base des cheveux un étui squammeux; c'est là l'eczéma du cuir chevelu qu'il est important de reconnaître, car il a été placé dans plusieurs classes.

L'impétigo du cuir chevelu a été désigné par Alibert sous le nom de teigne granulée; il donne lieu à la formation de croûtes brunâtres, bosselées, sèches, semées sur le cuir chevelu, et qu'on a comparées à des fragments de mortier grossièrement brisé ou à du plâtre tombé des murs et sali par l'humidité et la poussière. Cette maladie, comme la précédente, guérit facilement.

Le pityriasis est une maladie qu'on rencontre fréquemment dans la pratique; c'est des Grecs qu'elle a reçu son nom, dérivé de πιτυρον, *son*, à cause de la desquammation furfuracée qui caractérise cette maladie. Cette dénomination est assez exacte. Le pityriasis du cuir chevelu présente une desquammation abondante, sans rougeur et sans suintement; il finit par dégarnir la tête de cheveux. Celui qui se développe chez la femme est le plus caractéristique; aussi nous le prendrons pour exemple.

Son début a ordinairement lieu d'une manière insidieuse. Ainsi on ne s'aperçoit pas d'abord de cette desquammation; on est seulement obligé pour entretenir la tête dans un état convenable de propreté de se peigner plus longtemps; mais, l'action du peigne aidant l'affection, celle-ci augmente; on s'aperçoit bientôt qu'il se forme de petites écailles sur le cuir chevelu, et enfin les cheveux tombent en abondance; c'est alors seulement qu'on appelle ordinairement un médecin.

Si on examine à ce moment la tête, on voit que les raies sont plus larges, que le cuir chevelu est couvert d'écailles blanches, chatoyantes, ne laissant pas de rougeur en tombant et se renouvelant avec la plus grande facilité; les sujets éprouvent des démangeaisons incessantes à la tête. Souvent, avant d'appeler le médecin, on fait usage dans le but de se guérir d'une foule de pommades irritantes qui n'ont fait qu'aggraver le mal, et il n'est pas rare dans ce cas de voir les plus belles chevelures de femme tomber en deux ou trois semaines.

Cette maladie, légère en apparence, ne laisse pas cependant que d'avoir une certaine importance et par le siége qu'elle occupe et par la perte des cheveux qu'elle entraîne; c'est, enfin, une affection à marche essentiellement chronique et qui récidive souvent.

Le pityriasis n'a aucune influence sur la constitution; c'est une maladie toute locale, ainsi que les causes qui la produisent. En première ligne, il faut placer l'emploi intempestif de cosmétiques irritants et les soins excessifs que nécessite une abondante chevelure. Mais ne serait-ce pas l'abondance de cette chevelure même qui amènerait la maladie? Il est possible, en effet, qu'une chevelure très abondante entretienne une fluxion habituelle du cuir chevelu; la moindre irritation suffit alors pour donner lieu à la formation d'écailles de pityriasis.

Quant aux causes internes qui pourraient déterminer la manifestation de cette maladie, on a bien parlé de troubles intérieurs comme susceptibles de la produire, mais cela doit être rare; nous n'avons jamais eu du reste l'occasion de constater cette cause.

Le pityriasis se développe très souvent chez les femmes sujettes aux névralgies de la tête. Est-ce le résultat de l'emploi de certaines frictions? Cette cause ne peut pas toujours être invoquée, car parfois on n'a fait usage d'aucun médicament. Il nous paraît tenir plutôt à l'état de congestion de la tête amenée par ces névralgies, car tout ce qui est susceptible de produire une congestion du cuir chevelu en favorise le développement.

Le pronostic de cette maladie est peu grave; on ne peut se dissimuler cependant qu'elle ne soit un sujet de préoccupation pour le médecin, car elle est toujours très longue à disparaître. Cependant on peut toujours assurer la guérison et faire espérer, alors qu'on n'a pu prévenir ni arrêter la chute des cheveux, qu'ils repousseront. Pourtant cette promesse ne doit pas être faite sans quelque réserve; car, si la maladie se renouvelait souvent et pour peu que l'alopécie fût héréditaire dans la famille, il y aurait peu d'espoir de voir repousser les cheveux.

D'après les caractères que nous avons tracés de cette maladie, il semble qu'elle soit facile à reconnaître: cela est vrai d'une manière générale. Cependant, on pourrait les confondre dans quelques circonstances avec d'autres affections squammeuses, avec la lèpre et le psoriasis.

Voici, dans ces cas, à quels caractères on la distinguait: dans la lèpre, la disposition en cercle des pustules suffit pour les différencier; dans le psoriasis, la forme des pustules aiderait également; et puis, ses pustules ne sont pas limitées comme dans le pityriasis. La lèpre et le psoriasis ne font pas tomber les cheveux. En effet, dans ces maladies, l'écaille squammeuse embrasse un grand nombre de cheveux qui résistent, tandis que dans le pityriasis un seul cheveu est pris et finit par tomber. L'eczéma du cuir chevelu, qui se termine par desquammation, pourrait être un sujet d'erreur; mais ses écailles tombent plus difficilement; elles ne présentent pas la même couleur blanche, et puis il y a toujours un peu de suintement et de la rougeur, ce qui ne se rencontre jamais dans le pityriasis. Enfin, l'eczéma ne donne jamais lieu à l'alopécie.

Il est encore deux maladies qu'il ne faut pas confondre avec le pityriasis. Pour le moment, je ne fais que les signaler; c'est l'herpès tonsurans et le favus, qui appartiennent aux teignes contagieuses. Dans le favus, il y a de petits godets, puis des croûtes. Dans une autre forme de favus, quand les croûtes ont disparu, il y a desquammation; mais les squammes sont plus adhérentes et n'ont pas la même forme que dans le pityriasis. Enfin, dans l'herpès tonsurans, il y a bien, comme dans le pityriasis, alopécie, absence de rougeur et production de squammes; mais tout est différent dans ces deux maladies. Pour l'alopécie, les cheveux ne tombent pas; ils sont comme rasés; les squammes sont excessivement petites, à peine appréciables.

Le pityriasis guérit, ainsi que nous l'avons déjà dit, mais il demande du temps. Il faut savoir, pour le traiter, ce qu'il faut faire et ce qu'il ne faut pas faire. D'abord, on ne doit pas raser la chevelure. Comme c'est une inflammation du cuir chevelu, il ne faut rien faire de ce qui pourrait l'irriter. Il est nécessaire, en outre, de ne pas tourmenter la chevelure; on ne doit ni la serrer, ni y faire de raies, ni se servir de peigne fin. Le traitement local consiste en lotions alcalines très étendues, de 1 à 3 grammes de carbonate de potasse pour 250 grammes d'eau; un léger lavage doit être fait matin et soir avec ce liquide. La dose de l'alcali doit être plutôt trop faible que trop forte; car dans ces derniers cas les cheveux deviendraient rouges. Si la maladie nuit à la sécrétion des cheveux, on emploie une pommade alcaline. Quelques bains alcalins sont également utiles si on a soin d'y plonger quelquefois la tête. Enfin, si la maladie est rebelle, il faut avoir recours aux bains de vapeurs et aux douches en arrosoir, et, la guérison obtenue, conseiller au malade de ne se servir jamais que de pommades très douces.

DES ÉRUPTIONS CONTAGIEUSES.

Les maladies contagieuses du cuir chevelu sont au nombre de deux: l'herpès tonsurans et le favus proprement dit. Ces deux éruptions diffèrent entre elles quant à leur nature, quant à leur évolution et à leur marche; elles n'ont qu'un point de commun, c'est d'être l'une et l'autre contagieuses.

L'histoire de l'herpès tonsurans a présenté longtemps une grande confusion. Outre les maladies du cuir chevelu dont nous avons déjà parlé, il en est d'autres qui ont été confondues avec lui; par exemple, la teigne faveuse; mais cette erreur ne tenait qu'à un abus de langage.

En Angleterre, on désigne sous les deux noms de *rurqworm* et de *porrigo* les maladies contagieuses du cuir chevelu. Pendant longtemps on a cru, en France, que ces deux mots étaient appliqués à une seule et même forme de favus. La seconde de ces maladies était divisée, par les médecins anglais, en *porrigo scutulata*, ou en forme de cercle, et en porrigo sans forme déterminée. Ce dernier est notre favus proprement dit. D'après tout cela, on ne savait trop ce que voulait désigner le mot rurqworm. Biett, à son tour, avait décrit une forme d'herpès qu'il croyait être contagieuse. Enfin, dans l'ouvrage de M. Mahon, on trouvait une espèce de teigne tendineuse également contagieuse. Toutes ces descriptions étaient l'indice qu'il y a quelque chose qu'on ignorait dans ces maladies du cuir chevelu.

En 1840, à l'occasion d'un enfant que j'avais vu en ville, et qui présentait une maladie du cuir chevelu, je fus appelé dans le collége d'où il sortait; là on me montra un certain nombre d'enfants qui tous présentaient la même maladie; les cheveux étaient comme tondus, et la peau présentait un aspect grumeleux, faveux. La contagion était évidente. Il me fut facile de reconnaître la cause de l'obscurité qui régnait sur le mot rurqworm, et de voir la maladie que les Anglais désignaient sous ce nom.

Le rurqworm comprend donc deux maladies; l'une furfuracée, c'est l'herpès tonsurans; l'autre pustuleuse, c'est le porrigo scutulata, qui lui-même a une période pityriasique. A partir du moment où nous avons décrit l'herpès tonsurans, il est devenu plus commun, non pas, comme on l'a dit, parce qu'il avait été décrit, mais parce que c'est à partir de cette époque qu'il est devenu commun en France comme il l'est en Angleterre.

Cette maladie débute par un petit point qui va en s'agrandissant. Le cheveu est altéré et coupé. Au point malade succède une petite plaque arrondie; la peau est gercée, rouge et recouverte d'aspérités.

L'herpès tonsurans diffère de l'herpès circinatus en ce que dans cette dernière maladie le centre de la plaque est sain. Un des premiers symptômes de l'herpès tonsurans c'est la tonsure. Nous ne savons si ce phénomène précède l'éruption ou la suit; nous n'avons jamais pu saisir le moment où le cheveu est coupé. Dans tous les cas, c'est une tonsure et non une alopécie.

La maladie peut rester bornée à une plaque dont la circonférence perd de sa régularité; mais le plus souvent, les plaques sont

(1) Fin. — Voir les numéros des 24 mai, 5 juin; 5, 17 juillet; 9 août, 11 et 27 septembre.

plus nombreuses; il y en a deux, trois; j'en ai même compté sur une tête trente-deux bien distinctes. En général, ces plaques finissent par se confondre.

Cette maladie est essentiellement contagieuse. On a dit que ce n'était pas un herpès, ce qui importe peu au point de vue de la contagion. D'autres ont avancé que c'était un herpès circinatus; mais nous avons eu souvent occasion d'observer l'herpès tonsurans et l'herpès circinatus développés simultanément chez le même sujet, et dans ces cas nous avons vu clairement que ce n'était pas la même maladie.

L'herpès tonsurans se rencontre fréquemment chez les enfants. Il est important de bien le connaître, car on peut être consulté par un maître de pension; et comme cette maladie est contagieuse il ne faut pas se tromper. Elle ne peut être confondue ni avec la lèpre ni avec le pityriasis, qui pourtant lui ressemble. Le pityriasis s'en distingue en ce que les écailles sont moins adhérentes et qu'il n'y a pas cette tonsure. On pourrait encore la confondre avec le favus; mais nous établirons plus loin le diagnostic différentiel de ce dernier. L'herpès tonsurans a été confondu de nom avec le porrigo décalvant. Dans le premier mémoire envoyé à l'Institut sur le cryptogame qui, disait-on, causait l'herpès tonsurans, on désignait cette maladie sous le nom de porrigo décalvant. La même erreur a été commise avec le vitiligo, qui dégarnit la chevelure et décolore la peau, maladie qui amène également l'alopécie, mais qui guérit vite, tandis que l'herpès tonsurans guérit lentement.

Le pronostic de l'herpès tonsurans est peu grave : les cheveux finissent toujours par repousser. Mais cette maladie est longue à guérir; elle ne dure parfois pas moins d'une année.

Le traitement ne doit pas être trop excitant, car on ne ferait alors que changer le caractère de la maladie. Il ne faut pas se hâter de trop faire. Nous employons les pommades alcalines. Le malade doit avoir le soin d'oindre sa tête le soir d'une pommade composée de 2 à 3 grammes de tannin pour 30 grammes d'axonge. Le matin, il fera une onction avec une solution alcaline composée de 2 à 3 grammes de soude pour 250 grammes d'eau distillée. En suivant ce traitement, on arrive au bout d'un temps variable à la guérison. On a proposé l'épilation; mais comme ce traitement repose sur un point de vue qui ne me paraît pas exact, savoir que l'herpès tonsurans est produit par un cryptogame, ce qui n'a pas été démontré, je ne crois pas devoir m'y arrêter.

UN MOT SUR LA CIRCULATION DU FOIE.

Par M. Judée.

Dans ses travaux sur le foie, M. Bernard parle toujours de la veine porte; mais il semble oublier l'artère hépatique, qui doit cependant jouer un rôle dans les phénomènes physiologiques du foie. Je pense même qu'en examinant ce qui se passe sous ce rapport pour les autres organes, il est permis d'interpréter les faits découverts par l'éminent physiologiste autrement que lui, bien qu'en les admettant tous.

Pour me faire bien comprendre, je vais tout d'abord expliquer comment j'entends la circulation du foie.

Je crois :

1° Que les rameaux de la veine porte s'abouchent directement dans les veines sus-hépatiques. Par conséquent tout le sang qui vient de l'absorption passe immédiatement dans le torrent circulatoire, et ne s'arrête nullement dans le foie. Le canal thoracique, qui contient aussi dans son intérieur un des produits de la digestion, est là pour venir confirmer ou du moins donner son appui à cette manière de voir.

2° Que les capillaires de l'*artère hépatique* viennent aussi s'anastomoser avec les vaisseaux sus-hépatiques, mais après être entrés dans la structure de la trame du foie.

En deux mots, les terminaisons de la veine porte et des veines sus-hépatiques ne feraient que traverser le foie; celles des artères et d'un certain nombre de vaisseaux sus-hépatiques concourraient à sa formation.

Ceci modifie déjà beaucoup toutes les opinions émises jusqu'à présent sur le sang contenu dans la veine porte, auquel on donnait les mêmes propriétés qu'au sang artériel et que l'on regardait comme pouvant tout de suite, en sortant de la veine porte, fournir des éléments nutritifs à nos tissus.

En admettant notre opinion, on est forcé d'admettre aussi que le sucre contenu dans le foie ne provient pas de la digestion, mais du sang lui-même, et seulement du sang artériel, qui était en résumé jusque dans ces derniers temps le seul liquide regardé comme capable de servir aux phénomènes de nutrition et de sécrétion.

Ainsi, pour moi, le sang artériel contient les principes du sucre, mais en très petite quantité, comme il contient ceux de l'urine, de la bile, etc. L'artère hépatique l'apporte continuellement de toutes les parties du corps vers le foie, qui le sécrète et en est le réservoir. Quand ce sucre est en trop grande quantité, il est repris par les veines sus-hépatiques, qui le conduisent dans la veine cave ascendante.

En arrangeant les choses ainsi, tous les faits irrévocables avancés par M. Bernard sont expliqués d'une manière qui satisfait mieux l'esprit.

On s'explique en effet :

1° Comment, après chaque repas, il y a une quantité plus considérable de sucre dans le foie, car alors il provient de deux sources, du foie et de la veine porte;

2° Comment, dans l'intervalle des digestions, on ne trouve pas trace de sucre dans la veine porte, bien que les veines sus-hépatiques en contiennent, ainsi que la veine cave inférieure;

3° Comment l'irritation du pneumogastrique amène le diabète, tandis que sa section le fait disparaître; car, lorsqu'on irrite le pneumogastrique, on amène la contraction des cellules hépatiques, et par conséquent on rend impossible l'introduction du sucre dans leur intérieur : le sucre s'accule alors dans le sang de la même manière que l'urine dans le cas de rétention; si, au contraire, on sectionne le nerf, on permet de nouveau la sécrétion et par conséquent la disparition du diabète;

4° Enfin, comment l'on ne peut faire durer le diabète chez un animal que quelques jours, tant que persiste l'irritation nerveuse, car une fois qu'elle a disparu tout rentre dans l'ordre et le foie sécrète comme à l'ordinaire.

Tout ceci m'a été inspiré sous l'influence d'un préjugé que M. Bernard s'efforce de battre en brèche, et qui consiste à regarder l'être vivant comme trouvant dans la nature sa nourriture toute préparée et n'ayant besoin que de se l'assimiler.

GLOSSITE AIGUE TERMINÉE PAR LA MORT.

M. J.-Z. Lawrence vient de rapporter un cas de glossite aiguë terminée par la mort, chez une malade qu'il soignait pour un rhumatisme aigu.

A la suite de quelques frissons survenus deux ou trois jours auparavant, la malade éprouva tout à coup une extrême difficulté à respirer, accompagnée d'une grande anxiété. Bientôt il lui devint impossible d'ouvrir la bouche et de parler; *la moitié gauche* de la langue était tuméfiée, rouge et sèche. Trois incisions pratiquées largement, et sans perdre de temps, amenèrent l'écoulement d'environ une demi-pinte de sang. Peu de temps après survint un gonflement de la région sous-maxillaire, qui motiva l'application de douze sangsues. Le lendemain matin, *la moitié droite* de la langue commença à se tuméfier, et dans l'après-midi elle avait atteint le même volume que la moitié gauche. L'état général étant aggravé, il survint des frissons; le pouls était irrégulier, la région sous-maxillaire tout entière était envahie. Bien que la déplétion sanguine locale n'eût amené que peu de soulagement, M. Lawrence proposa de pratiquer des incisions sur la moitié droite de la langue. La malade s'y refusa d'une manière absolue. Dans la soirée, le pouls cessa d'être perceptible au poignet; la peau était froide; *la respiration était facile, bien que faible*. Evidemment la malade succombait à une affection lente. Malgré ses instances, le chirurgien ne put obtenir ni de la malade ni de son mari l'autorisation de pratiquer la trachéotomie, qui pouvait seule alors offrir quelques chances de guérison. La mort survint pendant la nuit.

A l'autopsie, on constata que les poumons étaient parfaitement sains. Il n'existait aucune lésion dans le cœur, les reins, la vessie. La langue tout entière était gonflée, pâle, ramollie par sa macération dans un fluide séro-purulent, qui baignait, en les infiltrant, les mailles de son tissu. L'ouverture supérieure du larynx était rétrécie, à un haut degré, par un épanchement considérable de sérosité. La glotte était envahie par l'infiltration, mais à un degré beaucoup moindre; le reste du larynx et la trachée n'étaient nullement obstrués; la région sous-maxillaire présentait une infiltration séreuse dans toute son étendue. Le liquide épanché devenait purulent entre les muscles sus-hyoïdiens.

Il est assez curieux que l'inflammation ait, dans le cas précité, envahi successivement, et d'une manière très distincte, les deux moitiés de la langue. L'asphyxie survint lentement, sans accès de suffocation proprement dit; et fort probablement on eût pu sauver la malade en pratiquant à temps l'opération de la trachéotomie.

(*Archives générales de médecine.*)

NOUVELLE THÉRAPEUTIQUE DU CHOLÉRA-MORBUS ASIATIQUE,

Par M. le docteur A. Legrand.

(Extrait d'une note déposée sous un pli cacheté à l'Académie des sciences.)

M. le secrétaire perpétuel, sur la demande de M. le docteur A. Legrand, ouvre un paquet cacheté déposé le 19 décembre 1853. Ce paquet renferme la note suivante :

J'espère avoir trouvé une thérapeutique rationnelle et vraiment efficace du choléra-morbus asiatique. J'en serai tout à fait convaincu si de nouveaux faits viennent confirmer les heureux résultats que je viens d'en obtenir sur deux malades du sexe féminin, ayant offert toutes deux les symptômes qui caractérisent le mieux cette terrible maladie.

Le traitement a consisté dans l'emploi des moyens suivants, dont l'application méthodique constitue la méthode et une médication à laquelle l'administration de l'extrait aqueux de noix vomique donne un certain cachet de nouveauté.

Voici donc les moyens mis en usage :

1° Potion où entre l'*extrait aqueux de noix vomique* dans la proportion de 10 à 25 centigrammes pour 150 grammes de véhicule (eau distillée simple, eau distillée de tilleul, ãã gr. 75), à prendre par cuillerées à bouche de deux en deux heures, en éloignant les prises et diminuant les doses de l'extrait au fur et à mesure que les vomissements se calment;

2° Quarts de lavement avec l'empois léger et l'extrait thébaïque (de 25 à 50 milligrammes environ par quart de lavement) administrés aussi de deux en deux heures, mais plus distancés aussi si la diarrhée devient moins pressante;

3° Application d'un vésicatoire qui couvre toute la région épigastrique, qu'on panse ensuite avec un mélange par parties égales de baume tranquille et de beurre de cacao;

4° Frictions de quatre en quatre heures avec le baume tranquille, surtout sur l'abdomen, qui doit être ensuite recouvert d'un cataplasme de farine de lin entre deux linges, peu humide, mais très chaud;

5° Pour tisane, eau de Seltz naturelle coupée avec moitié eau froide et bue en petites quantités à la fois, mais fréquemment;

6° Sinapismes adoucis promenés sur les extrémités, mais sans exagérer l'emploi de ce moyen, qui est secondaire, tandis que les trois premiers sont essentiels et *caractérisent la méthode*.

Pour instituer ce traitement, je me suis placé à ce point de vue que la choléra paraît résulter d'une lésion, d'une nature inconnue malheureusement, de tout le système nerveux ganglionnaire constitué par l'union si intime des nerfs grand sympathique et pneumo-gastrique, et ayant sans doute son siége principal dans les *ganglions semi-lunaires* et dans le *plexus solaire*, que d'anciens anatomistes ont considéré comme le *centre de la vie nutritive ou organique*, et qu'ils ont nommé le *cerebrum abdominale*.

J'essayerai de mieux préciser mon opinion sur le siége et la nature du *choléra-morbus asiatique* en le comparant à une *gastro-entéralgie portée à son summum d'intensité et développée sous une influence miasmatique de nature inconnue*.

Cette opinion sur la nature et le siége du choléra asiatique, que j'ai puisée dans la comparaison de tous les symptômes qui le caractérisent, que l'anatomie pathologique, ainsi qu'il arrive pour toutes les névroses, ne dément ni ne confirme, cette opinion, dis-je, m'a fait naître la pensée d'appliquer au traitement du choléra-morbus des moyens analogues à ceux que j'emploie pour combattre la gastralgie, mais en leur donnant un plus grand degré d'énergie, de manière à les concilier avec l'intensité des symptômes de la *gastro-entéralgie miasmatique* et à la rapidité avec laquelle ils se succèdent.

C'est dans le même ordre d'idées que j'ai puisé la formule de mes *pilules anticholériques*, qui m'ont donné des résultats constamment heureux pour arrêter cette diarrhée qui précède si souvent l'invasion du choléra. Ces pilules se composent : de poudre de noix vomique torréfiée (gr. 0,05) — magister de bismuth (gr. 0,15) — et diascordium (gr. 0,30) pour un bol qu'on fait le plus petit possible et qu'on argente avec soin. Ces pilules sont prises à l'apparition de la moindre diarrhée, immédiatement avant chaque repas, une, deux et même trois, de manière qu'on peut en prendre deux, quatre, six et même neuf par jour.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 1er octobre 1855. — Présidence de M. Regnault.

Hématoïdine. — M. Ch. Robin lit un mémoire sur la composition de l'hématoïdine.

Le but de ce mémoire est de faire entrer dans le domaine de la chimie un composé qui se forme dans l'économie animale aux dépens de la matière colorante du sang épanché, et qui a été désigné sous le nom d'hématoïdine. Ce composé avait été négligé des chimistes, parce qu'on ne l'avait vu jusqu'à présent qu'en petite quantité. M. Robin a pu s'en procurer une masse pesant 3 grammes entièrement formée de cristaux très réguliers qui s'étaient agglomérés dans un kyste hydatique du foie. Ce corps a reçu le nom d'hématoïdine. On sait que la matière colorante rouge des globules du sang a reçu en 1827 de M. Chevreul le nom d'hématosine, et que beaucoup d'auteurs l'ont appelée depuis du nom d'hématine; mais c'est à tort, suivant M. Robin, car dès 1811 M. Chevreul avait donné le nom d'hématine à la matière colorante jaune-rouge du bois de campêche.

L'hématosine, quoi qu'on en ait dit, ajoute M. Robin, n'est pas cristallisable; mais presque toutes les fois que du sang est épanché dans l'épaisseur des tissus d'un animal vivant, on voit, de quatre à vingt jours après l'hémorrhagie, se former des cristaux microscopiques très nets et quelquefois conformés en aiguilles; toutefois, la plupart sont des prismes obliques à base rhombe et d'un beau rouge. Ce sont ces cristaux qui, figurés et décrits successivement par Everard Home, par Rokitanski, Scherer, etc., ont été désignés en 1847 par Virchow sous le nom d'hématoïdine. L'analyse chimique à laquelle M. Robin a soumis ce corps montre que l'*hématoïdine*, *corps cristallisable*, est de l'*hématosine non cristallisable* qui a perdu tout son fer, mais a pris 1 équivalent d'eau.

En effet, en comparant les nombres fournis par ces analyses, on reste frappé de leur concordance avec ceux obtenus en 1839 par Mulder, qui opérait sur de l'hématosine évidemment pure. Si de l'hématosine non cristallisable on enlève le fer par digestion dans l'acide sulfurique concentré ou par le chlore, ainsi que l'a fait Mulder, il reste un corps ayant la composition donnée pour l'hématosine, moins le fer. L'hématoïdine n'est donc point la matière colorante du sang ou hématosine, mais un composé chimique qui provient de sa décomposition dans laquelle 1 équivalent d'eau a remplacé 1 équivalent de fer. (Commissaires : MM. Chevreul, Pelouze, Balard.)

Physiologie du second temps de la marche. — M. le Dr Brachet (de Lyon), à l'occasion d'une communication récente de M. Duchenne (*Physiologie du second temps de la marche*), fait remarquer que l'opinion soutenue par cet auteur est celle qu'il a émise dans un ouvrage dont la publication date déjà d'une année. Voici en effet, dit-il, ce qui se lit dans ma *Physiologie élémentaire de l'homme*, tome II, page 551 : « On a comparé ce mouvement du membre en avant à l'oscillation du » pendule; c'est à tort : il le doit presque tout entier à l'action muscu- » laire. M. Weber a mal apprécié ses expériences. »

Tabac arsénié. — M. H. Martinet adresse une note sur l'usage du *tabac arsénié* dans les diverses maladies où l'on a employé les préparations arsenicales. L'auteur annonce avoir fumé depuis cinq mois, sans inconvénient, du tabac arsénié.

Système de ventilation des navires. — M. le ministre de la marine transmet une note manuscrite de M. Meissner, écrite en allemand, et accompagnée d'une traduction française, relative à un nouveau système de ventilation et de caléfaction applicable aux bâtiments de guerre, aux wagons de chemins de fer et aux édifices publics. (La note de M. Meissner est renvoyée à une commission composée de MM. Pouillet, Despretz et de Sénarmont.)

Anatomie comparée. — M. Flourens présente au nom de l'auteur, M. Carus, la neuvième livraison de l'ouvrage publié par cet anatomiste sous le titre de *Tabulæ anatomiam comparativam illustrantes*.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 26 septembre 1855. — Présidence de M. GOSSELIN.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. HUGUIER présente deux malades dont les observations se trouvent ci-dessus, page 469. A la suite de cette présentation, la discussion s'établit en ces termes :

M. MICHON. Je puis ajouter quelques détails à la deuxième observation communiquée par M. Huguier. J'ai eu, en effet, dans mon service, le malade qui en fait le sujet. Je dois dire d'abord qu'il est d'une extrême indocilité, et que les investigations sont par cette raison excessivement difficiles. Cependant j'ai pu reconnaître que la fistule n'était pas urétrale, mais bien vésicale. Je me proposais d'exciser cette fistule, qui avait résisté à tous les traitements. J'ignorais complétement la présence d'un calcul.

M. RICHARD. J'ai aussi traité ce malade pendant cinq ou six mois, et je puis assurer qu'il n'avait pas de pierre lorsqu'il était soumis à mon examen. La présence d'un corps étranger n'aurait pu m'échapper, car j'étais parvenu à introduire dans la vessie les plus grosses sondes métalliques de Mayor.

M. HUGUIER. Je remercie mes collègues des détails qu'ils veulent bien me donner, et j'attache surtout une grande importance à ceux donnés par M. Richard, car ainsi se trouve victorieusement combattue l'opinion des chirurgiens qui croyaient que la fistule était entretenue chez ce malade par la présence d'un calcul. La pierre n'existait pas, en effet, puisque M. Richard ne l'a pas trouvée.

Tumeur du maxillaire supérieur. — M. DESORMEAUX montre un malade affecté d'une tumeur cancéreuse du maxillaire supérieur.

Fracture de la jambe réunie à angle presque droit. — M. ROBERT demande l'avis de la Société sur un cas de fracture consolidée d'une façon vicieuse.

Il s'agit d'un enfant de quinze à seize mois qui lui a été présenté. On avait reconnu, à l'âge de six semaines, une courbure à la partie inférieure de la jambe. Un médecin crut avoir affaire à une affection rachitique ; mais l'erreur fut facilement reconnue : la déformation succédait manifestement à une fracture. Quant aux circonstances au milieu desquelles s'était produite cette fracture, elles sont restées tout à fait ignorées. La solution de continuité a-t-elle eu lieu pendant la vie intra-utérine, pendant l'accouchement ou après ? Ces questions restent sans solution.

Je fis faire, dit M. Robert, une gouttière appropriée ; il y eut amélioration ; mais je perdis la petite malade de vue, et quand on se décida à la laisser marcher on ne me consulta pas. Aussi la fracture non consolidée ou insuffisamment consolidée, a-t-elle cédé sous les efforts de la marche, et la difformité en est arrivée au point où vous la voyez aujourd'hui, c'est-à-dire qu'à l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen, la jambe est pliée à angle presque droit. Il m'a semblé qu'il existait dans le point d'union des fragments du tibia une certaine mobilité, mais le péroné me paraît solidement réuni. L'enfant, du reste, est dans un parfait état de santé. Que faut-il faire? La soudure, parfaite ou imparfaite, est cependant assez solide pour que la chance de réussir à redresser ce cal par un appareil simple soit très faible. Doit-on, dans ces conditions, recourir à une opération chirurgicale, scier les os et leur rendre leur rectitude normale? C'est là une opération grave, et j'ai dû en prévenir les parents.

M. GUERSANT. La Société de chirurgie a eu plusieurs fois à examiner des cas de ce genre, et un entre autres présenté par moi et opéré par M. Malgaigne. La mort a été la conséquence de cette opération. La fracture était située à la partie moyenne de la jambe. Plusieurs de nos collègues étaient, comme moi, opposés à l'opération, et j'avoue que j'éprouve de véritables regrets d'avoir cédé aux observations de M. Malgaigne et de lui avoir confié le soin de pratiquer l'opération lorsque j'y étais complétement opposé.

La petite malade de M. Robert offre avec la mienne la plus complète analogie, et mon opinion reste la même. Je repousse l'opération proposée, malgré les faits qui démontrent qu'elle n'est pas toujours mortelle. Je dois même dire que dans un cas je l'ai pratiquée impunément sur un enfant de quatre ans.

La malade de M. Robert marche assez bien, et il faudrait s'en tenir à un moyen orthopédique simple.

M. LARREY. Je partage les opinions pleines de réserve émises par M. Guersant ; mais cependant ne serait-il pas possible de prendre un terme moyen entre l'opération grave que l'on repousse avec raison et le traitement simple par les bandages ou appareils? Je veux parler de la rupture du cal. On aurait soin d'appliquer préalablement, avant cette rupture, un appareil orthopédique disposé de façon à garantir les os d'une fracture dans le reste de leur étendue, et pouvant servir ensuite à la coaptation du cal redressé.

M. LABORIE. Je ferai observer que le redressement d'une fracture consolidée ainsi depuis longtemps à angle presque droit ne peut s'obtenir qu'en enlevant une partie du coude formé par la réunion des fragments ; car, même après cette résection, on éprouve la plus grande difficulté pour ramener le membre dans sa rectitude. J'ai vu M. Jobert pratiquer cette opération à l'hôpital Saint-Louis sur un adulte, et le redressement n'a pu être que très incomplétement obtenu. Le malade a, du reste, succombé aux suites de l'opération.

M. RICHARD. Lorsque l'on a détruit la fausse articulation, il est très difficile de s'opposer au raccourcissement du membre. Pour remplir ce but, j'ai eu recours, il y a une dizaine de jours, au procédé suivant : j'ai fait, par une dissection attentive, un manchon du périoste offrant environ 2 centimètres en haut et en bas, et j'ai réuni cette espèce de gaîne sans mettre les extrémités osseuses en contact, comptant sur la sécrétion du périoste pour combler l'intervalle qui les sépare.

M. GERDY. J'ai vu avec soin la malade dont il est question, et tout en repoussant la résection, je ne suis pas d'avis de renoncer à un traitement. Je pense qu'avec un appareil mécanique convenablement approprié on pourra redresser le cal, et le succès qu'on obtiendra peut-être n'aura fait courir aucune mauvaise chance à l'opérée.

Quant à l'opération sanglante, comme je l'ai dit, je la repousse, et à ce propos je vous rappellerai un fait qui m'a particulièrement frappé.

Un gendarme, en 1830, eut l'humérus fracturé par un coup de feu. Malgré l'excellente constitution de cet homme, malgré tous les soins qu'il reçut, la fracture ne se consolida pas. Il était décidé, pour guérir, à subir n'importe quelle opération, mais je refusai de céder à ses obsessions sur ce sujet. Convaincu de la gravité d'une action chirurgicale dirigée sur l'extrémité des fragments, je lui exposai tous les accidents qui seraient la conséquence de cette opération, et je l'engageai à remédier tant bien que mal à son infirmité par un bandage de cuir épais appliqué sur le membre fracturé.

J'étais parvenu à convaincre ce malheureux, lorsque le choléra étant survenu, mon service de chirurgie fut consacré tout entier aux malades atteints par l'épidémie. Ainsi que je le craignais, mon blessé fut admis dans un service voisin, et il oublia bien vite mes sages observations. Une première opération lui fut pratiquée sur l'extrémité du fragment, et les accidents terribles qui la suivirent en amenèrent une seconde non moins malheureuse, la désarticulation du bras. Peu de jours après, il succombait.

M. MAISONNEUVE partage l'avis de M. Larrey ; il tenterait de briser le cal et repousserait la résection. Les moyens orthopédiques seuls seraient insuffisants.

M. ROBERT a essayé en vain de rompre le cal.

M. GUERSANT. Je tiens bien à préciser mon opinion. Je repousse la résection ; mais je suis d'avis de tenter la rupture du cal, réservant l'application de l'appareil orthopédique simple si cette rupture ne pouvait être obtenue.

— Le procès-verbal étant lu et adopté, M. Vidal prend la parole en ces termes :

Messieurs, dans la discussion sur la syphilis, je n'ai voulu intervenir que de deux manières en traitant du double chancre et du double virus. Une question de thérapeutique s'est élevée consécutivement, je me suis absolument abstenu d'y prendre part. Ainsi tout ce qui a été dit sur mon traitement je ne l'ai point dit, je n'en suis nullement responsable.

Suite de la discussion sur les fractures de la rotule. — M. CHASSAIGNAC revient sur l'opinion qu'il a émise relativement à la manière dont le mouvement se transmettait par les tissus fibreux latéraux lorsque la réunion des fragments de la rotule était constituée par un tissu aussi long, aussi peu résistant que celui dont on pouvait constater la présence sur le malade de M. Larrey.

M. GIRALDÈS a vu de nombreux exemples de réunion de fragments de la rotule par des ligaments fibreux d'une grande longueur. Ainsi il a vu plusieurs fois ce tissu intermédiaire avoir 10 et 12 centimètres d'étendue.

M. GERDY a publié dans son *Traité des bandages*, il y a vingt-cinq ans, une observation de fracture de rotule avec un écartement de cinq travers de doigt ; le malade marchait bien et pouvait sans fatigue faire sept lieues dans sa journée. Il est incontestable, ainsi que l'a fait très bien observer M. Chassaignac, que dans ces cas une bonne partie de la solidité du membre est due aux expansions fibreuses latérales ; et, parmi ces faisceaux fibreux, il en est de spéciaux s'attachant à une tubérosité saillante sur le condyle externe du tibia, tubérosité qui ne se trouve pas décrite par les ostéologistes.

M. MAISONNEUVE. Personne ne songe à contester la présence du tissu fibreux intermédiaire aux fragments, et je pense comme M. Chassaignac qu'il est souvent insuffisant pour expliquer convenablement la conservation des mouvements du membre. Cependant quelquefois le trop grand écartement des fragments empêche la marche. Ainsi, j'ai dans ce moment un malade sur lequel j'ai dû pratiquer une opération pour remédier à l'impotence déterminée par une fracture de rotule réunie par un tissu trop long et pas assez résistant. Après avoir échoué en employant les griffes de M. Malgaigne sans mettre la rotule à nu, e me suis décidé à inciser les téguments et à employer cet instrument sur les fragments ainsi découverts ; l'écartement était de 12 centimètres.

M. CHASSAIGNAC tient à bien établir qu'il n'a jamais prétendu que les fractures de la rotule ne se réunissaient pas par un tissu fibreux intermédiaire ; il a voulu seulement dire que ce moyen d'union lui paraissait dans beaucoup de cas, surtout lorsqu'il y avait un grand écartement, insuffisant pour expliquer le rétablissement des mouvements.

M. BOINET cite un fait d'atrophie presque complète de la rotule, consécutive à une luxation survenue à l'âge d'un an ; néanmoins la marche est facile.

M. LARREY, en présentant son malade, a voulu démontrer la disposition lamellaire du tissu extensible intermédiaire aux fragments et le mécanisme des mouvements articulaires favorisés par les expansions fibreuses des côtés de la rotule fracturée.

M. MICHON a été frappé des différences fondamentales qu'il a rencontrées dans des cas qui se présentaient dans des circonstances en apparence absolument identiques ; et en voyant certains malades marcher avec facilité, malgré un énorme écartement des fragments rotuliens, j'étais disposé à partager les opinions de M. Chassaignac et à admirer comme M. Gerdy les ressources de la nature pour remédier aux accidents en apparence les plus sérieux.

Mais après avoir vu surtout deux malades marcher très bien avec un écartement de plusieurs centimètres, j'ai été appelé, il y a sept ou huit ans, à donner des soins à un malade qui avait eu une fracture de la rotule, et sur lequel le tissu intermédiaire avait été plusieurs fois rompu. Ce malade était estropié, et la marche était impossible, si ce n'est à reculons. Il faut donc admettre que dans certains cas, si l'os n'est pas solidement réuni soit médiatement, soit immédiatement, la marche est impossible.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Rippoll, chirurgien adjoint de l'Hôtel-Dieu de Toulouse, écrit pour obtenir le titre de membre correspondant. A l'appui de sa candidature, il adresse un mémoire *Sur les causes, le diagnostic et le traitement des ulcérations de l'utérus.* (Commission : MM. Giraldès, Follin, Cazeaux.)

— M. le docteur Arsène Drouet adresse pour le concours du prix Duval deux exemplaires de sa thèse, *Des plaies et des hémorrhagies traumatiques de la main.*

— MM. Denonvilliers et Gosselin font hommage de la treizième livraison du *Compendium de chirurgie pratique.*

— M. Larrey présente de la part de M. E.-L. Bertherand (de Lille), ex-chirurgien militaire, un travail manuscrit, intitulé *Recherches sur la luxation sacro-iliaque*, et un ouvrage imprimé sur la *Médecine et l'hygiène des Arabes.* M. Bertherand demande le titre de membre correspondant. (Commission : MM. Robert, Chassaignac, Larrey.)

LECTURE.

M. MARJOLIN donne le résumé suivant d'un travail de M. Goyrand (d'Aix) *sur les différentes méthodes de traitement des rétrécissements de l'urètre.*

Messieurs, l'intéressant travail que M. Goyrand (d'Aix) vous a adressé sur les différentes méthodes de traitement des rétrécissements de l'urètre a eu pour point de départ la communication faite au sein de la Société, dans la séance du 22 août, par M. Bonnet (de Lyon).

Suivant l'honorable chirurgien d'Aix, rien ne serait moins fait pour rallier à l'urétrotomie les praticiens qui lui sont opposés que l'exposition de cette méthode exceptionnelle, qui comprend, outre de nombreuses et larges incisions, la cautérisation énergique avec le fer rouge des trajets fistuleux ; il repousse ce mode d'opération, parce qu'il est persuadé qu'on peut obtenir la guérison par des moyens plus doux et tout aussi sûrs.

La thérapeutique des rétrécissements de l'urètre, dit notre collègue, est entrée dans une voie nouvelle ; il importe donc de mettre chaque méthode à son rang et de déterminer avec soin les indications qui la réclament. M. Goyrand reconnaît les avantages de la dilatation dans la plupart des rétrécissements de l'urètre ; mais il croit cependant qu'il y a des cas où elle est insuffisante et où il faut recourir à l'urétrotomie. Est-ce à dire qu'il faille toujours en venir là ? Non, ce n'est pas sa pensée. Il ne veut pas, à l'exemple des chirurgiens qui ont imaginé, modifié ou adopté une méthode de traitement, être trop exclusif ; c'est s'exposer à tomber dans des exagérations et à s'éloigner de la vérité.

Après ces réflexions, il passe en revue chaque méthode ; il revient sur les cas dans lesquels la dilatation seule a suffi, puis il rappelle les bons effets que l'on peut obtenir de la cautérisation dans des rétrécissements peu dilatables, en employant simultanément de loin en loin des sondes d'un fort calibre. Notez bien que l'auteur de ce travail ne veut pas pour cela soutenir les propositions de Mayor (de Lausanne) ; pour lui ce ne sont que des paradoxes. En passant en revue des méthodes il base son opinion sur des faits, et c'est parce qu'il a reconnu qu'il y a des cas où la dilatation est insuffisante, impossible, qu'il pose en principe qu'il est des circonstances où l'urétrotomie est indiquée, et alors ce ne sont plus de simples mouchetures qu'il faut pratiquer, mais des incisions de toute l'épaisseur de la paroi de l'urètre, prolongées en avant et en arrière du rétrécissement.

Après l'exposé de ces généralités, M. Goyrand rapporte une observation dans laquelle il parvint à guérir par l'urétrotomie et la dérivation des urines, au moyen d'une canule à demeure, un malade qui depuis longues années était atteint d'un rétrécissement de l'urètre compliqué de nombreuses fistules urinaires qui avaient persisté malgré l'emploi de sondes à demeure.

Cette opération compliquée, et qui fut suivie au bout de quelques mois d'un plein succès, avait consisté :

1° En une incision très étendue des tissus indurés du périnée ;

2° Une incision de la paroi inférieure de l'urètre comprenant presque toute la partie périnéale de la portion spongieuse, toute la portion membraneuse et la partie inférieure de la portion prostatique du canal ;

3° L'introduction dans la vessie par l'incision périnéale d'une canule qui a été laissée à demeure, et qui a servi à dériver les urines pendant près de deux mois.

Dans cette opération, M. Goyrand a divisé le rétrécissement de la peau vers l'urètre comme le fait M. Syme ; à l'exemple de M. Raybard, il a prolongé l'incision à une assez grande distance en avant et en arrière du point rétréci. C'était le moyen d'obtenir une cicatrice plus large, et par conséquent un élargissement plus considérable du point rétréci du canal. Enfin la grande incision périnéale et la canule à demeure rappellent l'opération décrite par Boyer et que ce chirurgien conseillait, après Ledran, dans les cas de fistules urinaires qui ne cédaient pas à la dilatation du canal et à l'incision des trajets fistuleux. Seulement Ledran et Boyer incisaient le col de la vessie, et M. Goyrand s'est arrêté devant cet orifice, bien convaincu, comme M. Vidal (de Cassis), de l'inutilité de son incision en pareil cas.

Le secrétaire de la Société, E. LABORIE.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le docteur Lautard, secrétaire perpétuel de l'Académie de Marseille, correspondant de l'Institut de France et membre d'un grand nombre de Sociétés savantes, vient de mourir à l'âge de quatre-vingt-sept ans.

— On annonce que le choléra vient de paraître au Brésil. Jusqu'à présent, assure-t-on, le choléra n'avait point dépassé, en Amérique, la ligne équatoriale, et jusqu'en 1850 il en avait été de même de la fièvre jaune. En 1850, la fièvre jaune franchit les vastes provinces du nord du Brésil et envahit même celles au sud de Rio-Janeiro ; en 1855, le choléra aurait franchi à son tour les mêmes espaces.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Compendium de chirurgie pratique, ou Traité complet des maladies chirurgicales et des opérations que ces maladies réclament, commencé par MM. les professeurs A. BÉRARD et C. DENONVILLIERS, continué, à compter de la huitième livraison, par MM. C. DENONVILLIERS, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, etc., et L. GOSSELIN, ancien chef des travaux anatomiques et agrégé libre de la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Cochin, etc. La 13e livraison contenant la fin des Maladies des yeux et les Maladies des oreilles vient de paraître. Prix : 3 f. 50 c. à Paris, et 4 fr. FRANCO par la poste. — Chez Labé, place de l'Ecole-de-Médecine.

LE GÉRANT.
Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8

N° 119. — JEUDI 11 OCTOBRE 1855. (28e ANNÉE.) N° 119. — JEUDI 11 OCTOBRE 1855.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 10 OCTOBRE 1855.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie de médecine a entendu deux rapports de M. Piorry, sur quatre qu'il se proposait de lire. Le second de ces rapports a provoqué un commencement de discussion, ou plutôt un échange d'explications entre M. Piorry et M. Bouillaud, qui commençaient à tourner à l'aigre lorsque l'Académie y a mis terme.

Une discussion qui pourrait bien prendre d'amples proportions a surgi aussi à l'occasion de la lecture d'un mémoire de M. Bouvier sur un perfectionnement et une simplification du séton, tant il est vrai qu'en médecine il n'y a pas de petits sujets, et que des plus infimes détails de la thérapeutique aux plus graves questions de médecine pratique il n'y a souvent que l'épaisseur d'un syllogisme. Voici un sujet qui a une ophthalmie chronique : je lui applique un séton à la nuque, il guérit; donc le séton guérit l'ophthalmie chronique. Tel est à peu près le sens de la communication de M. Bouvier (nous mettons à part le point de perfectionnement qui, en face de cette question, devient secondaire); et il faut convenir que les trois quarts peut-être des méthodes thérapeutiques ne reposent pas sur une démonstration plus rigoureuse.

Mais où est la preuve, dit M. Malgaigne, que c'est le séton qui a guéri cette ophthalmie? Qu'est-ce qui prouve que la guérison n'est pas le résultat des divers moyens mis concurremment en usage, ou peut-être l'effet seul du temps? Qui sait même si le séton n'a pas été plus nuisible qu'utile, et si le malade n'eût pas guéri plus vite sans l'intervention de ce moyen? M. Malgaigne veut en savoir bien long. A part quelques rares agents thérapeutiques dont l'action est aussi rigoureusement démontrée qu'une chose puisse l'être en médecine, nous ne savons trop combien de méthodes résisteraient à une enquête de cette nature. Cependant, si l'Académie, prenant au sérieux le travail de M. Bouvier et les observations de M. Malgaigne, saisissait cette occasion d'approfondir la question de thérapeutique soulevée, et que, suivant cette louable initiative, d'autres membres vinssent successivement soumettre au même mode d'enquête les diverses méthodes qu'ils auraient plus particulièrement expérimentées, nous n'aurions que des grâces à rendre à M. Malgaigne pour ses indiscrètes questions. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

Des angines (1).

Nous avons étudié dans les précédentes conférences le mode d'invasion des lésions locales; nous les avons vues successivement atteindre le pharynx, le nez, le larynx.

Nous sommes entré dans de grands détails au sujet du traitement, et l'opération de la trachéotomie nous a longuement défrayé. Il nous reste maintenant à parler des autres lésions survenant dans la diphthérie.

Je vous ai raconté le fait de ce jeune enfant de la rue Vivienne, qui guérit de son croup en rendant de fausses membranes tubulées que j'ai pris soin de vous faire voir, mais qui succomba épuisé par un malencontreux vésicatoire placé sur le devant de la poitrine. Il s'étendit en longueur, en largeur et en profondeur et se recouvrit de diphthérie. Toutes les fois que vous êtes appelé auprès d'un enfant dans la période extrême du croup, vous êtes sûr de trouver des vésicatoires sur la poitrine ou aux cuisses, déplorable médication qui entrave la marche de la maladie et entraîne la mort. La propagation des fausses membranes au larynx ne réclame point d'intervention chirurgicale externe, d'application d'exutoires; cette façon de procéder n'est pas seulement irrationnelle, mais absurde. Le médecin qui voit l'inflammation diphthérique gagner le larynx et qui ouvre la veine ou pose des sangsues, ne fait rien de bon à coup sûr, mais il procède au moins avec logique. S'il couvrait son petit malade de vésicatoires dès qu'il y a enrouement, et comme moyen préventif, on pourrait peut-être excuser une aussi pitoyable chose; mais jamais cela ne se passe ainsi, et le vésicatoire n'est appliqué que quand la fausse membrane est formée, et toujours en désespoir de cause, alors qu'on ne sait plus que faire et que l'on se voue à tous les saints. Le dentiste qui, pour extraire une dent, placerait un emplâtre sur la nuque de son client, aurait la consolation de se dire à lui-même que faute de bien il n'a point fait de mal. Mais en est-il de même pour vous? Qu'espérez-vous de votre vésicatoire? Eteindra-t-il l'inflammation? détruira-t-il la fausse membrane? Non; mais il se recouvrira, *lui*, de fausses membranes, et autant de vésicatoires vous aurez mis, autant de nouvelles productions diphthériques auxquelles vous aurez donné accès. Vous voilà désormais empêtré par cette dangereuse complication; la résorption se fait, la cachexie diphthérique arrive, et l'enfant est tué par le vésicatoire. N'en appliquez jamais. Si vous vous êtes trompé, si vous avez pris un pseudo-croup pour une véritable diphthérie, ou plutôt une véritable diphthérie pour un pseudo-croup, cas auquel le vésicatoire est indiqué, intervenez avec une médication cathérétique, crayonnez le derme deux ou trois fois par jour, et la surface du vésicatoire se détergera. Pansez avec du cérat calomélisé ou mêlé à de la ratanhia, saupoudrez avec du sucre et du calomel, c'est un moyen encore excellent; mais prenez bien garde, si le malade a déjà fait usage du calomel à l'intérieur, qu'il ne survienne une salivation inquiétante ou même une stomatite hydrargyrique. Les autres parties de la peau devront être attaquées par le crayon, le sulfate de cuivre; et s'il y a sphacèle, je vous conseille d'avoir recours à une mixture de ratanhia et d'albumine. En tannant la peau, en modifiant la douleur, vous arrêterez quelquefois les progrès du mal; mais habituellement, dans les cas de sphacèle, vous ne tarderez pas à voir succomber vos malades.

Le traitement de la diphthérie grave, de celle qui a si soudainement précipité dans la tombe MM. Blache fils et Valleix, est inefficace, complétement impuissant, bien que j'aie pu recueillir deux observations de guérison, l'une chez une jeune Américaine, il y a deux ans, l'autre chez une autre jeune fille, il y a quinze mois. Quand vous voyez la diphthérie se propager du pharynx aux fosses nasales, le pouls devenir d'une horrible fréquence, les ganglions cervicaux s'engorger, attendez-vous à une issue fatale, à moins que dans quelques occasions très heureuses mais tout à fait exceptionnelles, vous n'arriviez encore à temps. Il vous faudra alors être armé d'une médication de la plus sauvage énergie. Chez la jeune Américaine, nous cautérisions avec le nitrate d'argent trois ou quatre fois par jour, nous insufflions de l'alun en poudre, faisions des injections d'alun dans le nez, administrions à l'intérieur du sulfate de quinine, des infusions de café mélangé à du sulfate de quinine, des alcooliques, et la forçions à prendre des aliments. Elle a pu survivre, mais vous vous souvenez des accidents qui ont marqué sa convalescence.

La seconde jeune fille, qui a également guéri, se montrait si prodigieusement rebelle à tout traitement que, pour lui ouvrir la bouche, nous étions obligés de la faire tenir par des aides vigoureux et de lui poser nous-même un genou sur la poitrine. Grâce à l'azotate d'argent, au sulfate de quinine, au quinquina, au bouillon, nous l'avons sauvée; mais toutes les fois que vous serez mandé auprès de pareils malades, attendez-vous à échouer, à moins d'un traitement d'une violence brutale et, je répète le mot, d'une *sauvage énergie*.

Est-il toujours facile de distinguer une diphthérie pharyngienne d'une affection couenneuse non diphthéritique? Non, et chez les enfants c'est fort peu commode. On a dit que c'était impossible jusqu'à un certain point, mais je ne le crois pas. On a prétendu encore que la solution de nitrate d'argent (1 partie pour 3 parties d'eau distillée) pouvait donner lieu à une véhémente phlegmasie sur le point où elle était appliquée, que les insufflations d'alun pouvaient produire les mêmes effets; mais cela n'est pas exact le moins du monde. Les membranes muqueuses buccale, pharyngienne, stomacale sont des membranes *patientes*, comme est *patiente* la peau des mains et des pieds; le Créateur l'a ainsi voulu, et ce n'est pas sans motifs. La cautérisation dans l'angine folliculeuse ou granuleuse est, il est vrai, d'une fort désagréable saveur, elle peut amener pendant une demi-heure un peu de constriction du pharynx, mais en fait d'accidents sérieux, la solution de nitrate d'argent, même très concentrée, n'est point susceptible d'en amener. J'ai fait, vous le savez, mes réserves au sujet du crayon.

Votre diagnostic est-il épineux? êtes-vous dans le doute? Pourquoi ne pas employer cette médication, puisqu'elle est hors de tout danger? De cette façon, et avec une longue pratique, vous en arriverez à ne plus perdre, comme moi, un seul enfant de la diphthérie. Quand un cheval boite de l'épaule, on le déferre; eh bien! quand un enfant est malade, qu'on est indécis sur ce qu'il peut avoir, il faut regarder la gorge. Armé de votre alun, de votre nitrate d'argent, vous écraserez ainsi dans son œuf la tête du serpent. Evidemment, lorsque des confrères vous appelleront auprès de petits malades alités depuis cinq ou six jours et menacés d'un moment à l'autre de suffocation croupale, vous ne pourrez que les regarder mourir; mais quand vous serez mandé au début, que vous constaterez de la fièvre, occupez-vous de suite de la gorge.

Le pseudo-croup tel que l'a décrit Hôme est précisément celui qui a été, jusqu'à M. Bretonneau, connu sous le nom de croup. C'est une maladie subite, violente, qui frappe très fréquemment les enfants; tandis que le véritable croup est rare.

Un enfant, pendant toute la soirée, a joué au dehors, à l'air, dans la campagne; il rentre aussi gai que d'habitude, soupe avec appétit et se couche bien portant. De onze heures du soir à minuit ou à une heure du matin, il se réveille et est pris d'une toux extraordinaire. La toux croupale, connue des familles les moins initiées à l'art de la médecine, saisit tout le monde d'épouvante; on s'empresse autour de l'enfant, qui parfois a des accès de suffocation qui en imposent et dont la peau est chaude et halitueuse. Les accidents s'apaisent, puis se reproduisent, se calment encore pour réapparaître bientôt. Au milieu de ces péripéties, le médecin entre. L'anxiété est sur tous les visages; la toux du malade est rauque, très bruyante, se répète avec une extrême fréquence, la fièvre ardente.

Qu'a-t-il donc? Le pseudo-croup, le croup d'il y a trente ans.

A l'occasion de la mort du prince Napoléon Bonaparte, frère de l'empereur actuel, Napoléon Ier institua un grand prix. Il devait être décerné à l'auteur du meilleur mémoire sur le croup. Cette question intéressait d'autant plus l'empereur que la reine Hortense était affectée de diphthérie gingivale et l'impératrice Joséphine de diphthérie pharyngienne. Les ouvrages envoyés au concours avaient tous trait au faux croup et ne parlaient que très accessoirement ou point du tout du véritable croup. Les auteurs de ces mémoires guérissaient le croup huit ou neuf fois sur dix avec un vomitif, des sangsues, du sirop de sulfure de potassium, mais, je vous l'ai dit, M. Bretonneau est venu nettoyer cet étable d'Augias.

La laryngite aiguë, le pseudo-croup, est-il sans péril? Gardez-vous bien de le croire.

En 1836, je fus en toute hâte mandé au collége de Juilly auprès d'un jeune créole. A neuf heures du matin, un exprès partit pour me prévenir; je pris des chevaux de poste, arrivai à deux heures; le malade avait succombé à midi.

A son lever, il avait prévenu le principal qu'il souffrait un peu de la gorge. Le médecin du collége lui posa des sangsues et le fit vomir, puis m'envoya chercher. Comme l'élève à mon arrivée était bien mort, que son cadavre d'ailleurs était déjà presque froid, nous fîmes avec un bistouri une incision à la peau et enlevâmes le larynx. Nous trouvâmes une énorme tuméfaction des cordes vocales et à peine quelques fausses membranes. Ce jeune créole avait été tué par une laryngite aiguë.

Abstenez-vous de porter un pronostic trop favorable et de vous prononcer ouvertement sur l'innocuité du pseudo-croup; j'en ai vu plusieurs cas donner lieu à une tuméfaction considérable du cou et se terminer par la mort.

Il y a neuf ans, à l'hôpital Necker, dans le service de M. Bricheteau, un homme entra à dix heures du soir; il venait d'être trouvé par la police ivre et couché sur l'esplanade des Invalides. Il fut apporté mourant; une laryngite aiguë ayant été constatée, l'opération de la trachéotomie fut pratiquée sur-le-champ et suivie d'un plein succès.

Ainsi le pseudo-croup peut tuer, mais les observations en sont rares.

Mon fils l'a eu deux fois, ma fille trois fois et mon petit-fils, âgé seulement de trois ans, en a éprouvé trois atteintes. En pareil cas, voici ce que je conseille : je fais prendre l'enfant dans le lit de la mère et le laisse bien chaudement *couver* par elle pendant un certain temps. Je recommande toujours que l'enfant soit tendrement consolé, afin qu'il ne crie pas. Au bout d'un certain temps, une

(1) Fin. — Voir les nos des 24, 30 juillet; 28 août; 6, 18 septembre et 2 octobre.

abondante transpiration survient et tout est dit. Mon petit-fils a été pris pendant huit nuits de suite, il y a deux mois, d'un accès violent de faux croup. En général, après une attaque, il faut presque s'attendre à en voir arriver une autre la nuit d'après.

La guérison est peut-être obtenue un peu plus tôt au moyen de l'émétique ou de l'ipécacuanha. Ces agents produisant de la diaphorèse et de la prostration, peuvent en effet contribuer à éteindre promptement l'inflammation. Une application de sangsues, un vésicatoire soulagent aussi beaucoup. Tout ce que vous mettrez en œuvre contre une attaque de pseudo-croup le plus souvent guérira... même l'homœopathie! S'il vous arrivait de voir tout à coup les accès prendre des allures d'une intensité insolite, n'hésitez jamais à plonger le couteau dans la gorge. Le pseudo-croup n'est quelquefois que le commencement de l'inflammation du larynx et des bronches; que le début de cette affection qui épargne si peu, dont je vous ai tracé l'histoire (1), du catarrhe péripneumonique. Quoique le pseudo-croup guérisse spontanément, habituez-vous à le regarder comme une maladie grave.

Le croup diphthérique commence par une petite toux; elle devient rauque, éclatante, puis rare et éteinte, si bien que lorsque vous arrivez vous ne constatez qu'une horrible oppression, de l'orthopnée, le creusement sternal, peu ou point de toux, une voix sifflante et métallique. Dans l'enchifrènement de la glotte, la laryngite aiguë ou pseudo-croup, la toux est très fréquente, très rauque, et la fièvre fort ardente, tandis que dans le vrai croup la pyrexie est assez faible.

A mesure que nous avançons dans ces conférences, je vous fais de plus en plus apprécier toute la valeur d'une question essentiellement vitale en pathologie et en thérapeutique. Vous savez déjà, en effet, que la spécificité est d'un indispensable secours, et que sans elle, ainsi que je vous l'ai dit, le médecin ne fait que suivre le sillon routinier du plus aveugle empirisme.

(1) Voir la *Gazette des Hôpitaux* du 5 juillet.

REMARQUES SUR LES PRÉSENTATIONS DU FOETUS,

en réponse aux objections de M. le Dr Mattei,

par M. Edouard Godriet.

Je m'empresse de répondre aux objections que M. le docteur Mattei a bien voulu adresser ces jours derniers à mes articles sur les présentations du fœtus, et en particulier sur celles du sommet.

Tout d'abord je suis obligé de rectifier un fait. L'opinion que j'ai soutenue n'était pas *déjà* la plus généralement admise. Je suis parti d'un principe qui ne m'appartient pas, et je me suis empressé de le reconnaître à deux fois différentes en citant l'auteur. J'ai mis à profit cette notion connue depuis longtemps (je l'ai dit encore), que la tête prend, en général, le diamètre oblique gauche comme le plus grand; mais ce qu'on n'avait pas expliqué de la même façon que moi, c'est la cause de la position de l'occiput généralement en avant. On n'avait pas davantage comparé ces deux ordres de faits pour expliquer non pas la fréquence d'une ou deux positions, mais la fréquence relative de toutes les positions du sommet, telle qu'on la connaissait de fait par la statistique des accouchements.

Cela posé, j'arrive à l'examen des objections. Après avoir exposé quelques détails anatomiques, M. Mattei rappelle cette circonstance, que pendant le travail de l'accouchement les cuisses demi-fléchies et tournées en dehors relâchent les muscles psoas, et que la tête refoule plus facilement ces muscles vers les extrémités du diamètre transverse que vers les extrémités postérieures des diamètres obliques. J'avoue que, si la position définitive du fœtus dans le sein de la mère se faisait au début de l'accouchement, la théorie de l'adaptation mutuelle se trouverait en défaut; mais il faut se souvenir que cette position définitive est de beaucoup antérieure à ce moment; qu'elle se fait alors que la femme n'a les cuisses ni plus fléchies, ni plus jetées en dehors qu'à l'état ordinaire. Il faut ne pas oublier non plus que pendant la durée de la gestation le diamètre transverse n'a pas les dimensions qu'il offre sur le squelette, et qu'il tend à prendre pendant l'accouchement. La présentation du fœtus étant déterminée par un travail lent et insensible qui fait adapter la tête et le détroit, les psoas font résistance, puisqu'ils ne sont pas écartés et relâchés comme à l'instant de la naissance, et la tête, en s'appuyant sur eux, les applique davantage sur les côtés du détroit abdominal, jusqu'à ce qu'elle se dévie pour prendre une direction plus favorable à son grand axe, je veux dire un des diamètres obliques que les psoas ne diminuent pas. Je vais plus loin. Si la tête se dirige obliquement pendant la grossesse, elle devrait, me dira-t-on, se placer transversalement quand le travail est commencé, c'est-à-dire quand l'écartement des psoas a augmenté sensiblement le diamètre transverse: cela est arrivé quelquefois. On a vu des présentations occipitales antérieures devenir transversales, devenir même occipitales postérieures. Tel est le fameux cas de Baudelocque, où la tête se présenta de tant de manières différentes; mais ces cas sont fort rares, et lorsque la tête est obliquement dirigée, elle y reste jusqu'à ce qu'elle accomplisse le mouvement de rotation.

Le second fait anatomique que l'on m'oppose est le suivant: la vessie serait déviée à gauche, d'où une diminution de diamètre oblique gauche. Que le col de l'utérus, qui se porte à gauche pendant la grossesse, tire un peu de ce côté la partie supérieure du vagin, que le vagin à son tour entraîne un peu la vessie en vertu de la connexion de ces deux organes, cela ne paraît guère facile à admettre. Cette déviation de la vessie doit être bien faible pour avoir échappé si longtemps à l'œil des observateurs; M. Mattei dit qu'elle est *un peu plus* dirigée du côté gauche; il n'est donc guère possible, à moins de cas pathologique, qu'elle se dévie au point de quitter la ligne médiane et de venir diminuer le diamètre oblique gauche en s'appliquant à son origine antérieure. D'ailleurs, serait-ce là un obstacle bien grand à l'adaptation de la tête? Je ne le pense pas. Le liquide contenu dans la vessie ne serait-il pas, en vertu de sa mobilité, rejeté vers la ligne médiane par une pression infiniment faible?

Ces faits anatomiques une fois réfutés, les corollaires vont s'écrouler d'eux-mêmes. Examinons-les.

« Les positions transverses devraient être plus fréquentes, et » non les obliques, comme cela a lieu. » Cela repose sur ce fait que le diamètre transverse serait toujours le plus grand; or je viens de m'expliquer à cet égard.

« L'occiput, qui est la partie la plus volumineuse, serait à droite, » où il y a plus d'espace libre qu'à gauche, où il est gêné par la » vessie et le rectum. » Qu'il soit gêné par le rectum, c'est précisément ce qui rend les positions suivant le diamètre oblique droit plus rares; mais qu'il soit gêné par la vessie, je viens de faire voir que cet organe ne pouvait au même titre diminuer la longueur du diamètre oblique gauche.

« Dans les présentations de la face, le front, qui est une partie » plus volumineuse que le menton, devrait se diriger à droite, et » non à gauche, comme cela a lieu. » Ce que je viens de dire tout à l'heure s'applique également à cette objection. Le diamètre oblique gauche n'étant diminué ni par le cœcum en arrière, ni par la vessie en avant, coïncidera avec la tête préférablement au diamètre oblique droit, et le front se placera plus souvent en avant, puisque la partie antérieure est la plus grande dans le bassin charnu.

« Dans les présentations du siége, continue M. Mattei, le diamètre bis-iliaque de l'enfant devrait se diriger le plus souvent » selon le diamètre oblique gauche du détroit, qui est le plus long, » tandis qu'il se dirige suivant le diamètre oblique droit, qui est » le plus court. » Pour résoudre cette objection, il faut se reporter aux causes des présentations de l'extrémité pelvienne. Parmi celles qu'on a données, la suivante a reçu la sanction de M. Velpeau et de Mme Lachapelle; Quand le fœtus flotte librement dans la matrice, il peut se faire que, dans quelques mouvements de la mère, la tête se porte en haut et qu'il se fasse une véritable culbute inverse de celle que les anciens accoucheurs admettaient pour expliquer la fréquence de la présentation céphalique. Si l'enfant est volumineux, il ne pourra repasser à travers les petits diamètres de l'ovoïde utérin que par un mouvement aussi énergique que le premier, et si ce mouvement n'a pas lieu, le fœtus présentera l'extrémité pelvienne.

Or, remarquons que la ligne bis-iliaque est perpendiculaire à la ligne occipito-frontale. En admettant que dans sa position primitive le fœtus eût le grand axe de la tête dirigé suivant le diamètre oblique gauche (n'est-ce pas en effet le cas le plus fréquent?), la ligne bis-iliaque devra, lorsque la culbute sera accomplie, prendre le diamètre oblique droit. Les diamètres obliques du détroit supérieur ne sont pas, il est vrai, tout à fait perpendiculaires entre eux, tandis que le grand axe de la tête et la ligne des hanches le sont exactement; mais les contractions utérines font le reste, et la coïncidence s'établit entre cette dernière ligne et la ligne oblique du bassin. Mais, dira-t-on, pourquoi les contractions lentes ne changent-elles pas ultérieurement la position du fœtus pour faire coïncider la ligne bis-iliaque avec le diamètre oblique gauche? Tout simplement parce que cela n'est pas nécessaire. Quoique rétréci par la présence du rectum en arrière, le diamètre oblique droit est aussi grand que la ligne bis-iliaque; cette ligne s'y adapte mieux qu'au diamètre oblique gauche, qui est trop grand et la retiendrait faiblement.

M. Mattei fait observer qu'en étudiant les attitudes naturelles du fœtus pendant la grossesse, on trouverait à cette époque la tête en première position. Je suis d'autant plus heureux de voir cette assertion qu'elle confirme ce que j'ai dit un peu plus haut; puisque la présentation est déterminée avant l'époque de l'accouchement, il est clair qu'il était inutile d'invoquer l'écartement des cuisses, le relâchement des psoas, etc., comme en pouvant être la cause; une fois établie, la présentation ne changera lors de l'accouchement que dans des cas très rares, tels que celui de Baudelocque, par exemple.

« La tête se tient en première position, dit M. Mattei, quoique » l'épaisseur de la vessie, le rectum, les muscles, les vaisseaux et » l'épaisseur des parois utérines donnent à ce détroit une forme » trop irrégulière et trop mobile pour qu'il puisse pincer la tête et » la retenir toujours dans la même position. » J'ai rejeté plus haut le prétendu rôle de la vessie; quant au rectum, aux psoas et aux vaisseaux, c'est précisément par l'irrégularité et les saillies qu'ils apportent dans la forme du détroit supérieur qu'ils déterminent telle présentation plutôt que telle autre; enfin, pour ce qui est de l'épaisseur des parois utérines, chacun sait que, très grande au niveau de l'insertion placentaire, elle est ailleurs moins grande que hors de l'état de gestation, surtout au voisinage du col, où la paroi est notablement plus mince: elle ne doit donc pas empêcher les irrégularités du détroit de se faire sentir à sa face interne et même au fœtus. Quant à cette mobilité trop grande, je ne vois pas où elle serait; le rectum est fixe, les psoas sont résistants.... Est-ce la mobilité de la paroi utérine? Mais, loin d'être défavorable, elle est même un adjuvant très efficace pour l'adaptation des parties fœtales et du détroit abdominal.

Tout est donc disposé pour retenir la tête dans la même position.

On me fait observer que parfois le sommet ne repose pas sur le détroit et se trouve cependant en première position. Que le sommet se trouve ainsi suspendu à une époque avancée de la gestation, cela me semble fort difficile; mais, sans repousser le fait, je dirai que dans ce cas il y aura eu des contractions préalables qui auront appliqué la tête sur le détroit, que la position se sera accomplie et se sera maintenue ensuite malgré l'interruption de l'adaptation.

Que la tête revienne d'une façon active à sa première position quand on lui imprime des mouvements, que, pour la changer d'une manière stable, il faille aussi changer le tronc de place, il n'y a rien là que de très naturel, et on aurait lieu d'être surpris qu'il en fût autrement, car ce serait admettre la possibilité d'une torsion du cou; ce serait ne pas rejeter comme impossible le mouvement de rotation de la tête indépendant de celui du tronc ou réciproquement, tel qu'on l'admettait avant les travaux de M. Gerdy.

J'arrive aux présentations du fœtus dans le cas de bassin vicié.

Il est clair que, si le bassin est tellement rétréci que sa forme diffère beaucoup de celle de la tête du fœtus, l'adaptation ne sera pas possible; il est clair aussi que la colonne vertébrale, quand elle est vivement courbée en avant, empêche encore l'adaptation de se faire; c'est alors qu'on aura ces cas difficiles où on a recours à de graves opérations, parce que le grand axe de la tête correspond à un petit diamètre; ce sont sans doute ces cas assez peu rares qui ont déterminé l'assertion du savant professeur, notre maître à tous, cité par M. Mattei. Mais quand le rétrécissement n'est pas exagéré, que la colonne vertébrale ne fait pas une très forte saillie, l'adaptation se fait généralement; c'est alors qu'on a un accouchement facile, parce que la position fait correspondre le grand axe à un grand diamètre.

On m'accorde qu'un rétrécissement antéro-postérieur permettrait à la tête de s'engager si elle était transversale, qu'un rétrécissement oblique lui permettrait de s'engager si elle était oblique. Cette coïncidence ne saurait être due au hasard; la fréquence des faits s'y oppose.

Il ne faut pas cependant repousser certaines exceptions. Ne cite-t-on pas des exemples où des accouchements, tantôt heureux, tantôt difficiles, ont été observés chez la même femme affectée de rétrécissement du bassin?... et cela dépendait de la façon dont le fœtus se présentait. Comme quelquefois la couche difficile a précédé la couche heureuse, je ne dirai pas que ces femmes pouvaient avoir eu un rétrécissement postérieur à leur premier accouchement, comme dans les cas observés par Nægelé.

Il est donc hors de doute que dans un certain nombre de cas de rétrécissement la présentation ne se fait pas suivant la règle; mais, malgré ces exemples, on n'en doit pas moins croire que l'adaptation tend à se faire et se fait *en général* quand elle est possible.

Telle est ma réponse aux objections que M. Mattei a bien voulu m'adresser.

Je suis convaincu que les présentations du fœtus ne dépendent pas uniquement d'une seule cause, car un phénomène de cette importance a toujours une étiologie complexe. Qu'il me soit permis de faire une comparaison tirée de la physiologie: Si les bruits du cœur sont dus à des causes multiples, dont la principale est le claquement réciproque des valvules, on ne peut nier l'influence de la contraction musculaire du choc du sang contre les parois, etc.; de même dans les présentations, si la colonne vertébrale contribue à diriger obliquement le tronc, d'où il résulte une obliquité inverse de la tête, si la forme de l'utérus n'est pas non plus indifférente, il ne faut pas moins reconnaître que la principale cause est l'adaptation des parties du fœtus et du détroit supérieur.

EMPLOI DE L'ALUN

dans le traitement des maladies des organes génitaux de la femme.

Par M. Gautier.

Dans un travail publié dans le *Recueil des travaux de la Société médicale de Genève*, M. le docteur Gautier s'est proposé de résumer ce que l'expérience d'une année passée à l'hôpital de Lourcine lui a appris sur l'action de l'alun dans le traitement des maladies des organes génitaux chez la femme. Voici les principaux faits énoncés dans ce travail.

L'alun a été appliqué sur les muqueuses utérine et vaginale de plusieurs manières différentes;

1° En saupoudrant simplement le vagin avec l'alun pulvérisé;

2° En introduisant au fond de cet organe un tampon de coton cardé de la grosseur d'une noix, contenant dans son centre la valeur d'une petite cuiller à café de poudre d'alun;

3° Au moyen de mèches de charpie de grosseur variable enduites de pommade alumineuse;

4° Enfin en solution et à doses variables.

De même que tous les astringents, ce remède diminue l'afflux du sang dans les capillaires de ces membranes; il resserre la muqueuse sur elle-même, diminue la sécrétion, enfin coagule les mucosités qui la recouvrent et la dépouillent de son épiderme.

Il va sans dire que l'intensité de ces effets varie suivant le mode d'administration et la dose d'alun employée: avec des injec-

tions alumineuses faibles, c'est à peine si l'on voit une mince fausse membrane se détacher de la surface de la muqueuse ; la constriction du vagin et la diminution de sécrétion ont lieu également, mais à un faible degré.

Avec la mèche enduite de pommade, l'effet immédiat est plus marqué ; mais bientôt l'axonge se fond et entraîne la poudre qui y est incorporée.

La poudre projetée sur la muqueuse agit avec plus d'intensité et de durée, parce que, déterminant elle-même la sécheresse de l'organe, elle s'échappe assez difficilement hors de la vulve.

C'est avec le tampon sec qu'on exerce l'attriction au plus haut degré : le resserrement de la cavité vaginale est alors tel qu'il faut renoncer à y introduire le plus petit spéculum, et que même le toucher est très difficile et assez douloureux ; les lambeaux blancs dont il a été question sont épais et ressemblent à des morceaux de carton mâché ; ils se détachent facilement après quelques injections d'eau froide, et la muqueuse reste au-dessous d'une coloration rose, granulée.

Chacun de ces phénomènes disparaît assez promptement une fois l'agent enlevé, en sorte que, pour obtenir des effets durables, il ne faut pas laisser de longs intervalles entre les applications.

Voici maintenant quelles sont les applications thérapeutiques que M. Gautier a faites ou a vu faire aux nombreuses maladies des organes sexuels de la femme.

En fait de maladies de la vulve, c'est pour les végétations peu volumineuses que l'alun a été employé avec le plus de succès. Il faut l'appliquer en poudre et renouveler souvent cette application. Comme les végétations siégent uniquement dans l'épiderme, l'alun déterminant le soulèvement et l'élimination de cette partie de la peau, il s'ensuit que les condylomes se détachent en même temps.

Dans l'espèce de vaginite la plus fréquente, la blennorrhagie, l'alun en injections doit être employé de préférence à tous les autres médicaments astringents et dans toutes les périodes du mal, mais seulement aussi comme adjuvant de la solution concentrée de nitrate d'argent, dont l'effet est plus prompt, plus sûr et fort peu douloureux dans la plupart des cas.

Dans l'intervalle des cautérisations, la muqueuse prend une couleur plus pâle, un aspect lisse, devient sèche, et une mince pellicule demi-transparente s'exfolie à sa surface. En continuant le remède longtemps après que tout symptôme a disparu, on obtient une guérison complète.

Les végétations du vagin s'enlèvent avec l'alun aussi facilement que celles de la vulve, et comme leur extirpation serait fort difficile, l'utilité de ce remède est ici incontestable. Il faut employer dans ce cas les injections à forte dose ou la poudre.

Dans les affections de l'utérus, et en particulier dans les inflammations granuleuses ou ulcéreuses de la surface externe du col, ce remède ne vient qu'en seconde ligne, et après les caustiques ; mais, employé en injections, il coagule les mucosités qui revêtent le museau de tanche, et modifie avantageusement les surfaces malades ; c'est encore la meilleure injection à employer dans l'intervalle des cautérisations.

C'est spécialement pour les cas de catarrhe utérin que M. Gueneau de Mussy avait imaginé l'introduction de la petite mèche enduite de pommade alumineuse et introduite dans la cavité du col. Cette affection, dont le symptôme principal est un écoulement très visqueux, jaune-grisâtre, abondant, et qui s'échappe continuellement en glaires épaisses de l'orifice utérin, ayant son siége spécial dans la cavité du col de la matrice et non dans le corps de cet organe, la mèche a le double but d'isoler les surfaces malades, et tout en appliquant sur elles un modificateur énergique, de diminuer la sécrétion et de coaguler le liquide irritant qui s'écoule sans cesse à leur surface.

Le seul résultat constaté a été une diminution de la sécrétion morbide. Mais encore ici on peut employer les caustiques, indépendamment des remèdes généraux qui entrent en première ligne et qui varient suivant la cause du mal. La mèche alumineuse ne serait ici d'une utilité évidente que dans les cas où les caustiques sont contre-indiqués.

DU TRAITEMENT DE LA CHORÉE PAR LES VÉSICATOIRES.

M. le docteur Max. Simon appela, il y a plusieurs années, l'attention des médecins sur l'emploi du vésicatoire dans le traitement de la chorée ; depuis lors, M. Vandesleben a cité, dans un rapport sanitaire officiel, trois observations de guérison prompte et solide de chorée par l'emploi d'un vésicatoire appliqué sur le bras et la nuque.

Le docteur Jeuni a publié également une observation de guérison due au même moyen, et surtout remarquable par ce fait que les mouvements convulsifs qui s'étaient d'abord cessé dans le membre où on avait placé le vésicatoire, pour fuir également devant le même moyen successivement appliqué sur les autres membres et à la nuque.

De son côté M. Delaharpe, médecin de l'hôpital de Lausanne, publie quatre observations favorables à ce mode de traitement, et voici comment il procède dans l'application :

La chorée étant presque toujours plus intense d'un côté que de l'autre, il choisit, pour appliquer le premier vésicatoire, le membre inférieur du côté le plus agité. A la jambe, le vésicatoire est placé au-dessous de la tubérosité du péroné, comme dans la sciatique ; au bras, il est fixé au-dessous de l'attache du deltoïde. Il reste en place jusqu'à formation complète de l'ampoule ; celle-ci est enlevée, et la surface dénudée est pansée comme tout vésicatoire suppurant. Le premier pansement produit ordinairement un redoublement de convulsions choréiques ; mais cet effet ne dure pas, et dès le deuxième ou troisième jour après son application, les mouvements désordonnés ont beaucoup diminué, non-seulement dans le membre qui porte le vésicatoire, mais encore dans les autres.

Aussitôt que le premier vésicatoire cesse de suppurer, il en fait placer un deuxième du même côté. Son effet curatif est encore plus saillant que celui du premier, car souvent tous les spasmes ont cessé au bout de six à sept jours de ce traitement. Lorsque la chorée est plus intense ou plus ancienne, un troisième vésicatoire est indiqué ; il est placé alors sur la nuque. Cette dernière application est surtout nécessaire si la tête est particulièrement agitée.

Ce traitement, on le conçoit, se modifie suivant les membres plus spécialement affectés. Lorsque les bras seuls le sont, il n'est pas nécessaire d'appliquer le vésicatoire à la jambe. Si tout le corps est également pris, on place le premier vésicatoire d'un côté, le deuxième de l'autre, et le troisième à la nuque.

Au bout de six à sept jours ordinairement, la cure est terminée, la chorée a disparu ; mais, pour éviter les rechutes, il faut alors s'adresser à l'état général du malade.

M. Delaharpe a remarqué que plus les enfants sont maigres et débiles, plus aussi l'action curative du vésicatoire paraît assurée. Dans les cas rares où les malades sont forts et bien musclés, le succès est moins certain. Les vésicatoires employés avaient de 9 à 12 centimètres carrés, et jusqu'à cessation des accidents ils n'ont eu d'autres adjuvants que l'exercice en plein air, un bon régime et l'éloignement des travaux intellectuels ; après la disparition des accidents, l'huile de foie de morue, le quinquina, le fer, les analeptiques doivent être donnés suivant les indications.

(*Bull. gén. de Thér.*)

CAS D'OBSTRUCTION INTESTINALE

traitée avec succès par l'introduction d'un tube élastique,

Par M. TREND.

Le 10 juillet dernier, M. Trend fut appelé auprès de M. H. G., âgé de soixante-cinq ans. Il le trouva assis sur son lit, se plaignant de vives douleurs dans les intestins. Son aspect n'indiquait pas une grande anxiété ; la peau était froide, le pouls un peu accéléré et assez large ; l'abdomen n'était pas très distendu.

Le malade était sujet depuis quelques années à de violentes attaques du même genre, offrant parfois un caractère alarmant ; il n'était pas allé à la selle depuis quarante-huit heures.

L'huile de croton, avec 5 grains d'extrait composé de coloquinte administré toutes les deux heures, ne produisirent aucun effet ; l'huile de ricin en lavement n'en produisit pas davantage.

Le 12 juillet, l'abdomen était très distendu et tympanique, la peau froide, le pouls plus accéléré, l'urine épaisse et très colorée ; les douleurs, suivant le dire du malade, ressemblaient à celles d'une femme en travail.

Le 13, les symptômes augmentant de gravité, on lui administra à sept heures du soir une pilule contenant 2 grains d'opium ; à onze heures, la douleur augmentant d'intensité, on lui donna 1 grain d'opium toutes les trois heures.

Le 14, la nuit fut très mauvaise, le malade ne pouvait trouver aucune position qui pût le soulager ; l'abdomen était distendu et comme un tambour ; le malade avait vomi deux fois durant la nuit.

A la suite d'une consultation, il fut arrêté d'introduire s'il était possible un long tube élastique ; on employa une pompe stomacale ; après l'avoir fait pénétrer jusqu'à 14 à 16 pouces, on injecta une grande quantité d'eau chaude ; mais le malade n'en éprouva aucun soulagement, l'eau retournant presque aussi claire que lorsqu'on l'avait introduite. Après avoir essayé pendant une demi-heure de la faire pénétrer plus haut, on la laissa de côté et on ordonna un grain d'opium toutes les deux heures, et on continua les embrocations qui avaient été faites sur le ventre ; la douleur diminua un peu.

Le 15, le malade avait pris jusqu'alors neuf pilules ; il avait passé une meilleure nuit. On réintroduisit le tube aussi loin qu'on put. Après avoir injecté un peu d'eau chaude, quelques vents s'échappèrent par en bas. On injecta alors une grande quantité d'eau chaude.

La distension de l'abdomen diminua rapidement ; le malade eut trois ou quatre selles copieuses durant la journée, et le 21 du mois il n'éprouvait plus aucun symptôme alarmant.

L'auteur se demande quelle était la cause de l'obstruction. Etaient-ce des matières fécales concrètes qui bouchaient l'intestin ? ou était-ce le résultat de quelque contraction spasmodique de l'intestin lui-même ? Il incline pour cette dernière opinion, parce que le tube ne pouvait pénétrer dans le principe, et parce que la contraction a été vaincue par l'opium, et le tube n'a plus rencontré de difficulté pour pénétrer. Dans ce cas, les purgatifs ont été complétement impuissants ; l'opium aurait été le remède par excellence.

(*Ass. med. Journal* et *Gaz. méd.*)

MORT RAPIDE

causée par la rupture d'un kyste hydatique du foie.

Par M. le docteur NICOLAÏ.

L'observation que nous fait connaître M. Nicolaï est intéressante par sa rareté ; c'est à ce titre que nous en donnons l'analyse.

Un garçon de dix-huit ans éprouvait depuis quelque temps une douleur gravative incommode au-dessous des fausses côtes droites. La palpation permettait de reconnaître dans cet endroit une tumeur dure et ronde dont le diagnostic demeura obscur. L'état général du malade n'avait subi aucune altération. Un jour, en luttant avec un camarade, il reçut un coup de poing au niveau de l'hypocondre droit ; immédiatement il s'affaissa sur lui-même en poussant un cri, et mourut au bout de peu de temps, après avoir présenté quelques mouvements convulsifs.

A l'autopsie, on trouva dans le foie deux kystes hydatiques volumineux. L'un d'eux était déchiré et avait permis l'issue de l'hydatide dans la cavité péritonéale. Dans les deux poches, on ne put trouver de traces d'échinocoques.

(*Allg. med. Centr. Zeit.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 9 octobre 1855. — Présidence de M. JOBERT (de Lamballe).

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Epidémies. — Le ministre du commerce transmet : 1° une note de M. le docteur Jobert, de Guyonvelle (Haute-Marne), sur une épidémie de laryngite striduleuse qui a pris ensuite le caractère de diphthérite contagieuse, ou angine maligne, et qui a sévi dans la contrée qu'il habite pendant les mois d'avril et mai 1855. (Commission des épidémies.)

Eaux minérales. — 2° Une demande formée par M. Troy, à l'effet d'être autorisé à exploiter une source minérale sise à Baréges (Hautes-Pyrénées). (Commission des eaux minérales.)

Remèdes secrets. — 3° La recette d'un sirop iodo-tannique, par M. Motte, pharmacien à Lyon, et diverses autres recettes de remèdes secrets.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Fièvre puerpérale. — M. le docteur Lemaire (de Dunkerque), adresse un mémoire sur la fièvre puerpérale. (Commission des épidémies.)

Perforation intestinale. — M. le docteur Perrin communique une observation de perforation intestinale par un ver lombricoïde. (Commissaire, M. Velpeau.)

Choléra. — M. le docteur Wyzezki, de Saint-Amand-les-Eaux (Nord), adresse un mémoire intitulé *Du choléra et de son traitement*. (Commission du choléra de 1854.)

Nouveau mode de conservation des médicaments. — M. .... pharmacien, adresse la description d'un nouveau mode d'emploi et de conservation de divers médicaments sous forme de pralines ou dragées. (Commissaires, MM. Ricord, Bussy, Bouchardat.)

Instruments lithotriteurs. — M. Le Roy-d'Etiolles adresse une lettre par laquelle il réclame la priorité de l'invention de l'écrou brisé appliqué aux instruments lithotriteurs.

Inoculation de la péripneumonie des bêtes à cornes. — M. H. Bouley dépose sur le bureau de l'Académie un mémoire de M. le docteur Willems, sur l'inoculation prophylactique de la péripneumonie des bêtes à cornes. (Commissaires, MM. Bouley et Leblanc.)

— M. le président annonce à l'Académie la mort de M. Magendie, qui appartenait à la section d'anatomie et physiologie.

RAPPORTS.

Acoumètre de M. Yearsley. — M. Piorry lit plusieurs rapports sur des instruments destinés à préciser le diagnostic. Le premier de ces rapports est relatif à un acoumètre imaginé par M. Yearsley (de Londres). C'est, dit M. le rapporteur, un appareil mécanique fort ingénieux dans lequel un petit marteau vient frapper à temps égaux contre le plancher d'une boîte et y produit un bruit.

Cette boîte est fermée, afin que le malade ne voie pas le marteau exécuter le mouvement, ce qui pourrait plus ou moins l'aider à mieux reconnaître les sons produits et à faire croire qu'il entend alors qu'il n'en est pas ainsi.

L'intensité du choc, la force du son qui en résulte, sont, alors que l'expérimentateur le désire, plus ou moins prononcés, cela suivant que l'on fait plus ou moins saillir une échelle graduée ou une sorte de verrou en cuivre situé sur le côté de la boîte. Sur cette pièce sont indiqués des numéros ou des degrés : le n° 1 correspond à un bruit très faible perceptible à des personnes dont l'ouïe est normale ; le n° 18 est en rapport avec des sons très forts et que les gens dont l'ouïe est peu développée peuvent encore saisir. Seize numéros sont gravés entre ces deux extrêmes, et indiquent des degrés variables de dureté de l'ouïe.

L'instrument de M. Yearsley, qu'il nomme acoumètre, n'est pas l'acoumètre de M. Blanchet. Dans ce dernier, il s'agit d'un ton harmonique donné par le diapason, tandis que dans l'appareil de M. Yearsley c'est seulement un bruit qui est produit.

Du reste, l'intensité, la force de ces sons que le malade peut encore entendre donne avec ces deux acoumètres la mesure du degré auquel la surdité est portée. Ces moyens ont l'un et l'autre comme mesure un avantage marqué sur l'audition d'une montre ou d'une pendule dont les sons présentent toujours la même intensité et peut-être aussi sur les timbres volumineux et peu portatifs dont se servait Itard.

Les acoumètres sont surtout utiles sous le rapport de la délicatesse et de la précision qu'ils donnent au diagnostic. Le défaut de l'instrument proposé par M. Yearsley est d'être une mécanique compliquée, une sorte d'horloge susceptible de faciles dérangements.

L'acoumètre de M. Blanchet est, au contraire, on ne peut plus simple, et il n'est pas besoin d'un ouvrier habile pour remédier aux accidents qu'il est susceptible d'éprouver. Ces deux instruments pourraient, du reste, avoir chacun une utilité spéciale, car celui de M. Yearsley fait voir le degré d'aptitude du malade à être impressionné par de simples bruits, tandis que celui de M. Blanchet permet d'apprécier le degré de sensibilité du sourd à des vibrations assez nombreuses pour produire des sons harmoniques.

Sous ce dernier rapport, l'orgue dont se sert avec utilité l'habile chirurgien des sourds-muets mérite encore la préférence sur les deux acoumètres dont il vient d'être fait mention.

Stéthoscope de M. Buindi. — Le deuxième rapport de M. Piorry a pour objet un stéthoscope spécial adressé à l'Académie par M. Buindi (de Palerme). Il s'agit ici d'un instrument dont l'extrémité elliptique

est configurée de telle sorte qu'elle peut être appliquée, malgré l'amaigrissement des malades, sur les espaces intercostaux.

Ce stéthoscope peut présenter de l'utilité. Seulement il constitue un instrument de plus et dont on peut facilement se passer. Il suffit, en effet, d'appliquer sur les organes intercostaux excavés un fragment de linge, de ouate, de charpie, et d'appliquer par-dessus l'extrémité du stéthoscope de Laënnec ou du mien pour obtenir les mêmes résultats que chez des individus non amaigris.

Pour remédier à la difficulté qu'on éprouve à percuter médiatement entre les côtes, on a aussi proposé de se servir d'un plessimètre de forme allongée qui pût pénétrer dans la profondeur des dépressions intercostales. On peut dire de cette tentative ce que je viens d'exposer relativement au stéthoscope de M. Buindi; car rien de plus facile que de remplir la dépression intercostale avec quelques corps qui se prêtent à la configuration de cette excavation, et que de percuter en appliquant le plessimètre par-dessus.

On peut même, sans remplir les espaces intercostaux, incliner légèrement la plaque d'ivoire ordinaire sur les saillies des côtes qui limitent les dépressions dont nous parlons; et de cette sorte, avec de l'habitude et un peu de dextérité, on parvient à percuter aussi facilement qu'on le ferait sur une surface unie.

En somme, pour la pratique, on se passe facilement de stéthoscope, quel qu'il soit. Une serviette simple pliée en plusieurs doubles et appliquée sur la poitrine transmet parfaitement les sons thoraciques, et évite au malade les mouvements attachés à l'apposition directe de l'oreille sur sa poitrine; elle sert à prémunir le médecin contre le désagrément qui résulte pour lui de l'apposition de sa tête sur une peau malpropre.

On a fait infiniment de modifications au stéthoscope que je découpai en 1826 avec un couteau. Je le taillai alors sur l'une de ces énormes bûches dont Laënnec se servait. Depuis on est toujours revenu à cette forme, qui rend l'instrument très portatif. J'en avais fait fabriquer de plusieurs longueurs, et celui qui, très court, porte à tort le nom de M. Louis, n'est autre que l'un de ceux que j'avais employés. L'inconvénient principal de mon stéthoscope n'est pas dans un peu plus de longueur, mais dans l'addition que j'y ai faite d'un plessimètre dont la configuration est très vicieuse. Ce plessimètre ne vaut pas mieux qu'une pièce de monnaie; la difficulté de son manuel est telle qu'elle a malheureusement favorisé la paresse de beaucoup de gens qui, inhabiles à bien se servir de cet instrument, se sont contentés de la très insuffisante percussion que dans les premiers temps j'ai pratiquée sur le plessimètre-doigt.

En somme, ce n'est pas le stéthoscope de Laënnec, le stéthoscope de M. Piorry ou autres qui donnent de l'habileté à l'auscultateur; ce n'est pas non plus la médiation de l'auscultation qui constitue le mérite de la découverte de Laënnec. L'oreille, appliquée sur la poitrine, apprend tout aussi bien ce qui s'y passe que l'oreille posée sur le cylindre de bois ou de métal qu'on interpose entre le thorax et le conduit auditif. Ce qu'il importe surtout lorsqu'on veut bien étudier l'auscultation, c'est de faire, ainsi que je l'ai pratiqué bien avant M. Pétrequin (*Traité de la percussion médiate*, 1828), des recherches stéthoscopiques et expérimentales sur le cadavre et sur les animaux; c'est d'étudier cliniquement dans les hôpitaux ce précieux moyen d'investigation; c'est de réunir des connaissances profondes en anatomie et en physiologie pathologique. On peut se passer de mon stéthoscope et de tout autre, mais il est impossible à qui veut être au niveau de la science pratique de ne pas se servir de plessimètre. La percussion exige un manuel fort difficile à apprendre. Le plessimétrisme est un art qui exige beaucoup de dextérité, et celle-ci ne peut être acquise qu'autant que l'on aura un bon instrument manœuvré par des doigts exercés de longue main et dirigés par des connaissances anatomiques et cliniques étendues.

Une discussion s'engage, au sujet du second rapport, entre M. Bouillaud et M. Piorry.

M. Bouillaud reproche à M. Piorry d'avoir confondu les bruits que l'on obtient sur le cadavre avec ceux que l'on obtient sur le vivant. Rien sur le cadavre ne peut reproduire les battements du cœur. Ce serait en donner l'idée la plus fausse. Il en est de même pour les râles. Le râle sous-crépitant que M. Piorry obtient par l'insufflation du poumon est tout différent du râle crépitant, avec lequel il le confond. Enfin M. Bouillaud reproche à M. Piorry d'avoir exagéré l'importance du plessimètre. La percussion sur le doigt est préférable, à son avis, dans certains cas.

M. Piorry se défend de la confusion que M. Bouillaud lui reproche d'avoir faite; il maintient à cet égard tout ce qu'il a écrit dans son livre sur l'auscultation médiate. Quant à la percussion à l'aide du plessimètre, il faut, dit-il, ne l'avoir jamais pratiquée pour en méconnaître tous les avantages.

(La discussion élevée entre MM. Piorry et Bouillaud prenant un caractère de personnalité, plusieurs membres réclament l'ordre du jour.)

M. Piorry se propose de continuer sa lecture, qui comprend encore deux autres rapports; mais M. le président l'invite à en remettre la suite à la prochaine séance, la parole étant réservée à M. Bouvier pour un mémoire.

M. Piorry fait remarquer que les conclusions étant collectives pour les quatre rapports, il n'est pas possible d'en scinder la lecture. Sur l'invitation réitérée de M. le président, il formule des conclusions pour les deux rapports qui précèdent. Ces conclusions, consistant à encourager les auteurs dans leurs recherches, sont mises aux voix et adoptées.

Séton à la nuque. — M. Bouvier lit un mémoire sur un procédé simple, commode et peu douloureux pour établir et entretenir le séton à la nuque.

M. Bouvier, après quelques considérations historiques sur l'usage du séton, du cautère et du moxa, et une appréciation générale des effets thérapeutiques de ces divers moyens, expose en ces termes une modification qu'il vient d'introduire dans le mode d'emploi du séton :

Au lieu du bistouri ou de la large lame à double tranchant assez improprement nommée aiguille à séton, je me sers d'une aiguille véritable, très étroite, terminée en fer de lance pour mieux pénétrer dans le tissu, droite ou courbe, suivant que le séton doit avoir une direction transversale ou longitudinale. Au lieu de la mèche de coton ou de la bandelette de linge effilée sur les bords qui reste à demeure dans la plaie, j'emploie un simple fil, un mince cordonnet couvert d'un enduit imperméable qui le rend peu altérable au contact du pus. La matière des fines bougies urétrales est très propre à cet usage. Afin de rendre l'introduction du cordonnet plus facile, l'aiguille porte du côté opposé à la pointe, au lieu de chas, une fente ou pince faisant ressort, dans laquelle se trouve fixée l'extrémité du fil, que l'on évite ainsi de replier en deux comme dans les aiguilles ordinaires. Veut-on passer un fil double, le milieu de l'anse qui le représente est arrêté de la même manière dans la pince de l'aiguille, et l'anse reste entière quand on a enlevé l'instrument.

Voici quels sont les avantages que M. Bouvier attribue à cette modification dans l'usage du séton :

Le premier de ces avantages est de produire peu de douleur; le deuxième est la perpétuité du séton. S'il y a de la tendance de la part des ouvertures à se rapprocher, on prévient l'ulcération en détachant le fil et en faisant un ou plusieurs nœuds à ses extrémités, ce qui l'empêche d'échapper.

Un troisième avantage consiste dans la simplicité du pansement. Si l'irritation est insuffisante avec un fil, on en met plusieurs, deux, trois, etc. On peut doser ainsi en quelque sorte le remède, et le proportionner au mal.

Enfin, la facilité avec laquelle on peut dissimuler la difformité de la cicatrice est encore un des bénéfices de cette méthode.

On pourrait craindre, ajoute M. Bouvier, vu l'imperméabilité de la mèche, que le pus fusât dans le tissu cellulaire et fût absorbé, mais il n'en est rien.

Pour la confection de ces sétons, M. Bouvier donne la préférence à la matière des bougies élastiques; la gutta-percha lui paraît trop dure; il en est à plus forte raison de même des anneaux et fils métalliques. On peut se servir de chaînes flexibles construites avec des métaux difficilement oxydables (or, platine).

Dans les ophthalmies, ces sétons permettent de garder l'exutoire pendant longtemps dans l'intervalle des exacerbations, comme séton d'attente, qui ne fait que conserver le trajet fistuleux sous-cutané prêt à recevoir au besoin un cordonnet ou une mèche plus active.

M. Bouvier cite MM. Desportes, Demeaux (de Puy-Lévêque), et enfin M. Giraldès, comme s'étant occupés dans ces derniers temps de l'utilité du séton dans les affections de la tête.

L'auteur cite à la fin de son mémoire 7 observations, et il présente à l'Académie les sujets de ces observations, dont 3 filles et 4 garçons de son service à l'hôpital des Enfants, qui portent tous de ces sétons depuis plus ou moins longtemps, quelques-uns avec des résultats avantageux déjà réalisés, d'autres en voie d'amélioration.

Une discussion s'engage au sujet de ce mémoire.

M. Larrey demande à M. Bouvier s'il ne pense pas que ces sétons, à raison de leur petite dimension, puissent être insuffisants dans certains cas, car ils ne lui paraissent différer des sétons en usage que par la dimension; or, si c'est par la suppuration qu'ils entretiennent qu'ils sont utiles, on ne verrait pas l'avantage qu'il y aurait à les réduire ainsi.

M. Gerdy a beaucoup employé les sétons autrefois, et il y a presque entièrement renoncé à cause des accidents de voisinage auxquels ils donnent très souvent lieu. Ainsi il a vu souvent, par suite de ces symptômes de voisinage, les ophthalmies s'aggraver sous l'influence des sétons au lieu de diminuer. Si les sétons de M. Bouvier pouvaient prévenir ces accidents, ce serait un avantage réel qu'ils offriraient sur les sétons anciens.

M. Bouvier a vu aussi les accidents de voisinage dont parle M. Gerdy, mais il pense qu'au lieu de dire que ces accidents se manifestent très souvent, il faudrait dire, pour être plus près de la vérité, qu'ils ne se produisent qu'exceptionnellement.

M. Malgaigne regrette de se trouver en désaccord complet avec M. Bouvier sur ce sujet; mais la question est trop grave pour qu'il garde le silence. M. Larrey vient de dire justement que dès que les sétons, sous quelque forme qu'ils soient, produisent de la suppuration, c'est toujours au fond la même chose. Or, là est la question. Il s'agit de savoir si ces suppurations artificielles, plus ou moins abondantes, sont utiles en quelque chose et si elles ne peuvent pas être nuisibles. Nous avons tous été élevés dans le respect du séton et du cautère. Les inconvénients de ces exutoires sont-ils compensés par quelque chose? C'est une question très grave. Il faudrait consulter à cet égard l'expérience des siècles et l'expérience personnelle.

L'expérience des siècles..... Mais c'est une pratique empirique grossière, sans série d'observations, et dont l'auteur est même inconnu. M. Bouvier invoque en faveur du séton le témoignage de Fabrice d'Aquapendente, mais il a eu le soin de faire un départ dans cette citation; il y a une partie du passage qu'il accepte pour les besoins de sa cause, et une autre qu'il rejette, et avec raison, comme dénuée de fondement. Or, que l'on juge par la valeur de cette partie de la citation de Fabrice « *et minime dolorem inferens*, » de la valeur du reste.

Quant à l'expérience personnelle, si je fais appel à la mienne, je suis obligé de reconnaître que le résultat du séton m'a toujours paru fort douteux. La durée des maladies dans lesquelles on y a recours est beaucoup trop longue, en général, pour qu'il soit possible de lui attribuer un résultat quelconque. Ce que je dis du séton pour les maladies des yeux, je le dirai également du cautère et du moxa dans les maladies articulaires, par exemple. Je ne conteste pas que ces moyens ne puissent dans quelques circonstances être de quelque utilité; mais je crois qu'ils ne sont bons que lorsqu'ils agissent de suite, dans un temps très rapproché de leur application, dès les premiers jours. S'ils n'ont rien fait à cette époque, si vous prolongez indéfiniment leur action, ils ne produisent jamais rien. Frappé de l'inconvénient des grands moxas, j'ai essayé dans certains cas d'arthrite les petits moxas de M. Amussat; eh bien, je dois déclarer que je n'en ai obtenu aucun résultat satisfaisant.

Je reviens au séton de M. Bouvier. Je crois que les résultats qu'il nous a montrés auraient été obtenus sans le séton. Ce serait déjà quelque chose. Il faudrait bien savoir, d'ailleurs, si dans les observations qu'il nous a communiquées il n'a pas été fait en même temps d'autres médications. Et ne sait-on pas que l'expectation même suffit quelquefois pour voir disparaître les ophthalmies les plus intenses? Dès lors, comment juger la valeur de ce moyen? J'aurais désiré, pour mon compte, que M. Bouvier voulût bien, avant de faire un séton nouveau, un séton perfectionné, chercher d'abord dans quelles circonstances le séton peut être utile.

M. Velpeau demande la parole.

Vu l'heure avancée, la suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

— La séance est levée à cinq heures.

ADDITION A LA SÉANCE DU 20 SEPTEMBRE 1855.

M. le docteur Le Maux, médecin aux Batignolles, a présenté à l'Académie de médecine un appareil pour la fracture de jambe.

Voici la description de cet appareil :

1° Il se compose d'une planche prenant autant que possible la forme de la jambe, légèrement concave à sa face supérieure, percée un peu en dehors de sa ligne médiane de cinq mortaises en nombre double et destinées à livrer passage à des liens pour l'immobilité du membre fracturé. Une ouverture ovalaire pratiquée inférieurement évite la pression douloureuse du talon, que l'on garnit et dégarnit suivant le besoin qu'éprouve le malade.

2° Un montant en forme de semelle, dépassant la longueur du pied, se fixe à la partie inférieure de la planche. Ce montant est garni de deux mortaises traversées par des bandes destinées au maintien du pied.

3° Trois plaques de métal ou de carton recouvert d'un enduit conservateur s'appliquent sur les faces supérieure et latérale de la jambe, dont elles prennent la forme.

Un coussin en ouate ou en balle d'avoine, sur lequel on place les bandes de Scultet, couvre la planche dans toute son étendue.

Les conditions telles que légèreté, simplicité, application facile et maintien solide se trouvant réunies dans cet appareil, l'auteur est convaincu qu'il rendrait de très grands services dans les ambulances de l'armée, ainsi qu'aux chirurgiens de province, qui souvent ne trouvent pas chez leurs clients ce dont ils ont besoin.

M. le docteur Figuier a adressé la lettre suivante à M. le président de l'Académie des sciences dans la séance du 7 octobre 1855.

Monsieur le président,

Les résultats que j'ai fait connaître dans mon dernier mémoire *à propos de la fonction glycogénique du foie* ayant été déclarés inexacts, je vous serais très reconnaissant de vouloir bien réunir au plus tôt la commission chargée d'examiner mon travail. En répétant mes expériences devant la commission, je ferai voir, conformément à ce que j'ai annoncé :

1° Que chez un chien en digestion de viande, le sang de la veine porte renferme un principe sucré qui réduit abondamment le réactif cupro-potassique;

2° Que ce principe, tenu pendant quelques minutes en ébullition avec un acide étendu, donne, par la levure de bière et après la saturation exacte de l'acide libre, tous les signes de la fermentation alcoolique, et que, dans le liquide distillé, on peut constater aisément l'odeur de l'alcool et la réduction, avec coloration en vert, du bichromate de potasse.

Ce n'est pas ici le lieu de relever les inexactitudes historiques et les ambiguïtés de rédaction contenues dans le mémoire qui a été opposé au mien. C'est par des expériences et des faits que j'ai abordé la question physiologique qui m'occupe; c'est dans la même voie que se poursuivra la discussion; c'est ainsi que je montrerai, je l'espère, ce qu'il faut penser du fait qui vient d'être annoncé, de la sécrétion du sucre par le cadavre, et de la découverte des *fonctions physiologiques posthumes*.

Veuillez agréer, etc. L. Figuier.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le docteur John Hall, inspecteur général des hôpitaux de l'armée anglaise en Crimée, rend ainsi compte, à la date du 25 septembre, de l'état sanitaire et des pertes occasionnées par la guerre :

« Le chiffre total des individus admis et morts à l'hôpital pendant la semaine a été de 1,567 admis et 106 morts. (Causes d'admission : fièvres, diarrhée, choléra, dyssenterie, blessures, autres maladies.) — La semaine précédente, le chiffre des admissions avait été de 3,500 et celui des décès de 194.

» Le nombre des morts par suite de blessures est considérable. Un grand nombre d'hommes dans l'assaut du Redan ont été blessés à la partie supérieure de la poitrine (et de pareilles blessures sont toujours sérieuses); mais la plus grande partie des autres blessures étaient légères, et depuis quinze jours il est sorti 1,000 hommes, déduction faite de ceux qui ont été transférés à l'hôpital général.

» Le choléra a presque entièrement disparu, et il n'y a pas eu d'augmentation des autres espèces de maladies intestinales. Les rations sont bonnes et considérables, et tout est favorable à la santé. »

— M. le docteur Pascal (de Bayonne) vient de nous envoyer un travail fort intéressant sur l'épidémie cholérique qui a sévi récemment dans le département des Basses-Pyrénées. Nous le publierons dans un de nos prochains numéros.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. Decq;
A Genève, à la librairie de Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Essai sur la névralgie intercostale, par M. le docteur Lecadre, président de la Société havraise d'études diverses, médecin des épidémies, vice-président du conseil d'hygiène du Havre. Brochure in-8° de 30 pages. Prix : 1 fr. Paris, chez J.-B. Baillière, 19, rue Hautefeuille.

Le Gérant.
Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 120. — SAMEDI 13 OCTOBRE 1855. (28e ANNÉE.) N° 120. — SAMEDI 13 OCTOBRE 1855.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Lipome d'un volume considérable récidivé sur place après une première ablation. — Quelques considérations cliniques déduites des caractères différentiels offerts par les deux tumeurs.

Il s'est présenté récemment dans le service de M. Michon, à la Pitié, un exemple assez curieux de lipome récidivé à sept années d'intervalle sur un même point, mais avec des caractères tellement différents dans les deux cas, qu'ils eussent pu facilement induire le diagnostic en erreur. Il nous a paru particulièrement utile, en raison de cette dernière circonstance, de faire connaître ce fait, dont nous devons la relation à M. Liégeois, interne du service.

La femme V..., blanchisseuse, âgée de quarante-six ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, issue de parents qui n'ont présenté aucune diathèse héréditaire, jouissant d'ailleurs habituellement d'une parfaite santé, s'aperçut pour la première fois, au mois de juillet 1846, de l'existence d'une tumeur à la partie supérieure et externe de la cuisse droite. A cette époque, cette tumeur avait déjà le volume du poing. La malade effrayée, après avoir consulté plusieurs chirurgiens, alla trouver M. Michon. Quand ce chirurgien vit cette malade pour la première fois, la tumeur avait un volume extrêmement considérable. Elle présentait ce caractère remarquable, qu'elle donnait à la main une sensation de fluctuation des plus trompeuses, au point que M. Velpeau, qui avait été consulté l'un des premiers, avait cru un moment avoir affaire à un abcès froid, et que M. Michon jugea prudent de faire une ponction exploratrice avec un trocart à hydrocèle ; il ne sortit rien par le trocart, et l'on trouva dans l'intérieur et à l'extrémité de la canule une petite quantité de graisse. Le diagnostic ne laissant plus de doute, l'opération fut faite le 1er janvier. Elle n'offrit aucune difficulté. Le lipome occupait son siége habituel, c'est-à-dire le tissu cellulo-adipeux. L'examen de cette tumeur permit de constater que son centre était occupé par un abcès contenant un pus phlegmoneux, et entouré d'une véritable membrane pyogénique. Dans l'exploration qui avait été faite, le trocart n'était point arrivé jusque-là.

La malade quitta l'hôpital le 5 février 1847, la guérison étant complète. Mais sept ans après, en 1853, elle s'aperçut qu'une nouvelle tumeur naissait au même point que la première. Reconnue dès son début, elle ne cessa de grossir, et le 6 mai 1855 la malade vint de nouveau réclamer les soins de M. Michon.

Son état général était excellent. Elle ne se plaignait que de l'incommodité que lui causait sa tumeur. A la partie externe de la cuisse droite, elle porte en effet une énorme tumeur oblongue suivant l'axe du membre, commençant à la racine de la cuisse et se terminant à deux travers de doigt des condyles ; tumeur élastique donnant dans certains points à la main exploratrice une sensation de mollesse qui approchait de la sensation de fluctuation, dans d'autres points une sensation de dureté et l'idée de tumeurs multiples perdues au milieu de la masse élastique. Cette sensation dernière était surtout appréciable à la partie supérieure. Cette tumeur présentait dans toute sa longueur et sur la ligne moyenne une cicatrice de deux travers de doigt et d'une longueur de 25 centimètres. La peau qui sillonne la masse laissait voir par transparence une masse de petites veinules extrêmement fines, surtout à la partie postérieure. La longueur de la tumeur était de 22 centimètres, la largeur de 26.

L'opération est pratiquée le 20 mai.

M. Michon fait une longue incision ovalaire comprenant dans tout son centre la cicatrice ancienne. Cette incision permet de reconnaître que la tumeur se trouve sous l'aponévrose, car celle-ci apparaît presque aussitôt avec son aspect blanc nacré, mais considérablement amincie. L'aponévrose enlevée avec la peau on arrive sur une masse lipomateuse non enkystée. Elle se présente sous l'aspect de tumeurs multiples pénétrant profondément entre les couches musculaires ; aussi l'opération devient-elle laborieuse : il faut les poursuivre jusque près du fémur ; il faut les détacher des gaînes musculaires qu'elles ont perforées, et enlever même quelques parcelles de muscles, sur lesquels elles ont empiété. Du sang s'écoule en grande abondance ; mais c'est plutôt une hémorrhagie en nappe : une seule ligature est nécessaire.

Voici quels étaient les caractères de cette tumeur :

Prise en masse elle est ovoïde, pesant 2 kilogr. 500 grammes et remplissant totalement un de ces bassins de cuivre qui servent pour les pansements dans les hôpitaux. Elle présente à sa partie externe une couche aponévrotique très mince, et sur certains points des fibres musculaires qui paraissent faire corps avec elle.

Elle est divisée en dix lobes, dont trois principaux, un médian et deux extrêmes ; ces lobes principaux ont à peu près le volume d'une tête de fœtus. Les lobes extrêmes sont manifestement durs et formés par un tissu graisseux très dense ; le lobe moyen, au contraire, est d'une mollesse remarquable et constitué par une graisse presque liquide s'écoulant de la trame celluleuse qui l'entoure comme une huile très épaisse. Avant d'avoir fait écouler le contenu de ce lobe moyen, on pouvait constater de la fluctuation.

Chaque lobe et lobules sont séparés les uns des autres par un tissu cellulaire assez dense représentant, pour le lobe moyen, une membrane enveloppante presque complète, et pour les autres une membrane à jour à travers laquelle la graisse fait saillie.

Les bords de la plaie sont rapprochés à l'aide d'une bande roulée autour du membre et préalablement mouillée. Des compresses froides restent à demeure sur ce bandage.

Le 26 juin, la plaie est presque cicatrisée ; il ne reste plus que quelques bourgeons charnus, que l'on cautérise ; plus de suppuration. En avant de la cicatrice, le membre présente une saillie considérable derrière laquelle se trouve une dépression ; cette saillie, correspondant au triceps, a fait perdre au membre sa rotondité.

La pièce a été soumise à l'examen microscopique par M. Ch. Robin.

Voici quel a été le résultat de cet examen :

Structure de la tumeur décrite par M. Ch. Robin. — « Les masses nombreuses du tissu morbide qui m'ont été remises, remarquables par leur mollesse, leur surface lisse lorsqu'elles n'ont pas été déchirées, offrent la structure suivante :

» Une mince couche de tissu cellulaire existe à leur surface ; elle se détache du tissu jaune graisseux qu'elle entoure, sans envoyer de filaments ni de lamelles dans son épaisseur.

» Quant au tissu graisseux lui-même, il se compose uniquement de vésicules adipeuses ayant de 5 à 10 centièmes de millimètre de large et même plus. Elles sont comprimées les unes contre les autres, et devenues polyédriques par suite de ce fait ; mais, une fois isolées, elles reprennent leur forme ovoïde.

» On ne trouve que de loin en loin quelques fibres du tissu cellulaire et des vaisseaux capillaires entre les cellules graisseuses, tellement que l'ensemble de ces deux sortes d'éléments ne représente guère que la centième partie du tissu, dont le reste est entièrement représenté par les vésicules adipeuses. Aussi les lobes du tissu offraient-ils une uniformité de leur teinte jaune, plus marquée encore que dans le tissu graisseux normal. »

L'examen de cette tumeur avant l'opération a offert quelques particularités d'un intérêt plus particulièrement clinique, et sur lesquelles M. Michon a appelé l'attention des personnes qui l'entouraient. Il démontre que sa consistance n'était point la même sur tous les points ; ici on avait une sensation de mollesse qui en imposait pour de la fluctuation, là une sensation de dureté qui en imposait pour une tumeur solide. Ces caractères contrastaient avec ceux qu'avait présentés le premier lipome enlevé sur cette femme, et qui offrait une consistance uniformément molle dans tous ses points. Cette

---

RELATION

d'une épidémie de variole en Kabylie ;

Par M. EON, médecin aide-major à l'hôpital de Coleah (Algérie).

Vers la fin du mois de juillet, je fus informé que la variole décimait les Beni-Slyem, tribu située à 25 ou 30 kilomètres à l'est de Dellys, au commencement de la grande Kabylie, et j'y fus envoyé, accompagné de deux spahis et d'un officier du bureau arabe, pour me servir de guide et d'interprète.

On sait que la Kabylie est formée de montagnes escarpées coupées par des anfractuosités profondes et couvertes de broussailles, ce qui rend la guerre extrêmement difficile chez eux, et ce qui explique leur insoumission. Naturellement guerriers, les Kabyles habitent toujours les montagnes les plus élevées, pour découvrir au loin leurs ennemis, et se préparer à l'attaque ou à la défense.

Il nous fallut faire une longue et pénible ascension dans un petit chemin rocailleux pour arriver au village que nous étions chargés de visiter. Après avoir traversé un grand bois d'oliviers, nous aperçûmes sur le flanc de la montagne une longue file de maisons en pierre, recouvertes de briques rouges. Nous nous trouvions presque au sommet d'un immense entonnoir formé par les pitons des montagnes voisines, ouvert seulement aux vents du sud qui se faisaient alors fortement sentir. Nous descendîmes de cheval près d'une délicieuse fontaine ombragée de grands peupliers blancs et d'une treille séculaire, sous laquelle se reposaient quelques convalescents au milieu d'hommes encore épargnés par l'épidémie.

Le chef, venu à notre rencontre, nous fit savoir que la maladie était concentrée dans la partie du village située au nord de la fontaine, et que, pour l'arrêter dans sa marche, il était expressément défendu à ceux qui l'habitaient de franchir cette limite et d'y venir puiser de l'eau, précaution bien inutile, car le matin de notre arrivée le fléau commençait à s'étendre au delà de la fontaine.

En visitant les habitations, je retrouvai une de ces épidémies épouvantables de variole telles qu'elles existaient au moyen âge, dont nous retrouvons la description dans les livres et que fort heureusement on n'a plus l'occasion d'observer en Europe. Partout c'était le même tableau : nous étions aveuglés par la fumée et par des myriades de mouches, et cette odeur fade et nauséabonde que tout le monde connaît nous prenait à la gorge. Guidé par les plaintes et les gémissements, nous découvrions à grand'peine dans l'obscurité deux, trois, quatre ou cinq malheureux étendus sur le sol, enveloppés de leurs burnous, hommes, femmes ou enfants, tous mêlés ensemble ; de grosses écorces de liége suspendues par des cordes servaient de berceaux aux plus jeunes.

Presque tous les membres de la famille étant alternativement ou successivement atteints, nous retrouvions pour ainsi dire dans chaque maison les phases diverses de cette affreuse maladie. Ici une fièvre prodromique plus ou moins intense, là une éruption confluente, puis des coryzas, des laryngites, des bronchites, des ophthalmies purulentes, des abcès ; chacun attendait la fin de ses tourments avec cette résignation qui caractérise le peuple arabe.

Avant de partir j'avais pris du vaccin. Mais pouvais-je songer sérieusement à pratiquer la vaccine en présence d'une épidémie qui marchait à si grands pas ? La variole n'avait-elle pas tout le temps de se développer pendant les sept, huit ou neuf jours d'incubation du vaccin ? D'ailleurs, j'avais remarqué trois malades chez lesquels la variole avait été inoculée ; chez eux la fièvre était modérée, l'éruption peu confluente, et tout faisait présager une issue favorable. Je les engageai à continuer à pratiquer cette inoculation. Pour cela ils font avec la pointe d'un couteau deux ou trois incisions entre le pouce et l'index. Mais ce qu'il y avait de plus pressant à faire, c'était évidemment de sortir ces malheureux du foyer d'infection dans lequel ils croupissaient. Je venais de découvrir au sommet de la montagne un grand plateau recouvert d'oliviers et de caroubiers ; j'y fis placer dix grandes tentes que le commandant supérieur de Dellys avait mises à ma disposition, et j'ordonnai d'y apporter les malades, qui furent couchés sur de la paille fraîche. J'étais seul, obligé de partir le soir même ; quels moyens me restaient à employer pour secourir ces malheureux, dénués de toute ressource ?

Je prescrivis à tous indistinctement une décoction d'orge et de réglisse, coupée avec du lait pour les convalescents ; je m'efforçai de leur faire comprendre toute l'importance du régime ; je leur appris à faire des collyres opiacés, des gargarismes avec de l'alun ; je laissai du linge et de la charpie pour panser les abcès ; j'engageai ceux qui n'étaient pas atteints à faire de fréquentes et larges ablutions, à laver leurs burnous, surtout ceux des convalescents, souillés de croûtes plus ou moins desséchées.

Enfin, j'ordonnai au chef d'empêcher les malades de rentrer dans leurs maisons avant de les avoir purifiées en y brûlant des plantes aromatiques répandues en abondance dans toute la montagne. Je fis également mettre le feu aux fumiers qui se trouvaient à toutes les portes.

Le lendemain, le commandant supérieur envoya un interprète passer huit jours dans cette tribu pour veiller à l'exécution des moyens hygiéniques que je venais de conseiller, et plus tard j'ai appris avec plaisir qu'ils avaient été couronnés d'un plein succès ; plusieurs des malades que j'avais vus les plus gravement atteints moururent deux ou trois jours après ma visite, mais presque tous les autres se sont rétablis. Enfin, grâce à l'isolement des malades, à la purification des maisons, aux feux entretenus pendant plusieurs jours dans tout le village, nous avons été assez heureux pour arrêter une épidémie grave qui avait atteint plus de 150 personnes et qui aurait sévi sur toute cette population vivant dans l'ignorance la plus absolue des préceptes de l'hygiène.

différence tenait à ce que dans le premier cas la tumeur était sous-aponévrotique, tandis que dans le second elle était sus-aponévrotique. Le lipome sous-aponévrotique étant mobile, on pouvait faire contracter le membre sans avoir l'idée qu'il était bridé par une aponévrose; de telle sorte que ce caractère seul devenait une cause d'erreur pour le diagnostic du siége de la tumeur. Si l'on avait suivi pas à pas le développement de ce lipome, il est probable qu'au début on aurait reconnu qu'il ne jouissait d'aucune mobilité. Mais au moment où il fut observé pour la première fois, l'aponévrose avait dû perdre déjà tous ses caractères; elle ne consistait plus qu'en une toile mince sur laquelle on reconnaissait avec peine quelques fibres du fascia, toile qui, coiffant exactement la tumeur, la suivait dans tous ses mouvements.

Quant à la différence de consistance constatée entre ces deux lipomes, c'est un fait purement physiologique. En effet, on sait que la graisse accumulée normalement dans les cavités profondes est beaucoup plus molle, plus humide que la graisse superficielle; exemple, la graisse de l'orbite. Aussi les parties molles que l'on trouvait dans la deuxième tumeur étaient-elles celles qui avaient pénétré profondément à travers les muscles, tandis que les parties les plus dures étaient les plus superficielles.

Traitement de la pourriture d'hôpital par la glycérine.

La pourriture d'hôpital, si commune autrefois dans les salles de chirurgie des hôpitaux de Paris, y devient heureusement de plus en plus rare; ce qui témoigne à la fois d'une amélioration notable dans la tenue de ces salles et dans les conditions hygiéniques générales au milieu desquelles les malades se trouvent placés, et du soin qui préside aux pansements. Cependant, malgré la réunion de ces bonnes conditions, le mal n'est pas si complétement conjuré qu'il ne fasse encore de loin en loin quelques apparitions. L'hôpital Saint-Louis, en particulier, est un de ceux qui ont le triste privilége de recevoir quelquefois cet hôte incommode. Nous avons eu ces jours derniers, en parcourant le service de M. Denonvilliers, suppléé en ce moment par M. Demarquay, l'occasion d'en observer un certain nombre de cas qui nous ont paru intéressants, particulièrement au point de vue du nouveau mode de traitement qui a été mis en usage. En voici la relation succincte que M. Touzelin, interne du service, a bien voulu rédiger sur notre demande. Le mode de traitement dont il s'agit consiste dans l'emploi de la glycérine. Nous entrerons tout à l'heure dans quelques détails à cet égard. Enonçons d'abord les faits :

Obs. I. — Au n° 24 de la salle Saint-Augustin se trouve un malade opéré le 5 septembre d'une hématocèle.

Le 16, la plaie présente quelques plaques grisâtres, douloureuses au moindre contact; ces points se recouvrent d'une couche pultacée grisâtre, qui gagne surtout en profondeur. Le jus de citron, le vin aromatique n'apportent qu'une amélioration douteuse.

Le 29, M. Demarquay prescrit l'usage de la glycérine. La plaie se déterge dès le 1er octobre, c'est-à-dire dès la seconde application, au point que, le 2 octobre, le chirurgien ne craint pas de procéder à la cure radicale d'une hernie inguinale gauche qui complique l'hématocèle du même côté, au moyen de l'injection iodée.

Le malade du n° 28 est de beaucoup le plus intéressant.

Obs. II. — Le nommé A..., âgé de vingt-cinq ans, s'est fait à la jambe gauche une vaste brûlure au quatrième degré. Il entre dans le service le 21 mars 1855.

Le 22 septembre, il reste encore une plaie assez étendue, mais de bon aspect.

Le 23, la plaie présente sur un de ses bords un liséré grisâtre qui envahit rapidement toute la plaie. Pendant la nuit, il survient une hémorrhagie abondante; et le 24, la surface de la plaie est pulpeuse, grisâtre.

Les bourgeons charnus, qui ne sont pas cachés par cette matière pulpeuse, sont violets. On voit çà et là des caillots noirâtres. Le pied se tuméfie, conserve l'impression des doigts, et devient douloureux. Il survient de l'inappétence, de la fièvre, du délire. Le malade est considérablement affaibli par les nombreuses hémorrhagies qui se sont déjà produites à la surface de la plaie. On le soumet à une médication tonique; vin de quinquina, vin de Bagnols.

M. Demarquay a recours à l'usage du chlorate de potasse, qui lui donne un instant d'espoir; mais cet espoir ne se réalise pas.

Le traitement local (jus de citron, vin aromatique) échoue également.

Le malade continue à s'affaiblir; la pourriture envahit les parties déjà cicatrisées; en même temps elle gagne en profondeur; des eschares, des détritus putrides sont éliminés et remplacés au fur et à mesure par de nouvelles eschares.

L'acide nitrique monohydraté, le fer rouge, sont impuissants à arrêter la marche envahissante de cette affection, qui progresse là même où ont été appliqués ces agents modificateurs, d'ordinaire si efficaces.

Le 29, la glycérine est donnée pour la première fois. Même pansement le soir.

Le 30, l'amélioration est déjà manifeste.

Le 1er octobre, la douleur a disparu; toutes les eschares sont tombées. La plaie est complétement détergée et présente des bourgeons charnus rosés et fournissant une suppuration abondante et de bonne nature. On n'a plus affaire qu'à une plaie simple.

Obs. III. — Le 1er août 1855, est entré au n° 34 de la salle Saint-Augustin le nommé B... Il vient d'avoir l'avant-bras coupé par une scie mécanique. La plaie présentait un bon aspect, lorsque le 24 septembre apparaissent deux plaques de pourriture d'hôpital. Le jus de citron et le vin aromatique ne parviennent qu'à limiter la pourriture, qui disparaît sous l'influence de la glycérine, appliquée le 29 septembre pour la première fois.

Le 5 octobre, une partie des points affectés de pourriture est déjà cicatrisée. Il paraîtrait donc que la glycérine, après avoir fait justice de la pourriture, aurait hâté la cicatrisation.

Obs. IV. — Au n° 46 se trouve un malade auquel M. Denonvilliers a pratiqué la résection des os du tarse.

Le 22 septembre, la plaie est affectée de diphthérite.

Aujourd'hui, sous l'influence de la glycérine, la plaie a repris son aspect normal.

Obs. V. — Au n° 52 se trouve un malade auquel M. Demarquay a pratiqué le 7 septembre la désarticulation de l'épaule gauche; le bras ayant été littéralement broyé ce jour-là même.

Le 18, les lèvres de la plaie se désunissent; les téguments de chaque lambeau sont pris de gangrène, et la plaie se recouvre d'une couche pultacée, grisâtre. — Le jus de citron, le vin aromatique modifient un peu ce mauvais aspect de la plaie.

Le 29, la glycérine est appliquée, ainsi que les jours suivants.

Toutefois, le 1er octobre, apparaissent quelques points diphthéritiques qui se relient entre eux de manière à former une plaque diphthéritique assez large. — On continue le pansement avec la glycérine. Le 5, la plaie a un très bon aspect.

Les cinq cas dont nous venons d'esquisser rapidement l'observation présentaient tous un haut degré de gravité et par les opérations sérieuses que les malades ont subies, et par les pertes considérables qui ont débilité si profondément leur organisme; l'état des plaies d'ailleurs ne laissait pas que d'emprunter une nouvelle gravité à cet état général.

Disons un mot de la substance qui a été mise en usage dans ces cas et des effets qu'elle nous a paru produire.

La glycérine, sur laquelle M. Cap a appelé il y a peu de temps l'attention des médecins, a été déjà employée par Taylor dans la xérophthalmie, et plusieurs praticiens, MM. Trousseau, Aran, etc., en ont obtenu de bons résultats dans certaines affections cutanées. Dernièrement, un médecin d'Odessa a publié un mémoire sur l'heureuse influence qu'exerçait la glycérine sur les accidents qui s'opposent à la cicatrisation des plaies. Toutefois, cet agent n'a pas été employé encore, du moins que nous sachions, dans le pansement des plaies. M. Demarquay en aurait donc eu le premier l'idée. Reste à en apprécier la valeur.

Sans doute les différents cas que nous venons de citer n'ont pas tous présenté le même degré de gravité; on pourrait objecter aussi que les agents auxquels on a eu recours pendant un certain nombre de jours avant d'employer la glycérine ont bien pu ne pas être sans influence sur la terminaison heureuse de la pourriture; mais un fait assez remarquable, et qui militerait singulièrement en faveur de la glycérine, c'est que cette substance s'est surtout montrée efficace dans le cas justement le plus grave (n° 28 de Saint-Augustin), et là où tous les agents modificateurs avaient échoué la glycérine a donné des résultats aussi heureux que rapides.

Quant au mode d'application de la glycérine, il est des plus simples.

On se contente de recouvrir la plaie d'un linge fenêtré, cératé et trempé dans la glycérine; on recouvre ce linge de charpie imbibée de la même substance. A peine le pansement est-il achevé que le malade en ressent un soulagement considérable; la douleur cesse.

Les résultats médiats ne sont pas moins satisfaisants; la pourriture cesse de s'étendre en surface et en profondeur. Les eschares sont éliminées; au-dessous apparaissent des bourgeons charnus de bon aspect et fournissant un pus de bonne nature. Il reste une plaie simple qui va reprendre son travail de cicatrisation, et tous ces changements dans l'aspect des plaies se font dans l'espace de 24 à 48 heures.

N'y aurait-il dans ces faits en apparence si concluants en faveur de la glycérine qu'une simple coïncidence? Il serait remarquable que la diminution des accidents fût arrivée au moment même où les conditions météorologiques semblaient être le plus défavorables, et que l'amélioration eût suivi d'aussi près l'emploi de l'agent, alors que la pourriture avait résisté à tous les autres modificateurs employés pendant plusieurs jours.

On peut donc se croire fondé jusqu'à un certain point, et sauf plus ample vérification par l'expérience, à faire entrer la glycérine au moins pour quelque chose dans l'heureuse modification de ces plaies, et à engager les chirurgiens à avoir en pareil cas recours à son emploi.

De l'introduction de l'air dans la cavité thoracique, dans les foyers résultant de vastes collections purulentes, abcès froids, idiopathiques, dans les cavités articulaires, etc.

Dans une note que M. le docteur Delpierre (de Campagne-lès-Hesdin) nous adresse sous ce titre, nous trouvons quelques faits intéressants, qui, sans infirmer le fait général de la nocuité de l'air introduit dans des foyers morbides, établi sur des observations nombreuses et péremptoires, tendraient néanmoins à faire admettre des circonstances exceptionnelles dans lesquelles la pénétration de l'air ne serait pas suivie des accidents graves qui en sont ordinairement le résultat.

Depuis plusieurs années, nous écrit M. Delpierre, je me demande si l'introduction de l'air dans la cage thoracique pendant ou après l'opération de l'empyème, ou dans les abcès froids idiopathiques considérables, après leur évacuation complète, a toujours des inconvénients graves pour les malades. Sans penser que l'on puisse impunément laisser pénétrer l'air ambiant dans la poitrine et dans les autres foyers, et sans regarder comme chimériques les craintes des médecins relatives à cette pénétration, il se croit autorisé à les considérer comme très exagérées. Voici quelques-uns des faits qu'il invoque à l'appui de cette manière de voir.

Le nommé L..., âgé de six ans, eut une pleurésie du côté gauche. Un traitement antiphlogistique énergique, des applications de vésicatoires et de sinapismes furent impuissantes pour empêcher un épanchement du côté malade. Au bout de six semaines environ, à dater du début de la maladie, l'enfant souffrait beaucoup; il éprouvait une gêne considérable pour respirer et une douleur vive entre la cinquième et la sixième côte du même côté. On découvrait en ce point une tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon. Tout ce côté était considérablement dilaté. Trois jours après, cette tumeur avait acquis le volume d'un œuf de poule. M. Delpierre se décida alors à l'ouvrir, et y plongea la lame d'un bistouri. Un flot de pus en sortit. Une sonde cannelée, introduite de toute sa longueur dans le thorax, jusque sur le péricarde, lui donna la conviction que la cavité pleurale communiquait avec l'extérieur. La plaie fut pansée pendant tout le traitement avec de la charpie cératée, et une ceinture de toile servit à rapprocher les côtes. L'ouverture ne fut complétement fermée que dix-huit mois au moins après l'opération.

Il ne paraît pas douteux que l'air ait pénétré dans la poitrine; et cependant aucun accident n'eut lieu. Cet enfant a parfaitement guéri.

Notre confrère rapporte encore l'histoire d'un enfant de cinq ans qu'il avait traité pour une pleurésie du côté gauche. Un épanchement étant survenu du même côté, à la suite de cette pleurésie, une large ouverture fut faite par le père à l'aide d'un rasoir, dans un espace intercostal. Le foyer fut ainsi vidé, et le petit malade guérit sans accident.

L'ouverture communiquait-elle avec la cavité pleurale? Cela est très probable; mais on n'a pu, dans ce cas, en acquérir la certitude comme dans le cas précédent.

N'y a-t-il pas lieu, comme le pense M. Delpierre, à se demander, en présence de ces faits, ou tout au moins en présence du premier, admettant que le second n'ait rien de probant, si c'est parce que ces malades habitaient la campagne qu'ils ont supporté impunément l'entrée dans la cavité thoracique d'un gaz qui ne charrie pas, comme celui des hôpitaux ou des grands centres populeux, des principes délétères, des germes de maladie?

Ne serait-il pas possible, ajoute notre correspondant, que ce fût par ce même motif que les injections forcées d'air à l'aide d'une forte seringue, en guise d'injections iodées ou autres, dans les foyers résultant des vastes collections purulentes, d'abcès froids idiopathiques ou même dans les articulations, n'auraient aucun des inconvénients signalés par les auteurs? « J'ai traité, dit-il, en 1852, et guéri en six semaines ou deux mois, une pauvre femme de la commune de Saint-Deneux, qui avait une tumeur blanche du genou, pour laquelle on avait proposé l'amputation de la cuisse, avec un énorme abcès froid idiopathique situé sur la partie latérale de la fesse droite, en injectant tous les matins dans la caverne trois fortes pleines seringues d'air. (Il faut ajouter que la malade était en même temps mise à l'usage interne de l'iodure de potassium.) Après chaque injection, elle éprouvait dans le foyer des douleurs assez vives qui ne duraient pas fort longtemps. Le but de ces injections était d'irriter les parois pour arriver à les faire recoller. Ce but fut heureusement atteint. »

Les faits observés par M. Delpierre sont intéressants sans doute; mais, bien qu'ils ne soient pas uniques dans la science, ils sont exceptionnels, et à ce titre, on ne saurait rien en conclure contre le fait général de la nocuité de l'air dans les cavités morbides, et surtout contre les préceptes pratiques qui ont été formulés en vue de l'éventualité des accidents qui en peuvent résulter. Jusqu'à quel points les faits exceptionnels du genre de ceux que M. Delpierre nous fait connaître, tiendraient-ils à la différence des milieux et à la composition généralement plus pure de l'air ambiant dans les campagnes? C'est là une question qui est loin de manquer d'intérêt, et sur laquelle on ne saurait trop appeler l'attention des observateurs. Il est certain qu'en général le traumatisme a des effets beaucoup moins funestes à la campagne que dans les hôpitaux des grandes villes : témoin ces vastes désordres, ces larges plaies du péritoine, ces déchirures des viscères, ces ouvertures des cavités séreuses que l'on voit guérir souvent avec une merveilleuse facilité chez les paysans; témoin encore l'insuccès presque constant de l'opération césarienne dans les établissements obstétricaux de Paris, tandis que la même opération réussit souvent ailleurs. C'est ce qui faisait répéter récemment par un de nos correspondants ce propos d'un vieux chirurgien de campagne : « Donnez-moi un paysan, je le couperai en deux, puis je le recollerai, et il guérira. »

De la contagion du muguet chez les enfants nouveau-nés.

Nous devons au même correspondant la communication d'un fait qui peut intervenir utilement dans une question litigieuse et qui a été récemment agitée dans un remarquable travail de M. le docteur Seux (de Marseille), que nous avons publié dans le numéro

du 7 juin dernier: nous voulons parler de la contagion du muguet chez les enfants nouveau-nés. M. Delpierre nous demande à ce sujet de lui permettre, ce que nous faisons très volontiers, d'apporter sur cette question son contingent d'expérience.

Chargé du service de santé d'un grand nombre d'enfants provenant de la Maternité de Paris et qui sont placés à la campagne, il a eu l'occasion plusieurs fois de constater le fait suivant :

Une nourrice, partie de chez elle avec beaucoup de lait, revient quelquefois après dix et douze jours d'attente à l'hospice avec un nourrisson, mais aussi avec un lait insuffisant pour le nourrir pendant le retour; elle confie alors son élève au sein d'une autre nourrice qui allaitait un enfant atteint de muguet; celle-ci communique le muguet au nouveau venu.

Quelque large part qu'on veuille faire à la coïncidence et à cette supposition que le développement du muguet eût eu lieu sans cette circonstance (les enfants nouveaux venus étant partis du même hospice et s'étant trouvés dès lors dans les mêmes conditions hygiéniques qui ont donné lieu au muguet chez les premiers), nous croyons cependant que, si le fait signalé par M. Delpierre se produisait souvent, on ne saurait lui refuser une certaine valeur.

Ajouterons-nous que M. Delpierre invoque à l'appui de la contagion du muguet cet autre fait, que dans le peuple, et principalement à la campagne, où il ne répugne pas aux femmes qui donnent le sein d'offrir leurs mamelles à d'autres nourrissons, elles refusent de les présenter aux enfants qui ont le muguet, dans la crainte de communiquer ensuite cette maladie à celui qui est sain?

Un préjugé populaire n'est pas un argument scientifique, à coup sûr: mais pour que ce préjugé se soit établi, il faut bien qu'il y ait eu quelque raison et quelques faits qui lui aient donné au moins une apparence de fondement. Cela seul est déjà un motif pour engager à y regarder de près. La position de notre confrère le mettant à même d'observer des faits de ce genre et de suivre pas à pas la succession et la propagation des accidents en question, nous l'inviterions volontiers à en profiter pour faire de cette question l'objet d'une étude attentive, et à nous communiquer le résultat de ses observations.

ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DU DÉPARTEMENT DES BASSES-PYRÉNÉES.

Nécessité d'une organisation médicale complète.

Nous recevons de notre honorable confrère M. le docteur Pascal (de Bayonne), une intéressante relation de l'épidémie cholérique qui vient de sévir dans le département des Basses-Pyrénées. Nous nous empressons de mettre cette relation sous les yeux de nos lecteurs, ainsi que les réflexions qu'elle lui a suggérées sur les avantages qui résulteraient pour les populations d'une organisation médicale nouvelle.

— Bayonne vient d'être délivré de l'épidémie de choléra qui a sévi dans ses murs pendant le mois de septembre dernier.

Dès le 15 août, il était visible pour tous les observateurs que l'épidémie qui désolait l'Espagne depuis plus d'un an passait la frontière et envahissait nos belles vallées. Ce fut par trois points différents que nos contrées furent assaillies par le fléau. Ciboure, près de Saint-Jean-de-Luz, et Béhobie; ensuite Saint-Étienne-de-Baigorres, puis Mauléon furent atteints presque en même temps.

De ces trois localités, l'épidémie s'est successivement avancée vers les autres villes du département, sévissant spécialement sur les populations les plus agglomérées ou les plus insalubres en raison de leur situation.

Bayonne, ville de 18,000 habitants *intrà muros*, en possède dans ses alentours ou faubourgs plus de 6,000; puis la ville de Saint-Esprit, qui n'est séparée de Bayonne que par l'Adour, et qu'il est question de réunir administrativement à cette dernière cité, Saint-Esprit en contient aussi plus de 6,000. Il résulte de là que sur le confluent de l'Adour et de la Nive, il existe une population agglomérée de plus de 30,000 âmes.

Cette population active, laborieuse, rangée, généralement très religieuse, n'avait jamais connu de choléra-morbus épidémique. Sa croyance était que cette désastreuse maladie ne l'atteindrait pas. Elle fondait cette idée sur quelques observations locales qui ne sont pas sans importance. D'abord on pensait généralement que la fréquence des vents d'ouest et de nord ou de sud-ouest balayait incessamment l'atmosphère et la purifiait sans cesse; puis on estimait que les forêts de pins qui entourent Bayonne isolaient cette ville et lui donnaient une sorte d'immunité basée sur l'influence salutaire des essences résineuses qui abondent dans la localité. A certaines époques de l'année, les ruisseaux de la ville se couvrent du pollen jaunâtre des fleurs du pin maritime que le vent y apporte. En outre, il n'existe dans la localité aucune industrie insalubre, il n'y a point d'émanations miasmatiques; l'air est très pur et n'est modifié que par la présence du sel marin que le vent de mer y mêle.

Dans ces conditions, Bayonne fut un peu surprise d'être atteinte par l'épidémie. Elle se résigna, du reste, bravement dans les circonstances qui lui étaient faites, et tout le monde, fonctionnaires et magistrats se mirent tout aussitôt à l'œuvre pour parer aux événements. Les médecins, insuffisants dans la circonstance, se multiplièrent, et avec l'aide de quelques renforts bordelais et parisiens ils arrivèrent au terme. Grâce à tous ces concours la population a été secourue très efficacement, et en somme tout a été le mieux possible.

Bayonne a présenté, *intrà muros*, 646 cas de choléra. Sur ces 646 cas, il y a eu 288 décès. Le trentième de la population a donc été touché, et les décès ont été entre le *tiers* et la *moitié* des cas. C'est donc en réalité un résultat favorable, si, comme il faut l'espérer, l'affection épidémique borne là ses ravages.

A Ciboure, ville de 2,000 habitants, il y a eu 232 cas et 139 décès.

A Saint-Jean-de-Luz, ville de 3,000 habitants, il y a eu 217 cas et 164 décès.

A Sare, ville de 2,400 habitants, 200 cas et 22 décès.

A Ascain, bourg de 1,200 habitants, 146 cas et 43 décès.

A Guiche, peuplé de 1,500 habitants, 168 cas et 87 décès.

A Bidache, ville de 2,800 habitants, 205 cas et 165 décès.

Mais Cambo, cette localité si pittoresque, qui égale, si elle ne les surpasse pas, les sites les plus renommés des bords du Rhin, Cambo n'a presque pas eu de cas, et Biarritz, sur les bords escarpés de l'Océan, à deux lieues de Bayonne, Biarritz n'a point cessé d'être en dehors de l'épidémie.

Telle a été dans nos climats l'épidémie cholérique que l'Espagne nous a donnée. Cette épidémie a marché dans nos parages du *sud* au *nord*, comme toujours; elle a principalement sévi sur les hommes intempérants, sur les hommes à excès, sur les habitants placés dans l'insalubrité ou plongés dans la misère, comme aussi les individus affaiblis par l'âge ou les maladies antérieures ont été plus particulièrement atteints. Et toujours, quand le mal a été pris au début, on a le plus souvent été assez heureux pour en arrêter les progrès.

Au milieu de toutes les réflexions que suggère l'exercice de la médecine, il en est quelques-unes qui doivent trouver leur place dans cette circonstance.

Longtemps il fut question d'organiser la médecine et les médecins. Pendant dix ans l'Académie impériale de médecine s'occupa d'une loi qui devait créer des *médecins cantonaux* et subvenir aux besoins médicaux des populations délaissées ou déshéritées.

Puis, le vent ayant soufflé sur ces projets d'organisation médicale, tout fut remis au point qui avait précédé leur apparition. Dès lors chacun suivit la voie qui lui parut préférable; les pouvoirs publics déclinèrent toute participation à une organisation médicale nouvelle qui ne paraissait encore ni bien sentie ni suffisamment digérée.

Entre l'esprit de liberté, qui voulait tout pour lui, et l'esprit du devoir, qui espérait soumettre à la règle les hommes rétifs, il s'était établi une lutte sourde, permanente, tenace, qui cependant eut pour résultat de démolir tous les projets mis en avant. Satisfaire à des besoins publics, venir au secours de populations délaissées, aider les classes indigentes, tout cela fut dit, redit, sassé et ressassé; mais le résultat fut l'impuissance d'organiser, faute d'une volonté supérieure qui exprimât fortement la situation et devînt loi pour tous.

J'ignore quand l'état actuel paraîtra susceptible de quelques changements favorables; mais rien ne m'a paru plus propre à révéler la valeur de l'état présent que ce qui s'est passé et ce qui se passe tous les jours dans les temps d'épidémie.

L'épidémie est l'état de guerre de la médecine. Quand une épidémie éclate, toutes les forces vives de l'art sont aussitôt sollicitées; tout ce que la médecine offre d'efficace et de puissant doit concourir de suite au but désiré, celui de sauver les populations en danger.

C'est donc alors que les vides et les faiblesses de l'organisation médicale sont vivement sentis.

Dans une foule de localités il n'existe point de médecins; cependant le fléau y répand ses victimes. Où trouver alors l'homme de l'art qui doit guider tant d'hommes dévoués qui s'offrent pour l'aider dans la tâche pénible qui lui est dévolue?

Les villes voisines n'ont plus assez de leurs docteurs, et les bourgades du canton ou même de l'arrondissement peuvent à peine espérer de n'être point à l'abandon.

Ainsi l'état épidémique, en révélant aux autorités et aux populations l'importance de l'art et des médecins, indique aussi ce qu'il est si nécessaire de faire pour les indigents de tant de localités isolées.

Pourquoi, ainsi que cela se passe en Allemagne et en Espagne, n'existerait-il pas une loi qui imposerait pour le service médical (comme cela existe pour le service du culte) la nécessité dans chaque bourg d'un *médecin communal*, lequel serait dans l'obligation de résider dans la commune et y serait, pour le service médico-pharmaceutique, ce que le desservant est pour le service religieux?

Sans vouloir élever ici aucune espèce de comparaison entre ces deux services, n'est-il pas évident pour tous que la médecine est de première nécessité dans nos sociétés? Dès lors, pourquoi ne pas la faire asseoir honorablement au foyer de chaque bourg et village? L'organisation qui donnera le *médecin communal*, fonctionnaire obligatoire de la commune, aura plus fait pour le bien-être des populations que toutes les démonstrations charitables n'ont réellement fait jusqu'ici dans l'intérêt médical des populations.

Les secours doivent être éclairés pour porter juste. Sans médecin, prétendra-t-on faire de la médecine?

ABCÈS DU CERVEAU,

Par le Dr LEINWEBER.

Un soldat du 27e régiment d'infanterie, ayant exercé la profession de couvreur, était tombé d'un toit il y a deux ans. Depuis lors il avait souvent éprouvé des douleurs dans la tête, accompagnées parfois de vomissement; du reste, aucun trouble dans la santé générale. Admis à l'hôpital le 20 novembre 1854; il se plaignait de douleurs compressives dans la région sourcilière et d'élancements dans les tempes, marqués surtout pendant les mouvements de la tête. Pouls petit et déprimé, anorexie, constipation. Peu à peu, abattement très grand, gémissements continuels avec inspirations profondes, douleurs de plus en plus vives, pouls misérable et d'une fréquence extrême.

On employa de fortes doses de calomel, un bain chaud avec affusions froides, des ventouses à la nuque, des sangsues au front, des frictions mercurielles dans le dos; puis on recourut aux frictions avec l'huile de croton sur la nuque, aux lavements irritants, aux vessies remplies de glace sur la tête. Le malade, qui avait toujours conservé son intelligence, mourut le 27, sans autres symptômes.

L'autopsie, faite le lendemain, montra les lésions suivantes: cuir chevelu épais; os du crâne injectés. Au niveau de la suture sagittale, corpuscules de Pacchioni du volume d'un pois à celui d'une noisette, qui avaient déterminé une inflammation adhésive des méninges; sinus et méninges excessivement injectés; circonvolutions aplaties par suite de l'excès de volume du cerveau; exsudation plastique jaunâtre, de près d'une ligne d'épaisseur, au voisinage de la glande pituitaire et à la face inférieure des hémisphères du cervelet. Ce produit recouvrait en partie la pie-mère, et en partie pénétrait dans son tissu.

Cerveau ramolli vers le centre, ventricule droit rempli d'une masse plastique, ventricule gauche distendu par de la sérosité trouble. Sur le plexus choroïde et la couche optique, dépôts abondants de fibrine et de pus.

Au niveau du genou du corps calleux, et un peu à gauche, petite ouverture conduisant dans une cavité mesurant 10 lignes en longueur, 6 en largeur, et contenant encore une grande quantité d'un pus fluide.

Les parois de cette cavité présentaient des plis en forme de lamelles; dans son voisinage, la substance nerveuse était à la fois plus consistante et plus injectée que normalement. L'exsudation purulente s'étendait dans le ventricule moyen, dans l'infundibulum et la glande pituitaire, ainsi que dans le quatrième ventricule, à travers l'aqueduc de Sylvius. (*Med. Zeit.*)

APPLICATION DE LA TEINTURE D'IODE

pour prévenir les cicatrices difformes que la variole laisse à sa suite.

Par M. le docteur V. FRANÇOIS (d'Anvers).

Il est probable que la vogue dont jouit depuis assez longtemps l'emploi de l'iode sous toutes les formes et pour les affections les plus diverses, a fait naître chez plusieurs praticiens séparément l'idée de provoquer l'avortement des pustules varioliques par l'application de la teinture iodée.

« Depuis dix ans, dit M. Boinet (*Iodothérapie*, 1855, p. 647), nous avons fait plusieurs fois cette application dans des cas de variole, même confluente, et nous avons toujours vu avorter les pustules varioliques sans inconvénient aucun pour les malades. L'avantage qu'elle a sur les préparations mercurielles, c'est que la teinture d'iode peut être appliquée partout, sur les yeux, les paupières, les lèvres, les ailes du nez, les oreilles et sur les muqueuses, jusque dans la bouche et le fond de la gorge. »

Des expériences semblables, avec le même résultat, étaient consignées en 1848 dans le *British American Journal*, et M. Crawford, en 1853, disait avoir badigeonné sans inconvénient toute la surface du corps avec la teinture (*New-York med. Times*, vol. III, n° 4). Dans le présent travail, M. François cite des essais qui auraient été spontanément entrepris en 1847 par M. Dethier à l'hôpital militaire de Mons (postérieurs, comme on voit, à ceux de M. Boinet); et, rapprochant les résultats alors obtenus de ceux que lui a donnés sa propre pratique, il arrive aux conclusions suivantes :

La teinture d'iode employée tout au commencement de l'éruption, alors que celle-ci est constituée par des taches rouges, boutonneuses à leur centre, empêche leur développement ultérieur et leur apparition sur les endroits encore sains de la face.

Appliquée lorsque l'éruption est vésiculeuse, elle s'oppose à l'agrandissement de l'aréole inflammatoire autour des vésicules, dont la sécrétion est diminuée. Si l'éruption prend déjà la forme pustuleuse et que la suppuration commence, les pustules s'affaissent un peu en prenant une forme plus plate, et la dépression ombiliquée est moins profonde que de coutume. Enfin, quand l'éruption est à son plus haut point de développement, et que le travail de suppuration s'est effectué en provoquant une suppuration énorme de la face, la teinture d'iode amène la flétrissure des boutons et une diminution rapide de la tuméfaction.

L'auteur ajoute que les symptômes généraux diminuent à mesure que s'opèrent les changements dans la lésion locale.

(*Arch. belges de méd. milit.*)

CAS DE HERNIE ÉTRANGLÉE

masquée par un ganglion hypertrophié.

Par M. BROWN.

Une femme délicate, âgée de cinquante-quatre ans, souffrait depuis longtemps d'une tumeur glandulaire à l'aine. Sous l'influence de l'iode, elle fut réduite à la grosseur d'un œuf de poule. Elle resta dans cet état jusqu'au jour où se manifesta une hernie.

En mars dernier, après avoir déjeuné et immédiatement après être allée à la selle, elle ressentit une douleur violente dans l'abdomen ac-

compagnée de vomissements et des symptômes habituels d'entérite. La hernie ayant passé inaperçue, on l'avait saignée et on avait appliqué des sangsues et des emplâtres. Mais, les symptômes n'ayant pas diminué et les douleurs étant intenses et l'abdomen tendu, on employa tous les moyens possibles pour faire cesser l'obstruction, mais sans résultat.

Au bout de trois jours où fut appelé M. Brown, celui-ci lui fit administrer un lavement de tabac. Sous son influence, la malade rendit quelques matières fécales. On administra ensuite de hautes doses d'opium, qui firent cesser la douleur; toutefois, elle ne pouvait encore rien supporter dans l'estomac; les matières vomies étaient évidemment stercoreuses.

Chaque région de l'abdomen ayant été examinée avec soin le cinquième jour, on ne reconnut que la tumeur, qui était indolore. On se détermina à faire une incision exploratrice, avec espoir de découvrir quelque chose. Le pouls était à peine sensible. On enleva la tumeur en disséquant le pourtour de l'anneau avec précaution, dans la crainte que quelque intestin se trouvât derrière, ce qui avait lieu en effet, car on en trouva une petite portion presque noire.

L'opération terminée, les symptômes cessèrent, les selles se déclarèrent avant le matin, et la malade fut bientôt rétablie.

(*Assoc. méd. journ.* et *Gaz. méd.*)

CORRESPONDANCE.

A M. le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Monsieur le rédacteur,

Il est des découvertes qui sont tellement importantes et inattendues, qu'elles captivent tout d'abord les esprits. On est ébloui par la lumière qui vient de se faire, et on admire. L'examen venant à son tour, on approuve, on condamne ou on essaye de modifier. C'est ce qui est arrivé pour toute grande découverte, c'est ce qui arrive au sujet de la fonction glucogénique du foie.

M. Bernard se reposait sur des lauriers glorieusement acquis, et qui ne sont pas près de se flétrir encore, lorsqu'on a voulu déshériter le foie de la nouvelle fonction qui venait de lui être reconnue. Les mémoires de M. Figuier se succèdent avec rapidité; mais frappant toujours dans le vide, ce chimiste court grand risque de ne pouvoir remplir cet autre tonneau des Danaïdes.

Dans le numéro de la *Gazette des Hôpitaux* du 9 octobre, je trouve *Un mot sur la circulation du foie*, par M. Judée. L'auteur croit que M. Bernard oublie l'artère hépatique. Le célèbre physiologiste ne l'oublie point, car il lui attribue sans doute la nutrition du foie, et aussi quelque part dans la formation de la bile. Quand on pense au volume énorme du foie et au petit calibre de l'artère hépatique, on s'étonne réellement que cette action puisse suffire aux usages précédents, et qu'on veuille encore lui attribuer celui qui appartient à la veine porte.

Il ne faut pas conclure de ce qui doit se passer dans un organe à ce qui se passe dans tel autre, parce que le premier a de l'analogie avec le second; c'est là une grave erreur, et une erreur capitale en physiologie.

M. Judée croit que les *rameaux de la veine porte s'abouchent directement dans les veines sus-hépatiques*, et que par conséquent *tout le sang qui vient de l'absorption* passe immédiatement dans le torrent circulatoire sans s'arrêter *nullement* dans le foie. C'est là une immense erreur. Il est vrai, et c'est M. Bernard qui le premier a démontré que sur l'homme, le cheval, des branches de la veine porte de 1 à 2 millimètres traversaient le foie sans s'y ramifier, et aboutissaient directement à la veine cave inférieure (1); mais ces branches sont en petit nombre, et la plus grande partie du sang de la veine porte parcourt des capillaires qui font partie intégrante du foie et s'anastomosent ensuite avec les capillaires des veines sus-hépatiques, comme les capillaires artériels eux-mêmes. Si une très minime partie du sang de la veine porte passe directement dans le torrent circulatoire, la plus grande partie circule au contact des réseaux du foie, et sert non-seulement à former la bile, ce que M. Simon (de Metz) a démontré après d'autres physiologistes, mais encore à former le sucre, comme M. Bernard l'a montré depuis longtemps.

D'après tous les anatomistes de nos jours, le sang de la veine porte ne passant point directement dans la circulation générale sans s'arrêter *nullement* dans le foie, par conséquent sans être modifié, comme le prétend M. Judée, on ne peut donc tirer cette conclusion erronée que c'est le sang de l'artère hépatique et non celui de la veine porte qui fournit les matériaux du sucre.

« En arrangeant les choses ainsi, dit M. Judée, tous les faits irrévo» cables avancés par M. Bernard sont expliqués d'une manière qui sa» tisfait mieux l'esprit. » Celui de M. Judée sans doute; mais celui des anatomistes sérieux, je ne crois pas. « On s'explique, en effet, com» ment après chaque repas, etc. » Non, cela ne s'explique pas; car dans les expériences de M. Bernard les animaux sont nourris de viande qui ne renferme pas un atome de sucre, ce qui fait que la veine porte n'en peut contenir, et que par conséquent il ne saurait y en avoir une quantité plus considérable dans le foie après le repas, puisque, d'après M. Judée, le sang de la veine porte ne fait que traverser cet organe. Après le repas, il y a une plus grande quantité de sucre, parce que le sang de la veine porte pénètre les tissus du foie et apporte ainsi les matériaux propres à sa fabrication.

Si de ceci je voulais tirer une conclusion tout opposée aux idées de M. Judée sur l'anatomie du foie ou à la distribution du sang porté dans cet organe, je dirais, d'après une loi posée par M. Bernard : Puisque le sang-porte ne renferme point de sucre quand il pénètre le foie, et que cependant cet organe en renferme plus après le repas qu'avant, c'est que le foie a fabriqué ce sucre aux dépens du sang-porte, et si ce sang est modifié nécessairement la veine porte ne vient point s'ouvrir dans les sus-hépatiques, comme le canal thoracique dans la sous-clavière gauche; la disposition anatomique est donc autre que ne le prétend M. Judée, et par conséquent elle est bien comme nous l'enseignent tous nos maîtres.

(1) Société de biologie, 1849.

« Dans l'intervalle des digestions, on ne trouve pas trace de sucre » dans la veine porte, bien que les veines sus-hépatiques en contien» nent, ainsi que la veine cave inférieure. » Oui; mais il ne faut point en conclure que c'est l'artère hépatique qui le fournit, car la veine cave inférieure en contient bien plus que l'analyse n'en peut montrer dans le sang artériel. Le foie a été saturé pendant la digestion; c'est ce qui fait qu'il peut en donner dans l'intervalle des digestions, et même après une longue abstinence.

« Lorsqu'on irrite le pneumogastrique, on amène la contraction des » cellules hépatiques, et par conséquent on rend impossible l'introduc» tion du sucre dans leur intérieur: le sucre s'accumule alors dans le » sang de la même manière que l'urine dans » le cas de rétention; si, » au contraire, on sectionne le nerf, on permet de nouveau la sécrétion » et par conséquent la disparition du diabète. »

La contraction empêche l'introduction du sucre dans l'intérieur des cellules; si le sucre pénètre les cellules, le sang de l'artère hépatique le fournit directement alors; il ne fournit plus les matériaux, comme le prétend ailleurs M. Judée. Voilà donc le foie dépossédé de sa fonction.

M. Figuier ne dirait pas mieux pour soutenir sa thèse.

« Si on sectionne le nerf, on permet de nouveau la sécrétion et par » conséquent la disparition du diabète. » Le diabète disparaît pour une raison toute simple; le foie ne reçoit plus d'excitation, il ne sécrète plus, et par conséquent il serait difficile et même curieux de trouver encore du sucre.

Je termine cette lettre en faisant remarquer que non-seulement M. Judée n'admet point tous les faits découverts par M. Bernard, mais que s'il voulait les combattre il ne saurait mieux s'y prendre.

Veuillez agréer, etc. Isaïe Poinsot.

M. Le Roy-d'Etiolles nous prie d'insérer la rectification suivante:

Dans votre numéro du 11 septembre, je lis au compte rendu de la séance de la Société de chirurgie du 22 août la phrase suivante :

« M. Le Roy-d'Etiolles chercha vainement à atteindre le canal; » M. Ricord fut plus heureux. » Il y a dans cette narration de l'opération d'urétrotomie de dehors en dedans que nous avons pratiquée une inexactitude qu'il m'importe de rectifier. Je n'ai pas cherché vainement l'urètre, car les premières incisions étaient à peine pratiquées lorsque je remis à M. Ricord le bistouri et la sonde cannelée pour qu'il continuât l'opération. Ce que j'ai cherché, c'était l'occasion de faire avec lui échange de courtoisie; car, il y a peu de temps, dans un cas de calcul urinaire difficile et compliqué, dont il aurait eu cependant très certainement raison, il m'avait gracieusement confié la manœuvre de l'instrument brise-pierre. J'avais à cœur de reconnaître cette marque de déférence, et j'ai saisi cette occasion, bien certain d'ailleurs que mon malade ne pouvait qu'y gagner; car si j'ai plus que M. Ricord l'habitude du lithotribe, je ne fais nulle difficulté de dire qu'il manie le bistouri plus souvent et mieux que moi.

Voici le fragment d'une lettre que cet habile et spirituel confrère vient de m'écrire à ce sujet :

« Mon cher Le Roy,

» Si j'avais assisté à la lecture du procès-verbal de la séance de la Société de chirurgie, j'aurais certainement demandé le changement de l'interprétation donnée à mes paroles. Il ne pourra, du reste, jamais entrer dans la pensée de personne que vous ayez manqué un urètre. On croirait plutôt qu'il se serait ouvert de lui-même à votre nom...

» Je serais heureux, mon cher ami, si les journaux qui publient les comptes rendus de la Société de chirurgie voulaient bien insérer cette lettre et faire connaître mes sentiments à votre égard.

» Agréez, etc. Ricord. »

19 septembre 1855.

Malgré la bienveillante plaisanterie de M. Ricord, je dois reconnaître que j'ai rencontré quelques urètres rebelles même aux bougies tortillées et crochues, entre autres celui pour la restauration duquel nous avons réuni notre expérience et nos efforts.

OBSÈQUES DE M. MAGENDIE.

Les obsèques de M. Magendie ont eu lieu, comme nous l'avions annoncé, jeudi, dans l'église de la Madeleine, au milieu d'un grand concours de notabilités scientifiques. Le deuil était conduit par MM. les docteurs de Puysaye et Roberty, neveux du défunt. Les cordons du poêle étaient tenus par MM. Flourens et Serres, de l'Académie des sciences; Stanislas Julien, de l'Académie des inscriptions et belles-lettres; Villermé, de l'Académie des sciences morales et politiques; Dubois (d'Amiens), secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine; et Davenne, directeur général de l'administration de l'assistance publique.

Des discours ont été prononcés sur la tombe de l'illustre défunt par M. Andral (pour M. Serres), au nom de l'Académie des sciences; par M. Flourens, au nom du Collége de France; par M. Dubois (d'Amiens), au nom de l'Académie de médecine; et par M. Villermé, au nom du Comité d'hygiène publique.

Nous consacrerons prochainement une notice aux travaux scientifiques de M. Magendie. Nous sommes heureux, en attendant, de pouvoir mettre sous les yeux de nos lecteurs le discours prononcé par M. Dubois (d'Amiens) :

Messieurs,

A l'aspect de cette tombe qui va se fermer sur la froide dépouille d'un de nos plus illustres collègues, nos pensées se reportent naturellement sur les œuvres qui ont marqué sa vie, sur les travaux qui l'ont remplie, sur les justes distinctions qui l'ont honorée.

Le savant physiologiste dont nous déplorons aujourd'hui la perte n'est point mort tout entier, il laissera de grands et durables souvenirs; son nom sera victorieusement disputé à l'oubli par les services qu'il a rendus à la science, par les nombreux ouvrages qu'il a publiés, et avant tout par la droite et forte impulsion qu'il a su communiquer aux études physiologiques.

Les travaux de M. Magendie sont connus de tous; des voix plus autorisées que la mienne viennent d'en faire un juste éloge. Les paroles que vous venez d'entendre me dispensent de rappeler ici ses savantes publications, ses utiles et fructueuses leçons, ses longues et laborieuses expériences, et enfin ses efforts de chaque jour pour verser à pleines mains tant de notions judicieuses et positives.

Mais, pour honorer sa mémoire, je pourrai du moins revenir sur les hautes qualités de cet esprit si droit et si sain, sur son incomparable sagacité et sur la rigueur qu'il apportait dans l'examen des questions qui lui étaient soumises.

M. Magendie était de la grande école des expérimentateurs, de l'école des Vésale, des Harvey, des Pecquet, des Malpighi, des Haller et des Bichat; empruntant aux sciences physiques leurs rigoureuses et sûres méthodes, il accueillait tous les faits, mais il n'en laissait passer aucun sans l'avoir soumis à un sévère et utile contrôle.

Si ces faits avaient une véritable importance, M. Magendie s'empressait de le reconnaître et de le proclamer; si, au contraire, il les trouvait incertains, équivoques, erronés, il les rejetait sans ménagement.

Peut-être n'accordait-il pas assez de confiance aux faits qui lui étaient étrangers, peut-être portait-il un peu trop loin cet esprit de doute et de négation; mais il n'était mu en cela que par l'intérêt de la vérité et par le désir de n'accepter que des faits incontestables; j'ajoute que, loin de rester et de se plaire dans ce scepticisme, M. Magendie s'efforçait continuellement d'en sortir par de constantes et opiniâtres recherches.

C'est ainsi que M. Magendie, pendant sa longue carrière, a suivi le mouvement de la science; c'est ainsi qu'il a si largement contribué à l'acquisition des connaissances physiologiques.

Je ne crois pas aller trop loin en disant qu'aucune découverte n'a été faite de nos jours qui n'ait été contrôlée et vérifiée par M. Magendie, qu'aucun problème n'a été soulevé sans qu'il n'ait cherché pour sa part à en dissiper les obscurités et à en pénétrer les profondeurs. D'autres ont pu montrer plus d'initiative et, par leur génie inventif, agrandir plus que lui le champ de la science; nul n'a su mieux que lui en rectifier les limites et en assurer le vrai domaine.

M. Magendie s'était fait comme une religion de reprendre tout en sous-œuvre, de tout refaire et de tout vérifier par lui-même. Ceci ne l'empêchait pas toutefois de voir avec plaisir les efforts tentés par d'autres; on sait quel bienveillant accueil trouvaient près de lui tous les travailleurs sérieux et instruits, et personne n'ignore les encouragements qu'il leur prodiguait.

Arrivé au déclin de la vie, et depuis longtemps à l'âge du repos, on le voyait partager l'ardeur et l'enthousiasme de ses plus jeunes émules. Il s'associait à leurs travaux, il les aidait dans leurs recherches, et partageait leur joie quand elles étaient couronnées de succès. Loin donc de mettre obstacle à leurs découvertes, il était le premier à les proclamer et à les propager : il en était l'apôtre et le défenseur.

Sous des formes un peu roides et en apparence peu communicatives, M. Magendie cachait un cœur excellent et une véritable bonhomie; ceux qui ont vécu dans son intimité savent avec quel abandon et quel charme il se livrait dans les relations privées.

J'ajoute que M. Magendie, comme tous ceux qui ont l'âme bien placée, ne conservait aucun ressentiment des dissidences qu'il avait pu avoir avec ceux qui ne partageaient pas ses opinions; savoir lui résister avec franchise et fermeté était le meilleur moyen de gagner son estime.

C'est ainsi, messieurs, que M. Magendie a su se faire un nom cher à ses amis, glorieux pour la France, un nom qui, après avoir longtemps retenti dans les enceintes académiques, arrivera certainement à la postérité.

Par suite de la démission de M. Ozanam, bibliothécaire de l'Académie de médecine, le conseil d'administration a été appelé, dans sa dernière séance, à présenter à M. le ministre un candidat pour ces fonctions. Le choix du conseil s'est arrêté sur M. René Briau, qui a récemment donné une traduction estimée de Paul d'Egine.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Maurice, né le 9 octobre 1828 à St-Epain (Indre-et-Loire); *Des modifications morbides de la température animale dans les affections fébriles.*

Meunier, né le 9 novembre 1828 à Marans (Charente-Inférieure); *De la contagion et de l'infection spécialement étudiées dans le choléra.*

Arthaud, né le 30 novembre 1820 à Grenoble (Isère); *Quelques notes sur la phthisie pulmonaire.*

Pellagot, né le 31 décembre 1826 à Paris (Seine); *De l'angine de poitrine.*

Baillon, né le 30 novembre 1827 à Calais (Pas-de-Calais); *De la famille des hespéridées.*

Bédane, né le 20 mars 1828 à Saumur (Maine-et-Loire); *De la symptomatologie des cancers squirreux et encéphaloïdes du sein chez la femme; de leur diagnostic avec les tumeurs bénignes.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. Decq;
A Genève, à la librairie de Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Clinique chirurgicale de l'hôpital Lariboisière, par E. Chassaignac, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Leçons sur l'hypertrophie des amygdales et sur une nouvelle méthode opératoire pour leur ablation, in-8°, avec 8 figures intercalées dans le texte.

Leçons sur la trachéotomie, in-8°, avec 8 figures intercalées dans le texte. Prix de chaque partie, 2 fr.

Sous presse : *Leçons sur l'écrasement linéaire.* Paris, J.-B. Baillière, éditeur, 19, rue Hautefeuille.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 15 OCTOBRE 1855.

Séance de l'Académie des Sciences.

Deux importantes questions ont été abordées (nous nous garderions de dire résolues, tant s'en faut) dans deux des communications faites dans cette séance ; elles sont relatives toutes deux aux maladies épidémiques.

La première de ces communications a trait à la recherche des causes des maladies endémiques, épidémiques et épizootiques. On a supposé depuis longtemps que la plupart des maladies épidémiques, contagieuses, étaient produites par des corpuscules organiques, microscopiques, répandus dans l'atmosphère. Cette idée a été la source d'une foule d'hypothèses qui se sont produites à diverses époques, et elle a fourni le texte d'un programme de prix confié à l'Académie des sciences. Mais jusqu'ici ces êtres hypothétiques n'ont été vus par personne. M. A. Baudrimont s'est proposé de les découvrir. Ses observations, ainsi qu'on peut le voir par l'aveu qu'il en fait lui-même dans la note insérée au *Compte rendu*, sont peu nombreuses. Il a cependant joint à cette note le dessin de quelques-uns des êtres qu'il a observés dans des lieux divers et dans des circonstances différentes. Il est très regrettable que le silence du *Compte rendu* à cet égard ne nous ait pas permis d'en apprendre plus long sur ce point à nos lecteurs.

La seconde communication a pour objet un projet de recherches et d'expériences sur l'inoculation prophylactique des produits morbides de la fièvre typhoïde. Pour démontrer la possibilité d'un traitement prophylactique de la fièvre typhoïde, M. Bourguignon part de ces deux faits, qu'il admet comme principes acceptés, que la dothinentérie réelle, la fièvre typhoïde *vraie*, est une maladie essentiellement générale, avec ulcérations intestinales *constantes*; que dans la grande majorité des cas elle n'attaque qu'une seule fois le même individu, et que par conséquent elle le soustrait à l'effet des causes qui peuvent la produire. Il se fonde enfin sur ce que la fièvre typhoïde a son analogue connu dans la nosologie, la variole. De là il est conduit à poser ce syllogisme :

Les fièvres essentielles variole et typhoïde préservent ceux qui en sont atteints de toute récidive ;

La variole inoculée préserve de la variole ;

Donc la fièvre typhoïde inoculée préservera de la fièvre typhoïde.

Le syllogisme peut être irréprochable ; mais un syllogisme, si rigoureux qu'il soit, engage peu en médecine. Le raisonnement par analogie a un côté qui séduit davantage ; mais, par cela même qu'il est plus séduisant, il est plus dangereux peut-être. On a un peu abusé depuis quelque temps, ce nous semble, des quelques analogies qui peuvent exister entre la variole et la fièvre typhoïde. Ce n'est pas ici le lieu de faire entre ces deux affections un parallèle d'où il serait aisé de déduire des dissemblances nombreuses à côté des ressemblances qui ont été constatées. Mais là n'est pas le point essentiel de la question. La fièvre typhoïde est-elle contagieuse? Existe-t-il dans ses produits morbides un principe inoculable? Où réside ce principe? C'était là d'abord ce qu'il fallait établir par des expériences.

Cette première difficulté levée, à supposer qu'elle le fût, il en resterait une seconde qui ne serait pas moins grande. M. Bourguignon l'a sentie ; aussi est-il allé au-devant.

« Devra-t-on, se demande-t-il, dans ces nouvelles recherches expérimentales, prendre pour guide les précédents que donne la vaccination, et se garder de puiser sur l'homme le virus inoculable, malgré l'utilité incontestable qu'ont eue pendant des siècles les inoculations varioliques faites d'homme à homme avant que Jenner eût l'idée d'emprunter au cow-pox de la vache le virus préservateur ? »

M. Bourguignon répond à cela qu'il ne le pense pas. On s'attend donc à ce qu'il va s'arrêter à l'idée de l'inoculation directe. Mais en admettant comme probable que les pustules intestinales seules renferment la sécrétion morbide virulente inoculable, il se trouve arrêté par une nouvelle difficulté d'un autre ordre, toute matérielle cette fois, celle d'aller prendre le virus inoculable sur un point où il n'est pas possible de porter la lancette. En présence de cette impossibilité, M. Bourguignon se rejette donc sur une voie indirecte, sur une sorte de *vaccination* dont il suppose que la pathologie comparée lui fournira les éléments.

« Tout porte à croire, dit-il, que l'espèce bovine, si souvent frappée épidémiquement de maladies infectieuses, offre dans certains cas des altérations pathologiques comparables à celles de la fièvre typhoïde, c'est-à-dire des pustules dans l'intestin. »

Il cite à l'appui le typhus contagieux épidémique de l'espèce bovine, dans lequel le corps de ces animaux se couvre d'un exanthème boutonneux ; ou la fièvre aphtheuse des bêtes à cornes, où il survient une éruption dans la bouche, sur les lèvres, etc., etc., et il prend texte de ces divers exemples d'affections générales, infectieuses et contagieuses, accompagnées d'éruptions pustuleuses sur les téguments et sur les muqueuses, comparables sous certains rapports à celles de la fièvre typhoïde, pour engager les expérimentateurs à chercher dans le règne animal l'affection virulente congénère où l'on devra puiser le germe de l'inoculation préservatrice de la fièvre typhoïde.

Nous sommes loin de vouloir détourner M. Bourguignon, ou les personnes qui voudraient répondre à son appel, de la voie de recherches qu'il leur indique ; mais nous croyons qu'avant de chercher dans le règne animal le vaccin de la fièvre typhoïde, il y aurait un premier fait à établir expérimentalement, c'est la transmission de la fièvre typhoïde par inoculation. Tant que ce fait ne sera pas établi, toute la série de raisonnements sur lesquels notre confrère s'est étayé sera passible des objections que nous venons de lui opposer et de bien d'autres encore. — Dr Brochin.

MALADIES DES YEUX. — M. TAVIGNOT.

De la guérison très rapide de plusieurs affections de la cornée par une opération chirurgicale.

Bien que l'opération que je vais décrire et l'instrument qui sert à la pratiquer ne soient guère connus, ne le soient même pas du tout, je ne réclame absolument rien en fait de priorité. Le monde est trop vieux, et on a écrit en trop de langues différentes, on a pensé et agi sous trop de climats divers pour qu'il soit possible d'affirmer que l'on écrit, que l'on pense et que l'on agit le premier à propos de tel ou tel sujet.

Mon but est seulement ici de fixer l'attention des praticiens sur un point des plus importants de l'ophthalmologie moderne, que j'ai étudiée depuis quelques années avec un soin tout particulier. Il s'agit des kératites aiguës ou chroniques, plastiques ou vasculaires, ou encore plastiques et vasculaires à la fois.

Je dis que, dans un certain nombre de ces affections rebelles aux médications ordinaires, il faut avoir recours soit aux scarifications, soit aux ponctions de la cornée en se servant de l'aiguille bicuspidée dont voici le modèle. (*Vue de trois quarts, modèle de M. Charrière.*)

Les quelques faits suivants feront connaître tout à la fois et l'opération et les résultats ; ils ont été pris au hasard parmi un beaucoup plus grand nombre :

OBS. I. — Audibert, seize ans et demi, sculpteur en bronze, rue Médéah, à Plaisance, a déjà été soigné par moi, il y a quelques années, pour une kératite plastique, que j'ai guérie en six semaines ou deux mois sans qu'il soit resté d'opacité de la cornée. J'avais eu recours aux moyens ordinaires, qu'il n'est pas nécessaire de répéter ici.

Nonobstant un traitement général par l'huile de foie de morue, il y a eu dernièrement une rechute caractérisée par la formation d'un épanchement plastique arrondi et assez étendu, siégeant vers la partie moyenne et inférieure de la cornée du côté gauche ; l'opacité est plutôt superficielle que profonde.

A l'aide du crochet tranchant de mon aiguille bicuspidée, je débride le feuillet cornéal superficiel qui recouvre la matière plastique ; aucun autre traitement ne fut prescrit, si ce n'est un purgatif.

Le troisième jour, le jeune homme reprenait ses travaux, toutes traces de sa maladie ayant disparu.

Je l'ai revu quelques jours après : rien à l'inspection de la cornée ne pouvait faire soupçonner que cette membrane eût été opaque dans un point quelconque et surtout que l'on ait pratiqué sur elle l'opération que je viens de faire connaître. Depuis un an, il n'y a pas eu de rechute.

Ce fait a une signification très évidente pour tout le monde : Audibert, traité une première fois, ne guérit qu'en six semaines ; traité une seconde fois, il guérit en trois jours.

OBS. II. — Une jeune fille de sept ans, nommée Louise Depierre, 141, rue du Cherche-Midi, a mal aux yeux depuis très longtemps ; l'œil droit s'est pris à l'âge de deux ans, l'œil gauche vers l'âge de trois ans ; elle fut traitée sans succès par les sangsues et les vésicatoires. Je la vis vers la fin d'octobre 1854 ; je la soumis à l'emploi fréquemment répété des purgatifs ; je lui prescrivis l'huile de foie de morue, etc., pour combattre, à droite, une kératite plastique diffuse ; à gauche, une kératite ponctuée.

Bientôt j'ouvris avec mon aiguille bicuspidée un épanchement plastique assez étendu qui s'était formé vers la partie externe et un peu inférieure de la cornée du côté gauche ; cet épanchement était profond ; il paraissait avoir envahi toute l'épaisseur de la cornée, menaçant même de s'ouvrir dans la chambre antérieure de l'œil.

Le fer de lance de l'aiguille, présenté perpendiculairement à la surface cornéale, traversa l'opacité de part en part, c'est-à-dire jusque dans la chambre antérieure, au grand étonnement des élèves, qui ne m'avaient pas encore vu pratiquer cette opération.

La résorption fut si active, à dater de cet instant, que deux ou trois jours après il n'y avait plus de traces dans ce point de la cornée de la maladie antérieure. Du côté droit, il existe encore un léger nuage central qui a nécessité un traitement ordinaire de plusieurs semaines.

OBS. III. — Mme ....., dix-neuf ans, brunisseuse sur argent, d'une constitution éminemment lymphatique, s'est d'abord adressée à moi, il y a quelques mois, pour une ulcération transparente de la cornée du côté droit. Je l'ai guérie assez rapidement par l'emploi d'un collyre au chlorure de sodium ; puis il survint une kératite ponctuée du même côté. Un épanchement plastique s'ulcéra, et guérit très vite sous l'influence du collyre précédent et des purgatifs. Néanmoins, deux épanchements plastiques situés non loin de la circonférence inférieure de la cornée et du volume d'une tête d'épingle avaient persisté ; ils étaient mal tolérés, car l'œil n'a jamais été parfaitement bien, quoique la malade ait pu reprendre ses travaux pendant six semaines environ.

Enfin, vers la fin de décembre, Mme ..... nous revint de nouveau ; c'était la troisième fois. Il existait à la partie supérieure de la cornée, du côté droit, un épanchement plastique très circonscrit et du volume d'une tête d'épingle. Déjà il avait commencé à ulcérer les lamelles superficielles de la cornée. Un autre épanchement analogue au premier se rencontrait à la partie inférieure de la même membrane. Ce dernier était moins avancé dans son évolution.

Le 29 décembre, dans le but de débarrasser d'un seul coup la cornée de ces deux épanchements plastiques devenus chroniques, je scarifiai avec la lame recourbée de mon aiguille bicuspidée les lamelles cornéales qui les recouvraient. Chose remarquable, bien que la cornée ne parût en aucune façon vascularisée, il s'écoula une petite nappe de sang après chaque incision. Je prescrivis un collyre au sel marin, et des ferrugineux à l'intérieur.

Le 6 janvier 1855, l'ulcération cornéale s'est détergée ; elle est aujourd'hui parfaitement transparente ; la guérison est même très avancée. Les deux dépôts plastiques sont presque tout à fait résorbés.

Convenons cependant que, vu la chronicité de la maladie, la guérison a été ici moins prompte que dans la plupart des autres cas. Je n'ai rapporté ce fait que pour montrer que l'on peut, en une seule séance, faire deux scarifications sur la même cornée.

OBS. IV. — M. de B... m'a consulté, dans les premiers jours de juillet de l'année dernière, pour sa fille, âgée de vingt-deux mois, et photophobe depuis trois mois environ. Plusieurs spécialistes distingués de Paris, qu'il n'est pas utile de citer, l'ont soignée sans résultats satisfaisants. Sans doute même ils l'ont traitée sans savoir au juste à quelle affection de la cornée ils avaient affaire, puisque aucun d'eux n'a pratiqué, comme je l'ai fait, l'exploration forcée de l'appareil oculaire. Or, cette exploration m'a permis de constater l'existence d'une double kératite plastique ponctuée, mais plus aiguë et mieux développée du côté droit.

En présence des différentes médications parfaitement rationnelles qui avaient été prescrites jusqu'à présent sans résultats satisfaisants, je n'hésitai plus ; mon opération fut proposée et pratiquée séance tenante

et des deux côtés successivement. Trois débridements (deux à droite et un à gauche) furent faits avec le crochet tranchant de notre aiguille bicuspidée. Trois jours après, la photophobie incoercible avait cessé; les yeux s'ouvraient assez bien à une lumière modérée.

Trois mois et demi plus tard j'ai revu cette enfant. La guérison avait été des plus rapides, et les points de la cornée soumis à l'action de l'instrument tranchant ne présentaient plus aucune trace d'opacité.

OBS. V. — M. ....., vingt ans, agriculteur à Rosny, me fut adressé, dans la première quinzaine de mai dernier, par M. Cointreau, ancien interne en pharmacie des hôpitaux de Paris, actuellement pharmacien à Mantes. Quoique fort bien constitué et vivant dans les meilleures conditions hygiéniques, M. ..... fut affecté, au mois d'août dernier, d'une inflammation de l'œil droit. Sans préjuger la forme ou l'acuité de cette affection ancienne, nous constatons toutefois qu'il y a trois mois la phlegmasie est apparue de nouveau avec des caractères plus intenses.

Ces caractères sont ceux de la kératite plastique occupant le centre de la cornée. Non-seulement l'exsudation opaque dont nous parlons masque entièrement le champ pupillaire et, de fait, abolit la vision de ce côté, mais encore sa présence même entretient un état de congestion des membranes principales de l'œil, laquelle retentit sur l'œil sain. La kératite, en un mot, tend à passer à l'état chronique.

Je revois M... après trois semaines d'un traitement approprié que je lui avais prescrit ; son état est le même, sauf un commencement de travail ulcératif dans les lamelles superficielles de la cornée.

Le 10 juin, j'incise la cornée et mets à nu l'épanchement plastique, qui avait alors les dimensions et la forme d'une lentille ; je ne m'arrête dans cette opération que devant une espèce d'îlot, plus profondément situé et de la largeur d'une tête d'épingle, et que j'abandonne à l'absorption ou à l'élimination.

Le 16 juin, M... retournait dans son pays dans un état des plus satisfaisants. L'ulcère transparent qui a succédé à l'opération est en bonne voie de guérison, grâce à l'usage d'un collyre au chlorure de sodium.

OBS. VI. — M. le docteur Simonneau, médecin aux environs de Joigny (Yonne), m'adressa son jardinier atteint depuis dix ans de blépharite avec ulcération (3e degré), et consécutivement de kératite plastique chronique de l'un et de l'autre côté, mais plus grave à droite qu'à gauche. Je vis le malade pour la première fois il y a six mois environ, et lui prescrivis un traitement approprié qui est resté, je dois en convenir, sans grande efficacité.

En effet, cet homme est revenu me voir le 19 août dernier, à peu près dans le même état où il se trouvait la première fois.

Ce même jour (19 août) je scarifiai la cornée du côté droit; un îlot de matière plastique concrète, d'un blanc mat, situé vers la partie centrale de la cornée et affectant la forme d'un croissant, fut mis à nu et dégagé du tissu sous-jacent. L'opération fut simple, rapide, peu douloureuse, comparée surtout aux cautérisations avec le sulfate de cuivre ou aux instillations de teinture d'iode.

Le 25 septembre, la vue avait gagné beaucoup ; l'inflammation à peu près nulle ; la guérison, par conséquent, en très bonne voie.

Je pourrais, multipliant les exemples, rapporter encore d'autres observations analogues aux précédentes ; je m'arrête néanmoins ici, car j'en ai dit assez pour établir, d'une part, combien la cornée est tolérante, surtout à sa circonférence, et accepte facilement l'action de nos instruments ; et pour faire pressentir, d'une autre part, tous les avantages que ce mode de traitement présente sur les différentes médications les plus usitées.

Ceux qui sont au courant de mes travaux ophthalmologiques comprendront facilement que j'aie été conduit à agir chirurgicalement sur la cornée atteinte de kératite plastique, lorsque déjà en 1847 (voyez *Traité clinique des maladies des yeux*, p. 300) je préconisais une opération analogue *dans la kératite en fusée* ou *kératite éruptive interstitielle* ; quand plus tard, et dans diverses publications, je signalais les bons résultats que j'avais obtenus, *dans la kératite vasculaire interstitielle*, de la scarification des vaisseaux pratiquée dans l'épaisseur même de la cornée.

OBSERVATION DE TÆNIA

ayant donné lieu à des attaques d'asthme, et guéri au bout de trente ans par l'écorce sèche de racine de grenadier.

Par M. le docteur GISCARO.

Le nommé F..., âgé de soixante-sept ans, d'un tempérament bilioso-nerveux, d'une bonne constitution, me fit appeler dans les premiers jours de février 1854, pour un œdème de la lèvre supérieure. Cette légère affection ayant disparu au bout de trois à quatre jours, F... me consulta alors pour des attaques d'asthme qui l'incommodaient depuis plus de quinze ans. Dans ces dernières années surtout, les accès sont devenus plus intenses, plus fréquents, et ont fini par devenir régulièrement journaliers. C'est principalement le soir qu'ils arrivent, au point, dit le malade, qu'il est obligé de quitter son lit et de passer la nuit dans un fauteuil. Il a vainement consulté un grand nombre de médecins qui n'ont pu le débarrasser de son affection, malgré les médications les plus rationnelles et les plus soutenues. Les cigarettes de datura stramonium parviennent seules à calmer la violence des accès. Du reste, pas d'amaigrissement, pas de céphalalgie ; l'appétit est normal, les digestions régulières, et la physionomie du malade ne présente d'autre caractère particulier qu'un cercle bleuâtre autour des yeux, que j'attribue d'abord aux longues souffrances qu'il a endurées. Le malade me raconte en outre qu'il éprouve parfois certains symptômes du côté du ventre. Ce sont des douleurs particulières souvent très vives qui lui donnent la sensation d'ondulations et de mouvements partant du bas-ventre et montant *en boule* jusqu'à l'épigastre. Ces douleurs s'accompagnent de picotements incommodes et de cuissons dans le canal de l'urètre, ainsi que de démangeaisons vives au pourtour de l'anus.

Ces symptômes frappèrent mon esprit déjà préoccupé depuis quelque temps par les nombreux cas de tænia que j'avais rencontrés, et je songeai à la présence possible de cet entozoaire. Je m'informai auprès du malade s'il ne rendait pas des fragments de ver ; il me répondit qu'en effet il avait souvent remarqué dans les selles comme des morceaux de ruban blanc. Je lui recommandai de les observer attentivement, et le lendemain il me présentait des anneaux de tænia qu'il avait rendus en assez grand nombre. « Depuis plus de trente ans, me dit-il, je me suis » aperçu que j'en rendais parfois de semblables, mais je n'y prenais » pas garde. »

Je me mis aussitôt en devoir de le débarrasser de cet hôte incommode, sans penser d'abord qu'il pût être la cause des accès d'asthme, et voici comment je procédai :

Après lui avoir administré la veille 60 grammes d'huile de ricin, je lui fis prendre le 15 février, en trois verres et à demi-heure d'intervalle, la décoction suivante :

Ecorce de racine de grenadier sèche. . . .	64	grammes.
Faites macérer pendant 24 heures dans eau.	750	—

Faites bouillir dans la même eau jusqu'à réduction à 500 grammes.

Demi-heure après le troisième verre, F... éprouvait de vives coliques, avec nausées, vertiges, etc., et rendait un tænia long de dix mètres environ, d'un aspect maladif, flétri, ratatiné. Ce ver présentait tous les caractères du tænia solium ; il était facile de distinguer à l'œil nu sa tête, terminant l'extrémité de cette partie fine, déliée, filiforme qui constitue le cou.

Le reste de la journée se passa assez bien, sauf un peu de malaise et de céphalalgie ; mais, au grand étonnement du malade, l'accès d'asthme ordinaire n'arriva pas ce soir-là. Il en fut de même les jours suivants ; l'asthme ne reparut plus. Près de deux ans se sont écoulés depuis cette époque ; j'ai souvent l'occasion de voir F..., auquel est survenu un eczéma de la jambe ; il n'a plus éprouvé la moindre atteinte de son ancienne affection. Ce résultat, aussi heureux qu'imprévu, ne s'étant pas démenti un seul instant depuis l'expulsion du tænia, il est évident, pour moi, que les accès d'asthme, qui depuis plus de quinze ans tourmentaient tant le malade, étaient occasionnés par la présence de ce ver.

La symptomatologie du tænia est parfois assez obscure, et surtout variable. On sait que cet entozoaire peut rester de longues années dans le corps humain, sans trahir sa présence par aucun signe particulier ; mais on sait aussi que, outre les symptômes locaux qu'il détermine, il peut produire encore des troubles sympathiques du système nerveux très divers. Parmi les premiers, il en est quelques-uns qu'on a plus particulièrement signalés comme ayant, par leur plus ou moins de constance, une certaine valeur ; tels sont la douleur abdominale et le prurit au pourtour de l'anus. Ces deux symptômes ont été notés par M. Louis, le premier chez tous les malades qu'il a observés, le second sept fois sur dix ; ils existaient également chez mon malade, et ont servi à me mettre sur la voie du diagnostic.

Je ne passe pas ici en revue tous les symptômes du tænia ; j'en signale seulement quelques-uns en vue de mon observation ; je ne parle donc pas de l'expulsion des anneaux du ver, seul signe véritablement pathognomonique, et sans lequel on ne peut avoir de certitude complète.

Les troubles nerveux déterminés par le tænia sont très nombreux et très variables, et, d'après la plupart des auteurs, il n'est pas une seule névrose qui ne puisse avoir pour cause la présence de ce ver dans l'économie. Parmi ces névroses, on a particulièrement signalé l'épilepsie. Le docteur Gaube raconte dans la *Revue médicale* de 1826 un curieux exemple d'épilepsie occasionnée par le tænia et guérie au bout de dix-sept ans. Une autre observation du même genre est consignée dans le journal de M. Malgaigne (février 1854) ; elle est du docteur Robert J. Graves. On y voit l'huile de térébenthine guérir des attaques d'épilepsie en agissant, contre toute attente, comme vermifuge et expulsant le tænia. Outre l'épilepsie, on a parlé encore d'aliénation mentale, de convulsions, d'hystérie, de catalepsie, de syncopes, de palpitations, etc. Alibert raconte l'histoire d'une jeune fille chez laquelle le tænia détermina un véritable tétanos. M. Mérat va bien plus loin ; il prétend que les maladies du cœur, du mésentère, du foie, des fièvres intermittentes, la phthisie, l'hématurie, peuvent tenir à la présence du tænia. Mais cette opinion est basée sur quelques faits assez rares dont on a contesté la valeur. S'il est vrai que peu de praticiens soient portés à partager les idées de M. Mérat à cet égard, il n'en est pas de même des troubles sympathiques si bizarres parfois que l'on observe. La lecture des traités spéciaux en fournit de nombreux et remarquables exemples. Aucun d'eux pourtant, que je sache, ne cite le fait d'un asthme à accès journaliers bien caractérisés et datant de plus de quinze ans. Mon observation présente donc, à ce point de vue, un certain intérêt.

Cette observation prouve encore que, contrairement à l'opinion de quelques auteurs, le tænia peut séjourner fort longtemps dans l'intestin sans y déterminer de phlegmasie ; du moins aucun symptôme ne s'en est manifesté.

Disons un mot maintenant du traitement que j'ai mis en usage.

Je ne veux pas exalter le mérite de l'écorce de grenadier ; ses vertus et les services qu'elle a rendus sont aujourd'hui assez bien appréciés pour qu'elle n'ait rien à redouter du kousso et de ses autres rivaux. Je veux seulement rappeler une méthode déjà assez ancienne que j'ai vu, du reste avec plaisir, employer récemment par M. le professeur Grisolle. C'est la méthode de Bourgeoise. Elle consiste à faire macérer pendant vingt-quatre heures 60 grammes d'écorce sèche de grenadier dans un kilogramme d'eau (1), qu'on fait ensuite bouillir et réduire à 500 grammes. La veille du jour où doit être administrée la décoction tænifuge, on fait prendre au malade, le matin ou le soir, deux onces d'huile de ricin. La décoction se prend en trois verres de demi-heure en demi-heure ou de trois quarts d'heure en trois quarts d'heure.

(1) M. Grisolle ne met que 750 grammes d'eau.

Cette méthode diffère, comme on voit, de celle de Breton et Gomès, en ce que l'on administre l'écorce sèche préalablement macérée pendant vingt-quatre heures. Cette dernière opération a-t-elle pour effet de rendre à cette écorce son eau de végétation et de la rapprocher, par conséquent, de l'écorce fraîche, dont elle aurait alors l'énergique action? C'est possible.

Ce procédé n'étant pas indiqué dans la plupart des livres qui traitent du tænia, il m'a paru utile de le rappeler à l'attention des praticiens. Je l'emploie depuis plusieurs années, il m'a presque toujours réussi. Sur douze malades auxquels, dans le courant de l'année dernière, j'ai administré cette substance d'après la méthode que je viens d'indiquer, onze ont rendu le ver en entier.

Je ferai remarquer, en passant, que lorsque l'écorce de grenadier réussit complétement, c'est-à-dire lorsqu'elle expulse le tænia en entier, avec la tête, les symptômes qu'elle détermine ordinairement chez l'individu présentent une intensité plus considérable. Le malade éprouve de vives coliques, des vomissements, des vertiges, des lipothymies, etc. ; on dirait une véritable intoxication. Cela tient sans doute à ce que, dans ce cas, le ver, plus violemment attaqué, éprouve sous l'action du remède, de vives convulsions qui réagissent d'autant sur l'organisme du malade.

Je ne veux pas conclure de tout ce qui précède que ce médicament, administré d'après la méthode de Bourgeoise, doive être préféré à tout autre moyen, loin de là ; je crois, au contraire, à la supériorité de l'écorce fraîche. Mais comme on n'en a pas toujours sous la main, il est utile de connaître un procédé qui puisse la remplacer jusqu'à un certain point. Je dis jusqu'à un certain point ; car il est des circonstances où l'écorce sèche échouera complétement, lorsque, par exemple, elle sera altérée ou falsifiée. On a vu quelquefois, en effet, l'écorce de grenadier sophistiquée dans le commerce par celle de l'épine-vinette ou du buis ; mais, dans ce cas, elle n'est pas responsable des insuccès qu'elle doit à la fraude.

Je crois inutile d'insister en finissant sur la condition recommandée par presque tous les auteurs qui ont écrit sur le tænia, surtout Gomès et Mérat, d'attendre pour administrer le médicament que le malade rende ou ait rendu dans les vingt-quatre heures des fragments de ver. Agir autrement ce serait compromettre le remède, ce serait s'exposer à fatiguer inutilement le malade. Disons toutefois, d'après M. Grisolle, que pour l'administration de la racine de grenadier, comme pour le kousso, on peut s'affranchir de cette règle. Dans quelques observations de M. Mérat elle a été négligée, et pourtant le remède a été aussi efficace.

Malgré l'autorité du professeur de Paris, je persiste à croire que, à moins d'un cas urgent, il sera toujours bon et plus sûr d'attendre pour l'administration du tænifuge que le malade rende des fragments. La sortie des cucurbitains est presque nécessaire au succès du traitement, soit que le tænia soit descendu plus bas, qu'il soit plus voisin du gros intestin, soit qu'il se trouve dans des conditions pathologiques qui le rendent plus accessible à l'action du poison.

(*Gaz. méd. de Toulouse.*)

MÉTRITE CHRONIQUE. — ERGOT DE SEIGLE.

Une jeune fille portait un engorgement très douloureux de l'utérus, avec granulations du col, fongosités saignantes du museau de tanche et leucorrhée. Le cautère actuel a modifié l'état du col et la leucorrhée, mais les douleurs étaient les mêmes et le corps de l'utérus restait volumineux.

Pendant quinze jours M. Trousseau a combattu cette métrite par les pilules de Jacquet, remède secret dont la base est l'alun, et qui guérit parfois la métrite chronique avec ou sans leucorrhée. La dose d'alun prise dans le cas dont il s'agit était de 1 gramme à 1 gr. 50 par jour ; mais ce moyen a échoué.

M. Trousseau s'est adressé alors à l'ergot de seigle à la dose de 2 grammes par jour. La malade en prend depuis plusieurs jours. Les premiers paquets ont donné des tranchées assez vives ; mais sous l'influence de cette médication, qui semble agir à la manière d'un compresseur, l'utérus s'est réduit, et aujourd'hui l'état de cette fille est satisfaisant.

Dans sa pratique civile, M. Trousseau prescrit en pareils cas une potion avec l'ergotine, qu'il formule comme suit :

Ergotine.	2	grammes.
Eau distillée de mélisse. . . .	100	—

Dissolvez et ajoutez :

Sirop d'écorces d'orange. . . .	40	grammes.

Mêlez et agitez.

A prendre par cuillerées à bouche dans les vingt-quatre heures.

(*Journ. de méd. et de chir. pratiq.*)

GASTROTOMIE FAITE POUR EXTRAIRE UNE BARRE DE PLOMB.

Par M. NEAL.

Le 25 décembre, un jongleur avala, par gageure, un morceau de plomb de 26 centimètres de longueur sur 2 environ d'épaisseur. Il n'éprouva aucun malaise durant trois jours ; mais alors survinrent de violentes coliques accompagnées de constipation. Ces symptômes furent d'abord et assez promptement soulagés par l'administration de la morphine et du sulfate de magnésie ; mais ils reparurent plus tard avec

une nouvelle intensité, de sorte que, quoique l'œsophage demeurât libre et la déglutition facile, il devint nécessaire d'extraire ce corps étranger, dont la dissolution dans les fluides gastriques menaçait l'économie d'une cause incessante de perturbation sérieuse. M. Bell fit une incision de 10 centimètres de longueur, à 5 centimètres à gauche de la ligne médiane, de l'ombilic aux fausses côtes. Après avoir ouvert le péritoine, il écarta avec la main les intestins, fit saillir une des extrémités de la barre de plomb vers la plaie, et divisa ainsi les parois de l'estomac sur le corps étranger. Après que celui-ci fut sorti, la contraction des parois stomacales ferma la plaie de ce viscère. On se borna donc à suturer l'incision des parois abdominales.

Malgré la gravité de l'opération et la simplicité (assez peu justifiable *à priori*) des moyens de réunion, l'opéré se rétablit aussi promptement qu'il l'eût fait, dit l'auteur, d'une gastrite sans complication. Durant trois jours on le tint sous l'influence de l'opium, et on ne lui accorda que des boissons mucilagineuses en petite quantité. (*Philad. Medic. Examiner.*)

NOTE SUR L'IGNAME DE LA CHINE.

Par M. le professeur N. Joly.

La *Dioscorea batatas* (Decaisne), ou l'igname de la Chine, envoyée pour la première fois en France par M. de Montigny, consul à Chang-Haï, serait, d'après les études de M. Joly, une plante nouvelle, susceptible d'être acclimatée en France et de servir utilement à l'alimentation de nos populations. La *Dioscorea batatas*, d'après M. Decaisne, comme le *Tamus communis* de notre pays, appartient à la famille des dioscorées. Annuelle par ses tiges, elle est vivace par ses rizomes, qui sont gorgés de fécules et légèrement laiteux. Ses tiges proprement dites acquièrent de 1 à 2 mètres de longueur; elles sont cylindriques, de la grosseur d'une forte plume à écrire, volubiles de droite à gauche.

Nous ne reproduirons pas les caractères botaniques, qui intéresseraient peu la plupart de nos lecteurs; ce que nous indiquerons surtout, c'est ce qui a trait à l'alimentation. Le rhizome, recouvert d'un épiderme brun fauve ou couleur de café, présente un parenchyme d'un blanc opalin, très cassant, gorgé de fécule, et accompagné d'un liquide laiteux et mucilagineux; les fibres ligneuses sont à peine apparentes. Par la cuisson, ce tissu s'attendrit et s'assèche comme celui de la pomme de terre. La culture de l'igname offre de grandes analogies avec celle des pommes de terre, et peut-être plus encore avec celle des asperges. Une même plante peut donner naissance à plusieurs rhizomes, bien qu'elle n'en produise le plus souvent qu'un seul. Nous en avons récolté, dit M. Decaisne, du poids de 1 kilogr. 300 grammes; leur circonférence, dans la partie renflée, peut être évaluée, en moyenne, à 0m,15, et leur longueur peut, dit-on, atteindre 1 mètre. Cette plante peut rendre quelquefois le double en fécule de ce que produit, en moyenne, la pomme de terre sur un même espace de terrain. L'igname de la Chine, pourvue d'un principe azoté, pourrait, d'après M. le professeur Frémy, être réduite en poudre, et, mélangée avec la farine de nos céréales, donner un pain très nourrissant. Employée pure, cette farine servirait à faire des potages, ou entrerait dans une foule de préparations culinaires.

CÉPHALÉMATOME CHEZ UNE JEUNE FILLE DE QUINZE ANS.

Par le docteur R. Kuester.

Le docteur Spengler et quelques autres médecins ont fait connaître des exemples de céphalématome chez des adolescents. La jeune malade observée par le docteur Kuester avait vu se développer, sans cause connue, une tumeur de la grandeur de la paume de la main d'un adulte sur toute la surface du pariétal droit; les bords, élevés en bourrelet, offraient la plus grande analogie avec ceux qui limitent le pourtour de la bosse sanguine des enfants. Après avoir constaté l'inefficacité des topiques résolutifs, notre confrère allemand pratiqua sur la tumeur une incision de 3 centimètres environ; il s'écoula de 8 à 10 onces d'un sang d'une couleur sale; le péricrâne était décollé. Un pansement compressif amena rapidement la guérison de la maladie, qui ne s'est pas démentie depuis quatre ans. (*Allig. medic. Centr. Zeit.*, et *Gaz. hebd.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 8 octobre 1855. — Présidence de M. Regnault.

Sur quelques phénomènes d'oxygénation dans l'économie. — M. Kuhlmann fait une nouvelle communication sur divers phénomènes d'oxygénation et de réduction. En étudiant la propriété qu'ont les essences résinifiables d'absorber l'oxygène de l'air, et de pouvoir, dans les premiers temps de cette absorption, devenir des agents d'oxydation énergiques, M. Kuhlmann a étudié également l'action des gaz solubles sur l'économie animale.

Lorsque les gaz agissent sur l'économie animale dans la respiration, dit-il, c'est encore leur solubilité qui, dans mon opinion, exerce une grande influence. Ainsi se justifie l'action irritante du protoxyde d'azote, qui agit en partie comme de l'oxygène libre.

L'action délétère de l'oxyde de carbone, de l'hydrogène sulfuré surtout, se justifie par la solubilité de ces gaz; elle résulte, indépendamment de toute autre propriété toxique, de la soustraction qu'ils produisent à leur profit de l'oxygène absorbé par le sang. Plus ces gaz sont solubles, plus leur action est énergique; car les poumons, à chaque inhalation, dépouillent l'air du gaz délétère et déterminent ainsi son accumulation.

Lorsque les hyposulfites enlèvent l'oxygène à l'essence et aux carbures aérés en général, ils produisent un effet analogue à l'action de l'acide sulfhydrique sur le sang.

Observation des êtres microscopiques de l'atmosphère terrestre. — M. A. Baudrimont lit un mémoire dans lequel il expose les résultats des recherches qu'il a faites pour observer au microscope les êtres qui peuplent l'air atmosphérique.

Plusieurs moyens simples pouvaient être employés :

1° On pouvait condenser l'humidité contenue dans l'atmosphère, et, de plus, observer au microscope le fluide provenant de cette condensation, soit tel qu'on le recueille, soit en y introduisant des réactifs spéciaux.

2° On pouvait encore faire barboter de l'air dans une petite quantité d'eau et observer cette eau au microscope. L'auteur a principalement pratiqué ce deuxième procédé et par deux moyens différents : 1° en appelant l'air dans l'eau au moyen d'un vase aspirateur; 2° en l'y faisant passer à l'aide d'une pompe.

Jusqu'à ce jour, ses observations ont été peu nombreuses. Parmi celles qu'il a faites, il cite celles du 21 mai 1854, sur de l'air pris sur la terrasse de l'observatoire météorologique de la Faculté des sciences de Bordeaux, et celle du 28 septembre de la même année, entreprise sur l'air du bassin d'Arcachon, dans le département de la Gironde, parce qu'il a dessiné à la chambre claire quelques-uns des êtres qu'il a observés. Ces dessins sont joints à la note, et mis sous les yeux de l'Académie. (Commissaires : MM. Pouillet, Milne-Edwards et Babinet.)

Traitement préservatif de la fièvre typhoïde par l'inoculation de ses produits morbides. — M. Bourguignon lit un mémoire ayant pour titre : *Appel à des expériences dans le but d'établir le traitement préservatif de la fièvre typhoïde et des maladies infectieuses circonscrites par l'inoculation de leurs produits morbides.*

Parmi les maladies les plus graves, dit l'auteur, celles dites essentielles, infectieuses, telles que la variole, la fièvre typhoïde, la fièvre miliaire, la peste, le choléra, la fièvre jaune, tiennent le premier rang. Ces maladies, dont nous ne connaissons ni les causes ni le traitement, ont cela de particulier, que deux traitements leur sont applicables, l'un préservatif, l'autre curatif. Le premier, dont nous constatons tous les jours les effets; car ces maladies essentielles laissent les individus qu'elles atteignent indemnes, inontagiables pour l'avenir; le second, qui nous sera de longtemps encore inconnu. Et puisque nous ne pouvons guérir ces maladies à l'aide d'une médication raisonnée, nous devons imiter la nature, et appliquer le traitement prophylactique, en inoculant le virus préservateur propre à chacune d'elles. La fièvre typhoïde me paraît, parmi les maladies infectieuses, celle qui montrera le plus clairement le fait général de non-récidive; aussi me semble-t-il très probable que l'inoculation du virus typhoïdique préservera les individus inoculés des atteintes de la fièvre typhoïde spontanée.

Mais l'inoculation présuppose l'existence d'un virus inoculable, et l'analogie constatée entre la variole et la fièvre typhoïde (cette dernière produisant au début une éruption pustuleuse sur la muqueuse intestinale (1), comme la variole provoque une éruption pustuleuse sur la peau), me fait penser qu'on trouvera sur l'homme ou sur les animaux le germe virulent transmissible. Pour arriver à cette découverte, il y a plus de chemin à faire, je le sais, qu'il n'y en eut pour Jenner à arriver à celle de la vaccination; la question est moins avancée; Jenner, en effet, trouva l'inoculation de la variole d'homme à homme en usage depuis des siècles, quand il eut l'idée d'emprunter au *cow-pox* le virus préservateur. Mais si la distance à parcourir est plus grande, c'est un motif pour nous mettre plutôt en marche. Les résultats déjà obtenus pour quelques-unes des maladies de nos animaux domestiques, l'inoculation pratiquée pour prévenir la clavelée des moutons et la pneumonie contagieuse des bêtes bovines, sont de nature à nous encourager.

L'auteur, en terminant, passe en revue les diverses éruptions auxquelles sont sujets les animaux domestiques et principalement les ruminants, sur lesquels il lui semble qu'on a le plus d'espoir de trouver le virus à transmettre comme préservatif de la fièvre typhoïde. Voici en quels termes il s'exprime à cet égard :

Tout porte à croire que l'espèce bovine, si souvent frappée épidémiquement de maladies infectieuses, offre dans certains cas des altérations pathologiques comparables à celles de la fièvre typhoïde, c'est-à-dire des pustules dans l'intestin.

Dans certaines épizooties de typhus contagieux, le corps de la vache ou du bœuf se couvre d'un exanthème boutonneux, en même temps qu'il y a diarrhée, comme l'a constaté Ramazzini en 1711.

De 1830 à 1840, une maladie accompagnée d'un exanthème général sévit aux Indes sur l'espèce bovine; on inocula plusieurs individus, et il s'ensuivit une éruption générale tellement intense, que plusieurs personnes inoculées en moururent.

Hering et d'autres vétérinaires allemands ont observé une éruption vésiculeuse dans la cavité buccale de la vache, avec trouble des fonctions principales.

Dans la fièvre dite aphtheuse des bêtes à cornes, il survient une éruption dans la bouche, sur les lèvres, entre les onglons et sur les trayons.

M. Delafond a entre les mains un mémoire de M. Backdolck sur la dernière épidémie de typhus des bêtes bovines en Allemagne, où se trouvent décrites des lésions intestinales comparables jusqu'à un certain point à celles de notre dothinentérie.

Ces faits et tant d'autres, ajoute l'auteur, concernant diverses espèces animales, soumis à une étude réfléchie au point de vue qui nous occupe, conduiront, tout porte à le croire, à d'utiles applications. (Commissaires : MM. Serres, Andral et Rayer.)

Désinfection préventive dans les cas de choléra. — M. Guastalla soumet au jugement de l'Académie un mémoire sur les effets de la désinfection préventive dans le cas de choléra-morbus.

Ce mémoire est la reproduction d'un rapport présenté à la commission sanitaire de la ville de Trieste, et se rattache à un précédent travail du même auteur publié sous le titre de *Observations de médecine pratique sur le choléra-morbus de Trieste.*

(1) L'auteur entend par fièvres typhoïdes celles qui s'accompagnent constamment d'ulcérations intestinales; il ne regarde pas comme telles des dothinentérites bien caractérisées quant aux symptômes généraux, mais dans lesquelles les ulcérations intestinales font défaut, et il n'étend pas à celles-ci la propriété de n'être pas sujettes à récidive.

Vision. — M. Verstraete adresse une nouvelle note faisant suite à ses précédentes communications sur sa théorie de la vision. (Renvoi à la commission précédemment nommée.)

Système spinal. — M. Flourens fait hommage à l'Académie, au nom de l'auteur, M. Marshall Hall, d'un exemplaire d'un ouvrage qui vient d'être publié à Paris et qui a pour titre : *Aperçu du système spinal, ou de la série des actions réflexes dans leurs applications à la physiologie, à la pathologie et spécialement à l'épilepsie.* M. Flourens appelle l'attention sur les passages suivants, qui peuvent jusqu'à un certain point donner une idée de ce que l'ouvrage renferme de neuf :

« Le système nerveux, autrefois divisé en cérébro-spinal et ganglionnaire, doit maintenant, dit M. Hall, être divisé en système cérébral, spinal et ganglionnaire.

» Le premier, ou le sous-système cérébral, comprend :

» 1° Le cerveau et le cervelet;

» 2° Les nerfs des sens spéciaux;

» 3° Les nerfs des mouvements volontaires.

» Le troisième, ou le sous-système ganglionnaire, comprend :

» 1° La partie ganglionnaire des nerfs spinaux, ou des membres ou parties extérieures;

» 2° La partie ganglionnaire des parties intérieures, ou *a.* des mouvements des organes intérieurs musculaires; *b.* des sécrétions, de la nutrition, etc.

» Le second, ou le sous-système spinal, comprend;

» 1° Le centre spinal ou la vraie moelle épinière considérée comme distincte du cordon des nerfs cérébraux intraspinaux et des connexions intraspinales ganglionnaires;

» 2° Les nerfs incidents excitateurs;

» 3° Les nerfs réfléchis moteurs en liaison spéciale et essentielle avec eux et avec le centre spinal. »

Le passage suivant, relatif à la *respiration*, est encore du nombre de ceux qui sont signalés à l'attention.

« Au commencement de mes recherches, cette fonction, dit l'auteur, était volontaire pour quelques physiologistes, involontaire pour d'autres, mixte enfin pour le plus grand nombre. Les premiers la rattachaient au cerveau; les seconds, après Legallois, à la moelle allongée, comme cause première de ses mouvements. Mes travaux ont eu pour résultat la découverte que ce n'est ni au cerveau ni à la moelle allongée que la respiration doit son premier mobile, mais bien à des nerfs incidents. Le trifacial, le pneumogastrique, les spinaux qui reçoivent des impressions, des excitations à leur origine, en portent les effets énergiques à la moelle allongée, d'où s'opère un changement de direction, d'action et même de combinaison d'actions qui se font par des nerfs liés essentiellement avec les premiers, nerfs réfléchis, nerfs respiratoires de sir Charles Bell. Je formule ainsi le système nerveux respiratoire :

Système nerveux de la respiration.

Nerfs incidents de l'auteur.	Vrai nœud respiratoire.	Nerfs respiratoires de sir Charles Bell.
1° Le trijumeau;	La moelle allongée.	1° Le diaphragmatique;
2° Le pneumogastrique;		2° Les intercostaux;
3° Les spinaux cutanés.		3° Les abdominaux. »

Production du sucre dans les animaux. — M. Figuier adresse sur ce sujet une lettre que nous avons publiée dans notre numéro du 11 octobre.

Vaccinations. — M. Czernikowski lit un mémoire intitulé *Observations sur les vaccinations et sur les règles à suivre pour les rendre plus efficaces.* Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Andral, Bernard et Cloquet.

Ablation de neuf loupes opérée à l'aide de la cautérisation. — M. Legrand communique sous ce titre une observation qui est, dit-il, la plus saillante de toutes celles qu'il a pu recueillir depuis sa dernière communication (13 septembre 1853).

Cette observation, dit M. Legrand, me paraît être une démonstration nouvelle de l'innocuité de la méthode que je m'efforce de répandre et qui réunit, selon moi, les avantages suivants :

Peu de douleur, jamais d'hémorrhagie, jamais d'érysipèle, jamais d'infection purulente, malgré la suppuration qu'on ne peut point empêcher, mais qui reste toujours modérée; jamais de gangrène que celle produite par la cautérisation et qui se borne toujours aux parties atteintes par le caustique; mais une durée de traitement plus longue que dans l'ablation par le bistouri et qui varie dans la grande majorité des cas de quinze à trente jours, avec cette circonstance atténuante qu'on n'est jamais obligé de garder la chambre et qu'on peut librement vaquer à ses affaires. (Commissaires : MM. Velpeau, Cloquet.)

Sangsue médicinale. — M. Bouniceau envoie un quatrième mémoire sur la sangsue médicinale.

Dans ce nouveau mémoire, l'auteur présente les résultats de ses observations sur la sensibilité et en général sur les fonctions de relation de ces hirudinées. (Commission précédemment nommée.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 3 octobre 1855. — Présidence de M. Gosselin.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Ostéosarcome du pouce. — M. Huguier montre un malade atteint de cette affection.

Le nommé Durand (François), pêcheur, âgé de soixante ans, s'est présenté le 3 octobre 1855 à la consultation de M. Huguier pour une tumeur située à la face dorsale du pouce (main gauche).

Ce malade raconte que depuis huit ans l'ongle du même doigt noircissait sans cause connue, lorsqu'il tomba spontanément il y a deux ans environ. A sa place restait une ulcération qui fut regardée comme cancéreuse et traitée par la cautérisation. On obtint une cicatrice irré-

gulière, bosselée, au niveau de laquelle s'aperçoit encore un débris de l'ongle.

Il y a environ huit mois, sur la face dorsale du même pouce, au niveau du milieu de la première phalange, apparut une tumeur très dure, indolente, de la grosseur d'une petite noisette. Elle atteignit rapidement le volume d'une noix, et le même médecin qui avait cautérisé l'ulcération sous-unguéale exerça sur elle, sans aucun résultat, une forte pression au moyen d'une spatule.

Cette tumeur n'en continua pas moins à se développer, et actuellement elle a envahi toute la face dorsale du pouce, depuis la base de la première phalange jusqu'au sillon de l'ongle. Elle adhère aux phalanges, et empiète même un peu sur leur face palmaire. Elle a le volume et la forme d'un œuf; elle est allongée suivant l'axe du pouce, et présente une sensation molle, kystique; les pulsations y sont fort obscures ou à peu près nulles.

La peau est amincie, bleuâtre, et parcourue par quelques vaisseaux qui se rendent à la tumeur. Elle présente trois eschares noirâtres au-dessous desquelles on voit sourdre quelques gouttes d'un sang noir. Ces eschares sont le résultat d'une application de pâte de Vienne faite ces jours derniers d'après le conseil d'un médecin.

Depuis trois mois seulement la tumeur dont il s'agit est le siége d'élancements revenant à de fréquents intervalles.

Sur la face antérieure de l'avant-bras, et vers le milieu de sa longueur, au voisinage du bord radial, se trouve une petite tumeur faisant une légère saillie sur la peau, dans l'épaisseur de laquelle elle paraît développée; sa couleur est bleuâtre, son volume celui d'un pois, et sa dureté très grande.

Plus loin, à la face antéro-interne du bras, un peu au-dessus du siége ordinaire du ganglion sus-épitrochléen, on rencontre encore une tumeur qui présente le volume d'une petite noix; elle est indolente, molle, sans adhérence avec les parties molles profondes, et recouverte par la peau, déjà amincie et bleuâtre.

Enfin, en portant la main profondément dans le creux de l'aisselle, on sent une masse de ganglions légèrement indurés et tuméfiés.

Le malade est, du reste, d'une forte constitution, et son état général paraît bon.

— M. le docteur Ceccaldi, chirurgien en chef de l'hôpital militaire du Gros-Caillou, présente un malade qui, le 3 août dernier, a eu l'olécrâne divisé et l'articulation largement ouverte par un coup de sabre, et qui, sous la simple influence d'une saignée générale et des irrigations permanentes, guérit dans l'espace de quarante-six jours, en conservant le jeu de l'articulation complet quant à l'extension, et presque complet sous le rapport de la flexion.

— M. Marjolin achève la lecture du travail adressé par M. le docteur Goyrand.

M. Chassaignac remarque qu'après avoir critiqué M. Reybard, M. Goyrand cite une observation dans laquelle on a réuni tous les inconvénients des procédés par incision; c'est-à-dire qu'on a à la fois incisé comme M. Reybard, comme M. Syme, en y joignant l'incision telle que la pratiquait Boyer. Tout cela est dangereux et funeste; c'est accumuler toutes les mauvaises chances dans une seule opération.

M. Marjolin réplique que M. Goyrand, tout en faisant l'urétrotomie, s'est séparé de M. Bonnet, parce qu'il n'a pas employé la cautérisation au fer rouge.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Legouest, médecin major, agrégé au Val-de-Grâce, à l'appui de sa candidature comme membre correspondant, adresse un mémoire sur les congélations observées à Constantinople pendant l'hiver de 1854 à 1855. (M. Larrey est chargé de faire un rapport.)

— M. le docteur Mavel (d'Ambert) adresse à la Société les deux observations suivantes :

1° *Dystocie causée par une inversion du vagin compliquée d'induration*;

2° *Lichen circumscriptus communiqué de l'espèce bovine à l'espèce humaine.* (M. Danyau, rapporteur.)

— M. Chassaignac dépose sur le Bureau, de la part de M. le docteur Mathjissen une lettre dans laquelle ce chirurgien réclame la priorité pour l'application de l'appareil plâtré dans le traitement des fractures. (Dépôt aux archives.)

LECTURES.

M. Clerc donne lecture d'un mémoire en réponse à quelques points du dernier rapport de M. Cullerier. L'auteur s'attache surtout à établir la dualité du virus chancreux. Ce travail sera examiné par une commission composée de MM. A. Guérin, Huguier et Ad. Richard.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. Gosselin présente une tumeur de la région parotidienne du volume du poing, et portée par un sujet de vingt-huit ans. Cette tumeur était peu douloureuse, mobile sur les couches sous-jacentes, et présentait une sorte de mollesse simulant la fluctuation. La laxité du tissu cellulaire et la présence d'un kyste à contenu séro-sanguinolent au-dessous de la tumeur en rendirent l'énucléation facile. Elle s'était, du reste, creusé une fossette peu profonde. Il fallut lier seulement quelques artérioles.

A la coupe, cette production n'a pas les apparences du cancer; elle est formée de gros lobules conglomérés qui rappellent plutôt les hypertrophies dont la parotide est parfois le siége; cependant l'aspect glandulaire lui-même est peu marqué. MM. Gosselin et Bauchet ont reconnu à l'examen microscopique des culs-de-sac glandulaires à la périphérie, et au centre une masse constituée par du tissu fibro-cartilagineux avec prédominance de fibres.

M. Verneuil a vu dans la même région une tumeur existant depuis très longtemps et qui avait le volume d'une pomme. Elle avait beaucoup de ressemblance avec la précédente, sauf peut-être une plus grande consistance. Cette production était composée d'une substance fibro-cartilagineuse ayant les plus grandes affinités de structure avec le fibro-cartilage du pavillon de l'oreille.

M. Broca a déjà vu deux cas de ce genre. M. Paget a eu également l'occasion d'en voir un certain nombre, et il pense même que, si l'on en excepte les tumeurs provenant du squelette, la région parotidienne est celle où les enchondromes se présentent le plus souvent. M. Broca ne partage pas entièrement cette opinion; mais il reconnaît cependant une certaine prédilection des formations cartilagineuses pour la région en question.

M. Gosselin pense qu'en raison de la petite proportion des éléments cartilagineux cette tumeur ne mériterait pas le nom d'enchondrome; le tissu fibreux et les culs-de-sac glandulaires étaient en effet beaucoup plus abondants.

M. Larrey rappelle que, dans son *Mémoire sur l'adénite cervicale*, il a indiqué des cas analogues à celui-ci au point de vue de l'extirpation des tumeurs ganglionnaires de la région parotidienne.

Il cite aussi une thèse déjà ancienne de M. Pillet (de Lyon) sur l'*extirpation de la glande parotide*, et surtout l'excellente monographie d'Auguste Bérard sur les *maladies de la parotide et de la région parotidienne*, eu égard à l'ablation des tumeurs qui paraissent dépendre quelquefois de la glande et qui appartiennent aux ganglions.

M. Larrey rappelle enfin que son père, dans un *Mémoire sur l'extirpation des glandes salivaires*, a rapporté un cas d'ablation de la glande parotide dont la dégénérescence fibreuse offrait beaucoup d'analogie avec la pièce présentée par M. Gosselin.

M. Houel ne considère pas cette lésion comme très rare; il en a vu deux exemples dans une seule année.

M. Giraldès rappelle que, dans son *Mémoire sur l'enchondrome*, Müller cite déjà la présence de cette maladie dans la région parotidienne.

M. Richard a extirpé une tumeur de ce genre; elle était très mobile, et sa nature véritable n'avait pas été reconnue avant l'opération. La saillie extérieure était peu considérable, mais la tumeur s'enfonçait profondément. Elle était formée par du cartilage pur.

— Extrait du rapport de M. Monod sur les travaux de M. Cazenave (de Bordeaux) :

Blessure de la prostate dans la ponction vésicale sus-pubienne (1).

— M. Monod ayant fait connaître à la Société de chirurgie un cas de blessure du lobe moyen de la prostate par la pointe d'un trocart dans une ponction sus-pubienne de la vessie, M. Cazenave (de Bordeaux) a envoyé à la Société de chirurgie l'observation fort intéressante d'un fait semblable. La rétention d'urine était causée par un gonflement de la prostate; la ponction de la vessie fut faite à l'aide d'un trocart courbe dont l'extrémité pénétra dans la prostate, de façon qu'il ne s'écoula par la canule que du sang; mais cet accident eut un résultat aussi heureux qu'inattendu: grâce probablement au dégorgement de la prostate opéré par cette saignée locale, le malade recouvra la faculté d'uriner librement pendant quelque temps. Il succomba plus tard par suite de la suppuration de la prostate et de l'inflammation de la vessie et des reins.

Nous extrayons du rapport fait à la Société de chirurgie par M. Monod sur cette observation les remarques suivantes :

On conçoit comment la prostate peut être blessée dans la ponction hypogastrique, lorsqu'on se rappelle, d'une part, que le lobe moyen de cet organe engorgé peut devenir très volumineux et faire une saillie considérable dans la cavité de la vessie; de l'autre, que la prostate engorgée semble, dans quelques cas, se déplacer de bas en haut, entraînant la vessie et l'urètre, de manière qu'il n'est pas très rare de voir cet organe saillant au-dessus de la symphyse des pubis. Dans ces cas, la saillie de la prostate du côté du rectum est peu notable, et si l'on s'en tenait à cet examen seul, on serait exposé à méconnaître des engorgements prostatiques très considérables.

Une pièce pathologique, recueillie dans mon service de la Maison de santé, présente les deux altérations que je signalais tout à l'heure; en voici l'histoire en quelques mots :

Appelé dans la nuit par un confrère auprès d'un de ses clients affecté de rétention d'urine et qu'il ne pouvait sonder, j'appris que ce malade était sujet depuis plusieurs années à des hématuries avec rétention d'urine, que jusqu'alors il avait pu facilement introduire la sonde ordinaire, que le malade se sondait habituellement lui-même; mais que cette nuit le cathétérisme, soit avec les sondes de gomme élastique courbes armées ou non de mandrin, soit avec les sondes métalliques, n'avait amené que du sang. Le doigt introduit dans le rectum constatait que la prostate était peu saillante du côté de l'intestin, dure et légèrement bosselée. J'introduisis sans la moindre difficulté une sonde crochue de moyen calibre; l'urine était mêlée avec une très forte proportion de sang liquide. Je recommandai de ne laisser la sonde dans le canal que pendant quelques heures, et de faire des injections d'eau fraîche et d'eau de Tisserant si l'hémorrhagie persistait.

Le surlendemain, le malade me fut apporté à la Maison de santé. L'hématurie et la rétention d'urine avaient persisté; les douleurs étaient très vives, le malade fort affaibli. A la demande du malade, la sonde avait été laissée à demeure. Deux jours après, pendant que l'élève interne faisait une injection d'eau fraîche dans la vessie, des douleurs vives dans le ventre, avec cessation d'écoulement par la sonde révélèrent une perforation de la vessie. Le malade succomba le lendemain.

A l'autopsie on trouva les lésions suivantes :

Hypertrophie considérable de la prostate dans ses parties latérales et moyennes. Tout l'organe s'est élevé dans le bassin, derrière la symphyse du pubis; le lobe moyen, de la grosseur d'un œuf de pigeon, fait saillie dans la cavité de la vessie, et est ulcéré à son sommet. L'urètre est coudé à angle droit au niveau de cette saillie, et son orifice vésical est caché derrière la symphyse. Au sommet de ce coude commence une fausse route qui traverse toute la base du lobe moyen et aboutit dans la vessie. Celle-ci présente à sa paroi postérieure une ulcération de plus de 2 centimètres de diamètre dont le fond, formé par le péritoine seul, est perforé. Des lambeaux gangrénés entourent ce trou.

Dans ce cas, si on avait fait la ponction hypogastrique, le trocart aurait pu facilement atteindre la prostate.

La conséquence pratique qui nous paraît résulter des faits que nous venons de signaler, c'est qu'il faut tenir compte de la possibilité de la lésion de la prostate dans la ponction hypogastrique de la vessie; que lorsqu'on aura lieu de soupçonner un engorgement de la prostate, il ne faudra pas suivre le précepte classique de pousser le trocart d'avant en arrière et de haut en bas: il faudra diriger la pointe du trocart horizontalement, ou même un peu de bas en haut. Le trocart droit devra être préféré au trocart courbe.

Nous proposons d'adresser des remercîments à M. Cazenave et de déposer son mémoire dans les archives de la Société.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire, Dr Arist. Verneuil.

(1) Voir la séance du 5 septembre. — L'extrait de ce rapport n'avait pas encore pu être publié. (*Note du secrétaire.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par suite du décès de M. le docteur Valleix, les mutations suivantes ont eu lieu dans le personnel des hôpitaux de Paris : M. Becquerel passe de l'hôpital Lariboisière à l'hôpital de la Pitié; M. Hérard, de l'hôpital Saint-Antoine à l'hôpital Lariboisière; M. Moutard-Martin, de la direction des Nourrices à l'hôpital Saint-Antoine; M. Bergeron, de l'hospice Larochefoucauld aux Nourrices; M. Sée, médecin du Bureau central, est nommé à l'hospice de Larochefoucauld.

— Par décision en date du 10 octobre, S. A. I. le prince Jérôme Napoléon a nommé médecins par quartier attachés à sa personne et à sa maison les docteurs Laboulbène, Schnepf et Herr.

— Par suite des derniers examens qui ont eu lieu dans les ports ont été nommés chirurgiens auxiliaires de la marine de 3e classe :

Toulon. — MM. Chaumery, Barbier, Lafon, Jacq, Besset, Deslous et Wasse.

Rochefort. — MM. Josjé et Testemale.

Cherbourg. — M. Caillard.

— Par arrêtés royaux, M. Wilmart, professeur agrégé à l'Université de Liége, a été promu au grade de professeur extraordinaire à l'Université de Gand, et M. Soupart, professeur extraordinaire à l'Université de Gand, a été promu à l'ordinariat. (*Presse méd. belge.*)

— M. le professeur docteur Ernest Dieffenbach, directeur de la collection géognostico-géologique à l'Université de Giessen, est mort en cette ville le 1er octobre.

— Plusieurs infirmiers militaires sont partis de Lyon pour l'Orient, porteurs chacun d'un nouveau sac militaire ne pesant pas, tout garni, plus de 25 à 30 livres. Ce sac, à peu près semblable à celui de nos soldats, renferme, outre les instruments indispensables aux opérations chirurgicales, des bandes, de la charpie, de l'amadou, des palettes, etc.

— Une question qui ne manque pas d'intérêt pour un certain nombre de médecins de Paris vient d'être portée devant le tribunal de la Seine (audience des référés). Il s'agit de savoir si un locataire docteur-médecin a le droit de rentrer chez lui et de se faire ouvrir la porte par le concierge à toute heure du jour et de la nuit.

M. Pierson, docteur-médecin, habite rue du Bac dans une maison appartenant à M. Sédillot, négociant. A plusieurs reprises, au retour de visites nocturnes qu'exigeait sa profession, il a vainement tenté de se faire ouvrir la porte par le concierge de la maison, et il a été réduit à aller chercher un refuge à l'hôtel ou chez ses amis. Le fait est constaté par un procès-verbal d'agents de la force municipale. M. Pierson s'est plaint à son propriétaire de cette situation intolérable, et n'a pu en obtenir satisfaction. Il l'a donc assigné à l'audience des référés, et a sollicité une décision de justice qui mît fin à un état de choses non moins préjudiciable à ses intérêts qu'à son repos. M. Sédillot a prétendu qu'en louant à M. Pierson, il n'avait pas entendu prendre un locataire dont les allées et venues continuelles, pendant la nuit, pouvaient être une cause de trouble pour les autres locataires; il a en même temps opposé l'incompétence du juge des référés.

Mais M. le président Gallois a rendu une ordonnance qui autorise M. Pierson à se faire ouvrir la porte de sa maison à quelque heure que ce soit du jour et de la nuit, et, en cas de refus, à se faire assister du commissaire de police du quartier et de la force armée.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

De Langenhagen, né le 17 mai 1831 à Morat (Suisse); *Calculs biliaires.*

Mercier, né le 3 juin 1817 à la Nouvelle-Orléans (Etats-Unis); *De la fièvre typhoïde dans ses rapports avec la phthisie aiguë.*

Lucaseau, né le 10 octobre 1827 à Royer (Charente-Inférieure); *De la poche des eaux dans l'accouchement.*

Salès, né le 10 août 1826 à Prudhomat (Lot); *De l'allaitement.*

Leplat, né le 25 septembre 1826 à Dragey (Manche); *Sur le mal perforant du pied.*

Maubon, né le 6 janvier 1831 à Harreville (Haute-Marne); *De la kéloïde.*

Brandt, né le 13 avril 1829 à Ponta-Delgada (possessions portugaises); *Des phénomènes de contraction musculaire observés chez les individus qui ont succombé à la suite du choléra ou de la fièvre jaune.*

Larquier, né le 26 mai 1830 à Angeac-Champagne (Charente); *Des anévrismes de la crosse de l'aorte.*

Foley, né le 30 mars 1830 à Paris (Seine); *Etude à propos du choléra-morbus.*

Barjaud de Lafond, né le 21 mai 1825 à Faux-la-Montagne (Creuse); *La suette miliaire.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. Decq;
A Genève, à la librairie de Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Traité de physiologie comparée des animaux domestiques, par G. Colin, chef du service d'anatomie et de physiologie à l'Ecole impériale vétérinaire d'Alfort. Paris, 1855; t. II. In-8° avec 114 figures intercalées dans le texte. L'ouvrage est complet en deux volumes. Prix: 18 fr. — A Paris; chez J.-B. Baillière, libraire, 19, rue Hautefeuille.

Le Gérant,
Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8

N° 122. — JEUDI 18 OCTOBRE 1855. (28e ANNÉE.) N° 122. — JEUDI 18 OCTOBRE 1855.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 17 OCTOBRE 1855.

Séance de l'Académie de Médecine.

Le séton a fait tous les frais de cette séance. La sortie de M. Malgaigne contre les exutoires en général a rencontré une assez vive résistance. Le gant jeté par M. Malgaigne au nom de la médecine *exacte et de précision* a été relevé par M. Velpeau, au nom de la médecine empirique et traditionnelle. L'éminent chirurgien de la Charité ne s'est pas contenté d'invoquer son expérience personnelle en faveur de cet agent thérapeutique, il a vengé aussi les auteurs anciens et la tradition tout entière contre l'esprit de dénigrement et de scepticisme dont son honorable collègue s'était fait l'organe. Il ne s'est pas borné là; et, développant la pensée que nous n'avions fait qu'énoncer à l'occasion de la séance précédente, il a répliqué aux exigences de M. Malgaigne en matière de démonstration, par l'exposé de la méthode d'observation et de constatation qui a été mise en usage par les grands praticiens de tous les temps; méthode dont les résultats sont, en définitive, ce que la médecine possède de plus clair et de plus positif.

A M. Velpeau a succédé M. Bouvier, qui, dans un long discours écrit et que nous avons le regret de n'avoir pu consulter, a répliqué avec verve, avec force érudition et parfois avec esprit, à la boutade de M. Malgaigne. Il n'a pas eu de peine à démontrer que non-seulement le séton a une paternité authentique et des plus vénérables, mais qu'il a eu encore de nombreux et puissants parrains qui l'ont protégé d'avance de leur autorité contre l'oubli ou l'ingratitude qu'il pourrait rencontrer un jour sur son chemin. Ajoutons qu'à côté des faits nombreux et des témoignages irrécusables que M. Bouvier a invoqués en faveur de l'efficacité du séton, il a fait intervenir un sentiment de reconnaissance personnelle qui dans cette circonstance a bien sa valeur.

Enfin, M. Clot-Bey est venu joindre à l'argumentation de MM. Velpeau et Bouvier le tribut de son expérience, qui doit être accueillie avec d'autant plus de confiance que c'est sur la terre classique de l'ophthalmie, et par conséquent sur une vaste échelle, qu'il a pu constater les effets des exutoires.

M. Gerdy se proposait de prendre la parole, lorsque l'heure avancée l'a engagé à remettre à la prochaine séance ce qu'il avait à dire. Il est peu probable que M. Malgaigne, de son côté, veuille rester sous le coup des arguments de ses contradicteurs. La discussion n'est donc pas terminée. Nous aurons, suivant toute apparence, à y revenir.

Nous devons une mention à une présentation faite à la fin de la séance par notre confrère M. Linas. Il s'agit d'une série de lésions anatomiques curieuses rencontrées sur un jeune sujet qui a succombé à une affection aiguë intercurrente n'ayant aucun rapport avec les lésions en question. Nous renvoyons au Compte rendu pour de plus amples détails sur ce fait intéressant. — Dr Brochin.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.—M. BOUCHACOURT.

Accouchement prématuré artificiel obtenu à l'aide des douches utérines.

Si on lit ce qui a été écrit par la plupart des auteurs d'obstétrique sur le choix des méthodes et des procédés conseillés pour provoquer l'accouchement prématuré artificiel, on est frappé du peu de fondement des raisons alléguées pour la préférence à donner à telle ou telle méthode. On veut, en général, agir vite, sauver la mère et en même temps conserver l'enfant, comme si ce but complexe n'était pas une utopie difficilement réalisable, le problème étant ainsi posé.

Suivant nous, le grand, l'immense progrès serait d'arriver à faire de l'accouchement *prématuré artificiel* un accouchement *prématuré naturel*, si l'on peut ainsi dire. Et comme il semble que depuis les observations et les expériences de M. le professeur Kivisch (de Wurzbourg), nous sommes dans cette voie, le moment m'a paru convenable de chercher, pour ma faible part, à éclairer ce sujet.

Je le ferai d'autant plus volontiers, que, n'étant point inventeur de la méthode, je réclame simplement l'attention et l'approbation de nos confrères pour un cas récent d'application des douches utérines à l'accouchement prématuré artificiel.

Rétrécissement du bassin portant sur le détroit supérieur. Quatre accouchements très laborieux; suites de couches graves. Cinquième grossesse; accouchement provoqué à sept mois et demi, à l'aide de douches utérines; travail long mais facile; enfant vivant; suites de couches très simples; rétablissement prompt (1).

Mme L..., âgée de trente-huit ans, d'une constitution bonne, de petite taille (1 mètre 40), d'un tempérament lymphatique, a toujours joui d'une bonne santé. Elle sait que dans son enfance elle a marché fort tard; cependant elle n'a pas de déformation des membres inférieurs, et n'est pas affectée de claudication. Réglée à douze ans, ses menstrues ont toujours été régulières, d'une abondance modérée. Elle a remarqué que depuis deux ans elles sont moindres. Sa santé n'en a reçu aucune atteinte.

Mariée à dix-huit ans, elle a eu quatre grossesses successives de deux en deux ans. La dernière remonte à cinq ans; toutes se sont terminées par des accouchements laborieux; on fut obligé de recourir au forceps ou aux crochets. Le premier et le troisième enfant ont pu seuls être extraits vivants, et le premier, qui est aujourd'hui un garçon de douze ans, porte encore à la tête un enfoncement manifeste de la portion droite du frontal produit par une cuiller du forceps.

(1) Observation recueillie par M. Chavanne, chef de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Lyon.

Mme L... est actuellement enceinte pour la cinquième fois. Elle pense que sa grossesse ne peut dater que du 18 décembre dernier. Les règles ont paru pour la dernière fois le 4 du même mois, et ont duré quatre jours, comme à l'ordinaire.

Consulté dans le courant de juin par Mme L..., M. Bouchacourt, après s'être assuré par le toucher et par la mensuration pelvimétrique, dont nous donnons le détail ci-dessous, que le bassin de cette femme avait des dimensions insuffisantes pour un travail à terme, lui proposa la provocation de l'accouchement à sept mois et demi.

Mme L... ayant accepté ce conseil, qui fut également donné par M. Richard (de Nancy), dont M. Bouchacourt avait réclamé l'avis, l'opération fut remise aux premiers jours du mois d'août. La grossesse poursuit son cours sans particularité jusqu'à ce moment.

Examen anatomique des parties fait de nouveau dans les premiers jours du mois d'août : taille petite (1 mètre 40), conformation régulière des membres et du bassin en apparence; pas de cambrure exagérée de la région lombo-sacrée. Ventre très proéminent en avant; aplati normalement sur les côtés; parois abdominales minces, qui permettent de sentir par le palper les différentes parties du fœtus, les membres, le dos, la tête; celle-ci forme une tumeur dure, globuleuse, mobile, appuyée sur la branche pubio-pectinée gauche. Mouvements actifs du fœtus facilement perçus et visibles quelquefois; les bruits du cœur fœtal s'entendent très bien vers le milieu de la région latérale gauche de l'abdomen.

Les grandes lèvres sont épaisses, pleines de varices; près du pli de l'aine, à droite, on remarque un gros paquet variqueux.

Vagin ample; la muqueuse forme de nombreux replis, au milieu desquels le doigt explorateur trouve le col en arrière et à droite, à une hauteur assez grande. Sa lèvre antérieure est volumineuse et très molle; la lèvre postérieure est presque nulle, irrégulière, couverte de tissu cicatriciel. L'orifice externe est béant; l'orifice interne fermé; son pourtour est inégal. Le segment inférieur de l'utérus est très mou et forme de nombreux replis comme les parties voisines du vagin; on sent au travers la tête du fœtus, qui est très mobile et appuyée sur le pubis.

Le doigt explorateur peut parcourir toute la face concave du sacrum, et atteint la première partie de cet os, auprès de l'angle sacro-vertébral. Les parois osseuses du bassin n'offrent aucune difformité, et ne semblent que diminuées d'étendue.

En combinant la mensuration interne avec la pelvimétrie extérieure, on arrive à cette conclusion que la diminution d'étendue du bassin de Mme L... porte principalement sur le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur, et que ce diamètre est réduit à 8 centimètres et quelques millimètres, n'atteignant pas 9 centimètres. Il est permis d'espérer qu'à sept mois et demi le fœtus pourrait sans grande difficulté traverser le canal pelvien.

Le 3 août, la grossesse approchant du huitième mois, et Mme L.. étant dans un état satisfaisant, M. Bouchacourt se mit en devoir de provoquer le travail. Il eut recours dans ce but à la nouvelle méthode des douches utérines tièdes.

A trois heures du soir, deux litres d'eau à 30° sont dirigés sous forme de douche à jet unique, pendant six minutes, au moyen d'un appareil Eguisier, à travers le vagin sur le segment inférieur de l'utérus, au pourtour du col.

Le même jour, à neuf heures du soir, deuxième douche comme la première. Une heure après, bain de siége à 28°.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE STATISTIQUE.

RAPPORT SUR LA STATISTIQUE DES ÉPIDÉMIES,

Par M. le Dr THOLOZAN, rapporteur.

Le congrès international de statistique a tenu sa deuxième session du 10 au 15 septembre dernier. Il faut attribuer sans doute à la gravité et à la solennité des circonstances qui ont absorbé l'attention publique pendant ces derniers mois, le peu de retentissement qu'ont eu ses séances. On ne saurait méconnaître cependant tout ce qu'il y a de progrès et d'améliorations en germe dans ces premières tentatives de travail en commun dont les savants de Bruxelles ont eu l'heureuse initiative. La part faite à la médecine, dans les travaux du congrès, a été assez large, ainsi qu'on en pourra juger par l'énoncé seul des points principaux qui ont été soumis à l'étude de la section des sciences médicales. Cette section a eu à examiner :

1° Un projet de classification nosologique des décès;

2° La statistique des épidémies;

3° La statistique de l'aliénation mentale.

Voici quelle était la composition des commissions chargées de l'examen de ces trois ordres de questions :

Commission pour la classification nosologique des décès : MM. Will. Farr, Marc d'Espine, Berg, Greenhill, Balfour, Johnson, Barnes, Bertini, Parchappe, Bertillon, Mêlier, Roubaud, tous médecins; Poisson et Trébuchet, ces deux derniers administrateurs.

Commission des épidémies : MM. Trébuchet, Mêlier, Samuel Brown, Tholozan, lord Evrington, Balfour, Berg, Bertini, Parrotti, Johnson, Giraudet, Greenhill, Huberts, Villermé, Marc d'Espine, Parnes et Chadwick.

Commission pour la statistique de l'aliénation mentale : MM. Trébuchet, Huberts, Parchappe, Vingtrinier, Greenhill, Poisson, Virchow, Boudin, Bertini, Villermé, Meding, Barnes.

Toutes ces commissions étaient réunies en une seule section, dont la présidence a été donnée à M. Rayer.

Nous publions aujourd'hui le rapport sur la statistique des épidémies, rédigé et lu au nom de la commission dont nous venons de faire connaître la composition, par M. le docteur Tholozan, rapporteur. Nous reviendrons sur la question de la classification nosologique des décès lorsque le cadre adopté par la commission aura été rendu public.

Voici ce rapport :

MESSIEURS,

Les *épidémies* qui frappent d'épouvante les peuples non civilisés, qui les déciment, qui les détruisent même, sont aujourd'hui pour les nations éclairées des occasions d'étudier à l'aide des immenses ressources de la statistique ces fléaux qui viennent périodiquement prélever un tribut sur les peuples. Les données ainsi recueillies sur beaucoup de points du globe ne l'ont pas été en vain; elles ont immédiatement fait entrevoir des applications pratiques d'une grande portée, et ont permis d'établir quelques principes généraux relatifs au développement des maladies épidémiques et au moyen d'en diminuer les ravages. La statistique des épidémies a été ainsi créée, non pas dans une vue exclusivement scientifique ou de simple curiosité, mais par l'active sollicitude des gouvernements ou des associations particulières, pour diminuer la somme de maux qu'entraînent à leur suite les maladies qui exercent quelquefois une influence marquée sur les destinées des villes, des empires tout entiers, qui déciment les armées, détruisent les flottes et redoublent les dangers que présente l'encombrement des hôpitaux. Toutes les nations représentées à ce congrès peuvent dès aujourd'hui constater sous ce rapport, bien qu'à des degrés divers, un progrès notable dans les institutions hygiéniques qui ont pour but d'arrêter, de prévenir ou de diminuer le développement des épidémies. Ce progrès, on le constate par la statistique, et la statistique elle-même fournit les moyens d'en découvrir les causes et d'amener des améliorations ultérieures.

Ainsi, constater les mesures, les institutions permanentes ou passagères entreprises dans la voie éclairée que suivent aujourd'hui la plupart des États contre les fléaux épidémiques; en mesurer la valeur aux améliorations réalisées; déterminer les progrès à effectuer encore dans cette voie, tel est le but général de la statistique des épidémies. Ce n'est point un problème abstrait et du domaine purement médical dont elle cherche la solution : c'est une question pratique susceptible d'applications immédiates. Elle constate le mal, elle en voit les causes

Pendant la nuit, des douleurs lombaires se déclarent, peu intenses mais continues.

Le 4, à neuf heures et demie du matin, troisième douche comme les précédentes.

A trois heures et demie, quatrième douche de quatre litres d'eau à 35°, durant quinze minutes. Deux heures après, le ventre se durcit à plusieurs reprises, sans douleur.

A neuf heures du soir, cinquième douche, cinq litres à 40°, vingt minutes. Une heure après, deux contractions utérines douloureuses, durant deux à trois minutes, à une heure d'intervalle. Le col ne s'efface pas; il n'a pas subi encore de dilatation, mais il est plus mou. Pendant la nuit, douleurs lombaires plus vives, qui réveillent la patiente.

Le 5, à neuf heures un quart du matin, sixième douche, comme la précédente. Dans la matinée, deux nouvelles contractions douloureuses comme la veille. Plusieurs fois durcissement du ventre sans douleur.

A trois heures un quart, septième douche, six litres, 40°; vingt-cinq minutes. Une heure après, quatre contractions douloureuses se succèdent à intervalle de demi-heure. L'abdomen se durcit plus souvent sans douleur.

A neuf heures et demie du soir, huitième douche, comme la précédente. Au début, durcissement indolore de l'utérus. Le col a cédé; il commence à se dilater; sommet plus engagé. Le fœtus s'agite.

Le 6, trois douches dans la journée. Douleurs plus fréquentes. Le soir, après la deuxième douche, de quatre à huit heures, les douleurs se sont rapprochées.

Le 7, trois nouvelles douches. Les douleurs se rapprochent; elles ont peu d'efficacité. Le col n'est pas encore effacé; il offre à peine une dilatation de 1 centimètre 1/2. Le doigt explorateur sent les membranes appliquées sur la tête du fœtus; elles ne s'engagent pas encore pendant les contractions. — Grand bain.

Le 8, les douleurs paraissent se ralentir. Nouvelles douches. Après la première, une contraction assez forte se déclare. Le soir, après un grand bain, nouvelle contraction douloureuse qui dure un quart d'heure. La dilatation de l'orifice fait peu de progrès (2 centimètres).

Le 9, il n'est pas survenu de douleurs marquées depuis la veille. Le ventre se durcit encore par moments. La malade nous rappelle que dans ses accouchements antérieurs les douleurs ont toujours eu ce caractère de lenteur. Elle ajoute qu'après l'expulsion du fœtus elle a eu chaque fois des hémorrhagies abondantes et prolongées; qu'elle n'a jamais éprouvé une seule tranchée.

Ces circonstances commémoratives et les circonstances actuelles engagent M. Bouchacourt à recourir au seigle ergoté dans le but de rendre plus fréquentes, plus énergiques, plus efficaces les contractions provoquées déjà par les douches utérines, et de mettre la malade plus à l'abri d'hémorrhagies en favorisant après l'accouchement le retrait de la matrice, l'état de l'utérus n'en contre-indiquant pas d'ailleurs l'usage. Il prescrit trois prises d'ergot de seigle de 0,50 centigrammes chacune à une demi-heure d'intervalle.

Après les deux premières prises, quelques douleurs se manifestent, surtout dans les lombes, et le ventre reste durci. A huit heures du soir, elles se ralentissent de nouveau. Deux nouvelles prises les réveillent; dans leur intervalle, il y a tension permanente de l'utérus. Le col n'a pas changé de disposition. — On l'enduit de cérat belladonisé.

Le 10 au matin, pas de changement au col; douleurs presque nulles. Grand bain, deux nouvelles prises, Cérat belladonisé. Quelques douleurs dans la journée.

Le soir, deux nouvelles prises, à la suite desquelles les contractions prennent de l'intensité. Le col s'efface, il est dilaté comme une pièce de 1 franc; on sent les membranes bomber pendant les douleurs.

Le 11, la malade a perdu de l'eau une grande partie de la nuit; le vagin sécrète des glaires abondantes; la dilatation a fait des progrès; on sent les membranes appliquées sur le cuir chevelu; elles sont probablement rupturées aux environs du col. Battements du cœur fœtal normaux. Le cérat belladonisé ayant produit de la somnolence, on en suspend l'usage.

A six heures du soir, après deux nouvelles prises d'ergot, des douleurs énergiques reviennent toutes les cinq minutes; à neuf heures, la dilatation est presque complète. Le sommet est en première position transversale avec inclinaison postérieure; la bosse pariétale gauche est plus bas que la droite; elle occupe le centre de l'excavation; les pariétaux chevauchent l'un sur l'autre; le cuir chevelu est fortement plissé, sans bosse sanguine.

La vessie, distendue, forme une tumeur au-devant de l'utérus; on la vide avec la sonde, qu'on a quelque peine à introduire.

On s'aperçoit que la lèvre antérieure du col épaissie forme un bourrelet derrière la symphise pubienne, contre laquelle elle est comme étranglée par le sommet, qui la comprime; elle gêne l'évolution. Après quelques tentatives faites avec douceur, on parvient à la repousser au-dessus du pubis. Dès ce moment des contractions énergiques et continues, secondées par les efforts de la patiente, font descendre définitivement la tête sur le plancher périnéal, où la position se régularise; la rotation s'effectue, puis le dégagement. Délivrance naturelle dix minutes après (dix heures un quart), placenta normal. Cordon volumineux et variqueux. Utérus bien revenu sur lui-même.

Examen du fœtus. — Garçon bien conformé, pesant 2 kilogrammes 940 grammes.

Dimensions :	Du sommet aux pieds	0m,49
—	Du nombril aux pieds	0m,22
Tête :	Circonférence occipito-frontale	0m,35
—	Diamètre occipito-frontal	0m,11
—	— bi-pariétal	0m,08
—	— bi-temporal	0m,085
—	— occipito-mentonnier	0m,13

Le 12, la nouvelle accouchée va bien; elle a dormi, malgré un peu de céphalalgie. Perte sanguine très modérée. Tranchées peu douloureuses. Appétit.

Le 13, à midi, frisson subit qui dure avec assez d'intensité un quart d'heure; il est accompagné de céphalalgie légère, et suivi de chaleur et de moiteur générale. En même temps les seins se tuméfient, et la malade couchée ne se plaint plus que de la tension douloureuse de ces organes. Lochies normales.

Le 14, le mieux continue. Le retrait de l'utérus s'effectue sans douleur. L'enfant prend le sein; il est atteint de la jaunisse des nouveau-nés.

Le 15, rien de nouveau. Appétit. Etat général excellent. Mme L... se lève au neuvième jour.

M. Bouchacourt la revoit le 5 septembre, vingt-cinquième jour. Elle a continué à se lever sans fatigue. Elle allaite avec succès son enfant, qui se développe parfaitement.

Il est revenu depuis deux ou trois jours un peu de perte rosée, sans coliques ni douleurs lombaires. Le toucher vaginal fait apprécier le retour du corps et du col de la matrice à leur état normal. Le col est encore gros, mais fermé à son orifice supérieur, légèrement bosselé et inégal à sa circonférence externe; le contact n'y détermine ni douleur, ni saignement. La matrice est encore un peu grosse, mais mobile, sans inclinaison ni déplacement.

L'état général est excellent; l'appétit est bon; le sommeil et les forces ne laissent rien à désirer.

Le résultat peut être donné aujourd'hui comme complétement satisfaisant.

Je n'ai pas besoin de montrer le contraste qui a existé entre les accouchements précédents de Mme L..., et ce dernier, artificiellement provoqué; les suites de couches, ordinairement *terribles*, dit-elle, ont été cette fois des plus simples. Aujourd'hui la mère et l'enfant sont dans l'état le plus satisfaisant, qui n'a pas cessé un seul instant depuis l'époque où les premiers détails de l'observation ont été recueillis par mon aide, M. Chavanne; nous avons revu plusieurs fois Mme L... depuis le mois de septembre de l'année dernière.

N'est-ce pas une chose vraiment remarquable qu'un moyen aussi simple, prescrit d'une manière aussi banale que les injections utérines, dont la plupart des médecins usent et abusent dans le traitement des affections utérines, amène un résultat physiologique aussi considérable, aussi complexe que l'accouchement prématuré?

En suivant attentivement ce qui se passe sous l'influence des douches vaginales (cette dénomination est plus exacte que celle d'*utérines*), on voit le jet prolongé du liquide tiède sur les parois du vagin et le col utérin ramollir, distendre doucement ces parties. Le col, après s'être humecté et ramolli, s'efface progressivement et s'entr'ouvre; quelques petites douleurs vagues apparaissent; les membranes font une légère saillie dans l'orifice; les douleurs augmentent; le travail s'établit de la manière la plus régulière, la plus naturelle. On peut le décider plus franchement, le précipiter à l'aide du seigle ergoté; mais rien ne presse, et l'on a plus de chances de le voir se terminer spontanément et facilement quand on l'a abandonné à lui-même que lorsqu'on a voulu le précipiter.

Or rien n'est plus naturel que ce résultat de l'action des douches utérines, si on le compare aux phases successives de l'accouchement spontané, à terme ou voisin du terme; en suivant attentivement les transformations du col dans les derniers temps de la grossesse et dans les premiers moments de l'accouchement, on reconnaîtra que ce qui en forme le caractère essentiel c'est d'abord le ramollissement, puis le raccourcissement et l'effacement successif des zones supérieures du col, ou du segment inférieur du corps utérin. L'orifice est plus perméable, puis il se dilate; mais, à moins d'être accidentel et prématuré, l'écoulement des eaux n'a lieu que lorsque la dilatation est à peu près complète, et la dilatation ne se produit, comme je l'ai dit, qu'après le ramollissement, le raccourcissement et la dilatation du segment inférieur de l'utérus et des anneaux qui constituent la base du col. Telle est, en résumé, la marche si constante de la nature, qu'on peut presque dire qu'elle est nécessaire à la bonne et sûre terminaison de l'accouchement naturel.

Nous ne retrouvons plus cette marche progressive, régulière, ni dans la perforation de la poche des eaux telle que la pratiqua Macauley, même avec la modification ingénieuse apportée par M. Meissner (de Leipsig), ni dans le décollement des membranes de l'œuf dans le segment inférieur de la matrice (Hamilton), non plus que la dilatation du col au moyen de l'éponge préparée (Kluge). Le tamponnement du vagin, conseillé et employé par M. Schœller, agirait peut-être en partie comme moyen ramollissant et consécutivement dilatant du col; mais l'effet en est lent, incertain; il n'est pas facile à supporter, et n'a amené chez plusieurs malades aucun résultat. Nægelé, qui faisait grand cas du jeune auteur de cette méthode, n'avait point adopté son idée.

Schweigheuser, cité dans l'excellente thèse de M. Lacour sur l'accouchement prématuré, conseilla en 1825 des injections tièdes pour décoller les membranes (p. 32). En 1842, M. le professeur Hüter (de Marbourg) avait proposé au congrès de Mayence l'introduction dans le vagin d'une vessie que l'on remplit d'eau tiède et que l'on ferme ensuite. L'eau transsude peu à peu à travers les parois de cette vessie; dès qu'elle est vide on l'enlève et on permet à la femme de marcher. On recommence la même opération, et on la répète jusqu'à ce que les douleurs se fassent sentir, ce qui arrive ordinairement du troisième au septième jour. (Lacour, thèse citée, p. 70.)

Déjà Plessmann et Gardien voulaient substituer aux procédés mis en usage, qu'ils regardaient comme trop violents, les bains généraux, qui ramolliraient le col ou le disposeraient à une dilatation plus facile sous l'influence de l'opération. MM. Stoltz, Kluge et Nægelé y avaient une grande confiance.

Enfin Stœssner, dans un mémoire publié à Wurzbourg, a conseillé d'attendre, pour opérer, une époque menstruelle, se fondant sur ce fait : que beaucoup d'avortements et la plupart des accouchements ont lieu à ce moment périodique. Cette remarque prouve que l'auteur a voulu qu'on imitât la nature jusque dans ce point, afin de rendre l'analogie plus complète et la réussite moins douteuse.

Ces idées ont pu préparer la méthode de M. Kivisch, en ce sens qu'elles étaient un pas vers une méthode plus naturelle que la ponction ou l'injection, et ne renfermaient pas nettement l'indication des injections ou des douches, dont le professeur de Wurzbourg peut et doit revendiquer tout l'honneur. La première application en a été faite en France par M. le professeur Dubois, le 15 novembre 1852, à la clinique d'accouchements de l'École. Depuis lors, cette opération a été plusieurs fois répétée avec succès.

M. Aubinais a publié dans le *Journal de la Société académique de la Loire-Inférieure* un très beau succès d'accouchement prématuré artificiel, provoqué et obtenu par les douches utérines seules. Elles furent employées froides, et déterminèrent la sortie du fœtus trois jours après que les douches avaient été commencées.

Il reste encore plusieurs points à déterminer d'une manière précise. Ainsi, l'eau tiède est-elle préférable à l'eau froide, cette dernière agit-elle mieux à une très basse température, et quelles seraient les limites avantageuses du refroidissement? Le jet doit-il

---

palpables, matérielles; elle en indique les remèdes. De quelle certitude, et partant de quelle autorité sont ces leçons? Je n'ai pas besoin de l'indiquer à cette savante assemblée, dont tous les membres sont pénétrés de la valeur des éléments numériques sur lesquels reposent un grand nombre des statistiques que l'on possède aujourd'hui sur les épidémies.

Vous le savez, messieurs, la statistique des épidémies prend chaque jour des développements plus grands, à cause des nombreux matériaux qui sont publiés à ce sujet dans tous les pays. Cette partie de la statistique générale n'a point été, au congrès de Bruxelles, l'objet d'une discussion, d'une élaboration, d'une conclusion particulières. La commission d'organisation du congrès de Paris, dans les programmes qu'elle a préparés pour être l'objet de nos délibérations, a sommairement et savamment indiqué, à la page 117 du programme, les points sur lesquels pourrait porter l'étude statistique des épidémies. La première section du congrès, à laquelle est échu le soin d'examiner ce programme, en donnant une adhésion complète aux vues formulées par MM. les rapporteurs de la commission d'organisation, a jugé utile de développer le champ de l'investigation statistique au sujet des maladies épidémiques. La section a pensé que plusieurs des articles du programme de la commission d'organisation, et à plus forte raison plusieurs de ceux qu'elle propose n'étaient point susceptibles d'une application générale en Europe et dans les autres parties du monde, faute d'observateurs en état d'exécuter toutes les conditions d'un vaste et difficile programme. Mais après délibération elle n'a pas cru devoir s'arrêter à cette difficulté, et borner son programme aux points susceptibles d'être immédiatement mis en pratique. Elle a vu que s'il y avait encore des États en retard sous le rapport de la collection des données statistiques, toutes les nations se pressent aujourd'hui pour arriver à ce but; que les progrès qui ont été faits dans cette direction pour la statistique des épidémies sont immenses; qu'il suffit de la volonté des gouvernements ou des efforts de quelques particuliers pour arriver, sous ce rapport, en peu de temps, à des résultats imprévus. Elle a donc désiré que son programme fût aussi complet que possible, sans cependant cesser d'être pratique, afin de présenter les bases d'une observation uniforme pour la statistique des épidémies dans beaucoup de pays et de villes où cette statistique est déjà très perfectionnée. Quant aux localités dans lesquelles il y a manque d'observateurs compétents, ou bien défaut d'organisation statistique, ou bien encore manque d'aides et de travailleurs pour l'enregistrement et la classification des données de la statistique des épidémies, la section a pensé que le programme le plus court serait le plus souvent encore trop étendu dans ces circonstances, et qu'il ne fallait d'aucune façon soumettre les recherches statistiques à une sorte de mutilation dans laquelle les besoins de la statistique, de la médecine, de la civilisation, des gouvernements seraient sacrifiés à ceux de certaines difficultés ou impossibilités qui sont heureusement presque partout de nature très transitoire, accidentelle et passagère. Cependant, dans le but d'inviter les nations même les moins avancées sous le rapport de l'organisation statistique à recueillir des documents dont elles sont en mesure dès aujourd'hui de fournir les données précieuses, bien qu'incomplètes, la section a décidé que les questions du programme pouvaient être l'objet d'un examen plus ou moins approfondi, plus ou moins détaillé, suivant les localités. Elle fait remarquer, dans ce rapport, la nécessité de comprendre dans l'investigation le plus grand nombre des questions accessibles, et elle insiste sur ce fait, que les données les plus difficiles à supputer, loin d'être moins utiles, sont probablement les plus importantes pour la solution des nombreuses questions économiques, hygiéniques, médicales que soulève l'étude des épidémies.

En vue de ces principes et dans cette direction, la section soumet à l'approbation du congrès le programme suivant, sur lequel on pourra se guider pour composer les statistiques des épidémies :

1° Date de l'invasion bien caractérisée de l'épidémie (jour, mois, année).

2° Date de son entière disparition (jour, mois, année).

3° Marche de l'épidémie indiquant son développement jour par jour depuis l'invasion jusqu'à la disparition, en donnant le nombre des cas ou au moins des décès jour par jour, ce qui permet de saisir l'époque précise de l'apogée de la maladie. A défaut de ces données, qu'il est très important de relever, on donnera le jour de l'apogée de la maladie en indiquant au moins le nombre des décès et jours.

4° Symptômes détaillés de la maladie dans ses diverses phases comprenant la description exacte des phénomènes morbides au début, dans l'intensité, à la fin de l'épidémie, ainsi que les premières ou les secondes attaques; on y adjoindra, quand les recherches microscopiques

être très fort, longtemps continué? Faut-il le diriger exclusivement sur le col, tâcher de le faire pénétrer dans l'orifice, et de décoller les membranes par infiltration successive, comme l'avait conseillé Schweigheuser? Ne pourrait-on pas rapprocher du mode d'action de la douche simple celle du tampon de charpie ou d'éponge qui presse sur le col, le ramollit par le contact de l'humidité dont il se pénètre? N'y aurait-il pas du danger à trop augmenter la force du jet de l'injection, et jusqu'à quelles limites peut-on s'élever sans inconvénients ?

N'oublions pas que des injections, et des douches utérines à plus forte raison, ont amené dans certains cas, à l'état de vacuité, des accidents très graves et même mortels ; M. Gubian en a publié un exemple remarquable. M. Rodet et moi nous avons observé en 1852 un cas où l'injection la plus douce, faite avec une décoction de racine de guimauve et de pavot, amena une péritonite qui faillit être mortelle.

N'oublions pas non plus que si pendant la gestation le danger n'est pas du côté de la pénétration dans le péritoine, de la déchirure des trompes, etc., on peut décoller non-seulement les membranes, mais le placenta, et déterminer la mort du fœtus tout en provoquant l'accouchement; mais alors quelle différence de résultat !

S'il reste à étudier pratiquement plusieurs faits de détail, l'ensemble des indications laisse encore beaucoup à désirer. Cette méthode sera-t-elle applicable à tous les cas où l'on voudra provoquer l'accouchement prématuré, à supposer qu'elle reste comme la meilleure, comme la plus sûre? Conviendra-t-elle, par exemple, s'il y a implantation du placenta sur le col, hémorrhagie? Sera-t-elle applicable dans les cas de convulsion, où il importe d'agir vite? Ne pourra-t-on pas d'un autre côté étendre le cercle de ses applications aux accouchements qui se prolongent par rigidité du col (cicatrices, induration, etc.), alors même que le travail est bien commencé? Verrait-on du danger à y recourir dans les cas d'enchâtonnement du placenta et dans plusieurs autres formes de délivrance compliquée? Bien des questions se présentent, et plusieurs restent encore à résoudre.

Nous nous bornons aujourd'hui à ces seules indications, réservant pour plus tard une étude plus approfondie de la méthode, qui devra reposer alors sur l'appréciation comparative des faits connus rapprochés de quelques observations d'accouchement provoqué par la dilatation ou la perforation des membranes, mais surtout par la dilatation du col obtenue à l'aide de l'éponge préparée.

TRAITEMENT DE LA NÉPHRITE AIGUE.

A l'occasion de plusieurs cas de métrite aiguë qui se trouvaient dans son service, M. Aran a formulé de la manière suivante le traitement de cette maladie :

En général, M. Aran débute dans ce traitement par une émission sanguine locale. La saignée lui paraît ici complétement inefficace; les sangsues, au contraire, donnent un soulagement immédiat. Est-ce sur le ventre ou sur le col que ces annélides doivent être appliquées? Ceci dépend du siége de la douleur et de certaines circonstances individuelles. En les appliquant sur le col, le dégorgement est plus direct et plus rapide; mais si l'introduction du spéculum est difficile ou pénible, il vaut mieux se contenter d'appliquer des sangsues sur l'hypogastre. Pour les porter sur le col, il faut, en effet, se servir d'un spéculum plein, d'un calibre aussi gros que possible. Une fois l'instrument placé, on nettoie le col et l'on procède à l'application des sangsues, qu'on doit maintenir à l'aide d'un tampon de linge et surveiller jusqu'à la chute de la dernière. Cette opération dure à peu près de quinze à vingt minutes; elle n'est suivie en général d'aucun accident; quelquefois cependant les malades en souffrent beaucoup; et si elles ont l'imprudence de marcher trop tôt après avoir subi cette émission sanguine locale, il peut survenir une hémorrhagie. Aussi faut-il, en pareil cas, recommander le repos au lit ou sur le canapé.

Il convient de remarquer que les piqûres faites sur le col donnent beaucoup de sang; le spéculum s'en remplit assez rapidement. A l'hôpital, où les sangsues sont de qualité médiocre, M. Aran en prescrit douze; mais si l'on a de bonnes sangsues, il suffit d'en appliquer huit pour avoir un écoulement très complet. Le soulagement produit par cette évacuation sanguine est quelquefois instantané, d'autres fois il se fait ressentir au bout de vingt-quatre à trente-six heures seulement; mais chez toutes les malades il est sensible, ce qui ne se voit pas constamment après les applications de sangsues sur l'abdomen.

En même temps on a recours aux bains, aux cataplasmes, aux lavements, aux purgatifs légers, tels que l'huile de ricin; mais toute cette médication ne convient que pendant les premiers jours du traitement; M. Aran passe très rapidement à l'emploi du mélange réfrigérant imaginé par Arnott pour anesthésier le col utérin chez les femmes affectées de cancer de cet organe et arrêter les hémorrhagies.

La glace est mélangée d'abord avec une portion égale de sel, puis tous les deux jours la quantité de ce dernier est augmentée de manière à produire un froid plus intense. Pour porter le mélange, on prend un spéculum d'ivoire qui protége les parois vaginales; mais quand la malade est habituée à la sensation que produit la glace, on peut tout simplement se servir d'un spéculum bivalve ou quadrivalve. Le spéculum rempli, on renouvelle le mélange glacé au fur et à mesure qu'il fond, puis au bout de cinq minutes on substitue de l'eau froide à la glace, afin de prévenir la réaction, qui est d'autant plus vive que le froid a été rendu plus intense par l'addition du sel. En général, le mélange réfrigérant cause de la cuisson, et quelquefois même des coliques; mais cette impression est fugace, et le plus ordinairement il y a production d'engourdissement et de bien-être qui dure huit, dix, douze heures et davantage. Le lendemain ou le surlendemain on recommence, jusqu'à concurrence de quatre ou cinq applications de même nature.

Ceci n'exclut pas l'emploi des bains, et surtout des bains de siége, que M. Aran préfère aux grands bains, qui affaiblissent et disposent à la chloro-anémie. Ces bains de siége doivent être tièdes, mais en été on se trouve bien de les administrer frais. On termine le traitement par des douches d'eau froide, qui donnent aux malades de la vigueur et de la santé.

Il est aussi un agent thérapeutique que nous devons mentionner ici comme rendant de grands services en enlevant la douleur, c'est l'opium. Mais pour que son effet soit complet, c'est-à-dire pour que la douleur soit déracinée et non pas seulement atténuée, M. Aran prescrit l'opium à doses insolites. Ainsi c'est par 20 et 30 centigrammes dans les vingt-quatre heures que les malades prennent ce médicament. Seulement, comme il est difficile d'apprécier la susceptibilité de chacune d'elles, il est convenable de donner l'extrait aqueux d'opium par pilules de 25 milligrammes pour prévenir les accidents de narcotisme, qui du reste sont peu à craindre quand le système nerveux est surexcité.

Enfin, n'oublions pas de dire un mot d'un sédatif auquel M. Aran s'adresse encore après l'emploi de la glace pour calmer la douleur locale, nous voulons parler du collodion. Très utile dans la métrite chronique pour protéger les parties excoriées du col contre l'action irritante du flux leucorrhéique, il n'est pas moins avantageux dans la métrite aiguë en produisant l'analgésie; et, quand on en badigeonne aussi les parois du vagin, ces parois s'accolent et peuvent ainsi, en soutenant l'utérus pendant vingt-quatre heures, concourir efficacement à la diminution de l'état douloureux.

(*Jour. de méd. et de chir. pratiq.*)

SUR LA SYPHILIS DES OS.

Observations recueillies à la clinique du professeur Waller à l'hôpital général de Prague, par M. le docteur Suchanek.

Les observations générales qui font le corps du travail du docteur Suchanek portent sur 115 malades.

Après avoir présenté l'analyse des symptômes, l'auteur établit quelques données statistiques que nous reproduirons en partie.

La syphilis des os a été plus commune que celle de la peau et plus rare que la syphilis des muqueuses. Elle a affecté les femmes plus que les hommes dans le rapport de 5 à 3. Elle s'est compliquée de syphilis cutanée dans le rapport de 55,5 p. 100, de syphilis des muqueuses (30 p. 100), de syphilis des vaisseaux lymphatiques (12,5), de syphilis des testicules (2 p. 100).

Dans 97 cas, l'affection des os avait été précédée de chancres; dans 18 cas, ceux-ci n'avaient pas existé.

Sur les 97 cas, deux chancres seulement étaient indurés; dans 4 cas la maladie était regardée comme héréditaire. Parmi ces derniers cas se trouvait un enfant de six ans, qui fut affecté de syphilis des os, sans autre forme préexistante; sa mère portait des tubercules cutanés et elle avait contracté la maladie en allaitant un enfant étranger. Un autre cas se rapporte à un jeune homme de seize ans, qui depuis dix ans était atteint de syphilis des os du front et du tibia, sans autres antécédents.

Parmi les malades atteints par contagion se trouvait une sage-femme qui contracta la syphilis au doigt indicateur de la main droite, en soignant une accouchée qui avait des condylomes en suppuration. Il s'ensuivit syphilis des lymphatiques de l'avant-bras, puis psoriasis et tubercules cutanés, et en dernier lieu syphilis des os, paralysie et mort. L'autopsie montra un ramollissement jaune de la substance cérébrale.

Le bubon devint la cause de l'infection dans la faible proportion de 3 p. 100, nouvelle preuve de la rareté de la syphilis secondaire après les bubons suppurés.

Le sexe féminin est beaucoup plus exposé au danger de la syphilis secondaire, sans doute à cause de l'allaitement et des soins à donner à des enfants étrangers.

La syphilis des os s'est montrée 7 fois sur 100 dans le cours même de la marche des ulcères, et 93 fois sur 100 après la guérison des accidents primitifs.

Le mercure (d'après la méthode de Dzondi) et l'iodure potassique sont les deux modes de traitement qui ont été le plus employés.

La cachexie iodique s'est montrée 2 fois sur 51 malades sous forme de scorbut.

La durée moyenne du traitement, dans l'emploi de la méthode combinée, a été de 97 jours; avec la méthode simple, cette durée n'a été que de 37 jours. (*Gaz. méd.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 16 octobre 1855. — Présidence de M. Jobert (de Lamballe).

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Les relevés des vaccinations pratiquées en 1854 dans les départements d'Eure-et-Loir, de la Haute-Loire, de la Meurthe, de la Dordogne et des Côtes-du-Nord. (Commission de vaccine.)

2° Plusieurs pièces relatives à des recettes de remèdes secrets. (Commission des remèdes secrets.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

3° M. le docteur Raffaele Agresti adresse une relation de l'épidémie de choléra à Naples. (Commission du choléra de 1854.)

— M. le Président annonce à l'Académie que MM. Clot-Bey et Bouisson, membres correspondants, sont présents à la séance.

DISCUSSION.

Sétons. — L'ordre du jour appelle la discussion sur le mémoire de M. Bouvier. La parole est à M. Velpeau.

M. Velpeau commence par exprimer l'impression qu'a produite sur lui la ténuité des sétons de M. Bouvier et les doutes qu'il a conçus sur leur action. Il n'a pu partager, à cet égard, les convictions de M. Bouvier, et il a eu un instant la même pensée que M. Malgaigne. Mais celui-ci, s'emparant des inconvénients des petits sétons, en a pris occasion de les combattre tous, grands ou petits, les petits comme inutiles, les grands comme dangereux, et il a compris tous les exutoires dans une sorte de proscription générale. Il a invoqué à l'appui de cette pro-

---

seront possibles, l'étude des altérations organiques produites par la maladie.

5° Nombre d'individus atteints par sexe, âge, profession, durée du séjour dans la localité, nationalité, conditions d'aisance ou de pauvreté, habitations salubres ou insalubres, districts ruraux et urbains, etc.

6° Nombre des décès épidémiques par sexe, âge, profession, durée du séjour, nationalité, conditions d'aisance ou de pauvreté, habitations salubres ou insalubres, etc.

7° Nombre des individus atteints et traités à domicile, et nombre des décès à domicile comparé au nombre des individus atteints et traités et aux décès dans les hôpitaux, afin de faire connaître la mala-divité et la mortalité relatives de la population à domicile et dans les hôpitaux.

8° Relevé de la population par sexe, âge, profession, durée du séjour dans la localité, nationalité, conditions d'aisance ou de pauvreté, habitations salubres ou insalubres, districts ruraux et urbains, afin d'obtenir le rapport des individus atteints et décédés à la population entière dénombrée dans ces diverses conditions.

9° Durée moyenne de la maladie par sexe et âge séparément dans les hôpitaux et à domicile selon qu'elle s'est terminée : 1° par guérison, 2° par décès.

10° Description du traitement le plus généralement suivi dans chaque hôpital et indication de ses effets au point de vue des guérisons et des décès, en limitant cette comparaison autant que possible à des maladies du même âge, du même sexe et des professions analogues.

11° Description des lieux envahis en distinguant : 1° les petites villes (depuis 2,000 habitants agglomérés) des grandes; 2° les villes des campagnes; 3° en faisant connaître leur orientation, leur situation dans une plaine, dans une vallée, sur une hauteur, en amphithéâtre, leur voisinage d'un cours ou d'une masse d'eau, la composition géologique et minéralogique du sol, l'épaisseur et la texture, la composition des couches de terrain de nouvelle formation. Comparer dans tous ces rapports les localités envahies aux localités non envahies.

12° Description et notation jour par jour des phénomènes météorologiques qui ont précédé et accompagné l'invasion et les phases diverses de l'épidémie pendant toute sa durée (direction dominante des vents, mouvements de l'atmosphère; degrés d'électricité, d'humidité; observations barométriques, thermométriques, ozonométriques, etc.); comparer ces données avec celles qui résultent des observations analogues faites antérieurement ou postérieurement à l'épidémie.

13° Vérifier si l'invasion a été ou non précédée par quelque fait économique considérable, comme une cherté ou une crise industrielle prolongée, qui aurait amené une misère plus ou moins intense; donner dans tous les cas, autant que possible, l'évaluation du prix des salaires et du prix et de la qualité des aliments de première nécessité, tels que la viande et le pain, avant comme pendant l'épidémie, et la moyenne de ces évaluations en temps ordinaire; indiquer si pendant le cours de l'épidémie des secours ont été distribués à la population pauvre.

Articles additionnels. — 14° Mortalité par jour et par semaine pendant un certain nombre d'années qui auront précédé l'épidémie, en tenant compte de l'âge, du sexe, de la durée du séjour, de la nationalité, des conditions d'aisance ou de pauvreté, de la salubrité ou de l'insalubrité des habitations, des districts ruraux ou urbains, du genre des maladies causes des décès.

15° Mortalité générale (y compris toutes les causes morbides) par jour et par semaine pendant la durée de l'épidémie, par sexe, âge, profession, nationalité, etc.; genre des maladies causes des décès.

16° Indiquer, autant que possible, les maladies qui règnent habituellement dans la localité, celles qui ont régné exceptionnellement avant, pendant et après l'épidémie. Y a-t-il eu des maladies épizootiques et épiphytiques.

17° Etablir dans toutes les grandes villes un mode de publication détaillé et raisonné hebdomadaire, mensuel ou trimestriel du nombre et du genre des maladies, qui deviendrait pour les populations et pour l'administration la meilleure indication de l'état sanitaire, dans lequel se refléteraient presque toutes les influences épidémiques et qui ferait ainsi des grands centres de population des sortes d'observatoires statistiques de la santé des populations.

Nos abonnés nous demandent souvent de transmettre leurs mémoires aux Académies, de leur faire parvenir du vaccin, des livres, des instruments, etc. Nous leur rappelons qu'une personne attachée à l'administration de la *Gazette* est toujours à leur disposition pour rendre ces petits services.

scription l'expérience séculaire et son expérience personnelle. L'expérience des siècles ne lui a rien appris; son expérience personnelle lui a appris que les sétons étaient mauvais.

Je ne suis pas de cet avis, dit M. Velpeau; et sur ce point-là comme sur beaucoup d'autres, je me rangerai volontiers parmi les conservateurs. J'ai passé aussi, comme M. Malgaigne, par cette phase de doute et d'incrédulité qui nous fait faire bon marché du passé et nous fait rejeter tout ce que nous ne comprenons pas, ou ce qui n'est pas conforme avec notre manière de voir; mais je suis arrivé à cette période plus avancée de la carrière du médecin où il lui est possible d'établir une comparaison entre les produits de sa propre expérience et ceux de l'expérience du passé ou la tradition. Eh bien, je dois le dire, parvenu à cette période, je me suis senti moins hostile envers les exutoires et les révulsifs que je ne l'avais été auparavant.

Voici ce que j'ai cru voir :

Pour les maux d'yeux, auxquels s'applique plus particulièrement cette méthode thérapeutique, les révulsifs ne sauraient être indifférents : ils sont utiles ou nuisibles; et il n'est pas indifférent non plus d'avoir recours à l'un plutôt qu'à l'autre. Ainsi, j'ai observé que les vésicatoires étaient plus souvent utiles que les cautères et les sétons dans les ophthalmies aiguës et superficielles. Les cautères sont plus utiles dans les ophthalmies déjà anciennes et qui portent sur les parties profondes de l'œil. Le séton enfin, m'a paru devoir être réservé plus particulièrement pour les maladies très anciennes, profondes, et dont le siége est moins précis et moins bien connu que dans les cas précédents. C'est le dernier moyen auquel on a habituellement recours, et avec raison. Il n'est guère qu'une maladie où on puisse l'employer de prime abord, c'est l'amaurose.

Je l'ai employé souvent dans cette circonstance, et je suis convaincu qu'il est utile.

Mais il y a là, nous fait remarquer M. Malgaigne, une grande difficulté, c'est de savoir, lorsqu'une amaurose est guérie, si elle est guérie parce qu'on a mis un séton à la nuque, ou parce qu'on a fait autre chose concurremment, ou bien enfin si elle n'a pas guéri toute seule. Cette difficulté n'est pas particulière à l'amaurose, elle existe pour toute la médecine. Il y a bien peu de moyens thérapeutiques auxquels on ne pût opposer la même objection.

Comment, dès lors, se faire une conviction? Je ne parle pas de la démonstration mathématique, qui n'est pas applicable ici. Mais en dehors des moyens rigoureux de démonstration, il est encore possible de se faire une conviction. Il est évident que lorsqu'un certain nombre de fois on voit les mêmes résultats suivre l'emploi d'un moyen thérapeutique, il est difficile de se refuser à admettre que ces résultats lui sont dus. Est-ce autrement que l'on procède pour la plupart des actions thérapeutiques, et lorsqu'on cherche à apprécier les effets d'une médication nouvelle contre la fièvre typhoïde, l'érysipèle ou toute autre affection, a-t-on d'autre moyen de vérification?

M. Malgaigne opposera-t-il la difficulté d'avoir des observations suivies, régulières, complètes, pour l'amaurose, par exemple? Mais la même difficulté existe pour toutes les maladies de longue durée. Quel est le médecin, par exemple, qui peut se flatter d'avoir suivi pendant plusieurs années de suite le traitement d'une maladie articulaire? On sait très bien que les malades atteints de ces affections d'une durée interminable ne restent jamais longtemps entre les mains du même médecin, et qu'il est extrêmement difficile de les suivre.

Je ne peux donc m'empêcher de trouver les exigences de M. Malgaigne à cet égard extrêmes. Je sais qu'il affiche des prétentions à la médecine exacte ou de précision; mes prétentions, à moi, ne vont pas si loin, je m'en tiens à la médecine qui guérit.

Je reviens au séton. Parmi les inconvénients qu'on lui a reprochés, il en est un qu'on a évidemment exagéré, c'est la douleur. Sans doute ce n'est pas sans quelque douleur qu'on traverse une large épaisseur de la peau du cou avec l'aiguille à séton; mais cette douleur n'est ni plus vive ni plus prolongée que celle que provoquent une foule d'autres opérations que l'on pratique journellement pour remédier à des affections moins graves que celles dont il s'agit ici.

Le foyer du séton devient quelquefois, dit-on, une cause nouvelle d'accidents par irradiation, ou d'accidents de voisinage, comme le dit M. Gerdy. Cela est vrai, il se fait quelquefois une irradiation par l'intermédiaire des lymphatiques; mais cela n'est pas très commun, et, lorsqu'ils ont lieu, il est très rare qu'ils aillent jusqu'à nuire à la maladie.

Enfin, et je ne saurais trop insister sur ce point, il ne faut pas oublier que les maladies dans lesquelles on prescrit l'usage du séton sont des maladies en général sérieuses, longues, rebelles à la plupart des médications connues, qui ont acquis un haut degré d'intensité, et qui compromettent sérieusement un organe important; si bien que les inconvénients reprochés au séton, fussent-ils réels, je ne les croirais pas encore de nature à en faire rejeter l'usage.

On a parlé de résorption purulente. Il a été une époque où je redoutais aussi les conséquences possibles des suppurations artificielles. J'ai dû me demander naturellement si le séton ne pourrait pas quelquefois devenir le point de départ d'accidents de cette nature. L'expérience a parlé : je n'ai jamais vu l'infection purulente provenant d'un séton.

J'emploie donc le séton, pas très souvent, mais dans quelques cas où il m'a paru utile. Ces cas sont certaines amauroses, les kératites qui tendent à devenir chroniques et qui ont résisté aux moyens habituellement usités; celles surtout qui menacent de perforer la cornée. Je l'emploie encore dans ces kératites anciennes avec vascularisation considérable; mais je n'y ai que très rarement recours dans les conjonctivites.

Comment ai-je acquis à cet égard ma conviction?

Le voici :

J'ai traité d'abord les affections que je viens d'énumérer par d'autres moyens, puis, voyant que ces moyens n'amenaient aucune amélioration, j'ai appliqué le séton, sans rien changer aux autres conditions, et j'ai vu les malades guérir; et lorsque cela est arrivé dix, vingt, trente fois de suite, j'ai bien été obligé de me rendre à l'évidence et de reconnaître que la guérison était due au séton.

M. Malgaigne me dira qu'il a agi de même et qu'il n'a pas réussi. Mais notre collègue n'ignore pas qu'il existe souvent des causes inconnues, des idiosyncrasies qui font varier les résultats de la thérapeutique, sans qu'on doive pour cela la taxer d'impuissance.

Quant à l'expérience des siècles, que M. Malgaigne dit ne lui avoir rien appris, je ferai remarquer à cette occasion qu'on fait en général trop bon marché de la tradition. Lorsqu'un homme comme A. Paré, un homme comme Boyer affirment qu'ils ont obtenu un bon résultat d'un moyen quelconque, alors même que leur assertion n'est point appuyée de longs détails d'observation, ne devons-nous pas les croire sur parole?

Je dirai donc, pour conclure, que l'expérience traditionnelle vaut à mes yeux la médecine dite exacte ou de précision.

M. Bouvier se félicite que M. Velpeau lui soit venu en aide contre un adversaire tel que M. Malgaigne. Cependant il est quelques points sur lesquels il a besoin de s'expliquer avec lui, bien qu'ils soient d'accord sur le fond. M. Velpeau a peut-être pu penser, dit M. Bouvier, que j'avais exagéré l'éloignement que l'on semble avoir actuellement pour le séton; il vient de prouver qu'il n'en est point ainsi, tant mieux.

M. Velpeau a reproduit à peu près l'objection qui avait déjà été faite par M. Larrey. Je n'ai sans doute pas été bien compris sur ce point. Je n'ai pas prétendu qu'un petit séton dût être aussi efficace qu'un grand. Mon séton filiforme n'est qu'un début; c'est un moyen de me ménager la possibilité d'en graduer l'effet, en ajoutant successivement un second, un troisième fil, ainsi de suite, de manière à le transformer insensiblement en un grand séton quand cela est jugé nécessaire. C'est, en un mot, un moyen de *doser* le remède.

Que, s'il était jugé utile dans un cas donné d'agir de suite et fort, j'appliquerais un grand séton.

M. Velpeau m'a rendu un grand service en insistant sur l'innocuité de mes petits sétons, car il a répondu pour moi à M. Malgaigne. Entre l'un qui se récrie contre leurs dangers et l'autre qui les croit parfaitement inoffensifs, je laisse le public juge.

M. Bouvier, prenant ensuite à partie M. Malgaigne sur la valeur à attribuer aux observations qu'il a soumises à l'Académie, donne quelques explications sur le but qu'il s'est proposé par cette communication. Puis, abordant la question générale de la révulsion, qu'il considère comme constituant la moitié de la thérapeutique, il entre dans de longs développements historiques et pratiques pour démontrer l'efficacité du séton.

M. Desportes dit quelques mots qu'il nous est impossible d'entendre de notre place.

M. Clot-Bey demande à présenter quelques courtes considérations sur le sujet de la discussion.

M. le président lui accorde la parole.

M. Clot-Bey dit avoir eu de très fréquentes occasions pendant son long séjour en Egypte de traiter des ophthalmies. Il doit à la vérité de dire que les sétons lui ont rendu de très grands services, et qu'il en a retiré des effets qu'il ne craint pas de qualifier de merveilleux.

L'honorable correspondant entre à cette occasion dans quelques détails sur une modification qu'il a introduite dans le séton, et il donne quelques explications sur le séton des Arabes, qu'il a appliqué d'une manière beaucoup plus générale que ne le font les Arabes eux-mêmes, et qui lui a paru avoir de grands avantages sur les vésicatoires volants et les mouches de Milan dans un grand nombre d'affections oculaires. L'un de ses plus grands avantages surtout est de pouvoir être porté pendant très longtemps sans occasionner aucune gène ni incommodité.

M. Gerdy demande la parole; mais l'heure étant trop avancée, il la réserve pour la séance prochaine.

PRÉSENTATION.

Rate hypertrophiée. — M. Linas, interne à la Maison de Charenton, met sous les yeux de l'Académie une rate dont le volume, le poids et les autres caractères physiques rappellent celle que M. Barth a présentée à une autre époque. Celle-ci provient d'un jeune homme de dix-huit ans, frappé d'imbécillité, placé depuis peu de temps dans le service de M. Calmeil, à Charenton, et qui a succombé le 10 de ce mois à une dyssenterie aiguë intense. Le malade venait d'un pays où les fièvres intermittentes sont extrêmement rares, et lui-même n'avait jamais eu d'affection de cette nature : on ne trouve dans ses antécédents morbides qu'une affection typhoïde avec prédominance des symptômes cérébraux, contractée il y a deux ans.

Le *foie* du même sujet, que M. Linas montre également à l'Académie, présente l'atrophie, le ratatinement, l'aspect mamelonné, la couleur jaune-brun et la densité qui caractérisent la *cirrhose* au second degré.

La rate paraît simplement augmentée de volume, sans altération, sans dégénérescence de son tissu. Sauf une profonde scissure transversale qui le divise en deux lobes distincts, l'organe conserve sa configuration, sa couleur, sa friabilité, sa souplesse ordinaires; le poids et le volume seuls s'écartent de l'état normal. Cette rate, qui occupait toute la moitié gauche de l'abdomen jusqu'au détroit supérieur du bassin, pèse 2 kilogrammes; elle a 32 centimètres de long, 20 de large et 9 d'épaisseur dans sa partie la plus saillante.

Les reins étaient très volumineux et fortement hypérémiés.

Les veines intra-abdominales étaient flexueuses, alternativement dilatées et rétrécies comme dans l'état variqueux. La veine porte, la veine splénique, les veines mésaraïques, les veines iliaques externes et les veines satellites de l'artère épigastrique avaient le calibre de la veine cave inférieure; tandis que les veines sous-cutanées de l'abdomen, médiocrement dilatées, ne se dessinaient que faiblement à travers la transparence des téguments.

Une exhalation sanguine considérable s'était opérée dans le canal alimentaire, ainsi que l'attestaient la présence d'une grande quantité de liquide de couleur lie-de-vin et la teinte également vineuse de la muqueuse digestive, très prononcée surtout au niveau de la grosse tubérosité de l'estomac où se rendent les vaisseaux courts, sur toute la longueur du duodénum et vers le dernier tiers de l'iléon.

Dans le duodénum, les follicules de Brunner étaient saillants et injectés.

Dans l'intestin grêle, les *plaques de Peyer* se dessinaient nettement en formant un relief elliptique d'une couleur bleue foncée; vues par transparence, elles s'offraient sous l'aspect d'un riche réseau veineux parsemé d'un pointillé plus foncé.

La muqueuse du gros intestin était boursouflée, tomenteuse, imbibée de sang. Cette coloration rouge augmentait d'intensité vers le rectum, et prenait là tous les caractères d'une phlegmasie aiguë intense.

Le cœur était normal. Le tissu des poumons était sain; leur bord postérieur seulement était assez fortement congestionné.

Voilà donc un cas de *cirrhose* aussi curieux, aussi rare par la présence des lésions qui l'accompagnent que par l'absence d'autres altérations qui le plus souvent s'unissent à cette singulière maladie.

Ainsi, point d'affection du cœur, point d'ascite surtout, que les auteurs qui ont écrit sur la cirrhose s'accordent pourtant à regarder comme à peu près constante. Mais en revanche : prodigieuse hypertrophie de la rate; hypérémie des reins; exhalation sanguine sur toute la surface muqueuse de l'intestin, et dilatation variqueuse de tout le système veineux intra-abdominal. Ces faits ne parlent-ils pas d'eux-mêmes? Ne disent-ils pas que la cirrhose peut arriver à un degré avancé sans épanchement péritonéal; qu'elle entraîne si bien l'oblitération du réseau vasculaire du foie, et plus particulièrement des vaisseaux terminaux du *système porte hépatique*, que le sang ne trouvant plus de passage à travers ces petits canaux, reflue dans la veine porte abdominale, dilate toutes les veines de ce système, s'accumule dans la rate (dont l'élasticité se prête à une prodigieuse distension), et finalement s'exhale à la surface interne du canal alimentaire, où il peut produire des suffusions abondantes, des congestions intenses et même des hypérémies inflammatoires; car des auteurs graves ont pensé que la dysenterie pouvait être un des accidents de la cirrhose.

Est-il nécessaire enfin de faire remarquer l'absence de tout phénomène morbide intermittent malgré cette énorme dilatation de la rate?

— La séance est levée à cinq heures.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE.

Le lundi 19 novembre 1855, à midi précis, un concours public sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'administration, rue Neuve-Notre-Dame, 2, pour la nomination à une place de pharmacien dans l'un des hôpitaux ou hospices de Paris.

Sont admis à concourir, les élèves en pharmacie ayant exercé pendant trois années au moins en cette qualité, soit à la pharmacie centrale, soit dans les hôpitaux et hospices de Paris.

Pourront aussi être autorisés à concourir tous les autres élèves en pharmacie ou pharmaciens qui présenteraient les garanties convenables.

L'inscription des concurrents aura lieu au secrétariat de l'administration depuis le samedi 20 octobre courant jusqu'au samedi 3 novembre suivant inclusivement, à trois heures de relevée.

Le secrétaire général : Signé S.-L. Dubost.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le jury pour le concours de l'internat des hôpitaux de Paris est composé comme suit, sauf récusations :

Juges : MM. Bouillaud, Natalis Guillot, Vernois, Richet et Desormeaux.

Suppléants : MM. Beau et Maisonneuve.

—Par décret du 13 octobre, M. Aiguier, chirurgien de la marine, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— La Société de médecine de Rouen vient de renouveler son bureau, il se trouve ainsi composé pour l'année prochaine :

Président, M. Duclos, vice-président sortant;

Vice-président, M. Dalmenesche;

Secrétaire, M. Grout, secrétaire sortant;

Secrétaire de correspondance, M. Bouteiller fils.

Trésorier-archiviste, M. Dumesnil.

— Par suite de la démission de M. le docteur Berlioz, le service médical des prisons de Lyon vient d'être réorganisé.

M. le docteur Garin a été nommé médecin de la prison de Saint-Joseph et M. le docteur Lavirotte a été chargé du service de celle de Roanne.

MM. les docteurs Chambard et Jacques Bonnet ont été nommés médecins suppléants des deux prisons.

— On lit dans la *Gazette médicale de Lyon* :

« Le choléra a éclaté dans la commune de Saint-Bonnet-de-Mure (Isère), le 30 août 1855, à la suite de chaleurs assez vives auxquelles ont succédé des jours très humides, alors que la population était épuisée par les travaux pénibles des moissons et un régime alimentaire plutôt relâchant que réparateur.

» Le mal a débuté par quelques cas foudroyants; puis, après un temps d'arrêt de peu de jours, a repris avec une nouvelle intensité. Dans cette seule commune et en moins d'un mois, sur une population de 1,000 âmes, dont un certain nombre avait pris la fuite, il y a eu 58 morts sur 91 atteints. Presque tous les sujets qui ont succombé ont été foudroyés; deux seulement ont péri dans la période de réaction; c'était le mal indien dans toute sa gravité.

» Bientôt la commune voisine, celle de Saint-Laurent-de-Mure, a subi presque aussi rudement la funeste influence du fléau. On y compte plus de 40 victimes. Quelques autres lieux ont été successivement envahis, tels que la Verpillière et Colombier. Mais l'épidémie n'y a pas offert autant de violence.

» Depuis environ douze jours, elle a complétement abandonné Saint-Bonnet et à peu près Saint-Laurent. »

— Dans sa séance du 12 juillet dernier, la Société de médecine de Strasbourg a décerné une médaille d'encouragement de la valeur de 100 fr. à M. Boucaud, interne des hôpitaux de Lyon, pour un mémoire sur la question de l'*Histoire anatomo-pathologique des tubercules*.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 123. — SAMEDI 20 OCTOBRE 1855. (28e ANNÉE.) N° 123. — SAMEDI 20 OCTOBRE 1855.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De la fièvre puerpérale chez le fœtus et le nouveau-né.

La fièvre puerpérale chez le fœtus et le nouveau-né !... voilà un titre nouveau, et qui ne peut manquer de provoquer l'étonnement et de soulever des doutes. Rien cependant n'est mieux démontré, à notre avis, que cette solidarité pathologique qui unit l'enfant à la mère, comme il l'est à l'état normal par de nombreux liens physiologiques. Cette solidarité, aperçue déjà par plusieurs observateurs qui ont rattaché un grand nombre d'affections de la première enfance à l'influence pathologique subie par les mères, a été établie d'une manière beaucoup plus directe et plus intime par M. Paul Lorain, qui a réuni dans une thèse très remarquable (1) les éléments d'une histoire complète du groupe de phénomènes pathologiques du fœtus et du nouveau-né qu'il a désigné, avec raison suivant nous, sous le nom de *fièvre* ou d'*affection puerpérale*. Dans l'impossibilité où nous sommes de faire connaître les nombreux et intéressants documents contenus dans cet important travail, nous devrons nous borner à esquisser quelques points du vaste tableau pathologique que l'auteur y déroule. Il ne sera pas inutile d'exposer d'abord le point de départ de ses observations.

Frappé de l'excessive mortalité des enfants nouveau-nés dans les grands établissements d'obstétrique, et en particulier à la maison de la Maternité, où il a été longtemps attaché en qualité d'interne, M. Lorain a été naturellement conduit à en étudier les causes.

Un premier fait, qui n'avait pas échappé à l'attention des médecins et chirurgiens de ces établissements, a particulièrement frappé M. Lorain ; c'est que la plus grande mortalité chez les enfants nouveau-nés coïncide avec les épidémies de fièvre puerpérale qui sévissent sur les mères. Ce fait, comme on va le voir, prend une signification plus nette par le dénombrement des causes de mort les plus communes du fœtus et du nouveau-né.

Sur un total de 106 enfants mort-nés, il a constaté que 15 avaient subi des opérations obstétricales (céphalotripsie, version, forceps) ; 5 étaient morts pendant l'accouchement (par suite de différents accidents, tels que le prolapsus du cordon ombilical, etc.) ; 2 étaient nés morts, ayant du pemphigus ; 10 avaient succombé à la péritonite avant la naissance. Par conséquent 32 au moins, sur ces 106 enfants, avaient succombé par le traumatisme de l'accouchement et par des maladies.

Sur 256 enfants nouveau-nés également soumis à son investigation et qui sont morts les uns quelques heures, d'autres quelques jours après la naissance, 63 étaient nés prématurément et n'étaient pas viables. Sur les 193 restant, nés viables, 40 avaient succombé à la péritonite simple ou compliquée d'érysipèle, de méningite, d'abcès multiples, etc. Une dizaine environ ont succombé à une maladie en tous points comparable à l'infection putride. Mais ce que M. Lorain fait surtout remarquer, c'est que sur 193 enfants viables, qui sont morts peu de temps après la naissance, 50 ont succombé à des maladies qui sont précisément celles auxquelles succombent les femmes en couches.

Enfin, en rapprochant les causes de mort connues des enfants nouveau-nés de celles qui ont entraîné la mort des mères après l'accouchement, il a trouvé que sur 30 enfants nouveau-nés, morts de péritonite simple ou compliquée, dix fois la mère et l'enfant ont succombé à la même maladie ; 5 autres femmes, dont les enfants sont morts de péritonite, ont eu elles-mêmes des accidents puerpéraux dont elles ont guéri. Sur les 10 fœtus morts de péritonite, trois fois la mère a succombé après l'accouchement à la fièvre puerpérale.

Il n'était donc pas possible de méconnaître d'après ces résultats qu'il y a dans la gestation et dans la parturition une cause de mort inhérente à ces fonctions, la fièvre puerpérale, cause qui agit sur la mère, sur le fœtus et sur le nouveau-né.

Quels sont les caractères de la fièvre puerpérale chez le fœtus et le nouveau-né ? C'est ce qui fait l'objet principal des recherches cliniques de M. Lorain.

La péritonite est la seule manifestation de la fièvre puerpérale qu'il ait rencontrée chez le fœtus. Chez les nouveau-nés, il l'a observée sous les différentes formes de la péritonite, simple ou accompagnée d'érysipèle, de phlébite ombilicale, de méningite, etc. ; sous la forme de la méningite, de la pleurésie, d'abcès multiples, de gangrène, etc. ; mais la plus commune a été la péritonite. C'est sur cette forme que nous insisterons seulement ici. Avant d'en présenter la description sommaire, faisons remarquer, avec M. Lorain, que lorsque l'enfant et la mère succombent à la fièvre puerpérale, ils ne présentent pas toujours le même ordre de lésions ; la maladie peut varier de l'un à l'autre. Ainsi, la mère peut être atteinte de méningite, l'enfant étant atteint de péritonite ; l'enfant peut succomber à la méningite, tandis que sa mère succombe à l'infection purulente, etc. ; ce qui montre, en effet, que les manifestations différentes de la maladie ne doivent point faire croire à des influences différentes, mais bien à une même influence se traduisant de plusieurs manières, suivant les individus.

Voici, d'après M. Lorain, quelques-uns des principaux caractères de la péritonite puerpérale des nouveau-nés :

La face exprime la souffrance ; le ventre, tendu, ballonné, rend un son tympanique, et paraît très sensible à la pression. La respiration est haute, courte, fréquente.

La peau est jaune. Les cris sont incessants. Des vomissements et la sortie d'un liquide bilieux s'échappant par la bouche et par les narines complètent ce tableau. Le pouls est très accéléré et petit ; il y a en général de la constipation. L'enfant refuse ordinairement le sein, surtout dans les derniers moments.

La maladie marche très rapidement, et ne dure pas, en général, plus de trois ou quatre jours, et elle se termine infailliblement par la mort, qui arrive ordinairement après une agonie assez longue.

Le plus grand nombre des enfants succombe avant le dixième jour qui suit la naissance. M. Lorain n'en a observé qu'un seul qui avait atteint un mois ; un autre était âgé de quatorze jours.

L'une des formes les plus importantes de la maladie lui a paru être la forme adynamique (septicémique), dans laquelle il y a torpeur, somnolence, hémorrhagies dans plusieurs cavités séreuses et muqueuses ; taches scorbutiques à la peau. La mort survient, en pareil cas, quelquefois quarante-huit heures après la naissance.

Les complications les plus habituelles que M. Lorain a observées sont les érysipèles, les phlegmons, les méningites ; il a trouvé quelquefois des pleurésies. Les symptômes de quelques-unes de ces complications, de la méningite surtout, ont lieu quelquefois malgré ceux de la péritonite.

Le plus souvent, l'agitation de l'enfant, ses cris plaintifs, sont les seuls signes au début. La maladie marche avec une telle rapidité qu'on ne la soupçonne souvent pour la première fois que lorsqu'elle a atteint son plus grand développement.

Les lésions observées après la mort ne sont pas moins caractéristiques. L'ictère, la tuméfaction considérable du ventre, le liquide vert qui s'échappe par les narines, la prompte putréfaction, font tout d'abord reconnaître le cadavre des petits sujets qui ont succombé à la péritonite.

A l'ouverture, on constate dans le péritoine un épanchement de liquide séreux ou séro-sanguin trouble, du pus et des fausses membranes surtout. Il se fait souvent dans la tunique vaginale un épanchement qui est toujours de la même nature que celui de la cavité péritonéale.

Les fausses membranes, examinées au microscope, se présentent sous la forme de tractus filamenteux, fibrineux. On y reconnaît les caractères appartenant aux fausses membranes de la péritonite des adultes... On y trouve peu de pus, ce qui tient à une disposition propre aux nouveau-nés, chez lesquels le pus se forme difficilement, tandis que les fausses membranes et les tissus cicatriciels se produisent avec une très grande facilité.

Parmi les signes nécroscopiques, un des plus remarquables es l'augmentation du volume de la rate : ce volume est souvent double du volume normal. La même remarque a été faite par M. Lorain dans la péritonite du fœtus *in utero*. Quant au tissu splénique, il n'a offert aucune lésion caractéristique.

Dans quelques cas rares, il a été noté une altération du foie.

Il n'a jamais été rencontré d'altération des vaisseaux lymphatiques.

De toutes ces lésions concomitantes, la plus digne d'intérêt est celle du système ombilical.

Qu'un état fébrile survienne, qu'il se produise un état morbide grave, infectieux, aussitôt l'ombilic se trouve dans les mêmes conditions qu'un moignon d'amputé. La plaie devient grise ; elle ne se déterge pas, elle ne tend plus à la réparation ; les vaisseaux voisins souffrent de même ; leurs caillots se ramollissent, se décollent, fondent. C'est ce qui arrive en particulier dans la fièvre puerpérale des nouveau-nés. Serait-ce là, comme quelques auteurs ont paru le croire, le point de départ, la cause de la péritonite ?

Telle n'est pas l'opinion de M. Lorain. L'altération des vaisseaux

(1) Voici le titre de cette thèse : *De la fièvre puerpérale chez la femme, le fœtus et le nouveau-né.*

EXPOSITION UNIVERSELLE.

PRODUITS PHARMACEUTIQUES ET PRODUITS CHIMIQUES EMPLOYÉS EN MÉDECINE.

En nous chargeant du compte rendu de cette partie de l'Exposition qui comprend les produits chimiques et pharmaceutiques, nous n'avons eu dessein, pour les premiers, de parler que de ceux qui se rattachent directement à l'art de guérir. Il eût été fort inopportun, ce nous semble, de présenter dans un journal de médecine essentiellement pratique de longues considérations sur les produits chimiques envisagés au point de vue des applications industrielles, et, en même temps que la tâche eût été au-dessus de nos forces, les lecteurs de la *Gazette*, pour la plupart, y eussent trouvé peu d'intérêt. Au contraire, en indiquant dans un ou deux courts articles les conquêtes thérapeutiques que notre science doit aux progrès des arts chimiques, en signalant les produits simples ou composés dont s'est enrichie la matière médicale, en disant les nouveaux procédés de manipulation introduits depuis quelques années dans l'art de préparer les médicaments ou de les déguiser, nous croyons rendre un véritable service à nos confrères, surtout à ceux qui n'ont pu visiter ce vaste bazar où toutes les nations du globe ont apporté plus ou moins heureusement leurs produits.

Notre intention dans cette rapide revue est d'examiner d'abord chacune des expositions particulières comprises dans la 4e section de la XIIe classe, et de terminer par un coup d'œil sur les résultats généraux de cette grande exhibition, sur la tendance actuelle de la science pharmaceutique, et sur la voie qu'elle devrait suivre au point de vue du véritable progrès.

Nous déclarons, en outre, que les considérations relatives au double point de vue de l'art et du commerce que nous aurons occasion de présenter nous sont propres, et que, s'il est quelquefois des appréciations qui paraissent un peu sévères, ce n'est jamais aux personnes, mais aux faits et aux principes qui en découlent que nous prétendons nous attaquer. Ceci une fois dit, pour ne pas nous exposer aux réclamations de quelques amours-propres froissés.

L'exposition chimico-pharmaceutique de France s'ouvre, à l'extrémité de l'annexe la plus rapprochée de la place de la Concorde, par une vitrine vraiment splendide, et par la beauté des produits qu'elle renferme et par l'élégance de leur aménagement. Nous voulons parler de la vitrine des compagnies réunies de la verrerie de Sèvres et de la manufacture de Javel. Puisque le mot a été mis à la mode à cette occasion, nous pourrons dire que c'est là un véritable *trophée* des arts chimiques, remarquable par la multiplicité et par la magnificence de ses échantillons. Bien que ses produits soient, en général, plutôt destinés à l'industrie qu'à la pharmacie, nous en signalerons cependant plusieurs qui trouvent leur application en médecine, des phosphate, carbonate et bicarbonate de soude ; des cristaux de sulfate de fer d'une pureté et d'un volume dignes d'attention ; un chlorure de manganèse d'un rose tendre véritablement charmant ; enfin des acides d'une limpidité fabuleuse. Depuis la bouteille du verre le plus commun jusqu'aux produits chimiques les plus compliqués, on trouve presque tout dans l'exposition de Sèvres et de Javel, qui sert dignement de préambule à la Xe et à la XIIe classe.

La section véritablement pharmaceutique commence, et nous ne lui en ferons pas notre compliment, par la *pharmacie normale* de M. Tessier. Cette exposition peut se résumer en deux mots : beaucoup de bocaux et un prix courant. L'invention de l'exposant étant probablement toute dans le prix courant (tarif réduit), il nous semble qu'il aurait pu se dispenser d'exposer autre chose que sa pancarte. Et ici qu'on nous permette une réflexion.

Nous n'aimons pas à voir sur les vitres d'une pharmacie se prélasser ces expressions : *normale, hygiénique, rationnelle, humanitaire* ; ambitieuses épithètes qui semblent impliquer un superbe dédain pour les autres.

Eh quoi ! messieurs, est-ce donc à dire que les officines de vos confrères sont *anormales*, irrationnelles, antihygiéniques, antihumanitaires ? Prétendez-vous nous faire croire que les pharmacies des Boudet, des Pelletier, des Caventou, des Robinet, sur la devanture desquelles ne figurait aucune inscription pareille, étaient des *repaires insalubres* où l'on *écorchait le pauvre monde* ? Serait-ce donc que, hors vous, les pharmaciens sont des empoisonneurs ou des voleurs de grand chemin ? Les plaisanteries de Molière sur les comptes d'apothicaire, peut-

omphaliques n'est pas plus la cause de la péritonite des enfants, que la phlébite utérine n'est l'origine de la péritonite puerpérale des mères, comme on l'a cru trop longtemps. La preuve, c'est que maintes fois la péritonite des uns, comme celle des autres, se manifeste sans être précédée ni même accompagnée de l'omphalite ou de la phlébite utérine; et la preuve encore, c'est que la péritonite a lieu chez le fœtus, sans qu'il soit possible de faire intervenir l'inflammation des vaisseaux ombilicaux. Enfin, quelle relation pourrait-on établir entre cette inflammation et les autres accidents de la fièvre puerpérale, tels que la méningite, les abcès multiples, la pleurésie, etc.? De sorte que tout ce que l'observation permet d'admettre, c'est que l'altération des vaisseaux ombilicaux fait partie de l'ensemble des phénomènes morbides qui caractérisent la fièvre puerpérale, au même titre que chacun de ces autres phénomènes, mais sans jouer le rôle de cause par rapport à aucun d'eux. Cela revient à conclure qu'il en est de l'affection puerpérale des enfants comme de celle des mères, c'est-à-dire que ce n'est point un accident *local*, que le mot *inflammation* ne saurait lui convenir, et qu'il faut remonter à une cause plus générale, malheureusement inconnue.

Indépendamment de l'intérêt qu'offrent les faits observés par M. Lorain au point de vue de l'histoire d'une affection peu connue jusqu'ici dans son expression générale et multiple, et dont on n'avait jusqu'ici qu'esquissé çà et là quelques traits détachés, ils en offrent encore au point de vue du pronostic relatif à l'état des mères. Ainsi, par exemple, l'observation ayant appris que, sur un chiffre donné de cas de fièvre puerpérale constatés chez les nouveau-nés, la moitié environ des mères en avaient été affectées à leur tour, on peut conclure de là que la mère est menacée quand l'enfant est atteint et réciproquement. Il en est de même pour la péritonite du fœtus. Il y a tout lieu de penser qu'une femme qui met au monde un fœtus mort-né, lequel a succombé à la péritonite, est également menacée de la même affection ou d'une affection analogue, en un mot de l'une des formes quelconques de la fièvre puerpérale.

Ce sont là des indications hygiéniques utiles à mettre à profit, et qu'il importe d'autant plus de ne pas négliger que l'art se montre plus impuissant pour combattre cette redoutable affection une fois qu'on l'a laissée se développer.

Destruction de larges taches pigmentaires par la cautérisation sèche au moyen du caustique de Vienne.

Les taches pigmentaires de la peau, que l'on a souvent confondues à tort avec les tumeurs érectiles sous le nom commun de *nævi materni*, ont été récemment l'objet d'une étude spéciale de la part de M. Chassaignac. Ce chirurgien s'est attaché notamment à rectifier quelques erreurs relatives soit à l'origine, soit à la composition de ces taches. Relativement à leur origine ou à l'époque de leur apparition, il a constaté par un très grand nombre d'observations que loin d'être toujours congénitales, ainsi qu'on le croit généralement, elles n'apparaissent dans l'immense majorité des cas qu'un temps plus ou moins long après la naissance, et qu'un très grand nombre même ne surviennent qu'à une époque avancée de la vie. En ce qui concerne leur composition, il a reconnu qu'elles n'étaient pas constituées uniquement par une accumulation de matière pigmentaire, comme on le pense communément, mais que dans un grand nombre de ces taches il y a, indépendamment de cette matière, un tissu qu'il appelle fongoïde, et qui existe en quantité très appréciable. Il a signalé enfin une autre cause d'erreur à laquelle on n'échappe que par une attention particulière. Parmi ces taches, il en est qui ressemblent aux tumeurs érectiles, bien qu'elles soient simplement pigmentaires et dues à la fixation de la matière colorante du sang sous l'épiderme. Cette cause de confusion tient à ce que partout où l'on voit la coloration sanguine on suppose qu'il y a vascularisation. Voici à l'aide de quels signes cliniques on peut, suivant M. Chassaignac, éviter ce genre d'erreur.

Toutes les fois que l'on comprime avec le doigt une tache véritablement érectile, on la fait pâlir. Toutes les fois, au contraire, que l'on presse sur la tache pigmentaire sanguine, celle-ci ne change pas de couleur.

Mais un point plus important encore, sur lequel le chirurgien de Lariboisière appelle l'attention, c'est le traitement de ces taches pigmentaires.

La première condition d'un semblable traitement doit être l'innocuité; la seconde, la substitution à la tache pigmentaire d'une cicatrice qui soit beaucoup moins apparente et moins difforme que cette tache elle-même. M. Chassaignac croit avoir trouvé ces deux conditions réunies dans l'usage du caustique de Vienne, qui produit, comme tout le monde le sait, une eschare sèche, sans suppuration, et dont la chute laisse après elle une cicatrice lisse, unie, mobile sur le fond sur lequel elle repose, et dont la couleur diffère à peine de celle des téguments voisins. C'est le résultat auquel il est parvenu à l'aide de ce moyen chez un sujet dont nous rapporterons tout à l'heure l'histoire.

Voici en quoi consiste le procédé, qui ne peut s'appliquer d'une manière sûre qu'à de faibles épaisseurs des tissus vivants. Aussitôt qu'on a produit au moyen du caustique de Vienne une eschare suffisamment épaisse pour le but qu'on se propose, on lave avec un peu d'eau vinaigrée et l'on essuie parfaitement la surface de cette eschare, après quoi on applique sur cette dernière un morceau d'amadou bien souple, qui a exactement la forme de la partie cautérisée.

Si l'on prévient l'accès de toute humidité, l'amadou s'identifie tellement avec l'eschare qu'il ne tombe qu'avec elle, et que celle-ci ne se détache elle-même des parties vivantes qu'après cicatrisation complète des tissus qui lui sont subjacents. Cette adhésion de l'amadou est une condition *sine quâ non* de la réussite.

Il n'est pas une tache cutanée, affirme M. Chassaignac, quelle que soit son étendue et si défavorablement placée qu'on la suppose, qui ne puisse être détruite en totalité, sans danger ni difformité, en laissant seulement une cicatrice à peine visible, une simple dépression de la peau.

Mais la méthode des cautérisations sèches et partielles, telle qu'il l'a instituée, exige beaucoup de temps et de patience. On en jugera, ainsi que des résultats, par le fait suivant :

Un jeune homme de vingt-deux ans porte sur le front, au-dessus de l'œil gauche, à 4 ou 6 millimètres du sourcil, un nævus maternus qui existe depuis la naissance, mais qui a suivi dans son développement celui de la peau du front.

Dans la première enfance, la tache était d'un rouge clair, grande comme une pièce de 20 centimes et très légèrement mamelonnée. Plus tard, un dépôt noir se fait dans la partie inférieure, et le reste de la tache prit une teinte plus foncée, surtout sur ses bords. Au bout de quelque temps, cette tache, se développant toujours, offrait le même aspect qu'elle présente aujourd'hui, mais avec des dimensions beaucoup moindres.

Vers l'âge de sept ans environ, à la suite d'une chute sur le front, il se produisit vers la partie médiane du nævus une plaie transversale s'étendant du bord externe au centre. La cicatrice résultant de cette plaie est toujours restée blanche.

Au moment où M. Chassaignac est consulté, la tache offre l'aspect suivant : irrégulièrement ovalaire, ayant sa grosse extrémité tournée du côté de la ligne médiane, elle présente l'étendue d'une pièce de 5 francs environ. La moitié environ de son diamètre transversal est occupée par une ligne blanche qui n'est autre chose que la cicatrice dont nous avons parlé.

Les deux tiers supérieurs de la tache ont une coloration rouge-brun assez claire au centre, un peu plus foncée sur les bords. Le tiers inférieur est occupé par deux mamelons assez saillants, d'une couleur brune très foncée ; ces mamelons sont parcourus à leur surface par une foule de petits sillons peu profonds. La portion de la tache qui entoure la cicatrice et avoisine les mamelons est de niveau avec la peau environnante.

Cette coloration ne disparaît nullement par la pression. Cette tache n'est donc point érectile ; elle est due à une accumulation anormale de matière pigmentaire. En effet, lorsqu'on examine le nævus à la loupe, on lui trouve une structure spongieuse, et la coloration brune paraît dépendre d'un dépôt de pigment dans les mailles de ce tissu, dépôt inégalement réparti sur les divers points de la tumeur.

Durant un espace de sept mois, du 15 novembre au 15 juin suivant, la tache a été attaquée par des cautérisations faites avec la solution de nitrate d'argent à différents degrés, d'abord à 5 grammes, puis à 10 grammes pour 30 grammes d'eau. Ces cautérisations étaient renouvelées tous les deux jours. Mais lorsqu'on suspendait les attouchements afin de juger de l'effet obtenu, on était bientôt convaincu de l'insuffisance de ce moyen et de la nécessité de recourir à des remèdes plus énergiques.

On résolut de recourir à l'emploi de la pâte de Vienne.

Le 22 juin, une première application fut faite sur la moitié interne du tiers moyen, immédiatement au-dessus des mamelons. Le caustique fut laissé pendant quatre minutes, après quoi il fut remplacé par un morceau d'amadou ; celui-ci, maintenu à l'aide d'un bandage pendant quatre ou cinq jours, adhéra ensuite solidement à la partie cautérisée, et l'on put se dispenser d'appliquer un bandeau sans qu'aucun inconvénient en résultât. La douleur se fit ressentir pendant les deux ou trois premières heures qui suivirent l'application du caustique, puis elle disparut pour ne plus revenir.

Il ne se développa point d'inflammation. Les phénomènes d'élimination de l'eschare et de cicatrisation s'opérèrent presque à sec; l'abondance de la transpiration décollant parfois la portion inférieure de l'amadou, il en était résulté un léger suintement de lymphe plastique mélangé de pus.

Dans les premiers jours du mois d'août l'amadou se détacha. La cicatrice était complète. Un très petit bourgeon charnu restait, qui fut excisé. Un morceau de sparadrap servit à recouvrir la plaie, qui au bout de quelques jours était entièrement cicatrisée et d'un rose pâle. La cicatrice, depuis cette époque, a été se fortifiant et se décolorant de plus en plus. Tout à fait à la partie interne, il est resté une petite étendue de la tache que le caustique n'a pas détruite. Cette petite surface demeurée intacte est contiguë aux mamelons.

Le 12 octobre suivant, les deux mamelons furent traités de la même manière.

L'amadou se détacha vers le 15 novembre. Il restait encore un petit bourgeon, qui fut traité comme le précédent.

Enfin au mois de février suivant on attaqua le tiers supérieur de la tache. Le caustique fut laissé cinq minutes en place. La douleur fut plus intense cette fois que d'ordinaire, et s'étendit jusqu'au voisinage de la suture fronto-pariétale droite. Probablement quelque filet nerveux avait été atteint. Le caustique enlevé, l'amadou fut appliquée. Au bout de quelques heures toute douleur avait disparu, mais la sensibilité physiologique de la peau, au-dessus de la portion cautérisée, se rétablit assez lentement. La cicatrisation n'a eu lieu qu'au bout d'un certain temps, à cause de l'étendue de la surface cautérisée, et c'est le 15 avril que la guérison de cette partie a été complète.

Ces trois cautérisations terminées, il restait encore entre le tiers moyen et le tiers inférieur un petit îlot qui n'avait point été attaqué. Il en était de même d'une petite surface déprimée comprise dans la moitié externe du tiers moyen. Le 17 mai, ces deux points furent cautérisés. La pâte de Vienne fut laissée trois minutes en place, puis deux morceaux d'amadou furent appliqués. Lorsqu'ils se détachèrent, le 15 juin, la cicatrice était complète.

Le 11 septembre, il restait encore dans le tiers moyen de la tache un petit mamelon qui fut attaqué à son tour. Même durée de l'application du caustique, même pansement. Guérison complète le 25 octobre, c'est-à-dire environ deux ans après le début du traitement. Il ne restait plus alors qu'une cicatrice unie, lisse, blanche dans les points les plus anciennement cicatrisés, légèrement rosée dans les parties plus récemment traitées. Les mouvements de la peau ont été parfaitement conservés.

Ainsi, en résumé, ce nævus a été attaqué en cinq fois. La pâte de Vienne a été appliquée chaque fois pendant trois, quatre, cinq

---

être un peu méritées à cette époque, sont devenues bien surannées. On rit encore au monologue du malade imaginaire; mais Fourcroy, Vauquelin et Pelletier sont devenus membres de l'Institut. Prenez-y garde! on pourrait bien ne voir là qu'une amorce destinée à prendre les niais, à moins que nous ne voulions vous appliquer un terme plus sévère. Croyez-nous, faites honorablement votre état, et vous n'aurez plus besoin de vous couvrir de ces mots à effet qui ne s'adressent qu'à la foule ignorante et crédule. *Vulgus vult decipi*, dites-vous. Trompez le public, soit! mais vous perdrez en considération ce que vous gagnerez en écus. Quant à la question des tarifs, nous y reviendrons plus tard.

L'exposition de M. Dorvault est des plus remarquables. Parmi les produits chimiques, nous avons à signaler des sels de mercure, de la mannite, du tannin, de la crème de tartre soluble, de l'acide benzoïque parfaitement préparés, et en aiguilles ou en cristaux d'un volume peu ordinaire; une série de composés d'iode, fort beaux à la vérité, mais dont la plupart, à l'exception des combinaisons d'iode et de mercure, sont inusités en médecine, et ne doivent pas nous arrêter ici.

Si le citrate de magnésie pouvait être un médicament fidèle et sur lequel on pût compter, nous attirerions l'attention sur celui que prépare M. Dorvault, et qui est d'une parfaite solubilité; mais nous aimons mieux signaler des produits pharmaceutiques tout à fait beaux, c'est-à-dire des échantillons admirables de résine de jalap, et surtout de scammonée; des emplâtres, des poudres et des extraits auxquels la plus sévère critique n'aurait rien à reprocher. Nous ne parlerons pas de ses tablettes médicamenteuses, auxquelles, à l'aide de moules d'un mécanisme facile, il a su donner une forme élégante; non plus que de quelques produits végétaux exotiques dont les propriétés, encore à l'étude, sont loin d'être constatées. Nous nous contenterons de dire que la grande fabrique qu'il a fondée est dignement représentée par ses produits, disposés d'ailleurs avec beaucoup de goût, ce qui ne nuit jamais dans une vitrine à laquelle neuf coupes formées de cristallisations splendides de bismuth donnent un cachet véritablement artistique.

Que M. Dorvault nous permette seulement une observation. Pourquoi persiste-t-il à se servir de ces mots : *pharmacie centrale des pharmaciens*, qui pourraient faire croire à quelques gens soupçonneux qu'il cherche à faire confondre son établissement avec la *Pharmacie centrale des hôpitaux?* Déjà, autrefois, M. Dorvault a sacrifié cette expression, malencontreusement mise sur son officine de la rue de la Vrillière. Qu'il la change ici encore, et nous lui promettons qu'il ne verra pas diminuer le nombre de ses clients.

Nous comprenons peu l'exposition d'un herboriste qui a étalé une douzaine de bocaux contenant des feuilles et des fleurs de plantes sèches, et six paquets disposés en pyramide. M. Rabasse n'a, que nous sachions, ni inventé ni perfectionné la digitale, la mauve, la belladone, etc. Ce n'est pas lui non plus qui les a cultivées. Que signifie donc l'exhibition d'un triage que ferait aussi bien que lui le dernier garçon de laboratoire?

M. Accault a, sous le nom de *coffret médical*, exposé une pièce de menuiserie qui nous a paru assez proprement exécutée. Cet art n'étant pas de notre compétence, nous passons. Mais nous trouvons dans le même compartiment des *sirops de saccharure de sucs* de diverses plantes. Que prétend par là M. Accault?

Veut-il faire croire que l'on pourra, à l'aide de ses saccharures, doser mieux le produit, et qu'une quantité donnée de saccharure de suc de digitale, par exemple, contiendra toujours une quantité rigoureusement la même de digitaline? Il sait aussi bien, mieux que nous, qu'il n'en est rien: que le suc de la plante sera plus ou moins riche suivant mille circonstances, la nature du terrain, l'époque de la récolte, l'exposition, etc. On ne peut être certain de ce dosage exact, de la composition toujours identique du médicament qu'en employant des produits immédiats, des alcaloïdes. La morphine est toujours la même, et le suc du pavot, même à l'état de saccharure, n'en renferme pas toujours la même quantité.

Le sirop n'en sera pas plus facile à préparer. Le principe actif de la plante ne sera pas mieux conservé. La tête de pavot sèche, les feuilles de belladone, de digitale, à l'abri de l'humidité, se gardent d'une année à l'autre sans altération. N'est-ce donc qu'un nom nouveau que M. Accault aura voulu soumettre au jury international?

On sera peut-être étonné de voir figurer parmi les pharmaciens un boulanger. C'est que M. Pavard est parvenu à faire avec le gluten un pain véritablement beau, et aussi bon que peut l'être du pain de gluten. On sait combien est difficile la manipulation de cette substance, l'une des plus ingrates et des plus rebelles aux opérations de la boulangerie, et cependant toutes les difficultés ont été levées par cet habile fabricant. Semblable, pour l'aspect extérieur, à une grosse éponge, à reflets

et huit minutes, suivant l'épaisseur que présentait la plaque sur le point sur lequel on agissait; chaque partie cautérisée a été couverte d'un morceau d'amadou. Celui-ci, maintenu par une bande pendant quelques heures, a suffisamment adhéré à l'eschare pour qu'on pût se dispenser de cette bande au bout de quelques heures. L'amadou n'a occasionné ni gêne ni douleur, et ne s'est détaché que quand la cicatrisation a été complète.

Nous ferons remarquer, enfin, que des expériences de cautérisation avec le nitrate d'argent, suivies pendant longtemps chez ce sujet, ont prouvé qu'il n'y avait rien à attendre de ce moyen.

Acéphalocyste multiple. Rupture du kyste principal. Mort rapide.

Nous avons rapporté dans le numéro du 11 octobre dernier une observation curieuse et remarquable par sa rareté, de mort rapide causée par la rupture d'un kyste hydatique du foie, empruntée à la pratique de M. le docteur Nicolaï. M. le docteur Roux (de Brignolles) nous communique à cette occasion le fait suivant, qui ne le cède en rien à tout ce qui a été publié jusqu'à ce jour :

« Il y a quelques années, dit notre honorable correspondant, un valet de ferme âgé de vingt-cinq ans, plein de vigueur et bien constitué, portait depuis longtemps au côté droit de l'abdomen une tumeur volumineuse pour laquelle il n'avait jamais pris conseil d'aucun médecin.

» Un jour, pendant les travaux des champs, une douleur des plus vives se déclara subitement après un effort, et comme la ferme était éloignée du lieu où il se trouvait alors, ce jeune homme marcha longtemps, soutenant avec ses mains réunies l'abdomen devenu de plus en plus douloureux. M. le docteur Raynaud, médecin du village voisin, fut appelé de suite; mais, quand il arriva, le malade rendait le dernier soupir.

» La rapidité de cette mort frappa d'étonnement la famille et les maîtres de ce malheureux jeune homme, dont l'autopsie fut réclamée avec instance.

» J'avais été attiré dans la contrée pour une opération chirurgicale, et je fus prié d'assister à l'ouverture du cadavre. Nous trouvâmes des milliers d'hydatides répandues dans le bas-ventre; elles s'étaient échappées subitement d'une vaste poche formée aux dépens du lobe droit du foie et revêtue d'une forte membrane fibreuse qu'on peut appeler l'hydatide mère, déchirée largement à sa partie postérieure. Le liquide dans lequel nageaient ces acéphalocystes s'était aussi répandu dans la cavité du péritoine, et sa couleur jaunâtre n'avait point disparu, malgré l'inflammation suraiguë et promptement mortelle qui avait été la conséquence de cette rupture. Les autres lobes du foie étaient peu développés; la compression exercée par le poids du lobe droit peut expliquer cette disposition organique. »

Cette observation rappelle celles qui avaient été notées par Ruirch (*Thes. anat.*, p. 34) et par Bianchi (*Historica hepatica*). Elle appartient à la classe la plus commune, c'est-à-dire à celle de l'acéphalocyste multiple (*aceph. socialis vel prolifera*), tandis que le fait de M. Nicolaï doit être rangé, malgré ses deux kystes, dans les acéphalocystes solitaires (*aceph. eremita vel sterilis*).

D[r] Brochin.

Observations et remarques SUR LA RÉDUPLICATION DES DEUX BRUITS DU COEUR.

Par M. Austin Flint, professeur de médecine théorique et pratique à l'Université de Louisville (États-Unis).

Obs. I. — George Nash, âgé de vingt-sept ans, Anglais, batelier, fut admis à l'hôpital des Marins, à Louisville, le 16 décembre 1853. Il dit n'avoir jamais eu de rhumatismes, et ne se rappelle pas avoir eu de maladie aiguë accompagnée de douleurs ou autres symptômes se rapportant à la poitrine. Il a remarqué que depuis huit ou dix jours il a la respiration un peu courte; mais, pour se servir de ses expressions : « cela ne vaut pas la peine d'en parler. » Il s'est toujours regardé comme un homme robuste, propre à faire toute espèce d'ouvrage manuel, excepté depuis quelques semaines. Il ressent maintenant une grande gêne dans la respiration quand il prend de l'exercice. Il dort mal la nuit, souffre d'une espèce de plénitude dans la poitrine, de manque d'haleine, et fait de mauvais rêves. Il s'est aperçu de palpitations du cœur depuis qu'il a contracté son rhume. Il est obligé de coucher la tête très élevée, autrement il souffre de dyspnée et est incommodé par sa toux. Il n'éprouve ces symptômes que depuis qu'il a pris froid. L'aspect général n'est pas morbide, mais il existe une légère lividité des parties déclives. Il pesait 185 livres dix jours avant son admission. Son pouls ne peut pas être apprécié au poignet d'une manière suffisante pour en faire l'énumération, mais on peut sentir les carotides, et en comptant dans cette situation les pulsations des carotides en même temps que les bruits du cœur, on trouve que le nombre des contractions ventriculaires est de 160 par minute. Il n'y a pas d'œdème des extrémités inférieures et pas d'ascite. Le moindre mouvement, surtout en se baissant, le rend haletant et injecte la figure.

Signes physiques. — La poitrine est bien développée. A la percussion, dans la région précordiale, transversalement, la sonorité s'étend jusqu'au mamelon, et la matité à quelque distance au delà. Le murmure respiratoire, en avant, est vésiculaire, et semble, à un court examen, être égal des deux côtés, mais en quelque sorte plus développé au sommet du côté gauche. Il n'y a pas d'impulsion de la pointe du cœur. Une faible impulsion se sent juste au-dessous du mamelon, et est à la fois vue et sentie à l'épigastre. Il n'y a pas de soulèvement de la poitrine. Les bruits du cœur se succèdent si rapidement qu'il est difficile de les étudier, mais ils paraissent purs, et le premier bruit est plus court qu'il ne l'est naturellement.

Le 24 décembre, la congestion capillaire est considérable sur les mains, et légère sur le reste des extrémités supérieures et sur tout le corps généralement. Le pouls, au poignet, est trop insensible pour être compté, mais *compté sur le cou* il a 160 pulsations. Le malade transpire abondamment la nuit.

Le 28. En examinant ce malade hier, je trouvai au poignet un pouls tremblant, faible, donnant 80 pulsations par minute. Je le comptai plusieurs fois et j'obtins des résultats semblables. En comptant les bruits du cœur, je les trouvai en apparence de 166 battements (tic-tac) par minute. Je répétai la comparaison du pouls avec les bruits du cœur plusieurs fois, et toujours avec les mêmes résultats. Aujourd'hui j'ai trouvé le même contraste, savoir : pouls, 80 pulsations, et deux bruits du cœur répétés 166 fois par minute.

Le 29, l'énumération du pouls et des bruits du cœur a été répétée avec les mêmes résultats qu'hier. En dirigeant l'attention vers ce point, on reconnait que chaque bruit alternatif de la systole paraît plus fort. De crainte qu'on ne puisse supposer qu'en comptant au poignet j'ai énuméré les pulsations de mon propre doigt, je déclare qu'immédiatement après les énumérations précédentes mon pouls est à 96.

Le 31, le docteur Hardin (de Louisville), professeur à l'école de médecine de Kentucky, se trouvant dans la salle, tâta le pouls du malade et trouva 76 pulsations. Je comptai immédiatement les bruits du cœur, et je trouvai le nombre de battements apparents ou doubles bruits de 152. On remarquera que la proportion entre les deux se maintient, savoir : deux bruits du cœur ayant lieu précisément deux fois pour une seule pulsation au poignet.

Le 1[er] janvier 1854, le pouls au poignet et les bruits du cœur ont été comptés par le docteur John Clark (de Louisville); sans qu'il eût aucun renseignement sur ce cas, il rapporte ce qui suit : pouls au poignet, 79; deux bruits du cœur, 158.

Le 3, au-dessous du muscle pectoral, avec la systole, un *bruit* faible, court, aigu, est appréciable; on l'entend à la pointe du cœur, aussi bien à la pointe gauche qu'à la droite. A la base, aucun bruit n'est perceptible, et les bruits du cœur sont extrêmement faibles dans cette situation. Une certaine impulsion s'étend sur toute la région précordiale, mais il n'y a pas de soulèvement. Aujourd'hui le pouls est très faible, à peine sensible et toujours dans la même proportion qu'avant relativement aux deux bruits du cœur.

Le malade continue à se plaindre de sa toux et d'être hors d'haleine quand les accès sont violents. Cependant il peut, sans être trop incommodé, se livrer à des exercices musculaires assez actifs. Par exemple, ce matin, il est sorti avec d'autres camarades de salle pour pomper de l'eau dans le réservoir au haut du bâtiment; il dit ne s'être trouvé essoufflé qu'après avoir pompé quelque temps, et non tout d'abord. Il continue à présenter un aspect normal. Il n'y a pas d'œdème.

Le 13, pouls très faible, à peine sensible, 80 pulsations par minute; bruits du cœur, 160. Le bruit de la diastole est à peine appréciable à l'auscultation médiate; il n'y a pas de soulèvement, mais un choc ou coup est communiqué à l'oreille. Le premier bruit est d'une qualité sonnante, vibrante (*bruit de moulin*). Un léger mouvement s'aperçoit dans la région précordiale avec chaque systole. A la base du cœur, aucun *bruit* n'accompagne les bruits du cœur. A la base, du côté droit, les bruits sont distinctement définis, leurs caractères relatifs sont conservés; à gauche, ils sont moins définis. A la pointe droite, un *bruit*, qu'on suppose endocardial, accompagne la systole; il est uniformément plus haut de son que le mot anglais *how* prononcé tout bas, et à peu près aussi haut que la lettre *are* en anglais. Le même son s'entend à la pointe gauche, un peu plus fort qu'à la droite; le son est le même. Le bruit de la diastole n'est pas appréciable à la pointe. Le *bruit* cité plus haut n'est appréciable qu'à la pointe, et nullement sur le reste de l'organe.

Il se plaint encore d'avoir pendant la nuit des accès de toux joints à de la dyspnée. La toux n'est pas accompagnée d'expectoration. De temps en temps, il est incommodé de palpitations, surtout le matin. Il est levé, va et vient toute la journée dans la salle, et trouve du reste qu'il va de mieux en mieux.

Le 25, il continue à souffrir beaucoup la nuit de dyspnée et de toux. Depuis plus d'une semaine, on a observé de la boursouflure sous les yeux, et depuis trois jours les extrémités inférieures sont devenues œdémateuses. Le doigt enfonce à la pression aussi haut que les genoux. La nuit dernière, il a été obligé de rester assis à cause de la dyspnée.

Le 31, il est obligé de rester assis une grande partie de la nuit toujours à cause de la dyspnée. Pendant le jour, généralement il n'éprouve point cette difficulté. Il y a œdème modéré des pieds et des jambes. Le pouls est à peine sensible et extrêmement irrégulier.

Le 4 février, la relation suivante fut faite par M. le docteur Dickinson :

Quand commença à se manifester l'œdème, le supertartrate de potasse fut prescrit et continué pendant plusieurs jours, et ensuite le sulfate de magnésie à doses purgatives. La quantité d'urine augmenta, et il éprouva un grand soulagement après avoir été purgé. Il y a évidemment une effusion liquide dans le bas-ventre; le scrotum est œdémateux ainsi que les extrémités inférieures tout entières; mais il n'y a pas d'apparence d'hydrothorax. Il ne peut rester longtemps couché, et un léger exercice lui occasionne de la dyspnée.

Quelques jours après la date précédente, je quittai Louisville.

Le 14 février, la relation suivante fut faite par M. le docteur Dickinson :

Ce malade a eu aujourd'hui, d'après sa requête, la permission de quitter l'hôpital. Il dit se sentir très bien. Il peut maintenant dormir couché sans difficulté. L'exercice actif ne l'incommode plus du tout. Il a pris des doses purgatives de sulfate de magnésie et de sirop d'iodure de fer (30 gouttes deux fois par jour) depuis la date de la dernière relation. Il a été mis à une diète absolue. L'œdème et l'ascite ont disparu. L'aspect du malade est normal, l'appétit est bon; ni toux ni douleur dans la poitrine; pas de palpitations. Le pouls et les deux bruits du cœur sont à 84 par minute. A la percussion, une matité sensible du son s'étend à la gauche du mamelon. On ne voit ni n'entend aucune impulsion de la pointe du cœur, mais une impulsion très faible est appréciable sur une étendue de 2 pouces environ de diamètre. Aucun bruit ne s'entend.

A sa sortie de l'hôpital (14 février), ce malade s'engagea comme matelot sur un bateau à vapeur pour la Nouvelle-Orléans. Il fut absent trois semaines, et assure que pendant ce temps il travailla comme il ne l'avait fait de sa vie, et ne jouit jamais d'une meilleure santé. A son retour à Louisville, il entra à l'hôpital comme garçon de salle. M. le docteur Hardin et moi nous procédâmes à un examen dont voici les résultats :

Pouls à 84 par minute et normal, contractions ventriculaires de la systole telles qu'elles sont déterminées par les bruits du cœur; dans la région précordiale, 84 par minute. Bruits du cœur purs. Pas d'impulsion appréciable de la pointe du cœur. Légère élévation de la région précordiale. Matité à la percussion s'étendant à un pouce à gauche du mamelon. Santé générale bonne.

Cet individu, revu le 26 février 1855, nous a offert l'état suivant :

Son aspect général dénote actuellement une santé robuste, et il déclare qu'il ne s'est jamais trouvé dans de meilleures conditions physiques. Il peut prendre, sans aucune gêne dans la respiration, toute espèce d'exercice actif; il n'est jamais incommodé de palpitations, ne tousse pas, et, en un mot, se considère sous tous les rapports

---

dorés comme le pain le mieux cuit et le plus délicat, le pain de gluten de M. Pavard exclut toute idée de dégoût, et présente aux malheureux diabétiques un aliment *presque* agréable, qui, s'il ne les guérit pas, ne leur est du moins pas nuisible comme les farineux et les amylacées. C'est aux savants travaux de M. Bouchardat sur la glucosurie que la science doit d'être arrivée à ces beaux résultats, et nous sommes heureux de trouver ici l'occasion de rendre au pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu la justice qui lui est due.

Deux compartiments voisins renferment les chocolats ferrugineux de M. Colmet-d'Aage, assez connus pour qu'il nous soit permis de n'en rien dire, et les produits de M. Jutier, dont la vitrine nous avait paru d'abord être plutôt celle d'un confiseur que d'un pharmacien (*sirops assortis pour bals et soirées*). Nous ne nous y arrêterons pas.

Les préparations ferrugineuses de M. Gille ont droit à notre attention. Nous y trouvons un sirop d'iodure de fer, une huile d'iodure de fer, et enfin des dragées contenant le même sel roulé en pilules, et recouvertes d'une enveloppe de sucre. Du sirop d'iodure de fer, nous n'avons rien à dire; il est assez connu, surtout de ceux qui font principalement la médecine de l'enfance, pour qu'il soit superflu d'en faire l'éloge. D'ailleurs, s'il le prépare bien, M. Gille n'en est pas l'inventeur, et nous aimons mieux insister sur des produits imaginés ou modifiés par cet honorable praticien. Frappé de la rapidité avec laquelle se décompose l'iodure de fer au contact de l'air, il a eu l'idée de recouvrir ses pilules d'une couche de sucre, qui leur donne l'apparence d'anis de Verdun. Conservées dans un flacon bouché avec soin, ces dragées, dans lesquelles on ne soupçonnerait pas un médicament, se conservent longtemps, et nous en avons vu qui dataient de plusieurs années sans avoir subi la moindre altération.

A notre avis, il n'a pas été aussi heureux dans son huile à l'iodure de fer, qui, pas plus que l'huile iodée de notre confrère et ami M. Marchal (de Calvi), ne saurait prétendre remplacer l'huile de foie de morue. Nous comprenons que l'on imagine des sirops pour les palais délicats qui répugnent à cette huile, à laquelle cependant on s'accoutume assez facilement. Mais si une fois on admet que le malade puisse se faire à la saveur un peu nauséabonde de l'huile, il faut franchement avoir recours à celle de foie de morue. Nos laboratoires ne valent pas ceux de la nature; et d'ailleurs, savons-nous quel est le principe qui agit lorsque nous faisons usage de ce désagréable, nous l'avouons, mais merveilleux agent thérapeutique? Nous reviendrons plus tard à l'huile de foie de morue.

Passons devant les armoires où s'étalent le Paraguay-Roux, le vin de d'Anduran, la mixture antigoutteuse du docteur Borel de Mens, en dépit desquelles de trop nombreux malades, des récalcitrants, sans doute, persistent encore à souffrir de la goutte, et contentons-nous de leur souhaiter le succès des crayons de l'illustre Mangin, pour arriver à l'exposition d'un véritable et modeste savant, par laquelle nous terminerons notre premier voyage dans les régions pharmaceutiques de l'Annexe.

Nous voulons parler de M. Quevenne, l'intelligent et infatigable pharmacien en chef de la Charité, qui, dans un compartiment étroit et des plus simples, a placé deux bocaux contenant, l'un le fer réduit par l'hydrogène, l'autre la digitaline. Pour le fer réduit, son succès n'est plus à faire; il n'est pas un membre de la nombreuse famille médicale qui ne l'ait maintes fois employé avec les plus grands avantages, et nous renvoyons ceux qui ne le connaîtraient pas encore par expérience, au beau *Traité des ferrugineux*, publié par M. Quevenne dans les *Archives d'hygiène* de M. Bouchardat.

Et quant au second produit, la digitaline, l'alcaloïde de la digitale, comme la quinine est celui du quinquina, sa découverte, dont l'honneur revient en partie à M. le docteur Homolle, l'actif collaborateur de M. Quevenne, nous semble une des plus sérieuses et des plus belles conquêtes faites depuis quelques années par les sciences chimiques appliquées à l'art de guérir.

Les noms d'Homolle et de Quevenne resteront attachés à l'histoire chimique et pharmaceutique de la digitale, comme ceux de Pelletier et Caventou à celle du quinquina.

D[r] A. Foucart.

La distribution des amphithéâtres de l'École pratique pour le semestre d'hiver aura lieu le mercredi 24 octobre, à midi précis, dans une des salles de l'École de médecine.

comme en parfaite santé. Il y a de la matité sur une surface anormale de la région précordiale; aucune impulsion n'est appréciable; pas de bruit de soufflet; les bruits du cœur sont purs, le rhythme en est régulier, et sa relation avec le pouls normale. Enfin on ne trouve aucune trace de maladie du cœur, si ce n'est que l'étendue où existe la matité est en quelque sorte augmentée.

REMARQUES. — Les cas de réduplication des bruits du cœur ne sont assurément pas fréquents et ne paraissent pas jusqu'à présent avoir été étudiés avec beaucoup de succès.

M. Bouillaud prétend être le premier qui ait décrit cette aberration toute particulière. Dans une publication récente (*Leçons cliniques sur les maladies du cœur*, etc., recueillies et rédigées par T.-D.-V. Racle, 1853), il dit que quelquefois, au lieu du tic-tac normal et des bruits accidentels (bruits de soufflet), on rencontre *trois* et même *quatre* sons distincts produits pendant un seul battement, ou révolution du cœur. Il ajoute qu'il n'a été à même d'en citer qu'un seul exemple dans la première édition de son *Traité sur les maladies du cœur* en 1834; mais avant la publication de la seconde édition, en 1841, il en avait recueilli plusieurs exemples: de sorte que la réalité du phénomène ne pouvait plus être niée, comme elle l'avait été par quelques-uns; elle avait été d'ailleurs pleinement confirmée par d'autres observateurs.

La réduplication, ainsi que cela vient d'être établi, peut n'affecter qu'un des bruits du cœur en produisant trois bruits par battement, ou bien elle peut doubler chacun des deux bruits, produisant alors quatre bruits par battement. La systole seule peut être doublée, ou bien la diastole seule. Ce dernier cas se présente beaucoup plus fréquemment que le premier. Alors, au lieu du *tic-tac* normal, les trois bruits peuvent se représenter de la manière suivante: réduplication de la systole, *tic-tic tac*; réduplication de la diastole, *tic tac-tac*. En employant les mêmes signes quand les deux bruits sont répétés, la représentation en est: *tic-tic tac-tac* (1).

En se référant à la seconde édition du Traité de M. Bouillaud, on trouve les relations de douze cas de différentes variétés de réduplication. Sur ces douze cas, on s'est assuré, après la mort, de l'état du cœur dans cinq. Dans six, la diastole était doublée; dans un la systole, et dans un autre les deux bruits. Dans les quatre autres cas, un seul bruit était répété; mais on n'a pas indiqué si c'était celui de la systole ou celui de la diastole. Dans chacun des douze cas, il y avait évidence physique de lésions valvulaires avec contraction, soit à l'orifice bicuspide, soit à l'orifice aortique, ou avec insuffisance et augmentation du volume du cœur. Ces lésions existaient dans les cinq cas où l'on donna le résultat des examens faits après la mort. Dans trois de ces cinq cas, la contraction existait à l'orifice aortique, et dans deux, à l'orifice bicuspide.

Dans plusieurs des cas, on observa aussi une réduplication du pouls.

Le seul exemple dans lequel les deux bruits étaient doublés, est relaté comme suit:

Cas de réduplication des deux bruits du cœur, rapporté par M. le professeur Bouillaud.

Homme de quarante-cinq ans, mort le 10 septembre 1836. Triple, puis quadruple bruit de soufflet coïncidant avec une double pulsation des artères.

Exploration du 16 août. — Irrégularité, intermittence du pouls, lequel est tellement fort et vibrant qu'il fait presque mal à la pulpe des doigts qui le tâtent, à 88; en même temps toutes les artères battent distinctement deux fois coup sur coup, la seconde pulsation étant toutefois plus petite et plus faible que la première. Chacune de ces pulsations est accompagnée d'un bruit dont l'intensité est proportionnelle à celle de la pulsation correspondante. Un intervalle de repos plus long que d'ordinaire succède à la seconde pulsation.

Le cœur bat également deux fois coup sur coup, et chacune de ces deux systoles est accompagnée d'un fort bruit de soufflet. Un repos bien marqué succède à la seconde systole, qui est la plus faible, et survient ensuite une diastole lente, prolongée, également accompagnée d'un souffle fort; de là trois bruits qui se succèdent de manière à imiter assez bien le rhythme du battement de tambour connu sous le nom de *rappel*. L'intervalle qui sépare le second bruit de systole du bruit de la diastole est d'un bon tiers plus long que celui qui sépare les deux systoles. Le bruit de soufflet le plus prolongé est évidemment isochrone à la diastole. Les deux pulsations coup sur coup du cœur et des artères sont sensibles à la vue comme à la main.

Exploration des 21 et 22 août. — La diastole du ventricule gauche paraît être double comme la systole, et l'on entend coup sur coup quatre bruits de soufflet; les deux qui correspondent à la diastole étant plus forts que les deux autres. Ces quatre bruits successifs du cœur sont bien distincts, *bien comptés* et ont été constatés par plusieurs observateurs qui suivent notre clinique et sont exercés à ce genre d'exploration.

Valvules aortiques ratatinées, comme recoquevillées, épaissies, fibro-cartilaginisées, laissant entre elles, quand elles sont abaissées, une sorte de lumière capable de contenir le petit doigt; hypertrophie et dilatation considérable du ventricule gauche; valvule bicuspide épaissie, mais sans rétrécissement de l'orifice correspondant. Point de rétrécissement des orifices droits. (*Traité clinique des maladies du cœur*, 2e éd., t. II, p. 348.)

Cas de réduplication des deux bruits du cœur, relatés par M. le docteur Charcelay.

La nommée B..., âgée de soixante-douze ans, mariée, est admise le 16 mai 1836 à l'hôpital de la Charité. Cette malade est en délire sénile. La face, naturellement rouge, est plus injectée que d'ordinaire; le visage est un peu bouffi, les lèvres épaisses et congestionnées. Pas de fièvre. Délire tranquille des vieillards; un peu d'œdème des bras, pouls petit, irrégulier; dyspnée, respiration fréquente, toux légère; quelques crachats muqueux jaune verdâtre; poitrine assez sonore; cependant la résonnance n'est pas parfaite en arrière et en bas; là existe du râle muqueux très fin; la région précordiale est un peu mate, sans bruit de souffle ni frémissement cataire. Battements du cœur sourds, irréguliers, tumultueux; distension, flexuosité, pulsation très marquée de la veine jugulaire externe droite, avec frémissement cataire. Ce dernier phénomène n'existe pas du tout dans la jugulaire gauche, et les autres y sont moins marqués que sur la droite.

En comparant le pouls de la jugulaire droite avec celui de la carotide gauche, c'est-à-dire à distance égale du cœur, on trouve que le pouls artériel est peut-être à peine antérieur au pouls veineux, qu'il ne précède toutefois que de fort peu de temps.

Si l'on applique sur la région précordiale un stéthoscope à tuyau flexible qui permette, tout en auscultant les bruits du cœur, d'observer la jugulaire, ainsi que la carotide, qu'on presse du doigt, on voit que les pulsations veineuses et artérielles, le choc de la pointe du cœur contre la paroi thoracique antérieure, la systole ventriculaire et le premier bruit ont lieu simultanément; puis on entend le second bruit plus clair que le précédent, et après le repos qui suit la diastole ventriculaire survient de nouveau le premier bruit avec pulsation artérielle et veineuse, etc., etc.

Voilà ce qui se passe quand les mouvements du cœur sont réguliers. Mais ceux-ci deviennent-ils tumultueux, précipités, confus, alors il est impossible de les analyser tout d'abord, et ce n'est qu'avec assez de difficulté qu'on y parvient. En auscultant néanmoins comme précédemment, avec le stéthoscope à tuyau flexible, on peut reconnaître que les pulsations carotidienne et jugulaire ne sont plus constamment synchrones; que ces pulsations et le premier bruit ne sont plus constamment simultanés, que le pouls artériel manque assez fréquemment, de telle sorte que parfois le ventricule droit, puis le gauche opérant isolément leur systole et leur diastole avec leurs bruits concomitants, ceux-ci seraient portés au nombre de quatre bruits simples. Dans ce cas, le redoublement des battements et des bruits ventriculaires est complet, et il a lieu consécutivement à droite et à gauche; mais cela est peu ordinaire, et le plus souvent ce redoublement n'est que partiel, c'est-à-dire qu'il n'existe que pour un seul ventricule, le ventricule pulmonaire, qui ainsi vient interposer ses battements particuliers entre les battements simultanés des deux ventricules. Rarement donc c'est le ventricule gauche qui bat isolément. De cette manière, voici ce qui s'observe le plus communément: un premier bruit, la pulsation jugulaire et la pulsation carotidienne survenant, les phénomènes simultanés sont suivis d'un second bruit, après lequel a lieu un premier bruit avec pulsation jugulaire seulement, puis un second bruit, et de nouveau premier bruit, pulsation jugulaire et carotidienne simultanément, etc. On a aussi quelquefois: 1° premier bruit, pulsation jugulaire et carotidienne, toujours simultanément; 2° deuxième bruit; 3° premier bruit et pulsation jugulaire seulement; 4° deuxième bruit; 5° premier bruit avec pulsation carotidienne; 6° second bruit, suivi du retour d'un premier bruit avec pulsation jugulaire et carotidienne, etc. Ou bien encore, en partant toujours des battements synchrones des deux ventricules, on a parfois: 1° premier bruit, avec pulsation jugulaire et carotidienne; 2° second bruit; 3° premier bruit avec pulsation carotidienne; 4° second bruit, puis contraction simultanée des deux ventricules, se traduisant par un premier bruit accompagné de pulsation jugulaire et carotidienne, etc.

Dans les premiers jours du mois de juin, cette femme est atteinte d'une double pneumonie à laquelle elle succombe le 9.

Les plèvres sont saines; le poumon gauche, dans sa moitié inférieure, est engoué et même hépatisé en rouge, avec ramollissement. Le poumon droit, dans ses trois quarts inférieurs, est hépatisé en noir avec un peu d'induration. Les bronches sont rouges, congestionnées, contiennent aussi de la sérosité rougeâtre et spumeuse. Dans les vaisseaux pulmonaires, veines et artères, on voit une grande quantité de sang non coagulé. Les différentes cavités du cœur sont fortement distendues par des caillots, ainsi que les gros vaisseaux; tout le système veineux est très dilaté; les veines jugulaires externes, fort apparentes, volumineuses, offrent un grand nombre de flexuosités, la droite surtout; à la partie inférieure de celle-ci, il existe une poche variqueuse ayant un pouce et demi sur deux pouces de diamètre. On y sentait distinctement le frémissement cataire. Le feuillet viscéral du cœur présente quelques plaques cartilagineuses en avant et en arrière. Cet organe est un peu hypertrophié, sans dilatation. La valvule tricuspide est insuffisante; son tissu est dense, opaque, dur, fibreux, mais non cartilagineux; évidemment, lorsqu'on tend cette valvule, son orifice reste béant. La valvule mitrale est saine, ainsi que les sygmoïdes pulmonaires et aortiques.

Les membres inférieurs sont infiltrés, énormément distendus et excoriés en plusieurs endroits; leurs veines sont toutes variqueuses.

(1) Les mots *tic-tac* sont employés ici comme répondant au but présent aussi bien que d'autres qui, sous d'autres rapports que la succession rhythmique des bruits, doivent incontestablement être préférés. En renversant l'ordre, savoir, *tac-tic* est une représentation plus fidèle.

CAS REMARQUABLE D'INCONTINENCE D'URINE.

Par M. LAURENCE.

Un vieillard se présente à M. Laurence dans un état d'angoisse extrême, parce qu'il se trouvait depuis six semaines trempé à son réveil dans l'urine qui s'échappait involontairement de sa vessie pendant son sommeil. Cela lui avait causé des douleurs rhumatismales très vives dans tout le côté sur lequel il avait l'habitude de se coucher; généralement il n'éprouvait pas de difficulté dans la mixtion; il en avait eu cependant dans les derniers temps. Son urine était troublée par un sédiment rougeâtre. On ne sentait pas d'épaississement de la prostate par le toucher rectal.

La cause de l'incontinence ne paraissant pas très claire, pensant que cela provenait du défaut de contractilité tonique des fibres musculaires du col de la vessie, M. Laurence prescrivit le mélange suivant:

Teinture de sesquichlorure de fer. . . .	8 grammes
Baume de copahu.	4 —
Strychnine.	5 centigr.
Infusion de casse.	360 grammes.

Il apprit avec surprise, la première fois qu'il vit le vieillard, qu'après avoir pris deux doses de ce médicament dans le même jour, l'incontinence avait disparu complétement.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le docteur Darralde, médecin consultant, vient d'être nommé médecin ordinaire de LL. MM. Notre honorable confrère conserve toujours les fonctions d'inspecteur des Eaux-Bonnes.

— M. le professeur Grisolle a été nommé, par arrêté du 4 octobre, médecin du lycée Napoléon, en remplacement du respectable docteur Levraud, qui vient de mourir après cinquante ans d'exercice.

— Notre honorable confrère M. Gama, ancien chirurgien en chef de l'armée sous l'Empire, ancien professeur au Val-de-Grâce, vient de faire don à la Bibliothèque impériale d'un portrait de Guttenberg, attribué à Mathieu Gruenwald.

— Un douloureux événement vient de frapper dans ses plus chères affections le vénérable professeur de physiologie de la Faculté de Montpellier; M. Lordat a eu le malheur de perdre sa fille unique, enlevée par le choléra dans la maison de campagne qu'elle habitait près de Pézénas. Tous les élèves et admirateurs de l'illustre professeur s'associeront comme nous à cette immense douleur. (*Revue thér. du Midi.*)

— Le nouvel hôpital militaire construit à Cette sur l'emplacement de l'ancien lazaret, a été ouvert le 1er octobre pour recevoir un certain nombre de malades militaires venant de l'armée d'Orient. MM. les docteurs Kijewski et Barthez ont été nommés médecins traitants à cet hôpital, où la médecine militaire est représentée par M. le docteur Millot, médecin major. La direction de cet établissement est confiée aux administrateurs et aux religieuses de l'hospice de Cette. Les baraques qui constituent le nouvel hôpital sont placées au bord de la mer, à l'ouest de la montagne, et sur une falaise très aérée. Elles sont donc établies, eu égard à leur destination, dans les meilleures conditions hygiéniques.

— On lit dans la *Revue thérapeutique du Midi*:

« Les espérances que nous avions manifestées dans notre dernier numéro relativement à la marche du choléra ne se sont réalisées que dans une certaine mesure. Sans doute la maladie ne se propage n avec la même intensité ni avec la même rapidité que l'année dernière, mais elle ne disparaît pas non plus complétement.

» L'état sanitaire de Montpellier continue à être satisfaisant, malgré l'existence de quelques dérangements intestinaux de peu de gravité. Deux ou trois cas de choléra mortels ont été constatés en ville depuis le commencement du mois; mais nous n'avons pas ouï dire qu'il s'en soit présenté dans les hôpitaux aucun de bien caractérisé.

» En revanche, nous avons appris que quelques cas se sont montrés dans la ville de Cette. Voici ce que nous écrit à ce sujet notre honorable confrère M. le docteur F. Roux: « Depuis la fin d'août, nous avons eu des cas dont on n'a pas fait la déclaration officielle comme l'an passé; mais les bulletins mortuaires portent l'indication de décès cholériques. A l'hôpital, il y a eu, à dater de cette époque jusqu'à ce jour, 22 décès de ce genre et 21 en ville. »

» Une épidémie bien autrement grave, mais sur laquelle nous manquons de renseignements authentiques, s'est déclarée à Pézénas dans les commencements du mois d'octobre courant. En peu de jours, nous dit-on, le nombre des décès s'est élevé à 40 ou 50. On ajoute que le mal s'est montré en même temps dans quelques-uns des villages voisins. »

— L'état sanitaire de la ville de Toulouse tend à s'améliorer d'une manière sensible. Les affections intestinales que nous avons signalées dans les derniers jours du mois d'août ont à peu près complétement disparu; elles ont fait place à un certain nombre d'affections typhoïques graves qui ont sévi dans plusieurs quartiers, principalement dans ceux habités par les classes pauvres.

Depuis un mois, quelques cas de choléra se sont manifestés en ville, la plupart suivis de décès. A l'Hôtel-Dieu, on a compté cinq cas, dont trois venus du dehors; à la Grave, deux cas seulement. L'hôpital militaire n'a encore reçu aucun cholérique. En ville, on a pu compter environ trente décès cholériques dans le courant de septembre. Somme toute, la mortalité de ce mois n'a pas dépassé le nombre normal, et rien ne semble jusqu'à présent justifier les craintes d'une épidémie semblable à celle qui nous visita l'an dernier à pareille époque. Les nouvelles que nous recevons du département s'accordent généralement avec l'espérance que nous formulons ici. (*Gaz. méd. de Toulouse.*)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM.:

Lannes, né le 15 octobre 1829 à Nailloux (Haute-Garonne); *Etiologie de l'hypertrophie du cœur.*

Baudouin, né le 22 avril 1831 à Metz (Moselle); *Des kystes synoviaux tendineux de la région poplitée.*

D'Hotel, né le 22 juillet 1830 à Vandresse (Ardennes); *Du cancroïde.*

Coutaret, né le 3 février 1832 à Roanne (Loire); *Des ligatures caustiques, ou d'un nouveau moyen d'employer en chirurgie la pâte de chlorure de zinc.*

Dauvé, né le 30 novembre 1831 à Esnouveaux (Haute-Marne); *Des plaies par morsures simples.*

Bouquerot, né le 14 mars 1828 à Aire (Pas-de-Calais); *Des lésions traumatiques du rachis et de la moelle épinière.*

Poupelard, né le 13 juin 1830 à Montmorillon (Vienne); *De l'emphysème traumatique.*

Gripon-Dutertre, né le 3 janvier 1829 à Loroux (Ille-et-Vilaine); *Soins à donner à la femme après l'accouchement naturel. Soins à donner à l'enfant dans les premiers temps de sa vie.*

LE SOUZA.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 124. — MARDI 23 OCTOBR (28e ANNÉE.) N° 124. — MARDI 23 OCTOBRE 1855.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 22 OCTOBRE 1855.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'Académie n'a reçu dans cette séance qu'une seule communication qui mérite d'être mentionnée ; c'est la description d'un nouveau procédé de rhinoplastie conçu dans le but de corriger certaines imperfections inhérentes aux opérations telles qu'on les pratique habituellement. On sait, en effet, que dans la plupart des opérations de ce genre, quelque régulièrement qu'elles aient été faites d'ailleurs, les narines, presque toujours mal formées et manquant de soutien naturel, finissent, à la longue, par se coarcter et présenter une forme disgracieuse. C'est pour obvier à cet inconvénient, et dans le but de conserver la régularité du contour des narines, que M. le professeur Bouisson (de Montpellier) a imaginé le procédé en question. Ce procédé consiste, d'une manière générale, à conserver avec soin toutes les portions du squelette fibro-cartilagineux du nez que la maladie a laissées intactes, et dont la résistance est propre à favoriser la restauration des formes naturelles de cet organe, au lieu de les sacrifier comme on le fait trop souvent. Ainsi, non-seulement M. Bouisson respecte autant que possible la cloison, mais il s'attache encore à faire un support latéral aux lambeaux avec les portions saines des fibro-cartilages des ailes du nez, et à assurer la régularité du contour de la narine, en donnant au bord inférieur du lambeau un support cartilagineux. L'auteur propose comme règles à suivre les divers temps du procédé qui lui a déjà donné, dans plusieurs circonstances, des résultats satisfaisants. Nous regrettons de n'avoir pu être à même d'en juger par la lecture des observations détaillées et par la vue des dessins qui sont annexés au mémoire. — Dr Brochin.

MORT APPARENTE D'UN NOUVEAU-NÉ PENDANT VINGT-TROIS HEURES.

Moyen de la reconnaître.

DE LA VIE DES NOUVEAU-NÉS SANS RESPIRATION.

On s'est si souvent amusé aux dépens de la crédulité publique, en faisant croire qu'il y avait des morts apparentes telles qu'un médecin instruit pouvait s'y méprendre, qu'il ne sera peut-être pas inutile de rappeler ici les vrais principes scientifiques sur lesquels repose l'appréciation des signes de la vie et de la mort. Voici une observation dans laquelle un enfant nouveau-né, abandonné comme mort et laissé nu à l'air extérieur dans un cercueil ouvert, est resté vingt-trois heures sans respiration quoique vivant, et a été reconnu comme tel par le docteur Maschka, qui fit ce qu'il était nécessaire pour le sauver, si la chose eût été possible.

Cette observation, publiée par le *Vierteljahrschrift fur die Praktische Heilkunde*, montre toute l'importance que l'auscultation peut avoir pour faire distinguer un être vivant d'un cadavre, et soulève un point de médecine légale d'une haute gravité.

OBS. — Un enfant né dans un état de mort apparente, avait subi sans succès toutes sortes de moyens propres à le rappeler à la vie. On le regarda d'autant mieux comme réellement mort qu'il était devenu de plus en plus froid et bleuâtre. Vers le soir, le corps fut mis dans un cercueil ouvert, près d'une fenêtre également ouverte. Il est à remarquer qu'en plaçant l'enfant dans le cercueil il fut atteint par un clou, qui lui fit à la poitrine une plaie de 2 pouces de longueur sans qu'il s'en écoulât une seule goutte de sang.

Le lendemain à onze heures (vingt-trois heures après l'accouchement), M. Maschka vint par hasard dans la maison, et on le pria d'examiner le cadavre. Il était tout froid, bleuâtre ; les yeux et la bouche étaient fermés, les articulations mobiles ; aucune roideur cadavérique. Un peu surpris de cette dernière circonstance, ce médecin, doutant de la mort de l'enfant, appliqua son stéthoscope sur la région du cœur. « Quel ne fut pas mon étonnement, dit-il, lorsque j'entendis » les bruits du cœur, faibles, à la vérité, et à de longs intervalles, mais » d'une manière très distincte ! » On ne percevait au toucher aucun choc, et l'on ne voyait aucun mouvement dans l'espace intercostal. On renouvela les tentatives pour ranimer l'enfant, mais sans succès. Les bruits du cœur devinrent plus faibles et plus rares, et finirent par cesser tout à fait.

L'examen des poumons montra que ceux-ci n'avaient pas respiré.

Deux faits importants méritent d'être signalés dans cette observation : le premier, c'est l'état de mort apparente d'un enfant nouveau-né, constaté comme toujours par des personnes étrangères à la médecine, qui avaient tout préparé pour l'inhumation, et reconnu par un docteur venu à propos pour empêcher ce meurtre involontaire ; le second, c'est le fait de la vie extra-utérine persistant vingt-trois heures sans respiration. Ce fait a une importance extrême au point de vue médico-légal, comme on le verra plus loin.

Et d'abord, on avait réputé mort cet enfant parce que au bout d'une heure de soins empressés son corps, bleuâtre, s'était refroidi, et qu'on n'avait pu réussir à établir la respiration ni obtenir aucun signe de vie. On comprend que des personnes étrangères à la médecine aient pu se contenter de ces caractères, et croire d'après eux à la réalité de la mort ; mais si un médecin eût visité l'enfant, il aurait aussitôt reconnu ce qu'il était possible d'apprécier au bout de vingt-trois heures d'exposition auprès d'une fenêtre ouverte ; il aurait, comme M. Maschka, entendu dans la poitrine les bruits du cœur, faibles, éloignés, ralentis, et sans abandonner l'enfant aux ensevelisseuses, il aurait continué les tentatives qui l'eussent rappelé à la vie. Si au bout de vingt-trois heures d'abandon au froid, sans respiration, on a pu entendre les battements du cœur, c'est qu'ils n'avaient pas cessé, et c'est faute de connaissances que l'enfant a été délaissé comme mort. En pareille circonstance, qu'on recherche les signes de mort que j'ai fait connaître, qu'on ausculte avec soin, à plusieurs reprises et longtemps, cinq minutes sur chacun des points de la poitrine où les bruits du cœur peuvent être entendus, comme il est indiqué dans mon livre et dans le rapport de M. Rayer à l'Institut, et ces erreurs malheureuses ne se reproduiront plus.

Le second point très curieux à mentionner dans cette observation, c'est le fait d'un enfant vivant ayant ses battements du cœur vingt-trois heures après la naissance et n'ayant pas respiré, ainsi qu'il résulte de la nécropsie et de l'examen des poumons. Voilà déjà plusieurs faits de ce genre qui passent sous mes yeux. MM. Orfila et Devergie en ont fait connaître, et le même docteur Maschka en a publié un autre relatif à un enfant né en secret d'une servante, enterré comme mort peu après sa naissance sans qu'il eût respiré, déterré au bout de cinq heures, soumis à des frictions et suffisamment ranimé deux heures après pour qu'il pût prendre le sein durant trois jours.

S'il est vrai (et je fais mes réserves à cet égard) que des enfants nouveau-nés puissent rester quelques heures et même vingt-trois heures, comme dans le fait signalé plus haut, sans respiration aucune et avec des battements du cœur évidents, doit-on pouvoir dire avec les médecins légistes que l'enfant est mort, qu'il ne vit pas légalement et partant qu'il est incapable de succéder ? C'est là une question très grave dont la solution intéresse la dignité de la justice et l'intérêt des familles. C'est la question de savoir si, dans l'état actuel de la science, il y a *une vie légale* qui puisse être considérée comme distincte de la *vie physiologique*. Ainsi, de cet enfant à terme, qui est depuis une heure au monde sans respiration, avec ses battements du cœur qui sont la preuve de la *vie physiologique*, je vais faire par l'insufflation pulmonaire un héritier de ses parents si je le fais respirer pour lui donner une *vie légale* ; ou ce ne sera qu'un avorton inutile si je l'abandonne à lui-même jusqu'à la cessation des battements de son cœur. Cet enfant, qui ne respire pas et dont le cœur bat, vit bien réellement pour le médecin, tandis qu'il ne vit pas pour la loi, et, s'il ne respire pas, on sait qu'il ne succédera pas. Faites-le respirer, ne fût-ce qu'une minute, et pour les médecins légistes il aura vécu.

L'enfant dont j'ai rapporté l'observation a eu *vingt-trois heures* des battements du cœur, mais il n'a pas respiré, dit l'autopsie ; il n'a pas vécu. Pour moi, c'est là une erreur grave. Il est vrai que la loi a été faite à une époque où l'on ignorait l'auscultation, et que, à son défaut, le meilleur moyen de reconnaître la vie de l'enfant est sans contredit l'établissement de la respiration. Alors la *vie légale* et la *vie physiologique* étaient une seule et même chose ; le législateur avait consulté la médecine, qui lui avait dit : C'est ainsi qu'il faut déterminer la viabilité. Depuis cette époque, l'immortelle découverte de Laennec, en permettant l'auscultation du cœur, a changé la manière de résoudre le problème, et tandis que la vie légale est restée la même, la vie physiologique a changé de conditions d'appréciation. Plus sûrement appréciable aujourd'hui par l'auscultation du cœur, elle se retrouve, à l'aide de ce moyen, chez des sujets qu'une loi vieillie déclare non viables et incapables de succéder. En effet, pour un enfant nouveau-né sans respiration, dont les battements du cœur annoncent la vie, la loi dit : Cet enfant n'a pas la vie légale, et s'il ne donne pas autre signe de vie, il ne peut succéder ; la médecine, au contraire, dit : Il est vivant, mais malade, et la preuve, c'est qu'avec des soins je vais le guérir et le faire succéder.

Il est fâcheux qu'il y ait ainsi une différence entre ce qu'on appelle la *vie légale* et la *vie physiologique*.

La mort apparente, qui succède à la naissance et qui est caractérisée par l'absence de respiration et la présence de battements du cœur, n'est qu'une *maladie du nouveau-né* ; qu'il en guérisse ou qu'il en meure, bien qu'il ne respire pas, il est vivant, et la loi, en lui ôtant le droit de succéder, le punit d'être malade. La loi peut-elle consacrer un semblable principe ? — E. Bouchut.

DES PHÉNOMÈNES DE CONTRACTION MUSCULAIRE

observés chez des individus qui ont succombé à la suite du choléra ou de la fièvre jaune.

Tel est le titre d'une thèse que M. G. Henry Brandt a soutenue dans les derniers jours du mois d'août devant la Faculté de médecine de Paris. Elle a pour objet d'appeler l'attention sur des phénomènes très peu connus encore, bien qu'ils aient été signalés déjà depuis longtemps, et qui offrent un double intérêt au point de vue de la physiologie et de la médecine légale.

Jusqu'en 1849, aucun des auteurs qui ont parlé de ces mouvements n'avait essayé d'en donner une explication. M. Brown-Séquard, le premier, a fait connaître quelques-unes des circonstances principales au milieu desquelles ils se manifestent, et a cherché à les expliquer. M. H. Brandt s'est proposé à son tour de chercher si les faits observés par lui et par d'autres concordent avec les résultats des observations de ce physiologiste.

Suivant M. Brown-Séquard, les mouvements qui surviennent souvent après la mort chez les cholériques se montrent principalement chez les individus qui sont morts après un très courte maladie, en moins d'un jour, par exemple, ou chez ceux qui ont le système musculaire extrêmement développé, et chez lesquels les crampes n'ont été ni assez fortes ni assez nombreuses pour épuiser l'irritabilité musculaire.

Trois circonstances principales, qui peuvent quelquefois se trouver réunies, seraient favorables à la production des mouvements chez les cadavres des cholériques :

1° Force musculaire très développée ;

2° Courte durée de la maladie ;

3° Pas de crampes, crampes légères ou de peu de durée.

De ces trois circonstances, celle que M. Brown-Séquard considère comme la plus importante, est la brièveté de la maladie. Cet observateur, ainsi que l'auteur de la thèse, ont constaté dans un grand nombre de cas que les muscles qui n'ont pas eu de crampes pendant la vie sont, en général, les seuls qui ont des contractions après la mort. Cela résulte d'un tableau que M. Brandt a dressé dans le but d'étudier les relations qui existent entre la vigueur des sujets, la durée de la maladie, l'existence des crampes et des mouvements après la mort.

En examinant les circonstances favorables à la production de ces phénomènes après la mort, M. Brown-Séquard a été conduit à admettre qu'il est nécessaire, pour qu'ils se manifestent, que les muscles possèdent une somme assez considérable d'irritabilité. Voici l'explication qu'il propose.

Il croit qu'un agent excitateur existe dans le sang et dans les muscles, et que cet agent trouvant des muscles très excitables, y provoque les contractions en question.

Quel est cet agent excitateur ? Ce serait, d'après cette théorie, l'acide carbonique accumulé dans le sang et les muscles.

Il fallait démontrer d'abord l'action excitatrice de l'acide carbonique sur l'irritabilité des muscles et sur les nerfs de la moelle épinière, et établir, en second lieu, que cette action est analogue à celle que produit le sang veineux chargé de cet acide. C'est à cette double démonstration qu'est consacrée la partie la plus importante de la thèse de M. Brandt.

Plusieurs faits d'observation venaient déjà à l'appui de la première proposition ; des expériences directes lui ont donné le cachet de démonstration qui lui manquait encore.

On connaissait l'action excitatrice de l'acide carbonique sur les nerfs du goût, sur la muqueuse nasale, etc. Les effets généraux de

l'acide carbonique ont été étudiés et exposés depuis plus complétement par M. le docteur Herpin (de Metz), et par M. Boussingault. M. Brown-Séquard a ajouté à ces faits l'expérience suivante : il adapte à la trachée d'un animal qui vient de mourir, et dont les poumons sont revenus sur eux-mêmes, après que le thorax a été ouvert, un robinet qui, par son autre extrémité, s'abouche au corps de pompe d'une seringue. En retirant le piston, on fait passer dans le corps de pompe l'air contenu dans les poumons. La quantité de gaz extraite étant connue, il injecte lentement, par la trachée, une quantité d'acide carbonique semblable à la quantité d'air extraite ; si alors on approche la flamme d'une bougie de l'ouverture du robinet, on voit la flamme se dévier par ce jet de gaz sortant des poumons. Voici ce qui se passe :

Cette expulsion de gaz a lieu parce que les bronches se contractent par l'excitation que l'acide carbonique y produit. On s'assure qu'il en est ainsi en faisant une contre-expérience avec deux gaz, l'hydrogène ou l'azote, qui ne provoquent pas cette contraction des bronches, et ne font point par conséquent dévier la flamme.

Ce premier point établi, restait à démontrer que le sang noir produit une action analogue et que cette action dépend effectivement de l'acide carbonique que ce sang renferme en excès. L'observation montre, en effet, dans un grand nombre de circonstances, que, toutes les fois que la quantité d'acide carbonique vient à s'accroître dans le sang, le système nerveux et les muscles sont excités. Tel est le cas de l'asphyxie, où l'on voit des convulsions générales éclater, convulsions que l'on a attribuées au besoin de respirer, et que M. Brown-Séquard a montré par une expérience dépendre d'une excitation directe de la moelle épinière. Tel est encore le cas des mouvements qui se passent dans l'intestin au moment où l'on ouvre l'abdomen après la mort, mouvements que l'on a attribués à l'action excitatrice de l'air froid, et que M. Brown-Séquard a montré par une autre expérience se produire sous l'influence de l'excitation d'un sang chargé d'acide carbonique, etc.

Etant démontré par ce qui précède que l'acide carbonique est un agent excitateur du système nerveux et des muscles, il s'ensuit que, si l'on trouve des excitations très puissantes dans tous les cas où il y a asphyxie, on est conduit à les attribuer à l'augmentation qui existe alors dans la quantité d'acide carbonique existant dans le sang. C'est sur cette double série de faits, à savoir : 1° que l'irritabilité musculaire existe à un haut degré après la mort chez les cholériques dans les circonstances où l'on trouve des mouvements ; 2° qu'il y a dans ces cas une accumulation considérable d'acide carbonique dans le sang accusée par sa couleur noire, que MM. Brown-Séquard et A. Brandt ont fondé l'explication des mouvements des cholériques après la mort. Cette explication paraît d'autant plus plausible qu'il est impossible de s'en rendre raison par aucune autre hypothèse, ces mouvements n'étant évidemment ni volontaires, puisque la vie est éteinte ; ni reflexes, ni convulsifs dans l'acception ordinaire du mot, la moelle perdant de bonne heure son action reflexe ; ni le résultat de la contraction ultime cadavérique, avec laquelle ils ne peuvent être confondus.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. CAZENAVE.

Leçons cliniques sur les maladies de la peau (1).

Le favus est une inflammation spéciale du conduit pilifère ; c'est une maladie essentiellement contagieuse et amenant l'alopécie. Elle est principalement caractérisée par des croûtes d'un jaune clair, très sèches, très adhérentes, circulaires, déprimées en godet, isolées ou agglomérées en larges incrustations, à bords saillants et relevés, dont la surface présente plusieurs dépressions caractéristiques.

Nous ne parlerons pas de la confusion qui a régné dans son histoire ; nous ne nous occuperons que de celle qui a régné sur sa nature.

Les plus anciens médecins l'attribuaient à une humeur âcre qui déterminait la formation de pustules. Willan et Bateman placèrent son point de départ dans les follicules sébacés. Après ces dermatologues, MM. Mahon et Baudelocque précisèrent mieux la forme de ce que l'on regardait, à tort selon eux, comme des pustules. Il y avait progrès ; car on assignait pour cause à cette maladie une lésion de sécrétion sans formation de pustules.

Enfin, un élève de Biett, guidé par les travaux antérieurs et par les savantes leçons de son maître, arriva à une conclusion qui nous paraît être la seule vraie, en regardant le favus comme une maladie de l'extrémité du conduit pilifère. En effet, ce conduit est entouré de cryptes qui sécrètent une humeur, et c'est la sécrétion vicieuse de cette humeur qui donne lieu à la maladie.

M. Leteneur admettait les pustules ; mais une nouvelle opinion se fit jour ; les pustules furent rejetées avec raison ; et vers 1840, l'école allemande crut reconnaître comme production du favus un végétal.

Ces travaux ont été repris en France par MM. Lebert et Robin, qui, dans une bonne monographie des cryptogames, ont exposé leur manière de voir. D'après eux, le favus tient à un champignon ; ils ont vu tout ce qui constitue ce végétal. Cette opinion a grandi depuis, et elle est généralement acceptée ; car il est plus facile d'adopter une opinion toute faite que de s'en faire une soi-même. Cependant, tout le monde ne s'est pas rangé à cette manière de voir, et je suis du nombre.

(1) Fin. — Voir les numéros des 24 mai, 5 juin ; 5, 17 juillet ; 9 août ; 11, 27 septembre et 9 octobre.

Pour nous, le favus n'a pas pour cause un végétal ; l'opinion contraire tient à une illusion du microscope. Les micrographes ont dit que rien ne ressemble aussi peu à une pustule qu'un godet faveux ; cela est vrai ; mais ce godet est parfaitement liquide à son début. Ils avancent que ce champignon peut se développer sur toutes les parties du corps ; donc ce ne serait pas là une maladie du conduit pilifère. Cela n'est pas tout à fait juste ; le favus ne se développe que là où il y a des poils, et non ailleurs. Quand, à la suite de cette maladie, est survenue une alopécie incurable, on ne pourra jamais faire développer un favus sur cette tête privée de cheveux. Et puis, dans le favus, on a trouvé un feuillet d'enveloppe. Pour énucléer le godet faveux il faut le déchirer. Qu'est-ce que cette enveloppe ? Pour l'expliquer, on a prétendu que le champignon pénétrait dans le cheveu lui-même ; mais tout cela ne prouve pas l'existence d'un végétal.

Ces champignons me paraissent éclos sous le champ du microscope. Je les ai cherchés, non pas avec un parti pris de ne pas les trouver, mais avec une grande inhabileté, je l'avoue, je ne les ai pas rencontrés. Un membre de l'Institut, avec lequel je faisais des recherches, chargé de faire un rapport sur cette question (rapport qui du reste n'a jamais été fait), n'a pas été plus heureux que moi. On avait annoncé une foule d'expériences sur la reproduction du favus, l'Institut devait les constater ; ces expériences n'ont pas été faites.

J'ai beaucoup de confiance, assurément, dans MM. Lebert et Robin, mais je suis convaincu qu'ils se trompent sur la valeur du champignon qu'ils assignent comme cause au favus. Ne peut-il pas se faire qu'il se développe dans le godet faveux un végétal, comme on a rencontré dans le produit de l'acné sébacé, un petit ver, qui avait fait croire que cette affection était causée par ce parasite. Ce serait là la seule manière d'expliquer l'opinion d'hommes compétents en micrographie. De plus, les micrographes qui se sont occupés du favus et qui assignent pour cause à cette maladie un végétal ne sont pas d'accord sur l'espèce de cryptogame qui la produit ; les uns ont trouvé une espèce, les autres une autre. Donc, si on trouve un champignon, il n'est là qu'accidentellement.

Les considérations pathologiques, physiologiques et cliniques militent en faveur de la non-existence de ce végétal, et le favus est bien une maladie de l'extrémité du conduit pilifère.

Voici ce qui se passe, selon nous, dans le favus : Le conduit pilifère présente à son extrémité de petites cryptes sécrétant une humeur qui lubréfie le poil ; là peut arriver un état morbide assez semblable à celui que présente le lupus érythémateux. Nous avons vu que, la sécrétion sébacée s'exagérant, il se formait un petit corps dur qui pénétrait dans la peau. Dans le favus l'extrémité du conduit pilifère est malade, une gouttelette de liquide se forme ; au bout de quelques jours ce liquide se concrète ; le bouton, toujours traversé par un poil, augmente de volume. La sécrétion s'exagérant sans cesse, il se forme, après une semaine, par un triple mécanisme (ampliation du conduit pilifère, augmentation de la sécrétion, présence d'un poil), un godet déprimé au centre. L'extrémité du conduit pilifère a augmenté de volume et tend à soulever l'épiderme ; aussi, pour vider ce godet, faut-il le déchirer.

Si on considère cette maladie au point de vue physiologique et anatomique, on voit toute une série d'actes vitaux. Il y a un travail d'inflammation du cuir chevelu ; d'où production de pityriasis, de pustules d'ecthyma. Si l'on joint à cela certains phénomènes d'observation non douteux, on voit que cette maladie peut naître spontanément ; ce qui semblait venir à l'appui de l'opinion d'Alibert, qui niait la contagion. Il y a dans le favus comme dans d'autres maladies des phénomènes de révulsion, car il disparaît sous l'influence d'une affection interne.

Il y a là, avons-nous dit, une inflammation, puis formation d'un godet qui se vide sous la pression du doigt, mais qui se remplit de nouveau au bout d'un certain temps ; le cheveu tombe ; l'extrémité du conduit pilifère se cicatrise, et il en résulte une alopécie incurable. Pourtant le bulbe pileux n'est pas malade ; on voit sous la cicatrice du conduit pilifère le cheveu se former, mais il ne peut sortir, il se replie sur lui-même, et comme dans toutes les sécrétions qui cessent quand elles ne servent plus, le poil cesse aussi de se développer.

Le favus présente à son début une petite éruption formant une légère élévation au-dessus du niveau de la peau et au sommet d'un poil. Celle-ci contient d'abord dans son intérieur un liquide qui se transforme en une petite croûte jaunâtre, déprimée en godet. Cette croûte, toujours traversée par un poil, s'accroît peu à peu, et acquiert un volume variable, suivant qu'elle reste isolée ou qu'elle se confond par ses bords avec les croûtes voisines. Les croûtes faveuses restent longtemps adhérentes à la peau, puis elles se dessèchent et se résolvent en une poussière d'un blanc jaunâtre. Ces croûtes, en tombant, entraînent la chute des cheveux, et souvent le résultat de la maladie est une alopécie incurable.

Le favus peut se présenter sous deux états : dans l'un, il y a production de godets faveux disséminés sur toute la surface du cuir chevelu ; dans l'autre, la maladie se produit en deux temps. Au début, c'est une inflammation squameuse comme dans le pityriasis ; les écailles tombent au bout d'un certain temps, et l'on voit alors de petits points jaunes. De ces deux formes la première est plus grave que la seconde, où l'on dirait que l'état pityriasique domine l'état faveux.

Cette affection du conduit pilifère peut se développer à tous les âges ; mais elle est surtout fréquente chez les enfants. Elle est contagieuse. Nous en avons déjà parlé ; aussi ne nous y arrêterons-nous pas. Est-elle héréditaire ? Alibert le croyait et y attachait beaucoup d'importance, car il niait la contagion et n'admettait que l'hérédité. Il peut exister une prédisposition, voilà tout. Dans le plus grand nombre des cas cette maladie se propage par contagion ; son siége de prédilection est le cuir chevelu, mais elle peut se montrer partout où il y a des poils. Je l'ai vu se développer spontanément au scrotum.

Le favus est une maladie difficile à guérir et grave parce qu'elle amène l'alopécie. Abandonnée à elle-même, elle a sur le sujet qui en est atteint une influence physique et morale. Les enfants affligés de favus sont dédaignés ; ils sont relégués comme des parias ; leurs facultés se pervertissent et les mauvais instincts se développent. Physiquement le corps croît mal ; enfin une alopécie incurable en est la suite.

Le diagnostic du favus est facile. Son siége principal sur le cuir chevelu, la forme et l'aspect des croûtes, l'alopécie consécutive le différencient suffisamment des autres maladies.

On ne peut le confondre avec l'herpès tonsurans, qui ne présente ni boutons liquides, ni croûtes, ni desquammation farineuse, et puis les cheveux dans l'herpès tonsurans ne tombent pas, mais ils sont comme rasés. Dans l'impétigo, la couleur n'est pas la même, la forme est également différente. Dans le favus, on peut toujours trouver une forme arrondie ; et puis, si le doute existait, on n'aurait qu'à couper les cheveux ; si l'on avait affaire à l'impétigo, cela suffirait pour que le malade fût à peu près guéri ; dans le favus, il n'en serait pas de même.

Le favus a été l'objet d'une foule de traitements. Mais ce qu'il y a de remarquable, c'est que l'empirisme a toujours été d'accord avec la théorie. La théorie consiste à supprimer le poil le plus longtemps possible. En le supprimant, la maladie n'a plus lieu d'être. C'est là notre manière de voir à nous qui ne croyons pas à l'existence d'un végétal, et ceux qui y ont vu un champignon pensent de même. Quand on se servait de la calotte, moyen barbare, mais expéditif, ce n'était qu'un moyen d'épilation. En effet, on appliquait sur la tête, dont les cheveux avaient été coupés, un emplâtre de poix de Bourgogne, qu'on laissait pendant plusieurs jours et qu'on arrachait ensuite en enlevant avec lui tout le cuir chevelu. Aujourd'hui, quand M. Bazin emploie l'épilation avec des pinces, il ne se sert que de la méthode précédente, mais en supprimant la douleur ; il en est de même du traitement des frères Mahon, qui se servent d'une poudre épilatoire.

Ainsi, pour guérir, il faut supprimer le poil pendant un certain temps ; on devra donc faire couper les cheveux, nettoyer la tête des croûtes qui la recouvrent et épiler. La calotte, venons-nous de dire, est bien un bon moyen pour cela, mais il est beaucoup trop douloureux ; il en est un qu'on n'emploie peut-être pas assez souvent, c'est un emplâtre agglutinatif qui contient de l'ammoniaque. Les cheveux, sous l'influence de ce toxique, tombent. Les frères Mahon emploient une poudre ou une pommade dans le même but. Enfin, tout récemment, on s'est servi de l'épilation directe, moyen que nous avons proposé depuis longtemps.

Mais il ne suffit pas qu'on épile ; un temps utile du traitement a été ainsi produit, mais la guérison n'a pas été obtenue. On a ôté le poil sans détruire la cause de la maladie. Pour arriver à guérir, on a vanté une foule de préparations : lotions mercurielles, de sublimé, arsénicales. Quant à nous, une fois l'épilation rendue facile par des bandelettes agglutinatives d'ammoniaque, nous prescrivons une pommade de sulfure de chaux. Nous avons ainsi obtenu facilement la guérison du favus en cercle, plus difficilement celle du favus disséminé.

SUR L'HYPERTROPHIE DE LA CORNÉE TRANSPARENTE (STAPHYLOME PELLUCIDE.)

A propos d'un intéressant travail sur les staphylomes transparents de la cornée, inséré dans la *Gazette des Hôpitaux* du 4 de ce mois (1), vous me dites que vous vous perdez dans les ténèbres de cette synonymie indigeste de staphylome *conique*, *pellucide*, de *conicité transparente*, de *propulsion conique* de la cornée, où rien n'est exactement défini, et vous me demandez, fort à votre aise, de jeter un peu de jour sur cette macédoine. Peut-être auriez-vous mieux fait de vous adresser à quelqu'une de nos *spécialités* ; votre indulgente amitié pour moi, en laissant tomber, dans cette circonstance, votre choix sur un humble praticien de province, vous expose à ne recueillir que quelques bribes de vingt-sept années de pratique. *Ars longa !*

Vous avez raison : tous, ophthalmologistes, oculistes, chirurgiens, sont fort peu d'accord sur le véritable état de la cornée transparente dans la singulière maladie qui nous occupe ; nulle part il n'y a plus flagrante opposition, soit dans l'observation, soit dans l'explication du fait. Aussi grande est votre perplexité, à vous consciencieux praticien !

Pour plus de facilité, séparons tout de suite, si vous le voulez bien, ces dissidences en deux camps : dans ce camp-ci, les défenseurs de l'épaississement ; dans ce camp-là, les partisans de l'extension, de l'amincissement, de la propulsion de la cornée. Bientôt nous saurons sous quel drapeau il convient de nous ranger, à moins qu'il ne nous arrive de les réunir.

Ceux-ci, chirurgiens avant tout, ne voient guère dans le staphylome pellucide qu'un défaut de résistance, qu'un relâchement, qu'une extension exagérée de la cornée amincie et poussée en avant par les humeurs de l'œil sécrétées en trop grande abondance, comme si un état si grave de l'organe doué de la plus exquise sensibilité pouvait exister jamais sans déformation de l'iris, de la chambre antérieure, et surtout sans provocation aux plus atroces douleurs. Si l'observation est exacte, la théorie est erronée.

(1) Cet article a été adressé sous forme de lettre à M. Bayard (de Cirey-sur-Blaise).

Ceux-là, tous plus ou moins ophthalmologistes, croient au contraire, sans avoir d'ailleurs trop nettement formulé leur opinion, à une hypertrophie, à un épaississement de cette même cornée, et ils appuient leurs dires de faits bien observés, et ils fournissent les explications les plus concluantes où l'indolence du mal joue nécessairement un rôle important. Aussi, fort de mon expérience, sans vouloir jeter le moindre doute sur les assertions des premiers, suis-je tout disposé à passer du côté des derniers. Voici pourquoi, sauf rectification micrographique encore à venir.

De mes yeux, qui ont toujours été fort bons, vous le savez, j'ai vu la conicité transparente de la cornée se présenter, dans des cas bien observés et longtemps suivis, sous l'aspect de cônes de cristal diaphanes et purs, mesurant en hauteur 2 millimètres environ de leur base, fort larges à leur sommet, et différant un peu par une teinte jaunâtre du liquide incolore contenu dans la chambre antérieure toujours à l'état normal. Quant à ses dimensions cavitaires, nulle modification dans l'iris; *jamais de douleur dans l'œil déformé*. Il m'a fallu, pour acquérir ces notions exactes et rigoureuses, examiner fréquemment et à différentes époques de la vie, depuis la naissance jusques et y compris l'âge adulte, chez les mêmes individus, tantôt l'œil de profil, tantôt la face postérieure de la cornée hypertrophiée, et faire jouer de toutes les façons la lumière autour de la partie affectée. C'est surtout par le jeu de la lumière que vous arriverez à constater l'énorme différence existant entre la densité de l'épaississement de la cornée et celle des humeurs de la chambre antérieure.

Si cette étude expérimentale a eu pour résultat nécessaire de me pousser dans la voie indiquée de loin par les ophthalmologistes, mes opinions bien arrêtées sur un point capital relatif à l'étiologie du mal me forcent à la poursuivre le plus loin possible; le sujet est neuf et en vaut la peine.

En effet, cette saillie hypertrophique de la cornée transparente, dont la cause prochaine et les causes éloignées se sont jusqu'ici dérobées à toutes les investigations des maîtres, parce qu'elles se perdent dans les secrets de la vie, est au moins, suivant moi, contemporaine de la naissance, alors que la cornée molle, spongieuse en quelque sorte, est apte à se laisser facilement pénétrer de sucs nourriciers. Dure, coriace dans l'âge adulte, la cornée ne peut plus que s'amincir; mais alors elle ne saurait se laisser distendre, *propulser*, sans préjudice à la forme, aux fonctions de l'iris et à la sensibilité du globe oculaire.

Les enfants qui seront plus tard affligés d'hypertrophie cornéenne ont dès les premiers jours de la vie extra-utérine des yeux dont l'éclat insolite paraît tenir à la fois à une convexité exagérée et à la densité de la cornée; ils sont myopes. La convexité, lentement progressive dans les deux yeux jusqu'à la deuxième dentition, s'arrête après cette époque, pour se fixer sur un seul œil et continuer indéfiniment. Telle est la règle à laquelle il peut, il doit y avoir des exceptions, comme dans toutes les choses de ce monde, où rien n'est absolu.

Je ne saurais ici apprécier la valeur du sexe comme influence étiologique, n'ayant pas eu occasion d'observer jusqu'à ce jour plus de trois cas de conicité transparente de la cornée. Mais ce que je puis affirmer, c'est que les trois sujets de mon observation (une jeune fille de vingt-quatre ans, un garçon de vingt-six ans, que j'ai vus naître, et une vieille sage-femme allemande dont le staphylome, privé par son volume de la protection des paupières, s'était obscurci à son sommet) étaient doués d'un tempérament lymphatique.

D'après ma manière de voir en étiologie, vous devez être édifié sur le cas que je fais de l'action des agents extérieurs dans la production de l'hypertrophie cornéenne transparente.

On a tout dit sur l'ignorance de leur situation où vivent pendant longtemps les malheureux affligés de cette sorte d'infirmité, sur la manière dont le hasard la leur révèle (arguments assez puissants contre ceux qui la gratifient d'une origine traumatique); mais peut-être n'a-t-on pas assez insisté sur les rapports qui s'établissent entre l'organe lésé et la lumière. Aucun rayon distinct, quoi qu'on en ait dit, ne peut traverser (l'éclat et le rayonnement dont l'œil est le point de départ en sont une preuve), même à l'aide de verres biconcaves, le centre conique de la cornée déjà fortement hypertrophié; l'œil ne perçoit distinctement que les faisceaux lumineux envoyés vers la circonférence cornéenne, moins épaisse que le centre, par des corps placés à une distance de 2 ou 3 centimètres de l'organe visuel. Toute cette classe d'infirmes est donc nécessairement affectée de myopie et d'un défaut de parallélisme des deux yeux, variant suivant le progrès de l'hypertrophie et suivant la situation des objets à examiner.

Le staphylome pellucide n'est donc pour moi qu'une hypertrophie congéniale de la cornée elle-même; les autres affections avec lesquelles elle a été confondue par quelques auteurs seraient tout simplement des hydrophthalmies à différents degrés.

J'ai beau reculer, il faut pourtant que j'arrive à vous faire connaître mon sentiment sur l'utilité pratique attachée à cette distinction nosologique.

Une fois l'existence de cette hypertrophie cornéenne bien constatée, il ne reste plus qu'à tenter de la rendre moins pénible au moyen de verres biconcaves, tant que la saillie du cône est peu prononcée; de médication n'en employez aucune si vous ne voulez vous préparer les plus poignants regrets, car voici ce qui vous arriverait. La jeune fille dont j'ai fait mention plus haut perdit son œil droit à l'âge de vingt-trois ans pour avoir laissé toucher le cône avec un crayon d'azotate d'argent. On croyait à une diminution de la protubérance; c'est une ulcération qui survint, puis un ramollissement, puis un faux staphylome par hernie de la lame interne de la cornée *à la base du cône*, puis définitivement l'œil se vida. Et, ce qu'il y a de plus fâcheux, aujourd'hui, sous la paupière devenue concave, on sent le cône très peu diminué faisant l'office de corps étranger fort gênant.

E.-A. Ancelon,
médecin de l'hôpital de Dieuze.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 15 octobre 1855. — Présidence de M. Regnault.

Nouveau procédé de rhinoplastie. — M. Velpeau présente à l'Académie un mémoire de M. Bouisson, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Montpellier.

Ce mémoire, intitulé *Nouveau procédé de rhinoplastie ayant pour but de conserver la régularité du contour des narines*, contient quatre observations recueillies à la clinique de l'hôpital Saint-Eloi, et qui tendent à démontrer l'efficacité de ce procédé pour corriger certaines imperfections inhérentes aux opérations rhinoplastiques, telles qu'on a l'habitude de les pratiquer.

Pour établir les traits distinctifs de la modification proposée, l'auteur examine succinctement les principales méthodes rhinoplastiques, et spécialement la méthode française, à laquelle il donne la préférence dans les cas où l'état des parties permet d'opter entre divers modes opératoires.

Cette méthode, qui consiste à tailler et à mobiliser par la dissection sous-cutanée des lambeaux empruntés aux joues et qu'on ramène vers la région du nez pour réparer les pertes de substance causées par la maladie et par l'opération, a pour avantage de fournir des lambeaux larges, bien nourris, adhérents par une base étendue, riche en rameaux artériels. Ces lambeaux glissent facilement, leur fixation sur la circonférence des parties retranchées n'offre aucune difficulté, et les lignes de cicatrisation sont régulières. Mais cette méthode, quoique plus avantageuse que les autres dans son ensemble, n'en a pas moins, comme elles, l'inconvénient de donner dans la majorité des cas des nez tantôt aplatis, tantôt informes ou ramassés en boule, et dans lesquels les narines, mal formées, mal soutenues par les corps dilatants qu'on y introduit, finissent à la longue par se coarcter et présenter une apparence disgracieuse. Or dans les opérations autoplastiques, et spécialement dans la rhinoplastie, il ne suffit pas d'obtenir la greffe des tissus et le succès matériel de l'opération, il faut chercher autant que possible à reproduire la forme normale. Sans ce résultat, les tentatives chirurgicales n'ont qu'une valeur insuffisante.

M. Bouisson pense que dans ce genre d'opérations on sacrifie trop légèrement les portions restées saines dans le squelette fibro-cartilagineux du nez. Ces parties, dont la résistance est propre à favoriser la restauration des formes naturelles, sont généralement moins affectées qu'on ne pense, et loin de les emporter, comme on le fait généralement, le chirurgien doit conserver tout ce que la maladie a respecté. Cette conservation, appliquée spécialement au contour des narines, où se trouve un fibro-cartilage annulaire, assure à l'opérateur un point d'appui avantageux pour fixer le lambeau génien et donner au nez de nouvelle formation une apparence convenable.

Guidé par cette vue, dans les quatre opérations dont il est fait mention dans son mémoire, l'auteur a obtenu des restaurations nasales remarquables et dont on peut vérifier le résultat sur les dessins qui sont annexés au travail soumis au jugement de l'Académie.

Ces essais, entrepris à la clinique de Montpellier dès 1849, tendent à faire accepter les règles suivantes :

Respecter autant que possible la cloison, afin de prévenir l'aplatissement qui résulterait du manque de soutien de la voûte cutanée.

Faire un support latéral aux lambeaux avec les portions saines des fibro-cartilages des ailes du nez. Sans cette précaution, la peau qui forme la nouvelle aile du nez s'affaisse ou se crispe de manière à rétrécir la portion correspondante de la fosse nasale.

Assurer la régularité du contour de la narine, en donnant au bord inférieur du lambeau un support cartilagineux. Ce précepte est le plus important parmi ceux que donne l'auteur du mémoire. Il a pour but de remédier aux imperfections de la dilatation artificielle des narines au moyen de corps annulaires ou cylindriques de diverse nature, et qui ne sauraient empêcher cette ouverture, destinée à suppurer, de subir une coarctation liée à la formation ultérieure du tissu inodulaire.

Dans le cas où ce contour serait détruit, M. Bouisson pense qu'on pourrait encore se procurer une bordure résistante en l'empruntant à une autre portion du cartilage latéral respectée par la lésion, qu'on découperait en lanière adhérente par son extrémité externe et qu'on ferait pivoter sur son point d'adhérence jusqu'à ce qu'elle eût atteint le niveau de la sous-cloison.

Les conclusions du mémoire sont les suivantes :

La rhinoplastie, et spécialement la restauration partielle de l'aile du nez, est susceptible, dans beaucoup de cas, d'un perfectionnement qui écarte toute difformité et qui maintient les mouvements de l'aile du nez.

Ce résultat s'obtient en appliquant la méthode française par un procédé ayant pour but de soutenir le lambeau réparateur de l'aile du nez, et de conserver à la narine son contour naturel.

Le procédé consiste à ménager les portions saines de la cloison et du cartilage latéral du nez, et à découper en lanière le contour naturel de la narine pour en faire la bordure du rebord inférieur du lambeau qui doit s'encadrer dans la perte de substance. (Commissaires : MM. Serres, Velpeau, J. Cloquet.)

Choléra. — M. Jacquez envoie de Lure, au concours pour le legs Bréant, un mémoire intitulé *Des causes du choléra et de son traitement préservatif*. (Renvoi à l'examen de la section de médecine constituée en commission spéciale du prix du legs Bréant.)

— M. Delfraysse adresse de Cahors (Lot) une note destinée au même concours, et relative à l'emploi du sulfate de quinine comme préservatif du choléra, et à celui de l'émétique (tartrite antimonié de potasse) contre la maladie elle-même, en l'administrant dans les conditions indiquées pendant la période d'invasion. (Renvoi à la commission du prix Bréant.)

— L'Académie renvoie à la même commission une note adressée d'Ottenstein (duché de Brunswick) par M. Beissenhirtz; une lettre de M. Bullrich (de Berlin), annonçant l'envoi de trois exemplaires d'un opuscule qu'il vient de publier sur le choléra-morbus, et enfin une lettre de M. Hansotte, se rattachant à une précédente communication.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 10 octobre 1855. — Présidence de M. Gosselin.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Vidal montre un jeune homme de vingt ans environ, d'une bonne constitution, fumiste, vivant dans de bonnes conditions hygiéniques, se nourrissant bien, et qui est affecté de plusieurs ulcérations dues à des gangrènes spontanées. Ce malade eut une blennorrhagie il y a deux ans. Quelque temps après, à la suite d'un excès alcoolique, une gangrène de la verge se déclara, sans qu'il y ait ni chancre, ni phimosis, ni cause quelconque à invoquer. En huit jours la verge se détacha dans sa totalité, et la chute de l'eschare laissa une ulcération qui empiétait jusque sur les parties voisines du scrotum.

Bientôt après, une eschare gangréneuse apparut dans la région parotidienne. L'ulcération qui en résulta était large, à bords taillés à pic et profonde; le masséter et la face externe de la glande parotide étaient à nu au fond de la plaie. Plus tard encore, une troisième lésion du même genre se manifesta au bras gauche, vers la partie inférieure et postérieure du deltoïde. Les bords en sont taillés à pic, un peu décollés; le fond couvert de bourgeons charnus. La cicatrisation marche sans difficultés.

Fait remarquable, ces eschares se sont produites sans douleur, sans accidents quelconques. Le malade ne paraît pas même chagriné de la perte de sa verge; il est tellement indifférent à sa maladie, qu'il ne parla point de l'eschare du bras, et ne la montra que lorsqu'un de ses voisins, incommodé par la mauvaise odeur, le fit apercevoir de la nouvelle manifestation de la maladie.

M. Huguier a vu en 1828, dans le service de Cullerier, un cas de gangrène spontanée de la verge. La mortification envahit seulement le prépuce et une partie du gland; elle survint dans un accès de fièvre intermittente pendant lequel la congestion vasculaire des parties périphériques fut portée tellement loin qu'il y eut à la lèvre supérieure une rupture avec formation d'une petite eschare. Quant aux deux autres plaques gangréneuses de la joue et du bras, leur développement est beaucoup plus difficile à comprendre, et l'on peut se demander s'il n'y a pas chez le malade de M. Vidal quelques antécédents syphilitiques antérieurs même à la blennorrhagie. On voit en effet quelquefois des ulcérations qui succèdent à des tumeurs gommeuses, qui apparaissent sans douleurs, sans inflammation, et qui s'accompagnent d'eschares cutanées. Il serait, il est vrai, difficile d'expliquer de cette manière la mortification totale de la verge.

M. Lenoir a vu autrefois un cas fort remarquable de gangrènes multiples et spontanées chez une jeune femme de vingt-deux ans, replète et bien portante. Quatre fois dans l'espace de deux années elle fut prise d'accidents de ce genre, qui consistaient en des sphacèles circonscrits portant uniquement sur la peau de la jambe, de la cuisse, des avant-bras. Aucune cause ne pouvait être invoquée, et Marjolin, qui observait cette maladie, ne savait à quelle origine la rapporter. M. Lenoir a perdu de vue cette jeune femme.

M. Demarquay est en mesure de compléter l'observation. Cette malade a passé l'hiver de 1841 dans le service de Blandin. A plusieurs reprises, des eschares cutanées de la largeur d'une pièce de cinq francs se montrèrent à la partie interne et inférieure de la jambe et aux avant-bras. L'état général était très bon. Toutefois, la nuit qui précédait les nouvelles manifestations de la maladie, des douleurs vives surgissaient dans un point circonscrit, et annonçaient l'apparition d'une plaque blanche, sèche; un liséré rouge l'entourait bientôt, et l'élimination se faisait. L'observation a été longuement publiée (*Gaz. méd.*, 1841).

M. Vidal connaît ces faits de gangrène spontanée, et il range à côté d'eux l'observation actuelle; mais il la cite précisément comme intéressante au point de vue du diagnostic, et à cause de la ressemblance de la maladie avec la syphilis. Ainsi, il y a dans les antécédents un coït impur, puis une blennorrhagie, puis une ulcération persistante dans la région génitale et simulant un chancre phagédénique. Une autre ulcération à bords taillés à pic se montre à la joue, une troisième survient au bras. On pourrait supposer qu'elles s'y sont développées par le transport d'un pus inoculable inséré avec les ongles.

La présence successive de ces trois eschares indique bien une diathèse gangréneuse; mais celle-ci a pris naissance sous l'influence d'un excès alcoolique, et l'on sait que la même cause amène parfois le phagédénisme et la complication gangréneuse des chancres. Il y a là une concordance étiologique qui pourrait simuler la syphilis à un examen superficiel.

M. Huguier demande encore pourquoi M. Vidal rejette complétement l'idée d'une syphilis tertiaire et rattache tout cela à une diathèse gangréneuse. Il a vu à Lourcine une femme qui présentait aussi plusieurs eschares limitées; elles étaient dues à des gommes du tissu cellulaire sous-cutané qui avaient déterminé le sphacèle du tégument susjacent. M. Vidal n'a vu les ulcérations qu'au bout d'un certain temps, il n'a pas assisté au début du mal, et par conséquent n'a pu savoir quels caractères il avait au début. Tout cela ne lui paraît donc pas clair.

M. Vidal a interrogé avec beaucoup de soin son malade, et n'a pu reconnaître aucun antécédent syphilitique, à moins qu'on n'admette le chancre larvé, toujours prêt pour les cas difficiles à expliquer. Il a également pensé à la tumeur gommeuse; mais d'ailleurs le mal n'a nulle ressemblance avec les ulcérations qui succèdent à la fonte de celle-ci. L'eschare porte primitivement sur la peau dans le cas actuel, et ne provient pas du tissu cellulaire sous-cutané; puis le fond de la plaie est vermeil et se répare avec une grande promptitude. Au reste, il emploie un traitement tonique et l'iodure de potassium, qui conviendrait à tous les cas, quelle que soit la nature de l'affection. Il a mis en usage ici avec succès la poudre camphrée pour activer la cicatrisation; ce moyen, au reste, lui a déjà rendu service contre le phagédénisme en général.

M. Guersant admet que les excès alcooliques prédisposent à la gangrène de la verge, mais il attribue la même influence aux excès vénériens. Il opéra un jeune homme de vingt-deux ans d'un phimosis, ignorant que jusqu'à la veille de l'opération il s'était livré avec excès à la boisson et au coït. Tout alla bien dans les premiers temps; la réunion fut même obtenue à l'aide des serres-fines; mais deux jours après la gangrène détruisit toute la peau de la verge. L'emploi des toniques et de pansements convenables amenèrent néanmoins la cicatrisation. La réparation ne fut pas même trop désavantageuse.

M. Chassaignac. Les observations de diathèse gangréneuse sont trop rares pour qu'on néglige la discussion du fait actuel. Cette variété, en effet, est admise par les uns, niée par les autres. Le cas que MM. Lenoir et Demarquay ont cité est tout à fait concluant, mais celui de M. Vidal n'est pas du même genre et ne mérite pas la même dénomination. En effet, pour que la diathèse soit réelle, il faut que les ma-

nifestations de la maladie soient indépendantes, intermittentes en quelque sorte; que les attaques soient éloignées et séparées par des intervalles pendant lesquels la santé est intacte. Il ne faudrait pas appeler diathèse gangréneuse ces cas où l'on voit à la fois ou à de courts intervalles le sphacèle envahir la bouche, les organes génitaux, le tissu cellulaire: c'est une seule maladie avec des siéges multiples, et voilà tout.

Le malade de M. Vidal appartient à cette catégorie.

M. Larrey remarque que le malade de M. Vidal est fort peu intelligent et paraît doué d'une grande indifférence; or dans ces conditions les plaies, les ulcères ont peu de tendance à se cicatriser; ils prennent facilement l'aspect gangréneux, et cette tendance s'observe également chez les paralytiques, les individus épuisés et même chez les aliénés.

— M. Guersant présente un jeune homme de quatorze ans chez lequel une atrophie du testicule droit est survenue à la suite d'une orchite. Il y a quelques mois, une chute eut lieu sur l'abdomen; le testicule s'enflamma, puis diminua de volume après la résolution; aujourd'hui il est réduit à des proportions très minimes. Mais, de plus, il existe une varicocèle à gauche. Craignant que cette seconde affection ne détermine à son tour l'atrophie de la glande correspondante et par suite la stérilité absolue, M. Guersant demande à ses confrères s'il n'y aurait pas lieu d'opérer la dilatation veineuse. Ce fait est remarquable encore, parce que la varicocèle se montre très rarement d'aussi bonne heure.

M. Vidal, après avoir examiné le scrotum, ne croit pas à une simple atrophie; il pense qu'il existe à droite un dépôt tuberculeux; il a vu, au reste, la glande séminale s'atrophier chez des enfants provenant de parents syphilitiques. A gauche, il a constaté, comme M. Guersant, une varicocèle très developpée; il pense qu'il faut opérer si on veut que le testicule s'accroisse et que la constitution virile se dessine. Il a eu l'occasion d'opérer par l'enroulement une double varicocèle chez un jeune homme à voix très grêle, chez lequel les testicules étaient très petits et les canaux déférents filiformes. L'opération eut un résultat général remarquable: la constitution devint très forte, la virilité bien accusée et une voix de basse-taille se développa.

L'atrophie du testicule symptomatique de la varicocèle est un fait très réel qu'on a nié dans ces derniers temps bien gratuitement.

M. Verneuil. L'atrophie du testicule à la suite d'une orchite est manifeste dans le cas actuel; elle était plus remarquable encore dans le cas suivant:

Un jeune garçon de douze ans fut atteint pendant le cours d'une amygdalite d'un gonflement indolent de la partie droite du scrotum, qui avait environ doublé de volume; la tunique vaginale était distendue par du liquide. Il s'agissait probablement d'une hydrocèle simple, sans orchite ni épididymite, car le liquide se résorba au bout de deux ou trois jours sans traitement et sans qu'il restât de traces de la maladie. Cependant le testicule du côté droit se développa beaucoup moins que le gauche; il resta mou et aplati, et atteignit à peine la moitié du volume de l'autre: ce qui ne l'empêcha pas, quelques années plus tard, d'être atteint seul d'épididymite blennorrhagique.

Dans ce cas il n'y eut pas atrophie, à proprement parler, mais plutôt arrêt de développement. M. Verneuil signale, de plus, la singulière coïncidence entre l'affection scrotale et l'inflammation des tonsilles; il a rencontré un autre fait semblable noté dans une thèse. On connaît bien la relation qui existe entre l'orchite et les parotides; mais on n'a jamais noté rien de semblable pour l'inflammation des amygdales.

M. Chassaignac insiste aussi sur la rareté de la varicocèle chez les jeunes sujets; il ne l'a rencontrée qu'une fois avec Marjolin. Cette rareté rend le diagnostic très difficile. Dans le cas auquel il fait allusion, plusieurs chirurgiens distingués étaient tombés dans une erreur facile du reste à commettre, et avaient cru à une épiplocèle congéniale.

— Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. Broca, à propos du procès-verbal, confirme entièrement les résultats microscopiques obtenus par MM. Bauchet et Gosselin sur la tumeur de la région parotidienne. C'était bien une tumeur mixte hypertrophique à la circonférence, avec un noyau cartilagineux au centre; il est très difficile de décider si l'enchondrome s'est développé au centre d'une tumeur glandulaire, ou si au contraire, le dépôt cartilagineux préexistant, les granulations parotidiennes se sont hypertrophiées symptomatiquement.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Porta, professeur à l'université de Pavie, à l'appui de sa candidature comme membre correspondant, fait hommage à la Société d'une série de mémoires sur divers sujets de chirurgie et d'anatomie pathologique.

— M. le docteur Coutaret envoie pour le prix Duval deux exemplaires de sa thèse sur les *ligatures caustiques*.

— M. Larrey offre à la Société deux thèses soutenues, d'après des observations de la clinique du Val-de-Grâce, l'une par M. Baudoin sur les *kystes synoviaux tendineux de la région poplitée*, l'autre par M. Dauvé sur les *plaies par morsures simples*.

— M. Verneuil communique à la Société l'observation suivante, dont les détails lui ont été fournis par M. le docteur Al. Leclerc, médecin à Roullac, près Angoulême:

Tumeur érectile de la région auriculaire guérie par des applications externes de perchlorure de fer. — Vers la fin de l'année 1853, M. Leclerc fut consulté pour un enfant de douze à treize mois affecté d'une tumeur érectile qui faisait des progrès considérables, et qui n'avait été jusqu'à ce jour traitée que par des applications externes insignifiantes. Cette tumeur était congéniale. Elle s'était d'abord montrée sous la forme d'une très petite tache occupant la partie antérieure de l'oreille du côté droit; peu à peu le mal avait progressé au point d'envahir le lobule, la moitié inférieure de la conque, le tragus et les parties voisines de la région parotidienne. Le tissu morbide avait environ 3 à 4 centimètres d'étendue dans ses diamètres superficiels; il paraissait s'étendre à une certaine profondeur. La partie inférieure de l'oreille avait pris un assez grand volume, et sur la joue la tumeur proéminait assez fortement au-dessus du niveau des téguments sains. La peau était manifestement envahie dans toute son épaisseur; la coloration était d'un rouge vermeil. La pression, la position modifiaient peu les dimensions de la tumeur, qui était assez consistante et se gonflait notablement pendant les cris de l'enfant. Il n'y avait, au reste, ni battements, ni souffle, ni expansion; mais la tendance à l'envahissement était très manifeste. Point de douleur spontanée, ni provoquée; état général bon. L'enfant n'était point sevré.

M. Leclerc eut l'idée d'employer le perchlorure de fer de la manière suivante: il imbiba des plumasseaux de charpie du sel de fer, les appliqua sur toute la surface érectile et les maintint avec un léger bandage. Ce procédé avait l'avantage de porter le liquide dans toutes les anfractuosités de la surface malade. Le perchlorure était renouvelé trois fois par jour, et les applications furent continuées pendant deux mois.

Jamais l'enfant n'accusa la moindre douleur de ce traitement; l'épiderme ne fut point détruit; en un mot, il n'y eut pas vestige d'action caustique. Chose remarquable, on ne constata pas davantage d'inflammation dans le tissu érectile. La tumeur ne durcit point; elle resta toujours souple, mais cessa bientôt de s'accroître. Le peu de changement amené dans les premiers temps fit craindre un résultat nul, et motiva la longue persévérance des applications de perchlorure. Cependant, peu à peu la saillie de la tumeur et l'hypertrophie de l'oreille disparurent. La trame vasculaire s'affaissa et ne se gonfla plus par les cris; en un mot, la guérison fut obtenue au bout de deux mois, et depuis ne s'est plus démentie.

Au jour actuel, il n'y a dans la région malade aucune cicatrice; la peau a conservé toutefois une coloration d'un brun rouge, analogue à celle qui caractérise les taches de naissance; mais la vascularisation anormale, et surtout la tendance à l'accroissement ont complétement disparu.

M. Verneuil ajoute les remarques suivantes:

Ce fait est intéressant sous plusieurs rapports. D'abord, par l'indolence absolue qui accompagna les applications du sel de fer; puis, par la lenteur de son action. Le mécanisme de la guérison est également remarquable par l'absence de toute espèce de traces d'inflammation intérieure ou interstitielle. Il est difficile de savoir comment le sel de fer a amené l'atrophie du tissu érectile; mais cette atrophie n'est point douteuse, et malgré la coloration qui persiste encore, la cure peut être regardée sans doute comme radicale. La suite pourra seule nous apprendre si la récidive est possible alors que le traitement n'a pas amené la destruction complète du tissu morbide.

Le perchlorure de fer a déjà été employé avec succès dans le traitement des tumeurs érectiles. Plusieurs des membres de la Société l'ont mis en usage; mais jusqu'alors deux procédés surtout ont été adoptés. Le premier, qui consiste à injecter le liquide au sein même de la trame vasculaire; le second, dans lequel le sel de fer est appliqué à l'intérieur, mais après une dénudation préalable du derme au moyen d'un épispastique. La pratique que M. Leclerc a suivie dès 1853 constitue un troisième procédé qui, sans doute, est moins énergique, moins sûr que les deux précédents, mais qui, en revanche, se présente avec un caractère d'innocuité qui n'est pas sans avantage.

Toutes les fois donc que l'on aura affaire à une tumeur érectile superficielle peu étendue, peu profonde, et ne compromettant pas la vie par une marche trop rapide, il sera permis de tenter les applications externes simples de perchlorure de fer, en réservant pour des cas plus graves ou pour les insuccès les deux autres procédés.

Le moyen que je viens d'indiquer n'a pas les caractères d'une véritable opération chirurgicale; il n'a rien d'alarmant; il paraît dépourvu de douleurs; il sera donc en particulier utile chez les très jeunes enfants. Rien n'empêcherait donc d'y recourir de très bonne heure. On sait qu'un bon nombre de nævi qu'on remarque à la naissance disparaissent plus tard spontanément ou restent stationnaires, ce qui est peut être la cause de la trop grande sécurité que cette marche inspire aux parents et aux praticiens. Les chirurgiens ayant à leur disposition un moyen parfaitement simple et d'une efficacité prouvée, agiront peut-être prudemment en prévenant l'accroissement de la maladie avant même que ses progrès soient en voie d'exécution.

Je profiterai de cette occasion pour dire que les praticiens relégués dans les campagnes rencontrent souvent des faits d'un grand intérêt et qui restent perdus pour la science. Une timidité malencontreuse et un peu d'indifférence séquestrent ces documents précieux qu'un peu d'encouragement ferait éclore. La Société de chirurgie est en position de lever ces obstacles, et c'est un doux devoir qu'elle peut s'imposer. Ceci me mène à proposer qu'en l'absence même de demande spéciale de la part de l'auteur, la Société remercie M. Leclerc de sa communication et l'engage à compléter l'observation en tenant l'enfant en observation, et à nous adresser, si rares qu'ils puissent être, les faits curieux de sa pratique.

La proposition est adoptée. M. le secrétaire général en avertira M. le docteur Leclerc.

M. Broca donne quelques renseignements sur les résultats que lui ont fournis les applications de perchlorure de fer dans les taches de naissance.

M. Vidal. Le perchlorure agit à la manière des caustiques; il ne peut convenir que pour les tumeurs érectiles très superficielles. Quand, au contraire, le tissu vasculaire a une certaine épaisseur, il vaut mieux recourir à des agents plus puissants. Il traite en ce moment, dans son service, une tumeur érectile du front par le caustique de Vienne; il en résultera une cicatrice qui pourra être couverte par les cheveux, et qui d'ailleurs ne sera pas très difforme.

M. Chassaignac. On doit distinguer dans les taches de naissance au moins deux variétés: la première qui est constituée par des vaisseaux, la seconde qui renferme un tissu spongoïde, mollasse, sans vascularisation. Il a rencontré un cas de ce genre chez un élève externe de l'hôpital Lariboisière. La tumeur, du diamètre d'une pièce de 5 francs, siégeait sur le front. Le nitrate d'argent avait été employé sans succès. La guérison fut obtenue par trois applications successives de potasse caustique faites sur la surface de la tumeur, qui fut ainsi divisée en trois segments.

En ayant soin, comme le recommandait A. Bérard, de couvrir d'amadou la masse caustique, on obtient une cicatrisation très régulière; l'eschare est longue à se détacher, mais la cicatrice se fait au-dessous sans suppuration. Dans le cas auquel il fait allusion, ses trois applications furent faites sans douleurs, sans suppuration, et aujourd'hui la cicatrice est lisse, régulière et ne mérite nullement les reproches qu'on adresse aux réparations obtenues après l'action de la cautérisation potentielle (1).

M. Guersant appuie les opinions de M. Chassaignac sur l'efficacité de la pâte de Vienne dans les tumeurs érectiles. Non-seulement il a réussi dans des cas analogues, mais il a bien souvent fait des applications de même nature autour des articulations. Jamais il n'a vu ces cicatrices irrégulières, ces brides, ces rétractions dont on parle; les surfaces des ulcérations ont toujours été, après la guérison, lisses, régulières, en un mot, d'un très bon aspect.

M. Giraldès. Personne ne songera à appliquer le perchlorure aux taches pigmentaires, qui consistent dans un dépôt exagéré de pigment avec hypertrophie du derme dans quelques cas, mais sans vascularité anormale. Les vraies tumeurs érectiles ont une tout autre structure. Pour que le perchlorure agisse, il faut que le derme soit mis à nu, car l'épiderme résiste très bien à son action. Ces applications, au reste, ne sont nullement dangereuses, et c'est bien à tort que M. Nélaton ou ceux qui ont reproduit ses leçons ont prétendu qu'il y avait eu des accidents dans un cas de varices artérielles traitées par ce moyen. Certainement, dans le début, on a manié le perchlorure sans ménagement et sans précautions; on a produit quelques eschares superficielles, mais qu'il ne faut pas prendre pour de la gangrène. Depuis qu'on connaît mieux les précautions nécessaires, il n'arrive plus de ces accidents. Il y a seulement un peu d'inflammation, parfois quelques petits abcès circonscrits; mais ces phénomènes sont sans importance, et leur apparition n'est pas nuisible.

RAPPORT.

M. Follin lit un rapport sur une observation adressée par M. Coste (de Marseille), et ayant pour titre: *Cancer encéphaloïde de l'aisselle. Les vaisseaux et les nerfs sont placés au-devant de la tumeur morbide, qui n'en est pas moins enlevée. Nul accident après la lésion et la ligature de la veine axillaire.*

Une courte discussion s'engage sur la ligature des veines; elle sera reproduite à la suite du rapport de M. Follin.

— M. Broca présente les membres inférieurs d'un fœtus affecté de prétendues fractures intra-utérines multiples.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société: Aristide Verneuil.

Mort de M. Quevenne.

La science vient de faire une perte qui sera vivement sentie par le corps médical et pharmaceutique. M. Quevenne, pharmacien en chef de la Charité, membre de la Société de pharmacie, a succombé le 21 octobre à une tuberculisation pulmonaire parvenue assez rapidement à sa dernière période.

Quevenne, fils de modestes cultivateurs, était né en 1805, non loin de Pont-l'Évêque. Privé de sa mère presque en naissant, ce fut d'une sœur aînée qu'il reçut les premiers soins. Un oncle, digne ecclésiastique des environs, se chargea de son éducation, et ce fut chez lui et sous sa direction qu'il fit ses études littéraires. Attiré de bonne heure vers l'étude des sciences par une vocation prononcée, il travailla pendant près d'un an dans la pharmacie de M. Taillefer, à Pont-l'Évêque, où il se distingua par son zèle, par un goût remarquable pour les occupations sérieuses, et une rare intelligence.

Bientôt il vint à Paris poursuivre et compléter ses études, et peu de temps s'était écoulé que, devenu interne en pharmacie des hôpitaux, il recueillait les premiers fruits de ses travaux, et remportait plusieurs prix à la suite de brillants concours. Vers 1832, il était nommé par concours pharmacien des hôpitaux, et depuis ce temps jusqu'à son dernier jour il n'a cessé de se livrer à des recherches scientifiques de la plus haute importance.

Parmi les nombreux travaux dus à son infatigable activité, nous citerons surtout trois mémoires sur le *lait*, publiés dans les *Annales d'hygiène* en 1841 et 1842, où il a donné les procédés les plus exacts et les plus précieux pour le dosage des éléments de ce liquide et la détermination de ses qualités, ainsi que les moyens d'en reconnaître les falsifications.

En 1840, il était parvenu à réduire le fer par l'hydrogène, et découvrait ainsi l'un des modes les plus précieux de l'administration de ce médicament.

Enfin, de longues et pénibles expériences, entreprises par lui seul d'abord, puis continuées de concert avec M. Homolle, lui permirent d'isoler la *digitaline*; et cette admirable découverte, l'une des plus belles de la chimie organique de ces derniers temps, était couronnée en 1844 par la Société de pharmacie, qui décernait aux auteurs un prix de 1,000 francs.

Jusqu'au jour de sa mort, il n'a cessé de surveiller le laboratoire confié à sa surveillance. La veille encore, au moment où nous avions la triste consolation de lui serrer la main pour la dernière fois, il s'occupait de ses travaux, qu'il regrettait de ne pouvoir achever; et malgré son extrême faiblesse, malgré l'anéantissement dont il avait conscience, il donnait encore les signatures nécessaires sur les feuilles de l'hôpital de la Charité.

Savant autant que modeste, d'un caractère doux et affable, obligeant et toujours prêt à servir ses amis, M. Quevenne sera regretté de tous ceux qui l'ont connu. Il laisse une réputation rare de probité, et son nom restera glorieusement attaché aux conquêtes les plus précieuses de la science moderne.

Dr A. Foucart.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 10 octobre, M. Colmant, médecin major de 1re classe à l'armée d'Orient, a été nommé médecin principal de 2e classe.

— Par décret du 29 septembre, M. le docteur Landolfi, premier chirurgien des armées de S. M. le roi des Deux-Siciles, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

(1) Voir les détails de ce procédé dans le no du 20 octobre.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 125. — JEUDI 25 OCTOBRE 1855. (28e ANNÉE.) N° 125. — JEUDI 25 OCTOBRE 1855.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 24 OCTOBRE 1855.

Séance de l'Académie de Médecine.

Si la verve, l'esprit et la raillerie pouvaient quelque chose contre les faits et l'expérience, c'en serait fait du séton et de tous autres exutoires ; car une heure durant, M. Malgaigne a tenu l'assemblée, *arrectis auribus*, sous un feu roulant de bons mots et de piquants propos. Si bien que s'il lui eût été possible de se méprendre sur le genre de succès qu'il venait d'obtenir, l'incisif orateur aurait pu croire qu'il venait de faire franchir en un instant au malheureux séton la courte distance qui sépare le « Capitole » de la roche Tarpéienne... Mais il en est des discours de M. Malgaigne comme de certains plaidoyers, qui charment et séduisent un instant l'esprit du juge sans ébranler la conviction qu'il a puisée dans les éléments même du procès. L'Académie a ri, elle a écouté avec plaisir ; mais il est douteux qu'aucun de ses membres soit sorti de cette séance avec une conviction différente de celle qu'il avait avant. Jusque-là il n'y aurait pas grand mal si ces sortes de caprices oratoires se bornaient à égayer un instant l'auditoire et à faire diversion à la gravité habituelle des séances. Mais ce genre de passe-temps n'est malheureusement pas tout à fait sans dangers. Tous les esprits ne sont pas également indifférents au prestige de la parole, et si ceux qui sont mûris par le savoir et l'expérience subissent impunément cette épreuve, il n'en est pas de même, en général, des esprits plus novices, qui se laissent aisément prendre au piége des séductions oratoires, toujours disposés à donner raison à celui qui les a passionnés ou amusés.

Un autre danger de cette facilité de parole est d'éloigner de la tribune les hommes sages et expérimentés qui pourraient apporter avec plus d'utilité pour l'élucidation de la question le tribut de leurs observations. Espérons cependant que ceux d'entre eux qui auraient des faits à produire ne reculeront pas devant le danger de la lutte, et que la cause du séton, ou, pour généraliser davantage, celle de l'expérience traditionnelle, trouvera sinon des défenseurs, du moins des appréciateurs calmes et non prévenus.

Au début de la séance, M. Gerdy s'était en partie chargé de ce rôle, si bien commencé déjà par M. Velpeau dans la séance précédente. Dans une courte allocution dont nous regrettons de n'avoir pu entendre distinctement toutes les parties, l'honorable académicien a fait voir tout ce qu'il y avait d'exagéré dans les exigences de M. Malgaigne à l'égard des preuves scientifiques de l'action des remèdes en général, et en particulier de celle des exutoires ; et, par un exemple dont il a fourni lui-même le sujet, comme l'avait fait précédemment M. Bouvier dans une circonstance semblable, il a montré tout ce qu'on pouvait attendre de l'action d'un de ces exutoires appliqué à propos. Ce n'est pas spécialement à celui-là, il est vrai, ni au mode d'action instantané qu'il produit, que M. Malgaigne a déclaré la guerre ; mais nous croyons qu'il ne serait pas difficile de lui opposer des exemples tout aussi probants dans la catégorie des faits mis en cause. C'est ce que nous attendons pour la séance prochaine. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

De la syphilis congéniale.

La syphilis congéniale est celle dont on apporte le germe en venant au monde, et dont la manifestation survient à un temps plus ou moins rapproché de la naissance. Qui est-ce qui donne la vérole à l'enfant ? Est-ce le père, est-ce la mère ? Une assez grande divergence d'opinions règne dans le camp des syphiliographes ; beaucoup excluent l'héritage paternel et attribuent l'infection à la mère. Pour que la mère transmette la syphilis à l'enfant, il faut qu'elle-même l'ait eue, nous disent quelques auteurs ; et cependant, d'après un médecin de l'hôpital Saint-Louis, un homme atteint de la syphilis peut, sans rien communiquer à la femme, procréer un fœtus vérolé par suite d'une sorte d'intoxication que le sperme aurait subie. Réellement, quand on considère que le zoosperme a la puissance d'enfanter des produits identiquement ressemblants au père, au physique comme au moral ; de faire hériter le fils des mêmes vices de conformation ou des mêmes lésions pathologiques dont son ascendant immédiat est affecté, il est bien permis de croire, en fait de syphilis, que le père donne autant que la mère. Restons donc convaincus que l'enfant issu de parents malades est infecté de syphilis congéniale, aussi bien quand la faute peut en être imputée au père que lorsque la mère a été le seul facteur de la transmission.

Il y a huit ans, je fus mandé par un jeune médecin, marié depuis deux ans, pour donner des soins à son enfant âgé de quatre semaines. En pénétrant dans l'appartement, j'aperçus de suite des signes certains de syphilis congéniale ; j'examinai scrupuleusement le petit malade, et je fus bientôt convaincu. Placé dans une aussi embarrassante position, ne voulant pas exprimer à mon confrère l'intégralité de ma pensée, je lui dis que l'enfant présentait quelque chose d'herpétique assez singulier, et lui demandai si lui-même n'avait rien eu d'analogue. « J'ai eu, me répondit-il, la vérole comme on l'a, c'est-à-dire une fois ; j'ai éprouvé des accidents multiples : chancres indurés, roséole, psoriase, alopécie, exostoses, coryza. Mais très bien traité par M. Ricord, dont j'ai été l'élève et suis resté l'ami, tout a disparu. Sur le point de me marier, et obéissant à d'honorables scrupules, je suis allé prendre l'avis de M. Ricord, qui, par pure précaution, m'a fait suivre pendant deux mois un traitement à l'iodure de potassium à haute dose. »

L'occasion était belle ; j'en profitai pour annoncer à ce médecin que son enfant avait la syphilis. Terrifié d'abord par mon diagnostic, il alla bientôt chercher un bocal d'alcool dans lequel baignait un fœtus de six mois, dont sa femme était prématurément accouchée à sa première grossesse. Le fœtus avait le corps couvert de pemphigus, de traces de bulles dont l'épiderme s'était crevé au moment de la naissance.

Le médecin dont il s'agit avait épousé une jeune fille de dix-sept ans, d'une grande fraîcheur, d'une santé habituelle merveilleuse. La fausse couche qu'elle fit à six mois n'eut aucun résultat fâcheux pour elle. Lorsque je la vis, vingt-huit jours après son accouchement à terme, elle était encore d'une éblouissante fraîcheur ; elle était levée, elle allaitait son enfant.

Après avoir prévenu le père que la maladie de l'enfant était de nature syphilitique, je lui demandai si, malgré les plus rassurantes apparences, sa femme était bien saine. Il m'affirma alors, le plus médicalement qu'il put, que le mal l'avait complétement respectée. J'acceptai franchement que la syphilis n'était point passée par le sang de la mère, qu'elle ne l'avait point eue, et que le produit de la conception l'avait contractée sans la participation de la femme. Le fœtus de six mois portait de syphilitiques empreintes, et le deuxième enfant, venu à terme, quoique fort chétif, présentait au bout de huit ou dix jours d'incontestables marques de la vérole, ce qui vous prouvera surabondamment que l'enfant peut tenir la syphilis congéniale tout aussi bien de son père que de sa mère, et même beaucoup plus souvent de son père seul.

L'enfant peut prendre la vérole d'une autre façon.

J'ai vu à l'hôpital Necker un petit garçon de quatre mois ayant des chancres. Sa mère, qui avait un chancre et des flueurs blanches, avait l'habitude de le prendre pendant la nuit dans son lit pour lui donner à teter. L'enfant, dont les cris étaient apaisés, se rendormait les fesses placées sur le ventre de sa mère, et, comme il avait quelques petites écorchures, il s'inocula le pus qui découlait de la vulve.

Enfin des enfants de huit à dix ans, victimes des plus odieux attentats, sont parfois atteints de la syphilis.

Au bout de combien de temps se manifeste la syphilis héréditaire ? On la recueille ordinairement dans le premier mois de la vie, dans certains cas un peu plus tard, à cinq, six et huit mois, et même, assure-t-on, à une époque beaucoup plus avancée, à quatre ou cinq ans.

Dans ma carrière, deux exemples m'ont bien frappé ; voici le premier :

Par un beau dimanche du mois de juillet 1836, je vis entrer chez moi une jeune femme d'une vingtaine d'années prise d'accès de suffocation tels que je crus un instant qu'elle allait mourir dans mon cabinet. Son périlleux rétrécissement du larynx me l'avait fait envoyer de Sainte-Ménéhould par M. le docteur Quarré, comme un cas urgent de trachéotomie. Après que la malade se fut reposée et eut repris haleine à la fenêtre, je l'interrogeai, ainsi que son frère, qui l'avait amenée.

Deux mois auparavant, elle avait éprouvé des accidents au pharynx, qui avaient été traités par des préparations mercurielles. Je découvris des traces de chancres cicatrisés dans la bouche, et j'aperçus une espèce de chancre secondaire au fond du pharynx. Il me parut évident que j'avais affaire à une syphilis secondaire traversée par des accidents tertiaires. La malade étant célibataire, j'éloignai le frère pour causer avec elle à cœur ouvert.

Voici à peu près en quels termes la conversation s'engagea entre nous :

« Vous devez comprendre, lui dis-je, par ce qui s'est passé tout à l'heure, tout le danger de votre situation ; vous avez failli » mourir. Je vous engage à me mettre franchement sur la trace de » votre maladie ; l'aveu que je vous demande vous coûtera sans » doute, mais vous lui devrez la conservation de la vie. Votre salut » est donc entre vos mains. Répondez-moi : Avez-vous eu des » rapports avec un homme ?

— » Je ne sais pas ce que vous voulez dire.

— » Vous est-il arrivé alors d'avoir été embrassée sur la bouche » par un homme ?

— » Jamais, non, jamais ; d'ailleurs, je ne puis m'expliquer votre » langage.

— » Vous êtes pieuse, je le sais, votre frère me l'a dit ; songez » donc aux suites que peut entraîner votre manque de franchise ! » Par votre faute, vous perdrez infailliblement la vie et commettrez ainsi un suicide, source d'éternels châtiments pour vous !...

— » Monsieur, vos paroles sont aussi étranges que terribles, » je ne sais quel aveu vous exigez de moi ; mais je vous jure que » j'ai toujours vécu éloignée des hommes. Quand je devrais paraître demain devant Dieu, je vous affirme et vous donne ma parole » d'honnête fille que vos soupçons sont mal fondés. »

Je m'informai si quelquefois elle avait ressenti des douleurs dans les os. Elle me répondit qu'à l'âge de cinq ans ses jambes avaient commencé à se gonfler, que pendant neuf ans elle avait souffert comme la plus victimée des martyres, que l'insomnie l'avait fait beaucoup maigrir, et qu'enfin de fortes doses d'opium parvenaient seules à lui donner du calme et du repos. Je découvris sur ses bras deux immenses périostoses.

Ce fait resta profondément gravé dans mon esprit, lorsque le hasard me fit un jour retrouver cette femme. Après sa guérison, elle s'était mariée et était devenue mère de famille. Je lui rappelai sa visite chez moi, et pus m'expliquer beaucoup plus librement sur les questions que je lui posai alors. Je n'obtins rien.

L'autre fait est celui d'une petite fille de sept ans que j'ai vue conjointement avec M. le docteur Lasègue, et qui, quoique *fille bien gardée*, était infectée de syphilis. Je suis resté convaincu que la transmission s'était faite de la nourrice à l'enfant.

Quelques années après la naissance, la syphilis se manifeste parfois par des formes moins claires et qui se rapprochent davantage de la vérole des adultes.

La couleur du teint et de la peau d'un enfant affecté de syphilis constitutionnelle est des plus caractérisées ; elle est profondément altérée, bistrée, de nuance enfumée, ressemblant à de la terre de Sienne, et universellement répandue sur tout le corps. Le petit malade s'amaigrit notablement ; en outre, il a les lèvres fissurées, un écoulement nasal continuel, la bouche crevassée en huit ou dix endroits différents et fendillée en *cul de poule*, comme disent les chirurgiens ; la lèvre inférieure est tuméfiée, et il existe autour de la bouche un petit masque jaune, d'une teinte plus foncée que celle de la peau, constitué par des plaques jaunâtres, arrondies et formant une saillie très appréciable : ce sont des plaques de psoriasis. Il s'en trouve invariablement sur la place des sourcils — car les sourcils sont toujours absents — et sur d'autres places du visage. L'écoulement de pus qui se fait par le nez est abondant ; le nez devient plus effilé, les narines se rétrécissent et se fendillent absolument comme la bouche. Sur le corps on découvre des taches roses identiques à celles de la roséole de l'enfant, puis des taches jaunâtres formant la transition entre la roséole et la psoriase. En prenant les pieds de l'enfant et en le soulevant, on aperçoit autour de l'anus des plaques muqueuses qui ne sont autres que d'anciennes plaques de psoriase agglomérées et qui n'en font plus qu'une

seule, puis des petites fissures, comme aux narines, comme à la bouche. Il y a de la diarrhée; elle est fécale, muqueuse ou sanglante.

Assez souvent, lorsque la syphilis s'est manifestée dans le sein de la mère, elle est caractérisée, ainsi que MM. P. Dubois et Depaul l'ont démontré, par l'apparition du pemphigus, laissant des taches rouges ou violacées. En même temps, au moment de la naissance, il se passe quelque chose de spécial : le dépouillement complet de la peau des mains et des pieds. Dans ce cas, il est bien rare que l'enfant puisse vivre au delà de huit ou dix jours, pendant lesquels vous verrez apparaître tous les accidents que je signalais il y a un instant.

Lorsque la syphilis ne se manifeste que huit jours après la naissance, la constitution s'altère rapidement; l'enfant se débilite, tète avec peine, a des vomissements et rend des petits corps sanglants par le nez. A l'autopsie, on trouve comme caractères constants une énorme hypertrophie de la muqueuse nasale, qui est épaissie et enflammée, une phlegmasie du rectum, une hypertrophie et une induration du foie, et des plaques jaunes disséminées dans cet organe.

Lorsqu'un enfant naît avec le pemphigus, la marche de la maladie est très rapide; plusieurs éruptions successives n'ont pas le temps de se faire, et il n'y a pas de prise pour le traitement. Cette grave affection, qui se rattache à une lésion vitale originelle, supérieure à tous les mouvements organiques de la nutrition, se présente avec des chances nulles de guérison. Quelques heures, et souvent quelques jours après la naissance, le petit être a succombé.

Quand les manifestations de la vérole, pustules, plaques, psoriasis, coryza, ne se produisent qu'au deuxième, troisième ou cinquième mois, en faisant subir à la nourrice et à l'enfant un traitement syphilitique rationnellement entendu, il est permis souvent d'espérer la guérison.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

Hémiplégie subite chez un enfant de vingt-sept mois. Guérison.

Par M. le Dr A. Corlieu (de Charly).

Les observations d'hémiplégie chez les enfants sont excessivement rares. Rochoux (*Dict. en 30 vol.*, t. III, p. 499) n'en cite que quatre cas avant vingt ans. Le premier sujet est une jeune fille de quatorze ans observée par des médecins de Breslau; le deuxième, un jeune garçon du même âge, traité par M. Guibert; le troisième, une jeune fille de douze ans, soignée par M. Payen, et le dernier est un garçon du même âge traité par M. Andral. Il y en a d'autres, publiés par MM. Sédillot, Richard, Quain, Vernois, Bouchut, etc. Le cas suivant vient de s'offrir tout récemment dans ma pratique.

Le 19 septembre 1855, j'ai été appelé chez M. L. de L..., pour voir son enfant, qui avait été pris, sans cause connue, de paralysie incomplète de tout le côté gauche du corps.

Cet enfant, né le 26 juin 1853, est de bonne santé, de forte constitution, mais parle avec beaucoup de difficulté.

Le 18 au soir, l'enfant avait soupé comme de coutume, et ne paraissait nullement souffrant.

Le 19, au matin, sa mère s'aperçut, en l'habillant, d'une immobilité à peu près complète du bras gauche. Elle voulut faire marcher l'enfant; il se traînait avec peine, riait de la difficulté qu'il éprouvait à marcher et ne parlait plus.

Je le vis dans la journée. Aux symptômes énoncés ci-dessus se joignait un peu de strabisme convergent de l'œil gauche; la bouche était un peu déviée. En un mot, la paralysie occupait *tout* le côté gauche. Toutes les fonctions étaient bonnes; la digestion se faisait bien, il n'y avait pas de fièvre. Les selles et les urines allaient bien. — Je fis appliquer immédiatement à l'anus deux sangsues, qui ont tiré beaucoup de sang; pédiluves sinapisés, cataplasmes sinapisés aux jambes, frictions avec le baume Fioraventi sur les membres hémiplégiés, diète lactée.

Le 20, pas d'amélioration. L'enfant ne parlait pas, buvait facilement, était sans fièvre. — Même traitement, à l'exception des sangsues; grand bain, avec addition de farine de moutarde.

Le 21, même état; l'enfant ne pouvait faire quatre pas seul. — Je continuai le même traitement. Je prescrivis : lavements purgatifs matin et soir (décoction de graine de lin et huile); 5 centigrammes de calomel tous les matins; un vésicatoire volant autour de la jambe malade, à 5 centimètres environ au-dessus du genou, comme révulsif.

Le 22, amélioration légère, pas de parole; deux ou trois selles à la suite de l'administration du calomel. Je fis appliquer un vésicatoire à demeure à la nuque; on continua le calomel tous les matins; les bains furent supprimés.

Le vésicatoire à la nuque avait bien pris; deux jours après, l'enfant marchait plus facilement, portait le bras au niveau du front et commençait à prononcer quelques mots. Cette amélioration alla toujours en augmentant.

Le 3 octobre, je revis l'enfant : il était complétement rétabli; le strabisme avait disparu. Je fis cesser le calomel et supprimer le vésicatoire.

Aujourd'hui la guérison est complète.

Ainsi voilà une hémiplégie subite venant chez un enfant de vingt-sept mois, et guérie en quatorze jours par l'usage de sangsues, de purgatifs et de vésicatoires. Est-ce une hémorrhagie cérébrale ou une simple paralysie essentielle de la nature des paralysies myogéniques dont parle M. Bouchut dans son *Traité des maladies des nouveau-nés*? Evidemment il faut se prononcer d'après cette double alternative. Sans doute le peu de durée des accidents, leur entière disparition en quatorze jours paraissent militer en faveur de l'idée d'une paralysie essentielle; mais la netteté de l'hémiplégie, étendue aux membres, à la face et aux muscles de l'œil, semble, au contraire, démontrer l'existence d'une lésion cérébrale.

PERFORATION DE L'APPENDICE VERMIFORME.

Altération concomitante des parois du tube digestif. Dégénérescence polypeuse de tout le gros intestin (1).

Les professeurs des grandes universités allemandes ont la louable habitude de publier le compte rendu de leurs services cliniques. Notre ami M. Lebert, fidèle à cette tradition, nous a donné un résumé de tous les faits observés à sa clinique. Nous en extrayons quelques faits intéressants.

La perforation de l'appendice iléo-cœcal a été observée trois fois dans le courant de la même année. Comme dans les autres faits connus, la maladie se manifestait par des symptômes d'une péritonite intense : vomissements, douleur dans la région du cœcum, pouls accéléré, petit, filiforme; simultanément, une grande anxiété et altération de la face. Dans aucun de ces trois cas on n'a vérifié cette assertion, que la péritonite reconnaît pour cause l'arrêt de corps étrangers dans l'appendice, la perforation de ses parois et leur pénétration ultérieure dans le péritoine. Dans tous les cas observés, M. Lebert a constaté une inflammation diphthéritique des parois de l'appendice; on remarquait, en outre, entre les tuniques muqueuse et séreuse, de petits abcès du volume d'un pois, dont deux avaient perforé la tunique interne. Ces abcès peuvent devenir la cause de la perforation.

Dans un autre fait, il s'agit d'une dégénérescence polypeuse de tout le gros intestin, observée chez une femme de trente-sept ans, qui depuis un an était atteinte d'une diarrhée réfractaire à tout traitement. A l'ouverture du cadavre, on trouva sur la muqueuse du gros intestin un grand nombre de petits polypes grisâtres, colorés en noir. Ces saillies polypeuses étaient formées par une hypertrophie de toutes les tuniques. Ces faits sont rares et paraissent se rattacher à l'entérite chronique. Plusieurs cas analogues se trouvent publiés dans les *Bulletins de la Société anatomique* par MM. Corvisart, Leudet, X. Richard. M. Leudet en a, il y a quelques années, communiqué un exemple analogue à M. Lebert. Ces entérites paraissent être, sous cette forme, réfractaires à tout traitement.

FRACTURE SECONDAIRE D'UN MEMBRE

qui s'était originairement consolidé avec un raccourcissement considérable.

Par M. le docteur Wiblin.

Un jeune homme de vingt-trois ans avait eu la cuisse gauche fracturée vers sa partie moyenne par une cause directe, mais sans plaie des téguments. Il fut mis en appareil. Au bout de deux mois et demi la consolidation était obtenue, mais avec un raccourcissement de 8 à 10 centimètres. La famille, mécontente de ce résultat, menaçait d'un procès le chirurgien, si l'on ne parvenait à rendre au membre sa longueur naturelle.

M. Wiblin, appelé en consultation avec M. Skey et plusieurs confrères, considérant : 1° que la consolidation était à ce moment déjà complète depuis dix semaines; 2° que le patient pouvait se servir de son membre pour marcher, aptitude que le temps ne ferait sans doute qu'augmenter; 3° que produire et consolider une nouvelle fracture n'offrait pas de médiocres obstacles à surmonter, ne rendirent d'abord qu'une réponse dilatoire. Mais, pressés par de nouvelles instances, ils durent se mettre à l'œuvre.

Le malade étant attiré au bas de son lit, M. Skey se saisit du membre, et, appuyant avec force son genou sur le lieu de la fracture, il parvint à produire la rupture, qui se fit avec un bruit très sensible. La principale difficulté consista à allonger ensuite les muscles raccourcis. On y travailla séance tenante pendant deux heures, sans obtenir un résultat apparent bien sensible. (Le patient avait été pendant ce temps mis sous l'influence du chloroforme, dont on ne consomma pas moins de 90 grammes.)

Des tractions continuées et maintenues les jours suivants réalisèrent dans sa plénitude le but désiré. Au bout de sept semaines, le membre était consolidé, et ses dimensions normales sont aujourd'hui si bien rétablies, que le sujet n'a pas même besoin de porter de ce côté de chaussure à talon élevé. (*The Lancet* et *Gazette hebdomadaire*.)

OSTÉIDES DU POUMON.

Par M. le docteur Nusser.

Un avocat mourut dans sa soixante-quinzième année. Dans sa jeunesse, atteint d'hémorrhoïdes, il eut plusieurs pneumonies. A l'âge adulte, il souffrit beaucoup d'accidents du côté du foie, d'hypocondrie, et enfin à une époque plus avancée de la vie de symptômes d'une hypertrophie du cœur sans gêne de la respiration. On eut recours à des émissions sanguines pour faire cesser les étourdissements et les syncopes. Une hémorrhagie nasale et pulmonaire intense fut la cause d'une anémie et d'un marasme profond qui se termina par la mort.

A l'ouverture du cadavre, on constata une hypertrophie du cœur avec une ossification considérable des valvules aortiques, qui, roulées sur elles-mêmes, étaient adhérentes aux parois artérielles; l'orifice lui-même était considérablement rétréci et permettait à peine le passage d'une plume d'oie. L'aorte ascendante était anévrismatique; son calibre était trois fois plus considérable que celui du vaisseau normal; ses parois étaient incrustées de concrétions calcaires. L'artère pulmonaire était aussi considérablement dilatée. Le poumon ne présentait aucune trace de tubercules; le lobe supérieur du poumon droit, dur et ferme, hépatisé, contenait dans son centre deux concrétions dures, difficiles à énucléer; elles étaient d'un blanc jaunâtre; la plus grosse pesait 12gr,75, la deuxième 4gr,20. A l'analyse chimique, on les trouva composées de phosphate et de carbonate de chaux, de carbonates de magnésie avec quelques traces de fer, de silice et de substance organique.

Cette concrétion a paru au professeur Rokitanski être une ossification d'une substance amorphe ou d'un tissu cellulo-fibreux dont le début daterait déjà de longues années, et avoir été la cause des pneumonies nombreuses qui ont frappé le malade.

Ces travaux simultanés sur les concrétions du poumon en France et en Allemagne mettent en doute plusieurs faits admis généralement depuis Laënnec et ses successeurs.

(*Wiener med. Wochens.*)

DE L'EMPLOI DU PHOSPHORE DANS CERTAINES AMAUROSES.

Par M. F.-L. Strumpf.

Les vapeurs du phosphore occasionnent aux animaux, entre autres symptômes d'intoxication, des ulcères suppurants des paupières. Les cadavres des personnes empoisonnées par cet agent toxique ont les yeux profondément enfoncés dans les orbites et entourés de larges cercles bleus; la conjonctive est parfois rougeâtre, la cornée toujours trouble et les pupilles dilatées.

C'est contre l'amaurose occasionnée par une faiblesse nerveuse (asthénie) générale ou locale, par une paralysie complète et récente du nerf optique ou de la rétine survenue brusquement et non consécutive à des lésions extérieures, non accompagnée d'autres affections, et dans laquelle la pupille est encore peu dilatée et n'a pas perdu ses mouvements; quand, enfin, il n'y a pas de symptômes congestifs, fébriles ou inflammatoires, c'est contre cette forme d'amaurose, dis-je, que Lœbenstein-Lobel donnait le phosphore deux fois par jour et à la dose de 2 à 10 gouttes d'une solution de 1 grain dans une drachme d'huile animale éthérée, ou, dans le cas où celle-ci n'était pas supportée, d'huile de sabine avec adjonction d'un scrupule d'huile éthérée de girofle ou de valériane. Après huit jours, il suspendait l'emploi de ce remède et le remplaçait par d'autres médicaments appropriés, tels que l'arnica, la valériane, etc., auxquels il ajoutait l'emploi externe d'huile de Dippel, contenant du phosphore et de l'huile éthérée de menthe poivrée, ou celui d'huile de girofle et de cajeput avec de l'essence de fourmi (*spitus formicarum*).

Dans un cas d'amaurose provenant de la suppression de menstruation, Henning de Zerbst a prescrit l'éther phosphorique à la dose de 20 gouttes, trois fois par jour.

On a employé d'ailleurs avec succès le phosphore tant à l'intérieur qu'à l'extérieur, et même sous forme de moxa, dans diverses paralysies, alors que l'iodure de potassium, la strychnine, le quinquina et l'arnica avaient été essayés en vain. Toutefois, tant dans le cas d'amaurose que surtout dans les paralysies des nerfs moteurs de l'œil, le phosphore devra n'être jamais employé qu'avec les plus grandes précautions. (*Annales d'oculistique*.)

RÉPONSE

A QUELQUES POINTS DU RAPPORT DE M. CULLERIER relatifs à la non-identité du chancre infectant et du chancre simple

(Communication faite à la Société de chirurgie le 3 octobre 1855);

Par le Dr F. Clerc, ancien interne de l'hôpital du Midi.

Un des honorables membres de cette Compagnie, M. le docteur Cullerier a pensé qu'il était opportun d'appeler votre attention sur quelques idées nouvelles introduites dans la science par M. le docteur Bassereau et moi, tendant à établir la non-identité du chancre infectant et du chancre simple; leur transmission comme espèces pathologiques, et enfin l'origine et le mode de formation ou de génération du chancroïde syphilitique. Ces idées étant en opposition avec celles généralement admises, et contraires aux croyances de M. Cullerier, notre honorable confrère, à l'occasion d'un rapport sur le mémoire de M. le docteur Hammer, s'est attaché à les réfuter.

Il n'est plus possible d'émettre, en médecine, une idée ou une opinion sans la baser sur l'observation des malades, c'est-à-dire sur les faits cliniques. L'observation est donc la source où nous puisons tous, et nos théories ou nos doctrines ne sont que les conclusions que nous déduisons des faits observés. Pour juger de la valeur d'une idée, il suffit donc d'apprécier les faits sur lesquels elle repose, et d'examiner si elle en découle logiquement. Après ce premier travail, si on trouve que les faits ont été mal observés ou que les conséquences en ont été mal déduites, c'est par de nouveaux faits mieux constatés et par une généralisation plus légitime que l'on arrive à renverser cette idée et à lui en substituer une plus juste.

M. Cullerier ne nous semble pas avoir suffisamment rempli cette première condition de toute critique scientifique qui consiste à opposer des faits aux faits; car toute son argumentation repose sur trois observations seulement, dont je vais, très brièvement, tâcher de vous démontrer le peu de valeur.

La première de ces observations est celle consignée sous le n° 43 de notre mémoire sur le chancroïde; elle est relative à un malade de notre dispensaire atteint de chancres non infectants, qui aurait eu des rapports

(1) Extrait de la *Revue clinique* du professeur H. Lebert (de Zurich).

sexuels avec une femme entrée plus tard dans le service de M. Cullerier, et sur laquelle nous constatâmes cinq chancres non indurés, d'où nous conclûmes qu'ils lui avaient été transmis par notre malade, et nous avons donné ce fait à l'appui de notre opinion sur la transmission du chancroïde. Or, cette femme restant soumise à l'observation de M. Cullerier, elle présenta plus tard les symptômes irréfragables de la syphilis constitutionnelle. Voilà le fait, et voici les conclusions que notre honorable confrère en a déduites :

1° L'infection constitutionnelle, chez cette malade, a été la conséquence des cinq chancres non indurés qu'elle portait au moment de notre examen ;

2° Ces ulcérations provenaient de celles du malade de notre dispensaire ; c'est donc un exemple de syphilis constitutionnelle ayant pour origine des chancres simples, c'est-à-dire un exemple de chancroïdes ayant donné lieu à des chancres infectants, fait contraire à notre opinion sur la transmission du chancre dans son espèce.

M. Cullerier, avec sa bonne foi bien connue, avoue qu'il s'est trompé sur un premier point, celui de la prompte apparition des accidents constitutionnels, qui, en effet, se sont manifestés peu de jours après la constatation que nous fîmes en commun des ulcérations de sa malade. « Dans cette observation, dit M. Cullerier, je crois ne m'être » trompé que sur un seul point ; c'est celui de l'apparition des symp- » tômes généraux, qui se sont fait attendre beaucoup moins longtemps » que je ne supposais. »

Mais ce point a une certaine importance dans l'observation. Il nous a fait dire qu'il serait possible que cette femme ait eu, quelques mois avant l'époque où elle contracta les cinq chancres observés à Lourcine, un chancre infectant. N'était-il pas important, dans la rédaction de cette observation, de dire quelques mots des antécédents syphilitiques de la malade, d'établir que ces chancres multiples étaient les premiers et les seuls qu'elle ait eus ?

Il n'est pas très rare, en effet, de voir des malades qui, après avoir contracté un premier chancre infectant, reprennent peu de temps après des chancres simples. Si l'attention n'est pas éveillée sur la possibilité de ces coïncidences, on peut facilement croire que les derniers chancres ont été les chancres infectants. Le premier malade de notre treizième observation en présente précisément un exemple. Ce malade vint à notre dispensaire avec des chancres multiples non indurés de la muqueuse préputiale et du gland. Nous les montrâmes à nos élèves comme des types de chancroïdes ; et à peine avions-nous achevé notre démonstration, que ce malade nous présenta un magnifique spécimen de plaques muqueuses de l'isthme du gosier et de l'anus. La première impression des élèves fut que nous nous trompions, et qu'il s'agissait non pas de chancroïdes, mais de chancres infectants, dont les plaques muqueuses étaient une manifestation. L'interrogatoire du malade éclaira tous les doutes. Les chancres que nous avions sous les yeux ne dataient que d'une quinzaine de jours ; les papules muqueuses gutturales et anales s'étaient manifestées depuis plusieurs mois ; elles étaient consécutives à un chancre unique siégeant sur le gland, dans le voisinage du méat, contracté six mois avant cette époque, et dont il nous montra la cicatrice.

Nous le demandons, si ces chancroïdes s'étaient montrés peu de temps après le premier chancre infectant, n'aurait-on pas pensé qu'ils étaient la cause de l'infection constitutionnelle? Il n'est pas toujours facile, il n'est pas toujours possible même, lorsqu'un malade a une syphilis généralisée, même récente, de dire exactement à quelle époque remonte la contagion et de quelle forme d'accident primitif elle a été précédée.

Ainsi, en tenant compte, dans cette observation, de la multiplicité des chancres, de leur non-induration, du peu de temps écoulé entre leur manifestation et les accidents secondaires, nous trouvons que conclure qu'ils ont été la cause de l'infection constitutionnelle n'est pas une déduction à l'abri d'une légitime contestation.

Mais laissons ce premier point. Admettons avec M. Cullerier que les cinq chancres non indurés ont été la cause des accidents consécutifs. Pour conclure que ce fait est probant contre la transmission du chancre dans son espèce, il eût fallu prouver rigoureusement, scientifiquement, que les chancres de la malade de Lourcine ne pouvaient provenir que de ceux de notre malade. Or, sur ce point encore il avoue lui-même qu'il n'est pas en mesure de fournir cette preuve.

Ce premier fait que M. Cullerier nous oppose n'a donc réellement pas toute la valeur qu'il a voulu trop facilement, ce nous semble, lui donner. Et d'ailleurs nous recherchons tous les faits généraux, et lorsque ces faits présentent des exceptions nous les acceptons, en n'oubliant pas toutefois que les exceptions ne sont bien souvent que des faits incomplets ou mal observés. Mais n'est-il pas au moins singulier d'entendre M. Cullerier, dans ce même travail, reprocher à M. Ricord de promulguer des lois trop générales, et nous incriminer, nous, d'énoncer des propositions qui ne sont pas absolues, qui souffrent des exceptions ? Cependant, s'il nous permettait de lui rappeler notre mémoire, il verrait que nous avons très explicitement indiqué la possibilité de ces exceptions (page 21), et que nous y avons indiqué comme un sujet d'étude important et nouveau la possibilité de voir exceptionnellement le chancroïde inoculé aux constitutions vierges reproduire le chancre infectant.

Dans cette observation en litige, nous serions presque tenté de désirer qu'il n'existât pas de cause d'erreur et que M. Cullerier eût raison contre nous, car seule elle jugerait un point de doctrine bien important, celui de l'origine syphilitique du chancre non infectant, puisque ce fait serait un exemple de chancroïde ayant donné lieu à la vérole constitutionnelle.

La seconde observation qu'on nous oppose est celle-ci : « Je donne » des conseils, dit M. Cullerier, à un de nos confrères qui est affecté » d'un chancre induré, de roséole et de plaques muqueuses pharyn- » giennes. Je n'ai pas visité la femme qui l'a infecté ; mais ce confrère, » qui avait de bonnes raisons pour fuir un examen attentif, m'assure » de la manière la plus formelle qu'elle n'avait au moment du coït » qu'une ulcération sans la moindre induration locale et sans rien de » bien apparent dans les aines, à ce point qu'il croyait à une simple » affection herpétique de la vulve. » C'est là toute l'observation.

Malgré toute la déférence que nous devons à notre honorable contradicteur, nous sommes forcé de relever un pareil fait et de dire qu'il est d'une nullité absolue, en tant qu'infirmant la transmission du chancre dans son espèce. En effet, le point important dans cette observation n'était pas de savoir et de dire que l'ulcération de la femme était ou n'était pas indurée, puisque M. Cullerier admet dans son rapport « que le chancre le plus simple, le plus exempt d'induration peut être suivi d'accidents constitutionnels », c'est-à-dire être infectant. Ce qui importait surtout, c'était de connaître et de dire si le chancre avait été, oui ou non, un chancre infectant pour la malade. En se taisant sur cette circonstance capitale, on ne peut pas donner ce fait comme un exemple de chancre non infectant ayant donné lieu à un chancre infectant. Il fallait donc, ce nous semble, ou taire cette observation, ou la rendre probante en établissant que le confrère contaminé tenait son chancre infectant d'une femme n'ayant eu, elle, qu'un chancre simple, un chancroïde. Produire un tel fait, n'est-ce pas démasquer la faiblesse de ses preuves, et n'est-on pas tenté de répéter à M. Cullerier ce que lui a déjà dit M. Ricord : « Vous avez entrepris une réfutation pour » laquelle vous n'étiez pas prêt. »

Un troisième et dernier fait nous est objecté. C'est celui d'un jeune homme ayant eu la syphilis constitutionnelle et contractant plusieurs années après un chancre simple qu'il communique à sa femme, et qui est suivi chez celle-ci d'infection constitutionnelle.

M. Ricord a déjà amoindri pour nous la valeur de ce fait en employant le même argument dont se sert souvent M. Cullerier lui-même, celui des infractions au contrat conjugal. Nous demanderons, nous aussi, à M. Cullerier, s'il est en mesure, dans cette observation, de prouver que c'est le mari qui a contaminé sa femme. Il nous répondra par les probabilités, par l'invraisemblance d'un coït étranger chez une femme récemment mariée, appartenant à une famille honorable. Toutes ces raisons sont plausibles, mais ne sont pas des preuves scientifiques, et c'est précisément là ce que dit M. Cullerier quand on lui présente des faits contraires à son opinion sur l'hérédité de la syphilis. Vous vous rappelez, messieurs, que notre honorable confrère n'admet pas qu'un père atteint de syphilis constitutionnelle la transmette héréditairement à ses enfants. Eh bien ! nous observons actuellement, avec M. Cazeaux et M. Cullerier, un enfant qui a été vu aussi par M. Ricord, et chez lequel la syphilis a eu pour nous cette origine paternelle. Que nous objecte M. Cullerier? Il nous dit, contre toute vraisemblance, comme dans son observation, que nous ne sommes pas sûrs de la jeune mère, et qu'elle a pu être contaminée dans des rapports sexuels qu'elle ne peut avouer. Sans doute, et bien malheureusement pour l'étude et l'avancement de la syphilis, les contagions sexuelles fournissent souvent des observations incomplètes ou insuffisantes ; les causes d'erreur y sont nombreuses et fréquentes. Voici un fait, entre autres, bien capable de démontrer combien il est facile d'être induit en erreur sur la transmission du chancre. Nous avons soigné, en 1846, un malade atteint de syphilis constitutionnelle. Il s'est marié il y a deux ans. Vers les premiers jours du mois de juillet dernier, il présenta à notre observation six chancres simples, non indurés, siégeant tous sur le gland. Notre premier soin fut de lui demander s'il avait eu des rapports sexuels avec d'autres femmes que la sienne. Sur sa réponse nettement et vigoureusement négative, nous le rassurons sur la nature de son mal, en conservant, bien entendu, la conviction que notre client était doublement malheureux. Après une quinzaine de jours employés à nous assurer de la nature de ces ulcérations, dont les progrès et la durée ne nous laissèrent plus d'incertitude, nous parvînmes à examiner la femme de ce malade. Elle portait sur la grande lèvre droite une excoriation de l'étendue d'une pièce de deux francs, dure à sa base, accompagnée d'adénites dans les deux aines ; aujourd'hui cette dame est affectée de nombreuses pustules d'impétigo syphilitique. Cette observation est d'une grande importance au point de vue de l'origine du chancre simple. Mais, je vous le demande, si notre malade avait eu des rapports sexuels avec d'autres femmes que la sienne, n'aurait-on pas presque sûrement conclu qu'il avait contracté ses chancres, qui étaient des chancroïdes, avec ces femmes étrangères, et qu'il les avait ensuite transmis à sa femme? D'où l'on aurait conclu que les chancres non infectants d'un mari auraient donné un chancre infectant à une malheureuse et innocente femme.

Je ne conclus pas de cette observation que celle de M. Cullerier est analogue ; je dis seulement qu'une erreur de ce genre est possible, et que dans l'étude de la transmission du chancre dans son espèce il faut, pour utiliser les faits cliniques, être sûr de l'origine du chancre, comme dans ces deux observations, dont je donne ici le sommaire seulement.

Un étudiant en pharmacie, qui vint nous consulter l'année dernière, portait un chancre infectant du pénis. Craignant de le transmettre à une jeune femme dans des rapports sexuels normaux dont il comprenait le danger pour elle, il la contamina cependant dans un de ces rapprochements prévus par les casuistes. Cette jeune femme eut un chancre infectant de la partie interne et supérieure de la cuisse, chancre infectant ayant donné lieu, comme je l'ai remarqué déjà plusieurs fois, non-seulement à la syphilis constitutionnelle, mais encore à la même forme d'accidents consécutifs que ceux de son amant.

Dans un autre fait, que nous trouvons dans la thèse de M. Ladoire-Yver (1854), « un officier en garnison à Paris contracta la vérole par » un chancre infectant de la joue communiqué de la manière suivante : » le barbier du régiment l'avait coupé en le rasant, et, comme c'est » l'habitude dans cette profession, il avait tâché de remédier à sa ma- » ladresse en pressant fortement avec le doigt la plaie qu'il avait ou- » verte. Quelques jours après, un chancre induré s'était déclaré. » M. Ricord, appelé, fit demander le barbier, et celui-ci examiné pré- » senta un chancre de même espèce que celui de l'officier. »

Nous terminerons par la remarque suivante :

L'attention de M. Cullerier est depuis longtemps appelée sur la transmission du chancre dans son espèce, et il vous a dit qu'il croyait ce fait erroné. Si M. Cullerier est arrivé à cette croyance par l'observation des malades, pourquoi nous fournit-il si peu de faits à l'appui de son opinion? Parce qu'il est probable qu'il n'en a pas, ou qu'il les croit insuffisants : ce qui n'établit pas, il est vrai, que nos opinions sont conformes à la vérité, car il ne faut pas penser qu'une idée est juste par la raison qu'on la réfute mal, mais ce qui prouve incontestablement qu'en se hâtant trop dans la discussion d'un point de doctrine, on risque de montrer son insuffisance dans la tâche qu'on a entreprise, et fatalement, par une conséquence qui est dans la logique des choses, l'opinion attaquée se trouve corroborée par cette insuffisance des preuves fournies contre elle.

Cependant ces idées deviennent celles des élèves ; ce qui n'est pas, je le sais, un critérium infaillible de leur valeur ; mais, chose plus importante pour leur avenir, elles commencent à recevoir l'assentiment d'hommes qui, par leur position et par leur mérite, passent justement pour maîtres. Vous avez entendu M. Ricord, vous savez ce qu'en a dit M. Diday son émule en esprit et en science. Deux autres spécialistes distingués, MM. Rodet et Rollet, ne sont pas éloignés de les admettre. M. Rodet a consigné dans la *Gazette médicale de Lyon* (n° 6, 1855) cette phrase, que je recommande à l'attention de M. Cullerier : « Lors- » que j'ai été consulté par deux époux infectés l'un par l'autre, il ne » m'est jamais arrivé de trouver chez l'un un chancre induré et une » syphilis constitutionnelle, et chez l'autre un chancre simple non suivi » d'infection générale. »

Dans le même recueil (n° 2, 1855), M. Rollet déclare que les faits en plus petit nombre qu'il a observés confirment la transmission du chancre dans son espèce. Nous ne doutons pas, messieurs, que, sous le ciel de Paris, les choses se passent comme à Lyon, et les occasions y sont si fréquentes d'étudier ces contagions qu'il y a lieu de s'étonner des incertitudes et des variations de la science sur ce point.

A la suite de cette réponse, M. Clerc a communiqué quelques considérations nouvelles sur le chancre infectant et humide, dont voici le résumé :

Si l'on donne un même nom, celui de chancre, aux ulcérations contagieuses et inoculables des organes génitaux, il faut reconnaître que tous les chancres ne sont pas suivis d'infection constitutionnelle.

Le chancre infectant est le plus ordinairement solitaire ou unique sur un même malade. Sur un nombre total de 267 malades ayant eu des chancres infectants, M. Clerc a trouvé que ce chancre était solitaire ou unique 224 fois et multiple 43 fois seulement. Le chancre infectant solitaire serait donc au chancre infectant multiple comme 8 est à 10.

Le chancroïde est très souvent multiple d'emblée, et s'inocule spontanément, par contagion de voisinage, avec une extrême facilité au malade qui le porte.

Le chancre infectant reste solitaire parce qu'il diathèse très promptement le malade. Le chancroïde, n'étant qu'une affection locale, ne trouve pas l'organisme réfractaire à de nouvelles et nombreuses réinoculations.

Ce qui démontre, suivant M. Clerc, la justesse de cette interprétation, c'est que si on inocule avec du pus de chancre infectant un malade qui porte un chancre de cette espèce, ou un malade qui a la syphilis constitutionnelle, le plus ordinairement l'inoculation est négative, tandis qu'elle réussit si on fait cette inoculation avec du pus de chancroïde ; d'où l'auteur conclut que cette différence d'action du chancre infectant et du chancroïde, inoculés au même sujet (un individu diathésé) et dans le même moment, implique nécessairement une différence de nature dans ces deux ulcérations, d'où il conclut à leur non-identité.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 23 octobre 1855. — Présidence de M. JOBERT (de Lamballe).

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Nomination du bibliothécaire. — M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation d'un arrêté qui nomme M. le docteur René Briau bibliothécaire de l'Académie en remplacement de M. Ozanam, démissionnaire.

— M. le ministre du commerce transmet :

Épidémies. — 1° Les rapports de M. le préfet du département du Nord sur le service des épidémies dans son département en 1854 (commission des épidémies) ;

Choléra. — 2° Une notice de M. le docteur Dechaud sur le choléra qui a régné à Montluçon en 1854-55 (commission du choléra de 1854) ;

Vaccine. — 3° Les tableaux des vaccinations pratiquées en 1854 dans les départements de l'Aube, des Basses-Pyrénées, de Loir-et-Cher, de la Mayenne, de Saône-et-Loire, de l'Indre et des Pyrénées-Orientales (commission de vaccine).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Section sous-cutanée des rétrécissements de l'urètre. — M. Jules Guérin dépose au nom de M. le docteur H. Dick (de Londres) un mémoire intitulé *De la section sous-cutanée des rétrécissements de l'urètre.* (Commissaires : MM. Jobert et J. Guérin.)

De l'éponge au point de vue pharmaceutique. — M. Jourdain, pharmacien, adresse un mémoire ayant pour titre : *De l'éponge au point de vue pharmaceutique.* (Commissaires : MM. Chatin et Bouchardat.)

Accouchement prématuré artificiel. — M. Krause, professeur à Dorbak, adresse une lettre relative à l'accouchement prématuré artificiel. (Commissaire, M. Danyau.)

Traitement des plaies par la glycérine. — M. le docteur Demarquay adresse la lettre suivante, sur les avantages des pansements des plaies par la glycérine :

« Je viens appeler un instant l'attention de l'Académie sur une substance qui me paraît susceptible de quelques applications nouvelles ; je veux parler de la glycérine.

» Cette substance est depuis longtemps connue des chimistes. M. Chevreul, qui en a fait une étude spéciale, lui a donné le nom qu'elle porte actuellement. L'année dernière, M. Cap a publié à son occasion deux mémoires dans lesquels, après avoir étudié ses qualités physiques et chimiques, il a cherché à déterminer les applications heureuses qu'on en pourrait faire à la médecine et à la pharmacie.

» Plusieurs praticiens distingués d'Angleterre et de France l'ont employée dans le traitement de diverses affections médicales ; mais jusqu'à ce jour, les chirurgiens l'avaient négligée.

» Cependant, en réfléchissant aux propriétés physiques et chimiques qui appartiennent à cette substance, il me semblait qu'elle pourrait

être de quelque utilité dans le pansement des plaies ; aussi me suis-je hâté de mettre à profit mon séjour à l'hopital Saint-Louis pour faire quelques essais dans le service de M. le professeur Denonvilliers, momentanément confié à mes soins.

» Parmi les malades que j'ai eus à traiter, quelques-uns ayant été pris d'une complication grave des plaies, la pourriture d'hôpital, je fis d'abord usage des moyens énergiques par lesquels cette affection est ordinairement combattue, c'est-à-dire de l'acide citrique, de l'acide nitrique et du fer rouge, mais en vain. J'eus recours alors à la glycérine, et en vingt-quatre heures les plaies avaient changé d'aspect ; la fièvre tombait, et bientôt la guérison s'accomplissait sous nos yeux. Vivement frappé de ces faits, ainsi que les personnes attachées au service, je résolus de poursuivre mes recherches et d'appliquer la glycérine au traitement des plaies ordinaires. En conséquence, tous les blessés du service furent pansés avec la glycérine, et voici ce qu'il nous fut donné de constater.

» Les plaies soumises à ce mode de pansement ont un aspect rosé, et se maintiennent si propres qu'on est dispensé de les laver et de recourir à la spatule pour enlever le coagulum de cérat et de pus qui rend le pansement actuel des plaies long et douloureux. Les linges enduits de glycérine se lèvent avec la plus grande facilité ; de plus, cette substance modère la suppuration, ainsi que j'ai pu m'en assurer sur un certain nombre de malades soumis avant l'emploi du nouveau mode de pansement à l'usage du cérat. Les bourgeons charnus eux-mêmes restent très peu développés, et n'ont pas besoin d'être réprimés par la pierre infernale. Ajoutez à ces avantages celui de rendre les pansements doux et agréables au malade, et d'activer d'une manière notable la cicatrisation des plaies. Toutes ces circonstances ont été constatées par M. le professeur Denonvilliers, et c'est avec l'appui de son nom que j'ai l'honneur d'apporter devant l'Académie les résultats de mes recherches. J'espère, dans un temps prochain, être en mesure de porter à la connaissance des membres de l'Académie d'autres faits et quelques expériences nouvelles entreprises de concert avec cet habile professeur.

» La manière d'appliquer la glycérine au pansement des plaies est des plus simples. Un linge fenêtré trempé dans cette substance est placé sur la plaie qu'il recouvre largement ; un peu de charpie est appliquée sur le linge ; le tout est recouvert d'une compresse et d'une bande. Le lendemain, le linge s'enlève sans douleur, sans difficulté, et laisse voir une plaie rosée, propre, à peine recouverte de pus. »

M. Londe, à cette occasion, cite l'exemple d'un pharmacien, qui, étant atteint d'un eczéma avec prurit très intense, fut immédiatement soulagé par la glycérine.

DISCUSSION.

Séton. — L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le séton. La parole est à M. Gerdy.

M. Gerdy. L'origine du séton se perd dans la nuit des temps ; il était très en usage dans la médecine des anciens ; mais la question historique importe peu ; ce qui importe, c'est de savoir ce que l'on peut attendre dans la pratique de l'usage de cet exutoire.

Les sétons ne sont pas sans inconvénients ; M. Bouvier l'a dit, je l'ai dit aussi en quelques mots dans la dernière séance ; ils ont l'inconvénient de produire dans quelques cas des accidents de voisinage qui s'étendent parfois jusque dans les yeux et les oreilles. Or, comme c'est pour des maladies des yeux qu'on les applique le plus ordinairement, il en résulte, lorsque ces accidents de voisinage se manifestent, que les sétons vont contre le but qu'on s'en proposait ; ils accroissent le mal au lieu de le diminuer. Ces faits avaient besoin d'être signalés, parce qu'ils sont peu connus et qu'ils ne sont cependant pas très rares. Que les petits sétons aient sous ce rapport moins d'inconvénients, je le crois sans peine ; il est tout simple que, plus ils sont gros, plus le danger est grand, et réciproquement plus ils sont petits, moins ils doivent être à craindre. Aussi suis-je assez disposé à croire avec M. Bouvier qu'il n'y a réellement aucun inconvénient à essayer d'abord les petits sétons, sauf à en augmenter graduellement le volume s'ils se montrent insuffisants. Quant à leur efficacité, je ne suis pas en mesure de dire ce qu'on en peut attendre, ne les ayant pas essayés.

Je n'en dirai pas autant des gros sétons. A cela près des accidents de voisinage qu'ils peuvent produire quelquefois, leur efficacité ne me paraît pas douteuse. M. Malgaigne demande des preuves. Il est clair que des preuves rigoureuses qui donnent une certitude, il n'y en a point. Ce n'est tout au plus que sur un calcul de probabilités qu'on peut les fonder. La médecine tout entière en est réduite là. Nous ne connaissons pas un remède qui guérisse cent fois sur cent. Une autre raison qui rend très difficile la démonstration de l'efficacité du séton, c'est qu'il est rare qu'on l'emploie seul, et que, lorsqu'on a concurremment recours à d'autres moyens de traitement, il devient presque impossible de distinguer ce qui appartient au séton de ce qui doit être attribué aux autres moyens.

Ce que je dis du séton s'applique également aux autres exutoires. S'il m'est permis d'invoquer une expérience personnelle, je rappellerai qu'en 1816, me préparant à un concours, je fus pris d'une maladie articulaire extrêmement violente. Après avoir employé vainement plusieurs moyens, le mal allant toujours croissant et les douleurs devenant intolérables, je me fis appliquer un moxa. A dater de ce moment, les douleurs se dissipèrent complétement et l'inflammation commença peu à peu à se résoudre. J'ai eu l'occasion d'observer depuis quatre faits semblables. Et qui ne connaît, d'ailleurs, les effets merveilleux de la révulsion ! Il ne me paraît pas possible de jeter là-dessus du doute et de l'obscurité. Or le séton, le moxa, le cautère sont autant d'agents divers de la révulsion. Je ne crois donc pas que le séton doive être proscrit de la pratique, malgré les inconvénients que j'ai signalés tout à l'heure. Le séton peut rendre, en effet, de grands services ; et quant à ces inconvénients, c'est au praticien à en prévenir les suites en ne s'obstinant pas, comme on le fait trop souvent, à les maintenir alors qu'ils ne font que du mal. Je n'hésite pas à dire que dans ce cas les inconvénients du séton doivent être imputés au médecin lui-même. En résumé, il faut recourir au séton, mais avec mesure et en suivant avec attention ses effets.

M. Malgaigne. J'ai cru voir dans le mémoire de M. Bouvier deux questions : une très petite et une très grande. La petite question est la substitution du petit séton, ou séton perfectionné, au gros séton. La grande question est celle de l'efficacité du séton considérée d'une manière générale. C'est de cette grande question seulement que je me suis préoccupé lorsque j'ai pris la parole. J'ai commencé par dire que les observations de M. Bouvier ne prouvaient pas grand'chose. M. Bouvier a dit que je ne l'avais pas compris, et que lorsqu'il a fait défiler devant vous les enfants porteurs de ses sétons perfectionnés, c'était moins pour prouver leur efficacité que pour montrer qu'ils portaient ces sétons avec aisance. Mais pour prouver même ce point, il aurait fallu au moins que M. Bouvier fît défiler devant vous d'autres enfants portant de gros sétons afin que nous puissions juger s'ils ne les portaient pas avec la même aisance.

J'ai déjà fait remarquer que les petits sétons se trouvent partout ; ils sont indiqués dans les auteurs du quatorzième siècle. M. Desportes a rappelé qu'il en avait fait usage lui-même il y a déjà longtemps : je n'insiste pas sur ce point.

Je passe à une chose plus importante et qui domine toute la pratique de la chirurgie et même de la médecine, je veux parler des exutoires à demeure en général ; mais comme ce sujet m'entraînerait trop loin, je me bornerai pour le moment à parler du séton.

J'ai déjà dit que j'avais voulu voir par moi-même les effets du séton, et que, n'en ayant rien observé de bon, j'avais fait des recherches dans les auteurs pour voir quelle est son origine et ce qu'il est possible de tirer des faits qui s'y trouvent consignés. Dans l'exposé historique rapide que j'ai exposé, M. Bouvier a trouvé à relever une erreur d'interprétation que j'avais commise ; c'est un service qu'il m'a rendu, je l'en remercie, mais je le lui rendrai bientôt.

M. Malgaigne se livre ici à une longue et piquante dissertation historique pour démontrer que ni dans Hippocrate, ni dans Galien, ni longtemps après eux, il n'est possible de trouver aucune trace de séton. Ce qui a pu donner le change à cet égard à M. Bouvier, c'est qu'il a pu trouver dans ces auteurs l'indication de diverses pratiques qui ont plus ou moins d'analogie avec le séton, mais qui n'étaient nullement conçues dans le même but. A ce compte, on en trouverait l'origine dans la Genèse. Mais personne n'a jamais eu l'idée d'appeler cela des sétons et de rattacher à la théorie de la révulsion des pratiques conçues en vue d'usages tout à fait différents. C'est tout au plus si l'on pourrait faire remonter l'origine du séton aux premiers vétérinaires, et encore, si l'on cherchait à interpréter le but qu'ils se proposaient, on aurait quelque peine à y trouver l'idée véritable du séton.

Il en est de même pour les Arabes, chez lesquels M. Bouvier a voulu trouver aussi l'usage du séton. On trouve dans les œuvres de Rhazès, le meilleur des auteurs arabes, un petit livre intitulé *De cauteriis*, mais il n'y est nullement question du séton ; et le mot *setorium*, qui s'y trouve, a évidemment donné le change à M. Bouvier ; car on ignore, en réalité, ce que représente ce mot.

Il faut arriver au quatorzième siècle pour voir paraître pour la première fois le séton : c'est Guy de Chauliac qui en parle le premier. Le séton a-t-il eu depuis un grand nombre d'adhérents ?

M. Malgaigne parcourt successivement le quatorzième, le quinzième, le seizième, le dix-septième et le dix-huitième siècle, et arrive jusqu'au dix-neuvième, concluant que dans tous les temps, depuis Guy de Chauliac jusqu'à nous, le séton a eu également des partisans et des détracteurs.

Ayant demandé aux partisans du séton les preuves des succès qu'ils prétendent avoir obtenus, voici, dit-il, quelle a été leur réponse :

Dans le principe, on se servait, pour pratiquer le séton, d'un fer rouge. A. Paré, le premier, substitua au fer rouge l'aiguille. Fabrice de Hilden, celui qui guérit sa fille, ainsi que l'a dit M. Bouvier, se servit de l'aiguille, trouvant le fer rouge très mauvais. Glaize, qui a fait depuis (en 1789) un ouvrage spécial sur le séton, dit que l'un et l'autre lui font horreur.

Voilà pour les opinions ; mais voyons les faits.

M. Velpeau a dit avec beaucoup de raison qu'il ne faut pas toujours demander des observations, et que lorsqu'un homme comme A. Paré dit qu'il a obtenu des succès de l'emploi de tel moyen, il faut l'en croire. Oui, sans doute, et j'y suis tout disposé pour mon compte ; mais lorsque je vois A. Paré me dire qu'il réussit toujours, je cesse de le croire, parce que cela n'est pas croyable, cela n'est pas possible, parce que c'est en contradiction formelle avec tout ce que nous avons vu depuis. Je suis ici de l'avis de M. Gerdy ; il faut se contenter d'une probabilité, mais on ne doit, en médecine, jamais prétendre à la certitude.

Il en est de même de Fabrice d'Aquapendente cité encore complaisamment par M. Bouvier. Il n'y a qu'à lire ses observations, et voir qu'il applique le séton à une foule d'affections diverses et les plus différentes par leur nature pour se convaincre qu'il lui a été impossible de se faire une idée nette des résultats qu'il a observés.

De même pour Fabrice de Hilden, pour Marc-Aurèle Séverin ; de même pour Glaize, de même enfin pour Boyer, dont les observations succinctes ne prouvent absolument rien.

Enfin, si nous arrivons au moment actuel, nous nous trouvons en présence de l'autorité de M. Bouvier, qui a certainement sa valeur. M. Bouvier, dans son enthousiasme et sa reconnaissance pour le séton, est monté au Capitole, mais l'Académie ne l'y a pas suivi. Remarquez ici l'ingratitude et l'inconséquence de M. Bouvier : c'est au gros séton classique qu'il a dû sa guérison, et aujourd'hui il le repousse pour lui substituer le petit séton perfectionné que vous savez.

Ce n'est pas au Capitole qu'il faut aller, mais à Notre-Dame de Lorette, où, parmi les ex-voto appendus par les malades reconnaissants, je ne serais pas étonné peut-être de trouver un jour le séton de M. Bouvier.

J'ai eu affaire, ajoute M. Malgaigne, à un contradicteur que je n'aime pas en général à avoir contre moi. M. Velpeau, parvenu au troisième âge de la carrière chirurgicale, cherche à réhabiliter le séton, qu'il avait condamné dans les âges précédents. Mais sur quelles indications se fonde-t-il ? Il réserve le séton pour les cas où il n'y voit pas plus clair lui-même que les malades. Ne savez-vous à quoi vous avez affaire ? vous passez un séton. C'est une dernière ressource. Je voudrais cependant bien savoir, quand je fais quelque chose, pourquoi je le fais. Avant de passer un séton, je me ferais ces questions : Que vas-tu faire ? pourquoi le fais-tu ? qu'en espères-tu ? Ce que je vais faire, je n'en sais rien ; pourquoi ? je l'ignore. Ce que j'en espère, je ne le sais pas davantage. J'avoue que je ne vois rien là de bien convaincant.

En résumé, si je me demande ce qu'on a obtenu du séton, je ne trouve que les observations des anciens, que je récuse ; et quant aux faits nouveaux, je n'en connais pas encore un qui soit probant. On a parlé de la révulsion. Je demanderai de quelle révulsion on veut parler. Est-ce de la révulsion de la médecine antique ? Je la nie. Il n'y a dans Hippocrate qu'un seul aphorisme, connu de tous : « *Duobus doloribus simul obortis, vehementior obscurat alteram.* » Oui, pour la douleur cela est vrai ; mais pour la douleur seulement. A cela près, la révulsion est à mes yeux un mot vide de sens.

M. Bouvier demande la parole.

M. le président engage M. Bouvier à réserver ce qu'il a à dire pour la séance prochaine, l'Académie devant se former en comité secret.

M. Bouvier insiste. Il n'a qu'un mot à dire en réponse à une insinuation personnelle, ne voulant pas rester sous le coup de ce que cette insinuation aurait de désobligeant pour lui.

M. Malgaigne. S'il y a dans ce que j'ai dit quelque chose qui ait pu paraître blessant à M. Bouvier, je déclare que je le retire immédiatement.

M. Bouvier. J'accepte cette rétractation ; mais il reste une équivoque que je tiens à faire cesser. Il résulterait d'un passage du discours de M. Malgaigne, qu'après avoir annoncé des observations à l'appui de l'efficacité du séton, je serais convenu ensuite que ces observations ne prouvaient rien. Les observations que j'ai présentées étaient pour la plupart incomplètes au moment où j'ai lu mon mémoire ; quelques-unes ont été complétées depuis, et je m'engage à en faire connaître le résultat à l'Académie. (Très bien !)

— Il est quatre heures et demie ; l'Académie se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le docteur Rayer, membre de l'Institut, est nommé membre et président du comité consultatif d'hygiène publique, en remplacement de M. Magendie.

— Le *Moniteur* contient la liste des personnes qui, par décret du 5 octobre, ont été autorisées à porter les décorations qui leur ont été conférées par des souverains étrangers. Nous y remarquons les noms de plusieurs de nos confrères, savoir : MM.

Hutin, médecin principal à l'hôtel des Invalides, ordre d'Isabelle-la-Catholique (commandeur) ;

Ricord, chirurgien de l'hôpital du Midi, ordres des Saints-Maurice et Lazare de Sardaigne (commandeur), et du Sauveur de Grèce (officier) ;

Gouraud, agrégé à la Faculté de Paris, ordre de Saint-Grégoire-le-Grand (chevalier) ;

Geoffroy, médecin aide-major au 89e de ligne, ordre de Saint-Grégoire le Grand (chevalier) ;

Ribat, chirurgien auxiliaire de la marine, ordre de François Ier des Deux-Siciles (chevalier) ;

Nansot, chirurgien auxiliaire de la marine, ordre de Notre-Dame-de-la-Conception de Villa-Viçosa de Portugal (chevalier).

— L'examen de sortie des médecins stagiaires, appelés à l'Ecole impériale de médecine et de pharmacie militaires par décision du 1er mars dernier, s'est ouvert le 6 août. Il vient de se terminer. Sur les soixante-trois candidats qui y ont pris part, cinquante-six ont été reconnus aptes au grade de médecin aide-major de 2e classe.

Onze d'entre eux n'ont pas encore justifié de leur réception au doctorat. Placés dans les hôpitaux les plus plus voisins des Facultés de médecine de Strasbourg et de Montpellier pour faciliter leur réception, ils ne seront définitivement classés parmi les aides-majors commissionnés qu'au fur et à mesure de la production du certificat constatant leur réception. Voici leurs noms :

MM. Millet, Avice, Goguel, Tarneau, Thémoin, Chartier, Jean, Buffé, Manoha, Rendu, Janvier.

Les quarante-cinq docteurs dont les noms suivent ont été commissionnés médecins aides-majors par décision du 5 octobre, savoir :

MM. Baudoin, Dauvé, Villain, Hamel, Leconte, Poupelard, Hatry, Leker, Bock, Drouet, Fossard, Sala, Bouquerot, Fargues, Leuduger-Fortmorel, Lafforgue, Combes, Bonnaud, Durand, Vizerie, Mercadier, Haran, Roy, Waeterloot, Teinturier, Gauvain, Balley, Goupil, Andant, Ladoise, Sifflet, Pitou dit Balme, Villalon, Chevassu, Desterne, Roussel, Roche, Bouland, Masson, Vizy, Lacome, Guirard, Guérin, Théron, Serin.

— Cent cinquante et un candidats pour l'admission aux emplois de médecins et de pharmaciens sous-aides se sont présentés (91 médecins et 60 pharmaciens) ; mais cent treize seulement (67 médecins et 46 pharmaciens) ont atteint ou dépassé dans leurs épreuves le chiffre scientifique d'admissibilité (414 points).

En conséquence, les cinquante et un médecins et les quarante-quatre pharmaciens dont les noms suivent ont seuls été commissionnés médecins ou pharmaciens sous-aides par décision du 10 octobre :

Médecins. — MM. Giard, Lavoye, Gassaud, Laguens, Ricouart, Féron, Lecadre, Esparbès, Labat, Arnould, Patin, Ménard, Hévin, Massaloux-Savergnac, Ollier, Champenois, Majesté, Fauque, Porez, Vincent, Jacob, Debaussaux, Fontan, Marteau, Naïl, Larthe, Jammes, Gobil, Rollin, Sandras, Bazoche, Le Pelletier, Bourot, Quintard, Buez, Grazais, Hédoin, Delange, Imberdis, Weil, Servent, Pelous, Bouillancy, Thomas, Cazeneuve, Bernard, Bordères, Janson, Chauvet, Hubert de Sainte-Croix, Mathis.

Pharmaciens. — MM. Fleury, Pons, Herbinet, Bernard, Raimbault, Verrier, Buisson, Aubrit, Babeau, Liénart, Catenac, Gilet, Pellet, Arnaud, Renault, Humblot, Dauzats, Cothon, Jeunet, Marty, Thomas, Kablé, Riester, Arrufat, Lelut, David, Gallimard, Daviot, Dreyer, Legrand, Roussel, Fabre, Ceisson, Villedon, Sohet, Geoffrion, Paul, Judicis, Condamy, Morin, Chopard, Bergeron.

— MM. les professeurs particuliers qui feront des cours cet hiver à l'Ecole pratique sont invités à se réunir samedi prochain, 27 courant, à quatre heures, dans l'amphithéâtre n° 3 de ladite Ecole, pour prendre des arrangements relatifs à l'éclairage et au chauffage des amphithéâtres.

Le Gérant.
Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 126. — SAMEDI 27 OCTOBRE 1855. (28e ANNÉE.) N° 126. — SAMEDI 27 OCTOBRE 1855.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De l'influence du système nerveux dans les maladies cutanées en général, et en particulier dans les affections papuleuses.

Bien que l'esprit qui guide en général les médecins d'aujourd'hui dans l'étude et la pratique des maladies cutanées soit également éloigné des exagérations des anciennes doctrines qui les ramenaient toutes à des dyscrasies humorales, et de l'étroitesse de vue de l'école localisatrice moderne, qui n'y voit que l'altération locale des divers éléments anatomiques de la peau, cependant l'influence de cette dernière n'est pas encore si bien éteinte dans l'esprit de beaucoup de praticiens, qu'il ne nous paraisse utile, toutes les fois que l'occasion s'en présente, de rappeler les faits susceptibles de mettre en évidence la relation qui existe entre un grand nombre d'affections cutanées et les affections générales ayant leur source soit dans le système général des forces, soit dans l'un des grands systèmes de l'économie. Personne n'ignore que la plupart des maladies éruptives aiguës sont sous l'influence d'un état fébrile général qui est l'état prédominant et la source des indications thérapeutiques les plus importantes. Mais on oublie trop souvent qu'il en est de même d'un grand nombre d'éruptions apyrétiques par rapport à d'autres états morbides généraux. C'est sur une des applications de ce principe de pathologie générale que nous nous proposons d'appeler un instant l'attention de nos lecteurs; nous voulons parler de l'influence du système nerveux dans certaines maladies cutanées.

Un jeune médecin de Paris, M. E. Canuet, a fait sur ce sujet de très intéressantes recherches cliniques, dont les résultats sont consignés dans sa thèse récemment soutenue.

Voici à cet égard quelques-unes des observations qu'il a faites dans plusieurs services hospitaliers, et particulièrement dans les services spéciaux des maladies cutanées de l'hôpital Saint-Louis, où il a passé plusieurs années en qualité d'interne.

Ayant été frappé, pendant son séjour à cet hôpital, de la fréquence des affections papuleuses de la peau, M. Canuet, après en avoir attentivement étudié la marche, a été amené par les résultats de ses recherches à considérer les deux affections qui constituent ce groupe des maladies cutanées, le lichen et le prurigo, comme de véritables *névroses* de la peau. Si, ne s'en tenant pas à la manifestation purement extérieure de la maladie, à l'éruption proprement dite, on rapproche les autres symptômes de ces deux affections qui présentent de si grandes ressemblances entre elles, des maladies classées par tous les auteurs dans l'ordre des névroses, on ne peut s'empêcher de reconnaître avec notre jeune confrère qu'il existe entre ces deux groupes les plus grandes analogies.

On voit en effet, d'une part, que les deux maladies cutanées en question, le lichen et le prurigo, sont parfaitement semblables entre elles par les symptômes qui précèdent et ceux qui suivent l'éruption, et qu'elles ne diffèrent que par les caractères de cette éruption, qui offre elle-même cela de commun dans l'une et dans l'autre, de n'être que d'une importance secondaire et de manquer même quelquefois, sans que pour cela tous les autres symptômes se soient manifestés avec moins d'intensité.

On voit, d'un autre côté, que ces symptômes généraux, par lesquels ces deux maladies se ressemblent tant, rentrent parfaitement dans les caractères habituels des névroses. Enfin, et c'est là peut-être ce qui resserre le plus l'analogie que M. Canuet a cherché à établir, on voit les mêmes causes amener tantôt le lichen, tantôt le prurigo, quelquefois les deux éruptions en même temps sur le même individu, et ces causes n'être en définitive autres que celles qui donnent le plus habituellement naissance aux névroses, avec lesquelles il n'est pas rare de voir alterner ou coïncider l'une des deux maladies éruptives en question.

C'est sous ce dernier rapport, en particulier, que les recherches de M. Canuet nous ont paru intéressantes. Il résulte, en effet, des nombreuses observations qu'il a recueillies à Saint-Louis, que le lichen et le prurigo sont très souvent le résultat d'une cause morale; qu'on les observe le plus habituellement sur des sujets d'un tempérament nerveux et d'un caractère très impressionnable, chez les femmes, en particulier, et presque toujours à l'âge adulte. Dans près de la moitié des cas, il a pu faire remonter l'origine de l'éruption papuleuse à une vive émotion. Chez les hommes, elle avait été occasionnée par une dispute ou par des intérêts gravement compromis qui avaient donné aux malades des sujets de vives préoccupations. D'autres fois, c'était un sinistre qui avait précédé d'un jour ou de quelques heures seulement l'apparition de la maladie. Chez les femmes, dix fois sur quinze, c'était une vive contrariété ou une frayeur subite qui avait fait naître le lichen ou le prurigo.

Dans le lichen et le prurigo, on voit presque toujours l'éruption ne venir que consécutivement, n'être que le dernier symptôme, ou manquer même quelquefois, tandis que tous les autres symptômes existent; dans un grand nombre de cas, elle n'est pas en rapport avec l'intensité du prurit et de l'hyperesthésie de la peau, qui en constitue le symptôme le plus constant.

Le lichen est souvent précédé ou accompagné de troubles nerveux des autres organes, tels que gastralgie, migraine, hystérie, etc. C'est encore un fait qui résulte des observations de M. Canuet, et qui milite avec les précédents en faveur du point d'étiologie qu'il s'est proposé de démontrer. Ainsi, il a rencontré souvent avec le lichen, surtout chez les femmes, l'ensemble des phénomènes nerveux viscéraux dont M. Valleix avait si bien démontré la concomitance habituelle avec les névralgies. Ici ce sont des douleurs névralgiques, une sciatique, qui est remplacée par une hyperesthésie de la peau et un prurigo; là c'est un lichen agrius qui coïncide avec un tic douloureux; une autre fois, c'est une jeune femme qui est prise tout à coup, au milieu de la santé la plus florissante, d'une paraplégie avec analgésie et anesthésie complètes, et qui recouvre tout à coup la sensibilité et le mouvement dans les membres inférieurs, en même temps qu'elle est prise d'une urticaire des plus intenses avec un violent prurit.

La marche du lichen est tout à fait la même que celle des névroses. C'est le même mode de développement plus ou moins brusque, la même influence de la part des variations atmosphériques sur l'intensité des douleurs, la même marche paroxystique, parfois franchement périodique, et la même terminaison, tantôt lente et graduée, d'autres fois rapide et presque instantanée sous l'influence d'une maladie aiguë intercurrente.

Enfin il existe entre les troubles nerveux du côté de la peau et certaines affections des centres nerveux une coïncidence assez fréquente pour qu'on puisse y voir jusqu'à un certain point une relation de solidarité.

Cette solidarité pathologique que M. Canuet a été conduit à admettre, d'après ses observations, entre les maladies éruptives papuleuses et toute la classe des névroses, n'a pas seulement à nos yeux l'intérêt d'une question nosologique; il y a au bout de ces observations des applications et des déductions pratiques que nous tenons plus particulièrement à faire ressortir.

On comprend, en effet, que si cette manière de voir est fondée, elle conduit naturellement à diriger l'attention du praticien vers l'élément nerveux, et à lui faire chercher ses agents thérapeutiques dans la catégorie des médications calmantes et antispasmodiques. C'est ce que justifie encore l'expérience, heureusement d'accord ici avec la théorie.

Les observations de M. Canuet prouvent effectivement que la médication calmante et antispasmodique, consistant en topiques émollients, en bains simples ou d'amidon, en tisanes rafraîchissantes acidées, en pilules d'extrait d'aconit, de Méglin, de belladone, de stramonium, etc., est en général la meilleure, c'est-à-dire la plus sûre et la plus prompte dans ses résultats.

Sur les effets des petits cautères volants dans les arthrites aiguës ou chroniques.

La discussion actuellement engagée devant l'Académie de médecine sur les sétons et sur les exutoires en général, va naturellement appeler l'attention des praticiens sur l'action de ces moyens, que chacun emploie journellement sur la foi de l'expérience d'autrui ou de la sienne propre, sans trop songer à recueillir des observations en témoignage d'une efficacité qu'on ne mettait pas en doute. La suspicion qui vient d'être jetée sur leur utilité, et les exigences nouvelles que l'on évoque en matière de preuves cliniques, vont

---

EXPOSITION UNIVERSELLE.

PRODUITS PHARMACEUTIQUES ET PRODUITS CHIMIQUES EMPLOYÉS EN MÉDECINE.

(Deuxième article).

Voici bien d'autres affaires! Les pharmaciens ne sont pas, à ce qu'il paraît, gens fort endurants, *genus irritabile*. Notre premier article sur l'Exposition, dans lequel nous nous étions permis quelques réflexions critiques, n'a pas été du goût de tout le monde, et nous avons reçu à son occasion une lettre anonyme où l'on ne nous prodigue pas les compliments. L'auteur nous paraît fâché si rouge que nous sommes convaincu d'avoir mis le doigt sur une des plaies honteuses de la profession : sa colère ne nous empêchera pas de continuer notre revue.

M. Tissier, propriétaire de l'usine du Conquet (Finistère), prépare sur une vaste échelle tout ce qui se rattache à l'iode et au brôme; les iodures de toute espèce, parmi lesquels nous avons remarqué de fort beaux iodures de mercure, des brômures et de superbes échantillons d'iode pur et de brôme, remplissent cette vitrine, à laquelle des faisceaux de varechs disposés avec goût donnent une certaine élégance. Cette exposition rivalise pour la beauté des produits avec celle de M. Cournerie (de Cherbourg), qui s'occupe de la même spécialité, c'est-à-dire principalement des sels que l'on retire des plantes marines.

Les sels de quinine sont abondamment et, il faut le dire, dignement représentés à l'Exposition. Toutes les armoires des fabricants de produits chimiques d'une certaine importance en contiennent de magnifiques spécimens. On conçoit que nous n'ayons pas l'intention de parler de chacun d'eux en particulier. Aussi nous contenterons-nous de citer ceux qui se sont spécialement adonnés à cette fabrication : MM. Armet, Steinheil et Vivien, successeurs de l'ancienne société Pelletier, Delondre et Levaillant, laquelle avait la première exploité en grand l'alcaloïde du quinquina, et dont le cachet avait une supériorité reconnue sur les marchés du monde entier pour le sulfate de quinine; M. Alfred Labarraque, du Havre, M. Dietrich, MM. Véron et Fontaine, Dubosc, etc. Plusieurs de ces fabricants présentent également une série de composés de quinine et de cinchonine très bien préparés, mais qui n'ont encore qu'un usage fort restreint et en quelque sorte exceptionnel, valérianate, citrate, tannate, etc.

Et, à l'occasion de ce dernier, nous devons dire que nous comprenons peu l'importance que l'on a essayé de lui donner dans ces derniers temps. Insoluble, par conséquent beaucoup moins attaquable par les acides de l'estomac, et conséquemment aussi n'agissant que beaucoup plus lentement que le sulfate; contenant énormément moins de principe actif, puisqu'il ne renferme que 29 pour 100 de quinine, tandis que dans le bisulfate on en trouve 85 pour 100; n'ayant en résumé, d'après les expériences des hommes les plus compétents, et nous citerons M. Briquet, qu'une puissance comme 1 est à 5, comparativement au sulfate, quel avantage a-t-on prétendu lui trouver? La thérapeutique possède un bon médicament, d'une simplicité remarquable, et il faut qu'aussitôt on cherche à le renverser pour lui en substituer un quatre ou cinq fois moins énergique! Il semble, en vérité, qu'il y ait des hommes qui ne prennent plaisir qu'à compliquer et à embrouiller la science.

Nous n'aurons pas le même reproche à adresser à M. Aubergier, qui se présente avec deux produits que la médecine et la pharmacie ont accueillis avec la plus vive reconnaissance. Nous voulons parler du *lactucarium*, ce suc obtenu de la laitue par incisions pratiquées sur la tige, et qui remplace utilement l'antique et inerte thrydace. Nous voulons parler aussi de l'opium indigène, dont la préparation, industrie née d'hier, a déjà tenu la plus grande partie des promesses qu'elle avait faites.

Pour nous, le titre scientifique le plus sérieux de ce chimiste, c'est cette préparation de l'opium indigène qui pourra peut-être un jour, si elle est continuée avec intelligence, nous affranchir d'une partie du tribut que nous payons à l'étranger. La vitrine de M. Aubergier contient des masses de lactucarium sur le bocal desquelles on a eu l'heureuse idée d'inscrire le prix (50 fr. le kilogr.), et de magnifiques échantillons d'opium indigène. Pour ces derniers, il a pris encore une excellente précaution; ç'a été de placer à côté de chaque produit la preuve authentique de sa richesse. C'est ainsi que nous avons vu une coupe contenant 295 grammes de morphine extraits de 5 kilogr. d'opium indigène, soit 5,9 pour 100, richesse égale aux plus beaux opiums de Smyrne; et nous savons que l'honorable pharmacien de Clermont a obtenu quelquefois de plus beaux résultats encore. Voilà de la bonne et vraie pratique et qui fait honneur à M. Aubergier. Il a fait, du reste, pour l'opium et ses préparations de même que pour le lactucarium; il en a marqué le prix de revient d'une part, et de l'autre, le prix commercial. Il est intéressant de pouvoir comparer la valeur vénale de l'opium indigène et de l'opium exotique, et peut-être cette comparaison, que nous croyons être à l'avantage de l'opium indigène, engagera-t-elle quelques cultivateurs à marcher sur les traces de M. Aubergier.

mettre tous les médecins qui ont devers eux des faits plus ou moins probants en demeure de les faire connaître. Nous avons eu l'occasion de voir ces jours-ci, dans un des grands hôpitaux de Paris, plusieurs faits qui seraient de nature à lever toute espèce de doute sur l'utilité et l'efficacité des cautères dans certains cas, si notre opinion n'eût été depuis longtemps fixée sur ce point. Mais ces observations devant intervenir dans la discussion, nous nous abstenons d'en parler aujourd'hui, nous réservant d'y revenir après qu'elles auront été mises au jour. En attendant, nous croyons qu'il ne sera pas sans quelque opportunité de faire connaître deux observations qui nous ont été confiées depuis quelque temps par notre confrère M. Amussat fils. Bien qu'il s'agisse dans ces deux cas de l'action des cautères volants, et non point de celle des exutoires à demeure, plus spécialement mise en cause dans la discussion, nous ne les considérons pas moins comme empruntant à cette circonstance un caractère d'actualité qui vient s'ajouter encore à l'intérêt qu'elles eussent offert en tout temps.

Voici ces deux faits :

Arthrite aiguë du genou; application de petits cautères volants; guérison sans ankylose. — Dans notre numéro du 23 avril 1853, nous avons donné l'observation d'une dame que M. le docteur A. Amussat avait guérie sans ankylose d'une arthrite chronique du genou droit par l'application successive de cautères volants, l'immobilité de l'articulation, et plus tard des douches d'eau salée. Depuis cette époque, Mme F.., avait recouvré complétement l'usage de son membre, lorsque, le 8 décembre 1853, elle fit une chute dans un escalier très étroit, et l'articulation primitivement affectée fut soumise à une extension forcée. Elle éprouva tout d'abord une vive douleur; néanmoins elle voulut continuer son service pendant toute la journée. Le lendemain, notre confrère vit la malade; le genou droit, plus volumineux que le gauche, était rouge à la partie interne, douloureux à la pression et surtout lorsqu'elle essayait de faire quelques mouvements. Il conseilla un purgatif et l'application de cataplasmes. Deux jours après, la malade n'éprouvant pas de soulagement et fléchissant déjà instinctivement la jambe sur la cuisse, il fit placer le membre dans une gouttière droite en zinc, bien rembourrée à l'intérieur, et l'y assujettit à l'aide de deux courroies placées l'une au-dessus, l'autre au-dessous de l'articulation; de plus, il appliqua immédiatement un petit cautère volant à la partie interne du genou, vis-à-vis le point où la malade éprouvait le plus de douleur. Il prescrivit de prendre chaque semaine un grand bain alcalin, une bouteille d'eau de Sedlitz, et de garder le lit.

Le 15 et le 24 décembre, notre confrère appliqua chaque fois un petit cautère volant au voisinage du premier.

Vers le milieu du mois de janvier 1854, Mme F... n'éprouvant plus qu'une faible douleur dans le genou, il lui fut permis de se lever, en ayant toujours sa gouttière et en évitant de se fatiguer. Au commencement de février, un peu de douleur se fit sentir dans l'articulation; convaincue du soulagement produit par les cautères volants posés précédemment, elle demanda qu'on lui en appliquât un quatrième, ce qui fut fait le 7 de ce mois.

Au commencement du mois de mars, toute douleur ayant disparu dans le genou, M. Amussat lui permit de quitter la gouttière pendant la nuit et de reprendre peu à peu son service, en ayant soin de mettre la gouttière en se levant et de la quitter en se couchant. Outre l'avantage d'empêcher la flexion du membre, Mme F... trouvait qu'elle lui donnait plus de confiance pour marcher, le membre droit lui paraissant plus faible que le gauche. A la fin du mois, elle quitta sa gouttière et put reprendre complétement ses occupations. Vingt bains de mer pris au mois d'août 1854 ont achevé sa guérison, et actuellement elle n'éprouve plus aucune douleur dans le genou droit, et se sert aussi librement du membre droit que du gauche.

— Dans l'observation suivante, le résultat est moins complet, bien que l'action des cautères n'ait pas été moins évidente; mais il y a à tenir compte de l'ancienneté et de la gravité beaucoup plus grande de l'affection.

Arthrite chronique du genou; applications successives de petits cautères volants; guérison avec ankylose de l'articulation. — Mlle L..., âgée actuellement de seize ans et demi, d'une constitution scrofuleuse, mais ayant toujours habité des appartements secs, et se trouvant du reste dans de bonnes conditions hygiéniques, vint consulter MM. Amussat au mois de janvier 1848.

A l'âge de six ans et demi, Mlle L..., ayant fait une chute sur un trottoir, se heurta violemment le genou gauche, qui devint le siége d'une inflammation assez grave. Du repos, des cataplasmes, des bains améliorèrent l'état de l'articulation sans amener de guérison. Des frictions faites avec la pommade d'hydriodate de potasse semblèrent développer un surcroît d'inflammation, qui fut calmée par des cataplasmes de feuilles de bardane bouillies. D'autres moyens médicaux n'amenèrent pas une amélioration bien notable; l'enfant boitait toujours; son genou, qui augmentait de volume sous l'influence de la fatigue, diminuait par le repos, mais était toujours plus volumineux que le droit.

Au commencement de décembre 1847, Mlle L... fit une nouvelle chute; l'arthrite chronique repassa alors à l'état aigu, et la position de l'enfant parut si grave que sa mère consulta deux chirurgiens, qui lui firent entrevoir l'amputation comme seul moyen de guérison; cette opération fut rejetée d'une manière absolue.

A la fin du mois de janvier 1848, MM. Amussat virent la malade; à cette époque, elle ne pouvait plus marcher; l'articulation tibio-fémorale gauche était alors beaucoup plus volumineuse que la droite, rouge, très sensible à la moindre pression, la jambe fléchie à angle droit sur la cuisse, et la santé de l'enfant profondément altérée.

Après avoir examiné avec soin la malade, M. Amussat père conseilla l'immobilisation du membre dans une gouttière, l'application successive de petits cautères volants sur l'articulation, et un régime tonique en rapport avec la constitution de la malade.

Dans les premiers jours de février, la jambe ayant été placée dans une gouttière coudée, on appliqua sur l'articulation deux cautères volants de la largeur d'une pièce de 20 centimes.

Pendant les mois de février, mars et avril, on fit tous les huit jours une application de deux petits cautères volants. Vingt petits cautères volants, que l'on pansait simplement avec un morceau de diachylon, furent ainsi appliqués. L'enfant fut de plus soumis à un régime tonique et à l'usage de deux bains sales par semaine.

Sous l'influence de ce traitement, la santé s'améliora sensiblement; le genou gauche diminua graduellement de volume, perdit sa rougeur et sa sensibilité morbides, et au mois de mai Mlle L... parut assez bien sous tous les rapports pour qu'on ne jugeât pas utile de continuer le traitement local. Elle partit alors pour la campagne. L'angle que la jambe faisait avec la cuisse s'étant beaucoup ouvert, on remplaça la première gouttière par une autre moins coudée.

Au mois de novembre 1848, Mlle L... revint à Paris. Sa santé était satisfaisante, sa constitution s'était améliorée; le genou gauche paraissait plus maigre que le droit, et elle pouvait marcher un peu en boitant. Afin d'augmenter encore l'ouverture de l'angle formé par la cuisse et la jambe, on lui fit porter une gouttière articulée servant à maintenir le membre, et munie d'une crémaillère à vis et à clef qui permettait d'ouvrir graduellement l'angle que formaient les deux demi-gouttières. Mlle L... porta cet appareil pendant deux ans.

Depuis M. A. Amussat a revu cette malade, et il a constaté qu'elle boitait si peu en marchant, que cette difformité serait presque imperceptible en lui faisant porter sous le pied gauche un talon plus élevé.

On peut voir manifestement dans ces deux faits les avantages des cautères volants joints à l'immobilité temporaire et continue, et leur supériorité sur les vésicatoires, qui n'agissent dans ce cas que d'une manière trop superficielle.

Nous aurions à rapprocher de ces deux faits d'autres observations non moins probantes en faveur des petits moxas et des petites cautérisations ponctuées appliquées dans des circonstances semblables. Nous aurons l'occasion d'y revenir.

HOPITAL DE LA CHARITE. — M. VELPEAU.

Tumeur vasculaire de la paume de la main, traitée par la compression indirecte. Appareil compresseur du poignet. Injections de perchlorure de fer. Guérison incomplète.

On lira sans doute avec intérêt l'observation suivante, que nous serions porté à considérer comme un nouvel exemple d'une variété de tumeur musculaire assez rare d'anévrisme cirsoïde. Les tentatives de compression indirecte avec un appareil particulier, les injections de perchlorure de fer employées à plusieurs reprises chez cette malade doivent encore fixer l'attention sur ce fait, en raison des expériences tout récemment exécutées par un grand nombre de chirurgiens avec le perchlorure de fer et la compression indirecte des vaisseaux de premier et de deuxième ordre, dans des cas d'anévrismes et de tumeurs érectiles.

Voici le fait. Nous le ferons suivre des réflexions qu'il suggère :

On a pu suivre longtemps dans le service de M. le professeur Velpeau, au nº 23 de la salle Sainte-Catherine, une jeune femme, Félicie X..., modiste, âgée de vingt-deux ans, entrée le 31 juillet 1854.

Il n'y a rien à noter dans les antécédents de la famille de cette femme. Elle se porte habituellement bien; elle n'a pas eu de maladies antérieures.

Réglée à l'âge de quinze ans, elle a un enfant trois années après. Elle accuse depuis sa couche, avant et après chaque époque menstruelle, des pertes blanches parfois assez abondantes. Il y a un an environ, sans causes connues, elle voit se développer entre le troisième et le quatrième métacarpien de la main droite, une saillie irrégulièrement allongée. Cette tuméfaction se perd de la partie antérieure à la partie postérieure de l'espace formé par les deux os, entre lesquels elle se trouve comprise.

D'abord stationnaire, cette tumeur prend surtout du développement depuis trois mois. Elle ne cause à la malade aucune douleur, et même aucune gêne dans les mouvements, si bien que cette jeune femme continue à travailler.

Toutefois, depuis environ six mois, elle dit percevoir des battements à la pression, quand par exemple elle vient à étreindre quelque objet dans la paume de sa main.

Elle se décide seulement à entrer à l'hôpital sur les instances de son médecin, qui lui dit trouver là une maladie d'une certaine gravité.

Etat actuel. — On constate rien qu'à la vue un soulèvement de la face dorsale de la main droite, au niveau de l'espace compris entre le troisième et le quatrième métacarpien; cette tuméfaction se prolonge vers la partie antérieure et la partie postérieure de cet espace. Sans adhérences aux os qu'on peut refouler en avant et en arrière, elle est molle, mais non fluctuante. En appliquant les doigts à son niveau, ils sont soulevés. En comprimant la radiale et la cubitale, mais surtout la première de ces branches artérielles, il y a diminution dans les battements de la tumeur. A chacune de ces expériences, lesquelles démontrent les rapports de cette tumeur avec la circulation générale, les mêmes phénomènes s'observent dans la paume de la main. A l'auscultation, l'oreille recueille un frémissement caractéristique, un léger bruit de souffle en rapport avec les battements de la tumeur. La malade insiste sur cette particularité, qu'elle trouve une certaine différence de température entre la main siége du mal et celle du côté opposé. Après une semaine de séjour de la malade dans les salles, une ponction est faite en deux endroits vers la partie de la tumeur la plus rapprochée des doigts. Cette ponction est faite avec un trocart conducteur de la canule des petites séringues à injection de perchlorure de fer. L'injection est répétée cette fois avec sept gouttes de perchlorure de fer. Consécutivement à cette opération, on maintient une compression légère sur les

---

Les produits de MM. Véron et Fontaine sont nombreux et, pour la plupart, d'une rare beauté. Ces fabricants s'occupant autant des substances destinées aux arts que de celles dont la médecine fait usage, nous signalerons seulement, outre le sulfate de quinine dont il a été question plus haut, du valérianate de zinc, de l'oxyde d'antimoine sublimé en longues et fines aiguilles, du chlorure de baryum, de la mannite et des sels ayant pour base les alcaloïdes de l'opium.

Nous ne savons si M. Philippe est le représentant de l'Abyssinie à l'Exposition universelle; mais sa vitrine ne renferme que du kousso, ce célèbre tæniafuge, dont le principal mérite est de venir de fort loin et de coûter huit ou dix fois plus cher que l'écorce de racine de grenadier.

M. Leroux (de Vitry-le-François) nous montre de magnifique salicine aussi belle comme produit chimique qu'inutile comme produit pharmaceutique. Cette substance a eu, comme on sait, la prétention de remplacer la quinine, et elle eût probablement réussi si elle eût possédé la propriété fébrifuge. Elle est surtout bonne contre les fièvres intermittentes qui guérissent toutes seules et sans médicaments.

Nous réunirons dans un même paragraphe plusieurs fabricants dont les armoires renferment de beaux produits chimiques dignes de fixer l'attention; MM. Rousseau frères, qui ont obtenu de véritables masses de sodium qu'ils peuvent livrer au commerce au prix comparativement modéré de 100 fr. le kilogramme (ce qui, soit dit en passant, menace de laisser encore longtemps fort élevé le prix de l'aluminium, si l'on ne parvient pas à le préparer par d'autres procédés), des acides gallique et pyrogallique, et d'autres réactifs pour analyse d'une pureté sans égale; MM. Wittmann et Poullenc, dont on remarque le tartrate ferrico-potassique, le citrate de fer, la crème de tartre soluble et le fer réduit par l'hydrogène; M. Robiquet fils, qui expose de beaux échantillons de produits immédiats dont la science est redevable à son père, caféine, alizarine, amygdaline, mais qui n'ont pour nous qu'un intérêt de curiosité. Nous faisons plus de cas de l'aloétine, découverte par M. Robiquet fils lui-même, et qui a déjà pris place parmi les médicaments estimés. M. Robiquet a deux réputations à soutenir, celle de son père et celle de son prédécesseur M. Boudet. Il nous a déjà montré qu'il n'est pas au-dessous de cette double tâche.

Enfin, nous ne saurions, sans injustice, passer sous silence MM. Laurent et Casthelaz (de Paris), et M. Bobée-Lemire (de Choisy-le-Roi). Chez le premier, nous avons à signaler principalement des lactates de fer et de zinc; et chez le second, de l'émétique en beaux cristaux, des acétates, de l'acide acétique et du vinaigre de bois.

M. Ménier fils continue aussi avec succès les traditions de son père.

Ce qui a fait surtout sa réputation, c'est la finesse, l'*impalpabilité*, la riche coloration de ses poudres, qui n'ont, nous ne dirons pas de supérieures, mais d'égales nulle part à l'Exposition. Nous n'avons rien à dire de plus de ses extraits secs et mous, des échantillons de sels qu'il a exposés, de ses iodures de mercure cristallisés et sublimés, de sa mannite, etc. Nous craindrions de tomber dans des redites fastidieuses si nous passions en revue chacun des bocaux de cette vitrine; nous regrettions seulement de ne pas y rencontrer le splendide volume que désigne M. Ménier sous le nom modeste de *Prix courant*; nous l'avons retrouvé dans l'exposition de M. Henri Plon, l'habile imprimeur, et nous y avons admiré ses planches coloriées, véritables merveilles typographiques.

Jusqu'à présent, les *loups*, dont on faisait grand usage au dernier siècle, et que l'on ne voit plus aujourd'hui qu'aux bals masqués de l'Opéra, avaient été fabriqués en velours. C'est probablement pour parer à leurs inconvénients, et plus encore pour remplacer le disgracieux appendice dont Gavarni revêt sans cesse le nez de M. Coquardeau, qu'un pharmacien de Lyon a imaginé ses *cache-nez calorifères*, ou *aérothermes hygiéniques*, délicieux petits étuis à nez, en toile métallique d'une finesse extrême, agrémentés de satin de diverses couleurs. (*On travaille sur mesure.*)

Le Cercle pharmaceutique de la Marne a rempli un vaste compartiment de flacons où l'on remarque une fort belle collection d'extraits préparés dans le vide par la méthode Grandval; méthode à laquelle il nous semble, et à beaucoup de pharmaciens aussi, qu'il faut décidément reconnaître une véritable supériorité. M. Berjot jeune (de Caen) a employé des procédés analogues, qui l'ont conduit à des résultats aussi complets. On trouve dans son armoire un modèle réduit de l'appareil dont il fait usage pour ces préparations. Nous croyons savoir qu'une partie des extraits de M. Ménier sont obtenus de la même manière.

Le docteur Clertan (de Dijon) est parvenu à envelopper dans des capsules transparentes et parfaitement imperméables toutes sortes de liquides, l'éther, et tous les éthérolés médicamenteux. Son ingénieuse invention, à laquelle il a donné le nom de perles d'éther, ne fait nullement disparate au milieu des meilleurs produits de la pharmacie.

Et puisque nous parlons d'enveloppes médicamenteuses, n'oublions pas de mentionner les pilules d'iodure de fer de M. Blancard, que ce pharmacien a eu l'heureuse idée de revêtir d'une couche translucide et odorante de baume de Tolu. Cette enveloppe préserve du contact de l'air l'iodure, si facile à décomposer, et le maintient pendant longtemps

artères du poignet au moyen d'une sorte de garrot obtenu à l'aide d'une bande et d'un bâtonnet.

Le 25 septembre, huit jours après, et dans le même point de la tumeur, l'injection est faite avec 12 gouttes de perchlorure de fer. Cette fois, on exerce plus immédiatement la compression sur l'artère radiale et l'artère cubitale au moyen d'un petit appareil compresseur du poignet construit par M. Charrière fils, sur les indications et d'après le modèle de M. Broca, pour la compression de l'artère iliaque et de l'artère fémorale.

Cet appareil se compose d'une gouttière A dans laquelle on place le poignet solidement fixé par deux courroies BB; cet appareil étant bien arrêté, on place les branches CC à la distance des artères que l'on veut comprimer; les crémaillères DD de Signorini servent à incliner à volonté les pelotes EE de gauche à droite ou de droite à gauche; les tiges FF permettent d'incliner ces mêmes pelotes de haut en bas et de bas en haut; GG, vis de pression comprimant perpendiculairement; HH, tubes en caoutchouc vulcanisé servant à diminuer cette pression, qui devient élastique ou continue; I, clef de l'appareil pour les crémaillères de Signorini.

Cet appareil, extrêmement ingénieux, pourra certainement rendre de véritables services dans le cas de plaies, de tumeurs anévrismales de la main et des doigts. Mais notre malade néglige de suivre les recommandations qui lui sont faites; dans le but d'arriver à supporter sans accidents une compression très forte, elle néglige de détendre alternativement un point de l'appareil, en même temps qu'elle peut en resserrer un autre. Il en résulte qu'on est obligé d'y renoncer, vu la formation d'eschares au niveau des plaques de compression.

Le 3 octobre, cette fois on constate un petit noyau dur au centre de la tumeur.

Le 15 octobre, une troisième ponction est faite et suivie d'une injection de tout le liquide contenu dans la petite seringue. Par cette injection, l'aiguille a été conduite profondément et en diverses directions. Toutes ces opérations sont suivies de gonflement, de tuméfaction, de douleurs assez vives, d'élévation même de température. Ces phénomènes cèdent facilement sous l'influence de lotions, de compresses imbibées d'eau blanche.

Enfin, huit jours après, pour obtenir l'induration complète de toute la tumeur, M. Velpeau fait une quatrième et dernière injection au moyen de laquelle il introduit la moitié du liquide contenu dans la seringue.

Consécutivement, en effet, l'espace indiqué semble comblé; mais il subsiste à ce niveau un soulèvement très appréciable à la vue comme au toucher. Du reste, on ne perçoit plus de battements à la face dorsale de la main. On constate, au contraire, comme deux noyaux, dont le plus petit est le plus rapproché du doigt; le plus volumineux occupe le reste de l'espace intermétacarpien. D'un autre côté, en déprimant assez fortement la paume de la main, on rencontre, il est vrai, des battements peu appréciables et complétement isochrones aux pulsations du pouls. C'est dans cet état de la tumeur que la malade quitte les salles.

Depuis sa sortie, cette femme s'est présentée plusieurs fois à la consultation de M. le professeur Velpeau à la Charité; il ne nous semble pas qu'il y ait de changement appréciable dans l'état de la tumeur.

Après avoir fait l'étude clinique de cette tumeur vasculaire, il s'agissait d'en déterminer la nature intime et d'en arriver à des conclusions thérapeutiques, à un traitement rationnel. La partie importante du sujet qui nous occupe, l'anatomie pathologique ne devant point ici nous éclairer, la marche, le développement, les caractères seuls de la tumeur ont pu faire songer à une de ces tumeurs désignées sous le nom d'anévrisme cirsoïde par Breschet, et assez succinctement étudiées par lui dans un mémoire lu à l'Académie des sciences. Les difficultés du diagnostic étaient inhérentes à un sujet qui, comme le disait Breschet, occupe depuis trop peu de temps les pathologistes pour que son histoire soit complète. Il est vrai de dire que l'étude du genre de lésion dont nous parlons a été reprise avec soin par quelques chirurgiens de nos jours. Nous pourrions même parler aujourd'hui de certaines pièces pathologiques très remarquables qui nous ont été communiquées, et entre autres de l'une d'elles, que M. Denucé, aide d'anatomie de la Faculté, a préparée pour M. Michon. Cette espèce d'anévrisme, ainsi située chez notre malade sur la crosse pulmonaire, bien qu'assez limitée, bien qu'elle n'existât que dans un point, appelait impérieusement les ressources de l'art.

Que fallait-il faire en pareille occurrence?

La compression directe sur la tumeur, d'ailleurs le plus souvent sans effet, n'était pas praticable. L'extirpation ne pouvait non plus être tentée. Le siége enfin de cette tumeur, entre les métacarpiens, en continuité avec les parties profondes de la région de la main, ne permettait pas également de songer à s'opposer à l'abord du sang vers la tumeur en la traversant, elle et les téguments, avec les aiguilles et les fils disposés comme dans le procédé ingénieux que nous avons vu plusieurs fois employé par M. le professeur Velpeau.

Il ne se présentait, en résumé, ici, comme ressource à mettre en usage, que deux procédés: l'arrêt complet du cours du sang dans la tumeur par la ligature des deux troncs principaux du membre, par leur compression indirecte; ou bien enfin l'emploi de ce moyen propre à provoquer par une action directe la coagulation du sang anévrismal, l'emploi des injections de perchlorure de fer. C'est à ce dernier agent thérapeutique que M. Velpeau s'est arrêté.

Rationnellement, la ligature du tronc artériel, ou pour mieux dire des deux troncs artériels de la radiale et de la cubitale, ne pouvait être praticable. En effet, le peu de volume de la tumeur, sa marche lente, l'absence de douleur, tout se réunissait pour faire rejeter par le chirurgien une opération d'une certaine gravité, la ligature des deux branches artérielles; je dis des deux branches artérielles, car, ainsi qu'on a pu le voir dans l'observation de la malade, la suppression de la circulation dans l'une de ces artères, radiale ou cubitale, ne suffisait pas pour faire disparaître complétement les battements de la tumeur. M. Velpeau dans ce cas a bien employé encore un second moyen, qui arrive au même résultat que le premier sans en avoir les dangers. Il a bien fait quelques tentatives de compression indirecte dans le même but de diminuer le cours du sang et par là même de déterminer la coagulation du sang dans la tumeur. Or, bien que M. Velpeau ait fait établir un appareil particulier, bien que nous ayons, nous, internes du service, surveillé la malade autant que possible, ses essais ont été infructueux, et M. Velpeau s'est vu dans la nécessité d'y renoncer. La malade ne voulait point s'occuper elle-même de l'action des pelotes de compression; il se formait des eschares, et du reste, au cas où tout se serait passé le plus favorablement possible dans l'application de cette compression indirecte, le résultat n'eût probablement pas été plus favorable en raison des conditions de structure de la tumeur, de l'augmentation de calibre de ses vaisseaux et de l'agrandissement des communications anatomiques.

Ce fait ne juge donc guère la question de la compression telle qu'elle vient d'être appliquée si avantageusement dans ces derniers temps, telle que l'entend M. Broca dans ses savants travaux sur le traitement des anévrismes. M. le professeur Velpeau s'est en dernière analyse arrêté à l'emploi des injections de perchlorure. Il y est revenu à plusieurs reprises, et il a obtenu en grande partie ce à quoi on ne pouvait arriver.

L'injection coagulante a laissé, il est vrai, une tumeur sur la face dorsale de la main. Cette saillie est presque aussi considérable qu'avant l'opération; elle est dure, résistante, et c'est là un résultat presque constant des injections de perchlorure de fer.

On a pu voir ces mêmes phénomènes suite de l'opération sur plusieurs des malades opérés dans le service de M. Giraldès. Il semble, du reste, qu'on puisse prévoir qu'il en sera toujours de même. Bien mieux, on comprendrait difficilement la disparition totale d'une tumeur vasculaire ainsi opérée, en raison même de la constitution chimique du coagulum qu'on peut supposer alors devoir se produire.

Quoi qu'il en soit, les battements ont complétement disparu pour ne plus revenir, et cela sans aucun accident inflammatoire.

Le volume de la tumeur est le même, et plusieurs fois depuis sa sortie la malade, qui se félicite de cette guérison plus ou moins complète, s'est présentée à la consultation de M. le professeur Velpeau à l'hôpital de la Charité. C'est ainsi que nous avons pu compléter cette observation. — Aug. Rombeau.

NOTE A PROPOS DES DOUCHES UTÉRINES dans les accouchements,

Par le docteur X. Bourgeois (de Tourcoing).

Dans un des derniers numéros de la *Gazette des Hôpitaux*, l'honorable M. Bouchacourt a rapporté une observation d'accouchement prématuré provoqué par les douches utérines d'eau chaude. Dans les judicieuses réflexions qui suivent la relation du fait, l'auteur se demande si cette méthode pourrait être appliquée dans tous les cas où l'on voudrait recourir à l'accouchement prématuré artificiel, dans les cas d'implantation du placenta sur le col, d'hémorrhagie, d'éclampsie, etc.

Voici une observation qui montre que cette méthode peut convenir dans l'insertion du placenta sur le col.

Hémorrhagies par insertion du placenta sur le col. — Accouchement prématuré par les douches d'eau chaude.

La femme Tiberghien, concierge, rue des Biches, à Tourcoing, âgée de trente-quatre ans, constitution affaiblie, tempérament lymphatique, multipare, arrivée au milieu du septième mois d'une nouvelle grossesse, était épuisée par des hémorrhagies qui, depuis un mois, s'étaient souvent renouvelées. Elle offrait les symptômes de chloro-anémie. Elle avait déjà eu plusieurs syncopes, et sa faiblesse était arrivée au point de mettre sa vie en danger.

Il était à penser que la cause des hémorrhagies était une implantation du placenta sur le col, ou, pour mieux dire, sur le segment inférieur de l'utérus. Au toucher, on ne pouvait produire le phénomène du ballottement. L'auscultation permettait de reconnaître le bruit de souffle et les battements du cœur de l'enfant.

En présence de l'état de cette femme, vu les désirs exprimés par elle et par quelques parents, après m'être éclairé de l'avis d'un confrère, je décidai de provoquer l'accouchement par les douches utérines.

Le col, long de 2 centimètres, était assez élevé, épais, mou, laissant entrer le doigt dans l'orifice externe; l'orifice interne était fermé.

La première douche fut administrée le 2 octobre 1853, à trois heures de l'après-midi; elle dura vingt minutes, et il fut injecté sept litres d'eau à + 35° centigr. La femme fut replacée sur son lit et n'accusa aucune douleur.

Le soir, à huit heures, nouvelle douche de vingt minutes. Aucune douleur ni dans le ventre ni dans les reins.

Le 3, douche de neuf heures du matin à neuf heures un quart. Pendant l'opération, la femme accuse une douleur de rein; elle en... plusieurs pendant la journée, et elle peut constater le durcissemen pierreux de la matrice.

Le soir, le col est encore élevé, mais presque effacé, et la pulpe du doigt pénètre à travers l'orifice pour reconnaître les cotylédons du placenta. Pendant la nuit, la malade sommeille quelque peu, mais les douleurs la réveillent bientôt.

Le 4, dilatation de 3 centimètres; col abaissé; douleurs franches, qui reviennent de temps à autre.

---

dans des conditions parfaites d'intégrité. Un cachet mince d'argent, fixé au bouchon, décèle la moindre altération des pilules, et rend le contrôle possible sans que l'on ait besoin de déboucher le flacon.

Les herboristes comptent d'assez nombreux représentants à l'exposition, et après M. Rabasse, dont nous avons parlé dans notre premier article, nous trouvons M. Halbique, pharmacien à Caen; MM. Rouet (d'Orléans), et M. Lefranc (de Pontorson). Que ces messieurs offrent de belles plantes sèches, nous ne le contestons pas; mais où donc est le mérite, et quel est ce désir immodéré de vouloir faire parler de soi à tout prix? M. Rouet a-t-il donc *fabriqué* sa monstrueuse racine d'angélique? Quelle gloire pour M. Lefranc d'avoir rassemblé assez de chiendent pour faire uriner tout un département, si le chiendent était en effet diurétique, ce qui n'est plus parfaitement prouvé aujourd'hui? Que trouve de méritoire M. Halbique à mettre en montre une vingtaine de conserves où se prélassent la mauve, la molène, le genêt, la violette et le coquelicot?

L'exposition des pharmaciens de Lyon nous a paru beaucoup plus sérieuse. Trois praticiens se sont réunis pour représenter le département du Rhône: MM. Guilliermond, Burin-Dubuisson et Mandet.

M. Guilliermond, connu par ses recherches sur la ciguë et la conicine, présente des extraits nombreux préparés par de nouveaux procédés, satisfaisants à l'œil, et divers sels, parmi lesquels on distingue du valérianate de zinc bien cristallisé.

M. Mandet insiste sur la scillitine et ses préparations, soit qu'il la donne pure, sous forme de pilules, granules et sirops; soit qu'il l'associe à la digitale. D'habiles médecins de Lyon les ont expérimentées avec succès, dit-on. Mais nous n'aurions pas voulu trouver dans le prospectus de M. Mandet des conseils sur leur mode d'administration. Le rôle du pharmacien est de préparer les médicaments, d'en découvrir de nouveaux, d'inventer de nouvelles formes, d'en extraire, s'il le peut, le principe actif, etc.; mais le mode d'administration, la dose, l'indication sont du domaine du médecin, et nous ne saurions trop conseiller aux pharmaciens honnêtes de s'en tenir là.

Enfin, M. Burin-Dubuisson a entrepris d'introduire dans la thérapeutique les sels de manganèse, et il croit, avec quelques médecins instruits, parmi lesquels nous comptons M. Pétrequin, que, réunis au fer, ils ajoutent à l'efficacité des préparations martiales. Son compartiment renferme toute la collection des sels de manganèse, isolés ou réunis aux sels ferriques, jusqu'au fer manganeux réduit par l'hydrogène. MM. Burin-Dubuisson et Pétrequin réussiront-ils à faire triompher leur idée thérapeutique quant au manganèse, c'est ce que l'avenir décidera; mais on sera forcé de convenir avec nous que peu d'expositions de produits chimiques renferment d'aussi beaux échantillons, des spécimens plus agréables à l'œil que ces sels manganeux, remarquables par la finesse et la délicatesse de leurs couleurs.

Si la pharmacie nouvelle bat en brèche de tous côtés l'ancienne apothicairerie, nous aimons à voir de temps en temps reparaître des formules qui nous rappellent les vieilles traditions; et la pâte pectorale aux pruneaux d'Agen, de M. Laclaverie de Pérès, nous a fait revenir à la mémoire cette gracieuse phrase du célèbre M. Purgon: *« Et le soir, » quelques petits pruneaux pour relâcher le ventre. »*

Le sirop et les bonbons *héliciés* (traduction scientifique du sirop de colimaçons) de M. Baron (de Béziers), nous semblent une assez heureuse rénovation de l'*huile de petits chiens*, de la pharmacopée de Charas.

Citons encore les préparations de crinate de fer faites avec les résidus des eaux de Forges, assez semblables à de la brique pilée, et qui nous ont paru être aux préparations ferrugineuses ce qu'est le fromage d'Italie à la charcuterie, c'est à dire un *nescio quid* peu flatteur à la vue, croquant désagréablement sous la dent, et que l'on parviendra à prendre pour un médicament pour peu que l'on y mette de la bonne volonté.

Décidément, la pharmacie moderne a un faible pour la menuiserie; et à côté des boîtes de M. Accault, il serait injuste de ne pas ranger celles de M. Marchandier (de Saint-Quentin), une cave à liqueurs de M. Mayet, un échafaudage de M. Béral pour fabriquer les tablettes, etc.

Ici viendrait se placer enfin la longue série des remèdes secrets; mais nous avons peu de sympathie pour cette sorte de produits. Nous préférons terminer là cette seconde promenade, réservant pour un troisième et dernier article les huiles de foie de morue, les produits des pays étrangers et les réflexions que nous avons promises au commencement de notre premier feuilleton. Dr A. Foucart.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent:
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. Decq;
A Genève, à la librairie de Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Du tremblement des mains et des doigts, et description de deux machines orthopédiques à l'aide desquelles les malades qui ont été amputés du poignet droit, ou qui ont un tremblement oscillatoire de la main droite peuvent écrire, par le docteur J.-J. Cazenave (de Bordeaux). Broch. in-8°. Paris, chez J.-B. Baillière.

Enfin le 5, le travail est régulièrement établi; les contractions se suivent de quart d'heure en quart d'heure. Cependant le placenta était inséré centre pour centre sur le segment inférieur de l'utérus; il se décolla entièrement et s'engagea dans le vagin; j'en fis l'extraction et j'apposai une ligature sur l'extrémité fœtale du cordon. La tête, en position occipito-iliaque gauche postérieure, descendit lentement, et le soir, la femme fut délivrée d'un enfant petit et mort. Le placenta était sorti sept heures avant le fœtus. Aucun écoulement de sang n'avait eu lieu.

Les suites de couches furent excellentes, et la femme bien heureuse d'être délivrée d'une grossesse qui lui causait les plus vives inquiétudes.

Dans cette occasion, trois douches suffirent pour faire naître les contractions. Il est certain que cette méthode est appelée à rendre de grands services, non-seulement dans l'accouchement prématuré, mais encore dans d'autres circonstances. Ainsi, j'ai rapporté dans la *Gazette* (février 1855) quelques observations par lesquelles j'ai montré l'utilité des douches utérines d'eau chaude lorsque, pendant le travail, les contractions viennent à se ralentir ou à se suspendre; lorsqu'elles prennent le caractère spasmodique, ou lorsque le col utérin est dans un état de rigidité vitale ou organique.

Les douches doivent certes trouver souvent leur emploi dans la pratique obstétricale. Elles doivent, à mes yeux, remplacer le seigle ergoté dans presque tous les cas où cet agent thérapeutique est conseillé.

Un parallèle entre les deux moyens peut nous convaincre de l'avantage des douches.

Comme le seigle ergoté, la douche utérine a le pouvoir d'exciter les contractions de la matrice; mais elle a de plus la propriété de provoquer ces contractions, de les faire naître. Il n'est nullement démontré que l'ergot puisse les développer.

Dans les cas de suspension, de faiblesse des contractions, l'action de la douche est tout aussi efficace, tout aussi prompte que celle du blé cornu. Elle est préférable, parce qu'elle n'expose ni la mère, ni l'enfant. Son innocuité est incontestable. En pourrait-on dire autant du seigle ergoté? Ne connaît-on pas pour la mère des cas de rupture de la matrice; de déchirure du vagin, du périnée; de fistules, de gangrène, et pour l'enfant des cas d'asphyxie, etc.?

L'action de l'ergot, que la dose soit faible ou forte, est toujours la même, d'une énergie brutale, ne pouvant être graduée, provoquant des contractions violentes, tétaniques. La douche agit avec bien plus de ménagement; elle agit mieux selon la nature. Ramollir le col, assouplir les parties molles externes, les distendre, faciliter d'une manière vraiment admirable le travail d'expulsion, tels sont ses effets. On peut proportionner, doser en quelque sorte son énergie, la modérer, l'augmenter selon les indications.

Pour employer le seigle ergoté, il faut que le travail soit déjà avancé, que le col soit effacé, que les bords du segment utérin soient ramollis, que la dilatation soit facile, que les parties externes de la génération n'offrent pas trop de résistance, sans quoi on pourrait s'exposer à de graves accidents. Les douches, au contraire, peuvent être employées aussi bien au début du travail qu'à tous les degrés de dilatation, même quand la poche des eaux se serait prématurément rompue.

Lorsqu'une hémorrhagie grave se déclare pendant le travail, que le col n'est pas assez dilaté pour permettre aucune manœuvre, soit de la main, soit du forceps, les accoucheurs emploient le seigle ergoté. N'y aurait-il pas avantage à faire usage de la douche, qui agirait plus sûrement, plus promptement, et n'offrirait pas les dangers de l'ergot administré avant la dilatation complète du col?

Les injections utérines peuvent arrêter les hémorrhagies qui surviennent après l'accouchement par inertie de la matrice. Elles m'ont réussi dans un cas où je les ai employées.

En résumé, il nous est permis de croire que les douches finiront par être préférées au seigle ergoté, sur lequel elles ont des avantages remarquables.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 5 juillet 1855. — Présidence de M. MAGNE, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

— La correspondance comprend :

1° Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, juin 1855. (M. Magne.)

2° Le *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, n° 14. (M. Terrier.)

3° *Actes de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 3e fascicule.

4° M. Bossu fait hommage à la Société de la 2e édition de son *Compendium médical*. (Remerciments.)

Emploi de l'atropine au lieu de l'extrait de belladone.—M. MAGNE, revenant sur l'opinion émise par M. Coursserant, à savoir : que la belladone appliquée sur un œil est sans action sur son congénère, partage pleinement cette opinion; mais il ne voit pas pourquoi on n'a pas recours de préférence à l'*atropine*, qui ne cause aucun danger, aucun accident, et agit absolument comme la belladone.

RAPPORT SUR UNE CANDIDATURE.

M. FOUCART lit au nom de M. Coursserant et au sien un rapport sur la candidature de M. le docteur Doumic, qui avait envoyé un travail sur l'opération de la cataracte par kératotomie supérieure.

Placé depuis plus d'un an près de M. Sichel, M. Doumic a vu un nombre considérable d'opérations de cataractes; témoin des opérations, il a vu tous les jours les malades qui les ont subies, et a pu suivre pas à pas la marche et les progrès de la guérison. Il n'a pas fallu longtemps pour le convaincre des grands avantages qu'offre sur tous les autres procédés l'extraction du cristallin opaque. Tombée pendant de trop longues années dans un oubli immérité, la kératotomie tend chaque jour de plus en plus à revenir en honneur, et la plupart des chirurgiens, des jeunes chirurgiens surtout, font de cette méthode la règle, laissant pour les cas exceptionnels l'abaissement, le broiement, etc., qui, entre les mains de certains maîtres de la science, étaient devenus les procédés usuels.

Les conclusions du rapport étant favorables, on procède au vote sur l'élection de M. Doumic, qui est nommé membre titulaire.

Cas rare de catalepsie. — M. PERTUS communique à la Société un fait excessivement curieux de catalepsie, dont les phases principales se sont déroulées sous ses yeux.

Voici ce fait :

Le nommé Jules X..., âgé de dix-neuf ans, né de parents qui n'ont jamais offert d'accidents nerveux, fut atteint dès sa naissance de tous les symptômes du rachitisme le mieux caractérisé. Un pied-bot fut opéré avec succès vers l'âge de trois ans, et à partir de cette époque la santé de cet enfant, sans cesse menacée par des accidents de toute nature, mais étrangers au système nerveux, ne se maintint qu'à l'aide des soins les plus dévoués de sa mère; encore sa constitution resta-t-elle entachée du vice congénital; du reste, on ne peut rattacher la maladie actuelle à aucune affection nouvellement ressentie par le jeune malade; elle fut le résultat d'une cause subite qui agit sur le système nerveux.

Jules X... est habituellement sujet à des migraines et à des palpitations depuis l'âge de douze à treize ans, lesquelles s'aggravent à l'occasion de la cause la plus légère, et, tout en paraissant sous la dépendance des troubles du système nerveux, pourraient aussi tenir à une conformation imparfaite.

Son intelligence ne s'est développée que lentement et avec peine, et l'excitation que sa famille cherchait à lui imprimer a pu contribuer à exagérer la disposition nerveuse dont nous avons parlé. Du reste, jamais on a observé sur lui dans le cours de diverses maladies aucun phénomène cérébral ni aucun accident convulsif.

La maladie actuelle s'est déclarée pour la première fois le 15 août 1854, après une excursion qu'il fit avec sa famille à Saint-Germain en Laye par le chemin de fer. Il entendit crier autour de lui que le feu venait de se déclarer dans un des wagons voisin de celui qu'il occupait. Il fut témoin de la frayeur qui se manifestait autour de lui; il en sentit lui-même une très vive, mais qui ne donna lieu d'abord à aucune espèce de symptôme. Il revint dans la soirée à Paris, et alors il commença à sentir une douleur vive dans l'épaule.

Le lendemain, forte céphalalgie et perte d'appétit.

Le 17, deux jours après, il est pris d'un délire intense pendant lequel il exprime son effroi et parle des différentes impressions qu'il a ressenties en présence du danger. Le délire cesse lorsqu'on éveille l'attention du malade, qui ne conserve aucun souvenir de ce qu'il a dit pendant le délire. L'estomac est distendu par des gaz, et des mouvements convulsifs cloniques agitent l'ensemble du système musculaire.

A partir de cette époque, et pendant *trois mois* de durée, je vois se dérouler sous mes yeux le tableau des accidents qui caractérisent la maladie dont tous les symptômes furent exclusivement bornés au système nerveux encéphalo-rachidien et musculaire. Je veux dire par avance, et pour qu'on puisse saisir plus facilement la nature et les symptômes du mal, qu'il appartient plutôt à la catalepsie qu'à toute autre affection, et que si par intervalles on voit paraître quelques phénomènes hystériformes ou autres, bientôt la catalepsie se montre de nouveau avec sa physionomie propre.

Après le début si instantané dont il vient d'être question, l'intelligence reste principalement affectée pendant les premiers jours, et on observa alors :

1° Un délire intermittent, revenant un grand nombre de fois pendant le jour, accompagné d'un état de sommeil pendant lequel il aperçoit des dessins bizarres, des êtres fantastiques faisant, dit-il, d'horribles grimaces;

2° L'occlusion des paupières pendant toute la durée du sommeil;

3° La distension de l'estomac par des gaz;

4° Des palpitations fréquentes.

Ces symptômes se présentaient, dis-je, plusieurs fois par jour, et après leur disparition le malade pouvait se lever et manger. Les nuits étaient ordinairement calmes, et ce n'était que le matin que l'assoupissement et le délire reparaissaient.

Des phénomènes nouveaux ne tardèrent pas à se manifester. Le malade, dans son sommeil, imite le son du cor de chasse après le départ de son frère pour une chasse à laquelle il désirait lui-même vivement prendre part. Pendant son délire, il paraît suivre avec anxiété toutes les phases de cet exercice, et l'on s'en aperçoit aisément aux mouvements précipités du cœur. Bientôt il imite *le sifflet de la locomotive* et *la trompette du cantonnier*. Sous l'influence d'une cause morale insignifiante, il est pris de convulsions générales cloniques, et le 7 septembre il est atteint pour la première fois d'une convulsion clonique générale qui ne peut laisser aucun doute sur le développement de la catalepsie.

Ces accès reparaissent plusieurs fois par jour, et pendant toute leur durée on remarque les symptômes suivants : immobilité de toutes les parties du corps, durcissement du système musculaire; les yeux sont immobiles et les paupières largement ouvertes, la sensibilité cutanée éteinte. Ces symptômes dissipés, le malade peut marcher.

D'après mon avis, on se décide à le conduire à Dunkerque, où il prend pendant vingt jours les bains de mer. Leur administration offrit assez de difficultés, le malade, au moment de se déshabiller ou de s'habiller, étant pris de convulsions cloniques qui ne se présentaient jamais dans l'eau. Après une amélioration passagère, il revient à Paris, et la maladie reprend une nouvelle intensité.

La catalepsie le surprend soit lorsqu'il est debout, soit lorsqu'il est assis; il conserve alors l'attitude qu'il avait avant l'attaque. Celle-ci passée, l'intelligence reparaît insensiblement, et le sujet reprend la conversation au point où il l'a laissée.

Vers le 5 octobre, malgré un traitement antispasmodique approprié, les accès se rapprochent, et j'observe pour la première fois un symptôme sur lequel j'appelle l'attention : les convulsions cloniques semblent partir des pieds; le malade les sent monter, et elles arrivent ainsi à la tête. A cet instant, il perd entièrement connaissance. (Je ferai remarquer la grande similitude qui existe entre ce symptôme et l'*aura epileptica*.) Plus tard, il sentit dans la poitrine une boule qui montait et descendait (ici, au phénomène hystérique s'ajoute la catalepsie).

Dans une troisième phase de la maladie qui en marque l'intensité plus grande, on voit les troubles nerveux s'accroître encore. Le corps conserve les positions les plus gênantes pendant un temps fort long; s'il bâille, il reste la bouche ouverte et les bras étendus, etc., etc. Une fois la langue sortie de la bouche resta dans cette situation en même temps que le cou se roidit. On eut alors à craindre une suffocation et la mort. Souvent il mâchait pendant plusieurs minutes, et ces mouvements ne cessaient que lorsqu'il prenait des aliments. D'autres fois, tremblement dans les membres, dont le malade n'a pas conscience, et qui s'étendent au reste du corps.

Pendant les accès, la respiration se ralentissait à tel point, que la suffocation serait survenue sans aucun doute, si l'on n'avait pas découvert, par hasard, un moyen facile et sûr de ramener les mouvements inspirateurs en touchant avec le doigt le creux de la poitrine.

On le fait aller quelques jours à la campagne, où il éprouve un peu d'amélioration. Mais à son retour il survient des symptômes plus intenses et plus singuliers. Ainsi, pendant son sommeil, il ronfle avec force ou bien il miaule, il aboie, il roucoule, etc., qu'en un mot, il imite les bruits que font les animaux qu'il a entendus à la campagne. Pour peu qu'il entendît un air joué dans le lointain par un orgue, sa voix l'imitait aussitôt avec une parfaite exactitude.

L'intelligence, qui jusque-là n'avait subi aucun affaiblissement, diminue d'une manière notable, et le malade, dans l'intervalle des accès, restait hébété. Cet état, du reste, cessa assez promptement pour faire place à des accidents nerveux d'un nouveau genre; ainsi, le jeune homme fut pris de fureur à la vue d'une glace, d'un verre d'eau et par le contact d'un linge mouillé.

Les sens subissent une diminution très notable; la vue s'affaiblit par moments; l'ouïe devient très dure, quelquefois même elle reste abolie pendant plusieurs heures.

Enfin le dernier phénomène caractéristique fourni par le malade fut un état de somnambulisme très prononcé, qui ne se montra jamais durant le sommeil. Une fois en ma présence, pendant le dîner, le malade se leva, traversa plusieurs pièces pour aller chercher un objet qu'il avait entendu nommer. Il sortait spontanément et avec facilité du somnambulisme.

Je ne restai pas inactif pendant les premiers mois de cette maladie; elle fut combattue, comme elle devait l'être, par les agents qui passent pour modifier heureusement le système nerveux. Je prodiguai ainsi sans succès les antispasmodiques. J'eus recours une fois à la belladone; mais je dus y renoncer, à cause de l'intensité du délire qu'elle peut produire et de l'accroissement de la roideur musculaire. Le chloroforme ne fut pas plus heureux; il produisit d'ailleurs de singulières hallucinations; le malade croyait sentir l'odeur de rose et d'œillet. Le sulfate de quinine ne donna pas de meilleurs résultats.

L'insuccès de ces diverses médications, les suggestions qui ne manquent pas d'entourer les malades finirent par décider la mère de mon jeune client à recourir à la pratique du magnétisme. Tout dévoué à cette famille, je ne crus pas devoir m'y opposer; mais je restai désormais éloigné de la scène sur laquelle la véritable médecine n'avait plus aucun rôle à jouer.

Plus tard le malade partit pour la campagne, dont le séjour lui a été des plus salutaires, à tel point que les accès reparaissaient à chaque retour à Paris et diminuaient et cessaient même tout à fait une fois reparti pour la campagne. Aujourd'hui ils ont cessé complétement.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, Dr VERGNE.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

— Le Nestor de la chirurgie belge, M. Sommé, chirurgien à l'hôpital Sainte-Elisabeth d'Anvers, vient de succomber. La vie de M. Sommé a été parfaitement remplie. Excellent praticien, il a encore publié plusieurs travaux qui ont eu un certain retentissement. (*Presse méd. belge.*)

— M. le professeur Berruti vient de mourir à Asti (Piémont).

— Le journal anglais *Dublin medical Press* raconte qu'un éléphant très âgé devant être abattu dans cette ville, on résolut d'avoir recours au chloroforme pour lui donner la mort. Au bout de dix minutes d'inhalation il perdit connaissance. On lui administra alors, sans produire aucun effet, une dose élevée de strychnine et d'acide prussique; il ne parut en éprouver aucun effet sensible. On revint alors aux inhalations de chloroforme, qui furent continuées pendant trois heures sans que les mouvements respiratoires présentassent aucun trouble notable. Comme ces divers poisons ne paraissaient pas capables de tuer l'animal, on ouvrit la carotide au moyen de l'instrument tranchant : il succomba au bout de quelques minutes. Cette expérience montre que certaines espèces animales ressentent très lentement l'action toxique du chloroforme.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Palissat, né le 20 janvier 1830 à Momy, canton de Lambeye (Basses-Pyrénées); *De la nature du rhumatisme articulaire aigu.*

Jeanjot, né le 29 avril 1828 à Vandresse (Ardennes); *De l'emphysème vésiculaire des poumons.*

Gauvin, né le 14 août 1833 à Etroeugt (Nord); *Des plaies de la face par armes à feu.*

Coizeau, né le 17 décembre 1825 à Santiago (île de Cuba); *Du choc de la pointe du cœur.*

Ichard, né le 12 septembre 1830 à Senouillac (Tarn); *Des tumeurs sanguines de l'orbite.*

Froc, né le 29 octobre 1823 à Pithiviers (Loiret); *De la pustule maligne.*

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 127. — MARDI 30 OCTOBRE 1855. (28e ANNÉE.) N° 127. — MARDI 30 OCTOBRE 1855.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr, pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE.	Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »	POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr., six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Les bureaux étant fermés jeudi, à l'occasion de la Toussaint, la GAZETTE ne paraîtra que samedi.

PARIS, LE 29 OCTOBRE 1855.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'infatigable expérimentateur M. Brown-Séquard a communiqué à l'Académie les résultats d'une nouvelle série d'expériences physiologiques. Il ne s'agit plus, cette fois, des fonctions spéciales de la moelle ou de telle autre portion du système nerveux, mais d'un fait organique plus général, de l'action régénératrice qu'exercent certains éléments du sang sur les propriétés du système nerveux et des tissus contractiles.

« Les nerfs moteurs et sensitifs, la moelle épinière et tous les tissus contractiles, peuvent, après avoir perdu leurs propriétés vitales, par suite d'une interruption de la circulation sanguine, les recouvrer toutes sous l'influence du sang chargé d'oxygène. »

Telle est la conclusion générale du mémoire de M. Brown-Séquard. Cette proposition est fondée sur une série d'expériences qui lui ont permis en même temps d'établir accessoirement ou de confirmer plusieurs points intéressants relatifs à l'histoire du sang. Ainsi, il a constaté que le sang défibriné a autant d'influence sur la régénération des propriétés vitales que le sang contenant de la fibrine. La propriété régénératrice du sang est en rapport avec la proportion d'oxygène qu'il renferme ; non point que les globules, l'albumine et divers autres éléments du sang ne jouent un rôle dans cette régénération ; mais l'oxygène y est plus spécialement essentiel que tous les autres. Tel est le résultat principal de ces expériences. On y trouve une confirmation des faits déjà établis par M. Dumas, relativement aux globules du sang, qui auraient en partie pour rôle de porter l'oxygène aux tissus. On y trouvera aussi une contre-épreuve de cet autre fait intéressant mis hors de doute par M. Flourens, que la contractilité musculaire est indépendante des nerfs moteurs, de même que la propriété motrice de ces derniers est indépendante de la moelle.

M. Moleschott continue ses recherches sur la formation de l'acide carbonique des animaux, et particulièrement sur les diverses conditions susceptibles d'en modifier en plus ou en moins les proportions. On trouvera dans le compte rendu de la séance les résultats des dernières recherches qu'il a entreprises de concert avec M. Schelske, sur le rapport de la quantité d'acide carbonique avec le volume du foie, et sur les différences de production de cet acide entre les différentes espèces d'un même genre, et entre les sexes dans une même espèce. Sous ce dernier rapport, les résultats constatés par MM. Moleschott et Schelske viennent à l'appui de la proposition énoncée depuis longtemps par MM. Andral et Gavarret pour l'homme.

Nous renverrons également les lecteurs au compte rendu pour l'importante communication de M. Lehmann (de Leipzig), qui apporte à l'appui de la doctrine glycogénique de M. Cl. Bernard un nouveau contingent de preuves qui nous paraît rendre de plus en plus difficile la position de ses contradicteurs. — Dr Brochin.

CLINIQUE DE LA VILLE.

Observations de loupes enlevées à l'aide de la cautérisation linéaire.

Par M. le docteur A. LEGRAND.

Je viens de communiquer à l'Académie des sciences (séance du 8 octobre 1855) la relation d'une ablation de neuf loupes, pratiquée chez une même personne, *à l'aide de la cautérisation linéaire avec la potasse caustique, remplaçant l'action du bistouri.*

Cette observation, que je corroborerai par un fait du même genre, plus convaincant encore peut-être, me paraît répondre d'une manière victorieuse à un article de la *Gazette des Hôpitaux* du 11 août 1855, où l'on donne hautement la préférence au bistouri (que l'auteur manie, il est vrai, avec une habileté incomparable) sur l'emploi des caustiques, dont il est fait en même temps une assez vive critique. « *Tous ces procédés* (1), dit M. le professeur » Jobert, exposent les malades aux érysipèles *bien plus fréquem-* » *ment* que lorsqu'on opère directement avec le bistouri, et on » sait combien il faut se mettre en garde contre cette fâcheuse » complication. »

(1) Dans cette exclusion des divers procédés employés pour enlever les loupes, le chirurgien de l'Hôtel-Dieu (en outre des caustiques) comprend la *ligature* et le *séton.*

Je partage entièrement son opinion, *quant au séton,* car il peut aussi produire l'érysipèle. Ainsi, dans des discussions agitées au sein de la Société de chirurgie (séances des 21 juillet 1852 et 25 janvier 1854), M. Michon a déclaré qu'il avait perdu de cette façon un malade qu'il avait traité d'une tumeur érectile à l'aide du séton. — M. P. Guersant a rappelé le fait de Blandin, qui perdit un enfant (toujours d'un érysipèle) après avoir passé un seul fil dans une tumeur érectile de la joue. — M. Jules Cloquet a ajouté qu'il avait perdu une jeune fille par suite aussi d'un érysipèle développé après un double fil passé en croix dans une tumeur érectile située dans la région mastoïdienne. (*Gazette des Hôpitaux,* années 1852, n° 91, et 1854, n° 16.)

Il n'en est plus de même, malgré l'opinion de M. Jobert, pour le premier moyen, et je prouverai bientôt que la *ligature,* quand elle est facilement applicable, *et qu'on la combine avec la cautérisation,* est un procédé aussi simple en pratique qu'en théorie, et de plus exempt de toute espèce de danger.

C'est qu'en effet toute la question est là !

Il faut bien le reconnaître, il est un phénomène qui domine presque toute la thérapeutique chirurgicale, à savoir : que toutes les fois qu'on incise la peau, et surtout la peau saine, on risque de faire naître un érysipèle. Or, aucun praticien n'ignore, et nous avons vu M. Jobert lui-même le proclamer, combien l'érysipèle est une maladie grave, et qui devient facilement mortelle, quand il se développe dans le cuir chevelu, à la face ou dans le voisinage de ces deux régions.

Surgit ici une question qu'il faut examiner et immédiatement résoudre. Le procédé décrit dans l'article cité, et auquel il faut avant tout rendre une pleine et entière justice, puisqu'il réunit incontestablement deux grandes qualités, la facilité d'exécution et la promptitude, ce procédé donne-t-il moins souvent lieu à l'érysipèle que tous les autres où l'on se sert aussi de l'instrument tranchant? Son inventeur ne nous le dit pas. Pour mon compte, je ne vois pas pourquoi il en serait ainsi, et la *Gazette des Hôpitaux* (année 1848, n° 68) nous fournit la preuve que le *procédé par embrochement* (puisque c'est ainsi qu'on le désigne) ne jouit pas de cette précieuse immunité.

Maintenant est-il exact de dire que l'emploi des caustiques, auxquels M. Jobert reproche sans doute avec quelque raison la longueur du traitement (1), expose plus que l'instrument tranchant à l'érysipèle, à une suppuration trop abondante, à l'invasion de la gangrène, et par suite à l'infection purulente et à la mort?

A cette question, je répondrai que j'ignore ce qu'il en est *quant à l'acide nitrique,* employé par un charlatan qui vivait à l'époque de Tenon, lequel a régularisé son procédé (2), et que M. Jobert a adopté pour les cas où il est obligé d'employer la cautérisation. Je le répète, j'ignore ce qu'il en est quant à l'action de l'acide nitrique, quant à celle de plusieurs autres caustiques (3) pour produire l'érysipèle ; mais ce que je puis affirmer, ainsi du reste que je l'ai démontré dans le mémoire que j'ai eu l'honneur de communiquer à l'Académie des sciences (séance du 19 juillet 1850), c'est que la cautérisation par la potasse caustique liquide n'est jamais suivie d'érysipèle, du moins je n'ai jamais eu l'occasion d'en observer dans les mille à douze cents cautérisations que j'ai pratiquées à

(1) Certainement, dans le plus grand nombre des cas, le traitement par les caustiques est plus long que l'ablation par le bistouri, mais encore ne faut-il pas exagérer cette durée. Ainsi, sur dix-huit malades auxquels j'ai enlevé des loupes dans ces derniers temps, et chez lesquels j'ai tenu exactement compte de la longueur du traitement, il a varié de quinze à trente-cinq jours, et la moyenne a été de vingt-quatre jours. Maintenant, je demanderai si cette longueur de temps ne se trouve pas rachetée par cette circonstance que les personnes en traitement ne sont jamais obligées de garder la chambre et vont librement à leurs affaires et à leurs plaisirs.

(2) *Application de l'acide nitreux au traitement de certaines tumeurs enkystées.* Mémoire lu à l'Institut le 30 floréal an XIII.

(3) Je ne crois pas qu'on puisse considérer les cantharides, malgré leur action assez remarquable sur la peau, comme un caustique ; mais le fait suivant n'en paraît pas moins rentrer dans mon sujet. M. le docteur Briquet a vu, chez une jeune femme bien constituée, mais hystérique et affectée d'une paraplégie nerveuse, un *vésicatoire circulaire* énorme, qui fut pansé avec la pommade épispastique, après avoir d'abord causé une grande irritation, déterminer le développement d'un érysipèle, qui fut suivi de gangrène de la peau, à laquelle la malade succomba. M. Briquet a communiqué ce fait à la Société de médecine de Paris. (Voyez *Revue médicale* du 15 janvier 1853.)

BIBLIOGRAPHIE.

De la chaleur produite par les êtres vivants, par J. GAVARRET, professeur de physique à la Faculté de médecine de Paris (1).

Voici un savant livre, très savant même, dans lequel ont été rassemblées, nettes et entières, toutes les expériences et les théories rélatives à la production de la chaleur par les êtres vivants. Il va droit à l'erreur, et sans peine lui substitue la vérité appuyée sur les bases solides d'expériences saisissantes. C'est le commencement d'une série de publications de physique médicale, dans lesquelles l'auteur des *Principes généraux de la statistique* et de l'*Hématologie* doit passer en revue toutes les applications de la physique à la médecine.

La calorification est une fonction des êtres vivants par laquelle ils peuvent, en tant que vivants, conserver une température propre, supérieure à celle du milieu ambiant ; mais, à part cette condition, qui leur est inhérente à cause de la vie, ils sont soumis aux lois ordinaires des échanges de chaleur entre corps voisins, par contact ou par conductibilité, à distance ou par voie de rayonnement.

Pour ne rien laisser d'obscur dans l'esprit de son lecteur, M. le professeur Gavarret a voulu l'initier d'avance à tous les détails de cette question importante. Après avoir indiqué les précautions à prendre dans l'application des procédés thermométriques simples et thermo-électriques, il expose successivement les notions si complexes de la calorimétrie ; les faits nouvellement connus de la température des animaux supérieurs et inférieurs, reptiles, poissons et insectes ; les différentes théories relatives à la production de la chaleur chez les animaux ; l'influence des conditions physiologiques, telles que l'âge, le sexe, la veille, le sommeil, le repos et le mouvement, l'alimentation, les saisons et les climats sur cette production de chaleur, et il termine par deux chapitres fort intéressants sur l'hibernation et sur la chaleur produite par les végétaux. Sauf l'étude de la calorification dans l'état morbide, le cadre est complet.

Dans le chapitre consacré à la température des animaux, M. Gavarret démontre que tous, depuis l'homme jusqu'au dernier des zoophytes, produisent de la chaleur, et qu'il n'y a pas lieu de les diviser, comme on le fait généralement, en *animaux à sang chaud* et en *animaux à sang froid.* En effet, cette double appellation semble faire croire que les mammifères et les oiseaux ont le privilége exclusif de la production de la chaleur, ce qui n'est pas exact. Pour traduire cette faculté dont jouissent les animaux supérieurs de maintenir leur température propre d'une manière invariable, il faut les désigner sous le nom d'*animaux à température constante,* et le nom d'*animaux à température variable* serait appliqué aux animaux inférieurs, qui, tout en produisant de la chaleur, subissent à un très haut degré l'influence de la température du milieu ambiant.

Chemin faisant, M. Gavarret a trouvé l'occasion d'établir les titres de priorité légitimes des travaux de Lavoisier relativement aux sources de la chaleur animale ; il l'a fait avec bonheur, et, je dirai plus, avec une satisfaction qu'il fait partager à son lecteur par une démonstration péremptoire. En effet, longtemps avant Crawford, en 1775 et 1777, Lavoisier publia les travaux dans lesquels il démontra que les phénomènes de combustion accomplis dans l'intérieur du corps étaient la source de la température animale ; seulement, au lieu de placer le siége de cette combustion dans les capillaires généraux, il l'avait placé dans les capillaires des poumons. Sauf cette modification, qui n'a pas une grande importance au point de vue doctrinal, on peut dire que la découverte de Lavoisier est complète, et c'est sur elle, en effet, que reposent toutes les théories de la combustion intérieure qui se sont élevées depuis lors. Lagrange et Spallanzani ont la gloire d'avoir rectifié ce qu'il y avait d'inexact dans le travail de Lavoisier, et, depuis, les recherches d'Edwards, de Magnus sur les gaz en dissolution dans le sang ; celles de Dulong et Despretz ; de Regnault et Reiset ont mis ces faits hors de doute. Il en résulte que, dans l'acte respiratoire, l'oxygène de l'air est absorbé par l'organisme dans les poumons et par la peau, qu'il pénètre dans le sang veineux en prenant la place de l'acide carbonique qui s'exhale au dehors ; il court avec le sang dans les tissus, agissant par combustion sur les matières azotées ou non azotées fournies par le travail digestif, et sur les matières organiques incessamment séparées des tissus de l'économie. De ces réactions résultent la génération des éléments constitutifs des organes, la formation de la

(1) Un vol. in-12. Chez Victor Masson. Prix, 4 fr.

l'aide de cet agent sur plus de cent cinquante personnes opérées par le procédé que je me suis cru en droit d'appeler *ma méthode*. Quant à la suppuration, elle est généralement sans doute plus abondante qu'à la suite de l'emploi du bistouri, car jamais avec la cautérisation on n'obtient de réunion par première intention; mais cette suppuration est toujours fort modérée et ne peut jamais amener le terrible phénomène de l'infection purulente. J'en dirai tout autant de la gangrène; je n'en ai jamais vu d'autre que celle que je produis moi-même par l'application du caustique, et celle-ci reste toujours bornée aux parties atteintes par la cautérisation.

Je vais maintenant donner de l'application de ma méthode un premier exemple que je demanderai la permission de faire suivre de quelques réflexions.

Obs. I. — Mme A... m'a été adressée le 12 août 1855 par son frère M. F..., ancien juge-de-paix à S... (Somme), à qui j'ai enlevé en juillet 1851 une loupe très volumineuse qui occupait le sommet de la tête. La sœur de M. F..., quoique sujette de temps en temps à des coliques avec diarrhée et vomissements, jouit, ainsi que son frère, d'une bonne santé; elle a cinquante-neuf ans et a cessé d'être réglée depuis plusieurs années.

Mme A... porte sur la tête *huit tumeurs* ainsi distribuées : deux sur le coronal, dont une très voisine de la suture lambdoïde; trois sur le sinciput, une sur le pariétal gauche au voisinage de la suture, deux sur l'occipital. Le volume de ces tumeurs varie depuis celui d'une grosse noix (celles du sinciput) jusqu'à la grosseur d'un petit haricot. Leur origine remonte à vingt-cinq ans et leur cause est sans doute héréditaire, car chez la sœur, comme chez le frère, ces tumeurs se sont développées spontanément sans qu'on puisse signaler aucune cause extérieure, et leur mère, qui vivait encore en 1851 et avait alors quatre-vingt-trois ans, avait eu aussi des loupes, qui lui furent enlevées par le bistouri, opération qui a été suivie du développement d'un érysipèle du cuir chevelu et de la face, qui a mis sa vie en grand péril. On comprendra sans peine, d'après cette circonstance, que M. F... et Mme A... ne voulussent à aucun prix avoir recours au bistouri pour se débarrasser de leurs loupes, dont l'existence leur était cependant particulièrement désagréable.

Le 12 août 1855, je pratiquai sur chaque tumeur une première cautérisation linéaire, que je renouvelai le même soir.

Le 14, nouvelles cautérisations pour sept tumeurs seulement, après avoir *légèrement intéressé* l'eschare à l'aide de la pointe d'une lancette (1), ce qui me permit de reconnaître pour plusieurs tumeurs, mais surtout pour la plus volumineuse, que je pus vider entièrement de la matière sébacée qu'elle renfermait, que la peau avait été intéressée dans toute son épaisseur.

Le 15, après deux ou trois cautérisations (vingt-trois en tout) pour chacune des tumeurs, je pus fendre toutes les eschares et vider tous les kystes, comme je l'avais fait pour la plus volumineuse. La matière sébacée que j'y trouvai était remarquablement sèche.

Le 18, ablation de tous les kystes sans exciter la moindre douleur, sans qu'il s'écoule seulement une goutte de sang, quoiqu'ils fussent tous fort adhérents.

Le 19, établissement d'une suppuration douce et détersive sans la moindre trace d'inflammation; pansements avec la pommade de concombres, et, pour celles de ces tumeurs dont le volume a été cause de l'établissement d'une plaie plus étendue, réunion avec les bandelettes agglutinatives.

Le 21, j'enlevai une neuvième loupe, située sous celle qui occupait le sommet de la tête, et grosse au plus comme un petit pois, loupe à l'état rudimentaire, qui se fût plus tard développée, et aurait fait croire à une rechute, tandis que ce n'eût été qu'une nouvelle manifestation d'une diathèse d'une nature assez singulière.

Depuis ce jour, je n'eus plus que de simples pansements à faire, avec quelques applications de bandelettes pour les plaies, où je les jugeai nécessaires.

Le 25 août, Mme A... retourne chez elle; je lui recommande de continuer chaque matin les pansements simples avec la pommade de concombres.

(1) Cette manœuvre, qui n'est point essentielle pour le succès de l'opération, a cependant l'avantage de l'abréger considérablement. En effet, les premières cautérisations ayant désorganisé l'épiderme d'abord, puis la couche la plus superficielle de la peau, forment une première eschare *peu profonde*, fort sèche, qu'on pourrait comparer à un morceau de parchemin peu épais, mais qui n'en devient pas moins un obstacle à la pénétration du caustique.

Le 23 septembre, j'ai reçu, par l'intermédiaire de M. F..., qui a conservé une vive reconnaissance du service que je lui ai rendu, une lettre où il m'annonce que toutes les plaies sont guéries et offrent des cicatrices linéaires et à peine visibles pour la plupart.

Ainsi voilà vingt-trois cautérisations pratiquées presque coup sur coup (les seize premières en six heures) sans avoir excité une bien grande douleur, du moins la personne opérée l'a affirmé, sans avoir apporté aucun trouble dans sa santé générale, aucun dérangement dans ses habitudes. Voilà neuf loupes enlevées sans aucune douleur et, je ne dirai pas sans hémorrhagie, mais sans qu'il se soit écoulé une goutte de sang. Sans doute, sous ce dernier point de vue, les choses ne se passent pas toujours aussi bien; mais s'il peut arriver quelquefois que l'énucléation des loupes détermine l'écoulement de quelques gouttes de sang, je puis affirmer que dans l'application de ma méthode on n'a jamais d'hémorrhagie à craindre, où ne se trouve jamais dans la nécessité de faire de ligatures. Il paraît, d'après M. Jobert lui-même, qu'il n'en est pas de même quand on a recours au bistouri, quelle que soit du reste la manière dont on l'emploie.

Dans l'observation suivante, c'est quatorze loupes qui ont été enlevées et cinquante-trois cautérisations qui ont été pratiquées; et si le malade, très impressionnable, a accusé plus de douleur que Mme A..., si deux ou trois loupes ont fourni au moment de l'énucléation quelques gouttes de sang, le résultat n'en a pas moins été aussi satisfaisant.

Je ne crois pas qu'il existe un chirurgien qui eût osé dans le premier cas faire simultanément huit incisions, cinq tous les deux jours dans le second cas, et, s'il l'eût fait, il est assez probable qu'il eût pu voir, comme chez la mère de Mme A..., comme chez un individu de la connaissance de M. L..., se développer un érysipèle plus ou moins grave, et qu'il eût eu bien certainement à combattre des hémorrhagies plus ou moins abondantes.

(Nous donnerons la seconde observation dans un prochain numéro.)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 22 octobre 1855. — Présidence de M. Regnault.

Recherche du sucre dans le sang de la veine porte. — M. Cl. Bernard communique au nom de C.-G. Lehmann (de Leipzig) un nouveau mémoire sur la recherche du sucre dans le sang de la veine porte.

L'auteur s'est proposé, dans ce mémoire, de fixer la méthode d'investigation qu'il convient de suivre dans cette question de chimie physiologique. Il faut, dit-il :

1° Établir la méthode chimique à l'aide de laquelle on peut constater d'une manière rigoureuse et non discutable la présence ou l'absence du sucre dans le sang de la veine porte.

2° Préciser le procédé physiologique par lequel on peut se procurer le sang de la veine porte en quantité suffisante pour l'analyse, en opérant de telle façon, qu'on n'obtienne que le sang qui circule normalement dans ce vaisseau.

I. La méthode chimique que j'ai mise en usage est basée sur la possibilité de séparer le sucre, aussi bien que possible, par précipitation. Je traite le sang par l'alcool, et après évaporation de la solution alcoolique, j'obtiens un extrait ou résidu que je reprends de nouveau par de l'alcool assez fort, après quoi j'ajoute à la solution alcoolique une solution de potasse caustique dans l'alcool. Alors le saccharate de potasse se précipite en formant une masse déliquescente et très soluble dans l'eau. La solution aqueuse de cette combinaison donne toujours avec la potasse caustique et le sulfate de cuivre une réaction indubitable. On peut ensuite ajouter, à une autre partie de la solution de saccharate de potasse, de l'acide tartrique jusqu'à ce que la liqueur montre une légère réaction acide; et l'on obtient la fermentation en mettant la solution en contact avec de la levûre de bière. La méthode que je viens d'indiquer est très sensible. J'ai pu, par ce moyen, reconnaître du sucre dans de l'urine d'homme, où l'on en avait préalablement ajouté seulement $\frac{1}{100000}$.

II. Pour ce qui regarde les conditions physiologiques dans lesquelles il faut recueillir le sang de la veine porte, M. Bernard les a suffisamment fixées déjà depuis longtemps. Mais il est arrivé que des auteurs ont négligé d'en tenir compte, ce qui est cependant indispensable, si l'on veut opérer d'une manière irréprochable et se procurer pour l'analyse du liquide sanguin qui n'appartienne pas à d'autres vaisseaux qu'à la veine porte. En effet, si l'on fait à un chien vivant, même de très forte taille, une saignée de 700 grammes ou de 300 à 400 grammes par la veine porte, on se place dans de mauvaises conditions expérimentales et on obtient un sang qui ne convient pas pour la recherche, ce qui se prouve directement et aussi par les considérations suivantes. On sait que la pression sous laquelle le sang se trouve dans une veine est diminuée lorsque le sang s'écoule par une ouverture faite à cette veine; or il en résulte que, non-seulement le sang des vaisseaux communiquants, dont la pression est devenue relativement plus grande, s'écoule en plus grande quantité vers l'ouverture; mais il arrive aussi que les liquides contenus dans le parenchyme des organes se répandent, par suite de la loi de la diffusion des liquides, dans le vaisseau dont la pression a été diminuée. En outre, M. Ed. Weber et moi nous avons trouvé que la quantité totale du sang contenu dans un homme adulte ne dépasse pas la dixième partie du poids du corps; et, dernièrement, MM. Bischoff et Welcker ont dit que chez les hommes et les mammifères la masse du sang formait la treizième partie du poids du corps. Or, si nous voulions soustraire à un chien pesant 24 kilogrammes (ce qui est sans doute une forte taille) 700 grammes ou même 300 à 400 grammes de sang de la veine porte, il n'est pas permis de croire qu'on aurait recueilli le sang pur de cette veine, car il faudrait admettre, ce qui est invraisemblable, que la quatrième partie du sang du corps est contenue dans le système de la veine porte.

Pour éviter autant que possible les inconvénients que je viens de signaler, je n'ai pas fait la saignée de la veine porte sur le chien vivant, mais j'ai tué auparavant l'animal par un coup administré sur la tête; puis j'ai placé, suivant la manière de M. Bernard, une ligature sur la veine porte à l'entrée du foie. Alors j'ai ouvert complétement la cavité abdominale, et j'ai introduit par une petite ouverture faite à la veine porte, un peu au-dessous de la ligature, un tube de verre deux fois recourbé à angle droit. Après avoir fixé ce tube à l'aide d'une ligature, je laissais sortir de la veine préalablement comprimée par les deux doigts le sang qui s'échappait par le tube et était recueilli dans un petit ballon de verre. Le cœur faisait encore quelques contractions, et l'accès de l'air, accélérant les mouvements péristaltiques des intestins, faisait qu'une assez grande quantité de sang non coagulé s'écoulait. J'ai recueilli de cette manière de 35 à 80 grammes de sang sur des chiens de forte taille, et je pense que cette quantité n'est pas trop grande pour croire qu'elle représente le sang tel qu'il circule dans le système de la veine porte pendant la vie de l'animal.

J'ai expérimenté de la manière qui précède, sur seize chiens, qui, après être restés vingt-quatre heures à jeun, mangèrent de la viande de cheval à discrétion, et ils furent tués trois à six heures après le repas. Dans ces seize expériences, je n'ai jamais trouvé une trace de glycose dans le sang de la veine porte.

Mais on pourrait dire que, malgré l'exactitude de la méthode chimique que j'ai employée, la quantité de sang que j'ai recueillie (35 à 80 grammes) ne suffisait pas pour découvrir de très minimes quantités de glycose; c'est pourquoi j'ai encore exécuté les deux expériences suivantes :

Sur trois chiens nourris à la viande, j'ai recueilli et réuni le sang obtenu de leur veine porte, ce qui faisait en tout 217gr,5 de sang; sur trois autres chiens dans les mêmes conditions, j'ai obtenu, en opérant de la même manière, 192gr,7 de sang; mais, malgré ces quantités considérables de sang, je n'ai pas réussi à constater dans ces deux cas la moindre trace de glycose dans la veine porte.

Pour me convaincre que, lorsqu'on trouve du glycose dans le sang de la veine porte, cela tient à ce que l'on soustrait sur les chiens vivants des quantités de sang trop considérables, j'ai fait sur un chien pesant 13 kilogrammes une saignée de 351 grammes à la veine porte, et sur un autre chien pesant 11kil,5 une saignée de 211 grammes, et sur un troisième, dont le poids était de 14kil,5, une saignée de 263 grammes, et je dois dire que dans ces trois cas j'ai constaté indubitablement la présence du glycose.

Les conclusions qui résultent de ces expériences me semblent évidentes; elles sont que :

1° Quand on fait des saignées trop considérables à la veine porte, on ne recueille pas du sang convenable et tel qu'il circule normalement dans le vaisseau pendant la vie;

2° Que, lorsqu'on se place dans les conditions déterminées pour avoir du sang pur de la veine porte, on n'y trouve jamais de glycose pendant la digestion de la viande.

graisse et la production des matériaux d'excrétion, tels que l'urée, l'acide urique, l'acide cholique, l'acide carbonique, l'azote et l'eau, qui tous les trois s'échappent par les surfaces respiratoires.

Rien n'est intéressant, dans ce livre, après la théorie de Lavoisier sur les sources de la chaleur animale, comme les recherches de M. Gavarret sur l'influence des conditions physiologiques qui font varier la température propre des animaux. Il serait trop long de suivre ici le professeur dans tous les détails qu'il donne à ce sujet pour tous les êtres vivants. Je ne parlerai que de ce qui est relatif à l'homme. Ainsi la température, toujours la même au centre, a une inégale répartition dans les différentes parties du corps, selon leur position plus ou moins superficielle et leur distance du centre de la vie de nutrition; elle est en rapport avec la richesse du système capillaire sanguin des parties, la facilité de l'évaporation cutanée, la rapidité de la circulation et l'intensité des réactions chimiques dont elle est le siége.

La température propre des animaux varie beaucoup suivant leur âge et aux deux extrémités de la vie, la puissance de calorification est singulièrement diminuée; les enfants nouveau-nés, de même que les vieillards, ne résistent pas au froid comme les adultes, et faute d'être suffisamment garantis, leur température finit par s'abaisser, et ils succombent. Ce phénomène est en rapport avec l'intensité des phénomènes physicochimiques de la respiration, qui est modifiée et amoindrie dans les mêmes circonstances.

Pendant la veille et pendant le sommeil, la calorification est différente, et il y a même une différence qui n'est pas moindre d'un degré. M. le professeur Gavarret l'explique à merveille en faisant remarquer que si la température propre de l'homme est un peu plus faible la nuit que le jour, c'est qu'alors le nombre des mouvements respiratoires, et par conséquent l'intensité des phénomènes physico-chimiques de la respiration est sensiblement diminuée.

Le mouvement et l'exercice, l'incubation ont une influence également très marquée sur l'accroissement de la température du corps. Il en est de même de l'alimentation, dont la nature et surtout la quantité déterminent des modifications très prononcées dans la température. Quand les aliments sont insuffisants ou supprimés, l'animal vit aux dépens de sa propre substance, et la calorification est profondément modifiée. Il absorbe continuellement l'oxygène de l'air, brûle sa graisse, son sang, ses tissus, et quand il a perdu un dixième de son poids, comme l'élément combustible commence à manquer, la température s'abaisse et tombe au-dessous du degré nécessaire au jeu des organes. L'animal meurt sans lésion organique importante. Il *meurt de froid*, dit Chossat, l'auteur des *Recherches sur l'inanition*, et le froid provient de ce qu'il ne trouve plus dans son corps de quoi fournir des matériaux combustibles à l'oxygène incessamment introduit par les voies respiratoires intactes.

Ce qu'il y a encore de très intéressant dans le nouveau livre de M. Gavarret, c'est la description si complète de l'*hibernation* et de son influence sur la température des animaux. Je voudrais pouvoir en donner le résumé; mais les limites de cette analyse ne me permettent pas, et d'ailleurs, ce serait amoindrir l'intérêt qui s'attache à cette lecture. Je ne suivrai pas davantage l'auteur dans ses études de la température des végétaux, et je terminerai par ses propres conclusions :

« Dans toute la série animale, la respiration est une source puissante de chaleur.

» L'action de combustion lente exercée sur les matériaux du sang par l'oxygène que les surfaces respiratoires puisent incessamment dans le milieu ambiant et déversent dans l'économie, est la véritable et unique source de la chaleur produite par les animaux.

» Entre les animaux *à température constante* et les animaux *à température variable*, la différence provient uniquement de la quantité d'oxygène absorbée et de l'intensité des combustions respiratoires. »

Il était impossible d'établir plus clairement les connaissances physiologiques relatives à la calorification des êtres vivants. Sous ce rapport, le livre de M. Gavarret est appelé à un succès légitime. Il lui manque peut-être une partie pathologique comprenant les troubles de la calorification dans les maladies. Les médecins le regretteront d'autant plus, que l'auteur a lui-même recueilli tous les matériaux de ce travail, dont une partie a été publiée. Cette addition aurait beaucoup augmenté le volume de l'ouvrage, déjà fort étendu, mais en même temps elle eût ajouté à son utilité. M. le professeur Gavarret a trop bien réussi dans ses considérations physiologiques sur la chaleur des êtres vivants pour ne pas songer à y joindre la partie pathologique dans sa prochaine édition.

E. Bouchut.

III. Mais si pendant la digestion de la viande le sang de la veine porte qui entre dans le foie ne renferme pas de sucre, contiendrait-il une autre matière qui pût facilement être changée en sucre (un glycoside)? M'étant posé cette question depuis déjà bien longtemps, j'ai fait digérer soit l'extrait alcoolique, soit l'extrait aqueux du sang de la veine porte avec de la diastase ou de la synaptase, puis je l'ai fait bouillir avec quelques gouttes d'acide sulfurique ou d'acide nitrique. Mais je n'ai jamais réussi à obtenir aucune substance fermentescible. Pendant la digestion de la viande, il ne se forme pas non plus dans l'estomac ni dans l'intestin grêle une matière glycogénique (un glycoside). J'ai fait maintes fois les expériences ci-dessus indiquées avec les différents extraits du contenu trouvé dans l'estomac et dans l'intestin grêle des chiens nourris avec la viande, et dans ces cas mon espoir a également été trompé.

Enfin, on a émis l'idée que le sang de la veine porte contient une matière qui peut empêcher la fermentation alcoolique. Pour vérifier si cette opinion est exacte, j'ai ajouté à l'extrait alcoolique du sang de la veine porte de faibles quantités de sucre, mais je dois dire que j'ai toujours vu paraître les phénomènes de la fermentation alcoolique comme à l'ordinaire.

Nous devons donc admettre que, pendant la digestion de la viande, il n'y a pas de matière antiseptique dans le sang de la veine porte, et que, d'autre part, on n'y rencontre pas de trace de glycose par les réactifs les plus exacts. De sorte que, si l'on eût trouvé dans le sang de la veine porte une substance rendue fermentescible à l'aide de l'acide sulfurique, il ne faudrait pas penser que le glycose est caché dans le sang de la veine porte par une substance étrangère, mais il serait inévitable, au contraire, de conclure que cette matière est un sucre non fermentescible ou plutôt un sucre copulé, un glycoside, qui est décomposé par l'action de l'acide. Mais nous devons ajouter que, si l'on réussissait à découvrir un pareil glycoside dans le sang de la veine porte, loin de combattre la théorie glycogénique émise par M. Bernard, ce fait la confirmerait pleinement, parce qu'on serait bien contraint d'admettre que c'est dans le foie que cette matière est décomposée pendant la vie.

M. Cl. Bernard, à propos de la communication de M. Lehmann, fait les remarques suivantes :

L'Académie se rappelle que depuis quelque temps il s'est élevé un débat sur la question de savoir s'il y a ou non du sucre dans le sang de la veine porte chez un animal carnivore pendant la digestion de la viande. Cette expérience offre, en effet, une importance toute particulière au point de vue de la fonction glycogénique du foie ; car pour conclure que le sucre, qui se trouve toujours en proportion considérable dans le tissu hépatique, est produit sur place par une sécrétion spéciale du foie, il fallait s'assurer, avant tout, que le sang de la veine porte qui entre dans l'organe ne lui apporte pas de matière sucrée.

Nous n'avons rien à ajouter après les expériences chimiques et physiologiques de M. Lehmann, qui sont si précises et si décisives. Nous nous bornerons seulement à faire remarquer qu'après ce long débat il n'y a absolument rien de changé à la proposition sur laquelle nous avions fondé la théorie de la fonction glycogénique. Il reste aujourd'hui établi, comme nous l'avions annoncé alors, que chez un animal carnivore le sang qui entre dans le foie ne contient pas de sucre, tandis que celui qui en sort en renferme des quantités très notables : d'où nécessité d'admettre que c'est dans le foie que se produit la substance sucrée.

Toutefois nous devons reconnaître que la discussion, en appelant de nouveau l'attention des chimistes et des physiologistes sur la question, les a amenés à fixer définitivement les conditions de l'investigation chimique et physiologique, et a rendu désormais impossible toute contestation au sujet de l'existence de la fonction glycogénique du foie, sur le mécanisme de laquelle il peut encore rester des études à faire, mais dont la réalité physiologique est prouvée expérimentalement de la manière la plus positive.

Nitrate acide de mercure pour l'ablation des tumeurs. — M. Foucaud de l'Espagnery adresse une note concernant l'emploi du nitrate acide de mercure pour l'ablation de loupes et tumeurs. (Commissaires nommés pour une communication récente de M. Legrand sur un sujet analogue : MM. Velpeau, Cloquet.)

Conservation du corps. — M. Roux, qui avait obtenu au concours pour le prix de médecine et de chirurgie un encouragement pour ses recherches concernant la conservation des pièces anatomiques, adresse pour le concours de 1855 un mémoire ayant pour titre : *De l'art de conserver les corps, les pièces d'anatomie et les pièces d'histoire naturelle.*

Nous nous bornerons à reproduire de ce travail, qui est fort étendu, la phrase suivante relative au choix à faire, selon les cas, entre les divers antiseptiques :

« L'expérience nous a appris, dit M. Roux, qu'on doit employer de préférence les *sulfates* dans l'embaumement des enfants, les *acétates* ou les *sulfites* dans celui des adolescents, les *chlorures* pour la conservation des adultes. » (Commission des prix de médecine et de chirurgie.)

(Nous sommes obligé de renvoyer à un prochain numéro la suite du compte rendu de cette intéressante séance.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 17 octobre 1855. — Présidence de M. Gosselin.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Follin présente un malade auquel il a extirpé un corps étranger de l'articulation du coude, et donne sur la maladie et l'opération les détails suivants :

Cet homme, âgé de vingt-trois ans, ressentit, il y a quatre ans environ, de la gêne dans les mouvements du coude gauche ; mais cette gêne ne fut d'abord que passagère. Il y a deux ans, elle augmenta de nouveau, et le malade ne put fléchir et allonger le bras qu'avec la plus grande difficulté. Une fièvre typhoïde qu'il eut à cette époque le retint pendant un mois au lit. Après sa guérison, les mouvements revinrent complétement ; les douleurs ne se montraient qu'après un travail prolongé.

Vers le milieu du mois d'août de l'an dernier, ce malade, qui est employé dans une épicerie, éprouva, en descendant du savon dans la cave, les mêmes accidents qu'autrefois, il ne put fléchir l'avant-bras, et du gonflement se montra dans l'articulation. Il entra alors à l'hôpital Saint-Louis, où on le traita par l'immobilité du membre. Au bout d'un mois, on constata une légère amélioration, et pendant quelque temps encore cet individu put reprendre ses occupations, en éprouvant seulement un peu de faiblesse dans le membre.

Vers la mi-octobre, nouvelle tuméfaction de l'article, avec impossibilité de mouvoir le coude. C'est alors que le malade entra à l'hôpital.

M. Follin constata à ce moment une augmentation de volume du coude sans changement de coloration aux téguments. Entre la partie interne de l'olécrane et l'épitrochlée se trouve une petite tumeur roulant sous le doigt, que l'on sent très distinctement, et que l'on peut faire changer de place avec une grande facilité. Ce petit corps paraît avoir le volume d'un pois. Le malade assure l'avoir quelquefois senti dans le pli du coude. Au siége de prédilection de ce corps étranger, existait une petite tumeur mollasse produite sans doute par du liquide épanché dans l'articulation.

M. Follin, bien convaincu de la présence du corps étranger, se décida à l'enlever par une incision directement portée sur lui. Le bras du malade placé dans l'extension, on met le corps étranger dans une position fixe entre l'épicondyle et la partie externe de l'olécrane. Un aide applique son pouce au-dessus de lui, afin d'éviter tout déplacement. Une incision longue d'un pouce est pratiquée sur le corps étranger et divise tous les tissus compris entre la partie externe de l'olécrane et l'épitrochlée. On parvient ainsi sur une petite masse blanchâtre qui vient faire saillie à travers la plaie, et qu'on extrait aussitôt. Ce corps étranger, du volume et de la forme d'un haricot, est d'un blanc jaunâtre et d'une consistance pierreuse.

La plaie fut fermée à l'aide de quelques bandelettes de diachylon, et le membre fixé dans une gouttière, de manière à empêcher tout mouvement dans le coude.

Les deux jours suivants, le malade ressentit un peu de douleur au niveau de l'incision, et un peu de pus se montra entre les lèvres de la plaie, dont les deux tiers supérieurs étaient cicatrisés. Le même pansement fut continué. Bientôt le pus cessa de couler ; mais pendant une dizaine de jours environ un peu de synovie sortit encore par la partie la plus déclive de la plaie. Enfin, au bout de ce temps la guérison fut complète, et le malade put reprendre ses travaux, qu'il continua jusqu'à ce jour avec facilité.

Toutefois, cet homme a senti récemment dans son articulation un nouveau corps étranger, et il a pu nous le faire découvrir au côté interne du coude, en avant de l'épitrochlée. Ce nouveau corps paraît moins volumineux que le précédent, et il est souvent difficile de le toucher nettement.

L'absence de douleurs et de tuméfaction dans le coude, le peu de gêne produite par le corps étranger, sont des contre-indications à une nouvelle opération. Mais en soumettant ce malade à l'examen des membres de la Société de chirurgie, M. Follin sollicite leur avis à cet égard.

M. Giraldès a enlevé un corps étranger de la même articulation ; il était plus volumineux, placé à la partie externe ; il était très accessible au toucher. M. Giraldès essaya de le faire sortir de l'articulation et de le fixer dans le tissu cellulaire voisin ; mais il ne put y parvenir. Comme il y avait de grandes douleurs et une gêne considérable dans les mouvements, il fit l'incision directement sur le corps étranger, qui fut alors extrait sans peine. L'opération fut sans gravité ; il y eut un peu d'inflammation phlegmoneuse sous-cutanée, mais point d'extension jusque dans la jointure.

La guérison eut lieu promptement.

M. Larrey. M. Follin soupçonne qu'il reste un corps étranger dans le coude de son malade. Cela ne serait point surprenant ; car il est rare que dans cette articulation les corps étrangers soient uniques. Dans les observations publiées, on a presque toujours noté la multiplicité.

M. Denonvilliers a disséqué un cadavre dans l'articulation huméro-cubitale duquel existait quinze à vingt corps de cette nature.

M. Verneuil a déposé au musée Dupuytren un coude renfermant trois corps étrangers volumineux et libres, situés au fond des cavités olécrânienne et coronoïdienne. Suivant la remarque de M. Houël, les pièces de ce genre sont fort communes.

M. Giraldès distingue les cas où l'articulation est saine et ne renferme qu'un corps étranger, de ceux où ceux-ci sont multiples et coïncident alors avec les altérations anatomiques de l'arthrite sèche, fongosités synoviales, ossification péri-articulaires, lésions des cartilages, etc.

M. Chassaignac. Malgré le résultat définitif heureux qu'ont eu les opérations faites par MM. Giraldès et Follin, l'incision directe a amené déjà trop de revers pour être adoptée généralement. Il y a d'ailleurs eu dans ces deux faits des accidents légers, il est vrai, mais qui auraient pu devenir graves. Le phlegmon sous-cutané observé par M. Giraldès, l'écoulement de synovie observé par M. Follin au cinquième jour montrent que la méthode sous-cutanée doit être préférée. Dans certains cas, d'ailleurs, on peut espérer la résorption spontanée des corps étrangers du genou lorsqu'on les a entraînés au dehors de l'articulation.

M. Morel-Lavallée, dans sa thèse de concours, a rapporté plusieurs cas de succès semblables à ceux qui viennent d'être communiqués. Il a noté également l'extrême gravité de l'extraction directe. Il reconnaît, avec M. Larrey, que la multiplicité des corps étrangers dans le coude est la règle.

MM. Giraldès et Follin répliquent qu'ils ont tenté vainement et à plusieurs reprises la méthode sous-cutanée ; les corps étrangers ne pouvaient être saisis et entraînés dans le tissu cellulaire sous-cutané en raison de leur extrême mobilité. Pour M. Follin, la résorption spontanée de ces corps est encore fort problématique.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. Broca montre les pièces de prétendues fractures intra-utérines congéniales indiquées dans la séance précédente.

(L'observation sera publiée prochainement.)

M. Houel montre deux squelettes de fœtus à peu près à terme, déposés dans le musée Dupuytren sous les nos 513 et 513 *a*, et qui établissent très évidemment l'existence de deux lésions mises en doute dans ces derniers temps ; c'est-à-dire la réalité du rachitisme congénial et des fractures rachitiques intra-utérines.

M. Depaul, qui a nié ces deux maladies, a vu ces pièces ; mais il n'a pas cru devoir les considérer comme des exemples de rachitisme ; il les a rapportés à une altération particulière de la diaphyse des os longs, caractérisée par la présence de plusieurs points d'ossification anormaux.

M. Houël ne saurait partager cette manière de voir. Les déformations de ces squelettes et les antécédents des parents, qui étaient eux-mêmes rachitiques (le fœtus 513 *a* a été présenté à la Société anatomique par M. Notta), ne laissent aucun doute sur la nature du mal. Le squelette no 513 *a* présente en outre quinze fractures, dont quelques-unes sont récentes, d'autres en voie de consolidation, et enfin il en existe de complétement consolidées. Ce fait remarquable établit donc d'une manière incontestable la possibilité de l'existence des fractures congéniales, mais à la condition, il est vrai, que les os aient subi une altération préalable qui les a rendus fragiles.

M. Bouvier. Les pièces qui viennent d'être présentées sont fort intéressantes ; elles diffèrent notablement au point de vue de la lésion, mais avant la dissection elles fournissent les mêmes signes, c'est-à-dire la solution de continuité et les courbures. Pour sa part, il croit fermement à l'existence du rachitisme intra-utérin, nié dans ces derniers temps, et prouvé cependant, selon lui, depuis plus de cent ans. M. Bouvier voudrait savoir par quel mécanisme on pourrait expliquer les différences qui existent entre la pièce de M. Broca et celles présentées par M. Houel.

M. Broca. Ignorants comme nous le sommes sur la cause première des lésions, nous ne pouvons nous rendre compte de la nature intime des deux lésions. On peut cependant remarquer que dans le cas de rachitisme tout à fait incontestable de M. Houel, la déformation a lieu par la courbure générale des os, tandis que dans l'autre pièce les os sont coudés à angle. Il y a donc une différence tranchée. Mais il en existe une non moins évidente entre cette lésion angulaire et le cal des fractures.

M. Bouvier. Malgré l'opinion contraire de M. Broca, cette remarquable déformation du squelette ne constitue peut-être pas une espèce pathologique particulière ; c'est un vice d'ossification qui pourrait à la rigueur être considéré comme une simple variété du rachitisme.

M. Danyau, qui croyait à l'existence des fractures intra-utérines, est assez ébranlé par les faits qui viennent d'être exposés. Il rappelle cependant que dans les deux cas qu'il a rapportés il y avait dans les antécédents un traumatisme incontestable : dans l'un il y avait eu chute dans un escalier, dans l'autre choc d'un meuble sur le ventre de la mère.

M. Guersant a présenté un cas de fracture qui avait eu lieu dans le sein de la mère d'une manière on ne peut plus évidente. Il y avait eu une chute au septième mois de la grossesse ; l'enfant, qui remuait beaucoup auparavant, avait, à la suite, paru perdre beaucoup de son activité. Il était venu au monde très vigoureux ; mais il portait encore à la naissance une plaie au niveau de la fracture. La lésion était, à la vérité, unique, et différait beaucoup des faits précédents. Il ne faudrait pas nier absolument les fractures intra-utérines ; mais lorsque les lésions sont très multipliées, lorsqu'elles sont symétriques, comme dans le cas de M. Broca, l'hypothèse de fractures traumatiques n'est plus acceptable.

CORRESPONDANCE.

MM. Richet et Desormeaux, membres du jury de l'internat, demandent un congé pendant la durée du concours.

— M. le docteur Cazenave (de Bordeaux) fait hommage à la Société de son mémoire sur le *tremblement des mains et des doigts.*

LECTURES.

M. Follin lit un rapport sur un travail de M. Coste (de Marseille).

(Ce rapport, et la discussion qui l'a suivi, seront publiés dans le prochain numéro.)

— M. le secrétaire général donne lecture d'une lettre de M. le docteur Gillebert d'Hercourt (de Lyon), qui donne de nouveaux détails sur la jeune fille qu'il a guérie d'une luxation congénale de la hanche, et dont il a adressé autrefois l'observation à la Société.

« J'ai revu les 27 août et 28 septembre derniers, c'est-à-dire huit et neuf mois après sa sortie de l'établissement, la petite fille qui a fait le sujet de cette observation. A son premier passage à Lyon, le 28 août, j'ai pu la faire examiner par quelques-uns de nos confrères qui avaient assisté aux examens antérieurs de cet enfant ; par exemple, par les docteurs Barrier, Bouchacourt, Diday, Richard (de Nancy) et Rougier. A son second passage, le temps m'a manqué pour former une nouvelle réunion médicale.

» Dans l'examen du 28 août, les honorables et habiles confrères ci-dessus nommés ont *constaté de nouveau la réalité de la réduction*, *et ils ont déclaré formellement qu'ils persistaient*, *à cet égard*, *plus que jamais dans leur conviction première.*

» Quelques objections de M. Bouvier ayant appelé leur attention sur certains faits énoncés dans mon mémoire, nos honorables confrères ont entrepris de nouvelles recherches, dont, avec leur consentement, j'ai l'honneur de vous transmettre ici les résultats :

» 1o Il est certainement possible de reconnaître, à l'aide du signe indiqué par Pravaz, la présence de la tête du fémur dans sa cavité. Chez un sujet récemment réduit, l'illusion est impossible ; et, dans le cas en question, le fait a été si évident pour tous, que M. Diday, en particulier, disait que : « si son esprit eût conservé quelques doutes à » cet égard, l'examen actuel les aurait dissipés complétement. »

» 2o La flexion de la cuisse sur le bassin, comme tous les autres mouvements appartenant à l'articulation coxo-fémorale, est égale pour les deux membres. La direction de la pointe du pied et la rotation du membre en dehors sont, sinon effacés complétement, au moins très peu sensibles aujourd'hui.

» 3o La saillie du grand trochanter est également effacée ; le galbe de la hanche, du côté jadis luxé, est sensiblement semblable à

celui de l'autre côté, ce qui a fait dire à nos habiles confrères : *que les apparences sont telles qu'elles attestent tout d'abord la réalité de la réduction.*

» 4° La démarche a perdu le caractère qu'elle avait au 16 décembre 1854 ; elle offre plus particulièrement aujourd'hui celui d'une légère claudication, identique à celle qu'on remarque chez les sujets affectés d'un léger raccourcissement de l'un des fémurs, mais dont les articulations coxo-fémorales sont également bien constituées. Cette légère claudication s'explique, en effet, ici, par une différence de longueur égale environ à 7 millimètres en moins pour le côté jadis luxé.

» Il résulte de là, d'une part, que la réduction de la luxation coxo-fémorale congénitale ne saurait être mise en doute; et d'autre part, que, conformément à ce que j'avais annoncé dans mon mémoire, le temps et l'exercice ont modifié avantageusement les dispositions signalées au 16 décembre 1854.

» J'avais dit que l'égalité de longueur des deux membres, observée en décembre 1854, n'était qu'apparente, et qu'un léger raccourcissement se ferait remarquer du côté droit, quand le nouveau cotyle aurait acquis plus de profondeur, et quand les effets généraux de l'extension se seraient effacés. J'ajoute aujourd'hui que ce retour de la claudication n'est point fâcheux ; d'abord, parce que celle-ci est plus légère, et ensuite parce que, n'étant plus accompagnée d'inclinaison du tronc sur l'extrémité supérieure du fémur, elle peut être aisément masquée par un peu plus d'épaisseur donnée à la semelle du soulier droit.

» Je crois, en outre, pouvoir prédire que, comme chez d'autres enfants traités par Pravaz, et en particulier chez la jeune fille du Puy-en-Velay, observée par les docteurs Reynaud, Calemard de la Fayette, Perral et Balme du Garray, on verra, chez celle-ci, disparaître les effets de l'ancienne luxation, et que la démarche deviendra plus régulière au fur et à mesure que les muscles pelvi-fémoraux prendront plus de développement et que l'enfant grandira.

» Enfin, outre les témoignages que j'ai recueillis à Lyon, je pourrais encore invoquer ceux de MM. les docteurs Vulfranc Gerdy, qui vient de diriger à Uriage le traitement thermal de cette petite fille, et Lenoir, votre honorable collègue, qui l'a vue à Vichy, et qui, suivant le dire du père, a été satisfait du résultat obtenu chez elle. »

M. Bouvier. On ne peut rien conclure de positif sans voir directement la jeune fille. L'observation, en effet, présente des points douteux ; ainsi, on dit qu'il existe encore de la claudication, on note du raccourcissement, et cependant la luxation n'existerait plus. Mais M. Bouvier a rencontré des cas où la claudication et le raccourcissement n'étaient pas plus prononcés que dans le fait actuel, et où il existait une luxation qui n'avait jamais été reconnue. Cette lettre ne change donc rien à ses convictions.

M. Lenoir, dont M. Gillebert invoque le témoignage, a en effet vu cette enfant, qui a aujourd'hui sept à huit ans. Il y a deux ans, il fut consulté pour elle à Vichy ; elle avait les signes les plus évidents de la luxation congéniale. Sans avoir une très grande habitude de ce genre d'exploration, M. Lenoir a fait l'examen avec le plus grand soin, et il déclare que le diagnostic ne pouvait rester un seul instant douteux. Convaincu de l'efficacité du traitement de Pravaz par deux faits très concluants dont il avait été témoin, il engagea la mère à envoyer sa fille à Lyon ; il a revu cette année même la jeune malade, et il a la certitude que la tête fémorale est rentrée dans la cavité; il ne sait vraiment pas où elle pourrait être logée si elle n'était pas dans le cotyle. Il fait exécuter au membre tous les mouvements, sans porter néanmoins la flexion à ses dernières limites.

Le membre est un peu plus maigre que l'autre; il y a un peu de claudication par le fait; mais M. Lenoir espère que cette claudication disparaîtra à la longue, ce qui n'empêche pas, suivant lui, la guérison de la luxation d'être complète.

M. Bouvier est très heureux de recevoir tous ces détails ; il sera encore plus heureux quand il les aura constatés, car ils constituent un fait immense, entièrement nouveau, et qui est destiné à changer complétement la face d'une branche importante de l'orthopédie. Il fera tout ce qu'il pourra pour voir lui-même l'enfant, afin de se convaincre d'une manière absolue.

— M. Azam, professeur suppléant de clinique chirurgicale à l'École de Bordeaux, montre une pièce très remarquable de caverne tuberculeuse de la tête du péroné, et pour laquelle il a pratiqué à l'hôpital Saint-André l'extirpation de la partie supérieure de cet os. M. Azam donne quelques explications sommaires sur l'histoire de la maladie, et indique les détails les plus remarquables de la pièce. Il adressera bientôt un mémoire sur ce sujet, dans lequel l'observation sera détaillée et rapprochée des faits analogues que renferme la science.

— M. Demarquay communique, au nom de M. Denonvilliers et au sien, l'observation d'une hémorrhagie péritonéale devenue promptement mortelle et occasionnée par une rupture de l'ovaire droit. Cette observation a été recueillie par M. Luton, interne des hôpitaux.

Desmois (Coralie), âgée de vingt-sept ans, blanchisseuse, couchée salle Saint-Thomas, n° 72, est entrée à l'hôpital Saint-Louis, le 10 septembre 1855, pour un ulcère fongueux du col de l'utérus. C'est une femme bien constituée; elle a été habituellement bien réglée; elle a eu une couche antérieure.

Lors de son entrée, cette femme était tourmentée depuis deux mois de pertes sanguines presque continuelles; ses forces diminuaient rapidement; elle éprouvait des douleurs dans les reins. On reconnut une ulcération fongueuse située à l'orifice du col de l'utérus.

M. Demarquay pratiqua dans les quinze premiers jours deux cautérisations, une au fer rouge et une au crayon de nitrate d'argent. Les pertes utérines cessèrent sous l'influence de ce traitement, et l'ulcère entra en voie de guérison.

L'affection était donc en apparence très légère, lorsque, le 2 octobre, la malade se plaint d'un malaise assez subitement survenu, avec perte d'appétit, douleurs dans le ventre, dans les reins, oppression. Le soir, fièvre assez forte, point de nausées ni de vomissements; constipation depuis quelques jours, ventre sensible à la pression et assez volumineux. — Cataplasme, lavement purgatif.

Pendant toute la nuit, la malade reste très souffrante, mais sans aggravation manifeste des symptômes.

Le 3, fièvre, ventre sensible, surtout du côté droit, douleurs assez vives par la pression, tension de ce côté au niveau de la fosse iliaque. 12 sangsues et un bain. La maladie marchant très rapidement, il devient bientôt impossible de transporter cette femme au bain.

Dans la nuit du même jour le hoquet se déclare. Vers le matin, les vomissements commencent, les matières vomies ont l'aspect d'une eau savonneuse salie. Ventre gros et douloureux, oppression excessive ; la malade est pâle, sans mouvements, sans voix ; enfin, elle succombe, après avoir été agitée de quelques frissons, le jeudi 4, à huit heures du matin. Les accidents avaient duré à peine quarante-huit heures.

Autopsie. — Extrême pâleur, ventre légèrement ballonné. L'incision des parois de l'abdomen montre un épanchement de sang dans le péritoine ; intestins distendus par des gaz; le péritoine qui les revêt présente des arborisations et a éprouvé manifestement un commencement d'inflammation.

Le sang, à cause de sa position déclive, s'est accumulé dans le bassin : il y en a plus d'un litre; il est fluide et noir, et tient quelques caillots en suspension.

Le péritoine, qui tapisse tous les organes pelviens, est recouvert d'une fausse membrane molle et récente, teinte en rouge-brun par l'imbibition du sang épanché. L'utérus a son volume et ses rapports normaux. Les annexes, à droite et à gauche, sont unis et comme confondus entre eux par une exsudation plastique, dont l'organisation avancée indique l'ancienneté ; ils adhèrent également avec les parties latérales du rectum. On rompt assez facilement toutes ces adhérences.

Les deux trompes présentent des signes manifestes d'une inflammation, qui doit être assez ancienne. On trouve sur leur trajet plusieurs petits abcès gros comme des pois.

L'ovaire gauche est tuméfié, ramolli et friable ; il s'écrase lorsqu'on veut l'inciser. Il est grisâtre et comme infiltré de pus.

L'ovaire droit est encore plus volumineux et plus malade. Il présente du côté du cul-de-sac utéro-rectal une déchirure à travers laquelle on voit faire hernie un gros caillot sanguin noir et mou. Ce caillot est comme coiffé par le pavillon de la trompe, qui est allée prendre des adhérences sur le rectum, de sorte qu'au premier abord on pourrait croire que l'hémorrhagie a son point de départ dans la trompe de Fallope. Mais, en détachant toutes les adhérences et en limitant bien l'ovaire, on voit, par des incisions qui le divisent en plusieurs tranches, que le foyer hémorrhagique est dans l'une de ses cavités; on suit la marche du sang depuis la rupture péritonéale jusqu'au petit kyste sanguin. A côté de lui, on trouve une petite cavité vide, qui rappelle une vésicule de Graaf.

Du reste, le tissu de l'organe paraît transformé en putrilage par l'inflammation.

Les cautérisations faites sur le col de l'utérus ont laissé une surface parfaitement cicatrisée, la dernière ayant été pratiquée il y a quinze jours au moins.

La muqueuse utérine est très humide et couverte d'un muco-pus peu abondant.

Voilà donc l'étiologie et le mécanisme d'une hémorrhagie intra-péritonéale assez bien établis. Il paraît assez probable qu'elle est consécutive à l'inflammation récente, du reste, des annexes de l'utérus. En effet, les lésions signalées plus haut sont trop avancées pour être rapportées à une maladie qui aurait duré à peine quarante-huit heures. De plus, on ne trouve pas dans les ovaires les traces qu'y laissent des épanchements hémorrhagiques d'un certain âge, telles que des couches fibrineuses, des caillots décolorés, etc. Cependant on ne pourrait nier d'une manière absolue que des apoplexies opérées sous l'influence du raptus menstruel ou de la conception n'aient été le point de départ du travail phlegmasique dont nous avons constaté les désordres. L'ancienneté des pertes utérines, qui duraient depuis deux mois, le défaut de renseignements bien précis laissent du doute pour déterminer si l'altération inflammatoire des ovaires a été primitive ou consécutive.

Ce qu'on peut conclure de bien certain de cette observation, c'est que l'ovaire droit a été le point de départ de l'hémorrhagie, c'est que celle-ci a été intra-péritonéale et diffuse, c'est qu'il y a eu commencement de péritonite et mort rapide.

M. Follin a trouvé il y a quelque temps une pièce tout à fait semblable provenant d'une malade qu'il a vue avec M. Paul Dubois. Des hémorrhagies à répétition se manifestèrent, et il se forma une tumeur hématique rétro-utérine qui diminua très notablement dans l'espace de huit à dix mois. Au bout de ce temps, une nouvelle tumeur se forma ; on la sentait sur les côtés du vagin et à la partie inférieure et médiane de l'abdomen. Cette récidive des tumeurs sanguines du bassin est une circonstance commune et remarquable de leur histoire.

M. Huguier a déjà signalé, dans les diverses discussions qui se sont élevées sur ce sujet, la variété de siége de ces tumeurs. Les épanchements sanguins peuvent évidemment se faire sous le péritoine, dans le tissu cellulaire du ligament large, dans l'ovaire, dans les trompes. Voici plusieurs faits qui démontrent qu'ils peuvent s'opérer également dans le cul-de-sac inférieur de la cavité séreuse elle-même. Quant à la marche périodique, elle est assez commune. M. Huguier a observé déjà deux ou trois malades chez lesquelles de nouvelles tumeurs se formaient tous les six ou sept mois. La résolution de l'épanchement se faisait en trois mois environ. Les femmes sortaient guéries, puis rentraient au bout d'un certain temps avec des récidives.

M. Giraldès a observé, il y a quelques années, une femme qui avait été successivement dans les salles de MM. Pidoux et Vernois. Elle était anémique par suite de pertes incessantes. Il crut d'abord à un polype utérin, puis à une tumeur fibreuse, le toucher lui ayant révélé derrière l'utérus une tumeur adhérente et solide. Examinée plus tard, cette tumeur était devenue fluctuante; l'hémorrhagie avait disparu. Une ponction donna issue à de la sérosité et à des caillots indiquant clairement l'existence d'une collection sanguine déjà ancienne. Une seconde ponction, pratiquée plus tard, confirma encore le diagnostic. Un autre fait, entièrement analogue, se présenta à M. Giraldès ; seulement le dépôt sanguin s'enflamma. Une incision fut faite, et l'intérieur de la poche fut raclé avec une cuiller, qui ramena des concrétions fibrineuses appartenant à un épanchement ancien.

M. Follin présente un polype de l'utérus qu'il a excisé sur une femme âgée d'une cinquantaine d'années environ. Ce polype, qui donnait lieu à des hémorrhagies continues, quoique peu abondantes, s'insérait dans la cavité du col par un pédicule de la grosseur du petit doigt. Le corps du polype, gros comme un œuf, remplissait le vagin. C'était une masse molle, couverte d'une membrane tomenteuse, et qui contenait une grande quantité d'une manière noire, épaisse, gluante, composée presque entièrement de globules sanguins plus ou moins altérés, et des cellules épithéliales. Ce polype semble appartenir à la variété des polypes utéro-folliculaires.

— La séance est levée à six heures moins un quart.

Le secrétaire de la Société : Dr A. Verneuil.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du 24 octobre, M. Aubergier, professeur de chimie à la Faculté des sciences de Clermont, est nommé doyen de ladite Faculté.

— Le docteur Laycock a été nommé professeur de clinique médicale à l'Université d'Edimbourg.

— Le docteur Letheby a été nommé médecin de la Cité de Londres.

— Le choléra ne règne plus à l'état épidémique sur aucun point des deux départements de l'Alsace. Il y a encore par ci par là quelques cas sporadiques. Ainsi, à l'hôpital de Strasbourg on a traité depuis le commencement du mois d'octobre deux cas; l'un venu de la ville, l'autre de la colonie agricole d'Ostwald. Le premier a été mortel.

(*Gazette médicale de Strasbourg.*)

— Le dernier numéro d'*El Heraldo medico* de Madrid donne le bulletin suivant du choléra dans cette ville :

	CAS.	DÉCÈS.
17 octobre,	82	46
18 —	94	53
19 —	86	52
20 —	109	62

— Un officier de santé s'est ainsi tiré de l'embarras où le mettait une question indiscrète. Un de ses clients, qui le croyait docteur en médecine, mais qui venait d'entendre dire qu'il n'était qu'officier de santé, lui demanda en quoi consistait la différence des deux grades. « Mais cela saute aux yeux, lui répondit son Esculape. Est-ce que dans la » troupe vous voyez autant d'officiers que de soldats? Certainement » non. Eh bien, la qualification d'*officier* de santé vous indique que » nous sommes les préposés de la tourbe médicale ordinaire, composée » de docteurs. Nous nous trouvons rangés dans la hiérarchie médicale » immédiatement après les professeurs, qui sont les *colonels*, comme » nous sommes les *officiers* des docteurs. »

— Nous avons reçu de notre honorable confrère M. le docteur Ambroise Tardieu une lettre, que le défaut d'espace nous oblige à renvoyer au prochain numéro.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Sifflet, né le 25 octobre 1828 à Bourges (Cher); *Des fractures de la clavicule.*

Drouet, né le 7 juin 1829 à Creton (Eure); *Des plaies et hémorrhagies traumatiques de la main.*

Dubreuilh, né le 19 janvier 1829 à Blaye (Gironde); *Des tumeurs érectiles au point de vue de leur traitement.*

Ducluzeaux, né le 18 novembre 1824 à Grignols (Dordogne); *Essai sur la menstruation.*

Lair, né le 8 juillet 1822 à Beny-Bocage (Calvados); *De l'influence du froid sur l'économie.*

Longeau-Laubanie, né le 4 avril 1831 à Pradour-sur-Vayres (Haute-Vienne); *De la thoracentèse dans le traitement des épanchements pleurétiques aigus.*

Piberet, né le 1er février 1828 à Beaumont (Drôme); *Des accidents qui peuvent survenir du côté du système nerveux dans le cours de la maladie de Bright et de l'albuminurie consécutive à la scarlatine.*

Coizeau, né le 11 mars 1827 à Santiago (Ile de Cuba); *Extrait du résumé clinique de M. le professeur Velpeau à l'hôpital de la Charité dans le courant du mois d'août 1854.*

Léonardi, né le 8 avril 1830 à Douai (Nord); *Des phénomènes ordinaires de l'état puerpéral et des soins que réclame la femme en couches.*

Magnac, né le 30 juin 1825 à Paris (Seine); *De la hernie crurale.*

Lanos, né le 18 novembre 1831 à Brecey (Manche), *Du phimosis congénital.*

Vizy, né le 29 octobre 1827 à Cassuéjols (Aveyron); *Du traitement composé des fractures de la jambe.*

Blaise, né le 23 août 1823 à Gespensart (Ardennes); *Des complications de la phthisie.*

Vaugrente, né le 14 juillet 1829 à Brecey (Manche); *De quelques complications de la fièvre typhoïde.*

Denozier, né le 17 avril 1830 à Moulins (Allier); *De l'état adynamique.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. Decq;
A Genève, à la librairie de Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Du suicide et de la folie du suicide considérés dans leurs rapports avec la statistique, la médecine et la philosophie, par M. le docteur Brierre de Boismont, directeur d'un établissement d'aliénés, lauréat de l'Institut et de l'Académie de médecine, etc. Un vol. in-8° de 680 pages. Prix : 7 fr. — A Paris, chez Germer Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Clinique chirurgicale de l'hôpital Lariboisière, par E. Chassaignac, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Leçons sur l'hypertrophie des amygdales et sur une nouvelle méthode opératoire pour leur ablation, in-8°, avec 8 figures intercalées dans le texte.

Leçons sur la trachéotomie, in-8°, avec 8 figures intercalées dans le texte. Prix de chaque partie, 2 fr.

Sous presse : *Leçons sur l'écrasement linéaire.* Paris, J.-B. Baillière, éditeur, 19, rue Hautefeuille.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 2 NOVEMBRE 1855.

Séance de l'Académie de Médecine.

Cette séance, comme la précédente, a été exclusivement consacrée à la discussion sur le séton. Un seul orateur, M. Bouvier, a occupé la tribune jusqu'à l'heure fixée d'avance pour le comité secret. Dans un long et substantiel discours écrit, que nous reproduisons presque textuellement, M. Bouvier a donné à la fois une bonne leçon et un bon exemple. Mettant son érudition au service de la cause dont il devait naturellement se constituer le défenseur en présence d'une opposition systématique et capricieuse, il a montré, en effet, textes en main, combien la vérité historique avait été altérée, et combien le langage réel des auteurs est différent de celui qui leur avait été prêté par son contradicteur.

Nous disons que M. Bouvier a donné aussi un bon exemple, parce qu'en développant comme il l'a fait cette antique doctrine de la révulsion et de la dérivation, qui, aux interprétations théoriques près, est encore vivace aujourd'hui et constitue un des points fondamentaux de la médecine pratique, il a vengé la médecine ancienne contre cet esprit de dénigrement qui fut trop longtemps de mode, et contre lequel il est bon et utile aujourd'hui de prémunir la jeunesse médicale.

M. Bouvier ne s'est pas borné à rétablir dans son vrai jour la vérité historique un instant obscurcie, il a apporté aussi un nouvel argument en faveur de l'efficacité du séton, en complétant de vive voix les observations pour la plupart encore incomplètes lors de la lecture de son mémoire. Ces résultats, qui donnent quatre succès sur sept cas, méritent assurément d'être pris en considération. Mais la discussion n'est pas terminée ; elle reprendra, suivant toute apparence, mardi prochain, et nous aurons l'occasion, sans nul doute, de revenir sur le fait pratique, le seul dont il nous paraisse utile de s'occuper désormais. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. BECQUEREL.

Du phlegmon péri-utérin aigu en dehors de l'état puerpéral et de son traitement.

Le service dont M. Becquerel vient d'être nouvellement chargé à l'hôpital de la Pitié, renferme en ce moment une réunion d'affections et de tumeurs intra-abdominales de diverse nature, dont quelques-unes présentent de très grandes difficultés de diagnostic. Il y aurait un intérêt clinique réel à rapprocher les divers exemples de ce groupe d'affections pour chercher à en déduire les caractères communs et les caractères différentiels et propres à chacune d'elles. Nous nous bornerons pour le moment à en signaler deux ou trois sur lesquels notre attention a été plus particulièrement appelée, et qui nous permettront d'esquisser à grands traits l'histoire d'une affection spéciale qui n'a été décrite séparément que depuis peu et qui n'est pas encore généralement connue ; nous voulons parler du phlegmon péri-utérin aigu, survenu en dehors des conditions de l'état puerpéral.

On connaît les nombreux travaux qui ont été publiés sur la phlegmasie des annexes et des tissus ambiants de l'utérus depuis Puzos jusqu'à M. Nonat et ses élèves. Dans tous ces travaux, la phlegmasie péri-utérine n'a été envisagée que dans ses rapports avec l'accouchement, ou, en d'autres termes, on n'a observé et décrit que des cas de phlegmons post-puerpéraux. L'auteur du *Traité pratique de l'inflammation de l'utérus et de ses annexes*, M. le docteur H. Bennet, a l'un des premiers signalé l'existence distincte de l'inflammation et des abcès des annexes de l'utérus hors l'état puerpéral. Cette affection a été étudiée depuis par MM. Valleix, Gosselin, et tout récemment enfin elle a fait le sujet d'une très bonne description monographique par M. le docteur Gallard, actuellement interne du service de M. Becquerel, et à qui nous devons la communication des faits que nous allons rapporter.

Plusieurs exemples de phlegmon péri-utérin *non* puerpéral se sont offerts ces jours-ci simultanément dans le service. L'une de ces malades était couchée au n° 19 de la salle Sainte-Geneviève ; c'était une femme de trente-quatre ans, entrée le 12 octobre et sortie le 29, parfaitement guérie, après une seule application de sangsues et des purgatifs. Chez une femme couchée au n° 17 de la même salle, le phlegmon a suppuré et forme un assez vaste abcès du ligament large ; le pus, qui s'est déjà frayé une fois issue par le rectum, est en ce moment réuni en foyer. Nous verrons tout à l'heure que c'est là une terminaison exceptionnelle de ce genre de phlegmon. Chez quelques autres, ils sont passés à l'état chronique et constituent des tumeurs indurées situées au voisinage de l'utérus. D'autres, enfin, ont présenté une marche franchement aiguë et tout à fait caractéristique. Tel est en particulier le cas d'une jeune femme entrée tout récemment, et dont nous allons rapporter sommairement l'histoire comme un des types de cette affection.

Une jeune femme de vingt et un ans, forte et bien constituée, est entrée le 26 octobre dans le service, salle Sainte-Geneviève, n° 34. Réglée depuis l'âge de quatorze ans, elle n'a jamais éprouvé ni retard ni accident d'aucune espèce à l'époque de ses règles. Elle n'a jamais été enceinte et n'est point sujette à la leucorrhée.

Le 17 octobre dernier, ses règles ont paru comme à l'ordinaire ; elles ont bien coulé le 17 et le 18, mais le 19, cette femme ayant commis l'imprudence de s'exposer au froid et à l'humidité, elles ont été brusquement supprimées. A dater de ce moment, il lui est survenu des douleurs qui se sont étendues d'abord à la cuisse du côté gauche jusqu'au genou, puis se sont fixées à l'hypogastre. Elle a eu de la fièvre avec courbature générale ; bouche amère, pâteuse ; inappétence, envies de vomir, soif vive ; pas de constipation, mais douleur violente pendant les efforts de défécation et même pendant l'émission des urines. Malgré cet état, elle continue à travailler jusqu'au 22, époque à laquelle elle est obligée de garder le lit. Mais le repos n'ayant amené aucune amélioration, elle se décide à entrer à l'hôpital le 26 octobre 1855.

Le 27, au matin, on trouve la face animée, le pouls vif et fébrile ; peau chaude ; l'abdomen souple, bien conformé, mais douloureux à la pression. Par le toucher, on constate de la chaleur dans le vagin ; le col de l'utérus est pointu et conserve sa direction normale, mais l'utérus est lourd, immobile. En portant le doigt dans le cul-de-sac vaginal postérieur, on sent une tumeur arrondie du volume d'un gros œuf de poule, qui s'étend du côté du ligament large gauche. On la limite très bien entre le doigt introduit dans le vagin et la main placée sur l'abdomen. Cette tumeur est très douloureuse à la pression ; on y sent des battements, qui sont perceptibles surtout à gauche. A droite, les tissus sont plus souples ; la pression y est cependant un peu douloureuse, mais moins qu'à gauche. Par le toucher rectal, on reconnaît que la tumeur est bien réellement située dans l'épaisseur des tissus péri-utérins. L'hystéromètre pénètre directement à 6 centimètres et demi en baissant fortement le manche vers le périnée et laissant la concavité dirigée en avant. La langue est blanche, humide, la bouche amère. Il y a encore des envies de vomir. Pas de garde-robes. Douleurs pendant la défécation et la miction. L'abdomen est douloureux, même pendant le repos, mais surtout pendant les mouvements ; aussi la malade conserve-t-elle la position demi-fléchie. Il y a de la céphalalgie. — 20 sangsues à l'hypogastre ; potages et bouillons.

Le 28, un peu de soulagement des douleurs, fièvre diminuée. Pas de selles depuis deux jours. — Une bouteille d'eau de Sedlitz.

Le 29, mieux encore plus sensible. Nuit bonne. Un peu de transpiration. Il y a eu dans la matinée deux garde-robes, précédées de douleurs lancinantes, mais il n'y a plus de douleurs pendant le repos. Douleurs moins vives que les jours précédents pendant les mouvements.

Le 30, même état que la veille. L'abdomen est à peine sensible à la palpation. Par le toucher, on retrouve la tumeur rétro-utérine et latérale gauche moins douloureuse, mais ayant à peu près le même volume, seulement il y a moins d'empâtement autour. L'utérus est moins enclavé, sans être encore mobile. Le cul-de-sac vaginal est tout à fait libre à droite. — Six ventouses scarifiées sur l'hypogastre ; huile de ricin.

Le 31, l'engorgement est notablement diminué ; presque plus de douleur au toucher ; chaleur normale, etc.

Dans une petite monographie intitulée *De l'inflammation du tissu cellulaire qui environne la matrice, ou du phlegmon péri-*

EXPOSITION UNIVERSELLE.

LE CAFÉ.

La nation française, au dix-septième siècle, avait contracté, je ne sais trop pourquoi, le goût honteux de l'ivrognerie. Un amour commun pour le vin confondait alors dans les mêmes habitudes la plupart des gentilshommes avec les gens du peuple ; c'est-à-dire qu'on rencontrait l'orgie soit en haillons, soit en jabot.

Louis XIV fit pendant longtemps d'infructueux efforts pour réprimer ces tendances universelles à la débauche. Il en cherchait encore le remède lorsqu'en 1669 Soliman-Aga vint remplir une mission politique en France. C'était un élément nouveau pour la curiosité des Parisiens que la présence d'un diplomate ottoman dans la capitale. Aussi plusieurs personnes de distinction, des femmes surtout, eurent-elles la fantaisie d'aller visiter cet ambassadeur renommé pour sa galanterie et pour son esprit. Conformément aux usages de l'Orient, Soliman s'empressait de faire servir à ceux qui le venaient voir du *cahué* (café), breuvage dont la mode avait été introduite à Constantinople par les pèlerins revenant de la Mecque ou de Médine. S'accroupir sur de riches coussins, prendre dans des tasses élégantes une boisson nouvelle présentée par des esclaves, la singularité d'un Turc aimable et courtois, il y avait là de quoi tourner la tête à des Françaises et de quoi captiver leurs suffrages.

Une fois accrédité par la faveur que lui accordèrent les dames, le café devint l'objet d'un engouement extraordinaire dont voulut profiter un Arménien nommé Pascal, en ouvrant sur le quai de l'Ecole un établissement pareil à ceux qu'il avait vus dans le Levant. D'autres boutiquiers imitèrent Pascal ; mais au lieu d'attirer les chalands dans des salles convenablement installées, ils n'eurent que d'ignobles tavernes où l'on fumait, où l'on buvait de la bière, et dont, par conséquent, les gens de bonne compagnie n'osèrent pas tous approcher. En général, les consommateurs se laissent volontiers conquérir par les séductions du luxe. C'est ce que comprit très bien un certain Procope, venu récemment de Florence à Paris ; il s'établit rue de la Comédie pour y vendre du café, ayant soin toutefois d'orner sa maison selon le goût de cette époque. Aussitôt la foule se porta chez le glacier florentin, et les cabarets à peu près délaissés ne conservèrent plus guère d'autre clientèle que celle des buveurs obstinés.

Cependant, l'usage du café ne se généralisa pas tout d'abord, parce que cette denrée était encore si rare sur nos marchés, qu'en 1672 elle coûtait jusqu'à 40 écus la livre. Les approvisionnements se faisaient à grands frais dans les ports de l'Arabie. Marseille en fut le premier et l'unique entrepôt pour la France. Mais des spéculateurs hollandais entreprirent bientôt de cultiver le caféier dans quelqu'une de leurs colonies. En conséquence, ils allèrent à Moka chercher des plants qui furent transportés à Batavia, où ils réussirent si bien, qu'en 1690 l'île en était presque entièrement couverte. D'autres plantations furent tentées avec le même succès à Surinam et sur les côtes de la Guyane.

La culture du caféier prit en quelques années une extension rapide et considérable. Encouragés par la perspective des bénéfices, secondés dans leur entreprise par le gouvernement de Louis XIV, les colons français plantèrent cet arbrisseau dans les contrées favorables à son accroissement et à sa prospérité. Resson, lieutenant général de l'artillerie ; de la Motte-Aigron, lieutenant de roi, et l'amiral des Clieux protégèrent cette culture, notamment à Cayenne, à la Martinique, à Saint-Domingue et à la Guadeloupe. Elle y fit de tels progrès que les pacotilles envoyées, tant d'Amérique que de notre colonie de l'île Bourbon, suffirent bientôt à satisfaire la passion que la France montrait pour le café.

Il en est du caféier comme de la vigne, comme de tant d'autres végétaux dont les fruits reçoivent leurs principales qualités, non-seulement de la chaleur atmosphérique, mais encore de la nature du terrain. Aussi les cafés sont-ils classés dans le commerce, moins d'après leurs affinités botaniques que d'après leur provenance. Les plus estimés nous sont fournis par la province d'Yémen, l'île Bourbon et la Martinique. On regarde comme inférieurs ceux de la Guadeloupe, de Cayenne, de Saint-Domingue et des Indes orientales.

Toutes les espèces connues de café figurent à l'Exposition, et elles y figurent comme beaucoup d'autres choses, sous un aspect mensonger. Je me trouvais il y a quelques jours derrière deux vieillards de modeste apparence agitant l'importante question de leur dîner. « Figurez-vous, disait l'un, que j'ai découvert une pension où l'on vous donne six plats pour 2 francs. — Que m'importent vos six plats, répondai l'autre, s'il n'y a rien dedans. » Que nous importe, à nous, qu'un planteur, triant toute une récolte, parvienne à composer de brillants échantillons ? est-ce là un spécimen exact des produits de son pays ? Ce que nous cherchons au Palais de l'Industrie, ce sont des denrées marchandes, et non des prodiges de végétation. Voilà pourquoi je fais si médiocrement état des magnifiques collections de café que j'y ai vues : *pauci potuère*.

Si ces grains que l'on contemple sous leur vitrine, cueillis, émondés avec un soin extrême, passaient de là dans nos poêlons, nul doute qu'on en obtînt une boisson d'un prix infini. S'il est rare, au contraire, que les cafés du commerce nous satisfassent par leur saveur et par leur parfum, cela tient évidemment à ce qu'ils diffèrent des types livrés à notre admiration.

Diverses circonstances imputables aux producteurs, à leurs intermédiaires ou aux consommateurs eux-mêmes contribuent depuis longtemps à la dépréciation du café. Déjà vers le milieu du siècle dernier, l'abbé Charlevoix, Bligny, Labat reprochaient aux planteurs de livrer au commerce la fève du caféier avant son entière dessiccation, et d'en faire l'expédition dans des conditions déplorables. En effet, aujourd'hui comme autrefois, cette marchandise ne nous arrive qu'après avoir traversé la mer sur des navires ou de grosses barques qui craquent et

utérin, à laquelle nous faisions allusion tout à l'heure, M. Gallard a réuni cinquante-trois observations de l'affection dont nous venons de donner un spécimen. L'analyse de ces cinquante-trois observations l'a conduit, sous les divers points de vue de l'étiologie, de la marche, du diagnostic et du traitement de cette affection, à quelques résultats intéressants. Nous allons essayer de résumer les principaux d'entre eux.

Parmi les causes prédisposantes, il place en première ligne l'âge et la période de la ménopause. C'est entre quinze et cinquante ans que la maladie a été observée, et beaucoup plus fréquemment au milieu de cette période qu'à ses extrémités. Le plus souvent, c'est pendant le cours même des règles que survient cette phlegmasie. Les accouchements et les fausses couches antérieures exercent une influence notable sur le développement de la maladie. Les avortements et les accouchements ont paru y prédisposer autant les uns que les autres. Les manœuvres obstétricales employées pour terminer l'accouchement, les refroidissements et les fatigues peu de temps après la délivrance n'ont point paru avoir d'action spéciale. Mais ici l'accouchement antérieur n'est pas une condition essentielle, comme pour le phlegmon post-puerpéral. Ainsi, il s'est montré plusieurs fois chez des femmes qui n'avaient pas eu de grossesse précédente. La malade dont nous venons de rapporter l'histoire était dans ce cas.

M. Gallard a trouvé que le siége de la tuméfaction, par rapport au col, est le plus souvent postérieur, tantôt médian, tantôt empiétant un peu sur l'un ou l'autre côté; quelquefois elle envahit toute la demi-circonférence postérieure du col. Les inflammations antéutérines se sont montrées beaucoup plus rares, et lorsqu'elles existent, tout le pourtour du col tend à participer à l'inflammation. Dans certains cas, le phlegmon occupait un des côtés seulement. Il n'a pas été trouvé une grande différence pour la fréquence entre celles du côté droit et celles du côté gauche.

Lorsqu'on explore par le palper hypogastrique combiné avec le toucher vaginal, on constate que l'utérus a conservé sa forme et sa direction normales, et que la tumeur, dont on avait préalablement reconnu l'existence par le toucher vaginal seul, est située dans son voisinage, où elle occupe un point limité, le plus ordinairement en arrière, et qui s'étend rarement jusque dans les fosses iliaques à travers les ligaments larges. A l'aide de l'indicateur et du médius de la même main, introduits simultanément l'un dans le vagin, l'autre dans le rectum, on reconnaît que la tumeur dont il s'agit a son siége dans l'épaisseur de la cloison recto-vaginale, et qu'elle n'est pas une dépendance de la face postérieure du corps de l'utérus ni de ce corps lui-même infléchi sur le col.

Le mode d'exploration qui a paru à M. Gallard fournir les indications les plus sûres et les plus précises est le cathéthérisme utérin pratiqué avec l'*hystéromètre*.

On peut tirer, en effet, des renseignements qu'il fournit des conséquences pratiques très importantes au point de vue du diagnostic. C'est surtout pour distinguer le phlegmon péri-utérin des déviations utérines, et en particulier des flexions, que ce moyen est précieux. Les flexions présentant entre le corps et le col un angle à sinus inférieur en tout semblable à celui que formerait avec le col une tumeur située dans son voisinage, le diagnostic différentiel serait presque impossible par le toucher seul; il devient très facile avec le secours de l'hystéromètre. Cet instrument peut être également fort utile pour distinguer le phlegmon d'avec des tumeurs fibreuses, celles-ci faisant souvent saillie à l'intérieur de la cavité utérine et la rendant irrégulière, ce qui n'arrive jamais dans le phlegmon.

Le phlegmon est peut-être plus difficile à distinguer de la métrite; celle-ci s'en distingue cependant en ce que l'utérus reste habituellement mobile et que la douleur que développe le toucher est beaucoup plus vive lorsque l'on presse sur la matrice ellemême ou sur son col, que lorsqu'on explore les tissus voisins, ce qui est le contraire de ce qu'on constate dans le phlegmon.

Le pronostic de cette affection n'est pas grave. La preuve en est dans l'absence d'autopsie qui ait pu permettre d'en étudier les lésions anatomiques. Le phlegmon péri-utérin s'est terminé le plus souvent par résolution; celle-ci est très rapide la première fois que la maladie se manifeste, et d'autant plus rapide qu'elle aura été traitée plus près du début. Mais cette affection est très sujette à récidive, et les récidives sont moins faciles à guérir que la première attaque; la résolution devient d'autant plus difficile que ces attaques ont été plus multipliées; il y a alors tendance à l'induration et passage à l'état chronique.

La terminaison par suppuration, la plus grave de toutes et celle que l'on observe le plus fréquemment à la suite des couches, est ici très rare et tout à fait exceptionnelle. M. Gallard ne l'a observée que trois fois sur cinquante-trois, tandis que la terminaison par résolution complète a été constatée vingt-sept fois.

Le traitement du phlegmon péri-utérin consiste principalement dans l'usage des émissions sanguines, des purgatifs légers, des bains, des lavements et des injections émollientes pendant la période d'acuité et aux premières attaques. Toutefois les émissions sanguines, soit que l'on ait recours à la saignée générale, aux ventouses scarifiées ou aux sangsues sur l'hypogastre ou même sur le col, ainsi que cela est assez bien indiqué, devront être faites avec modération à cause de l'état chloro-anémique qui complique souvent cette affection ou qui en est quelquefois le résultat. Aussi M. Gallard, appuyé sur l'expérience, conseille-t-il non-seulement de ne pas trop insister sur les saignées, mais encore de n'astreindre jamais les malades à une diète absolue et de leur donner quelques aliments dès que la fièvre commence à tomber.

Lorsque la douleur est assez vive et assez persistante pour demander à être combattue d'une manière spéciale, on joint aux moyens ci-dessus l'administration d'une petite quantité d'opium ou de laudanum de Sydenham aux injections et aux lavements.

S'il persiste de l'engorgement après que l'inflammation et la douleur sont dissipées; si, en d'autres termes, le phlegmon tend à passer à l'état chronique, M. Gallard conseille de recourir aux fondants iodiques à l'intérieur (iodure de potassium ou teinture d'iode) et à l'extérieur en frictions, et d'y joindre, en cas que ces moyens soient insuffisants, des révulsifs plus ou moins énergiques, tels que les frictions avec l'huile de croton, la pommade stibiée, les cautères, les petits sétons, etc. Enfin, les toniques et les ferrugineux peuvent également être utiles pour combattre l'état chloroanémique que l'on observe surtout dans la période chronique. De toutes les précautions générales, la plus importante à prescrire aux femmes qui ont été en proie à cette affection, pour en prévenir le retour, est le repos au lit, ou tout au moins l'absence de toute fatigue et d'excès de quelque sorte que ce soit, au moment des règles, époque où se manifestent presque toujours les récidives.

Chez la malade dont nous avons rapporté l'histoire, la rapidité avec laquelle la résolution s'opère fait espérer une guérison complète et très prochaine. Restera à prévenir la récidive par l'observance des précautions que nous venons d'indiquer. Nous ferons ultérieurement connaître ce qui aura pu survenir à cet égard.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 30 octobre 1855. — Présidence de M. JOBERT (de Lamballe).

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

Épidémies. — 1° Un rapport de M. le docteur Chalette, médecin des épidémies de l'arrondissement de Châlons, sur une épidémie de suette miliaire, de scarlatine et de rougeole qui a régné à Etrechy en août dernier. (Commission des épidémies.)

Choléra. — 2° Un mémoire de M. le docteur Wizewski, de Saint-Amand-les-Eaux (Landes), sur le traitement du choléra.

3° Une note de M. le docteur Hamon, sur le traitement abortif du choléra.

4° Une lettre de M. le docteur Affre, sur la nature du choléra, qu'il attribue au dégagement de gaz délétères dans les voies digestives. (Commission du choléra.)

Hydrophobie. — 5° Un mémoire sur l'hydrophobie, par M. Canonge, médecin à La Neuville (Oise). (Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

Vaccine. — 6° Les états de vaccinations pratiquées dans les départements du Lot, de la Drôme, des Landes, du Var, de l'Aveyron, etc. (Commission de vaccine.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Instruments à suture profonde. — M. Heurteloup adresse un supplément de mémoire sur les instruments propres à pratiquer les sutures profondes. (Commission déjà nommée, à laquelle est adjoint M. Larrey.)

Anomalies des organes génitaux. — M. Puech, chirurgien interne des hospices de Toulon, adresse une note sur l'anomalie et l'organogénie de l'ovaire, de la trompe et du ligament rond. (M. Desportes.) — (On trouvera un extrait de cette communication au compte rendu de l'Académie des sciences.)

Vaccination comme moyen préservatif du choléra. — M. Metzch (de Smolensk) adresse un mémoire sur la vaccination comme moyen préservatif et curatif du choléra. (Commission du choléra.)

DISCUSSION.

Séton. — L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le séton. La parole est à M. Bouvier.

M. BOUVIER. Si la verve sarcastique, si l'esprit suffisaient pour gagner une cause, le séton serait condamné à jamais par les dernières paroles de M. Malgaigne. Mais les gens d'esprit ne portent pas toujours des jugements sans appel. Il y a deux cents ans qu'une femme d'esprit, et de beaucoup d'esprit, Mme de Sévigné, a dit que Racine passerait comme le café. Racine et le café sont restés debout. Le séton ne passera pas davantage, malgré l'anathème de son redoutable adversaire.

Cet anathème n'est pas le premier. Le séton en a vu bien d'autres. On vous a rappelé ses antagonistes de divers siècles. Qu'a fait leur opposition? Le séton leur a survécu. Encore à la fin du dix-huitième siècle, après la proscription du séton par Dionis, Garengeot, Blancard et autres, Mauchart, dans une dissertation *ex professo* que M. Malgaigne n'a pas citée, le proclamait une ancre de salut, *sacra anchora, sacrum præsidium*. Il ajoutait : « L'expérience, mille témoins prouvent » de la manière la plus éclatante l'excellence du séton. »

Mais le séton ne se présente pas aujourd'hui devant vous pour se glorifier; il n'en a pas besoin, pas plus que de se justifier. S'il élève encore une fois la voix, c'est uniquement dans l'intérêt de la vérité scientifique, de la vérité historique, de la vérité pratique, quelque peu obscurcies par les paroles prononcées mardi dernier.

Et d'abord, il faut en finir avec cette logomachie qu'on a soulevée sur le mot *séton*. Oui, sans doute, c'est un mot à double sens. Il y a longtemps que Glandorp, Mauchart et bien d'autres lui ont reconnu deux et même trois acceptions. Dérivé du mot *seta*, soie de porc, crin de cheval, il désigne en premier lieu la mèche originairement de crin introduite dans les chairs. C'est dans ce sens que l'on dit passer un séton dans une plaie, dans un abcès, dans le canal nasal, entre les fragments d'une fracture, etc. Le mot séton signifie, en second lieu, un ulcère sous-cutané pratiqué par l'art dans une partie saine, et entretenu par cette même mèche dans un but thérapeutique.

La mèche, dit-on, lui est essentielle; une plaie d'arme à feu, de même forme, n'est pas appelée séton. La raison en est simple; c'est que cette plaie est une maladie, et non un remède, et non une solution

---

s'entr'ouvrent par l'effet de la tempête; elle voyage dans la cale, au contact des huiles, des cuirs, des épices, des salaisons et de l'humidité, son plus fâcheux ennemi. S'ils tenaient à obvier à de pareils inconvénients, rien ne serait plus facile pour les armateurs que de remplacer les sacs de roseaux par des caisses hermétiquement fermées, et par conséquent imperméables. Pas un seul grain ne serait en souffrance durant le trajet. C'est vrai; mais il pèserait moins.

Que le café soit exempt d'avaries, cela ne suffit pas pour en composer un breuvage agréable; il faut encore, dans cette délicate opération, prendre une foule de précautions minutieuses trop souvent dédaignées par la routine.

Le grain de café parvenu à l'état de maturité fournit à l'analyse de la cellulose, de la fécule, de l'eau, des matières grasses, de la caféine libre, une huile essentielle concrète, de l'azote, etc. Par la torréfaction à l'air libre, l'eau de végétation s'évapore, la cellulose et la fécule brunissent, la caféine se transforme en huile aromatique. L'appareil le plus convenable pour cette manipulation est un poêlon exclusivement affecté à cet usage. Les grains soumis par une agitation continuelle à l'action uniforme d'un feu vif et soutenu décrépitent, se couvrent d'une couche onctueuse d'huile odorante; c'est le moment d'arrêter l'opération, et ce moment il faut l'étudier de l'œil, de l'odorat et d'une longue expérience. Le café ainsi torréfié, ruisselant de gouttelettes aromatiques doit être immédiatement renfermé et conservé dans une boîte de fer-blanc.

Telle est la coutume des ménages. Mais généralement l'épicier s'obstine à suivre une méthode différente; il ne veut pas comprendre qu'en faisant griller le café dans un brûloir soigneusement clos chaque grain cuit pour ainsi dire dans son eau de végétation, que la conversion de la caféine en huile aromatique ne s'opère qu'à l'air libre, et qu'il est impossible avec un semblable instrument de juger du point exact de la torréfaction. Livrez à ce praticien barbare le moka le plus pur, et à force de tourner bêtement son cylindre il ne vous rendra qu'un charbon amer, inodore ou sentant le vieux beurre. Ces grains ainsi carbonisés, l'épicier les étale au soleil derrière les vitres de son magasin; là ils perdent le peu d'arome qui leur restait, absorbent les émanations sulfureuses ou ammoniacales de la rue, ainsi que les mille senteurs nauséabondes de la boutique. Pour tempérer cette infection, les rustres ajoutent au café moulu de la poudre de chicorée plus ou moins avariée elle-même; la fraude y glisse souvent des carottes, des haricots, des pois-chiches, ou des marrons torréfiés et pulvérisés. Au fait, du moment que le public souffre la chicorée, il ne peut plus se formaliser de l'addition de toute autre substance noire.

La cupidité mercantile a imaginé encore d'autres mélanges adultérins. C'est ainsi qu'un industriel de la rue du Bac, qui s'approvisionnait près de garçons limonadiers de Paris de marc épuisé, qu'il rajeunissait ensuite avec un peu de café neuf, retira de cet honnête métier un bénéfice de 200,000 fr.

La *Gazette des Tribunaux* nous a appris, il y a trois ans, à quel degré de perfectionnement peut s'élever l'art des falsifications. Des agents de police s'étant transportés chez un épicier de la rue de Charonne, saisirent dans sa boutique un moule que cet homme employait à fabriquer des grains de Martinique, au moyen d'argile préalablement pétrie avec de la poudre de chicorée. Dissertez donc après cela sur les propriétés physiologiques du café! Il n'est pas sans intérêt pourtant de revenir un peu sur ce qui a été dit à cet égard.

Il paraîtrait que c'est aux brebis que nous devons la connaissance des vertus de la fève du caféier. De la tradition parvenue jusqu'à nous, il résulte qu'un berger du petit royaume d'Yémen s'aperçut que son troupeau était en proie à une exaltation particulière toutes les fois qu'il avait brouté la drupe de cet arbrisseau. Nous n'avions pas besoin de cette anecdote invraisemblable pour savoir que l'infusion de café est un stimulant énergique quand elle a été convenablement préparée. Il suffit, en effet, d'observer l'action de ce breuvage sur nos organes pour voir qu'aucune fonction n'y demeure indifférente. L'estomac en éprouve le premier une sensation de bien-être qui se propage bientôt à toute l'économie; la digestion et l'assimilation en reçoivent une activité spéciale; la respiration s'accélère, le pouls acquiert de la force et de la fréquence; la peau devient chaude et humide. Toutes les facultés qui dérivent du dynamisme cérébral participent de leur côté à cette excitation organique : ainsi l'action musculaire, notablement rehaussée, communique aux mouvements une sûreté et une vigueur inaccoutumées; l'économie se dégage du collapsus dans lequel la plongent les chaleurs ou les fatigues excessives; les velléités aphrodisiaques prennent plus de caractère, l'imagination s'épanouit, la mémoire se ravive, les idées naissent sans effort; en un mot, le café paraît être l'aliment matériel de l'intelligence et de la vie psychique. Il est probable que nous devons les plus belles pages de Buffon et de Voltaire à l'influence fécondante de cette boisson, beaucoup plus favorable aux conceptions littéraires que le vin. Le cordonnier auteur de la tragédie intitulée la *Reine de Palmyre* prenait beaucoup de café; aussi s'est-il élevé plus haut en poésie que le menuisier de Nevers, qui n'était qu'un ivrogne.

Il y a dans le caractère des Orientaux quelque chose qui frappe l'attention de tout observateur, c'est leur attitude flegmatique; s'ils marchent, s'ils se meuvent, c'est toujours *posément*; on dirait qu'ils estiment l'inaction comme le suprême bonheur; leur physionomie est grave et mélancolique; ils rient rarement, et notre gaieté leur paraît un accès de délire; ils passent des journées entières dans ce silence; s'ils parlent, c'est sans gestes, sans animation; s'ils écoutent, c'est sans jamais interrompre. Et pourtant ces gens-là consomment beaucoup de café! Les hommes qui se piquent de tout expliquer attribuent la mollesse asiatique à la seule influence des *pays chauds*. Telle est l'opinion de Montesquieu sur l'inertie des Orientaux. Un semblable jugement nous paraît reposer bien plutôt sur des appréciations vagues que sur une analyse exacte des faits historiques.

Si l'indolence est propre aux zones méridionales, comment expliquer cette prodigieuse activité des Assyriens, qui pendant des siècles trou-

de continuité ayant un but thérapeutique. Qu'il prenne demain fantaisie à quelqu'un, comme médication, de percer la nuque de part en part avec le fer ou le feu, sans mettre ensuite de mèche dans la plaie, il n'en aura pas moins fait un séton, incomplet, j'en conviens, un séton volant, comme je l'ai nommé. Tel est le séton d'Hippocrate, que je persiste à appeler de ce nom, avec une foule d'auteurs.

Mais Hippocrate ne faisait pas ce séton pour révulser. Je n'ai jamais prétendu le contraire. Il le faisait dans un but thérapeutique et dans une partie saine. Cela me suffit.

A propos de cette révulsion, M. Malgaigne a été plus loin; il a nié que les anciens eussent parlé de la révulsion, de la dérivation. Je ne puis me dispenser de relever cette assertion.

Tout notre langage sur la révulsion et la dérivation nous vient des anciens. Hippocrate, Galien, Oribase, tous ceux qui ont écrit en grec appelaient la révulsion *antispasis*, la dérivation *parocheteusis* ou *metocheteusis*. Les mots latins *revulsio*, *derivatio* sont la traduction littérale de ces mots grecs. De même les expressions *revellere* (révulser), *revulsivus* (révulsif), rendent à la lettre le verbe *antispaô*, l'adjectif *antispasticos* des Grecs... Nous avons préféré avec raison le mot latin *derivare*. Mais nous retrouvons dans notre langue médicale le mot *épispastique*, qui rappelle l'adjectif *antispasticos*...

M. Malgaigne a-t-il bien pesé ses paroles lorsqu'il vous a dit et redit que les anciens ignoraient la révulsion? Cette affirmation si formelle m'a fait presque douter de moi-même. Elle me forçait à revoir les textes. Jugez de ma stupéfaction! Cent fois, deux cents, trois cents fois, que sais-je, à tout instant je retrouve dans Galien, dans Hippocrate les mots *revulsio*, *derivatio* à tous les cas; *revallere*, *derivare* à tous les temps! Voici un passage de Galien sur lequel je suis tombé par hasard. En quelques pages la révulsion, la dérivation y sont désignées plus de trente fois. Et Galien ne fait ici que répéter, que commenter Hippocrate. Et croit-on que ce soient là des mots vides de sens? C'est toute une doctrine, toute une pratique qu'ils expriment. Et c'est ce qu'il y a d'admirable dans ce beau texte de la révulsion de la médecine antique, que M. Malgaigne m'a fourni. Avec leur anatomie, leur physiologie au berceau; avec leur ignorance profonde des phénomènes de la circulation, les anciens ont édifié, par la seule observation directe des maladies, un monument encore florissant au bout de deux mille ans, malgré tous les progrès de la science moderne. Ils ont établi, sur la dérivation et la révulsion, des principes qui sont encore partout dans nos livres, dans notre pratique, dans les livres, dans la pratique de M. Malgaigne lui-même!

Voyons quels étaient ces principes.

Les anciens entendaient par révulsion, dérivation, *antispasis*, *parocheteusis*, des médications qui déplacent ce qui constitue la maladie, qui l'appellent vers une autre partie du corps. Dirait-on mieux aujourd'hui? « Notre définition de la révulsion, dit M. Daremberg, est identique avec celle des anciens. »

Hippocrate et surtout Galien expliquaient, il est vrai, la révulsion un peu autrement que nous. Plaçant la source de toute maladie dans les humeurs, *chymoi*, altérées, dépravées, surabondantes, viciées en quantité ou en qualité, c'étaient les humeurs, souvent la pituite, *phlegma*, dont ils pensaient débarrasser les organes par la révulsion et la dérivation. De nos jours, c'est le sang, c'est l'irritation que l'on croit déplacer. Voilà toute la différence des deux doctrines. Mais l'hypothèse des anciens sur le rôle des humeurs dans la révulsion ne les a pas empêchés de découvrir une foule de faits très réels et de les systématiser avec succès.

Une première série d'observations leur fit voir les rapports des organes entre eux. Ce consensus général des organes n'est-il pas rendu avec bonheur dans le *Traité des régions dans l'homme*, où l'on trouve un énoncé si clair de la sympathie morbide des solides, de la localisation des maladies et des agents thérapeutiques.

Si les organes s'affectent l'un par l'autre, ils échappent aussi l'un par l'autre à leurs souffrances. C'est ce qu'exprime ce célèbre aphorisme *duobus doloribus*, etc. M. Malgaigne nous a dit que cet aphorisme ne s'appliquait qu'à la douleur; il a été trompé par la traduction reçue. Le grec dit *ponos* et non douleur, qui serait *algos* ou *odunê*; il s'agit en réalité de deux souffrances d'organes, ce que quelques traducteurs ont plus heureusement rendu par *duobus laboribus*.

Un autre ordre de faits a conduit les anciens plus directement encore à l'emploi de la révulsion. C'est la guérison spontanée des maladies par des révulsions ou dérivations naturelles. C'est un point d'observation que les anciens n'ont pas manqué de mettre en relief. « Dans une ophthalmie, dit un aphorisme d'Hippocrate, être pris de diarrhée est avantageux. » « Le vomissement qui survient spontanément dans une longue diarrhée la guérit, dit un autre aphorisme. » « La femme qui vomit du sang, dit encore Hippocrate, guérit par l'éruption des règles. » Les crises, auxquelles les anciens attachaient tant d'importance, étaient de deux sortes. Les unes se faisaient par évacuation des humeurs; les autres par *apostase*, c'est-à-dire par le dépôt de la matière morbifique dans différents organes, ce qui produisait les érysipèles, les maladies articulaires, les gangrènes critiques. C'était une véritable révulsion.

De la connaissance de ces faits à l'idée de tenter de les imiter, de provoquer par l'art de pareilles guérisons, il n'y avait qu'un pas, et les anciens l'eurent bientôt franchi. Il était naturel, dans le flux de sang ou d'humeurs, dans la fluxion, le *rheuma*, dans l'inflammation même, de chercher à détourner la matière, à l'attirer au dehors ou sur une partie éloignée : tel fut l'objet de la révulsion, de la dérivation.

Les anciens distinguaient ces deux choses que nous confondons aujourd'hui. « La dérivation, dit Galien, se fait dans le voisinage du mal, la révulsion dans les parties opposées. » Ailleurs, il fixe ainsi l'usage de chacune d'elles. « La révulsion, comme l'appelle Hippocrate, est le remède pour les humeurs qui font irruption; la dérivation pour les fluxions qui se sont déjà emparé de la partie. » L'expérience avait appris aux anciens le lieu où la révulsion doit s'opérer suivant le siége et la nature du mal. Hippocrate posait déjà des règles à cet égard; et Galien établit sur le choix de la partie dans l'emploi de la révulsion une multitude de préceptes éclairés par de nombreux exemples, préceptes pour la plupart encore en vigueur.

Ces idées de Galien ne se trouvent pas seulement dans le *Commentaire sur le livre des humeurs*; il les reproduit avec de nouveaux détails dans presque tous ses ouvrages.

De leur côté, les écrits d'Hippocrate, quoique plus concis, fourmillent d'applications pratiques des grands principes développés après lui par Galien.

Les inconvénients de la révulsion appliquée mal à propos n'avaient pas échappé aux anciens. Galien, par exemple, insiste sur l'époque des maladies à laquelle elle convient, sur la nécessité de la faire souvent précéder d'autres moyens.

Les agents de révulsion les plus usités de nos jours nous ont été, pour la plupart, légués par les anciens. Comme nous, ils avaient recours, tantôt à des évacuants, tantôt à de simples excitants portés sur la peau ou sur les membranes muqueuses. La saignée tient une grande place parmi leurs moyens de révulsion et de dérivation. Aussi Galien a-t-il consacré une partie de son traité *De venæsectione* à des considérations étendues sur les saignées révulsive et dérivative. M. Malgaigne a eu raison de dire que l'on tenait aujourd'hui peu compte de ces propriétés attribuées autrefois à la saignée; mais il a eu tort d'ajouter qu'il n'en était pas question avant le seizième siècle.

Le feu était, dans l'antiquité comme de nos jours, un remède héroïque. Il suffit, pour montrer à quel point on en usait, de rappeler cette question de prix proposée par l'Académie de chirurgie :

« Le cautère actuel n'a-t-il pas été trop employé par les anciens, et trop négligé par les modernes? »

Le feu, indépendamment d'une foule d'autres applications en chirurgie, tenait chez les anciens le premier rang parmi les moyens de révulsion, de dérivation.

Je ne reviens pas sur l'emploi qu'en faisait Hippocrate. Celse n'en était pas moins partisan. Il reproduit, entre autres, cette opération qui consistait à brûler les veines de la tête. M. Malgaigne vous l'a rappelé. Et de ce que dans cette circonstance le but de Celse était, non de révulser, mais de tarir le cours de la pituite, qu'il croyait charriée par ces veines, il ne s'ensuit nullement que la cautérisation ne fût pas pour lui, dans une foule d'autres cas, un véritable agent de révulsion. C'est, en effet, ce qu'établissent plusieurs passages de cet auteur.

« Une dernière ressource, dit Celse (il s'agit de la coxalgie), qui est aussi très efficace dans d'autres maladies invétérées, consiste à cautériser la hanche en trois ou quatre endroits avec ce fer rouge, » et il ajoute : « Comme on est souvent dans le cas d'établir des ulcères avec le fer incandescent pour appeler au dehors la matière nuisible, ceci est une règle constante, qu'on ne doit pas chercher à cicatriser les plaies de ce genre dans le plus court délai, mais au contraire les entretenir jusqu'à la disparition du mal qu'elles sont appelées à guérir. »

Voilà donc le cautère, l'exutoire à demeure employé par Celse dans les maladies de la hanche et dans beaucoup d'autres affections invétérées! Il n'y manque que le pois d'iris!

L'idée de la révulsion se retrouve au surplus dans vingt autres passages de Celse.

« Dans la péripneumonie, dit cet auteur, il est utile d'appliquer sur la poitrine du sel bien écrasé et mêlé avec du cérat, parce qu'il en resulte une légère érosion de la peau, qui sert à provoquer sur ce point l'*afflux de la matière* dont le poumon est accablé. »

« Dans l'angine, il est bon, dit Celse, d'appliquer des ventouses sous le menton et autour de la gorge pour appeler au dehors l'humeur qui détermine la suffocation. »

« Le plus souvent, pour apaiser les douleurs, il faut faire les frictions sur une partie éloignée : ainsi, lorsqu'on veut détourner la matière des parties supérieures ou moyennes du corps, on frictionne les extrémités inférieures. »

Celse a parlé avec détail de la saignée révulsive : c'est en partie pour réfuter l'opinion des auteurs qui l'ont précédé. En cela, Celse avait devancé le jugement des modernes.

Le principe de la révulsion en médecine était tellement répandu, tellement vulgaire, en quelque sorte, dans l'antiquité, que Pline l'Ancien, dans un passage découvert par M. Gillette, fait lui-même allusion à ce dogme dans les termes suivants à l'occasion de la moutarde : « La moutarde, dit Pline, appliquée sur la peau, soulage par sa causticité en produisant des pustules les douleurs anciennes et toutes les fois qu'il faut attirer quelque vice de la profondeur des parties à la surface du corps. »

On a vu tout à l'heure dans Celse la pratique des exutoires déjà en honneur chez les anciens. Nous la retrouvons plus générale encore dans Cœlius Aurelianus, qui la blâme avec Thémison et toute la secte méthodique dont Aurelianus faisait partie. « Certains médecins, dit cet auteur, après avoir cautérisé dans les affections du foie et de la rate, tiennent humides les ulcères produits par l'ustion et y entretiennent pendant longtemps un flux d'humeur, croyant par cet écoulement dissiper la *scirrosité*. »

Un passage encore plus curieux du même auteur nous fait retrouver, à cette époque reculée, un genre d'exutoire qui a quelque analogie avec le cautère au bras. En décrivant tous les procédés connus de révulsion et de cautérisation révulsive employés contre les maladies des hanches et de la région du psoas, il arrive à celui-ci qu'il attribue à divers médecins, et entre autres à ceux de la secte de Démétrius. « On applique le cautère actuel sur la main du côté malade, entre le pouce et l'index, près de l'articulation inférieure... On conserve ensuite les ulcères et on les fait suppurer. »

Le séton, ainsi que je l'ai fait voir précédemment, n'était d'abord qu'une manière d'appliquer le feu. Il devait, comme les autres cautérisations, être mis en usage dans la révulsion. C'est ce qu'établit, en effet, un passage de Paul d'Egine, qui conseille de cautériser la peau dans la région de la rate tuméfiée par le même procédé que pour la luxation de l'épaule, c'est-à-dire en faisant le séton d'Hippocrate, mais en le faisant multiple; Marcellus, au rapport de Paul d'Egine, soulevait les téguments avec de petits crochets et faisait passer au travers un cautère trifide, qui laissait six ouvertures.

Telle est cette grande et féconde doctrine de la révulsion des anciens. « Qu'on me dise donc, s'écriait naguère M. Malgaigne, ce que c'est que la révulsion dans l'antiquité! » J'ai peut-être satisfait mon collègue.

L'histoire de la révulsion antique, telle que je viens de la présenter, est-elle une nouveauté fondée sur une opinion personnelle, et partant contestable? Non; c'est l'histoire, telle qu'elle a été faite dans tous les temps.

---

blèrent l'Asie par les fureurs de leurs guerres et de leur ambition; celle des Phéniciens, qui monopolisèrent si longtemps le commerce de l'ancien monde; celle des Arabes de Mahomet, qui poussèrent leurs conquêtes jusque sous les murs de Vienne et plantèrent leur étendard sur le sol de France? Étaient-ce des hommes inertes que les Perses, les Carthaginois, les Spartiates et les Romains? Le climat des Portugais a-t-il changé depuis Albukerque et celui des Turcs depuis Soliman? Pourquoi sous un même ciel Crotone à côté de Sybaris, Rome près de Capoue? Et de nos jours, dans notre propre Empire, pourquoi ces populations du Midi plus actives que celles du Nord?

Si les hommes de ces temps et de ces nations furent des hommes nonchalants, qu'est-ce donc que l'activité? A quel degré thermométrique reconnaît-on l'aptitude au mouvement ou à l'inaction? Si la même question s'agitait en Afrique, en Égypte, en Turquie, on ne manquerait pas d'y répondre que le froid ralentit la circulation, engourdit les forces, gêne les mouvements. C'est vrai. Mais ce qu'il importe de ne point perdre de vue, de part et d'autre, c'est que les sensations sont subordonnées à l'habitude; que la constitution humaine prend un tempérament analogue au climat qui la domine, en sorte qu'elle n'est réellement affectée que par les extrêmes de la moyenne ordinaire.

L'activité du corps, comme celle de l'esprit, a pour cause le besoin; c'est là son mobile principal. Un Européen sera toujours surpris de la vivacité avec laquelle le *biskri* d'Alger, le *kaïdji* de la Corne-d'Or et le *hammal* du port de Galata, bras et jambes nus, manient la rame, déchargent un navire et transportent les fardeaux les plus lourds. Toujours chantant, ou répondant par des versets à celui qui commande, ils exécutent leurs mouvements en cadence, et doublent leurs forces en les réunissant par la mesure. Si pour se nourrir, le Turc, le Maure ou l'Arabe n'a qu'à étendre la main, dès qu'il est rassasié il restera inactif, indolent, parce que la nature a pour lui des prodigalités qui s'accordent avec ses besoins bien autrement limités que les nôtres. Il est d'ailleurs à remarquer que les peuples guerriers des contrées stériles, quand ils se rendent maîtres d'un pays riche, y perdent en peu de temps leur énergie primitive et passent à la mollesse. Tels furent les Tartares de Djengiz-Khan établis dans la Chine et au Bengale, tels sont aujourd'hui les musulmans dans la Turquie d'Europe.

Si le café, qui nous donne une certaine gaieté, laisse les Orientaux avec leur extérieur froid et taciturne, est-ce là encore un effet de leur climat? Pas davantage. Les populations du Levant, soumises à des autorités rapaces, tremblent de fixer les regards du gouverneur par un air de satisfaction qui serait une présomption d'aisance et le signal d'une spoliation. Dans un tel pays on doit porter un visage sérieux, par la même raison que l'on porte des habits percés et que l'on affecte de ne se nourrir que de pastèques ou d'olives.

Une autre cause du phlegme oriental, c'est l'interdiction de l'usage du vin imposée aux sectateurs de Mahomet. Celui qui se risquerait à enfreindre cette défense, s'exposerait au châtiment corporel que lui réserve une police toujours attentive à faire exécuter les préceptes du Coran.

En France, la libre communication des deux sexes fait presque toujours naître, chez l'homme, le désir de gagner la bienveillance de la femme. Pour cela, on se montre complaisant, frivole, enjoué; c'est qu'en pareil cas, pour réussir, il faut d'abord amuser. Dans l'Orient musulman, au contraire, les femmes sont rigoureusement séquestrées; elles ne peuvent communiquer qu'avec leur mari, leur père ou leurs plus proches parents. Ce serait une grave offense de la part de tout autre que d'oser les regarder, même dans la rue, où il faut se ranger à l'écart pour les laisser passer comme un objet contagieux.

C'est encore un point en litige parmi les *ulémas*, que de savoir si les femmes ont une âme. Mahomet ne paraît pas les considérer comme une portion du genre humain; car il ne fait mention d'elles ni pour les pratiques religieuses, ni pour les récompenses de l'autre vie. De cet état d'infériorité comparative des femmes, il est résulté deux choses : leur vénalité légale et le mépris des hommes pour les êtres d'une pareille condition. Aussi le Turc dédaigne-t-il les procédés de la galanterie; toute marque de déférence envers le sexe lui répugne comme un acte de bassesse.

J'ai dit, dans une autre circonstance, que le gouvernement d'un harem n'est point une chose facile. C'est que chez les musulmans la vie domestique est souvent le théâtre d'une guerre civile continue. Chaque jour voit renaître les querelles de femme à femme; les quatre épouses se plaignent de ce que le mari leur préfère des esclaves, et les esclaves, de ce qu'elles sont en butte à la jalousie de leurs maîtresses. Si l'une des femmes obtient une complaisance, un bijou, toutes les autres en veulent autant; alors chacune d'elles redouble de soins, de caresses pour le despote, qui, privé de désirs, obsédé d'attentions, accablé de tout l'ennui de la satiété, n'éprouve plus bientôt que du dégoût pour ce troupeau de courtisanes avides comme l'éponge.

Il y a des Turcs assez sages, il est vrai, pour ne prendre qu'une seule épouse, et convenir que c'est assez.

La vie sédentaire des peuples d'Orient est une preuve de plus, a-t-on dit, de l'influence sidérante des climats chauds. Mais quel motif aurait-on de s'agiter dans un pays où il n'existe ni promenades ni plantations, où il n'y a ni sûreté hors des villes ni agrément dans leur enceinte, où tout enfin invite à se renfermer chez soi? Il est évident qu'un tel ordre de choses doit amener des habitudes sédentaires, et que ces habitudes elles-mêmes deviendront, à leur tour, des causes d'inaction.

Ainsi, les faits historiques comme les faits naturels démontrent que l'opinion de Montesquieu sur la détermination du caractère et des mœurs par le climat, est une opinion purement paradoxale, qui n'a dû son succès qu'à sa nouveauté.

Qu'on me pardonne cette digression à propos du café; ô je suis si peu maître de mes souvenirs, que je retourne malgré moi en Orient, quand je devrais rester à l'Exposition.

CHAMPOUILLON.

Voici un petit livre de Th. Fienus ou plutôt Fyens, citoyen d'Anvers, savant resté obscur, souvent copié par M. A. Séverin. Il y a dans ce livre, intitulé *De cauteriis*, un chapitre spécial ayant pour titre : *An fontanellæ antiquis notæ?* La réponse est affirmative. M. A. Séverin n'a pas manqué de reproduire l'article de Fienus en le corroborant de nouvelles preuves dans un chapitre de sa *Médecine efficace*, intitulé : *Que les anciens ont connu que la diversion se pouvait faire par cautères, selon le témoignage de plusieurs auteurs.*

Et M. Malgaigne voudrait changer tout cela ! Qu'il commence donc par anéantir nos bibliothèques, qui déposent contre ses assertions ! Mais non ! que notre savant collègue fasse mieux ! Qu'il mette plus à profit, dans cette circonstance, la vaste érudition dont il a donné tant de preuves, et en se faisant le brillant avocat d'un paradoxe, qu'auparavant il revoie au moins ses dossiers !

Mais je n'ai pas fini. Il me faut encore suivre M. Malgaigne à travers les siècles modernes.

Rhasès, suivant lui, n'a pas écrit le traité *De sectionibus, cauteriis et ventosis*. Il se fonde sur ce qu'il est question de lui à la troisième personne dans ce livre. Ce n'est pas là une raison. Ce livre se trouve dans la collection des œuvres de Rhasès. Je laisse à de plus érudits que moi à décider s'il est ou non de Rhasès. Jusque-là je me crois parfaitement fondé à lui attribuer les opinions qui y sont exprimées.

J'ai dit que Lanfranc faisait mention du séton à la nuque. Mon honorable collègue affirme que Guy de Chauliac est le premier qui parle du séton à la nuque. Voici le texte de Lanfranc : « On ne touchera que la peau (avec le cautère rond) dans la fossette supérieure du cou, sous l'occiput, et on pose aussi dans cet endroit le séton, et cela est très bon pour les maladies des yeux et de la tête... »

A. Paré, le bon A. Paré lui-même, est tombé sous la férule de M. Malgaigne; et vous savez s'il y fait bon. Pourquoi ? le voici.

M. Malgaigne fait dire à A. Paré que le séton a toujours guéri entre ses mains. Si Paré eût effectivement dit *toujours*, je ne l'aurais pas cru. Les mots toujours et jamais doivent être proscrits en médecine. Mais j'ai voulu savoir ce qu'il en était ; j'ai relu le texte d'A. Paré dans la belle édition que vous connaissez tous et qui est dans vos bibliothèques, celle de M. Malgaigne, et je n'ai pas trouvé le mot *toujours*. J'ai vu seulement qu'il disait avoir *journellement* employé le séton avec avantage, ce qui est bien différent.

M. Malgaigne récuse le témoignage des Fabrice et de M.-A. Séverin, parce qu'il a trouvé des erreurs à côté d'observations exactes. Quel livre ne renferme pas quelque erreur? A ce compte, il n'est pas un recueil d'observations qui dût avoir quelque valeur.

A propos des Fabrice et de quelques autres, de Gleize en particulier, M. Malgaigne a mis en avant un argument auquel il me paraît attacher une certaine valeur. Cet argument consiste à mettre les partisans du séton en opposition les uns aux autres. Il a été jusqu'à vouloir me mettre en opposition avec moi-même et à m'accuser d'ingratitude envers le gros séton. C'est évidemment n'avoir pas compris le but que je m'étais proposé, et que je crois avoir assez explicitement formulé en préconisant dans certains cas les petits sétons.

Quant à la critique de mes observations, j'aurais mauvaise grâce à me plaindre d'être traité comme l'ont été A. Paré, les Fabrice, M.-A. Séverin et autres. Je n'ai pas voulu donner à mes observations plus de valeur réelle qu'elles n'en avaient au moment où je les ai communiquées à l'Académie ; quelques-unes ont été complétées depuis, et sur sept je compte aujourd'hui quatre guérisons. Il serait à désirer qu'on obtînt toujours une pareille proportion. Mais je dirai à mon tour à M. Malgaigne : Où sont vos observations pour affirmer que les sétons n'ont point d'efficacité ? Par quels faits mon collègue en a-t-il jugé, puisqu'il ne les emploie pas ? Sans doute par ces malades qu'on appelle des *passants* dans les hôpitaux, c'est-à-dire par ceux qui n'avaient point guéri ; mais ceux qui ont guéri, il ne les a pas vus.

En résumé, cette question du séton a un intérêt pratique considérable, et ce n'est pas par des affirmations ou des dénégations sans preuves qu'on pourra la résoudre. Je dirai, en terminant, à M. Malgaigne : Associons nos efforts, nous rendrons plus de services qu'en nous prenant corps à corps ; et sur le terrain de l'observation, j'aurai le plaisir, j'en suis convaincu, d'être plus souvent en harmonie avec un collègue que j'estime et dont j'apprécie les profondes lumières.

— Il est quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

ADDITION A LA SÉANCE DU 22 OCTOBRE 1855.

Recherches expérimentales sur la faculté que possèdent certains éléments du sang de régénérer les propriétés vitales. — M. Brown-Séquard lit sous ce titre un mémoire, dans lequel il expose des recherches expérimentales qu'il a faites depuis un certain nombre d'années, et qui tendent à montrer que les tissus contractiles et nerveux ayant perdu leurs propriétés vitales par suite de l'interruption de la circulation sanguine peuvent recouvrer ces propriétés sous l'influence exercée par certains éléments du sang sur ces tissus. Les propositions suivantes résument les principaux résultats de ces recherches.

I. Des muscles de la vie animale ayant complétement perdu leurs propriétés vitales et étant atteints de rigidité cadavérique, ont pu, sous l'influence d'injections sanguines dans leurs vaisseaux, cesser d'être rigides et recouvrer leurs propriétés vitales, à savoir la contractilité et la faculté de produire ce que M. Matteucci a appelé l'*induction musculaire.*

II. Les fibres musculaires lisses de l'intestin, de la vessie, de l'utérus, des vaisseaux sanguins, des bulbes des poils et de l'iris, ont recouvré, sous l'influence du sang, leurs propriétés vitales perdues depuis un quart d'heure ou beaucoup plus. Chez l'homme, la contractilité des fibres-cellules des bulbes pileux est revenue plus de quinze heures après la mort.

III. De tous les tissus contractiles, celui du cœur, chez les mammifères, paraît être le moins capable de recouvrer sa contractilité perdue. Pourtant si j'ai échoué très souvent en essayant de faire revenir la contractilité même aussitôt après sa disparition, j'ai vu quelquefois le ventricule gauche sans contractilité, et même rigide depuis près d'une demi-heure, perdre sa rigidité et redevenir contractile sous l'influence d'injections de sang dans les artères cardiaques. L'existence assez fréquente de caillots sanguins dans ces artères rend compte, pour certains cas, de l'insuccès des injections.

IV. Les nerfs moteurs et sensitifs, ainsi que la moelle épinière, peuvent sous l'influence du sang recouvrer leurs propriétés vitales perdues.

V. Dans une seule expérience, on peut voir se réaliser une grande partie des faits qui précèdent. On lie l'aorte ventrale, et, lorsque toute propriété vitale a disparu dans les membres postérieurs et que la rigidité cadavérique y est survenue, on lâche la ligature. Le train antérieur de l'animal étant encore très vivant, la circulation se rétablit dans le train postérieur, et avec le sang la vie revient dans les parties qui paraissaient mortes. On voit alors reparaître successivement les propriétés vitales des muscles et des nerfs, la sensibilité et les mouvements volontaires.

VI. Le sang défibriné paraît avoir autant d'influence sur la régénération des propriétés vitales que le sang contenant de la fibrine. Cette substance n'est donc pas essentielle à la nutrition des muscles et du tissu nerveux : bien plus, des expériences dans lesquelles je me suis mis à l'abri autant que possible des causes d'erreur paraissent montrer qu'elle se produit dans les vaisseaux des muscles pendant l'échange nutritif entre le sang et le tissu musculaire.

VII. Plus le sang contient d'oxygène, plus son influence régénératrice des propriétés vitales est considérable et rapide. Aussi voyons-nous que le sérum du sang est incapable de régénérer les propriétés vitales; tandis que plus le sang est riche en globules, c'est-à-dire en éléments capables d'absorber de l'oxygène, plus sa propriété régénératrice s'augmente si on le charge d'oxygène. Au contraire, le sang le plus riche en globules et en albumine est impuissant à régénérer les propriétés vitales s'il ne contient qu'une très faible quantité d'oxygène.

VIII. En rapprochant les faits que j'ai étudiés de plusieurs résultats d'importantes expériences faites par M. Dumas, on est autorisé à conclure que les globules du sang ont en partie pour rôle de porter l'oxygène aux tissus.

IX. Ainsi que Gustave Liebig l'a si bien démontré, la contractilité disparaît plus lentement après la mort dans des muscles placés dans de l'oxygène que dans des muscles entourés de tout autre gaz ; mais l'oxygène à l'état de gaz libre, en rapport avec la surface extérieure des muscles et injecté dans leurs artères, ne paraît pas capable de régénérer dans ces organes les propriétés vitales perdues.

X. Quand on injecte du sang très rouge dans les artères d'un membre dont les muscles ont été rigides trop longtemps pour que les propriétés vitales puissent y être régénérées, on voit le sang revenir par les veines presque aussi rouge qu'à son entrée dans les artères. Au contraire, si les propriétés vitales peuvent encore être régénérées, le sang sort plus ou moins noirâtre par les veines; et, lorsque les muscles sont redevenus contractiles, si on les galvanise le sang sort très noir. L'absorption de l'oxygène par les tissus s'opère donc très bien pendant et après la régénération des propriétés vitales, et elle s'opère beaucoup moins s'il n'y a plus possibilité de retour de ces propriétés.

XI. La quantité de sang nécessaire pour faire revenir la contractilité dans les muscles devenus rigides varie extrêmement suivant un grand nombre de circonstances, telles que la durée de la rigidité, la quantité d'oxygène dans le sang employé, la température du sang et celle des muscles, etc.

XII. Non-seulement il est possible de faire cesser la rigidité cadavérique après sa première apparition et de faire revenir alors la contractilité, mais encore j'ai pu faire jusqu'à quatre fois disparaître la rigidité et revenir la contractilité dans les mêmes muscles.

XIII. La contractilité musculaire peut être régénérée dans des muscles devenus rigides et chez lesquels les nerfs moteurs paralysés depuis longtemps ne peuvent en rien participer au retour de la propriété vitale essentielle des muscles. J'insisterais davantage sur l'importance de ce fait en ce qu'il démontre positivement que la contractilité musculaire est indépendante des nerfs moteurs si, par un moyen aussi délicat qu'ingénieux d'analyse physiologique, M. Flourens n'avait déjà mis hors de doute cette indépendance.

XIV. Les nerfs moteurs séparés de la moelle épinière et la moelle épinière séparée de l'encéphale peuvent aussi recouvrer sous l'influence du sang leurs propriétés vitales perdues. Ceci paraît démontrer :

1° Que la propriété des nerfs moteurs (la *motricité* de M. Flourens) est indépendante de la moelle et qu'elle peut être donnée à ces nerfs par le sang ;

2° Que la faculté réflexe ou propriété vitale essentielle de la moelle épinière peut être donnée à cet organe par le sang. (Commissaires : MM. Flourens, Rayer, Cl. Bernard.)

Recherches comparatives sur le dégagement de l'acide carbonique. — MM. Moleschott et Schelske communiquent le résultat des recherches comparatives qu'ils ont faites sur le dégagement de l'acide carbonique et la grandeur du foie des batraciens. Nous trouvons dans les conclusions de ce travail les résultats suivants :

1° Les batraciens, pour les mêmes unités de poids et de temps, produisent moins d'acide carbonique que l'homme ; mais pourvu qu'ils respirent un *air humide*, les quantités ne diffèrent pas autant qu'on l'a cru jusqu'ici.

2° Chez les différentes espèces, il n'y a ni proportion directe ni proportion inverse entre la grandeur du foie et la quantité d'acide carbonique.

3° Les deux sexes de la même espèce ne montrent aucune proportion régulière entre la valeur de l'acide carbonique et le poids du foie.

4° Il y a une grande différence entre les espèces d'un seul genre, si l'on compare les quantités d'acide carbonique qu'elles produisent et les poids du foie.

5° Parmi les batraciens, les espèces les plus lentes sont celles qui dégagent le moins d'acide carbonique, tandis que les plus grandes valeurs de ce dernier correspondent aux espèces plus vivaces.

6° De deux animaux qui se rapprochent autant que possible par leur organisation, celui qui vit le plus dans l'air et le moins dans l'eau produit la plus grande quantité d'acide carbonique.

7° A l'exception du *Triton*, les animaux qui ont servi à nos recherches viennent confirmer la proposition énoncée depuis longtemps par MM. Andral et Gavarret pour l'homme, savoir, que le sexe masculin produit plus d'acide carbonique que le sexe féminin. (Commissaires : MM. Andral, Pelouze et Cl. Bernard.)

Anomalie des organes génitaux chez une petite fille. — M. Puech (de Toulon) communique la description d'une anomalie des organes génitaux qu'il a rencontrée chez un enfant du sexe féminin mort du muguet quinze jours après sa naissance.

Chez cette jeune fille, la matrice, longue de 17 millimètres, se montre fortement déjetée à gauche ; le col est volumineux ; le corps va sensiblement en diminuant de bas en haut, et son fond n'a plus que 2 millimètres.

Le bord latéral gauche, concave, fournit attache aux annexes, ligament, trompe et ovaire. Le corps de Rosenmuller donne attache à un petit kyste pédiculé. Légèrement convexe à sa partie inférieure, le bord droit l'est fortement en haut. Il est lisse et libre, et les annexes font défaut à son sommet. Il ne reçoit aucun vaisseau. Le fond de l'utérus n'est plus la base d'un cône aplati, c'est une espèce de pointe... L'absence d'une partie de matrice est évidente. Les formes sont variables sans doute, mais elles ne le sont point jusqu'au degré qu'accuse notre description ; la moitié droite manque. Arrêtée devant force majeure, la matrice ne s'est qu'incomplétement développée.

L'ovaire et la matrice se forment isolément, ont une origine différente. Restait à savoir si le premier était absent, et si la même cause l'avait frappé; c'est ce que nous nous sommes empressé d'examiner. Après avoir déjeté les anses intestinales et le cœcum, nous avons rencontré dans la région lombaire droite un corps dans lequel nous avons pu reconnaître la trompe, l'ovaire et le ligament rond. Cet ensemble n'avait aucune relation avec la matrice; on pouvait même croire qu'il y était complétement étranger. Son artère lui venait directement de l'aorte, et sa veine, après un léger parcours, se jetait dans la veine cave inférieure.

Par une coïncidence particulière que nous ne nous chargerons pas d'expliquer, le rein correspondant manquait; quant à sa capsule, elle était en son lieu et place, légèrement hypertrophiée.

Nous ne nous arrêterons point à l'absence du rein, à l'indépendance des capsules, nous nous bornerons à une seule réflexion : l'utérus est-il, oui ou non, bifide? Nous ne prétendons point trancher la question, nous devons remarquer seulement que, cette bifidité admise, notre fait est d'explication facile.

L'auteur communique un second fait recueilli sur un hépatodyme complexe, dans lequel il y avait absence complète de vulve, de vagin et de matrice, bien qu'il y eût des deux côtés un ovaire, une trompe et un ligament rond. Par la direction, la situation, c'était, avec quelques différences toutefois, la reproduction du premier cas. (Commissaires : MM. Serres, Isid. Geoffroy-Saint-Hilaire, Andral.)

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE.

Le concours fixé au lundi 19 novembre 1855, à midi précis, dans la salle des concours de ladite administration, rue Neuve Notre-Dame, 2, pour une place de pharmacien dans l'un des hôpitaux de Paris, aura lieu *pour deux places*, par suite de vacance survenue depuis la première publication.

Le secrétaire général : Signé L. Dubost.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La séance solennelle de rentrée et la distribution des prix auront lieu dans le grand amphithéâtre de la Faculté, le jeudi 15 novembre, à une heure précise.

MM. les étudiants sont prévenus qu'ils seront admis à assister à cette séance sur la présentation d'une carte qui leur sera délivrée au secrétariat du 2 au 14, de dix heures à deux heures. Les registres d'inscriptions sont ouverts à partir du 2, et seront clos irrévocablement le 15 à quatre heures.

Le discours de rentrée sera prononcé par M. le professeur Malgaigne. Le sujet de ce discours est l'éloge de M. Roux.

— Les juges du concours pour les prix des internes sont MM. Louis, Léger, X. Richard, Broca. Michon, *titulaires ; suppléants*, MM. Lebert et Marjolin.

— On nous assure que la Faculté vient de décider que désormais le chauffage et l'éclairage des amphithéâtres concédés aux professeurs particuliers pour l'enseignement libre leur seront supprimés. Nous doutons que cette économie de feu et de lumière donne plus de chaleur et d'éclat à l'enseignement officiel.

— Par décret du 31 octobre, l'Empereur a confirmé les nominations faites à titre provisoire, dans la Légion d'honneur, par le maréchal commandant en chef l'armée d'Orient, en faveur des médecins militaires dont les noms suivent, qui se sont distingués à la prise de Sébastopol ou pendant le siége :

Officiers. — MM. les médecins principaux Malapert, Thomas, Mery, Cazalas, et les médecins majors Bourguillion, Leuret, Pastureau, Caumont.

Chevaliers. — MM. les médecins majors Garreau, Cuvillon, Moussu, Larivière, Verjus, Verdier, Didiot, Forcioli, Basselet, Pilet, Chaufour, Mérimée, et les médecins aides-majors Ohier, Tédeschi, Vernay, Gillin, Chevassu, Nuzillat, Maugis, Mignot, Savaëte, Riotacci, Dubosq, Darcy, Corne, Mouret, Herbecq, Goinard, Rollet, Renard, Bertrand, Frison, Goureau, Courbet, Gronnier, Gueury, Daga, Chapuy, Ditz, Dexpers, Rueff, Driart, Perrin, Poignet, Thomas.

— M. Gosselin reprendra ses leçons de clinique chirurgicale à l'hôpital Cochin, le lundi 5 novembre, à huit heures du matin, et les continuera les lundis, mercredis et vendredis.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. / Six mois. . 16 » / Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr.
Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie des sciences. — Considérations sur les sétons, les cautères et la médication révulsive. — HÔPITAL LARIBOISIÈRE (M. Chassaignac). De l'écrasement linéaire. — CLINIQUE DE LA VILLE. Observations de loupes enlevées à l'aide de la cautérisation linéaire. — Collodion caustique. — Potion de belladone comme moyen prophylactique de la variole. — ACADÉMIE DES SCIENCES, séance du 29 octobre. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, séance du 17 octobre. — Chronique et nouvelles. — FEUILLETON. Histoire médicale des corps d'occupation des Etats pontificaux en 1852.

PARIS, LE 5 NOVEMBRE 1855.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'Académie n'a entendu dans cette séance qu'une seule lecture qui touche à la médecine, encore n'y touche-t-elle que par un point ; c'est un mémoire de M. Filhol sur les eaux minérales des Pyrénées. Les recherches chimiques multipliées auxquelles l'auteur s'est livré l'ont conduit à des résultats dont quelques-uns peuvent avoir de l'intérêt pour la pratique thermale, en faisant connaître les degrés différents d'alcalinité des diverses sources dépendant de la même chaîne. On trouvera ces résultats formulés dans le compte rendu de la séance.

Parmi les travaux communiqués, nous signalerons à l'attention de nos lecteurs la réponse que M. Figuier a faite à la communication récente de M. Lehmann sur la recherche du sucre dans le sang de la veine porte. — Dr Brochin.

Considérations
SUR LES SÉTONS, LES CAUTÈRES ET LA MÉDICATION RÉVULSIVE.

Par M. le docteur MATTEI.

La question des sétons de M. Bouvier a réveillé au sein de l'Académie celle des cautères, des moxas et de la révulsion tout entière, médication qui domine la médecine et la chirurgie, et sur laquelle on ne saurait être assez fixé.

Pour résoudre cette question, ne serait-il pas utile de s'entendre sur la solidarité qui existe entre certaines parties de l'organisme et sur les relations qu'ont entre elles les fonctions de tous nos organes ? C'est ce que je vais essayer de faire pour arriver ensuite aux sétons, aux moxas et à la médication révulsive.

Il y a dans les fonctions des divers organes des phénomènes sympathiques qui se manifestent à l'état physiologique et à l'état pathologique. Ces phénomènes peuvent être fréquents ou accidentels. Ils peuvent exister entre des organes doubles destinés à la même fonction, comme sont les deux yeux, ou entre des organes qui sont destinés à accomplir ensemble une même fonction, tels que l'utérus et les mamelles pour la reproduction. Ils peuvent exister entre des organes dont les fonctions sont analogues ou se remplacent mutuellement, telles sont la peau, les muqueuses et même les séreuses. Enfin, ils peuvent exister entre des organes qui ont la même structure anatomique, tels que les articulations et les tissus blancs dans le rhumatisme, les ganglions lymphatiques dans les scrofules, etc.

L'anatomie et la physiologie expliquent bon nombre de symptômes dits sympathiques qui ont pour agents le système nerveux ou le système sanguin. Mais il s'en faut de beaucoup qu'elles les expliquent tous ; ainsi comment expliquer la solidarité qu'il y a entre les organes génitaux et le larynx, entre la parotide et les testicules, entre la maladie du foie et la douleur de l'épaule, entre le nerf sciatique et l'oreille dans la cautérisation de cette partie, etc. ? Je connais une demoiselle qui, portant une tanne sur la région temporale droite, avait un hoquet toutes les fois qu'elle y passait le peigne. La tanne opérée, le même phénomène se produit quand elle passe le peigne sur la cicatrice.

Ces phénomènes sympathiques ne se manifestent pas seulement entre deux organes, mais entre plusieurs systèmes d'organes. C'est ce qu'on a appelé les synergies. Une goutte de liquide traverse la glotte, et la contraction du larynx, du diaphragme et des muscles intercostaux se manifeste aussitôt ; il y a toux, et avec elle expulsion du liquide.

Les phénomènes sympathiques des divers systèmes d'organes sont ordinairement en rapport avec l'importance de ces organes ; aussi le cerveau et ses dépendances, le nerf trisplanchnique, le tube digestif sont-ils ceux qui en provoquent le plus. Mais il y a en outre une solidarité générale de toutes les parties de notre corps reconnue depuis les premiers temps de la médecine, et qui a été exprimée par ces mots : *consensus unus, consentientia omnia.*

Dans l'état physiologique, l'activité vitale est distribuée sur tous les organes en raison de leur importance. Lorsque pour une cause quelconque cette activité s'accroît outre mesure sur un seul point, l'équilibre est rompu, de sorte que la même activité ne peut pas exister à la fois sur deux points ; c'est ce qui a fait dire au père de la médecine : *Duobus laboribus non in eodem loco obortis vehementior obscurat alterum.*

Maintenant que nous avons donné un aperçu des phénomènes sympathiques, nous pouvons nous expliquer sur ce qu'on a appelé la dérivation et la révulsion.

Cette définition, assez ancienne, est insignifiante pour quelques-uns ; d'autres et toute une grande école professent l'opinion contraire. Fonder uniquement, en effet, la distinction entre la dérivation et la révulsion sur le plus ou le moins de voisinage du point de la médication, c'est, je crois, ne pas justifier suffisamment cette distinction. Ainsi, dans une ophthalmie intense, quand on mettrait des sangsues derrière les oreilles on ferait une dérivation, et en les mettant à l'anus on ferait une révulsion. Mais que ferait-on en les mettant à la tempe, au cou ou sur le dos ? Dans tous ces cas il y a deux effets : d'abord la soustraction du sang, puis la fluxion locale, ou plutôt la révulsion de la masse sanguine vers le point de l'hémorrhagie. Le soulagement que peut apporter la soustraction du sang sur la partie malade est en raison de la déplétion générale et en raison de la soustraction du sang qui va alimenter l'inflammation.

Lorsqu'on applique des sangsues à la tempe dans une ophthalmie intense, on soustrait beaucoup plus de sang du foyer de l'inflammation qu'en les mettant derrière les oreilles et à l'anus ; c'est-à-dire que l'effet général sera le même dans les trois cas, tandis que l'effet local sera très grand dans le premier, bien moindre dans le second, et presque nul dans le troisième. Quant à la fluxion qui s'opère sur le point de l'hémorrhagie, elle pourra être en rapport avec les phénomènes sympathiques qui lient les deux organes. Or je ne crois guère que la région temporale, la région mastoïdienne et la région anale aient plus de sympathies avec l'œil l'une que l'autre. S'il devait en exister, elle serait plutôt en faveur de la région temporale ; de sorte que l'action révulsive et déplétive sera toute en faveur des sangsues appliquées aux tempes. Ce que nous disons de l'œil nous pouvons le dire du poumon et de la plèvre, nous pouvons le dire du foie ; c'est-à-dire que les saignées locales seront peu profitables dans la pneumonie et très utiles dans la pleurésie, parce qu'il y a continuité de vaisseaux et que la saignée est directe dans le dernier de ces cas, tandis que dans l'autre elle n'a pour ainsi dire que le résultat révulsif. Dans l'hépatite, les sangsues à l'hypocondre ont un résultat moins immédiat qu'appliquées à l'anus, parce que la soustraction du sang est très diverse pour le foyer de l'inflammation. Ce que je dis pour le système sanguin, je pourrais le dire du système nerveux ; c'est-à-dire que ce n'est pas seulement le voisinage ou l'éloignement de la partie qui constitue l'action dérivative et révulsive, c'est la structure anatomique, la continuité des tissus, la communauté des vaisseaux et des nerfs, et enfin les sympathies. Une médication peut être très rapprochée de l'organe malade et n'agir sur lui que par une révulsion éloignée ; elle peut être faite loin du mal et avoir une action plus directe, c'est-à-dire opérer la dérivation.

Voici comment nous établirions donc les caractères différentiels entre la révulsion et la dérivation, caractères qui nous paraissent très distincts et très vrais :

La dérivation se fait ordinairement à petite distance, mais surtout par la communauté des vaisseaux et des nerfs entre la partie malade et la partie où l'on agit ; elle peut ne pas avoir d'action générale sur l'économie.

La révulsion se fait au contraire à une grande distance, et elle n'a lieu qu'en raison des sympathies qui lient l'organe malade avec l'organe sur lequel on agit, ou bien par l'action qu'elle exerce sur tout l'organisme.

Une dérivation sera d'autant plus efficace qu'elle sera plus directe et qu'il y aura plus de sympathie entre l'organe malade et le point sur lequel on agit. L'état général n'ayant pas une action bien marquée ici, on peut employer les dérivatifs chez des personnes faibles, et avec peu de crainte de troubler l'organisme. La révulsion, au contraire, sera d'autant plus efficace qu'elle agit sur l'état général ou qu'il y a plus de sympathie entre le point malade et le point qui est le siége de la médication. Les révulsifs exigent donc une somme de forces suffisante pour que l'économie supporte à la fois le mal et la révulsion elle-même. Voilà pourquoi la méthode révulsive est peu efficace, dangereuse même, dans les cas de maladies débilitantes, aiguës ou chroniques, et pourquoi elle est plus efficace au début qu'à la fin des maladies.

La médication dérivative a une action ordinairement permanente ; l'action révulsive, au contraire, est le plus souvent fugace, mais prompte. Si cette dernière se prolonge longtemps, elle réagit sur

---

HISTOIRE MÉDICALE
DU CORPS D'OCCUPATION DES ÉTATS PONTIFICAUX EN 1852 ;

Par le Dr Félix JACQUOT, médecin en chef de l'hôpital militaire de Thionville.

§ I. — *Considérations générales.*

Depuis le débarquement de l'armée française dans les Etats pontificaux quatre années se sont accomplies. Pendant cette période d'occupation permanente, deux grands résultats médicaux ont été atteints :

1° La rencontre de deux écoles sur le même terrain a amené un échange de connaissances et d'observations qui a profité à l'une et à l'autre, et qui a abouti à formuler une doctrine ;

2° L'endémo-épidémie que chaque été ramène régulièrement à Rome, comme en Algérie et dans tous les pays chauds et palustres, et qui acquiert alors une importance capitale, car elle absorbe et efface toute autre maladie, atteint un très grand nombre d'individus, détériore la race, affaiblit les armées et les populations, tue sur-le-champ par un accès pernicieux ou conduit lentement à la tombe par les progrès d'une cachexie croissante, rend certains sites inhabitables et chaque été en chasse les habitants. Cette endémo-épidémie, qui, tout en offrant des caractères communs, présente des particularités remarquables et quelquefois même de grandes différences dans les diverses contrées, a pu être étudiée dans sa nature, ses causes, ses caractères, ses variétés selon les années, dans ses époques et son évolution ; enfin, dans ses exigences thérapeutiques. Sans doute les médecins romains l'avaient étudiée et décrite, mais sous l'empire d'idées systématiques si différentes des nôtres, avec un esprit d'investigation et une méthode d'observation si éloignés de la rigueur qui caractérise aujourd'hui les écoles en France, qu'en lisant leurs livres ou en assistant à leurs cliniques, on se trouvait transporté dans un monde presque inconnu, où l'on saisissait à peine quelques points communs aux deux écoles, comme signes de ralliement et de reconnaissance. Il faut parler français pour être compris des Français ; c'est ce que nous nous sommes efforcé de faire.

L'ensemble de l'endémo-épidémie estivo-automnale annuelle des pays chauds palustres est constitué par deux genres bien distincts de maladies : les unes palustres, dites aussi à quinquina, ou intermittentes, quoiqu'elles n'affectent pas toujours ce type, sont dues à des conditions accidentelles plus ou moins amovibles, aux miasmes ; les autres de nature continue, non palustres, reconnaissent pour cause le climat même, c'est-à-dire les conditions essentielles, permanentes, plus ou moins inamovibles, et les écarts de l'hygiène, dont l'effet principal consiste probablement à rendre plus impressionnable aux influences du climat. Ce dernier genre d'affections est commun à la plupart des pays chauds ; le premier ne règne que dans les pays à la fois chauds et palustres.

Si chaque genre a son étiologie bien distincte, il a aussi sa symptomatologie et sa thérapeutique. De plus, les trois phases d'augment, d'état et de décroissance de chaque endémo-épidémie élémentaire ne sont pas tout à fait contemporaines dans le cours des saisons ; en outre, telle année voit éventuellement dominer l'un ou l'autre élément ; enfin, dans tel site, c'est l'un qui prévaut, tandis que l'autre se tient au second rang. Le traitement démontre aussi, et avec la dernière évidence, la différence des deux genres de maladies.

Nous avons appelé *climatériques* les affections non palustres dues au climat ; ce n'est là qu'un terme générique, et les climatériques se décomposent en un certain nombre d'espèces.

Un des deux genres élémentaires, soit la fièvre palustre, soit une affection climatérique, peut exister isolément chez un sujet, conserver ainsi son individualité, et ne dicter qu'une seule et simple indication thérapeutique ; mais souvent les deux se combinent chez le même individu, se confondent en une nouvelle individualité complexe, véritable fièvre proportionnée, comme disait Torti, constituée par l'union des deux éléments climatérique et palustre, continu et intermittent.

Un des caractères de la doctrine que nous esquissons consiste dans une extension considérable donnée aux proportionnées.

La thérapeutique doit être double quand la maladie l'est elle-même : par le sulfate de quinine, on s'attaque à l'élément palustre ; tandis que l'élément climatérique, son conjoint, appelle une médication variée, mais consistant surtout dans des évacuants gastro-intestinaux. Ces derniers agents thérapeutiques, administrés seuls quand la maladie est complexe (proportionnée) la dégageront de l'élément climatérique continu, et laisseront en général subsister les accès de la fièvre palustre ; au contraire, le sulfate de quinine coupera ces accès, mais la conva-

l'état général et quelquefois sur l'organe lui-même que l'on veut soulager. C'est l'histoire des bains de pieds et des sinapismes trop prolongés dans les congestions cérébrales, et où, après avoir allégé cette congestion, ils finissent par produire de l'irritation générale et augmentent la congestion céphalique. La révulsion ne modifie ordinairement que l'état fluxionnaire, tandis que la dérivation agit plus directement sur le travail morbide. Si ce travail est de nature a être déplacé, il l'est plus facilement par la révulsion lorsqu'il est à l'état fluxionnaire, il est déplacé plus facilement, au contraire, par la dérivation lorsqu'il s'accompagne d'un travail organique; mais ni la révulsion ni la dérivation ne détruisent les travaux organiques de nouvelle formation (cancers, tubercules et même quelques résultats de l'inflammation, indurations fibreuses, osseuses, etc.). Enfin, la révulsion et la dérivation, pour être efficaces, doivent agir avec plus d'activité que la maladie. Dans le cas contraire, elles tourmentent le malade sans le guérir.

C'est à cette méthode que M. Bouillaud doit ses succès dans l'emploi de la saignée. Le professeur Lallemand (de Montpellier) faisait un usage fréquent des grandes révulsions. A l'exemple d'Hippocrate, qui guérissait la phthisie en appliquant une vingtaine d'exutoires permanents sur la poitrine, je lui ai vu traiter plusieurs phthisiques dont j'ai recueilli les observations, en plaçant cinq à six cautères permanents. Je dois dire que je n'en ai vu guérir aucun; quelques-uns seulement ont été soulagés pour quelque temps.

Ce professeur se servait du cautère transcurrent dans les tumeurs blanches, et ici il a eu quelques succès. Ceci confirme le précepte que la dérivation est plus efficace que la révulsion dans les affections locales avancées ou chroniques. M. Malgaigne lui-même, j'en suis sûr, ne nie pas cette action; car je me rappelle avoir vu dans son service, il y a trois ans, des hydarthroses traitées avec succès par de larges vésicatoires circulaires et la solution de sel ammoniac.

Quant aux sétons dans les maladies d'yeux, le professeur Lallemand s'en servait souvent sans en obtenir beaucoup de succès. Je me rappelle que lorsqu'il cédait le service au professeur Serre, celui-ci ôtait immédiatement tous les sétons, et obtenait de meilleurs résultats en y substituant l'usage des purgatifs fréquents, des pédiluves sinapisés, des collyres, etc. Le professeur Serre a dit maintes fois à sa clinique que le séton était plus souvent nuisible qu'utile aux maladies des yeux.

Huit années de pratique en Corse m'ont à peu près confirmé dans ces données pratiques.

Les résultats que j'ai obtenus des sétons m'ont prouvé que l'action habituelle de ce moyen n'est pas grande sur les maladies des yeux. La théorie et la pratique sont parfaitement d'accord à cet égard. Comme il n'y a guère de relation sympathique ni de relation de proximité, le séton agit ici comme moyen révulsif plutôt que comme moyen dérivatif, c'est-à-dire qu'il agit sur tout l'organisme avant de porter son action sur les yeux. Il n'en serait pas de même si on agissait au point d'émergence des nerfs sus et sous-orbitaires, et même à la tempe. C'est à ces sympathies qu'est dû le bon effet des épispastiques et de la pommade ammoniacale dans les maladies atoniques de l'œil.

Malgré tout ce qui précède, je ne veux pas nier cependant d'une manière absolue les rapports accidentels qui peuvent exister entre les yeux et la nuque, soit que ces rapports viennent par la voie générale, soit qu'ils viennent directement d'une de ces régions à l'autre. Nous voyons des sympathies plus bizarres encore s'établir quelquefois entre des organes plus éloignés et plus disparates.

C'est ce qui nous fait admettre aussi la possibilité de guérir quelquefois les maladies oculaires par le séton. N'aurions-nous même pas MM. Velpeau et Bouvier de ce côté, après avoir vu ce moyen thérapeutique tantôt prôné, tantôt abandonné et repris, que nous aurions conclu que le séton a pu être quelquefois utile dans les maladies des yeux.

Puisqu'il paraît être vrai que le séton est efficace dans quelques affections oculaires, il faut d'abord constater quelles sont ces affections, si elles sont purement locales ou si elles tiennent à un vice général, et, si le séton employé seul dans les mêmes circonstances n'apporte pas toujours les mêmes résultats, il faut convenir forcément que son action est tout à fait accidentelle. Si, après avoir employé inutilement les autres moyens rationnels, la maladie continuait, je n'aurais pas de scrupule à employer le séton et à l'employer de manière à grossir la mèche successivement ou à la diminuer selon l'action que produirait ce moyen thérapeutique.

Les réserves que je viens de faire pour les partisans du séton, je les ferai pour ses détracteurs. J'ai vu, en effet, les sétons et les cautères causer des érysipèles, des inflammations graves et même des résorptions purulentes; mais je n'ai pas encore vu les maux d'yeux s'aggraver par la présence du séton de manière à être mieux par cela seul qu'on ôtait la mèche; aussi ces cas sont pour moi des exceptions.

De ce qui précède, il me paraît résulter que les questions de la dérivation et de la révulsion sont de la plus grande importance en thérapeutique. Quant au traitement des maladies des yeux par les sétons, c'est une question qui reste encore pendante. D'après ce que nous avons vu, nous pouvons dire que la guérison sera rare, mais que ce moyen, prudemment employé, peut être essayé dans les cas où les autres moyens ont échoué.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. CHASSAIGNAC.

De l'écrasement linéaire (1).

L'appareil à écrasement linéaire, considéré dans sa simplicité primitive, n'est autre chose qu'une chaîne métallique montée sur une canule aplatie et s'enroulant sur un treuil ou tourillon placé à l'extrémité de la canule.

Nous donnerons ici une description abrégée de cet instrument. Il se compose d'une gaîne munie à son extrémité inférieure d'un barillet et d'un cliquet en arc-boutant. Dans cette gaîne passe une tige dentée des deux côtés. Une des dentures est en rapport avec une clef à pignon, qui est placée dans le barillet, l'autre est en rapport avec le cliquet.

A l'extrémité de cette tige se trouve une chaîne métallique, dont une extrémité est mobile et vient s'articuler avec la denture de la chaîne. Si donc on fait tourner la clef, la tige dentée entraînera la chaîne dans la gaîne.

Supposons attachée l'extrémité mobile de cette chaîne, on aura une anse qui tendra toujours à se rétrécir à mesure que l'on tournera la clef. Le cliquet est destiné à maintenir la tige dans le cas où l'on s'arrête pendant l'opération.

Depuis l'époque où fut construit cet appareil, les études approfondies que j'ai faites sur l'écrasement linéaire m'ont conduit à modifier l'instrument primitif.

Le sens dans lequel ont été faites ces modifications se rapporte surtout à l'accroissement de puissance de l'instrument; car, plus j'ai expérimenté dans cette direction, plus je me suis convaincu que pour écraser jusqu'à séparation complète les tissus vivants, il faut employer des appareils d'une très grande force. J'ai même dû reconnaître pour limite, du moins provisoire, de l'application de ces appareils, la présence de parties osseuses au milieu des chairs. Quoique l'on puisse, surtout sur un cadavre d'enfant, obtenir la section d'un doigt au moyen des appareils à écrasement, je pense qu'il faut réserver d'ici à bien longtemps encore l'idée de l'amputation par écrasement linéaire appliquée à des parties qui renferment du tissu osseux.

En général, l'écueil contre lequel on doit se mettre en garde, c'est celui qui consiste à se faire une idée exagérée de la puissance de ces appareils, car l'écrasement des tissus vivants jusqu'à séparation complète exige le déploiement d'une force vraiment énorme.

Voici, du reste, les diverses variétés d'instruments que j'ai fait construire dans le but d'accroître l'action des appareils à écrasement linéaire.

C'est d'abord :

(1) Voir le numéro du 27 septembre dernier.

1° Un écraseur à crémaillère simple et armé d'un levier coudé;

2° Un écraseur à double crémaillère et qui marche par l'action de deux crampons successivement mis en jeu à l'aide d'un levier;

3° Un écraseur à crémaillère double armé de deux cliquets latéraux.

Les points à faire remarquer dans la construction de ces appareils sont les suivants :

1° L'extrémité de la canule plate doit être extrêmement forte, parce qu'au moment où la chaîne ramenée dans l'intérieur de la canule par le jeu des crémaillères exerce la plus grande pression sur l'objet à écraser, il se fait sur l'orifice de la canule une pression très considérable et qui amènerait la déformation de cet orifice si la canule n'était pas suffisamment résistante. D'ailleurs, en fait d'écueils dans la construction des écraseurs, si on ne peut absolument les éviter, il vaut mieux que ces instruments pèchent par trop de force que par l'excès contraire.

2° Il y a nécessité d'une mesure pour désigner la force ou le calibre des écraseurs. Cette mesure doit être prise dans les dimensions de la chaîne qui commande celle de la canule, celle des crémaillères et en dernière analyse toute la construction de l'instrument.

3° Il faut mettre dans un rapport de dimension très rigoureux la chaîne et la capacité de la canule plate. En effet, quand la canule est trop spacieuse eu égard au volume de la chaîne, les tissus résistants sont entraînés dans l'intérieur de la canule, et alors l'action de l'écraseur se transforme en un véritable arrachement à l'égard des tissus les plus extensibles. C'est ce qui a lieu pour la tunique celluleuse quand on opère l'écrasement des artères avec un instrument à canule trop large.

La chaîne de l'écraseur peut présenter diverses formes et divers degrés de puissance.

Le plus habituellement les écraseurs sont munis d'une chaîne plate exactement semblable à la scie d'Aitken qu'on aurait édentée.

Les chaînes plates sont susceptibles d'avoir une très grande force, et cela est nécessaire, parce qu'il ne faut pas perdre de vue que tout appareil destiné à opérer la séparation des tissus organiques par le mécanisme de la pression doit être pourvu d'une très grande puissance.

Cette chaîne, ainsi disposée, peut être légèrement taillée en biseau sur celui de ses bords qui est destiné à exercer la pression.

Si l'on agit sur des tissus doués d'une résistance peu considérable, on peut se servir de la chaîne plate sans biseau, et on peut même employer une chaîne d'une certaine épaisseur.

Si l'on se propose d'appliquer l'écrasement à des tissus d'une consistance ferme et résistante, il est à désirer que la chaîne doive sa force à la largeur des maillons et non à leur épaisseur, et que, de plus, elle soit pourvue d'un bistouri.

La chaîne doit être munie à ses deux extrémités d'un maillon disposé pour s'emboîter avec les tenons dont est armée l'extrémité des crémaillères. De cette manière, on peut avoir pour chaque écraseur plusieurs chaînes de rechange, soit afin de remplacer celle qui pourrait se briser, soit afin que chaque appareil ait une chaîne à biseau, une chaîne tout à fait plate, une très mince et une autre plus épaisse, afin de pouvoir s'approprier à toutes les indications.

Les chaînes dont nous venons de parler ne sont flexibles qu'en un seul sens. Mais dans les cas où il convient d'appliquer l'écrasement en agissant au fond d'une cavité, comme, par exemple, lorsqu'on se propose de sectionner le pédicule d'un polype de l'utérus en portant l'instrument au fond du vagin, les chaînes plates ne pourraient être employées. J'ai fait construire, pour satisfaire à ce genre d'indication, des chaînes susceptibles de s'infléchir indifféremment dans tous les sens; mais ces dernières, et cela tient à leur mode de construction, sont loin de posséder la même force que les chaînes plates. Aussi ne peuvent-elles être appliquées que dans les cas où la résistance à vaincre est peu considérable, et comme remplaçant les ligatures ordinaires au moyen desquelles on étreint les pédicules des polypes. Elles possèdent, quand on les compare à ces ligatures, l'avantage de pouvoir opérer la section

escence ne se déclarera pas, à cause de la survivance de l'élément climatérique. Ce dédoublement des maladies complexes sous l'influence de la thérapeutique s'observe journellement à Rome, et la plupart de nos confrères ont fait les mêmes observations que nous.

Le chaos de l'étiologie est singulièrement éclairé par cette dichotomie. Les uns nient que l'endémo-épidémie reconnaisse pour cause l'impaludation, et en attribuent la génération aux influences du climat et des météores; les autres refusent tout concours à ces derniers agents, et voient partout le miasme comme cause productrice. Ces dissidences ne peuvent cesser que par la séparation des deux genres élémentaires constitutifs de l'endémo-épidémie : de chaque genre on remonte facilement à un ordre de causes distinct; mais de leur confusion, on ne peut remonter qu'à la confusion et à l'incertitude étiologique.

Les écoles romaine et algérienne ont compris bien différemment l'endémo-épidémie annuelle. En Afrique, on fait rentrer de force toutes les maladies endémo-épidémiques estivo-automnales dans la classe des palustres, et le sulfate de quinine est devenu un remède banal, universel, applicable à tous les cas; les mixtes ou proportionnées sont méconnues, et les climatériques ne sont pas même soupçonnées. A Rome, nous ne retrouvons ni cette synthèse, ni cette monopolisation de tous les règnes pathologiques par le seul genre palustre; mais, au contraire, on morcelle les espèces naturelles indivises, qu'on déchire pour en faire autant d'espèces artificielles; on méconnaît le genre palustre là où il existe, on s'abstient du sulfate de quinine là où il est urgent; enfin on donne une extension démesurée aux climatériques aux dépens des palustres. Les proportionnées sont connues et généralement bien diagnostiquées, mais néanmoins il arrive souvent encore qu'on n'y aperçoit pas l'élément palustre, et qu'on les traite comme de simples climatériques, c'est-à-dire sans faire intervenir le sulfate de quinine.

Telles sont les dissidences radicales des deux écoles. A notre arrivée dans les États pontificaux, les médecins romains nous regardaient faire avec ébahissement, et de notre côté, en assistant à leurs leçons, à leurs visites, et en lisant leurs livres, nous nous trouvions transportés dans un monde nouveau où nous ne pouvions nous entendre ni nous reconnaître, parce que tout y était différent dans les mots et dans les choses, dans la théorie et dans la pratique.

Nous croyons que la vérité se rencontre dans la doctrine que nous proposons. Si cette doctrine n'était qu'une simple satisfaction de l'esprit, nous ne nous serions pas imposé la tâche patiente et ingrate de la mûrir plusieurs années au lit du malade, et de la formuler ensuite laborieusement. Mais elle est la clef de l'étiologie, de la prophylaxie, de la nosologie, de la pathologie et de la thérapeutique. Sous ce dernier rapport, de bonnes divisions nosologiques et un diagnostic précis sont souvent une question de vie et de mort. Dans telle maladie, donnerez-vous le sulfate de quinine, ou vous en abstiendrez-vous; c'est-à-dire jugulerez-vous le mal, ou le laisserez-vous tuer le malade? Dans telle autre maladie, recourrez-vous à un seul ordre d'agents thérapeutiques ou à deux; c'est-à-dire la maladie étant complexe, l'attaquerez-vous tout entière, ou dans un seul de ses éléments? Enfin, dans tel autre cas que vous aurez jugé de nature palustre, comme on le fait toujours en Algérie, vous reposerez-vous entièrement sur le sulfate de quinine comme sur un agent capable de remplir toutes les indications, tandis qu'il n'en remplit aucune; c'est-à-dire négligerez-vous les moyens rationnels que réclame une affection non palustre, et dirigerez-vous contre elle une thérapeutique au moins inutile? La question a toute cette haute gravité. Or elle nous semble résolue par la doctrine que nous nous efforçons de poser et de propager.

Quittons les généralités doctrinales pour nous occuper spécialement de l'endémo-épidémie romaine, notamment de celle de 1852.

(La suite prochainement.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. Decq;
A Genève, à la librairie de Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Clinique chirurgicale de l'hôpital Lariboisière, par E. Chassaignac, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Leçons sur l'hypertrophie des amygdales et sur une nouvelle méthode opératoire pour leur ablation, in-8°, avec 8 figures intercalées dans le texte.

Leçons sur la trachéotomie, in-8°, avec 8 figures intercalées dans le texte. Prix de chaque partie, 2 fr.

Sous presse : *Leçons sur l'écrasement linéaire*. Paris, J.-B. Baillière, éditeur, 19, rue Hautefeuille.

complète du pédicule dans l'espace de temps qu'on juge convenable, et ne sont point assujetties aux lenteurs inévitables qu'entraîne l'emploi des ligatures ordinaires.

Ces chaînes, flexibles en tous sens, précisément à cause de leur flexibilité pourraient offrir quelques difficultés lorsqu'il s'agit de les appliquer sur le pédicule d'un polype ou sur toute autre tumeur à la manière d'un anneau.

Dans le cas où l'on devrait donner un certain degré de tenue à la chaîne, préalablement à son application, on pourrait le faire très facilement en lui juxta-posant une petite portion de corde à boyau très fine ou un morceau de bougie ou de sonde élastique maintenu au moyen de fils très fins, et qui se rompraient d'eux-mêmes pendant l'action de la chaîne au moment où celle-ci ayant été placée serait mise en mouvement.

La mesure du degré de résistance que doit présenter l'appareil à écrasement doit se déterminer par l'impossibilité de faire éclater l'instrument en déployant dans la mise en jeu de cet appareil la plus grande somme de force que comporte la main de l'opérateur.

Que l'on rende l'instrument infrangible, soit en diminuant la longueur du bras de levier au moyen duquel l'opérateur fait agir l'appareil, soit en augmentant le volume de toutes les pièces de l'écraseur, ce n'est pas là le point essentiel de la question. Ce qui importe avant tout, c'est que le chirurgien ne soit jamais exposé à rompre l'instrument pendant les manœuvres opératoires.

Pour s'assurer de cette dernière condition, l'épreuve à faire consiste en ceci :

On place dans l'anneau de la chaîne un corps très résistant, comme un tampon de linge ou de peau de chamois, corps que l'on sait être tout à fait insécable par le moyen de l'instrument, puis on agit de toute sa force sur le levier de l'appareil, et si ce levier résiste, l'instrument peut être réputé bon.

On ne peut donc considérer comme instrument éprouvé que celui qui a été soumis à l'expérience dont il vient d'être question.

CLINIQUE DE LA VILLE.

Observations de loupes enlevées à l'aide de la cautérisation linéaire (1).

Par M. le docteur A. LEGRAND.

Obs. II. — M. L..., propriétaire à Saint-V... (Seine-Inférieure), porte, disséminées au milieu des cheveux, dix tumeurs, dont plusieurs ont acquis le volume d'une grosse noix, et même celui d'un œuf de pigeon. Comme trois de ces tumeurs sont bilobées, et qu'une quatrième offre évidemment trois lobes, on arrive au chiffre de quatorze loupes (il faut ajouter à ce chiffre une quinzième loupe du volume d'un grain de chènevis et découverte après le traitement), dont est fournie la tête de ce malade. Quoiqu'il ait encore conservé beaucoup de cheveux, qui sont noirs, mais grisonnants, M. L... ne réussit que très imparfaitement à dissimuler ces dix tumeurs, qui donnent à sa physionomie, quand il a la tête découverte, le plus singulier aspect. Aussi se les fût-il fait enlever il y a déjà longtemps, s'il n'en eût été détourné par les prières de personnes de sa famille, par les conseils de plusieurs médecins, et dans les derniers temps (décembre 1852) par l'issue fatale d'une opération de ce genre pratiquée à Rouen par un chirurgien de cette ville, et qui avait été suivie d'un érysipèle.

M. L.., est âgé de quarante-huit ans, et l'origine de ses loupes remonte à 1830. C'est un homme maigre, bien constitué, d'un tempérament extrêmement nerveux, et de plus gastralgique au plus haut point, double condition qui explique son excessive impressionnabilité.

M. L... avait donc vingt-cinq ans quand apparurent ses premières loupes, et il attribue leur développement à deux causes : l'hérédité d'abord (sa mère avait des loupes, et il a une sœur plus jeune que lui qui en a déjà) ; mais il pense en outre que les chagrins qu'il a éprouvés ont favorisé leur développement, qui a coïncidé avec l'époque de sa vie où il en a été le plus accablé.

J'ai immédiatement (11 avril 1853) pratiqué la cautérisation linéaire sur cinq tumeurs d'abord, et sur les cinq autres le soir, ayant le soin de la faire double pour trois d'entre elles, qui avaient acquis un volume assez considérable pour qu'il fût nécessaire d'enlever un lambeau de cuir chevelu, ainsi qu'il a été fait pour cette même Mme C... dont je rappelais l'histoire à l'instant même. Ces cautérisations ont été répétées le même soir, et j'ai agi de même le 12, mais après avoir, à l'aide de la pointe acérée d'une lancette, légèrement intéressé la première eschare, ayant bien le soin de ne le faire que sur celles qui avaient déjà assez de profondeur pour ne pas craindre d'atteindre les parties vives.

Le 12 avril au soir (après avoir déjà fait trente-cinq applications de caustique), j'ai pu pratiquer, sans exciter aucune douleur, sans qu'il s'écoulât une goutte de sang, l'ablation, avec un lambeau de cuir chevelu, d'une première tumeur formée par l'assemblage de trois loupes, dont une grosse comme un petit œuf de pigeon, et les deux autres, situées derrière celle-ci, du volume de gros pois. La plus grosse tumeur était située sur le point où la suture qui unit les deux pariétaux vient tomber sur celle qui joint ces deux mêmes os au coronal.

Le 13, ablation d'une quatrième loupe du volume d'un gros pois et située sur le pariétal droit, dans le voisinage de la suture écailleuse. Je continue de pratiquer de nombreuses cautérisations sur les sept tumeurs qui restent, en favorisant la pénétration du caustique soit en ramollissant les eschares à l'aide de petites frictions faites matin et soir avec la pommade de concombres, soit en incisant légèrement les tissus au fur et à mesure que le caustique les frappe de mort.

Quant à la douleur excitée par ces cautérisations si nombreuses faites simultanément et si souvent répétées, elle a été assez vive les 11 et 12 avril ; ce dernier jour, elle a fait rougir le malade et a causé un peu d'agitation, qui a réagi sur la nuit, et celle-ci a été moins bonne que d'habitude. Mais les jours suivants, la douleur est devenue plus supportable, excepté toutefois pour une loupe assez volumineuse située sur l'occipital, et qui a toujours été fort sensible. Cette même loupe est la seule qui ait fourni à deux reprises un peu de sang (en tout la valeur d'un verre à liqueur) : la première fois en incisant l'eschare, la seconde au moment de l'ablation. J'ai attribué ces légères pertes de sang, qui n'auraient point eu lieu si j'avais pu agir plus lentement, à la présence d'une artériole fournie par l'occipitale externe et la sensibilité à la présence d'une ramification de la branche postérieure du second nerf cervical.

Le 14, je pratique l'ablation d'une cinquième loupe de la grosseur d'une belle noix et située sur la bosse pariétale gauche, ablation qui a lieu sans exciter la moindre douleur et sans provoquer le moindre écoulement de sang, quoique j'aie incisé l'eschare jusqu'au kyste, ce que j'avais pu faire en toute sécurité, vu l'état complet de désorganisation de la peau comprise entre les deux lignes de cautérisation.

Ces ablations de loupes qui se succèdent rapidement impressionnent le malade, agitent ses nuits, de sorte que je m'abstiens pendant vingt-quatre heures de toute cautérisation (il en a été pratiqué quarante-cinq jusqu'à ce jour). Je fais prendre en même temps quelques bains, et je prescris des pilules avec l'extrait aqueux de noix vomique.

Le 15 ; je procède encore aujourd'hui à l'ablation de deux loupes ; l'une située sur le pariétal gauche, près du sommet de la courbe que décrit la suture écailleuse, et l'autre sur la bosse pariétale du même côté. Ces deux loupes, qui sont chacune du volume d'une noix, ont été enlevées sans exciter ni douleur ni la moindre effusion de sang. Après cette ablation, je procède à la cautérisation des six dernières tumeurs.

Le 16, ablation d'une loupe du volume d'une petite amande située sur la même bosse pariétale, et, dans la même cavité, de deux autres petites loupes presque à l'état rudimentaire. Je cautérise en même temps, après légère incision, les deux loupes (toutes deux de manière à produire une perte de substance), du volume d'une très grosse noix, situées, l'une sur la bosse pariétale droite, la seconde sur la crête occipitale. C'est en incisant l'eschare de cette dernière que j'ai intéressé la petite artériole fournie par l'occipitale externe, qui avait résisté à l'action du caustique, quoiqu'il eût tout désorganisé autour d'elle.

Le 17, ablation de deux grosses loupes avec perte de substance, toutes deux du volume d'un petit œuf de pigeon, l'une située sur la bosse pariétale gauche, l'autre immédiatement au-dessous de la protubérance occipitale externe. Cette double ablation a eu lieu sans exciter la moindre douleur, malgré les adhérences des deux loupes, surtout de la première, qui a fourni après l'extraction un demi-verre à liqueur de sang.

Le 19, je croyais avoir extirpé la veille toutes les loupes de M. L... ; mais aujourd'hui, en le pansant, j'en ai encore enlevé une de la grosseur d'un petit pois, comprise dans la tumeur qui était située sur la ligne qui unit les deux pariétaux, et du volume et de la forme d'un haricot, accolée à celle que j'avais antérieurement enlevée de la bosse pariétale gauche, mais bien distincte, puisqu'il a fallu agir d'abord sur la peau.

Depuis cette dernière ablation, j'ai journellement pansé les dix plaies que j'avais faites, tantôt en en rapprochant les bords avec des bandelettes agglutinatives, tantôt en réprimant les chairs à l'aide de cautérisations avec le nitrate d'argent, mais en ayant toujours soin de couper très ras les cheveux placés sur les bords des plaies. M. L... a pu quitter Paris le 4 mai, mais toutes ses plaies ne furent complétement cicatrisées que le 9 juin suivant.

Ainsi j'ai pu chez ce malade enlever, du 11 au 19 avril, *quatorze loupes*, en lui faisant dans cet intervalle de neuf jours *cinquante-trois cautérisations*, qui n'ont jamais fait naître la moindre apparence d'érysipèle, qui n'ont excité en définitive qu'une douleur fort modérée, malgré la grande impressionnabilité du malade. La perte de sang a été insignifiante, et elle eût été facilement nulle en se pressant moins. Le malade n'a pas gardé un seul jour la chambre, et il est venu chaque jour chez moi se faire cautériser d'abord, panser ensuite ; et quoiqu'il soit demeuré vingt-cinq jours à Paris, il eût pu à la rigueur en repartir le 20 et n'y demeurer par conséquent que dix jours. Enfin le 9 juin, deux mois après le commencement du traitement (du 11 avril au 9 juin), M. L... m'annonçait sa guérison définitive.

Il est ensuite venu me voir le 15 juillet, et j'ai pu m'assurer que les cicatrices sont pour la plupart linéaires, peu visibles et facilement dissimulées par les cheveux. Quant à la quinzième loupe, qui a échappé à mes recherches, nous sommes convenus, M. L... et moi, d'attendre, pour en faire l'extraction, qu'elle ait acquis un volume appréciable.

(1) Fin, — Voir le numéro du 30 octobre.

COLLODION CAUSTIQUE.

Le docteur Macke (de Sorau) emploie depuis quelques années et avec les meilleurs résultats une solution de 4 grammes de deutochlorure de mercure dans 30 de collodion pour détruire les nævi materni et les télangiectasies superficielles, surtout chez les enfants. Il n'y a pas de caustique plus convenable lorsqu'on veut les faire disparaître promptement et sûrement, dans les cas particulièrement où l'on se refuse à l'emploi de l'instrument tranchant, ou lorsque l'excision n'est pas très praticable, comme sur les cartilages de l'oreille ; il convient surtout chez les enfants très pétulants lorsque les autres caustiques ne peuvent être maintenus en place, ou lorsque ceux-ci sont exposés à être souillés par les urines ou les matières fécales.

L'application de ce caustique est facile et se fait à l'aide d'un fin pinceau de poils de vache ; on peut avec précision et certitude limiter son cercle d'action, et sa dessiccation est si prompte qu'il est impossible qu'il étende son action aux parties saines voisines, ou que le malade puisse l'enlever d'une manière quelconque.

S'il survient une forte inflammation, on a recours à des applications froides ; l'eschare qu'il détermine est solide, d'une épaisseur d'une à deux lignes, suivant qu'on a fait une ou successivement plusieurs applications ; elle se détache après trois à six jours, et la guérison a lieu par une cicatrice non difforme.

La douleur est rarement intense et cesse assez rapidement. L'auteur, qui a obtenu de nombreux succès de l'emploi de ce collodion caustique, assure qu'on n'a rien à craindre quant à l'intoxication, et il le recommande à ses confrères parce qu'il est aussi facile à appliquer que certain dans ses résultats. (*Journ. de méd. de Bruxelles.*)

POTION DE BELLADONE

comme moyen prophylactique de la variole.

La belladone a été vantée comme un bon moyen prophylactique de la scarlatine. M. Richart a essayé si elle ne jouirait pas de la même propriété par rapport à la variole. Pendant une épidémie qui a sévi l'hiver dernier à Soissons, il a conseillé à plus de cinquante personnes de prendre matin et soir une cuillerée à café de la potion suivante :

Extrait de belladone.	15 centigrammes
Eau de fleur d'oranger.	123 grammes
Alcool.	4 —

Aucune de ces cinquante personnes n'a contracté la maladie, bien que plusieurs d'entre elles aient donné des soins à des varioleux. (*Journal des conn. méd.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 29 octobre 1855. — Présidence de M. REGNAULT.

Eaux minérales des Pyrénées. — M. E. Filhol lit un mémoire dans lequel il expose les résultats de nouvelles recherches sur les eaux minérales des Pyrénées, faisant le complément du travail qu'il a communiqué à l'Académie en 1852. Ces recherches portent sur les divers cas qui peuvent se présenter lorsqu'une eau sulfureuse qui a subi le contact de l'air, de l'acide carbonique et de l'acide silicique est analysée au moyen du sulfhydromètre ; sur l'analyse des atmosphères sulfureuses des salles d'inhalation, étuves, piscines, etc., du Vernet, d'Amélie-les-Bains, d'Ax, de Saint-Sauveur et de Bagnères-de-Luchon ; sur l'alcalinité comparée des eaux sulfureuses de toute la chaîne.

Sur ce dernier point l'auteur établit :

1° Que les eaux des Pyrénées orientales sont, en général, plus riches en carbonate de soude que toutes les autres ; il en est qui contiennent une dose de ce sel égale à celle qui existe dans les eaux de Plombières ;

2° Que les eaux des Pyrénées centrales sont, en général, moins alcalines, qu'elles renferment surtout du silicate de soude et seulement des traces de carbonate ;

3° Que les eaux de quelques stations thermales importantes ne contiennent que des traces de carbonate ou de silicate de soude, et qu'en outre, tandis que dans plusieurs eaux la silice et les bases existent dans l'eau en proportion convenable pour former du silicate de soude, celles-ci renferment toujours un excès d'acide silicique. Cet excès d'acide permet de se rendre compte de l'altérabilité plus considérable de ces eaux, de la propriété qu'elles possèdent de blanchir, etc. (Commissaires : MM. Balard, Bussy et Rayer.)

Recherche du sucre dans le sang de la veine porte. — M. Figuier adresse des remarques sur le mémoire de M. Lehmann relatif à la recherche du sucre dans le sang de la veine porte.

Le résultat général des expériences de M. Lehmann, dit M. Figuier, c'est que quand on emploie, pour la recherche du sucre dans le sang de la veine porte d'un animal carnivore en digestion de viande, de très petites quantités de sang (35 à 80 grammes), on n'y trouve point de sucre ; mais qu'en opérant sur des quantités de sang un peu plus fortes (211 à 351 grammes), on y constate d'une manière non douteuse la présence du sucre. M. Lehmann explique ce résultat en admettant que lorsque l'on prend sur un chien, même de forte taille, plus de 35 à 80 grammes de sang de la veine porte, on n'opère plus que sur le sang pur de ce vaisseau. Je crois l'expliquer plus naturellement en disant que si l'on ne trouve point de sucre avec 35 ou 80 grammes de sang, c'est tout simplement parce que cette quantité de liquide est trop faible.

A la méthode dont j'ai fait usage, M. Lehmann en a substitué une qui en diffère essentiellement. Ce n'est pas à moi qu'il appartient d'en juger l'exactitude et la valeur. Je ne me permettrai donc à ce sujet qu'une réflexion générale. De toutes les méthodes qui consistent à rechercher la présence du sucre dans le sang, celle où l'on fait intervenir l'action d'un alcali caustique serait, selon moi, la dernière à mettre en usage. Personne n'ignore que les alcalis à l'état libre attaquent promptement et détruisent le glycose et les sucres de la seconde espèce en donnant naissance à des produits divers de réduction? L coloration brune obtenue à l'aide de la chaleur par l'action de quelques gouttes de potasse caustique, coloration qui provient de la décomposition du sucre, est le caractère que l'on invoque tous les jours dans les hôpitaux et dans les laboratoires pour constater la présence du sucre dans les liquides d'origine animale. Il est donc peu rationnel, quand on recherche de très petites proportions de sucre dans de petites quantités de sang, de mettre les matières organiques où l'on opère cette recherche en contact avec de la potasse caustique et de laisser pendant plusieurs heures ces deux matières en présence. L'avantage principal, et ce qui fait, s'il m'est permis de le dire, le mérite du procédé que j'ai proposé pour isoler le sucre contenu dans le sang normal, c'est que pendant l'opération on évite la présence de tout alcali et que l'on opère sur une liqueur acide.

Je ferai remarquer aussi que tout annonce que le principe sucré contenu dans le sang de la veine porte, produit qui vient de prendre naissance par suite de la décomposition de la matière azotée alimentaire, ne peut être assimilé chimiquement au glycose, qui provient de la digestion des féculents, au sucre de fruits, au sucre des diabètes ou à

tout autre type, ou congénère des sucres auxquels on voudrait le comparer. Il ne serait donc pas impossible que le sucre de raisin, le sucre des diabètes, le sucre du foie, donnant naissance, en se combinant avec la potasse, à un composé insoluble dans l'alcool, le sucre contenu dans le sang de la veine porte ne formât point avec la potasse un composé doué des mêmes propriétés, c'est-à-dire insoluble comme lui dans l'alcool. Dès lors le procédé qui a pour base la formation de ce composé insoluble de potasse ne serait plus susceptible d'indiquer la présence de ce principe sucré dans le sang de la veine porte, et serait, par conséquent, au point de vue de cette recherche, dénué de valeur.

M. Lehmann dit, en terminant son mémoire, que mes expériences ne font que confirmer la théorie de la fonction glycogénique du foie. Son raisonnement nous semble inacceptable. S'il est établi qu'il existe dans le sang de la veine porte, dans les conditions qui nous occupent et pendant la digestion, une substance pouvant se transformer aisément en sucre, une sorte de sucre *copulé*, la fonction glycogénique ne pourrait continuer à être admise. Les partisans de cette théorie assimilent, en effet, la sécrétion du sucre à toutes les sécrétions proprement dites qui s'accomplissent dans l'économie, à la sécrétion de la bile, de la salive, des larmes, etc. Or, si le foie reçoit pendant la digestion une matière du fluide pancréatique pouvant se transformer en sucre par suite d'une faible modification chimique, cet organe n'est plus dès lors un véritable organe sécréteur; il se borne à opérer une simple modification sur un produit qui lui arrive du tube digestif, et qui n'a besoin que d'une faible influence chimique pour se métamorphoser en glycose. Il n'est pas plus un organe sécréteur du sucre que l'intestin lui-même n'est un organe sécréteur de ce produit lorsqu'il transforme en glycose la fécule contenue dans nos aliments, pas plus que l'estomac ne sécrète de l'albuminose quand il transforme, par l'action du suc gastrique, les aliments azotés en ce produit. (Commissaires : MM. Dumas, Pelouze, Rayer.)

Chloroforme. — M. S. Vinci adresse un mémoire sur les avantages de l'application du chloroforme comme agent anesthésique à la pratique de la lithotritie chez les enfants. (Renvoi à l'examen des commissaires désignés à l'époque de la première présentation : MM. Flourens, Velpeau, Civiale.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

RAPPORT DE M. FOLLIN (1).

M. Coste, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Marseille, professeur de clinique externe à l'Ecole de médecine de cette ville, a adressé à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant une observation remarquable au point de vue opératoire.

Je viens aujourd'hui vous rendre compte de ce fait, au nom d'une commission composée de MM. Gosselin, Maisonneuve et moi.

Voici en quelques mots le résumé de cette observation, qui montre dans tout son jour l'habileté avec laquelle M. Coste a su se tirer d'un des cas les plus embarrassants de la chirurgie opératoire.

Une femme, âgée de trente ans, vint à l'Hôtel-Dieu de Marseille pour se faire opérer d'une tumeur qui remplissait tout le creux axillaire, mais faisait surtout saillie en avant, où elle repoussait les muscles pectoraux en s'élevant jusqu'à la clavicule. M. Coste crut reconnaître, d'après quelques signes contestables peut-être, l'existence d'une production encéphaloïde, et, sans se dissimuler aucune des difficultés opératoires, il se décida à en débarrasser la malade.

Cette tumeur fut mise à découvert par une grande incision courbe à convexité antérieure, partant de l'apophyse coracoïde pour atteindre le bord postérieur de l'aisselle. Après la section complète du grand pectoral et la ligature des artères thoraciques divisées dans ce temps de l'opération, on vit le petit pectoral s'étaler sur la portion interne de la tumeur. On coupa largement ce muscle en ayant grand soin de respecter la veine céphalique dans l'angle supérieur de l'incision. La tumeur mise à découvert, M. Coste s'aperçut que le paquet des vaisseaux et des nerfs axillaires, au lieu d'être rejeté en arrière, passait au-devant de la masse morbide. Notre habile confrère ne s'arrêta point devant cette grave complication, et, à l'aide des doigts, d'une pince à disséquer et d'une spatule, il parvint à isoler les tissus malades des tissus sains. Dans cette manœuvre hardie, le tronc artériel et les cordons nerveux de l'aisselle furent soigneusement épargnés; mais la veine axillaire, aplatie et cachée aux yeux de l'observateur, fut incisée et dut être liée à ses deux bouts.

La tumeur, isolée de toutes parts, ne pouvait être facilement dégagée du faisceau artériel et nerveux qui la bridait en avant. C'est alors que M. Coste eut recours à un procédé que notre confrère M. Chassaignac a décrit dès 1833 dans les *Bulletins de la Société anatomique*, et qui depuis l'opération du chirurgien de Marseille a été porté devant l'Académie des sciences par un des membres de cette commission sous le nom de méthode par morcellement.

Ainsi M. Coste, convaincu qu'il ne pourrait faire basculer la tumeur entière au-dessus ni au-dessous de l'artère, imagina pour faciliter son élimination de la couper en deux. Voici comment fut exécuté ce temps de l'opération :

Un aide souleva avec un crochet mousse l'artère et les nerfs, tandis qu'on attirait en bas avec une pince de Museux l'extrémité inférieure de la tumeur. Cette double manœuvre exécutée, M. Coste trancha en rasant l'artère et les nerfs tout ce qui dépassait inférieurement ces parties. Il fut alors facile d'enlever le segment supérieur de la tumeur en le faisant basculer au-dessus du faisceau artériel et nerveux. La fin de cette opération n'offrit plus rien qui mérite de vous être signalé. Aucun accident ne vint troubler la guérison : les trois quarts de la plaie se réunirent par première intention; le reste donna lieu à une suppuration de bonne nature, et le douzième jour la malade pouvait se lever et marcher seule; au bout d'un mois et demi environ, la cicatrisation était complète, et l'opérée quittait l'Hôtel-Dieu en ne conservant point d'œdème du membre supérieur, mais seulement un peu de roideur de l'épaule.

En vous communiquant les détails de cette opération, M. Coste insiste principalement sur trois points dignes de remarques :

1° La position exceptionnelle des vaisseaux et des nerfs;

2° La section et la ligature de la veine axillaire, qui ne furent suivies d'aucun résultat fâcheux;

3° Le mode opératoire qui lui a permis d'enlever cette tumeur profonde en la divisant en deux portions.

Votre rapporteur se plaît à reconnaître que la position des vaisseaux et des nerfs axillaires a suscité ici de grandes difficultés, et il pense, avec M. Coste, que la blessure de la veine axillaire est dans ce cas un de ces accidents imprévus dont sont victimes les opérateurs les plus habiles; mais il ne saurait plus s'accorder avec lui sur d'autres points. Et d'abord, est-il bien établi que la veine axillaire ait été lésée? Nous manquons de renseignements suffisants pour l'affirmer ou le nier, et l'absence d'œdème dans le membre supérieur doit, malgré l'explication qu'en donne notre habile confrère, laisser quelques doutes dans l'esprit. On sait d'ailleurs quel volume atteignent autour des tumeurs certains troncs veineux secondaires, et personne n'ignore combien il est difficile de préciser alors l'espèce de vaisseau lésé. Ainsi, nous avouons conserver quelques doutes sur une lésion de la veine principale de l'aisselle. Mais, quoi qu'il en soit, nous approuvons M. Coste pour la conduite qu'il a tenue. La ligature des veines dans les plaies n'a peut-être pas tous les inconvénients qu'on a supposés; nous l'avons pratiquée dans une amputation de cuisse, dans une désarticulation de l'épaule et dans une amputation de jambe sans aucun accident, car les trois malades ont guéri.

Vient enfin le morcellement de la tumeur, que M. Coste a mis en pratique. Ce procédé était déjà dans la chirurgie lorsque notre confrère de Marseille en a fait usage. Il ne l'ignorait pas, sans doute, car il n'en parle point comme d'une idée qui lui est propre; mais il est juste de rappeler que M. Coste ne peut avoir ici aucune prétention à la priorité.

Quoi qu'il en soit de ces remarques, le fait que je viens de rappeler sommairement devant vous est un fait opératoire brillant qui mérite de ne point être oublié et qui recommande notre confrère aux suffrages de la Société. Si nous ajoutons à cela que M. Coste a déjà publié plusieurs travaux intéressants, parmi lesquels nous citerons des procédés opératoires pour la cure radicale de la hernie inguinale, pour le bec-de-lièvre, et un *Manuel d'anatomie* qui résume les faits d'une manière exacte et concise; si nous vous rappelons encore que M. Coste est chirurgien justement estimé d'un des grands hôpitaux de province, et professeur à l'Ecole secondaire de Marseille, vous voudrez bien, messieurs, prendre en considération ce que vient vous proposer votre commission.

— La discussion s'engage sur ce rapport.

M. Chassaignac. M. Follin ayant parlé de plusieurs ligatures de veines qu'il avait pratiquées, il voudrait avoir sur ce point plus de renseignements. Cette opération, en effet, est réputée fort grave, et l'on ne possède que fort peu de faits pour l'apprécier.

M. Michon. La ligature des veines n'est presque jamais une opération isolée, mais elle est fort commune dans la pratique générale des opérations, c'est, appliqué au système veineux, un moyen hémostatique ultime que tout le monde a employé, et sans hésitation. A la vérité, on n'a pas compté les résultats ni fait dans la somme des accidents ultérieurs la part qui lui revient.

M. Larrey. La ligature des veines dans les opérations est rare aujourd'hui. Cependant elle est usuelle dans la chirurgie vétérinaire. Larrey père ne pratiquait presque jamais une amputation de la cuisse sans y avoir recours, et Lacauchie a traité cette question dans un travail peu répandu.

M. Chassaignac. En appréciant le pronostic de la ligature des veines, il faut tenir grand compte du point où elle est faite. Dupuytren considérait la ligature de l'artère fémorale comme moins grave que celle de la veine correspondante à sa partie supérieure. Suivant lui, l'absence d'anastomoses entre ce vaisseau et les veines supérieures au-dessus de l'embouchure de la saphène interne exposait à la gangrène du membre et aux accidents les plus formidables. Il citait pour preuve un jeune horloger chez lequel la gangrène du membre inférieur fut imminente, et qui courut les plus grands dangers. M. Chassaignac partage ces craintes.

M. Verneuil proteste de toutes ses forces contre cette singulière erreur anatomique qui enseigne l'absence d'anastomoses entre la partie supérieure de la fémorale et les veines pelviennes; c'est là certainement une assertion qu'on ne s'est point donné la peine de vérifier à l'amphithéâtre. Si, en effet, on lie le vaisseau veineux au niveau de l'arcade crurale et qu'on pousse une injection de bas en haut par les veines crurale, poplitée ou jambières, on voit le liquide revenir dans les iliaques par de grosses branches qui se jettent dans les veines obturatrices, ischiatiques, etc. M. Verneuil déjà dans sa thèse de concours avait relevé cette erreur; M. Richet depuis est arrivé au même résultat. La réfutation est d'autant plus urgente que la croyance en question paraît avoir enfanté un déplorable précepte qui se trouve invariablement reproduit sans commentaires ni critiques dans les traités de chirurgie et de médecine opératoire; ce précepte consiste, dans les cas de blessure de la veine fémorale à sa partie supérieure, à lier l'artère fémorale au même niveau pour empêcher, dit-on, que le sang amené par l'artère n'engorge le membre privé de la circulation veineuse par cette prétendue absence de voies collatérales qui résulte de l'occlusion de la veine principale et n'amène la gangrène.

C'est à M. Gensoul (de Lyon) que reviendrait cette idée; mais on ne possède que fort peu de détails sur le fait. Toujours est-il que cette pratique a été suivie dans ces derniers temps encore par un chirurgien anglais. Trois fois on a lié l'artère fémorale pour une plaie de la veine; trois fois les malades ont succombé. Ce qui parut justifier l'*à priori* qui avait fait imaginer cette méthode, c'est que le membre ne se gangréna pas; ceci n'est pas surprenant, car si l'on s'en rapporte aux recherches de M. Cruveilhier sur les oblitérations veineuses, jamais on n'a observé la gangrène à la suite de l'occlusion pure et simple d'une veine, si volumineuse qu'elle soit, et sans en excepter les veines caves.

M. Chassaignac n'a nullement voulu soutenir ni l'erreur anatomique, ni la pratique que M. Verneuil vient de combattre; il a seulement voulu insister sur l'extrême gravité de la plaie de la veine fémorale à la partie supérieure.

M. Deguise. L'absence d'œdème du bras a fait penser à M. Follin que la veine n'avait peut-être pas été liée dans l'opération de M. Coste. Or ce signe n'est pas constant, et il peut très bien faire défaut. M. Deguise cite un cas de ligature d'artère fémorale dans lequel la veine fut blessée; il fallut la lier, il n'y eut nulle trace d'œdème.

M. Follin a déjà fait la ligature des veines plusieurs fois après les amputations; il attend d'avoir un plus grand nombre de faits pour publier les résultats qu'il a obtenus. Il termine le rapport par les conclusions suivantes :

1° Déposer aux archives le travail de M. Coste;

2° Nommer ce chirurgien membre correspondant de la Société de chirurgie.

La première conclusion est adoptée. Le scrutin est ouvert; M. Coste ayant obtenu la majorité des voix, est nommé membre correspondant.

(1) Ce rapport a été lu à la séance du 17 octobre. — Voir notre numéro du 30 octobre.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La Faculté ouvrira ses cours d'hiver le vendredi 16 novembre; ils continueront à avoir lieu dans l'ordre suivant :

CÔURS.	PROFESSEURS.	JOURS.	HEURES.
Anatomie.	Denonvilliers.	Mardi, jeudi, samedi.	A 4 h.
Physiologie.	Bérard.	Lundi, mercr., vendr.	A midi.
Pharmacie.	Soubeiran.	Lundi, mercr., vendr.	A 10 h. 3/4.
Chimie médicale.	Wurtz.	Mardi, jeudi, samedi.	A 10 h. 1/2.
Médecine légale.	Adelon.	Mardi, jeudi, samedi.	A midi.
Pathologie médicale.	Natalis Guillot.	Lundi, mercr., vendr.	A 2 h.
Pathologie chirurgicale.	Gerdy.	Lundi, mercr., vendr.	A 3 h.
Pathol. et thérap. génér.	Andral.	Mardi, jeudi, samedi.	A 3 h.
Opérations et appareils.	Malgaigne.	Lundi, mercr., vendr.	A 4 h.
Clinique médicale	Bouillaud. Piorry.	à la Charité.	Tous les jours, de 6 à 10 h. du matin.
	Rostan. Trousseau.	à l'Hôtel-Dieu.	
Clinique chirurgicale.	Laugier. Jobert, de Lamballe		
	Velpeau.	à la Charité.	
	Nélaton.	à l'hôp. de la Faculté.	
Clinique d'accouchements.	Paul Dubois.	à l'hôp. de la Faculté.	

— Par arrêté du 25 octobre, M. Bernard, professeur adjoint de physique au lycée impérial de Bordeaux, est chargé du cours de physique à la Faculté des sciences de Clermont.

— Par arrêté du 27 octobre, M. Freyss a été nommé préparateur de physique à la Faculté des sciences de Strasbourg, en remplacement de M. Schneider.

— Les hôpitaux de Montpellier continuent à recevoir de nombreux malades et blessés évacués de l'armée d'Orient. L'hôpital de la citadelle à lui seul en a reçu près de cinq cents dans la deuxième quinzaine d'octobre. Hâtons-nous d'ajouter que la plupart de ces malades se rétablissent assez vite, et font d'ordinaire un court séjour dans les hôpitaux.

— Le choléra ne règne plus à l'état épidémique sur aucun point des deux départements de l'Alsace. Il y a encore par ci, par là quelques cas sporadiques. Ainsi, à l'hôpital de Strasbourg, on a traité, depuis le commencement du mois d'octobre, deux cas, l'un venu de la ville, l'autre de la colonie agricole d'Ostwald; le premier a été mortel.

— Depuis le dernier bulletin que nous avons donné, la santé publique s'est notablement améliorée à Madrid; le choléra y a même presque complétement disparu sous l'influence d'une température remarquablement froide pour la saison. La décroissance de l'épidémie a suivi de près la chute de neige qui blanchit en ce moment toutes les montagnes des environs.

— Le docteur Azeredo (de la Faculté d'Edimbourg), ancien médecin du roi Jean VI, plus tard de l'empereur don Pedro I[er], et enfin de l'empereur actuel du Brésil don Pedro II, vient de succomber à Rio-Janeiro, à une apoplexie foudroyante. Il était âgé de quatre-vingt-dix ans.

— La prochaine séance de la Société médicale du 12e arrondissement aura lieu demain mercredi 7 novembre, à 8 heures du soir, à la mairie de l'arrondissement. Ordre du jour :

1° *Y a-t-il deux virus chancreux? Qu'est-ce que le chancre induré?* par M. Auzias-Turenne;

2° *Du cathétérisme*, par M. Caudmont.

Les membres des autres sociétés médicales sont invités aux séances.

— M. Guersant, chirurgien de l'hôpital des Enfants, commencera son cours clinique sur les maladies chirurgicales des enfants le 8 novembre. Visites tous les jours à huit heures; tous les jeudis, visites, leçons et opérations de huit à dix heures.

— Erratum. — La sentimentale interjection contenue dans l'alinéa final du dernier feuilleton de la *Gazette* appartient au *compositeur*, et non à l'auteur de l'article. C.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Mignot, né le 1er novembre 1828 à Fère-en-Tardenois (Aisne); *Du catarrhe utéro-vaginal ou de la leucorrhée.*

Pétel, né le 24 octobre 1830 au Ferré (Ille-et-Vilaine); *De la rupture artificielle de la poche des eaux, considérée surtout comme moyen de hâter l'accouchement.*

Prieur, né à Moulins (Allier); *De l'emploi de l'ergot de seigle dans les accouchements.*

Laborie, né le 20 mai 1830 à Maurs (Cantal); *Des abcès du sein.*

Henri, né à Montereau (Seine-et-Marne); *Du sommeil et de la vie latente.*

Guérin, né le 7 décembre 1830 au Vans (Ardèche); *Symptomatologie d'une épidémie de scorbut observée au Val-de-Grâce.*

Leplé, né à Darnetal (Seine-Inférieure); *Propositions sur les connaissances médicales.*

Mercadier, né le 1er décembre 1829 à Recoul-Prévinquières (Aveyron); *Essai sur la fréquence, les formes, les causes de la phthisie dans l'armée.*

Révial, né à Autun (Saône-et-Loire); *Des convulsions des enfants.*

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

 N° 130. — JEUDI 8 NOVEMBRE 1855.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 7 NOVEMBRE 1855.

Séance de l'Académie de Médecine.

On avait annoncé que la médecine vétérinaire devait intervenir dans la discussion sur le séton. Cette intervention était d'autant plus désirable que les vétérinaires, faisant un très grand usage de cet exutoire, devaient être mieux à même que les médecins d'apprécier la valeur réelle de ce puissant agent thérapeutique. Notre attente n'a point été trompée. M. H. Bouley est monté à la tribune, et dans une improvisation pleine de clarté, d'ordre, de sens et de savoir, il a exposé les services que rend journellement le séton dans la pratique vétérinaire. Nous n'analyserons pas ici ce discours substantiel ; nous le reproduisons à peu près textuellement au compte rendu. On y trouvera des faits nombreux et péremptoires en faveur de l'efficacité du séton, et des déductions pratiques dont la médecine humaine elle-même pourrait tirer un utile profit.

M. Aran a communiqué un fait extrêmement intéressant de ponction et d'injection iodée dans le péricarde, suivi de guérison. Nous publions la relation de ce fait, qui prouve une fois de plus l'efficacité et l'innocuité des injections iodées, dans les conditions même où l'on avait le plus de motifs d'en désirer et d'en redouter tout à la fois l'application.

Après le rapport annuel sur les épidémies, dévolu cette fois au zèle de M. Barth, l'Académie s'est formée en comité secret pour entendre la suite des rapports sur les prix.

Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. PIORRY.

Leçons cliniques sur les gastropathies.

(Recueillies par M. Frédéric DURIAU, aide de clinique.)

Si l'on parcourt les annales de la science, il n'est pas sans intérêt d'examiner comment on a interprété les souffrances de l'estomac. Sans remonter bien haut dans l'échelle des temps, on voit Pinel admettre l'embarras gastrique, et la dyspepsie se trouve reléguée parmi les névroses. La dyspepsie, ou *mauvaise digestion*, est encore considérée par quelques médecins comme une unité morbide ; on en recherche les causes, on en indique le traitement sans attacher d'importance aux conditions qui facilitent la digestion, c'est-à-dire à la sécrétion des différentes glandes annexées au tube digestif, à l'exercice régulier de la circulation et de l'innervation de l'estomac. Cependant, que l'un de ces phénomènes ne vienne pas à se produire suivant son rhythme normal ; que les liquides de l'estomac soient sécrétés en trop grande quantité, qu'ils soient altérés dans leur nature, la digestion sera troublée ou ne pourra plus s'opérer. Ces différentes circonstances constituent donc autant d'états organopathiques bien distincts, et, quoiqu'ils se rapprochent souvent les uns des autres par les manifestations symptomatiques, ils méritent d'être étudiés isolément, puisque le traitement varie suivant la cause productrice de tous ces troubles.

Telle n'était pourtant pas l'opinion de Broussais, qui considérait presque toutes les douleurs d'estomac comme la conséquence d'une gastrite. Ayant souvent rencontré la membrane muqueuse stomacale rouge et injectée, l'auteur de l'*Histoire des phlegmasies chroniques* en avait déduit que la gastrite se manifeste dans une infinité de cas. Généralisant cette idée, il avait retrouvé partout l'inflammation, dans laquelle il avait fait rentrer le tubercule et le cancer : de là cette thérapeutique antiphlogistique si longtemps en usage.

Plus tard, sans préjuger sur la cause du mal, on a admis la gastralgie, qui détrôna la gastrite ; et M. Barras, transformant en unité morbide ce qui n'était qu'un symptôme, rangea parmi les névroses la gastralgie ou douleur d'estomac. Différentes causes peuvent pourtant donner naissance aux douleurs d'estomac : telles sont principalement un coup porté sur la région épigastrique ; l'ingestion d'une eau trop chaude ou trop froide, d'alcool, de vinaigre ; la présence d'acides énergiques, tels que l'acide chlorhydrique ou lactique, de poisons en faible proportion ; l'accumulation de la bile dans ce viscère ; des gaz peuvent encore déterminer des douleurs d'estomac, qu'ils soient le produit de la digestion ou qu'ils y aient été amenés par déglutition ; enfin l'hystérie est aussi une cause des souffrances de l'estomac.

Loin donc de pouvoir confondre sous une seule et même dénomination les troubles qui sont la conséquence de ces différentes causes, on conçoit, d'après cette simple énumération, combien est complexe l'étude des douleurs gastriques. Aussi ne doit-on pas admettre la gastralgie comme une maladie, et ne doit-on pas rechercher un traitement qui puisse être appliqué à la souffrance de l'estomac existant chez l'homme vigoureux qui a trop mangé, ou chez la femme nerveuse, ou encore chez celui qui aura ingéré quelque substance toxique. Passant successivement en revue les états qui peuvent s'accompagner de douleurs d'estomac, et marchant du simple au composé, nous essayerons de préciser les conditions hygiéniques et les agents thérapeutiques auxquels il faut recourir dans ces différents cas. (Voir Piorry, *Traité de médecine pratique*, tome V, du n° 7407 à 8286.)

1° *Traumagastrie* (lésion traumatique de l'estomac). — Lorsqu'un coup est porté sur l'estomac, il détermine souvent une douleur dans la partie qui a été frappée. La contusion de l'estomac, c'est la lésion la plus simple qui puisse survenir en pareille circonstance ; mais aussi, et c'est le cas le plus fréquent, la douleur, quoique siégeant au creux épigastrique, n'est pas l'indice d'une souffrance de l'estomac. Le plessimétrisme démontre souvent alors que le coup a porté sur le lobe gauche du foie, et, s'il y a eu traumagastrie, qu'il existe en même temps une traumahépathie, affection peu grave et qui cède rapidement à une émission sanguine. Le repos de l'estomac, c'est-à-dire la diète, suffira pour faire disparaître cette douleur lorsqu'elle coïncide avec une contusion de ce viscère. En effet, dit M. Piorry, presque toutes les lésions traumatiques, et qui n'ont pas pour cause la présence d'un agent physique qui les entretient après les avoir produites, guérissent le plus souvent par l'action spontanée de l'organisme, que l'on a individualisée sous le nom vague de nature.

Bien que ces lésions traumatiques de l'estomac ne soient en général que des affections bénignes, quelquefois cependant il se manifeste des vomissements d'aliments ou de sang à la suite d'une violence extérieure. Une femme, longtemps couchée au n° 8 de la salle Sainte-Anne, présenta en effet ces symptômes. Accolée contre un mur, elle fut frappée au creux de l'estomac par un timon de voiture ; il survint immédiatement une gastrorrhagie abondante. Ces cas sont rares, il est vrai, mais ils n'en méritent pas moins de fixer l'attention. Il serait inutile d'insister ici sur les caractères différentiels de la pneumorrhagie et de la gastrorrhagie ; le siége de la douleur, l'examen plessimétrique de la région ne permettraient aucun doute sur la cause d'une semblable hémorrhagie ; l'auscultation démontrerait d'ailleurs que les organes de la respiration ne sont le siége d'aucune souffrance. La diète absolue est de rigueur dans toute gastrorrhagie, car le travail de la digestion déterminant un afflux considérable de sang vers l'estomac, favoriserait le retour du mal. En même temps on fera usage de boissons froides, glacées et légèrement styptiques, telles que les limonades acides.

2° *Compression de l'estomac.* — Il n'est pas rare de rencontrer des personnes qui se plaignent de digestions difficiles, constamment accompagnées de douleurs à l'épigastre, et cependant l'examen anatomique des organes ne peut toujours donner l'explication de ces souffrances. Tantôt il s'agit de compression exercée sur l'estomac par un corset trop serré ou une ceinture de pantalon trop étroite ; tantôt, au contraire, une condition organique vient, pendant le travail de la digestion, gêner l'ampliation de ce viscère ; ainsi, un développement exagéré du foie ou une déviation de la colonne vertébrale produisent des effets du même genre. Un cas que nous avons observé se rattache à cette dernière catégorie : c'était une femme dont le rachis était tellement incurvé, que le rebord costal touchait l'os des îles, et l'abdomen au lieu de s'être développé aux dépens des parois musculaires, comme on eût pu le présumer, était tellement petit, qu'il ne semblait pas pouvoir renfermer le quart des viscères. Les digestions étaient très lentes, laborieuses, fréquemment accompagnées de vomissements, et cette femme accusait de violentes douleurs d'estomac.

L'indication thérapeutique est évidente dans tous ces cas ; il faut enlever, s'il y a moyen, les circonstances physiques qui compriment l'estomac. On élargira la ceinture du pantalon, on ne permettra pas un corset trop étroit. Quand les douleurs d'estomac sont dues à une déviation du rachis, on prend soin de ne pas ingérer de trop grandes quantités d'aliments ; on prescrit en même temps une nourriture substantielle. Ces précautions, mises en usage dans le cas précédent, ont amené la guérison de la malade.

Lorsque le foie, trop volumineux, exerce sur l'estomac une compression mécanique, les repas seront fréquents, mais peu abondants, tandis qu'on cherchera à remédier à l'état morbide de la glande hépatique, si tant est qu'il ne soit pas au-dessus des ressources de l'art.

3° *Brômogastrie* (souffrance de l'estomac déterminée par les aliments). — Si nos organes souffrent par le défaut des excitants physiologiques, on ne saurait non plus méconnaître combien il faut redouter l'exagération de ces agents. Or, sans entrer dans un examen très détaillé des désordres qu'occasionnera une accumulation trop considérable d'aliments dans l'estomac, et qui peuvent avoir pour résultat une gastrite franche, on est conduit à observer ce qui se passe lorsqu'un individu se plaint de maux d'estomac immédiatement après un repas copieux. Assez fréquentes chez les gros mangeurs, ces douleurs s'accompagnent d'un malaise général, de dyspnée et de sueurs assez abondantes. La percussion constate alors que l'estomac est distendu énormément, et le bruit hydraérique, aussi bien que la matité, se rencontrent dans toute l'étendue que ce viscère occupe. On ne pourrait d'ailleurs considérer cette souffrance comme la conséquence d'une compression exercée sur l'estomac par le foie hypérémié pendant la digestion. Il résulte, en effet, d'expériences nombreuses auxquelles s'est livré M. Piorry, que le foie, examiné avant la digestion stomacale et vers la fin de ce travail, ne varie point de volume, et que ses dimensions n'augmentent à la suite de la stimulation exercée par les aliments qu'au moment où ceux-ci pénètrent dans le duodénum. C'est donc l'accumulation des aliments qui seule est la cause de ces douleurs d'estomac, et dès qu'on parvient à vider ce viscère la souffrance a disparu ; aussi convient-il de recourir aux vomitifs et à une infusion de thé pour dissiper des accidents qui effrayent souvent bien des personnes. Suivre les lois de la sobriété est ici le moyen préservatif par excellence.

4° *Scorentérasie* (accumulation de fèces dans l'intestin). — De même que la digestion souffre d'une ingestion trop considérable d'aliments dans l'estomac, de même l'accumulation prolongée des fèces dans l'intestin peut gêner ce travail physiologique. C'est par la perte d'appétit, des douleurs d'estomac, quelquefois des crampes et des digestions très difficiles que se traduit alors le trouble de la digestion. En vain chercherait-on ailleurs la cause de cette souffrance ; la percussion pratiquée sur le creux épigastrique ne donne que de la sonorité, tandis qu'on rencontre de la matité ou du bruit hydraérique dans toute l'étendue du côlon ou de l'intestin grêle. C'est qu'en effet on ne peut tenir assez de compte de cette accumulation de fèces, qui donnent naissance à une sorte de fermentation putride ; il se développe alors des gaz en quantité assez considérable, et le tube digestif ainsi distendu ne permet plus à l'estomac d'exécuter les mouvements d'ampliation nécessaires à l'exercice régulier de sa fonction.

L'indication des purgatifs, surtout en lavements, est ici trop manifeste pour qu'on insiste davantage sur ce point.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. ARAN.

Observation de péricardite avec épanchement traitée avec succès par la ponction et l'injection iodée.

Cette observation est un exemple, probablement unique dans la science, de péricardite avec abondant épanchement traitée avec succès par la ponction et l'injection iodée. N'aurait-elle pour conséquence que de mettre hors de doute l'innocuité des injections iodées pratiquées dans le péricarde, c'est-à-dire dans la cavité séreuse que la chirurgie a attaquée jusqu'ici avec le plus de réserve, elle offrirait déjà un certain intérêt. On sait, en effet, que, tandis que l'iode a été injecté, sinon avec des succès constants, au moins sans danger, dans la plupart des membranes séreuses, péritoine, plèvre, arachnoïde cérébrale et spinale, cavités articulaires, le péricarde a été respecté. Eh bien ! l'observation suivante montre que les craintes qui ont empêché jusqu'ici de recourir à ces injections pour le péricarde, comme on l'a fait pour les autres membranes séreuses, ne sont nullement fondées. L'iode peut donc être injecté sans danger dans le péricarde, les épanchements péricardiaques peuvent être traités par les injections iodées comme les

épanchements des articulations, de la plèvre, du péritoine. Ainsi se trouvent vérifiées les prévisions de l'illustre chirurgien qui a attaché son nom à la méthode des injections iodées, M. le professeur Velpeau, qui n'a pas hésité dès l'abord à comprendre le péricarde parmi les membranes séreuses susceptibles d'être traitées par les injections iodées.

Mais cette observation me paraît offrir un intérêt plus grand encore au point de vue de l'opération elle-même. Regardée jusqu'à ce jour comme une opération hasardeuse, la ponction du péricarde me paraît au contraire, avec les précautions que l'expérience m'a fournies, pouvoir être pratiquée non seulement sans danger, mais encore avec autant de simplicité et de facilité que les ponctions du thorax et de l'abdomen. C'est là ce que je désire surtout démontrer.

Le malade qui fait le sujet de cette observation est un jeune homme de vingt-trois à vingt-quatre ans, fondeur en métaux. D'une constitution assez chétive et assez délicate, ce malade n'a jamais eu en sa vie d'autre affection grave qu'une pleurésie du côté gauche avec épanchement abondant, pleurésie pour laquelle il est resté un mois dans mon service à la fin de l'année 1854. Sorti de l'hôpital Saint-Antoine en assez bon état le 24 novembre dernier, il s'est aperçu un mois après d'une douleur vers la troisième ou quatrième fausse côte gauche, avec un peu d'oppression et quelques palpitations de cœur en travaillant. Cette douleur a persisté jusqu'à la belle saison; les chaleurs en ont fait justice. Ce jeune homme se trouvait par conséquent assez bien portant, lorsque, vers le milieu de juillet dernier, il a été pris de fièvre, de céphalalgie, de courbature, mais surtout de douleur au-dessus du mamelon gauche, de palpitations de cœur et de dyspnée.

A son entrée dans mon service le 27 juillet, il ne pouvait y avoir de doutes sur l'existence d'une péricardite avec abondant épanchement. D'une part, le malade était en proie à un état fébrile très violent (chaleur vive à la peau, céphalalgie, soif vive, 116 pulsations); de l'autre, les signes locaux étaient des plus caractéristiques : douleurs lancinantes dans le quatrième et le cinquième espace intercostal gauche en avant, augmentant par la pression; sensibilité également très vive à l'épigastre sous la pression de la main; matité précordiale considérablement augmentée, commençant supérieurement au-dessus de la troisième côte, s'étendant en dedans jusqu'à la ligne synchondro-sternale droite, mesurant enfin 12 centimètres verticalement et 14 centimètres transversalement; impulsion du cœur très difficile à percevoir, bruits du cœur sourds et éloignés.

La constitution chétive de ce malade, l'époque déjà ancienne à laquelle avaient probablement commencé les accidents du côté du cœur ne m'encourageaient pas à employer chez lui un traitement antiphlogistique bien énergique; il avait d'ailleurs du dévoiement depuis huit jours, et l'état un peu douteux de la poitrine, dans laquelle l'oreille percevait, principalement du côté gauche, des râles sibilants disséminés, ne m'engageait pas davantage à faire usage des émissions sanguines d'une manière un peu large. Je m'en tins donc à l'application de six ventouses scarifiées le premier jour, à l'administration du calomel à petites doses à l'intérieur, et, dans le but de hâter la salivation, je prescrivis des frictions mercurielles trois fois par jour sur la partie antérieure de la poitrine.

Cette médication n'eut aucun succès; vainement je la fis aider par l'application successive de deux larges vésicatoires volants sur la région précordiale. Non-seulement les accidents ne furent pas arrêtés; mais l'épanchement faisait tous les jours des progrès, et avec lui la gêne de la respiration et de la circulation. Trois jours ne s'étaient pas écoulés que le pouls devenait faible, irrégulier, inégal et extrêmement fréquent; il y eut même un moment où le pouls était en discordance complète avec les bruits du cœur perçus à la région précordiale. Je continuai les mercuriaux avec persévérance; mais à peine si je parvins à influencer légèrement les gencives.

Le caractère de plus en plus menaçant des accidents me mit bientôt dans la nécessité de prendre un parti.

Le 7 août dernier, à la visite du matin, j'appris que la journée de la veille et la nuit précédente avaient été affreuses; le malade avait failli suffoquer, et avait passé la nuit assis dans son lit. Il avait 40 respirations, et le pouls, irrégulier, intermittent, inégal, extrêmement faible, donnait 120 pulsations à la minute. Cette gêne de la circulation et de la respiration n'était que trop expliquée par les signes locaux : la matité s'était étendue en dehors et à droite du sternum de 4 centimètres, et mesurait de 14 à 16 centimètres dans le sens transversal, 12 centimètres dans le sens vertical; silence complet des bruits du cœur inférieurement; absence d'impulsion; refoulement du foie de haut en bas à gauche et sur la ligne médiane.

Que faire?

Continuer les mêmes moyens, mais leur insuccès était certain.

Recourir à l'emploi des antiphlogistiques; mais la faiblesse du malade constituait une contre-indication formelle; et d'ailleurs, il fallait apporter à son état un soulagement immédiat, sous peine de le voir périr en quelques heures.

Je me décidai à ponctionner le péricarde.

Mais ici nouvelles difficultés. J'avais le choix entre trois procédés : celui de Riolan, qui consiste à pénétrer dans le péricarde à travers le sternum en trépanant cet os; le procédé de Larrey, dans lequel on enfonce le trocart de bas en haut et de droite à gauche dans l'espace compris entre l'appendice xyphoïde et les fausses côtes gauches, en pénétrant par la partie inférieure du péricarde; et le procédé, attribué à tort à Sénac, qui consiste à pénétrer à travers le quatrième ou le cinquième espace intercostal au moyen d'un trocart jusque dans la cavité du péricarde. Je me décidai pour ce dernier, qui a été mis en usage avec succès par M. Jobert (de Lamballe) dans un fait publié il y a deux ans par MM. Trousseau et Lasègue. Je n'étais cependant pas sans inquiétude sur le résultat d'une ponction pratiquée avec un trocart ordinaire, et, dans le but de prévenir un malheur possible, je substituai, comme je l'ai déjà fait avec succès pour les ponctions des kystes hydatiques du foie, je substituai, dis-je, un trocart capillaire au trocart ordinaire. De cette manière, je me sentais plus fort, convaincu que j'étais qu'une ponction des parois du cœur avec un trocart capillaire ne serait pas suivie d'une hémorrhagie immédiatement mortelle dans le péricarde. Mais n'y avait-il pas moyen de se mettre à l'abri de ce grave accident? C'est ce que je crus pouvoir éviter avec les précautions suivantes :

La circonférence du péricarde fut circonscrite par une série de lignes concentriques de percussion aboutissant vers le cœur des divers points de la poitrine, et la forme de la matité dessinée avec soin, je cherchai avec l'oreille à limiter les zones dans lesquelles le silence des bruits du cœur était complet, celle où ils commençaient à les percevoir et celle où on les entendait d'une manière très nette. Complétement éteints dans la partie inférieure de la matité, reparaissant, mais sourds et éloignés, dans le quatrième espace intercostal en dedans du mamelon, les bruits du cœur laissaient donc une zone assez étendue dans laquelle on pouvait plonger le trocart d'avant en arrière sans courir le risque d'intéresser le cœur. Pour plus de sûreté, je choisis dans le cinquième espace intercostal, à 2 ou 3 centimètres de la limite extrême de la matité, un point au niveau duquel j'excisai la peau avec une lancette, et enfonçant lentement le trocart de dehors en dedans et un peu de bas en haut, j'arrivai en deux temps, après avoir retiré le stylet intérieur une première fois sans voir sortir de liquide, j'arrivai, dis-je, dans le péricarde, et l'écoulement saccadé du liquide dans les premiers instants ne nous laissa aucun doute à cet égard.

Cette ponction avait été faite en moins de temps certainement que je n'en ai mis à la décrire; mais ceux-là seuls qui pratiqueront cette opération pour la première fois comprendront l'anxiété que j'ai éprouvée dans les premiers instants, et la satisfaction très vive, le soulagement extrême que j'ai ressentis en voyant s'échapper le liquide. Nous retirâmes par le trocart environ 850 grammes d'une sérosité rougeâtre, transparente. Le liquide coula d'abord par jets saccadés, puis en bavant; mais le malade nous aidait à évacuer le liquide par des efforts qu'il prolongeait autant que possible, tant le soulagement était marqué. La percussion suivait l'abaissement de la matité à mesure que le liquide coulait, et l'auscultation faisait percevoir les battements du cœur de plus en plus nets, sans frottement; le pouls lui-même devenait plus plein, plus régulier et moins fréquent : de 120 pulsations par minute il était descendu à 96.

J'aurais pu m'en tenir à une simple ponction palliative. Je pensai que je devais tenter davantage pour ce malade, et, fort des succès que j'avais obtenus dans la pleurésie, je pratiquai avec précaution une injection iodée, composée de : eau distillée et teinture d'iode, de chaque 50 grammes; iodure de potassium, 1 gramme.

Je n'étais certainement pas rassuré au sujet de cette injection. Qu'allait-il advenir? Que n'a-t-on pas dit, en effet, de la sensibilité excessive du péricarde? Contre toute attente, l'injection ne fut pas même sentie. Après l'avoir gardée quelques instants dans le péricarde, je laissai sortir quelques grammes de liquide, et je fermai la plaie avec des compresses graduées et un bandage de corps.

Les suites de cette ponction furent des plus simples. Mais le liquide se reproduisit, et en peu de temps le malade avait perdu en grande partie ce qu'il avait gagné à l'opération. La respiration devenait plus gênée, le pouls plus fréquent et irrégulier; la matité, qui avait paru d'abord diminuer, augmenta, surtout dans le sens transversal; voussure très évidente; battements du cœur très profonds. Bref, le 19 août, douze jours après la première ponction, j'en pratiquai une seconde, également dans le cinquième espace, en suivant exactement le même procédé. Je donnai issue ainsi à 1,350 grammes d'un liquide verdâtre, fortement albumineux, rappelant beaucoup la bile par sa coloration. Le liquide coula comme dans la première ponction, par jets saccadés en commençant, et plus tard en bavant. Le malade, soulagé par l'écoulement du liquide, nous aidait par des efforts qu'il nous fallait réprimer, dans la crainte de laisser pénétrer l'air dans le péricarde. Il y pénétra cependant après l'injection iodée, à laquelle nous donnâmes cette fois une plus grande force (eau distillée et teinture d'iode, de chaque 50 grammes; iodure de potassium, 4 grammes), et que nous laissâmes ressortir presque en totalité. Nous pûmes par conséquent constater chez notre malade l'existence de ce signe curieux de l'hydro-pneumo-péricardite dont nous devons la description à M. Bricheteau, d'une espèce de bruit de gargouillement ou de clapotement analogue à celui que fait entendre une pompe lançant dans une même cavité de l'air et de l'eau. La région précordiale était aussi, après l'opération, le siége d'une sonorité tympanique très évidente.

Les suites de cette deuxième ponction furent non moins simples que celles de la première; mais le soulagement fut plus marqué encore. En quelques heures, le bruit de gargouillement et la sonorité tympanique avaient disparu du péricarde. Mais l'épanchement avait commencé à se reproduire dès le soir même de l'opération. Jusqu'au 21 août, la matité paraissait en voie d'extension; le 22, elle resta stationnaire, et à partir du 23 elle commença à diminuer transversalement et par en bas. Bientôt les bruits commencèrent à être perçus, quoique faibles à la pointe du cœur, et à dater du 28 août la matité ne dépassait pas la ligne médiane en dedans, le mamelon en dehors, la troisième côte supérieure.

Malgré cette marche en apparence si favorable de la maladie, ce jeune homme n'était pas au bout des dangers qu'il devait courir. L'affection de poitrine dont il était atteint à son entrée à l'hôpital ne resta pas stationnaire : à mesure que les accidents paraissaient se calmer du côté du cœur, les signes d'une tuberculisation pulmonaire devenaient de plus en plus évidents, principalement dans le poumon gauche, vers lequel nous avions noté dans les premiers temps des signes de phlegmasie. Ce n'est pas tout : vers la fin de septembre, l'œdème se montra autour des malléoles, et les jours suivants l'enflure envahit le scrotum, les membres inférieurs, les parois thoraciques et abdominales.

Grâce à la jeunesse, et probablement grâce aussi à l'emploi des vésicatoires volants appliqués en très grand nombre sur la poitrine, ainsi que des bains de vapeur, l'œdème a complétement disparu depuis la fin d'octobre. Peu à peu également les phénomènes thoraciques ont paru s'amender; les forces sont revenues avec l'appétit; la respiration a repris la liberté, et, sauf la toux, qui persiste encore la nuit, le malade pouvait se croire entièrement guéri d'une affection qui l'avait conduit aux portes du tombeau. Ai-je besoin d'ajouter que les signes physiques de la tuberculisation pulmonaire persistent encore au milieu de l'amendement si remarquable survenu dans l'état général ou local de ce malade?

Dans un travail dont je prépare en ce moment la publication, je me propose d'examiner, d'après les faits qui existent dans la science et d'après quelques observations qui me sont propres, la valeur relative des divers procédés opératoires recommandés pour l'ouverture artificielle du péricarde, en même temps que je m'efforcerai de faire ressortir la sûreté et la facilité d'exécution du procédé que je propose, et que j'ai mis en pratique chez le malade de l'observation précédente. Mais je n'ai pas voulu tarder plus longtemps à publier un fait qui témoigne aussi hautement en faveur de la ponction du péricarde et de l'injection iodée dans le cas d'épanchement péricardiaque. Je serai heureux si la publication de ce fait encourage quelques-uns de mes confrères à tenter une opération appelée, dans ma conviction, à sauver la vie de malades presque inévitablement voués sans elle à une mort prochaine, et qui n'offre d'ailleurs, je le répète, ni plus de difficultés, ni plus de dangers dans l'exécution que la ponction du thorax et de l'abdomen.

MALADIES DES YEUX. — M. GUÉPIN (de Nantes).

DES ALTÉRATIONS PATHOLOGIQUES DES MOUVEMENTS DE L'ŒIL; **leurs rapports avec des états anormaux de la vision; leur traitement, insuffisance de nos connaissances actuelles en physiologie.**

C'est règle sage et réellement philosophique de n'admettre comme vérité que ce qui est susceptible d'être vérifié par l'expérience ou l'observation; de ne jamais se payer d'un mot quand il s'agit d'une assertion à vérifier, d'un problème à résoudre. Lorsque, pour la première fois la découverte de Stromeyer fut appliquée en France, j'eus occasion, comme beaucoup d'autres, d'en faire l'application, et bientôt se présentèrent à mon observation des maladies que jusqu'alors je n'avais pas observées, qui étaient peu ou très mal décrites. Je les traitai assez empiriquement par les sections musculaires; elles me réussirent. Je continuai, et aujourd'hui que j'ai pu compléter mes recherches sur la série de ces affections, en voici le résumé, avec tous les doutes que des faits bien observés ont pu faire naître dans mon esprit.

Voici un meunier qui d'un œil voit très peu. Son état est celui-ci :

L'œil malade étant seul ouvert, il ne voit pas se conduire. Les deux yeux ouverts, il voit double, et éprouve des étourdissements quand il fixe les objets. Il ne peut parfaitement se rendre compte de la fausse image. L'œil malade éprouve de la difficulté à se porter en dedans.

Je coupe le droit interne, et, *res miranda!* la guérison est immédiate et complète.

Quelle était la maladie de ce meunier?

Voici deux autres malades. Comme le premier, ils sont meuniers de moulins à vent à l'embouchure de la Loire. Leur état est identiquement le même. La cause de leur maladie m'est inconnue.

La section du droit interne a produit une amélioration immédiate extrêmement notable, et dans les quinze jours la guérison a été complète.

La maladie que nous venons de décrire peut offrir des variétés. En voici une :

Un paysan de Pornic a des maux de tête et devient louche; il ne peut porter que difficilement l'œil en dehors. L'œil louche voit beaucoup moins que l'autre. Avec cet œil seul il voit à se conduire, mais rien de plus. Avec les deux, il éprouve des vertiges aussitôt qu'il fixe son regard. Il ne peut se rendre compte de la position de la fausse image. Il a, du reste, subi plusieurs traitements inutiles; l'un de ses médecins l'a soigné énergiquement, croyant à une affection osseuse.

Le droit interne est coupé. Le malade se croit guéri; mais la double vue existe encore dans un espace angulaire assez peu considérable (30 à 40 degrés au plus). Il repart trois jours plus tard pour Pornic, et son gendre, dix jours après l'opération, m'annonce la guérison complète. La maladie datait d'un mois et demi à deux mois.

Autre variété. — Jean (de Bordeaux), demeurant à Maisdon, près Nantes, est âgé de trente ans. Depuis vingt et un ans il est dans l'état suivant :

L'œil droit voit très mal; cet œil louche en dedans et en haut. Il existe une diplopie presque constante, constante quand l'objet peut être aperçu par les deux yeux. Cette diplopie gêne beaucoup la vision et la trouble.

Je coupe le droit interne, et séance tenante le strabisme disparaît. La diplopie, nulle quand le malade regarde au-dessus de l'axe horizontal des yeux, sensible quand il regarde dans le plan des axes horizontaux, existe encore dans un espace angulaire de 60 degrés quand le malade regarde en bas.

Je coupe le grand oblique, en ménageant les enveloppes fibreuses de l'œil avec le plus grand soin, et toute diplopie cesse. Mais la vision de l'œil opéré ne s'est que peu améliorée; cet œil est menacé de rester amblyopique.

Autre variété. — M[lle] Plouzin (de Varades) m'est présentée, en 1842 ou 1843, par M. Robineau de Bougon, alors député de Maine-et-Loire. Elle a été inutilement traitée par de très habiles confrères, parmi lesquels MM. Mirault (d'Angers) et Bretonneau (de Tours). Or, voici quel était son état :

L'œil droit voit très bien; il n'y a rien à en dire.

Mise en face du jour, M[lle] Plouzin ne voit passer devant son œil gauche ni une main, ni même un chapeau; elle ne peut distinguer avec cet œil la différence de l'obscurité et d'une vive lumière placée devant elle à un mètre de distance.

La pupille de cet œil gauche est aussi sensible que celle de l'œil droit, mais seulement lorsque l'œil droit est soumis à l'action de la lumière. Si je couvre l'œil droit, la pupille du gauche s'élargit et devient immobile.

Je venais de me faire rendre compte des traitements antérieurs, et je désespérais de la guérison, lorsque je m'aperçus que cet œil gauche avait quelque difficulté à se porter en dehors. Je proposai alors, comme dernière ressource, de couper le droit interne.

L'opération, acceptée le lendemain de ma proposition, fut pratiquée sans donner aucun résultat immédiat; mais dès le surlendemain il y avait du mieux, et trois semaines plus tard la guérison était radicale.

CONCLUSION. — 1° La section du droit interne peut suffire à la guérison d'amauroses compliquées de difficulté de porter l'œil en dehors.

2° Cette même section guérit encore l'amblyopie amaurotique avec diplopie compliquée de difficulté de porter l'œil en dehors.

3° Cette même section peut guérir le strabisme simple convergent avec diplopie et tendance amaurotique.

4° La section du droit interne et du grand oblique guérissent la même affection avec strabisme en haut et en dedans.

La quatrième de ces propositions est susceptible de discussions. L'on peut me demander et je me suis demandé moi-même si la section du droit interne n'était pas suffisante dans ce cas.

J'ai vu guérir plusieurs malades chez lesquels j'avais seulement coupé le droit interne; mais cette guérison s'est fait plus attendre que si j'avais coupé en même temps le grand oblique.

Dernièrement, j'ai opéré une jeune personne des environs de Beaupréau, et je ne comptais couper que le droit interne; mais il s'est trouvé que ce muscle présentait par anomalie une expansion allant au grand oblique, je l'ai coupée. Le résultat a été immédiat, sans que j'en puisse rien conclure.

Dans cet ordre, voici le dernier fait que j'ai rencontré:

M. Garineau (de Lorient) présente l'état suivant: Il louche légèrement de l'œil droit en dedans, fortement de l'œil gauche en dedans et en haut; cet œil gauche voit très mal. Je constate qu'il est sensiblement myope; je constate encore une diplopie pour tout l'espace angulaire, dans lequel la vision est possible avec les deux yeux.

Je coupe le droit interne. J'aurais fléchi dans mon opinion, et coupé aussi le grand oblique; mais M. Garineau se trouva indisposé.

Voici quel a été le résultat presque immédiat de l'opération:

L'œil voit mieux; il n'est plus myope, et lit à 0,25 centim. Le strabisme convergent gauche a disparu totalement. La diplopie a cessé entièrement pour les objets vus au-dessus du plan horizontal des yeux; elle a diminué notablement pour ceux qui sont dans ce plan. A droite, cette diplopie n'existe plus, même pour les objets vus en bas, que dans un angle d'environ 10 à 15 degrés. A gauche, cet angle est plus considérable; il peut atteindre 50 degrés.

J'espère que cet état s'améliorera encore. M. Garineau, déjà très satisfait, est reparti pour Lorient et doit m'en écrire.

Passons à des faits plus complexes.

M. Templier (de Machecoul) est frappé d'apoplexie. Son médecin le soigne activement et me l'adresse. Ce négociant, très bien portant par ailleurs, présente alors l'état suivant:

Chute complète de la paupière supérieure droite; difficulté de porter l'œil en dehors, ou plutôt strabisme en dedans et en bas avec immobilité de l'œil, qui ne peut se porter ni en haut ni en bas; pupille peu dilatée, mais peu ou pas mobile; vision très réduite, quand la paupière soulevée avec le doigt, cet œil regarde seul; vision double avec vertiges quand le malade regarde avec les deux yeux.

Je coupe le droit interne, et la guérison a été immédiate. La paupière supérieure seule n'a pas été complètement rétablie dans ses mouvements; mais au bout d'un à deux mois la cure était radicale.

M. Templier était si satisfait du résultat de l'opération, qu'une fois rentré à son hôtel, il est reparti de suite pour Machecoul.

Trois ans plus tard, nouvelle apoplexie, nouveaux accidents consécutifs, mais cette fois à l'autre œil. Comme la première fois, je coupe le droit interne, et le résultat est le même, immédiat, pour le rétablissement de la vision, pour la cessation de la diplopie, pour le retour de la mobilité de la pupille, pour le rétablissement des mouvements en haut, en bas, en dehors; plus lent pour le rétablissement des mouvements de la paupière.

Les phénomènes d'un ordre inverse sont beaucoup plus rares. Je les ai rencontrés dans les proportions d'un contre dix.

Mlle N..., religieuse, occupée d'enseignement, a l'œil gauche dévié en dehors depuis peu par suite de fatigues. Cet œil est plus faible que l'autre; il est plus presbyte. Il y a diplopie chaque fois que Mlle N... regarde en dedans; mais c'est avec quelque peine.

Je coupe le droit externe, et la guérison paraît complète. Je la consolide par huit jours de gymnastique oculaire, en mettant un bandeau sur l'œil *non opéré*.

— Mlle Julienne (de Nort, près Nantes) a été atteinte de conjonctivite, puis de maux de tête. Tout d'un coup son œil droit a présenté l'état suivant, pour lequel son médecin me l'a adressée:

Impossibilité de relever la paupière supérieure. L'œil ne peut se mouvoir en haut, en bas, ni en dedans.

Il est dévié en dehors. La pupille est immobile ou très peu mobile. La paupière soulevée, Mlle Julienne voit mal avec l'œil malade (l'œil droit) employé seul. Cette même paupière soulevée, elle voit double dans toutes les positions où les axes des yeux se rencontrent.

Je coupe le droit externe; le résultat final a été excellent. Voici quel a été le résultat immédiat; la paupière se soulève un peu d'elle-même; l'œil opéré voit beaucoup mieux; la diplopie est diminuée fortement en bas, moins dans le plan horizontal, très peu au-dessus de ce plan. Des mouvements se font en dedans, en bas et en haut; ils sont encore limités, mais très notables.

Ces faits résument tous ceux dans lesquels j'ai pu recourir à l'opération. J'ai échoué plus ou moins deux fois seulement, dans des cas où il y avait difficulté de porter l'œil en dehors; mais ces insuccès ont été la conséquence de la conduite des malades, la gymnastique oculaire de l'œil opéré étant, à mes yeux, la condition *indispensable* d'une bonne cicatrice et la garantie de la guérison.

J'ai rencontré rarement, mais quelquefois, ce cas-ci: l'un des yeux à son axe plus relevé que l'autre; cet œil est plus en haut, mais nullement dévié en dedans. Une seule fois, depuis vingt-six ans que je m'occupe spécialement de maladies oculaires, j'ai trouvé ce cas assez accentué pour exiger une opération: la malade l'a refusée. Il y avait diplopie et réduction de la vision de l'œil que je voulais opérer; il y avait aussi des maux de tête. J'ai employé les moyens suivants: ventouses sèches et scarifiées sur le cou; frictions sur la paupière supérieure avec une pommade contenant de l'extrait de jusquiame, de l'huile d'amandes amères et du calomel.

Trois à quatre semaines de ce traitement ont amené une notable amélioration. Le traitement a été longtemps continué, mais il n'y a pas eu de guérison radicale.

J'ai rencontré, rarement aussi, une diplopie en haut seulement sans strabisme en aucun sens, avec fatigue spéciale d'un œil. Cet état a cédé à de simples ventouses énergiquement appliquées sur le cou. J'ai voulu, dans un cas où les ventouses n'avaient pas suffi, couper le petit oblique. C'était chez une jeune fille assez vigoureuse, très bien portante d'ailleurs; mais elle s'est refusée à cette opération. J'ignore ce qu'elle est devenue.

J'ai rencontré aussi trois fois, une fois à l'état congénital, deux fois à l'état pathologique, l'absence des mouvements de l'œil. Je dis *j'ai*, et cette expression demande une correction. Mon ami M. Rate, officier de santé à Plieuc (Côtes-du-Nord), m'écrivait, en 1832, qu'il venait de rencontrer un petit mendiant qui ne pouvait mouvoir les yeux, et chez lequel cet état était congénital.

Voici le dernier de mes faits pathologiques: un jeune marin de Lorient (M. Lepontois) a les yeux très sensibles à la lumière, et aucun mouvement de leur est possible. Il faut qu'il remue la tête en haut, en bas, en dedans ou en dehors pour regarder de l'une de ces façons. Il a été guéri par des ventouses cruellement appliquées sur le cou et par une pommade au chloroforme, avec laquelle j'ai fait enduire les paupières trois fois par jour, ainsi que le front et les tempes. Le traitement a duré environ quinze jours.

Nota. — Cette pommade au chloroforme m'a paru dans l'espèce bien supérieure à celles que j'avais employées auparavant et dont j'ai signalé ci-dessus la composition.

Ces faits, qui sont *chacun* autant d'exemples choisis, soulèvent de nombreuses questions.

Quelle était la maladie de M. Lepontois? Nous avons réussi à la guérir, pourrions-nous la définir? Non.

Je suppose que ce jeune marin avait contracté dans un dernier voyage à Rio-Janeiro un rhumatisme de tous les muscles de l'œil, et j'ai agi sous l'influence de cette hypothèse. Mais je ne considère pas la guérison obtenue comme une preuve suffisante de la vérification de mon hypothèse.

Ne sommes-nous pas tous un peu trop portés, depuis les expériences de MM. Longet, de Magendie, de Herbert-Mayo, à considérer comme des paralysies nerveuses des affections qui n'en sont pas ou qui, si elles sont des paralysies, tiennent à la paralysie de filets nerveux appartenant à des troncs différents?

Prenant pour exemple cette maladie appelée paralysie de la face, qui affecte le mouvement dans une série de muscles de l'œil, de la face, du cou, de la langue elle-même, et quelque peu la sensibilité dans un grand nombre de circonstances, n'est-il pas évident, comme nous le faisions observer en 1835 (lettre à Ribes, de Montpellier), que cette paralysie n'est pas due à une affection spéciale d'un tronc nerveux que l'on puisse désigner?

Appliquer aux muscles de l'œil le même raisonnement me paraît essentiellement logique. Je crois que tous, moi le premier, et j'en fais mon *meâ culpâ*, nous avons souvent attribué à des paralysies nerveuses de simples affections rhumatismales.

Toutefois, il y a des faits dont l'explication nous échappe.

Notre physiologie actuelle ne me dit nullement pourquoi et comment j'ai guéri Mlle Plourin par la section du droit interne; pourquoi et comment j'ai guéri Mlle Julienne; pourquoi et comment j'ai guéri M. Templier, etc. De là cette conclusion: que sous ce rapport les faits pathologiques sont en avance sur la physiologie. Ces faits complètent les travaux de M. Bonnet (de Lyon) et de Pétrequin sur des questions analogues, et démontrent entre les muscles de l'œil et la vision normale, entre la difficulté des mouvements et l'état anormal de la vision, la diplopie, certaines amblyopies et même l'amaurose complète des rapports de solidarité bien plus considérables qu'on ne les eût pu supposer *à priori*.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 6 novembre 1855. — Présidence de M. JOBERT (de Lamballe).

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet:

Choléra. — 1° Une relation d'épidémie cholérique qui vient de sévir dans plusieurs communes de l'arrondissement de Bayonne, par M. Sylvain Bossoutrot, élève en médecine;

2° Un rapport de M. Cazenave sur la marche et les effets du choléra dans l'asile d'aliénés des Basses-Pyrénées.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Legs fait à l'Académie pour la fondation d'un prix. — M. le secrétaire perpétuel communique un passage du testament de M. Alexandre Fourcault qui lègue à l'Académie la nue propriété de douze actions du chemin de fer de Strasbourg, dans le but de fonder un prix perpétuel à décerner tous les cinq ans à celui qui aura trouvé le moyen de prévenir ou de guérir par de puissantes modifications de l'hygiène, et de la médecine une maladie réputée incurable, comme la rage, la phthisie tuberculeuse, le cancer et le crétinisme.

Dans le cas où pendant cette période de cinq ans aucun ouvrage n'aurait été jugé digne de cette récompense, le prix sera décerné à l'auteur de la découverte la plus importante en physiologie expérimentale.

Insecte dont la piqûre est mortelle. — M. Lasserre adresse une lettre sur un insecte peu connu dont la piqûre aurait occasionné la mort de plusieurs personnes. (M. Duméril, rapporteur.)

Appareil gymnastique. — M. Pichery adresse une lettre sur un appareil de gymnastique de son invention. (Commissaires: MM. J. Guérin, Bouvier et Poiseuille.)

— M. Velpeau fait hommage, au nom de M. le docteur Chauffard (d'Avignon), d'un exemplaire des *Institutes de médecine pratique* de Borsieri, que ce médecin vient de traduire.

— M. Malgaigne dépose sur le bureau un mémoire de M. le docteur Neucourt, intitulé *Traitement du panaris par les caustiques*. (Commissaires: MM. Velpeau, Malgaigne et Robert.)

— M. le président annonce à l'Académie que MM. Rigal (de Gaillac et Goyrand (d'Aix) sont présents à la séance.

— M. BOUVIER demande la parole à l'occasion du procès-verbal, et s'exprime en ces termes:

J'ai demandé la parole pour deux rectifications à mon discours de mardi dernier.

J'ai dit que M. Malgaigne avait souligné deux fois, dans son discours imprimé, le mot *toujours*, qu'il a attribué à A. Paré. C'était une circonstance aggravante. Or, elle n'a rien de réel. J'ai appris, et je m'empresse de déclarer que mon collègue est resté étranger à la rédaction et à l'impression de son discours. Le talent avec lequel il a été reproduit m'avait trompé. Voilà pour la première rectification.

La seconde est toute spontanée de ma part; elle m'est dictée par l'amour de la concorde.

J'ai parlé du *séton d'Hippocrate*. Ce mot offusque M. Malgaigne; il blesse son oreille. Je le retire; je déserte, pour complaire à mon collègue, la cause des Frienus, des Séverin, des Freind, des Leclerc, des Louis, qui ont compris comme moi le séton des anciens. J'appellerai désormais l'opération d'Hippocrate simplement une *cautérisation en forme de séton*, *sétoïde*, si l'on me passe cette expression. Je ne donnerai plus également le nom de *cautère* au cautère volant; car il faut être conséquent: s'il n'y a pas de séton sans mèche, il n'y a pas de cautère sans pois.

Il est bien entendu qu'en sacrifiant les mots je ne renonce pas aux choses; je maintiens plus que jamais la filiation du séton depuis Hippocrate jusqu'à nous. Le *sétoïde* d'Hippocrate reste toujours l'origine incontestable du séton. Voyons ce qui se passe au treizième siècle: Roger, Roland, les quatre maîtres de la *Glose* éditée par M. Daremberg, mettent des sétons sur la rate. Que font-ils pour cela? Ils répètent *à la lettre* la cautérisation *sétoïde* de Marcellus, de Paul d'Egine, pratiquée dans le même but, pour les tumeurs de la rate. Ils ne font qu'y ajouter une mèche. Et au quatorzième siècle? Qu'est-ce que le séton de François de Piémont pour la luxation de l'épaule? C'est la reproduction *exacte*, *littérale* de l'opération d'Hippocrate, de Paul d'Egine, d'Albucasis, plus un cordon, *laqueus*, laissé dans la plaie. Ce serait, je crois, fermer les yeux à la lumière, que de ne pas être frappé du lien étroit de parenté qui existe dans ces deux exemples entre l'opération ancienne et la nouvelle.

DISCUSSION.

Séton. — L'ordre du jour appelle la suite la discussion sur le séton. La parole est à M. H. Bouley.

M. H. BOULEY. Je demande à l'Académie la permission de sortir aujourd'hui de la réserve qui m'est habituellement imposée par ma position particulière dans cette assemblée pour prendre part à la discussion qui s'agite dans son sein. Mais comme membre de la section de médecine vétérinaire, je suis naturellement appelé à prendre la parole dans une discussion où sont en cause les destinées du séton, c'est-à-dire d'une des opérations les plus usuelles de notre pratique.

M. Malgaigne vous a dit que cette opération était barbare, grossière, empirique, que rien ne la justifiait; et en lançant cet anathème, il s'est prononcé d'une manière si absolue que, quoiqu'il ne soit peut-être pas entré dans sa pensée de s'adresser aux pratiques de la vétérinaire, cependant elles se trouvent implicitement attaquées, et si nous laissions passer cette sorte de condamnation générale sans essayer une justification, il semblerait que nous acceptons comme méritées les deux qualifications que M. Malgaigne a infligées à la pratique du séton.

Je crois qu'au point de vue vétérinaire cette opération peut parfaitement se justifier.

En médecine vétérinaire nous faisons du séton un très fréquent usage, et je me hâte de dire, pour faire de suite la concession qui m'est commandée par la vérité, que cet usage va souvent jusqu'à l'abus; mais cet abus trouve son explication dans la fatalité de la situation du vétérinaire vis-à-vis la masse de ses clients. M. Bouvier vous rappelait, dans la dernière séance, la doctrine des anciens sur la pituite et les humeurs. Or cette doctrine est encore aujourd'hui celle du peuple, qui en est resté fidèle dépositaire; elle a jeté dans son esprit des racines vigoureuses que l'observation superficielle des choses ne peut que renforcer. Un cheval jette par les narines, donc il a de l'*humeur*; donc il faut ouvrir à cette humeur une voie pour qu'elle trouve son écoulement: d'où la nécessité du séton. Le séton placé, voici qu'en un temps très court, car l'organisme du cheval est singulièrement prédisposé à la suppuration, l'*humeur* apparaît à ses deux orifices: nouvelle démonstration que l'animal était tourmenté par l'humeur, et qu'il était urgent de l'en débarrasser. Puis, coïncidence fréquente, que je constate sans vouloir actuellement l'interpréter, en même temps que l'humeur s'écoule par en bas elle se tarit par en haut; quelle preuve convaincante pour les gens qui se bornent à l'examen de la superficie des choses, qu'effectivement l'*humeur* en circulation était la cause de la

maladie et qu'il y avait urgence d'appliquer un séton pour l'empêcher de devenir nuisible! Le moyen, je vous prie, qu'avec une pareille doctrine, à laquelle les faits de tous les jours semblent donner une confirmation, on n'abuse pas du séton ?

Je ne recule pas devant cet aveu ; mais cela ne prouve pas que la pratique du séton ne soit très rationnelle dans un grand nombre de cas, et c'est ce que je vais essayer de démontrer.

Et d'abord j'essayerai la réhabilitation de la sorte de séton que M. Malgaigne qualifiait si comiquement, dans une de nos dernières séances, de *séton intelligent ;* seulement je changerai la désinence de cette qualification, et je dirai que le séton est *intelligible*, et que pour l'observateur exercé le séton a souvent des signes diagnostiques extrêmement précieux. Soit, par exemple, un cheval affecté d'une pneumonie, auquel des sétons ont été appliqués dans une intention thérapeutique ; les phénomènes inflammatoires dont ces sétons vont devenir le siége permettront à l'observateur d'apprécier la gravité et la marche de la maladie interne.

Cette maladie est-elle grave au point de surmonter les forces de l'organisme, aucune réaction inflammatoire ne se manifestera aux points où les sétons auront été appliqués. Au contraire, vous verrez apparaître des tumeurs franchement phlegmoneuses, bientôt suivies d'une suppuration abondante et louable, lorsque la maladie marchera régulièrement vers une terminaison heureuse. Que si, par une cause ou par une autre, elle vient à s'aggraver, l'affaissement de la tumeur du séton et le tarissement de la suppuration dénonceront immédiatement le changement survenu dans l'état du viscère ; la maladie s'amende-t-elle, le séton reprend sa marche franchement inflammatoire, en sorte qu'il s'établit une sorte de flux et de reflux de l'organe malade au séton et réciproquement. Le séton est une sorte de baromètre, qui, suivant que le liquide y monte ou y baisse, donne la mesure de l'état des forces.

Dans d'autres circonstances, il indiquera d'une manière sûre l'état de saturation de l'organisme par les médicaments administrés. Ainsi, par exemple, la salivation est extrêmement rare dans le cheval sous l'influence du mercure. Mais que l'animal soumis à cette médication ait un séton, et l'observateur pourra mesurer le degré de l'intoxication par la nature de la suppuration qui s'en échappera. Dans la saturation mercurielle, le pus se tarit, devient grisâtre et répand une odeur d'une fétidité repoussante. Dans le cas d'émétisation extrême, souvent le séton tend à revêtir un caractère gangréneux.

Il y a plus, le séton vous permet de tâter la constitution médicale dans telles circonstances données. Ainsi il se rencontre des cas où les lésions traumatiques ordinairement les plus simples tendent à être suivies d'accidents gangréneux. Il y a dans les annales de la médecine vétérinaire des exemples remarquables de castrations pratiquées sur une grande échelle et suivies fatalement de la mort sans que rien ait été changé aux procédés opératoires habituels. Ces résultats dépendent évidemment d'états constitutionnels encore inappréciés. Dans les localités où de pareils faits tendent à se produire, l'observation des phénomènes qui se manifestent consécutivement à l'application des sétons permettrait de les pressentir, et indiquerait aux praticiens qu'ils eussent à remettre à une autre époque les opérations qui peuvent être différées.

On voit que le séton peut fournir des renseignements diagnostiques extrêmement importants, d'autant plus précieux en vétérinaire que, n'ayant pas la possibilité d'interroger nos malades, ils nous mettent à même de mesurer l'état de leurs forces et les conditions générales de l'organisme souffrant.

J'arrive maintenant à la considération des différentes circonstances dans lesquelles le séton me paraît rationnellement indiqué en vétérinaire.

Je parlerai d'abord des claudications du cheval. Il arrive souvent que cet animal est affecté de boiterie sans qu'il soit possible d'en reconnaître la cause, l'exploration de toutes les régions extérieures laissant à cet égard l'observateur complétement en défaut. Eh bien! en pareil cas, l'application d'un ou plusieurs sétons au voisinage des articulations supérieures produit d'excellents résultats. Ce fait, qui est d'observation quotidienne, était parfaitement connu des anciens hippiatres ; ils avaient même inventé une opération singulière qu'ils appelaient l'*emplumage* du cheval, et qui consistait à décoller avec une spatule la peau sur le scapulum et à bourrer de plume d'oie le tissu cellulaire sous-cutané. Ce pouvait être un moyen révulsif puissant, mais c'était à coup sûr une pratique barbare et grossière ; pour celle-là toutes les qualifications de M. Malgaigne seraient parfaitement assorties. Mais cette pratique a été modifiée et perfectionnée par un ancien élève de Bourgelat, Gaullet. Au lieu d'*emplumer* le cheval, il eut l'idée d'entourer l'épaule supposée le siége de la douleur d'un long séton partant de l'angle supérieur et antérieur du scapulum, longeant son bord antérieur, passant sous l'ars, remontant le long de son bord postérieur et allant se terminer à l'angle postérieur de l'épaule près du garrot.

Voilà un séton colossal mesurant près de 3 mètres de longueur, et qui produit des résultats merveilleux dans quelques circonstances désespérées. J'affirme, pour ma part, avoir obtenu par ce moyen la disparition de boiteries invétérées et déclarées incurables.

Les Anglais appliquent avec avantage le séton entre la peau et la face extérieure des tumeurs synoviales, et finissent, à la longue, en les laissant suppurer, par obtenir la résolution de ces tumeurs. Certains praticiens plus audacieux mettent le séton jusque dans la cavité synoviale, et il y a des exemples de résultats heureux donnés par cette pratique, que je n'oserais cependant pas imiter.

Dans les affections catarrhales non spécifiques des cavités nasales du cheval, les sétons sont souvent employés avec succès. J'ai obtenu la disparition de *jetages* rebelles à tous autres moyens, obstinément employés, en faisant passer la mèche à travers les poches gutturales.

Dans les engorgements œdémateux chroniques des membres postérieurs du cheval, le séton donne des résultats remarquablement heureux. Les chevaux sont souvent affectés, l'hiver, de crevasses du bas des jambes, qui sont des maladies analogues, je crois, aux engelures de l'homme. Consécutivement, les membres s'infiltrent de sérosité, et il est extrêmement difficile d'en obtenir la résolution par les moyens ordinaires. Eh bien, appliquez, dans ce cas, un ou deux sétons au haut du membre, et vous verrez la disparition des liquides infiltrés s'opérer comme par enchantement. Dans les infiltrations de l'anasarque idiopathique, mêmes effets heureux déterminés par les sétons. Seulement, dans ce cas, le moyen peut être dangereux très souvent. Si la suppuration s'établit, il peut être suivi d'accidents gangréneux mortels, si l'air se mettant en contact par l'orifice des sétons avec la sérosité accumulée dans le tissu cellulaire en détermine la décomposition putride, fait qu'il n'est pas rare d'observer.

Dans les maladies des yeux, nous employons avec avantage le séton sur les joues. J'ai vu des accès de fluxion périodique, maladie à marche fatale cependant, entravés dans leur évolution par l'application d'un séton au-dessous de l'œil. Il est entendu que cela ne guérit pas les maladies et n'empêche pas le retour d'accès ultérieurs. Mais l'influence du séton a été assez puissante pour enrayer la marche de l'accès actuel. *A fortiori*, lorsqu'il s'agit d'une inflammation franche de l'œil.

Le chien est affecté d'un catarrhe auriculaire extrêmement tenace, et qui présente cette particularité remarquable, que quand on le tarit subitement par l'application d'astringents énergiques, il se remontre sous la forme de dartres à la peau. Tarissez-vous la sécrétion des dartres, le catarrhe reparaît, et ainsi de suite. Le séton empêche ces évolutions ambulatoires ; et, grâce à lui, on devient plus facilement maître de l'affection auriculaire.

Dans les éruptions eczémateuses de la peau du cheval, dans certaines formes d'éruptions *boutonneuses* non spécifiques, j'ai vu l'application de plusieurs sétons produire comme instantanément la disparition de la maladie de la peau.

Dans la gourme du cheval, l'application des sétons donne des résultats heureux incontestables. Etant donnée cette diathèse, le pus est sécrété en abondance par la membrane nasale, lieu d'élection de l'éruption gourmeuse ; il se forme dans les ganglions de l'auge, dans ceux de l'entrée de la cavité thoracique, des régions inguinales et scrotales ; souvent aussi il se dépose dans les organes viscéraux.

C'est un fait d'observation, que dans la gourme, aussi bien, du reste, que dans beaucoup de maladies éruptives, lorsque le travail phlegmasique s'opère franchement à l'extérieur, les organes internes restent indemnes. De même, la pratique a enseigné que lorsque dans l'état gourmeux une cause accidentelle appelait un afflux considérable vers une région, c'était sur elle que se concentrait tout le travail de la suppuration. Ainsi, dans les régiments, lorsqu'un jeune cheval de remonte reçoit un coup de pied sur un membre, ce membre devient extrêmement volumineux ; des abcès s'y forment, souvent dans des proportions considérables, et le travail gourmeux ne s'opère pas du côté des voies nasales. De l'observation de ces faits à l'application des sétons comme moyen de concentrer à l'extérieur, dans des points d'élection, le travail phlegmasique de la gourme, il n'y avait qu'un pas, et la pratique l'a franchi ; et l'expérience enseigne qu'en effet les sétons produisent, en pareil cas, de très heureux résultats.

Je pourrais multiplier ces exemples ; j'ajouterai seulement quelques mots sur le mode d'action des sétons.

Le séton est un *stimulus* puissant, tenace, d'une facile et commode application en vétérinaire, et grâce à lui nous pouvons obtenir dans les proportions que nous désirons le *fluxus* artificiel, auquel, d'après la théorie, nous sommes en droit d'attribuer des effets thérapeutiques.

Le séton est un puissant agent excitateur des actions vitales ; il agit à la manière des sinapismes, mais avec plus de ténacité et de persistance. Quand un animal est sous le coup d'une maladie qui l'accable au point que sa calorification est diminuée, que les pulsations artérielles deviennent insensibles, en allumant, à l'aide des sétons, quelques foyers phlegmoneux dans des points d'élection, on peut, par l'intermédiaire des courants nerveux, rallumer le foyer central prêt à s'éteindre.

Enfin le séton agit par la suppuration, dont il est la source, et ce doit être là, sur nos animaux, un mode d'action considérable. M. Bouyier vous disait dernièrement que c'était moins la suppuration que l'irritation qu'il fallait considérer dans les effets du séton. A son point de vue il a sans doute raison, mais au nôtre il n'en est pas ainsi.

Voici quelques chiffres que j'ai recueillis cette semaine sur des chevaux en traitement aux hôpitaux, et qui vont vous donner une idée de l'abondance de la déperdition humorale que l'on peut obtenir sur le cheval par la voie du séton.

La quantité de pus recueillie du séton d'un cheval actuellement en traitement pour une pneumonie a été de 48 grammes pour vingt-quatre heures. Supposez que ce cheval ait eu six sétons, comme cela arrive quelquefois dans les cas graves, la surface suppurante produite artificiellement par le moyen d'exutoires aurait mesuré 3 mètres de longueur sur 3 à 4 centimètres de largeur, en supposant, bien entendu, toute la surface du séton déplissée, et la quantité de pus fournie par ces six sétons aurait été de 288 grammes pour vingt-quatre heures. Enfin admettez que cette sécrétion continue pendant six jours seulement, et vous arrivez à ce résultat, qui peut paraître prodigieux, d'extraire, par la voie du séton, jusqu'à 1,728 grammes de pus au bout de six jours. N'est-ce pas là un fait assez considérable pour peser d'un grand poids dans la balance des résultats obtenus?

Je compare volontiers l'animal qui est mis dans ces conditions à la vache à lait, qui, bien qu'elle soit abondamment nourrie, n'est jamais grasse, à cause de la déperdition continuelle qui s'effectue par les voies lactées. Chez elle, les actions absorbantes sont incessantes, parce que l'appareil circulatoire tend incessamment à se vider. Ainsi en est-il du cheval, qui suppure par tant de voies à la fois. Chez lui aussi, et par le même motif, l'absorption est partout très active, et l'on conçoit qu'elle s'opère plus rapidement sur les molécules morbides déposées dans les organes. A ce point de vue, le séton doit donc être considéré comme un agent résolutif général par excellence, préférable à la saignée ou à la diète, parce qu'il n'est pas aussi affaiblissant. L'action des sétons use le sang à la manière des phénomènes de l'ordre des choses physiologiques ; elle active l'absorption générale, en même temps qu'elle tient l'appétit en éveil, et il me paraît d'une bonne pratique, dans le traitement des maladies des animaux, de ne pas les épuiser par une diète trop rigoureuse ; de faciliter la régénération du sang en fournissant, dans une certaine mesure, à l'appareil digestif, les éléments de ses élaborations ; en empêchant le trop plein de l'appareil circulatoire par la déperdition incessante des exutoires. Ainsi les animaux ne se dévorent pas eux-mêmes, comme cela arrive dans les diètes trop prolongées ; les forces sont soutenues par le renouvellement incessant des matériaux de la nutrition, et en même temps les absorptions interstitielles sont activées par la déplétion incessante aussi de l'appareil circulatoire.

Le séton est donc un agent résolutif très puissant. C'est ainsi que je m'explique les effets qu'il produit dans la résolution des engorgements des membres œdématiés ou des poumons hépatisés. Mais je dois terminer. Mon but a été de prouver que la pratique des sétons était bonne en fait, qu'elle pouvait s'interpréter très rationnellement, et je crois que les sarcasmes les plus éloquents, c'est-à-dire ceux que M. Malgaigne est si habile à formuler, ne prévaudront pas contre une opération que je crois pouvoir proclamer bonne par excellence.

M. Renault se proposait, dès le début de cette discussion, de dire quelques mots au sujet du manuel opératoire du séton ; mais la question a pris depuis un tel développement, que ce point de vue n'aurait plus aujourd'hui le même intérêt. Il y reviendra plus tard si l'occasion s'en présente.

LECTURE.

Ponction et injection iodée dans la péricardite. — M. Aran communique à l'Académie une observation de péricardite avec épanchement traitée avec succès par la ponction et l'injection iodée, et il présente le malade qui fait l'objet de cette communication. (*Voir ci-dessus.*)

RAPPORT.

Épidémies. — M. Barth lit, au nom de la commission des épidémies, le rapport annuel sur les épidémies qui ont régné en France pendant l'année 1854, à l'exception des épidémies de choléra, qui devront être l'objet d'un rapport spécial.

— A cinq heures moins un quart, l'Académie se forme en comité secret.

FRACTURE DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE.

Par M. Prestat.

A la suite d'un choc violent, un homme avait eu toute la portion horizontale de la mâchoire supérieure séparée du reste de l'os. La portion détachée représentait à peu près ces palais artificiels que les dentistes placent à leur porte.

Malgré l'emploi de la fronde, ce fragment, entraîné par son propre poids, suivait la mâchoire inférieure dans ses mouvements.

M. Prestat imagina alors l'ingénieux procédé de contention dont nous allons tâcher de donner une idée. Il courba à angle droit deux bandes d'argent de 2 centimètres de large, sur 15 de long ; l'une des branches devant s'appliquer dans la bouche au-dessous de la voûte palatine, l'autre destinée à longer la fosse malaire à l'extérieur, et à remonter jusque vers le front.

Il courba ensuite la première branche vers sa jonction avec la seconde, en forme d'un S. On forma ensuite deux gouttières, dont l'une embrassait étroitement les dents restées intactes, et dont l'autre avait pour destination de loger dans sa cavité la lèvre supérieure. L'appareil fut ensuite fixé au bonnet à l'aide d'un ruban passé dans un chas pratiqué d'avance à l'extrémité supérieure de chaque bande.

Le blessé porta cet appareil sans gêne durant un mois. Au bout de ce temps, la consolidation était complète.

(*Bulletin général de thérapeutique.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le docteur Caussé, nommé professeur de médecine légale lors de la dernière organisation de l'Ecole de médecine de Toulouse, n'a pas accepté ces fonctions. Il va être incessamment pourvu à son remplacement.

— On nous écrit de Montpellier que notre honorable confrère M. le docteur Louis Barre, agrégé de la Faculté de cette ville, qui est très récemment parti pour Rome, vient d'y prendre la résolution d'entrer dans les ordres.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Cathala, d'Avène (Hérault) ; *Des eaux minérales d'Avène au point de vue thérapeutique.*

Vic, de Sainte-Affrique (Aveyron) ; *De l'anesthésie générale et de l'anesthésie locale en particulier, dans les opérations de la chirurgie.*

Tixier, de Briquemont (Haute-Garonne) ; *Considérations sur les dépôts urineux, épanchements, infiltrations d'urine.*

Casteran, de Lapôoté (Mayenne) ; *De la variole au point de vue de son traitement.*

Laurin, de Meyrargues (Bouches-du-Rhône) ; *Essai sur le catarrhe sporadique.*

Bayle, de Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme) ; *Considérations sur l'étiologie des fièvres intermittentes.*

Humbert, de Marchon (Ain) ; *Des principales applications de la pâte de chlorure de zinc.*

La Seconde.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Marche du choléra et de la suette en France. — De quelques méthodes nouvelles de traitement. — Traitement par la limonade sulfurique à l'eau de Rabel.

La coexistence de la suette et du choléra, signalée par notre collaborateur M. le docteur Foucart, dans plusieurs épidémies observées par lui en 1854, s'est produite également dans quelques-unes des localités qui ont été tout récemment le théâtre d'une nouvelle invasion. M. le docteur Pascal vient de nous adresser, sur la dernière épidémie des Basses-Pyrénées, des renseignements intéressants qui trouvent leur place naturelle dans cette Revue.

« Quand l'affection cholérique commença à se montrer à Bayonne, dans la première quinzaine du mois d'août, dit notre confrère, il n'existait point de *suette* dans la localité. Vers la fin du mois, le choléra sévissait à Ciboure, à Mauléon, à Saint-Etienne-de-Baigorry; on commença à parler de suette comme d'une maladie concomitante développée, là où le choléra régnait, sur des personnes non cholériques. Mais aucune de ces affections ne s'annonça comme grave. L'existence de sueurs répétées motivait seule cette désignation. Les sujets atteints n'avaient souvent ni fièvre, ni courbature, ni même quelquefois les éruptions spéciales, caractéristiques de la *suette picarde*. Nul n'a signalé de *pétéchies*, de *phlyctènes*, de *pustules* ou d'autres phénomènes pareils. A peine si quelques boutons miliaires apparaissaient chez les malades pris de sueurs.

» En ville, les sujets atteints n'avaient aucun symptôme grave. A part les sueurs, qui même étaient assez souvent modérées, il n'y avait chez eux ni céphalalgie, ni fièvre, ni douleurs générales; rarement constipation; quelquefois diarrhée; assez souvent excitation gastrique, mais toujours préoccupation morale très grande.

» La diète qui leur était imposée, les boissons chaudes et aromatiques qu'ils ingéraient, pouvaient, pour ainsi dire, expliquer les sueurs prolongées qui se montraient. C'est à peine si quelques boutons épars et éphémères venaient, chez quelques-uns, s'ajouter à ces évacuations critiques, cutanées, pour permettre de conserver à cet état sudoral le nom spécial de *suette*.

» Du reste, au bout de quelques jours ou d'un septénaire au plus, tout était ordinairement fini. Le repos au lit, la chaleur, les boissons adoucissantes, la diète, suffisaient pour ramener une santé complète.

» Quant aux suettes observées à l'hôpital militaire de Bayonne, les cas étaient presque identiques à ceux observés en ville.

» Cependant, quelques cholériques en danger, après avoir heureusement franchi les premiers jours de leur maladie, furent pris de sueurs critiques. Ces sueurs, suivies d'une miliaire éphémère, n'eurent pas d'autres suites. Tous les symptômes caractéristiques du choléra n'étaient pas disparus pour cela, mais ils avaient été mitigés. La guérison par suite paraissait plus certaine. Elle se réalisa plus tard chez tous.

» Tels sont apparus, à Bayonne, les cas de suette dite *miliaire*. »

Mais il est présumable, ajoute M. Pascal, que des cas de suette différents de ceux-là ont été observés sur d'autres points des Pyrénées ou dans des contrées voisines. En effet, M. Cazenave raconte, dans un rapport sur l'épidémie qui a sévi dans plusieurs localités des Landes, que dans la seule commune d'Ondres, peuplée de 1,000 habitants, il a vu 357 cas de *suette*, parmi lesquels neuf ont été suivis de décès. Sur ces neuf cas, trois décès ont eu lieu avant l'arrivée des médecins.

Dans cette même commune, il n'est survenu en 1855, pendant l'épidémie, qu'un très petit nombre de cas de choléra. Ces cas de choléra marchaient simultanément avec les cas de *suette* signalés plus haut.

M. Dubreuilh, de Bordeaux (1), en a vu dix dans cette commune. Enfin, il y avait eu trois cas de cette affection avant l'arrivée de ce dernier, et trois autres cas mortels.

— Nous avons pris l'engagement de tenir nos lecteurs au courant des tentatives nouvelles qui seraient faites dans le traitement du choléra, tout en faisant sur leur valeur les réserves que commandent la prudence et une expérience déjà bien vieille des nombreuses déceptions de la thérapeutique anticholérique. Parmi les communications les plus récentes que nous avons reçues sur ce sujet, nous devons une mention spéciale à celle de M. le docteur Garnier, de Larzicourt (Marne). Cet honorable praticien expose dans un mémoire que nous avons sous les yeux une méthode de traitement dont il a eu, dit-il, beaucoup à se louer dans les dernières épidémies. Hâtons-nous de dire qu'il est loin de se flatter de succès constants. « J'ai obtenu, dit-il, par cette méthode autant de guérisons qu'il est raisonnable d'en espérer », c'est-à-dire un peu plus qu'on n'en obtient en moyenne par les traitements le plus usuellement en usage. C'est déjà beaucoup, mais pas assez pour que nous ne devions accueillir avec confiance une déclaration faite en ces termes.

Voici en quoi consiste la méthode de M. Garnier :

Nous ne parlerons pas des moyens hygiéniques généraux et du traitement des prodromes ou de la première période du choléra, qui ne diffèrent pas sensiblement des moyens habituellement en usage; ce sont les stimulants, la chaleur, le repos au lit, la diète, etc. Le traitement spécial commence à ce que l'auteur appelle la troisième période, c'est-à-dire le début du choléra confirmé, avec évacuations caractéristiques. Il consiste, tout en insistant sur les moyens précédents, à prescrire un lavement froid avec la limonade à l'eau de Rabel, préparée ainsi qu'il suit :

(1) Nous saisissons avec bonheur cette circonstance pour joindre nos félicitations personnelles aux éloges que M. le docteur Léonidas Dubreuilh a su mériter de la part des autorités, comme de la part de ses confrères, pour le zèle, le courage et le talent dont il a fait preuve pendant le cours de cette épidémie.

Alcool rectifié. . . . . 2 parties.
Acide sulfurique concentré. . . . . 1 partie.

Cinq grammes de cette eau sont mélangés dans un litre d'eau pure.

Nous signalerons ici une mesure de prudence très sage que prend M. Garnier et qu'il est utile de recommander en temps d'épidémie, surtout dans les populations rurales. Cette mesure consiste à préparer un litre d'eau de Rabel étendu contenant 50 grammes d'eau de Rabel pure, et de la remettre soigneusement étiquetée à des personnes dignes de confiance. Lorsqu'il s'agit de faire prendre un lavement au malade, il suffit de verser un décilitre de cette eau de Rabel étendue dans un litre d'eau ordinaire.

Si la diarrhée cholérique s'accompagne de vomissements, il administre en même temps la limonade en boisson; il fait ajouter à cette limonade la moitié ou le tiers d'eau légèrement sucrée. La limonade doit être prise froide comme le lavement.

Si la diarrhée persiste après un premier lavement, on renouvelle la dose jusqu'à ce que la diarrhée soit arrêtée et le lavement conservé. Le plus souvent un seul suffit, suivant M. Garnier, et il n'en a donné que rarement plus de deux ou trois.

Dans le cas où l'évacuation continue, il augmente un peu la force de la limonade, tant en boisson qu'en lavements, et il substitue au vin du punch à la menthe.

Presque tous les cas que M. Garnier a eu à traiter dans cette période ont guéri par ces seuls moyens, à ce qu'il assure. Quant au petit nombre de ceux qui y ont résisté, et qui par conséquent sont arrivés à la quatrième période, ou période algide, ils ont pour la plupart succombé.

Dans cette période, il satisfait la soif du malade en lui laissant boire à volonté la limonade à l'eau de Rabel étendue de moitié ou d'un tiers d'eau pure ou légèrement sucrée aussi froide que possible, sans crainte de provoquer les vomissements. Il a vu des malades boire quinze litres et plus de boisson froide pendant cette période, et rendre tout ce qu'ils avaient pris. Ceux-là ont tous guéri.

Aussitôt la réaction bien prononcée, M. Garnier continue à donner la limonade à l'eau de Rabel, mais plus étendue d'eau, et il ajoute pour chaque verre une cuillerée de vin de Bordeaux ou d'autre bon vin.

Peu d'heures après que la réaction s'est nettement dessinée et que les vomissements se sont calmés, quand même ils n'auraient pas entièrement cessé, il commence une alimentation légère (bouillon de bœuf chaud ou froid, suivant le goût des malades, 2 cuillerées toutes les deux heures), quand même le malade le vomirait ou qu'il éprouverait quelque répugnance pour cette nourriture.

Cette légère et précoce alimentation lui a paru le plus sûr moyen de prévenir l'état typhoïde de la réaction. L'oppression, le hoquet ne contre-indiquent point, suivant lui, cette alimentation précoce. Au bout de trois ou quatre jours il donne une nourriture plus abondante. La convalescence lui a toujours paru plus franche et plus rapide qu'à la suite des autres traitements.

En résumé, la méthode de M. Garnier est, on le voit, bien simple, et c'est là un de ses avantages, dans la pratique rurale surtout. De l'acide sulfurique et de l'alcool pour préparer l'eau de

EXPOSITION UNIVERSELLE.

INSTRUMENTS ET APPAREILS DE CHIRURGIE.

Il n'est peut-être pas d'industrie où le génie d'invention ait plus souvent l'occasion de s'exercer que dans la fabrication des instruments de chirurgie.

Nos fabricants, en effet, par leur visite de chaque jour dans les hôpitaux, par l'attention qu'ils apportent à suivre l'exécution des divers procédés opératoires, peuvent saisir les imperfections des instruments et y porter immédiatement remède. Aussi beaucoup ont été profondément modifiés, et dans ces dernières années on a vu se créer un nouvel arsenal complet, trop complet peut-être, avec lequel les chirurgiens d'aujourd'hui ont la prétention de pratiquer la plupart des opérations avec plus de rapidité et de sécurité qu'on ne le faisait autrefois.

La plupart des innovations portent sur des instruments connus; nous les avons déjà mentionnées. Les autres consistent, au contraire, dans des instruments imaginés de toutes pièces, et destinés à remplir des indications nouvelles.

C'est surtout dans la vitrine des fabricants de Paris que nous trouvons ces inventions. Nous serions injuste si nous ne tenions comptedes efforts des étrangers. Signalons le forceps-scie de Van-Hueven exécuté par M. Bonnels (de Bruxelles), les sondes fines à très long ressort de M. Mette (de Christiania), les ostéotomes de M. Nyrop (de Copenhague). Nous avons déjà dit quelques mots de ces instruments, nous n'aurons pas à y revenir. Mais nous nous arrêterons plus longtemps devant une petite vitrine de la grande galerie annexe, où se trouve une partie de l'exposition des Etats pontificaux. Là se trouve un instrument extrêmement compliqué, qui porte le nom de trépan-scie, et qui a été imaginé par M. Giovanini (de Bologne). Autant que nous avons pu en juger, il est fort bien fait, et M. Giovanini a eu à vaincre bien des difficultés pour l'exécuter; mais nous ne pensons pas que le succès réponde aux efforts de l'inventeur; car l'instrument doit être fort cher, d'un entretien très dispendieux, et il nous suffira, pour le prouver, de dire qu'il est encore plus compliqué que la scie de Heine, déjà si compliquée elle-même.

Les instruments nouveaux que nous avons à signaler dans les vitrines de Paris peuvent être divisés en plusieurs catégories. Les uns sont fabriqués pour des cas tout particuliers, n'ont servi qu'une fois, et ne trouveront peut-être que rarement une nouvelle application. Cela ne veut pas dire qu'ils soient moins ingénieux ou moins importants; mais le fait de leur usage trop restreint leur ôte une partie de l'intérêt qui s'attache aux instruments d'une application de chaque jour. Tels sont, par exemple, un instrument imaginé par M. Mathieu pour retirer une épingle à cheveux introduite dans la vessie; une canule exposée par M. Charrière et imaginée par M. Richet, pour rétablir la continuité des voies aériennes à la suite d'une division de la trachée.

D'autres ont une application un peu moins restreinte; telle est la pince de M. Lüer, pour retirer les fragments de sonde de la vessie; les deux cuillers qui terminent cette pince sont disposées de telle sorte que quel que soit le point de la sonde qui ait été saisi par l'instrument, et quel que soit le sens de la sonde, celle-ci doit toujours s'engager entre les mors et sortir de la vessie suivant sa longueur.

Mais à côté de ces instruments réellement utiles, il en est d'autres qui, comme nous le disions tout à l'heure, par cela même qu'ils sont très bien exécutés, nous ont donné des regrets. Que de temps perdu, en effet, et que d'intelligence dépensée inutilement pour fabriquer un appareil à transfusion du sang !

Il est encore un autre point sur lequel nous voulons appeler l'attention : c'est sur cette tendance à faire des instruments compliqués, alors que les indications se trouvent remplies par de beaucoup plus simples. Ainsi, dans la vitrine de M. Charrière, nous trouvons des pinces à bascule et à griffes renversées pour abaisser les tumeurs profondes, celles de l'utérus, par exemple. Cet instrument est des plus simples. Il est mousse quand on l'introduit. On peut le faire pénétrer dans l'intérieur d'une tumeur, car il est muni d'un fer de lance que l'on peut retirer à volonté. Dans celle de M. Mathieu, nous trouvons une autre érigne destinée au même usage. Une espèce de grille protége les tissus contre l'action des griffes; il suffit de tourner une vis pour faire saillir les pointes qui saisissent la tumeur. Cet instrument est extrêmement ingénieux. Il mériterait certainement le premier rang si on ne tenait compte que des difficultés vaincues; mais il est très coûteux et

Rabel, du punch, de la moutarde et de l'eau, tels sont les seuls agents pharmaceutiques dont il a besoin.

Nous n'avons pas eu l'occasion de vérifier de près les résultats annoncés par M. Garnier, mais M. le professeur Trousseau a mis sa méthode en usage chez quelques-uns des cholériques qu'il a eu à traiter dans son service pendant le cours de ces deux ou trois mois derniers. Nous avons été témoin des bons résultats de la limonade de Rabel chez un de ces malades, qui n'était pas atteint, il est vrai, d'une manière très grave. Chez les autres, il y a eu des succès et des insuccès à peu près balancés. Le nombre en a été beaucoup trop faible pour qu'il soit possible d'en tirer aucune conséquence ; mais l'impression qui en est restée dans l'esprit de M. Trousseau et des personnes qui assistent habituellement à sa visite est que cette méthode n'est pas entièrement dénuée d'action, et qu'elle offre au moins autant sinon plus de chances de succès que la plupart de celles qui ont été mises jusqu'ici en usage.

Trois cas de chorée partielle paraplégique développée sous l'influence de causes identiques et traitées avec succès par les bains sulfureux.

Le hasard fait souvent de singuliers rapprochements de faits semblables qui se présentent par groupes, comme pour fournir à l'observateur une sorte de tableau synoptique d'une même affection, dont on n'a habituellement que d'assez rares occasions d'observer des exemples isolés. La clinique ne doit point perdre l'occasion de tirer un enseignement utile de ces singulières coïncidences. Il s'est présenté à la fois, le même jour, dans le service de M. Guérard à l'Hôtel-Dieu, trois exemples de chorée partielle qui ont offert cela de curieux que la maladie s'est développée presque en même temps, à une ou deux semaines de distance, chez trois jeunes filles du même âge environ (quinze à vingt et un ans). Elles habitaient la même maison, vivaient identiquement dans les mêmes conditions ; leur constitution était à peu près la même et elles présentaient les mêmes dispositions pathologiques, un état chlorotique et dysménorrhéique. Cette maladie a offert chez les trois malades exactement les mêmes symptômes, et elle a guéri par le même moyen et dans le même temps.

Voici la relation de ces trois curieuses observations, dont nous devons la communication à l'obligeance de M. Péan, interne du service :

La première de ces malades, couchée au n° 31, était une jeune fille de dix-neuf ans, d'une constitution chlorotique, ayant un goût passionné, qu'elle accuse elle-même, pour les fruits acides et le vinaigre; réglée depuis quatre ans, mais peu abondamment et d'une manière assez irrégulière ; elle souffrait habituellement de douleurs à l'épigastre correspondant dans le dos, de palpitations nerveuses se compliquant parfois d'élancements névralgiques disséminés. Il y a deux mois, elle fut prise tout à coup de convulsions choréiques dans les deux membres inférieurs. Lorsqu'elle était debout, elle sautillait sur place avec une inégalité de mouvements des plus bizarres, et une rapidité telle qu'elle était obligée de chercher instinctivement un appui partout avec ses mains. Elle ne pouvait avancer sans reculer, se relever sans tomber. Nous avons dit que toutes ces secousses involontaires étaient bornées aux membres pelviens. Tous les autres muscles avaient conservé, en effet, leur équilibre de mouvement. Quant aux troubles de la sensibilité, voici ce que l'on observait : les membres convulsés étaient douloureux, mais cette douleur spontanée était légère, continue, avec quelques secousses par intervalles. Une particularité très digne de remarque, et que M. Guérard a fait constater aux personnes présentes, c'était l'existence d'un point d'hyperesthésie au niveau de la malléole gauche. La pression était nécessaire pour le découvrir, mais elle l'accusait d'une manière très prononcée et très vive. Il n'y avait d'anesthésie nulle part. Rien de saillant d'ailleurs dans l'état général de sensibilité de la malade, dont les facultés intellectuelles et morales étaient intactes. La marche de la maladie était restée stationnaire depuis le début.

M. Guérard prescrit l'usage de bains sulfureux. Trois bains furent pris pendant les quatre jours qui suivirent. Le résultat de cette médication surpassa toute attente. Dès le premier bain, le point d'hyperesthésie avait disparu, et le quatrième jour cette jeune fille était si bien guérie, qu'elle se promenait gaiement dans les salles sans que la moindre secousse involontaire troublât sa démarche.

La deuxième malade, couchée au n° 32, est âgée de quinze ans; celle-ci est d'une constitution plus robuste, d'une taille plus élevée. Réglée pour la première fois il y a deux mois, elle a vu très peu à chaque époque ; elle est sujette à une constipation habituelle, plus rarement à des palpitations. Elle est, comme la précédente, chlorotique et buveuse de vinaigre. Elle a été prise il y a trois semaines, c'est-à-dire huit jours après la première, d'accidents choréiques exactement semblables, et lors de son entrée à l'hôpital elle présentait absolument les mêmes phénomènes que sa voisine, y compris le point hyperesthésique, qui occupait le même siége. Le même traitement eut identiquement le même résultat, et de même que sa camarade, après trois bains, elle se promenait dans les salles sans douleur et sans aucune trace de convulsions.

La troisième malade, âgée de dix-sept ans, avait été prise, la veille seulement de son entrée dans les salles, des mêmes accidents. Les phénomènes choréiques étaient complétement semblables à ceux des deux malades précédentes. Ils étaient si aigus, que l'on n'aurait osé croire à un début aussi rapproché si l'on n'avait eu à cet égard les renseignements les plus précis. C'est l'invasion de ces mêmes accidents chez cette troisième jeune fille qui décida les sœurs qui dirigent l'établissement de charité où elles résident à les envoyer toutes trois à l'hôpital.

Chez celle-ci les premières menstrues ont paru il y a trois mois. Depuis ce temps elles n'ont pas reparu. Cependant on constate un peu de névralgie utérine s'irradiant vers les reins, l'hypogastre, le périnée, provoquant des envies d'uriner continuelles et très douloureuses. Ces douleurs s'accroissent à l'époque des règles. On remarque encore que la pression au milieu de la face externe de la cuisse droite provoque une hyperesthésie telle que pendant quelques minutes la malade ne peut retenir ses larmes. Les douleurs spontanées dont les membres affectés sont le siége retentissent aussi plus violemment à ce niveau. Il existe enfin, chez elle, un léger embarras des voies digestives.

Le même traitement fut prescrit et administré. Dans ce dernier cas, le résultat ne fut ni aussi rapide ni aussi complet que chez les deux autres. Cependant, au lieu de ce sautillement bizarre et fatigant qui l'empêchait de descendre seule de son lit et de se tenir debout, il ne restait plus, après les premiers bains, que des mouvements très légers, qui lui permettaient de marcher sans appui dans la salle. Le surlendemain déjà son allure était mieux soutenue, et comme chez les deux autres le point d'hypéresthésie avait disparu.

Nous avons dit que ces malades se trouvaient dans des conditions presque identiques. En effet, elles sortaient toutes trois de la même maison, du couvent des Enfants-Trouvés de l'île Saint-Louis, où elles se livraient aux mêmes occupations, à des travaux d'aiguille. Leur maladie a offert le même début, la même marche et une uniformité de symptômes telle que l'on aurait pu jusqu'à un certain point, pour les deux dernières, soupçonner l'influence de l'imitation, s'il n'eût été plus naturel de voir chez elles la manifestation des mêmes phénomènes sous l'influence des mêmes causes organiques.

Ces chorées paraplégiques avaient encore cela de saillant et de commun chez les trois malades, que les convulsions, très violentes dans la station debout, disparaissaient complétement lorsqu'elles étaient couchées, bien qu'éveillées. On ne pouvait par conséquent en attribuer la cessation à l'influence du sommeil. M. Guérard a constaté et fait constater par les assistants la même circonstance de l'existence de points hypersthésiques sur les membres affectés. Enfin, et ce n'est pas la circonstance la moins remarquable de ces observations, les trois malades ont guéri rapidement sous l'influence de l'administration des bains sulfureux. Trois bains ont suffi pour amener chez chacune d'elles une guérison complète, et elles sont sorties toutes trois le même jour, après quatre jours de traitement.

Ces faits sont, on le voit, comme une sorte de démonstration trois fois répétée dans le même moment de l'influence des mêmes causes organiques, la dysménorrhée et la chlorose, sur les perturbations du système nerveux, et une expérience trois fois répétée également et dans des conditions identiques de l'efficacité des bains sulfureux.

Fièvre puerpérale des enfants nouveau-nés.

Les lecteurs de notre *Revue* n'ont pas oublié les faits cliniques pleins d'intérêt, relatifs à la solidarité pathologique qui existe entre l'état des enfants nouveau-nés et celui des mères sous certaines influences épidémiques, que nous avons empruntés à l'excellent travail de M. le docteur P. Lorain sur la fièvre puerpérale. M. le docteur H. Belletre (d'Abbeville) nous communique à cette occasion quelques faits semblables qu'il a observés dans sa pratique, et qui lui paraissent avec raison venir à l'appui des savantes considérations que M. Lorain a émises à ce sujet.

Pendant une épidémie de métro-péritonites puerpérales qui a régné à Abbeville en 1851 et au commencement de 1852, quatorze femmes ont succombé en quelques mois à l'affection épidémique. Neuf sont mortes entre le sixième et le douzième jour des couches, cinq avant l'expiration du troisième jour. Aucun des enfants de la première catégorie n'a été malade pendant les premières semaines de la naissance. Dans la seconde catégorie, où se trouvent un avortement à trois mois environ et l'accouchement d'un enfant mort-né, dont l'autopsie n'a pu être faite, les trois nouveau-nés, quoique forts et bien portants, n'ont eu que de 43 à 68 heures d'existence. Deux ont été pris, six à sept heures après la naissance, d'une péritonite bien confirmée. Les mères avaient déjà ressenti quelques atteintes de cette terrible maladie vers la fin du travail de l'accouchement. Dans les deux cas, le cordon ombilical était desséché et d'un gris terne. Le troisième de ces nouveau-nés, tombé malade le lendemain de sa naissance, a présenté d'abord les symptômes d'une péritonite bientôt suivis d'une pleurésie, avec accidents adynamiques. L'état du cordon n'a pas été noté.

Ces faits, malgré ce qu'ils ont d'incomplet, faute de la vérification par l'autopsie, sont en effet une confirmation de l'influence pathologique qui s'exerce entre l'enfant et la mère, surtout lorsque celle-ci est, comme dans les exemples ci-dessus, sous le coup d'une intoxication épidémique.

A côté de ces observations, M. Belletre a fait une remarque qui n'est pas non plus sans intérêt, et qui viendrait également à l'appui d'un fait qui a été signalé déjà par plusieurs observateurs; nous voulons parler de l'influence que le voisinage d'une épidémie de fièvres puerpérales peut exercer en dehors de l'état puerpéral. Il a constaté trois cas de péritonite survenus pendant la même épidémie chez des femmes en dehors de cet état. Chez la première, la maladie s'est déclarée après une suppression des règles par cause morale. Les deux autres, arrivées à l'âge critique, éprouvaient, à des intervalles de plusieurs mois, des métrorrhagies légères, qui duraient habituellement plusieurs semaines. C'est dans un de ces moments qu'elles sont tombées malades. Une d'elles a succombé, ainsi que la première.

Est-ce là, se demande M. Belletre, une simple coïncidence? Ne doit-on pas accorder une certaine part à l'influence régnante?

Nous ne résoudrons pas la question que se pose avec une sage réserve notre confrère; mais en rapprochant les faits dont il a été témoin de faits semblables assez nombreux observés pendant les épidémies de fièvres puerpérales, il ne répugne pas d'admettre que les épidémies en question puissent exercer une influence éloignée sur des femmes placées en dehors des conditions essentielles de la fièvre puerpérale, mais qui se trouvent dans la situation physiologique qui se rapproche le plus de cet état.

Nouveaux essais de pansement avec la glycérine.

Lorsque nous faisons connaître les résultats d'une tentative nou-

d'un entretien difficile; aussi préférons-nous celui qui remplit le même but, et qui est aussi simple qu'une pince-érigne ordinaire.

A quoi bon encore cet instrument destiné à l'opération de la cataracte, et qui agit de la manière suivante : on introduit une aiguille par la cornée, lorsqu'on est arrivé dans la chambre postérieure, on tourne une vis, et il sort une petite lame qui déchire la capsule ; puis on tourne une autre vis, une autre lame se développe, et en retirant l'instrument on coupe la cornée de dedans en dehors. Nous ne savons pas si un semblable instrument a jamais été appliqué, mais à coup sûr il ne le sera pas souvent. Il faut se demander si ce procédé d'extraction est préférable aux autres. Et d'ailleurs que de causes d'erreurs! Ne peut-il arriver que l'on tourne une vis pour une autre ; que le mécanisme se dérange pendant l'opération, etc.? C'est avec regret que nous faisons ces observations, car nous ne pouvons nous dispenser d'admirer l'intelligence qui a présidé à la confection de ces chefs-d'œuvre de mécanique.

De nouvelles indications chirurgicales ont produit quelques inventions de la plus haute importance. Ainsi, la cautérisation électrique a fait imaginer plusieurs espèces de cautères, parmi lesquels nous avons remarqué celui de M. Mathieu, qui, à l'aide d'un ressort disposé dans le manche de l'instrument, arrête immédiatement le courant, sans qu'il soit nécessaire de détacher le cautère d'un des pôles de la pile.

Le traitement des anévrismes par la compression nous a donné des compresseurs fort ingénieux fabriqués par M. Charrière d'après les indications de M. P. Broca. Nous avons déjà appelé l'attention sur le compresseur de Carte, qui est peut-être le seul instrument de chirurgie qui mérite d'être signalé dans l'exposition anglaise.

L'extirpation des tumeurs par l'écrasement linéaire, d'après la méthode de M. Chassaignac, a produit deux instruments. L'un est dû à M. Mathieu ; il se compose d'une chaîne articulée, dont les deux maillons terminaux présentent des ouvertures qui reçoivent de petits clous, lesquels fixent la chaîne ployée en anse sur deux tiges métalliques superposées ou juxtaposées et garnies de dentelures sur leur bord libre ; l'extrémité inférieure des tiges est unie à un manche que l'on peut faire osciller pour faire glisser les deux tiges l'une sur l'autre. Un cliquet s'engage de chaque côté dans une des échancrures ; il en résulte que, lorsque l'on tourne le manche d'un côté, une des tiges descend, mais l'autre ne peut remonter à cause du point d'arrêt que lui offre le cliquet, de sorte qu'à chaque mouvement du manche l'anse se resserre de plus en plus.

L'autre écraseur, celui de M. Charrière, est constitué par une chaîne fixée à demeure au sommet d'une tige métallique; de là la chaîne passe dans une mortaise creusée dans cette même tige au-dessous du point d'appui ; enfin, son extrémité se fixe par un tenon à un écrou, que l'on fait descendre ou monter à l'aide d'une vis suffisamment longue. Lorsque l'écrou est au sommet de la vis, l'anse formée par la chaîne est considérable, et, en faisant tourner la vis, on fait descendre l'écrou, par conséquent on diminue la largeur de l'anse. Ces instruments ont résisté à de bien rudes épreuves : ils ont été employés avec succès sur le vivant. Ils resteront certainement dans la pratique avec la méthode qui leur a donné naissance. L'instrument de M. Charrière a sur celui de M. Mathieu l'avantage d'être beaucoup plus simple.

M. Lalagade (de Montpellier) a exposé un petit appareil de son invention destiné à faire pénétrer le vaccin dans un tube capillaire. Il paraît remplir parfaitement le but de l'auteur, c'est-à-dire de conserver du vaccin liquide complétement à l'abri du contact de l'air.

Les instruments imaginés par les spécialistes sont très nombreux à l'Exposition, et si beaucoup méritent à peine d'être mentionnés, il en est quelques-uns qui sont appelés à rendre des services réels : tels sont le kystitome de M. Alessi (de Rome), destiné à ouvrir, à pincer, enfin à extraire la capsule cristallinienne dans l'opération de la cataracte par extraction ; l'aiguille de M. Nélaton pour opérer les cataractes secondaires; les divers ophthalmostats, la pince de M. Desmarres pour faciliter l'extirpation des kystes des paupières; les diverses espèces de ciseaux pour la section de l'iris, de la cornée, etc., etc. Parlerons-nous encore des diverses espèces d'urétrotomes, des instruments de lithotritie, etc. Il est certainement un grand nombre de ces inventions qui présentent de l'intérêt ; mais nous ne pouvons nous y arrêter longtemps; d'ailleurs nos lecteurs sont au courant de toutes les productions de ce genre, car il n'en est guère de nouvelle qui ne soit presque immédiatement décrite et figurée dans ce journal. Cependant signalons l'urétroscope de M. Desormeaux. Ce petit appareil facilitera, nous n'en doutons pas, le diagnostic des maladies de l'urètre.

velle en thérapeutique, ce n'est pas seulement pour constater une initiative, toujours digne d'ailleurs d'encouragement, quand elle est renfermée dans les limites d'une prudente expérimentation, c'est encore et surtout pour appeler sur le moyen nouveau le contrôle de l'expérience personnelle de nos confrères; car ce n'est qu'après cette vérification, plusieurs fois répétée avec des résultats univoques, que l'on est fondé à considérer le moyen en question comme définitivement acquis à la pratique. Nos lecteurs se rappellent que dans notre *Revue clinique* du 13 courant, nous avons rapporté plusieurs faits de pourriture d'hôpital dans lesquels M. Demarquay avait fait usage avec avantage du pansement avec la glycérine. M. le docteur Petel nous transmet aujourd'hui la relation d'une tentative également heureuse de l'emploi de ce moyen dans un cas très grave, mais malheureusement dans des conditions qui ne permettent pas d'en dégager parfaitement le résultat direct. Quoi qu'il en soit de cette dernière circonstance, le fait est assez intéressant pour que nous croyions devoir le rapporter ici.

« Le 19 octobre, nous écrit M. Petel, se présentait à ma consultation une femme âgée de trente ans atteinte d'une stomatite ulcéreuse dont le début remontait à un mois, et qui avait été s'aggravant, malgré quelques antiscorbutiques conseillés par le médecin qui la soignait, à tel point que la malade ne pouvait prendre que des aliments liquides et que depuis quinze jours il lui était impossible de dormir; les gencives étaient rouges, ramollies, rongées, laissant les dents en partie déchaussées; la muqueuse de la bouche correspondant aux dents molaires droites était profondément ulcérée, offrant un enduit d'un blanc sale avec des bords saillants, le tout d'une odeur et d'un aspect repoussants : on eût dit le fond d'un ulcère phagédénique.

» Je pensai de suite à la glycérine que j'avais employée un an auparavant pour une xérophthalmie, et à laquelle les faits tout récents de M. Demarquay m'engageaient à recourir.

» Vu la gravité du cas, je crus devoir administrer en même temps le chlorate de potasse à l'intérieur. A peine quelques minutes s'étaient-elles écoulées que le mieux se fit sentir; la nuit suivante, la malade dormit parfaitement, et trois jours plus tard un aspect favorable de l'ulcération profonde de la muqueuse jugale me faisait porter un pronostic favorable, qui aujourd'hui, 28 octobre, est complétement réalisé, car la malade, que je viens de voir, est guérie. »

Tout en constatant le résultat très remarquable que notre confrère a obtenu par l'association de deux moyens nouveaux et soumis tous deux en ce moment à l'expérimentation, nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer que, sous le point de vue de la démonstration de l'action spéciale de la glycérine, cette observation perd une partie de sa valeur par le fait même de cette association, dont le malade a retiré d'ailleurs un si heureux bénéfice. M. Petel en est convenu lui-même avec une parfaite bonne foi; mais nous devons reconnaître aussi avec lui que, nonobstant cette association, il est encore possible de faire un peu la part que la glycérine a pu avoir dans le résultat, car, ainsi qu'il le fait remarquer avec raison, l'effet sédatif dans ce cas a été si prompt qu'il est peu probable que le médicament pris à l'intérieur ait pu modifier sitôt la douleur.

M. Petel nous informe en outre, dans sa lettre, qu'il vient d'expérimenter tout récemment la glycérine dans un cas d'eczéma rebelle et qu'il nous en fera connaître les effets.

Nous ajouterons que M. Demarquay, dans une nouvelle communication qu'il a faite à l'Académie des sciences, annonce avoir étendu l'emploi de la glycérine au pansement de toutes les plaies en général, et qu'il en a obtenu des résultats non moins satisfaisants. Voici en quels termes il expose les effets qu'il a constatés :

Les plaies soumises à ce mode de pansement ont un aspect rosé, et se maintiennent si propres qu'on est dispensé de les laver et de recourir à la spatule pour enlever le coagulum de cérat et de pus, qui rend le pansement actuel des plaies long et douloureux. Les linges enduits de glycérine s'enlèvent avec la plus grande facilité; de plus, cette substance modère la suppuration; les bourgeons charnus restent très peu développés et n'ont pas besoin d'être réprimés par le nitrate d'argent; enfin, la glycérine active notablement la cicatrisation des plaies.

Voilà bien des motifs, ce nous semble, pour encourager nos confrères à vérifier ces résultats et à multiplier des essais qui ne sauraient d'ailleurs avoir aucun inconvénient.

Cette question pratique du traitement de la pourriture d'hôpital est pleine d'actualité, en ce moment où cette grave complication sévit d'une manière si cruelle sur les blessés de l'armée d'Orient. Aussi considérons-nous comme un devoir de ne négliger aucun des moyens dont l'expérience aura plus ou moins démontré l'efficacité. A ce titre, nous devons mentionner un moyen qui nous a été communiqué dans le temps par M. le docteur Rousse (de Bagnères-de-Bigorre). Il consiste à laver et doucher les plaies suspectes ou contaminées avec l'eau minérale de la source de Bagnères-de-Bigorre, contenant une certaine quantité de sulfate d'alumine et élevée à une température d'environ 30° Réaumur. « Des lotions fréquentes avec ce mélange, dit M. Rousse, détergent les plaies, s'opposent à la résorption purulente, donnent un surcroît de vie aux tissus et font justice de la pourriture d'hôpital. » De l'eau simple, contenant une solution de sulfate d'alumine et élevée à la même température, ne produirait-elle pas le même effet? Notre correspondant n'est pas éloigné de le croire.

Nous venons de recevoir, enfin, de M. le docteur Payan (d'Aix) une note très intéressante sur le traitement de la pourriture d'hôpital par les cataplasmes vineux. L'étendue de cette note ne nous permettant pas de la faire entrer dans cette revue, nous la publierons dans un de nos prochains numéros. — Dr Brochin.

PLAIE PAR ARME A FEU DE LA CAROTIDE.

Cessation spontanée de l'hémorrhagie.

Par M. Cholmeley.

Les blessures de l'artère carotide primitive sont généralement considérées comme donnant lieu à une mort instantanée. Voici cependant un cas qui porte à cette opinion un démenti formel, et même un démenti très rassurant, car on remarquera que la plaie se trouvait dans les conditions les plus capables de provoquer une hémorrhagie foudroyante et incoercible, puisqu'elle était produite par une balle qui ouvrait une large issue au sang, et que la division de l'artère ne portait que sur les trois quarts environ de sa circonférence, cas où la rétraction salutaire des deux bouts du vaisseau est éminemment difficile.

Un officier reçut une balle qui entra par le côté gauche du cou, au milieu du muscle sterno-mastoïdien, à l'endroit où les deux portions sternale et claviculaire de ce muscle se réunissent entre elles. Une hémorrhagie abondante eut lieu immédiatement; mais les assistants ne purent discerner si le sang était rutilant, ni s'il sortait par jets.

M. Cholmeley, qui vit le blessé au bout d'une heure, trouva l'hémorrhagie arrêtée d'elle-même. La mort eut lieu au bout de trente-huit heures, par suite des lésions résultant de cette balle, qui avait traversé le cou et brisé la colonne vertébrale.

L'autopsie fit voir que la carotide avait été divisée; ses deux bouts ne tenaient plus l'un à l'autre que par deux bandelettes étroites, constituées uniquement par la membrane externe; les membranes moyenne et interne étaient rétractées dans l'intérieur du vaisseau. Un caillot sanguin remplissait les deux bouts de l'artère; celui du bout central, ferme et prolongé, s'étendait jusqu'au-dessous de la clavicule; celui du bout périphérique ne s'étendait qu'à un quart de pouce dans les carotides externe et interne. Les veines jugulaires externe et interne avaient aussi été divisées. (*Medical Times et Gaz. hebdom.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 24 octobre 1855. — Présidence de M. Gosselin.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Chassaignac montre, après guérison, l'enfant qui présentait à la région ombilicale une tumeur érectile veineuse, et qui a déjà été soumis à l'examen de la Société. L'écrasement linéaire a été appliqué avec le plus grand succès. L'enfant a été chloroformé. La section a été faite lentement; elle a duré douze minutes et n'a amené aucun accident. La plaie, qui avait environ 3 centimètres, n'a pas fourni une goutte de sang et s'est rapidement cicatrisée sous le pansement par occlusion.

— Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— A propos du procès-verbal, M. Huguier revient sur le polype folliculaire présenté par M. Follin, et qui renfermait une collection sanguine. Les épanchements de cette nature ne sont pas très rares dans les polypes; il en existe deux variétés : les uns, comme dans le cas actuel, se font dans une cavité kystique, les autres, interstitiels, s'opèrent au sein même des tumeurs ou polypes fibreux, surtout dans la portion de ceux-ci qui a traversé l'orifice du col utérin, et qui est étranglée par la rétraction de ce col. Il a rencontré autrefois cette particularité sur un polype fibreux enlevé par une opération, et plus récemment dans une autopsie. Le fond de la matrice donnait attache à une tumeur allongée, cylindrique, dont le sommet dépassait notablement le museau de tanche. Cette tumeur était fibreuse à sa base et dans sa portion intra-utérine; à son extrémité libre, le tissu était infiltré de sang noir.

Suite de la discussion sur la ligature des veines. — M. Guersant lie presque toujours la veine fémorale après l'amputation de la cuisse chez les enfants. Peut-être est-ce là une des causes de sa pratique très heureuse dans les amputations; mais il est possible aussi que l'âge des sujets soient la vraie raison du succès. Au reste, la ligature des veines chez les enfants est fort innocente, comme l'atteste encore la ligature sous-cutanée des veines spermatiques, que M. Ricord a pratiquée sans accident chez le jeune homme affecté de varicocèle, et dont il a été question dans la dernière séance.

M. Demarquay a vu lier la veine fémorale dans deux amputations et deux désarticulations de la cuisse. Tous ces malades sont morts, et l'on a observé des phlébites. Blandin redoutait extrêmement cette ligature et la croyait très funeste.

M. Adolphe Richard. Un homme de vingt-cinq ans, maçon, fut amputé par M. Richet à la partie supérieure de la cuisse. Une hémorrhagie veineuse survint, elle mit en danger la vie; la veine fémorale fut liée après diverses tentatives hémostatiques vaines. La guérison se fit sans être traversée par de nouveaux accidents.

M. Larrey. Blandin exagérait très certainement la phlébite; il la voyait partout et s'en faisait un fantôme. Tous les malades qui succombent aux grandes opérations ne meurent pas de phlébite, et les recherches mêmes de M. Follin démontrent que cette ligature est moins grave qu'on ne le dit.

M. Follin partage cet avis. Il a essayé de lier les veines après les amputations dans le but d'empêcher la cavité de ces vaisseaux de baigner dans le foyer purulent. Peut-être, par ce moyen même, peut-on empêcher la résorption du pus. Il n'a pas encore assez de faits pour pouvoir résoudre cette question.

M. Vidal constate que chez le jeune homme atteint de varicocèle, on a tenté la cure radicale en l'absence même de gêne, de douleurs, et dans le simple but de conserver la virilité; c'est donc là une véritable opération de complaisance, que néanmoins il approuve fort. Ce sujet sera très intéressant à suivre pour savoir si la récidive aura lieu, si le développement de la virilité et de ses organes s'opérera.

CORRESPONDANCE.

M. Debout offre de la part de M. Bonnet (de Lyon) les ouvrages suivants :

Traité des maladies des articulations;

Traité de thérapeutique des maladies articulaires;

Mémoire sur la nature et le traitement de l'infection purulente.

— MM. Warmont et Verneuil font hommage d'un travail sur les *kystes développés dans les tumeurs érectiles veineuses enflammées*, M. Verneuil d'un mémoire sur l'*inclusion scrotale et testiculaire.*

Des remerciments seront adressés aux auteurs de ces envois.

— M. le secrétaire général donne lecture d'une lettre de M. Diday relative à la question du double virus syphilitique.

Lyon, le 15 octobre 1855.

Monsieur le président,

Veuillez me permettre de donner sur l'importante question du double virus syphilitique discutée récemment au sein de la Société une explication personnelle d'abord, puis un document clinique.

Dans la séance du 19 septembre, M. Vidal, voulant prouver qu'un homme peut avoir deux fois la vérole, a cité de moi ces paroles : « Il

---

Nos lecteurs connaissent les travaux de M. Duchenne (de Boulogne) sur l'atrophie musculaire. Cet habile praticien a apporté à sa découverte un complément important en imaginant un petit dynamomètre pour mesurer la puissance des muscles à l'état sain et à l'état pathologique. Ces deux derniers instruments font partie de l'exposition de M. Charrière.

La fabrication des instruments de chirurgie vétérinaire est aussi entrée dans la voie du progrès; nous avons trouvé dans les vitrines de M. Bourgouin et de M. Charrière des instruments qui ne manquent pas d'une certaine élégance; nous avons de plus à signaler quelques nouveautés, telles que le brise-pierre à levier de M. le docteur Guyon pour la lithotritie chez le cheval, l'instrument de M. Charlier pour la castration des vaches, une pince pour la délivrance des chiennes, le rabot odontriteur de M. Brogniez avec addition d'une enveloppe en peau pour empêcher les fragments de dents de tomber dans le pharynx ou dans la trachée.

Nous passons rapidement sur les bandages herniaires; il en existe un très grand nombre, et tous leurs inventeurs prétendent y avoir apporté d'heureuses modifications; mais, pour nous, le véritable et seul perfectionnement serait celui qui permettrait de maintenir complétement et à coup sûr une hernie *réputée* irréductible. Or il nous est impossible de juger à la simple inspection de l'appareil si ce but se trouve réellement rempli. Nous croyons qu'il y aura de ce côté encore bien des déceptions.

Les appareils orthopédiques sont également fort nombreux, et nous sommes heureux d'en signaler plusieurs; quelques-uns remplissent des indications nouvelles, tandis que d'autres, plus légers et plus commodes, sont destinés à remplacer avantageusement les appareils anciens. D'abord nous appelons l'attention sur ceux de M. Blanc (de Lyon), fabriqués d'après les indications de M. Bonnet; nous avons déjà dit quelques mots de ces appareils, que nous avons vu fonctionner dans le service de M. le professeur Nélaton, et nous ne craignons pas de dire qu'ils sont appelés à modifier de la manière la plus heureuse le traitement des fausses ankyloses. Nous avons vu encore un appareil remarquable par sa simplicité, et fabriqué par M. Charrière d'après les indications de M. Hester (de Boston), pour maintenir dans la rectitude le tronc qui aurait de la tendance à se porter en avant. Enfin il nous suffira de citer les appareils aussi élégants qu'ingénieux qui ornent la vitrine de M. Béchard, et plusieurs autres à ressort en caoutchouc pour suppléer aux muscles paralysés : ces derniers ont été confectionnés d'après les idées de M. Duchenne (de Boulogne).

Mais c'est surtout dans ce qui touche aux appareils de prothèse que le génie inventif des fabricants paraît s'être exercé. Nous ne parlerons ni des yeux artificiels de M. Boissonneau (il est arrivé, on le sait, à un degré de perfection que rien ne semble pouvoir dépasser), ni des diverses espèces de dents minérales; nous ne nous arrêterions pas davantage sur les dentiers artificiels, si nous ne voulions mentionner les travaux sur la gutta-percha de notre regrettable confrère de Villemur, qui vient de succomber au moment où il allait recueillir le fruit de ses recherches. Mais arrêtons-nous un instant sur les membres artificiels, et voyons la jambe dite à la Beaufort, qui remplace si avantageusement l'ancienne jambe de bois et qui est à peine plus dispendieuse; puis des bras, des avant-bras, des mains artificiels, à l'aide desquels les amputés peuvent saisir les objets et même écrire.

Enfin, pour terminer cette revue, que nous sommes, à notre grand regret, obligé d'écourter, signalons encore les appareils en caoutchouc vulcanisé de MM. Galante et Ce, presque tous exécutés d'après les indications de notre estimable confrère M. Gariel, et dans lesquels on rencontre le véritable caractère pratique que l'on doit désirer; les bas élastiques de M. Flamet; les appareils et principalement le lit mécanique de M. Pouillien; enfin les divers irrigateurs, la plupart remarquables par leur grande simplicité, avantage inappréciable depuis surtout que M. le professeur P. Dubois a trouvé une si importante application des douches utérines. A. Jamain.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. Decq;
A Genève, à la librairie de Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

L'Hygiène ou l'art de conserver la santé, par le docteur Beaugrand, ancien interne des hôpitaux de Paris. Un vol. in-18 Charpentier. Prix: 2 fr. A la librairie de L. Hachette et Comp., à Paris.

m'est pratiquement démontré que certains sujets n'ayant eu qu'une syphilis constitutionnelle peu intense, peuvent prendre dans un coït ultérieur un véritable chancre induré. »

Deux honorables collègues se sont accordés pour infirmer la valeur de mon observation et pour l'attribuer à une erreur de diagnostic de ma part. Selon eux, dans les cas que j'ai vus, il n'y aurait pas eu deux ou trois chancres indurés épuisant successivement la réceptivité syphilitique de l'individu ; le premier seul aurait eu ce caractère, et dans les suivants il ne se serait agi que de fausses indurations, dont l'apparence trompeuse provenait de ce que les derniers ulcères, développés *au même lieu* qu'avait occupé le premier, avaient exhumé l'induration plastique précédemment laissée par celui-ci.

La version de mes honorables critiques est fort vraisemblable sans doute ; mais pour qu'elle fût vraie, il faudrait une condition : c'est que les chancres successifs de mes sujets *eussent effectivement siégé au même lieu*. Or il n'en est rien, et je cherche vainement où ils ont pu trouver dans mon texte un motif de penser le contraire.

L'article même d'où l'on a détaché la phrase ci-dessus suffit à prouver que depuis longtemps cette cause d'erreur ne m'est point inconnue, car j'y détaille tout au long l'histoire d'un malade chez qui un chancre récent prit l'aspect induré parce qu'il existait exactement à la même place qu'avait occupé un ancien chancre induré ; et je rappelais à ce propos cette conclusion émise par moi, il y a dix-huit mois déjà, dans le même journal : « Qu'un chancre, sans être induré par son origine, mais reposant sur une base autrefois indurée, peut simuler une induration de source nouvelle, même aux yeux de l'observateur le plus exercé. »

On trouvera donc, dans l'article même dont il s'agit, la preuve que cette cause de méprise ne m'a point échappé ; car ce n'est qu'après avoir discuté ce qui s'y rapporte, que, passant à l'appréciation d'un autre genre d'erreur dans ce diagnostic, j'ai signalé à son tour, non plus la fausse induration pour cause d'*identité de siége*, mais l'induration complémentaire pour cause de *saturation syphilitique incomplète*.

Cette dernière question est la seule que j'aie voulu agiter dans la phrase rappelée par M. Vidal, question capitale en pathogénie syphilitique, et qui, résolue dans le sens que je lui donne, aurait peut-être l'avantage indirect de ménager entre les partisans et les adversaires de l'*unicité* une de ces conciliations vainement cherchées sur un autre théâtre, où l'honneur reste sauf de part et d'autre. En considérant l'induration à sa juste valeur, comme le prélude de la vérole, non comme la vérole elle-même, on ne s'étonnerait plus de voir successivement chez le même individu deux chancres indurés. L'on accepterait dans les deux camps, soit les faits de vérole constitutionnelle survenant quelques années après un chancre induré qu'aucun symptôme constitutionnel n'avait alors suivi ;—soit ceux où, *vice versâ*, un vrai chancre induré paraît quelque temps après une syphilis constitutionnelle réelle, mais très ancienne, ou de moyenne intensité. L'induration, ainsi que je l'ai dit, n'étant qu'un prélude ; il serait tout rationnel de ne point voir en elle, quand elle a existé seule, un tribut assez largement payé par l'individu à la diathèse pour le dispenser ultérieurement d'un second ; et, selon les sages paroles de M. Ricord, l'on n'admettrait plus comme contraires au dogme de l'*unicité* que des faits où, après une première infection constitutionnelle, l'on verrait une autre infection apparaissant avec toutes les phases successives de la vérole, fournissant pour la seconde fois toutes ses étapes.

Ce n'est pas ici le lieu d'énoncer, même sommairement, les considérations de pathogénie humaine et comparée qui légitiment cette manière de voir ; je demande seulement la permission de communiquer à la Société l'un des faits qui m'ont conduit à l'admettre.

M. F..., âgé de quarante ans, contracta en octobre 1845 un chancre situé vers le filet ; ce chancre, après un mois, se cicatrisa, laissant à sa place une dureté. De la liqueur de Van-Swieten fut administrée pendant la durée de cet accident primitif.

Deux mois après, apparut une éruption roséolique sur tout le corps, et un mal à la gorge, ainsi qu'au fondement, accompagné d'alopécie et de croûtes du cuir chevelu. M. Baumès traita ces accidents par des pilules mercurielles. Mais les restes de cette affection constitutionnelle ne disparurent que dans le cours de l'année suivante (1846) par l'usage des eaux de Cauterets.

Le 18 janvier 1855, M. F... contracta un nouveau chancre vers la partie supérieure et gauche du fourreau de la verge. La femme n'a pu être examinée. Au bout de quatre jours, je le cautérisai avec l'acide nitrique monohydraté. Mais il persista néanmoins avec les caractères chancreux, et l'induration notable qui se dessina à sa base vers la fin du premier septénaire me fit comprendre pourquoi la cautérisation, qui m'avait semblé opportune et bien indiquée, était restée impuissante.

L'induration acquit peu à peu des caractères assez accentués, malgré la simplicité des moyens topiques mis en usage (vin aromatique, solution légère de nitrate d'argent, jus de citron étendu d'eau, solution très peu concentrée de sublimé). Le chancre d'ailleurs persistant et s'étendant, au bout de deux mois j'appelai en consultation mon judicieux collègue M. Rodet, qui constata avec moi la nature de cette induration. Un traitement spécifique fut jugé nécessaire pour agir sur cette induration qui mettait obstacle à la guérison. Il n'y avait pas d'engorgement des ganglions inguinaux.

Après avoir pris pendant dix jours deux pilules par jour avec 3 centigrammes de proto-iodure de mercure dans chaque, l'induration diminua ; des bourgeons charnus de bonne nature remplacèrent l'aspect défavorable qu'offrait jusque-là la surface virulente, et le chancre, pansé avec une légère solution de chlorure de zinc, dont l'influence parut contribuer efficacement au succès, fut guéri en quinze ou dix-huit jours.

Dès que j'eus vu la dureté diminuer et le chancre prendre une meilleure apparence, je suspendis l'administration des pilules, dont le malade ne prit pas en tout plus de 20. Aujourd'hui la cicatrice est parfaitement souple.

Durant les derniers jours, un engorgement douloureux se forma dans l'aine gauche. Il s'abcéda ; j'incisai la collection purulente. Mais l'ouverture ne devint point chancreuse et se ferma promptement.

J'ai depuis lors suivi mon malade à plusieurs reprises et avec le plus vif intérêt. Malgré plusieurs voyages à longue distance et à des latitudes fort différentes, malgré une saison à des eaux thermales sulfureuses (prises dans le seul but de hâter quelque manifestation diathésique si elle devait apparaître), aucun symptôme constitutionnel ne s'est montré.

Il y a aujourd'hui neuf mois que le chancre a été contracté, laps de temps bien suffisant pour m'autoriser à dire que la première vérole, n'ayant pas exempté ce malade d'un chancre induré, l'a du moins exempté des accidents constitutionnels.

Agréez, etc. H. DIDAY,
Membre correspondant de la Société.

M. CULLERIER ne reconnaît point un chancre induré dans l'observation de M. Diday ; il n'en a jamais vu pour sa part de cette espèce et dépourvu d'engorgement ganglionnaire inguinal. Il ne voit dans ce fait qu'une ulcération simple soumise à des traitements irritants qui en ont engorgé les bords. La prétendue induration n'a fait qu'augmenter avec les excitations locales. On a fait un traitement général, et bientôt tout a disparu, ce qui est facile à comprendre, dès que les topiques externes ont été suspendus.

En résumé, l'induration a existé, mais elle était le fait du traitement et n'avait rien de spécifique.

M. VIDAL. La lettre de M. Diday renferme un fait de la plus haute importance ; c'est celui de ce médecin de Lyon qui chaque année, au carnaval, contracte un chancre induré. L'induration est, au dire de tous les syphiliographes, un signe irrécusable de vérole constitutionnelle. Or, si un individu a eu plusieurs chancres indurés à des époques différentes et dans des lieux différents, on peut affirmer qu'il a eu plusieurs fois la vérole constitutionnelle.

— M. Ad. RICHARD présente, de la part de M. Maunoury (de Chartres), une pâte caustique composée de parties égales de chlorure de zinc et de gutta-percha. Cette pâte peut être employée sous toutes les formes, en raison de sa grande malléabilité. M. Maunoury se propose d'en faire ressortir lui-même tous les avantages.

— M. LARREY lit un rapport sur un travail important de M. le docteur Legouest, professeur agrégé au Val-de-Grâce, et qui traite de la désarticulation coxo-fémorale. L'auteur, appréciant surtout les indications de cette opération dans les plaies par armes à feu de la partie supérieure de la cuisse avec fracture du fémur vers son col, conclut, de faits assez nombreux, qu'il est préférable de s'abstenir, et que l'expectation a sauvé beaucoup plus de malades que l'amputation soit primitive, soit consécutive. Il fait surtout ressortir les dangers extrêmes de l'amputation immédiate.

M. HUGUIER a vu dans le service de M. Gerdy, une balle, traversant la cuisse, briser le fémur au niveau du petit trochanter ; une hémorrhagie nécessita la ligature de la fémorale au pli de l'aine. Néanmoins la guérison fut complète au bout d'un an.

M. FORGET demande si dans les cas de guérison précités il n'y a pas eu de fistules, ni d'esquilles, ni de longues suppurations. Il a observé un capitaine qui avait reçu des soins de Dupuytren pour une balle qui avait brisé le fémur au niveau des trochanters, à la bataille de Waterloo. Le membre avait été conservé, et la guérison avait été obtenue avec un cal énorme. Mais la cure avait été très longue ; un très grand nombre d'esquilles étaient sorties, avec accompagnement de suppuration indéfinie à travers des fistules intarissables. Il ne se passait pas plus de cinq à six mois sans que de nouvelles recrudescences se montrassent ; il se formait des abcès, et des fragments osseux se faisaient jour au dehors. En 1852, ces accidents existaient encore.

M. LARREY reconnaît que la guérison, en effet, ne s'opère pas sans abcès, fistules, esquilles primitives, secondaires, tertiaires si l'on veut ; la durée de la maladie est toujours fort longue ; mais tout cela disparaît en présence de la terrible mortalité qui suit la désarticulation de la cuisse.

M. GIRALDÈS a vu il y a deux mois, dans un journal anglais, que M. Erichsen avait pratiqué avec succès une désarticulation de la hanche nécessitée par un accident.

Un deuxième fait est celui d'un garde mobile, qui, en 1848, reçut une balle dans la hanche. Le grand trochanter fut broyé. On tenta la conservation. Des accidents très graves survinrent : l'articulation suppura ; un abcès, suivant la gaîne du psoas, remontait dans le ventre. Blandin, consulté, fut d'avis de laisser le malade à son sort, dans la crainte de le voir succomber pendant l'opération. Aujourd'hui, ce blessé est parfaitement guéri. Il y a ankylose de la hanche ; mais la marche s'effectue bien nonobstant.

M. DENONVILLIERS partage entièrement l'avis de M. Legouest sur cette question. Il a vu, en effet, succomber tous ceux qui ont été soumis primitivement à l'opération en question. Au contraire, il a observé un officier qui eut le fémur fracturé par un coup de feu au niveau des trochanters, et qui a néanmoins parfaitement guéri. A diverses reprises il se forma des abcès, des fistules qui donnèrent passage à des esquilles, et même à des morceaux de vêtements. Mais aujourd'hui cet officier, qui a été longtemps soigné par Roux, marche très bien, et peut même chasser ; il boite seulement un peu, en raison du raccourcissement du membre.

M. Clot-Bey a pratiqué, en 1830, la désarticulation coxo-fémorale, pour une fracture du col du fémur par arme à feu, et trois mois après l'accident. Il mit en usage un procédé qu'il croyait nouveau, mais qui appartient à Delpech. Toujours est-il que le malade succomba au vingt-septième jour, épuisé par une diarrhée chronique. L'examen du membre montra qu'il aurait suffi d'extraire une seule esquille, qui était restée mobile, pour pallier sans doute les accidents, de telle sorte qu'on aurait pu se dispenser de faire la grande opération.

— M. DEMARQUAY montre le moule en plâtre et les dessins microscopiques d'un enchondrome du pied qu'il a récemment extirpé.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société : A. VERNEUIL.

CORRESPONDANCE.

Nous avons reçu, à la date du 9 septembre dernier, la lettre de M. le professeur Forget (de Strasbourg) que nous publions plus bas. Cette lettre, dont l'objet était de revendiquer la priorité d'un fait sur lequel M. Beau venait d'appeler l'attention dans une leçon publiée dans notre numéro du 8 septembre, ne nous ayant point été indiquée par son auteur comme destinée à la publication, nous l'avions considérée (et c'est là notre tort) comme confidentielle. Nous l'avions donc gardée devers nous comme un renseignement dont nous pourrions, à l'occasion, faire usage au profit de la vérité. Ce silence, nous le disons avec regret, a été très faussement interprété par notre honorable confrère M. le rédacteur en chef de la *Gazette médicale de Strasbourg*, qui en a pris occasion de récriminer contre le mauvais vouloir de la presse parisienne à l'égard de la presse de province, et par M. Forget lui-même, qui se plaint, non sans quelque aigreur, de ce qu'il considère (bien à tort assurément en ce qui nous concerne), comme une sorte de conspiration du silence à son égard. Nous pensions avoir prouvé assez par les emprunts nombreux que nous faisons aux journaux des départements et par l'empressement que nous mettons habituellement à publier les travaux qui nous sont communiqués par nos confrères de province, du cas que nous en faisons. Nous croyions, d'un autre côté, avoir donné, dans nos appréciations critiques, assez de preuves d'indépendance et d'impartialité pour être à l'abri du reproche qu'on voudrait nous faire, de sacrifier les droits et les prétentions des travailleurs de la province à l'*initiative parisienne*.

Voici la lettre que nous avait adressée M. Forget, et que nous nous empressons de publier, du moment que nous apprenons que tel était son désir. — Dr Brochin.

Strasbourg, 9 septembre 1855.

Mon cher confrère,

Je viens de lire avec intérêt, dans votre numéro du 8 septembre, une note de M. Beau sur la non-valeur séméiotique de la *pulvérulence des narines ;* car cette note confirme l'opinion que je publiais il y a quinze ans dans mon *Traité de l'entérite folliculeuse*, où l'on peut lire (page 212) : « L'état pulvérulent des narines nous paraît être un effet » purement physique résultant de la faiblesse des mouvements respi- » ratoires ou de l'action de respirer par la bouche, ce qui fait que les » corpuscules suspendus dans l'atmosphère ambiante s'attachent aux » poils des narines, dont ils ne sont plus chassés par l'air qui doit tra- » verser celles-ci. Il n'y a donc là rien qui justifie ce pronostic si fâ- » cheux que les auteurs ont tiré de ce signe, dont la cause consiste » dans un état de prostration entraînant l'*immobilité prolongée* et l'*ac-* » *tion de respirer par la bouche*, qu'on observe le plus souvent dans » l'adynamie. »

Je fais constater tous les jours à ma clinique cette pulvérulence des narines dans les affections les plus variées, et *même chez des sujets bien portants*, qui respirent dans les conditions ci-dessus.

La pulvérulence des narines n'est pas le seul préjugé ayant cours aujourd'hui. Il en est de même d'autres symptômes banals, s'expliquant aussi par des causes très indépendantes de la nature du mal ; et sans sortir de la fièvre typhoïde, je signalerai l'enduit nacré des gencives, les ecchymoses des piqûres de sangsues, les sudamina, la miliaire, etc.

Les erreurs s'engendrent et se répètent par la servilité à l'égard des traditions, et surtout par cette paresse d'esprit, cette étroitesse de vues qui nous empêchent de jeter les yeux autour de nous et de comparer ce qui se passe dans les cas divers.

Quoi qu'il en soit, voici encore une découverte nouvelle qui se trouve dans ce malencontreux *Traité de l'entérite folliculeuse*, lequel semble avoir prophétisé tous les progrès à venir, et dont M. Thirial disait ingénument il y a quelques années : « Pourquoi faut-il que le livre de » M. Forget ne soit pas plus connu parmi nous? »

Agréez, etc., Professeur FORGET (de Strasbourg).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du 29 octobre, M. le docteur Dugast est nommé professeur adjoint de pathologie interne à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon, en remplacement de M. Gruère, nommé professeur honoraire.

— Par suite de la démission de notre honorable confrère M. Andrieux, M. le docteur Dumont, qui a rempli depuis plusieurs années les fonctions de médecin adjoint des Quinze-Vingts, vient d'être nommé médecin en chef de cet établissement.

— M. le docteur Sallion, dit le *Courrier de Nantes*, a prononcé à la rentrée de l'Ecole de médecine de cette ville un discours remarquable où il a reproduit les théories du vitalisme et de l'organicisme, et a conclu à l'éclectisme. Après ce discours, les prix ont été distribués. Les lauréats sont : MM. Guépin, Dufil, Jouon, Fillodeau, Thoinnet, Combeau, pour la médecine ; et MM. Ribourt et Benier (Alphonse), pour la pharmacie.

— M. le docteur Bartlett, connu surtout par son *Traité du typhus et de la fièvre typhoïde*, vient de mourir à Smithfield (Rhode-Island).

— Les journaux de médecine de la Grande-Bretagne organisent l'agitation pour obtenir des modifications au *vaccination-bill*. La principale modification demandée est que le soin des vaccinations publiques soit confié au Conseil de santé, et non aux *Poor-Law-Guardians*, sorte de conseil auquel est remise l'exécution de la loi des pauvres, et qui est accusé de favoriser l'extension de la petite vérole en ne répandant pas assez la pratique de la vaccine.

— M. Becquerel, agrégé de la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital de la Pitié, commencera des conférences cliniques audit hôpital, le lundi 12 novembre à neuf heures du matin, et les continuera les lundis et vendredis suivants à la même heure.

Il y sera traité de toutes les applications de la chimie pathologique à la médecine clinique.

Le Gérant.
Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 12 NOVEMBRE 1855.

Séance de l'Académie des Sciences.

TRAITEMENT DE L'HYDROPHTHALMIE PAR L'INJECTION IODÉE.

Depuis que la méthode des injections iodées a été introduite dans la thérapeutique, il n'est presque pas de jour qui n'ait vu surgir quelque application nouvelle. Aussi, en peu d'années, les faits se sont tellement multipliés, et les limites d'abord posées se sont étendues à un tel point qu'on en est venu aujourd'hui à faire de cette méthode une sorte de branche à part de l'art de guérir qui a son nom, ses règles, ses livres, son enseignement, et jusqu'à ses praticiens spéciaux. Chirurgiens et médecins ont à l'envi injecté l'iode; d'essais en essais on a passé de la cavité vaginale aux articulations, des articulations aux vastes abcès et aux kystes des grandes cavités viscérales, de ceux-ci au péritoine, du péritoine à la plèvre, de la plèvre enfin à l'arachnoïde cérébrale et spinale. Si dans quelques-unes de ces tentatives on a pu dépasser quelquefois les bornes de la prudence, la témérité des médecins, il faut le dire, a eu ici en définitive, pour l'immense majorité des cas, les plus heureux résultats.

On pouvait croire que les dernières limites avaient été atteintes. Il n'en est rien cependant. Deux nouvelles tentatives, suivies d'un égal succès, viennent prouver encore combien cette méthode est féconde en applications. Hier encore nous signalions un de ces essais hardis que la gravité du cas eût excusé s'il eût échoué, et que la réussite a pleinement justifié : l'injection iodée pratiquée dans le péricarde. Aujourd'hui, c'est un nouvel usage de ce puissant agent modificateur dans une cavité qui était restée jusqu'ici en dehors du cercle déjà si étendu de ses applications, dont nous avons à entretenir nos lecteurs. Nous voulons parler de l'injection iodée pratiquée dans l'œil distendu par de la sérosité.

M. le docteur Chavanne, chef de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Lyon, vient de présenter à l'Académie des sciences un mémoire intitulé *De l'hydrophthalmie et de son traitement par l'injection iodée.* Ce mémoire repose sur deux opérations d'injections iodées pratiquées par M. le professeur Bonnet (de Lyon) dans deux cas d'hydrophthalmie.

Voici le résumé très sommaire de ces deux faits :

La première opération, pratiquée il y a deux ans et demi, ne produisit aucun résultat favorable; mais quelques mois plus tard, une mélanose cancéreuse qui exigea l'extirpation de l'œil s'étant montrée évidente, on fut autorisé à attribuer l'insuccès à la complication d'une lésion organique latente au début.

Ce premier insuccès, dont la cause fut ainsi révélée, ne découragea point M. Bonnet, et il saisit quelque temps plus tard l'occasion de répéter l'opération dans de meilleures conditions.

Dans ce second cas, qui était simple, le résultat a été parfaitement semblable à celui que l'on observe dans l'hydrocèle. A une inflammation de quelques jours a succédé un état stationnaire, puis une atrophie graduelle de l'œil, qui, au bout de cinq mois, était réduit à un noyau opaque et enfoncé dans l'orbite.

Si ce second fait ne suffit pas pour démontrer la supériorité de l'injection iodée sur les autres méthodes usitées dans l'hydrophthalmie, il prouve du moins qu'elle peut réussir dans cette maladie comme dans les hydropisies des autres cavités closes.

Les deux faits rapportés dans le mémoire de M. Chavanne ont, sous un autre point de vue, un intérêt non moins grand. Ils ont fourni l'occasion de rectifier une erreur généralement passée dans la science, et de lui substituer une vérité désormais acquise, et qui donne à l'opération si heureusement accomplie par M. Bonnet une base indicative certaine.

On a généralement cru, jusqu'ici, que l'hydrophthalmie consistait dans l'augmentation contre nature de l'humeur vitrée. MM. Bonnet et Chavanne n'ont pas laissé échapper cette occasion de contrôler le fait. Ayant remarqué dans les deux faits dont il vient d'être question que le liquide qui distendait l'œil s'en écoulait à travers la canule du trocart aussi aisément que celui de l'hydrocèle, et qu'il en avait toutes les apparences, le savant professeur avait annoncé à l'avance que le liquide provenant de l'hydrophthalmie (et il ne s'agit ici que de l'hydrophthalmie postérieure ou hyaloïdienne) était de même nature que celui de l'hydrocèle ou de l'ascite, en un mot, de la sérosité, et que l'analyse chimique, suivant toute apparence, ne ferait que vérifier cette prévision. C'est ce qui est arrivé en effet. Une série d'expériences comparatives faites par M. Chavanne lui a démontré, d'une part, que le liquide épanché dans l'œil hydropique n'a aucun des caractères physiques et chimiques de l'humeur vitrée, dont la consistance, semblable à celle d'une solution gommeuse concentrée, ne lui permettrait pas de passer à travers une canule de trocart d'un petit diamètre (3 millimètres), comme celle qui a servi à ces opérations ; et d'autre part, que sa composition chimique est identiquement celle de toutes les sérosités.

Des recherches anatomo-pathologiques ont achevé de le convaincre à cet égard. Elles lui ont montré que dans l'hydrophthalmie postérieure, non-seulement l'humeur vitrée n'est point accrue, mais au contraire qu'elle disparaît peu à peu. A un certain degré de la maladie il n'en reste plus de trace, et l'on ne retrouve que sa membrane ratatinée, nageant dans un liquide nouveau pathologique; ce liquide n'est autre que la sérosité exhalée entre la choroïde et la sclérotique, par l'une ou l'autre de ces deux membranes cellulo-séreuses, peut-être par les deux à la fois, ou encore aussi par le tissu cellulaire intermédiaire.

Ainsi se justifie par la théorie, qui montre en tous points une analogie anatomo-pathologique complète entre l'hydropisie de l'œil et celle des autres cavités séreuses closes, une opération dont l'expérience a montré du même coup la possibilité, l'efficacité et l'innocuité. — Dr Brochin.

HOPITAL SAINTE-EUGÉNIE. — M. BOUCHUT.

Laryngite ulcéreuse aiguë ; pseudo-coqueluche : broncho-pneumonie ; bronchite pseudo-membraneuse. Mort.

Nous avons publié, dans le numéro du 1er septembre 1855, une observation de laryngite chronique ulcéreuse simple, lue à la Société de médecine des hôpitaux par M. Bouchut, et nous avons établi à cette occasion combien étaient rares les ulcérations du larynx dans le jeune âge, soit qu'on les rapporte à l'inflammation simple, soit qu'on les attribue à l'inflammation spécifique, scrofuleuse ou syphilitique. Ce premier fait donne une grande importance à celui qui a été récemment observé dans le même hôpital. On y trouve un nouvel exemple d'ulcération du larynx, à l'état aigu cette fois, sans phthisie laryngée, et produite par une inflammation en apparence dépourvue de spécificité. C'est un exemple de laryngite ulcéreuse aiguë simulant la coqueluche, suivie de bronco-pneumonie et de bronchite pseudo-membraneuse. En voici les détails :

Marie Kuhuminch, âgée de cinq ans, est entrée au n° 12 de la salle

---

EXPOSITION UNIVERSELLE.

PRODUITS PHARMACEUTIQUES ET PRODUITS CHIMIQUES EMPLOYÉS EN MÉDECINE.

(Troisième et dernier article.)

Si la menace et l'injure ont peu de prise sur nous, nous nous faisons un devoir d'accueillir les réclamations lorsqu'elles sont fondées et convenablement exprimées.

MM. Rouet, cultivateurs à Orléans, nous prient d'annoncer à nos lecteurs que la racine d'angélique que nous avons signalée dans leur vitrine est due à une amélioration introduite par eux dans les procédés de culture.

M. Viel, pharmacien à Tours, nous écrit pour revendiquer la priorité de l'invention des capsules sphériques médicamenteuses que nous avons attribuées à M. Clertan; il paraîtrait, d'après des documents dont l'exactitude nous est certifiée par notre honorable confrère et ami le docteur Miquel (de Tours), que ce serait M. Viel qui, en 1843 et 1844, aurait inventé ces capsules. M. Viel nous annonce que dès aujourd'hui il commence les démarches nécessaires pour établir ses droits d'antériorité.

Nous avons dit que nous nous occuperions dans ce dernier article des huiles de foie de morue. Notre intention n'est pas d'examiner toutes celles qui ont été admises à l'Exposition, car, outre les flacons exposés par les pharmaciens, il n'est peut-être pas un seul armateur pour la pêche au banc de Terre-Neuve qui n'en ait envoyé des échantillons. Ce que nous dirions de l'une pouvant s'appliquer à toutes les autres, nous prendrons la question au point de vue général.

Les huiles de foie de morue se divisent en trois grandes classes : noire, brune et blonde ou blanche. L'huile noire est exclusivement employée par la corroierie. Restent la brune et la blanche. Certains médecins préfèrent encore aujourd'hui l'huile blonde à la brune ; mais la majorité paraît enfin, et avec raison, selon nous, se rallier à cette dernière, et la plupart des auteurs qui ont écrit sur ce sujet, MM. Jongh, Tauffiieb, Homolle, etc., sont de cet avis. Pour nous, après avoir employé comparativement les deux espèces dans un grand nombre de cas, nous sommes arrivé à ce résultat, que l'huile blonde est aussi complétement inerte que l'huile d'olives ou l'huile d'œillette, et que la seule huile médicinale est incontestablement la brune.

Un fabricant devant lequel nous exprimions cette opinion nous a répondu : que l'huile blonde contenait cependant de l'iode, et en aussi grande quantité que la brune. — Nous admettons cela parfaitement ; nous admettons même, avec un des auteurs auxquels on doit de précieuses recherches sur la composition de ce médicament, que souvent l'huile blonde a donné à l'analyse plus d'iode que la brune. Mais que prouve cela ? Tout simplement que ce n'est pas par l'iode qu'elle contient qu'agit cette substance. Et en effet, si c'était à l'iode que l'huile de foie de morue dût ses propriétés, les huiles iodées artificielles pourraient la remplacer, *ce qui n'est pas vrai*.

Nous ne savons en vérité quelle mouche pique certains chimistes et certains médecins qui ne veulent voir dans l'estomac qu'un verre à patte, et cherchent à se rendre un compte *mathématique* de tout ce qu'ils versent dans cet ustensile organique. Ils trouvent de l'iode dans l'huile de foie de morue : vite ils font de l'huile iodée, tout aussi désagréable au goût, tout aussi répugnante à prendre (car enfin, il faut bien l'avouer, l'huile de foie de morue est bien loin d'être une friandise de dessert, bien qu'un pharmacien ait eu la singulière idée d'en faire une gelée ou une marmelade) ; donc leur huile iodée ne produit aucun effet (1), et nos Paracelse de s'étonner !... Mais croyez-vous donc, messieurs, que le grand chimiste du laboratoire duquel est sorti l'univers vous ait livré tous ses secrets, qu'il n'ait pas laissé quelque chose de mystérieux, ne fût-ce que pour tenir en éveil votre sagacité, qu'il n'ait pas enfin gardé pour lui quelque tour de main auquel vous n'arriverez jamais ! — Et ce principe extractif, résineux ou bilieux, peu importe, qui donne à l'huile brune sa couleur et sa saveur particulières, n'en fait-es-vous donc rien ? le supposez-vous inutile ? — Nous sommes convaincu, nous, que ce *nescio quid*, cet élément organique qui échappe à l'analyse, est le véritable principe sérieux et important du médicament, et que, privée de cette partie essentielle, l'huile de foie de morue reste une substance inerte et sans propriétés médicinales.

Nous ne saurions donc citer ici, parmi les spécimens exposés par les pharmaciens, que les huiles brunes de MM. Berthé, connu par d'importants travaux sur la matière ; Royer, qui les extrait à froid ; Dublanc, Robiquet, Lobry et Porton (d'Utrecht), etc. ; en recommandant à nos confrères d'éviter avec soin les magnifiques huiles blondes et incolores, épurées, c'est-à-dire dénaturées, décomposées et privées de leurs propriétés essentielles, que l'on trouve en grand nombre dans plusieurs des compartiments de l'Annexe.

Cette revue de l'exposition française nous a mené plus loin que nous ne pensions d'abord, et nous craindrions d'ennuyer nos lecteurs en les promenant devant les vitrines étrangères avec autant de détail. D'ailleurs, les pharmaciens étrangers sont aujourd'hui nos hôtes, et les plaisanteries que nous nous sommes quelquefois permises avec plusieurs de nos compatriotes, tout inoffensives qu'elles sont au fond, pourraient paraître ici déplacées.

Contentons-nous donc de signaler comme les plus saillantes les ex-

(1) Malgré ce que peut avoir de *piquant* l'argumentation de notre très éclairé et très affectionné collaborateur le docteur Foucart, la *Gazette* décline la responsabilité de ce que ses opinions ont de trop *tranchant ;* et loin de les accepter comme *articles* de foi, elle déclare lui *laisser pour compte* plusieurs de ses assertions, celles notamment relatives à l'huile iodée, qui plus d'une fois, de l'aveu de praticiens distingués, a remplacé avec avantage l'huile de foie de morue dans des cas où celle-ci ne peut être supportée. (*Note de la rédaction.*)

Sainte-Marguerite le 1er août 1865, et est morte le 24 du même mois.

Cette enfant, non vaccinée, habituellement bien portante, est née d'un père parfaitement sain. Sa mère est *aliénée*. Elle a six frères et sœurs, tous en bonne santé. Depuis cinq à six jours, perte d'appétit; fièvre. Pas de douleur. Elle tousse, avec quintes très fréquentes accompagnées de *reprises sonores* semblables à celles de la coqueluche, mais très mal caractérisées. La langue est blanche, *sans ulcérations au frein; la voix est altérée*. La résonnance de la poitrine est bonne, et l'auscultation permet d'y entendre des râles muqueux et sous-crépitants généralisés. Pas de diarrhée.—Sirop d'ipécacuanha, 30 grammes.

Le 3 août. L'enfant n'a pas vomi; un peu de diarrhée. La toux s'est encore manifestée avec des quintes semblables à celles de la coqueluche. Pouls à 120. — Sirop d'ipécacuanha, 30 grammes, avec poudre d'ipécacuanha, 30 centigrammes.

Le 5, même état. Quintes nombreuses, avec reprises rauques peu caractérisées. Fièvre très forte. Râle muqueux et sibilant dans les deux côtés de la poitrine. — Julep gommeux, 80 grammes; sirop diacode, 20 grammes; tartre stibié, 5 centigrammes.

Le 6, l'enfant n'a pas vomi et a eu un peu de diarrhée. Toux assez fréquente; plus de quintes ni de reprises, mais chaque secousse de toux produit une congestion violacée de la face avec menace de suffocation. Voix faible, enrouée. Un peu de matité en arrière, à gauche et en bas: respiration bronchique en ce point, sans retentissement appréciable de la voix. Langue blanche, soif fréquente; pouls à 128. Accablement considérable. — Potion stibiée.

Le 7, pas de vomissements; un peu de diarrhée. Même état.

Le 8 et jours suivants, même état; pas de vomissements.

Le 11. La potion n'a produit aucune évacuation gastrique, et a occasionné de la diarrhée. Les lèvres présentent des excoriations à fond grisâtre sur les commissures, et l'accablement persiste. La voix est toujours enrouée. Toux fréquente, pénible; obscurité du son en arrière à gauche. Râle muqueux et sous-crépitant dans toute l'étendue de la poitrine, mais la respiration bronchique a disparu. Fièvre assez forte; pouls à 120.

On cesse la potion stibiée, à cause du commencement de stomatite ulcéreuse qui vient d'être signalé. — Julep; sirop diacode, 15 grammes.

Le 13, persistance de la toux et des râles dans la poitrine; plus de matité ni de respiration bronchique. Fièvre. Un peu d'appétit. Diarrhée. L'enfant maigrit, et ses forces ne reviennent point. Il se fait sur le visage une éruption de pustules d'impétigo, et il n'y en a point sur le corps. — Même prescription.

Le 16, même état. L'enfant s'écorche le visage à l'endroit des pustules d'impétigo et se met la figure en sang. Il n'y a pas d'éruption sur le corps ni aux parties génitales. La toux persiste, et les mêmes râles s'entendent dans la poitrine. Accablement considérable; maigreur; un peu de diarrhée. Fièvre vive; 120 pulsations. — Julep; sirop diacode, 20 grammes.

Le 20, même état; amaigrissement considérable, diarrhée; la toux persiste, et la voix, enrouée, rauque, est si faible qu'on l'entend avec difficulté. Le fond de la gorge est rouge, sans fausses membranes. Il y a encore une petite ulcération sur la commissure des lèvres. Même état de la poitrine, pouls à 120. — Julep; sirop diacode, 20 grammes.

Le 23, l'enfant s'affaiblit de plus en plus; très maigre, elle reste assise sur son lit, ne parle qu'avec peine et d'une voix éteinte; elle tousse toujours : sa poitrine est dans le même état. Diarrhée fréquente, fièvre assez forte.

Le 24, mort.

Nécropsie. — L'ulcération de la lèvre et celles de la bouche n'ont pas le caractère de la gangrène; une simple couche grisâtre, fibrineuse en couvre la surface, qui est peu profonde; elles n'ont pas d'odeur caractéristique.

La base de la langue est gonflée, les papilles cunéiformes hypertrophiées; dépouillée de la saburre qui la couvre, cette partie de la langue présente une légère teinte rouge brun ardoisé; cette coloration de l'injection vasculaire se prononce d'autant plus qu'on approche du larynx; mais il n'y a rien de notable dans le pharynx.

L'épiglotte a ses deux faces très injectées, surtout sa face laryngée, qui même offre une hypertrophie de la muqueuse à la partie médiane; ses bords et leur continuation vers les cartilages aryténoïdes sont comme festonnés (à cause du gonflement inégal de la muqueuse, car il n'y a pas là d'ulcération); ce gonflement hypertrophique du bord adhérent de l'épiglotte, formant une petite tumeur médiane oblongue, se prolonge dans toute la hauteur du larynx; les *ventricules* sont comme obstrués par le gonflement de leurs muqueuses. Les *cordes vocales supérieures* sont d'un blanc mat qui tranche sur la rougeur générale et très gonflées, avec ulcération linéaire sur le bord de chaque corde vocale inférieure. De plus, au niveau de l'extrémité postérieure de la corde vocale gauche et auprès de la face interne du cartilage arythénoïde, il existe une petite ulcération ovalaire de 3 millimètres, à bords inégaux, taillés à pics, très peu profonds. Toute la partie supérieure aux ventricules était dépouillée de son épiderme, et au-dessous il suffit d'un filet d'eau très faible pour détacher une sorte de pseudo-membrane très mince, pâle, peu consistante, qui laisse le derme muqueux à nu, rouge, très injecté; cette pellicule n'occupe pas tout le calibre de la trachée, mais elle se continue jusque dans quelques ramifications bronchiques des plus petites, d'où l'action d'un filet d'eau les fait sortir. Ces petites pseudo-membranes, d'un aspect pultacé, ramifiées comme les bronches, très peu résistantes, existent dans les deux poumons et ne semblent pas même obstruer complétement le calibre des petites bronches qu'elles occupent.

Les deux poumons sont également congestionnés; les ganglions bronchiques rouges, gonflés, non tuberculeux.

Les intestins n'offrent rien de particulier.

Cette enfant est arrivée à l'hôpital sans offrir les traces d'aucune diathèse héréditaire, et elle ne présentait aucun signe de maladie spécifique; à l'autopsie même on n'a pas rencontré de tubercules qui indiquassent l'existence de la scrofule.

Elle toussait très fréquemment par quintes sonores semblables à celles de la coqueluche, et, comme il régnait à ce moment une violente épidémie dans l'hôpital, on crut que l'enfant avait la coqueluche. L'erreur ne fut pas de longue durée. Les quintes avec reprises sonores disparurent et furent remplacées par des quintes accompagnées de suffocation, de rougeur et de gonflement du visage, avec ou sans vomissement de matières muqueuses ou alimentaires. Il n'y avait pas d'ulcération au frein de la langue, et, comme la voix était altérée, un peu rauque, l'idée de la coqueluche fut délaissée pour celle d'une affection aiguë du larynx.

Avant qu'on ait pu même s'assurer du diagnostic, les choses, comme il arrive si souvent dans les hôpitaux consacrés à l'enfance, changèrent de face, et une broncho-pneumonie, caractérisée par la fièvre, des râles muqueux et sous-crépitants généralisés dans les deux côtés de la poitrine, de la matité du côté gauche, de la respiration bronchique sans retentissement sensible de la voix, se déclara, et disparut à peu près complétement au bout de sept jours sous l'influence d'un traitement contro-stimulant approprié.

Au moment où la broncho-pneumonie finissait, laissant après elle une bronchite étendue, accompagnée de fièvre, de râles muqueux et sous-crépitants généralisés, et d'un état général peu satisfaisant, des excoriations labiales, des fissures à fond grisâtre, comme il s'en développe si souvent dans le cours des maladies de l'enfance, se manifestèrent à la commissure des lèvres, et, dans la crainte d'une stomatite grave ou d'une gangrène de la bouche provoquée par l'action antiplastique du tartre stibié, on cessa l'usage de l'émétique, qui fut remplacé par un julep additionné de sirop diacode.

Malgré cette précaution, l'état général ne fit que s'aggraver; la fièvre et l'accablement étaient considérables; la stomatite fit des progrès au dedans de la bouche, et l'altération de la voix devint chaque jour plus marquée. On ne voyait cependant qu'un peu de rougeur sur le pharynx sans concrétion pseudo-membraneuse.

Chaque jour la situation devenait plus grave, non par le fait de l'état local, mais, ce qui fut de plus mauvais augure, par les changements survenus dans l'état général : avec la persistance de la fièvre et de la toux, sans autre lésion locale que celle des bronches, l'enfant dépérissait, avait de la diarrhée et tombait dans un état cachectique qui faisait craindre un commencement de tuberculisation. Elle présenta enfin cette diathèse ulcéreuse si grave qui se développe souvent, à la fin des maladies aiguës ou chroniques de l'enfance traitées à l'hôpital, sous l'influence nosocomiale, et elle finit par succomber.

Ce que nous avons trouvé à l'autopsie justifia bien le diagnostic. Le fond de la gorge, rouge sur les piliers des amygdales, ardoisé sur la base de la langue près de l'épiglotte, et l'état du larynx annonçaient l'existence d'une laryngite ulcéreuse déjà ancienne, quoique étant à l'état aigu. L'épiglotte était déformée, rouge, gonflée, et les cartilages arythénoïdes rendus méconnaissables par suite de la tuméfaction de la muqueuse. L'intérieur du larynx était obstrué par des mucosités; sa muqueuse, rouge, présentait trois ulcérations, dont deux linéaires, très petites, situées sur chaque corde vocale inférieure, et une un peu plus grande, ovalaire, située en arrière du cartilage arythénoïde, à l'extrémité postérieure des cordes vocales. On trouve aisément dans la coloration ardoisée de la langue, dans la déformation de l'épiglotte, le point de départ des accidents observés chez cette petite fille, et c'est à ces altérations, conséquence d'une laryngite aiguë, qu'il faut attribuer la toux de coqueluche avec suffocation et vomissements observés au début de la maladie.

Consécutivement à la phlegmasie du larynx, une broncho-pneumonie se développa dans les salles et guérit en laissant après elle une bronchite, qui à son tour est devenue l'occasion d'une complication diphthéritique et d'une cachexie mortelles.

Quelle est la nature de cette laryngite ulcéreuse? Aucun antécédent, aucun signe ne font supposer qu'elle soit de nature spécifique vulgaire, c'est-à-dire qu'elle reconnaisse pour cause une diathèse syphilitique ou scrofuleuse. En effet, nulle éruption sur le corps et aux parties génitales, ni aucun engorgement ganglionnaire, ne révèlent la présence d'une syphilis constitutionnelle, et l'éruption d'impétigo sur le visage, qui a paru dans les derniers jours de la vie de cette enfant, ne saurait être attribuée à cette diathèse. Nulle altération ancienne, récente ou actuelle n'annonçait l'existence du vice scrofuleux, et dans les hôpitaux de l'enfance, où il est si rare de voir succomber un enfant sans tubercules, celle-ci s'est trouvée ne pas en avoir un seul, de sorte qu'il serait difficile de voir dans cette laryngite ulcéreuse une forme larvée de la scrofule.

Après cette double élimination, il ne reste plus pour expliquer le développement de cette laryngite que l'hypothèse d'une inflammation suivie d'ulcération, et nous pensons que c'est en effet la seule interprétation convenable du fait que nous venons de rapporter.

Que serait devenue cette laryngite sans les complications aiguës qui ont fait périr la malade? C'est ce qu'il est impossible de dire. Les ulcérations du larynx auraient-elles pu se cicatriser sous l'influence d'un traitement émollient ou révulsif, ou devaient-elles donner lieu à une phthisie laryngée, comme dans l'exemple qui a été publié? Ce sont des conjectures sur lesquelles on ne saurait rien établir de raisonnable. L'événement a brusquement interrompu la marche des accidents, et après une broncho-pneumonie, suivie de bronchite pseudo-membraneuse, dont la nature n'a pu être appréciée sur le vivant, un état cachectique avec diathèse ulcéreuse est venu faire périr la malade. C'est à l'examen des poumons que l'on a pu voir dans la trachée d'abord, et dans quelques-unes des dernières ramifications bronchiques, des pellicules fibrineuses, molles, peu résistantes, ramifiées, sans adhérence, qui ont révélé la spécificité du mal. Cette complication était absolument impos-

---

positions de MM. Mouton et Gebel (de la Haye), qui renferment de beaux sels cristallisés et des extraits faits avec soin; Fréd. Jobst (de Stuttgard); Howard et Kent, Bell, Squire, May et Baker, Anglais; Della Souda, pharmacien du sultan. Celui qui tient la tête de l'exposition étrangère est sans contredit M. Lamatsch (de Vienne), dont la vitrine, disposée avec une rare élégance, offre les produits les plus satisfaisants sous le rapport de la pureté, de la beauté des cristallisations, une série d'éthers véritablement magnifiques, etc. Nous avons seulement regretté d'y voir une ou deux conserves renfermant des produits salins pulvérisés, et qui cependant sont cristallisables. Tout produit cristallisable ne doit être livré au commerce que cristallisé, sous peine de devenir suspect. Enfin disons que la Belgique, la Bohême, l'Espagne n'ont offert que peu de produits, et presque uniquement des échantillons de matière médicale. Nous ne saurions cependant sans injustice passer sous silence, dans la vitrine espagnole, les extraits de réglisse de M. Lucia (Aragon), dont la richesse en glycirrhigine, bien supérieure à celle des extraits commerciaux ordinaires, a été signalée dans une note du *Journal de chimie* relative aux falsifications de ce produit.

Parlerons-nous enfin des eaux minérales des divers pays qui encombrent l'Annexe? Pas la plus petite source ne s'est abstenue de se faire représenter ici.

Tout petit prince a des ambassadeurs;
Tout marquis veut avoir des pages.

Hélas! non, nous n'en dirons rien. Les eaux minérales sont les produits du sol, et Sedlitz, Soultzmatt ou Seltz n'ont pas, pensons-nous, de prétention sérieuse à la médaille d'or. Réservons-la pour les produits de l'industrie humaine. Si le grand fabricateur des eaux minérales naturelles se mettait sur les rangs, croit-on qu'il n'absorberait pas à lui seul toutes les récompenses?

Mais, à propos d'eaux minérales, nous ne quitterons pas la grande galerie sans signaler les bouchons inaltérables en gutta-percha que propose pour tous les liquides, mais en particulier pour les eaux salines et sulfureuses, M. Bordet, premier commis de l'Académie de médecine. Frappé des décompositions que fait subir le tannin du bouchon de liége aux eaux minérales dont les échantillons sont tous les jours adressés au laboratoire de l'Académie, M. Bordet a réalisé ce qui n'était d'abord de sa part qu'une vue théorique, et sera bientôt passé à l'état de pratique usuelle et journalière.

Maintenant que notre promenade est terminée, nous avons promis de jeter un rapide coup d'œil sur les résultats généraux de l'Exposition quant à la pharmacie; sur la tendance actuelle de l'art pharmaceutique, sur la voie dans laquelle il devrait entrer en vue du véritable progrès.

Pour nous, le progrès pharmaceutique se résume sous trois chefs principaux : 1° simplification des médicaments; 2° modifications et amendements des formes à leur donner; 3° création de nouveaux médicaments. A chacun de ces trois chefs se rattachent quelques subdivisions que nous passerons en revue.

1° La simplification des médicaments se réduit à ceci : une substance médicamenteuse étant donnée, isoler le principe actif, de manière à avoir un produit toujours identique, inaltérable et facile à conserver, d'administration facile et réductible à un petit volume. Telle est la pensée sous l'impulsion de laquelle ont été découverts, depuis le commencement de ce siècle, les alcaloïdes végétaux, la quinine, la morphine et tous les sels constitutifs de l'opium, la strychnine, etc., et plus récemment, dans ces dix dernières années, la digitaline, l'aloétine. A cette catégorie, nous pouvons rattacher le fer réduit par l'hydrogène, qui nous semble ici mieux placé que dans la classe suivante, bien que l'on pourrait prétendre jusqu'à un certain point qu'il n'y a là qu'une modification de la forme. Mais l'impalpabilité de cette poudre de fer constitue, à plus vrai dire, une simplification, en laissant le métal plus attaquable aux acides de l'estomac.

2° Les modifications et amendements des formes à donner aux médicaments ne sont pas ce qu'il y a de moins important en pharmacie. L'art de déguiser une substance nauséabonde, repoussante ou amère, d'en faciliter l'administration, est une des parties les plus intéressantes de la manipulation pharmaceutique. Ici le véritable progrès sera tout entier dans l'invention ou le perfectionnement qui permettra de faire prendre au malade l'agent médicamenteux sans malaise, sans dégoût, et nous trouvons les capsules de gluten, de gélatine, de baume de Tolu, les dragées, etc. La capsulation des médicaments, sous quelque forme que ce soit, marque un véritable progrès dans la partie matérielle de la pharmacie, et nous croyons pouvoir affirmer que c'est à peu près le seul qui se soit produit depuis bien des années.

3° Reste, enfin, la création de médicaments nouveaux; ceci est autant, plus peut-être, du domaine de la thérapeutique que de celui de la pharmacie; mais nous ne considérons que ce qui touche à cette dernière, et le médecin a besoin du pharmacien pour remplir les indications qu'il croit apercevoir. Ici que trouvons-nous? Les préparations ferro-manganiques dont Lyon a eu l'initiative, le lactucarium. A cette troisième catégorie se rattachera la production, dans d'autres conditions, de médicaments déjà connus, l'acclimatation, si l'on peut s'exprimer ainsi, de produits exotiques : nous avons cité l'opium indigène.

En dehors de ces trois catégories, et, dans chacune d'elles, des substances que nous avons citées, s'est-il depuis vingt ans produit un véritable progrès en pharmacie? Nous croyons, sauf erreur, pouvoir hardiment répondre que non.

Il y aurait bien une quatrième classe à établir, mais elle reste vide encore aujourd'hui, et pour des motifs indépendants des personnes. Ce serait celle où viendraient se ranger les produits élémentaires actifs dont nous venons de parler, et qui seraient obtenus à bas prix, la quinine, la morphine, la digitaline, etc. Ici la chose est plus difficile, et voici pourquoi. Le quinquina, l'opium ont sur le marché un prix élevé et que l'on ne peut faire baisser à volonté. Or les procédés chimiques d'extraction de leurs alcaloïdes sont tellement parfaits aujourd'hui, qu'il serait difficile de les perfectionner assez pour que le prix de revient de ces médicaments types pût devenir inférieur à ce qu'il est

sible à prévoir, et même, en raison de l'affaiblissement général observé dans les derniers jours de la vie, il y avait lieu de craindre des complications d'un tout autre genre. Les ulcérations buccales et l'emploi du tartre stibié pendant plusieurs jours faisaient redouter, au contraire, l'invasion d'une affection gangréneuse. Mais toutes les impressions morbifiques se confondent dans les hôpitaux, et le même sujet présente souvent des réactions morbides de nature opposée. La diphthérie régnait en ce moment d'une manière épidémique dans l'hôpital ; il y avait dans la salle deux enfants atteints de croup, de sorte qu'il n'est pas impossible que la malade, un instant placée sous l'influence d'une cause morbifique particulière, celle de la diathèse ulcéreuse, par exemple, n'ait pu être ultérieurement soumise à l'influence diphthéritique, et n'ait en conséquence été atteinte d'une bronchite spécifique mortelle.

Nous n'insistons pas davantage sur ce point de vue de l'observation qui vient d'être rapportée, et, tout intéressant qu'il soit, nous le laissons à l'écart, pour nous en tenir à la partie nosographique, la plus importante, destinée à établir la preuve de l'existence d'une laryngite ulcéreuse simple chez les enfants. Cette maladie se présente à l'état aigu ou chronique, et dans ce dernier cas elle peut donner lieu aux principaux symptômes de la phthisie laryngée chez l'adulte.

Les nombreux documents qui nous ont été communiqués par M. le docteur Baud, et dont nous ne donnons ici que le résumé, nous paraissent avoir une importance pratique qui les rend dignes de fixer l'attention de nos confrères.

Des propriétés de l'hydroferrocyanate de potasse et d'urée.

Lorsqu'en 1840 j'appelai l'attention des praticiens sur les propriétés antipériodiques et sédatives de l'*hydroferrocyanate de potasse et d'urée*, quelques chimistes mirent en doute la constance de composition de ce produit chimique, dont j'avais remis la formule à l'Académie de médecine. Ces contestations pouvaient se justifier par les difficultés réelles et l'inexpérience primitive d'une fabrication récente encore, et c'est sans doute à la même cause qu'il faut attribuer le disparate des appréciations qui furent alors portées sur ce nouvel agent thérapeutique ; aujourd'hui que tous les doutes ont été levés par de récentes publications de M. Ossian Henry, chef des travaux chimiques de l'Académie de médecine, et que la pratique médicale peut compter sur l'uniformité de composition de ce produit complexe, je crois le moment opportun pour résumer au point de vue thérapeutique les résultats de l'espèce d'enquête expérimentale que j'avais cherché à provoquer parmi mes confrères et que j'ai moi-même poursuivie avec ardeur.

Je me bornerai à énumérer sommairement les principales séries morbides où il a été avantageusement expérimenté.

1° *Fièvres d'accès.* — Quand elles étaient franches et d'origine récente, le sulfate de quinine a généralement donné des résultats plus prompts et plus nets ; il a *coupé* avec l'instantanéité qui lui est propre ces fièvres que l'hydroferrocyanate eût plus lentement *guéries* par une série de dégradations successives ; mais aussi l'assertion que j'avais émise d'abord, que les guérisons plus lentes obtenues par celui-ci sont plus permanentes, moins menacées de récidive, m'a semblé se vérifier complétement. Le dépouillement des observations qui ont été publiées ou qui m'ont été adressées m'a révélé une cause d'insuccès ou de moindre succès, que j'avais déjà signalée : le mode d'administration de l'*hydroferrocyanate de potasse et d'urée* dans les fièvres intermittentes n'est pas le même que celui du sulfate de quinine ; tandis que celui-ci est généralement pris le plus loin possible de l'accès attendu, celui-là doit lui être prescrit le plus près possible de cet accès, à son début et au moment de sa plus forte acuité paroxistique.

Quand, au contraire, ces fièvres étaient d'ancienne date ; quand elles avaient résisté à la médication quinique ; quand elles comptaient un certain nombre de récidives ; quand elles avaient imprimé les stygmates de la dégradation paludéenne à la constitution du sujet ; quand les organes du fébricitant accusaient de l'intolérance pour les préparations quiniques, l'*hydroferrocyanate* a fait merveilles.

2° *Fièvres symptomatiques accidentellement intermittentes.* — Il n'est en quelque sorte pas de pyrexie qui ne se soit montrée accidentellement intermittente, pneumonie, méningite, gastro-entérite, etc. J'ai cité dans mon premier travail à l'Académie des faits de ce genre ; d'autres m'ont été communiqués : dans ces cas spéciaux, l'*hydroferrocyanate de potasse et d'urée* a eu une application d'autant mieux justifiée, qu'il est exempt de toute propriété actuellement incitante, et que partant son administration laisse une sécurité complète au point de vue des organopathies existantes.

3° *Fièvres continues.* — Les observations de ce titre qui m'ont été communiquées sont à peu près toutes de fièvres, soit inflammatoires, soit gastriques, soit muqueuses, primitivement et normalement continues, mais qui ont présenté à une époque quelconque, et sans doute sous l'influence d'une intercurrence paludéenne, le caractère franchement intermittent. Là, le succès de l'*hydroferrocyanate* est simplement du même titre que dans les fièvres intermittentes primitives ; mais il ressort de mes observations particulières que ce médicament modifie très heureusement, souvent même fait disparaître les redoublements paroxistiques des pyrexies continues : la maladie se simplifiait sous son influence, non moins au point de vue de la symptomatologie viscérale qu'à celui de l'état pyrétique.

4° *Fièvres cachectiques.* — Un seul de mes confrères a tenté l'emploi de l'hydroferrocyanate de potasse et d'urée dans un cas de fièvre avec accès nocturnes, symptomatique d'une phthisie pulmonaire fort avancée. Dans divers cas de fièvre cachectique subordonnée à des états morbides variés avec accès ou redoublements plus ou moins irréguliers, l'*hydroferrocyanate de potasse et d'urée*, administré à titre d'adjuvant, d'antifébrile, a le plus souvent amoindri les souffrances, les dangers même de la maladie. Des phthisiques voués à une mort prochaine ont été tenus pendant des mois, pendant une année même dans l'illusion d'une guérison inespérée. Dans un cas de chloro-anémie avec épanchement séreux, j'ai vu sous son influence disparaître les vomissements opiniâtres et les accidents cérébraux périodiques qui menaçaient prochainement la vie du malade, et la guérison a pu être définitivement obtenue par l'usage des eaux minérales de Contrexeville.

5° *Névralgies.*—Les succès obtenus par une foule de praticiens dans le traitement des névralgies franchement discontinues me permettent de placer ce médicament en première ligne, avant même le sulfate de quinine, qui échoue souvent quand l'affection discontinue essentielle est exempte de toute influence paludéenne. Un certain nombre des observations acquises prouvent d'ailleurs que l'hydroferrocyanate a réussi souvent dans le traitement de phénomènes névropathiques à marche discontinue irrégulière ou même continue. Appliqué localement sous forme de pommade, il a déjà fourni de très heureux résultats dans plusieurs cas de sciatique rebelle, dans deux cas de névralgie intercostale, dans un cas de névralgie fort douloureuse de l'épaule et de la partie supérieure gauche du thorax accompagnant un emphysème pulmonaire, dans un cas de névralgie limitée aux branches métatarsiennes du nerf pédieux, etc.

6° *Névroses.* — Quoique je ne possède qu'un nombre fort restreint et fort incomplet de relations de traitements de l'*hystérie* et de la *chorée* par l'*hydroferrocyanate de potasse et d'urée*, je me crois suffisamment autorisé à encourager mes confrères dans cette intéressante voie d'expérimentations. Mes expériences sont mieux justifiées encore au sujet de l'*épilepsie essentielle*. Des succès réels ont été obtenus, quelques-uns provisoires seulement, quelques autres persistant encore depuis plus de deux ans.

En résumé, dans tous ces cas et dans une foule d'autres recueillis *passim* et qu'il serait difficile de classer, l'*hydroferrocyanate de potasse et d'urée* a révélé de précieuses propriétés comme antipériodique, comme sédatif de l'éréthisme fébrile ou nerveux, comme antispasmodique. L'innocuité, l'opportunité même de son administration au moment de la suracuité paroxistique fébrile ou nerveuse ; la sécurité de cette administration, exempte de toute préoccupation d'irritation gastro-intestinale ou d'incitation pyrétique, permettent en outre d'en tenter l'usage dans une foule de cas qui ne ressortent pas du domaine habituel de la médication quinique ou qui la contre-indiquent.

Dr V. Baud,
Inspecteur des eaux de Contrexeville.

De l'action thérapeutique de l'iodure de fer dans les maladies scrofuleuses.

Par M. le Dr S. Moreau.

Il y a longtemps déjà que Lugol proposa et fit généralement admettre l'usage de l'iode et de ses composés dans le traitement des affections scrofuleuses et lymphatiques. Plus tard l'observation de l'utilité des préparations ferrugineuses et de leur efficacité dans la cure de la plupart des maladies avec débilité dont sont fréquemment atteints les jeunes sujets, suggéra à quelques praticiens l'idée heureuse de combiner les deux corps simples, bases des médications que nous venons d'indiquer, et d'essayer comme agent thérapeutique le composé binaire, l'iodure de fer ; l'expérience démontra l'exactitude de cette prévision, et depuis nombre d'années le nouveau médicament a pris place parmi les plus précieuses ressources de la matière médicale. Les observations de Magendie, de MM. Ricord, Pierquin, Dupasquier, Piedagnel et de cent autres ont mis hors de toute contestation la supériorité de l'iodure de fer sur les autres moyens conseillés dans les trop nombreuses affections qui rentrent dans la classe des scrofules.

Dans ces derniers temps, depuis surtout que la découverte d'ingénieux procédés de conservation a permis aux praticiens de compter sur les effets d'un médicament toujours identique dans sa composition, les recueils scientifiques ont souvent reproduit des faits qui ont parfaitement établi les propriétés de l'iodure de fer. Une des meilleures preuves que nous puissions donner de l'excellence du nouvel agent médicamenteux, c'est que son usage s'est étendu à la fois en France et à l'étranger. Or, on sait quelles différences radicales présentent généralement entre elles les médications des divers pays, quelles que soient du reste les causes de ces divergences d'opinions.

C'est ainsi que nous trouvons dans le *Dublin hospital Gazette* (1) un article du docteur Samuel Wilmot, chirurgien de l'hôpital de Steeven, où cet éminent praticien fait un pompeux éloge de l'iodure de fer dont il a obtenu d'admirables résultats, tant dans sa clientèle qu'à l'hôpital. Le mode d'administration qu'il préfère à tous les autres est la forme pilulaire, et il attache la plus grande importance à ce que le sel qui entre dans la composition des bols soit mis à l'abri du contact de l'air, ce que l'on n'obtient, d'après lui, d'une manière certaine que par l'enduit balsamique dont les recouvre M. Blancard.

Le *Dublin medical Press* du 21 mars 1855 contient également des remarques fort intéressantes du docteur Hardy sur les avantages qu'offrent les pilules de M. Blancard chez les adultes, toutes les fois qu'il convient d'administrer l'iodure de fer ; il réserve le sirop pour les enfants, auxquels on ne peut faire avaler de pilules et qui supportent parfaitement la saveur métallique du fer, dès qu'elle se trouve associée à un liquide sucré.

Trois faits du plus haut intérêt sont consignés dans la lettre du docteur Hardy : le premier est celui d'une jeune fille chlorotique qui se rétablit rapidement et recouvra une santé parfaite sous l'influence de l'iodure de fer ; le second est celui d'une dame sujette à de véritables ménorrhagies, et chez laquelle des pertes sanguines exagérées avaient fini par amener un état de débilité générale inquiétant ; enfin le troisième est un exemple assez rare de chlorose chez l'homme.

Un jeune médecin distingué, dont nos lecteurs ont plus d'une fois entendu prononcer le nom, M. le docteur J. Beyran, ancien médecin en chef des hôpitaux de la marine à Constantinople, a bien voulu mettre à notre disposition, pour les études que nous nous sommes proposé de faire sur les préparations martiales, les notes qu'il a recueillies dans sa pratique civile et dans les hôpitaux. On nous permettra de citer les deux faits suivants, qui nous ont paru de véritables types, et dans lesquels la médication iodo-ferrique a été suivie de merveilleux succès.

(1) Mai 1855, page 101.

---

maintenant. Ceci est regrettable, mais ne dépend nullement de la pharmacie ni des pharmaciens. Tout provient du prix élevé de la matière première que l'art doit mettre en œuvre.

Quant à la tendance actuelle de la pharmacie, chose triste à dire ! elle est, à de bien rares exceptions près, plutôt commerciale que scientifique. Mais la faute n'en est pas tout entière à ceux qui l'exercent. La pharmacie est une de ces professions hybrides que l'on ne sait trop à quoi rattacher. Par les études préliminaires qu'il doit faire, les épreuves qu'il doit subir, par son diplôme enfin, le pharmacien tient aux professions libérales. Les examens de pharmacie ne sont dans leur genre ni moins difficiles ni moins coûteux que ceux du droit ou de la médecine. Mais par la boutique, par les marchandises qu'il met en œuvre, par la nature des rapports qu'il doit avoir avec le public, le pharmacien est marchand, et c'est là le malheur. Aussi, suivant ses aptitudes, suivant son caractère, chacun a-t-il bientôt pris sa direction. L'un travaille, fait de la science, et, s'il n'a pas de fortune patrimoniale, meurt souvent de faim ; l'autre devient commerçant dans toute la force du terme. Il se fait spécialiste, invente un taffetas rose pour les cors aux pieds, et comme les badauds sont nombreux, son débit est immense ; le voisin, stimulé par son succès, fait un taffetas jaune pour les durillons, et prend un brevet d'invention ; un troisième, affriandé et voulant sa part du gâteau, fait un taffetas vert, et prend un brevet de perfectionnement.

Ou bien, car s'il y a de l'honnêteté dans tous les états, dans tous aussi se rencontrent des gens qui ne font pas abus de cette qualité, un pharmacien, dans l'espoir d'augmenter sa clientèle, vend ses médicaments un quart moins cher que les autres ; un second diminue son prix d'un tiers, de moitié, et plus encore ; si bien qu'arrivé au moment où son prix de vente est inférieur au prix de revient, pour peu que le diable y pousse, il trompe son client, et ne lui livre en réalité qu'une minime partie de la dose qu'il est censé lui fournir. Nous avions promis, si l'espace nous le permettait, d'aborder la question des tarifs. N'y sommes-nous pas en plein ?

On n'est un bon pharmacien qu'à la condition de vendre très cher.

Le pharmacien n'est pas un marchand ordinaire. Sa vente est limitée, extrêmement limitée. Les médicaments qu'il fabrique ne sont pas de ces objets de première nécessité dont le débit est de chaque jour, de chaque moment. Combien de familles n'ont pas recours au pharmacien plus de trois ou quatre fois dans une année ? Sa clientèle est bien peu susceptible d'augmentation ; elle se borne à son quartier, à sa commune, à sa petite ville ; on ne peut avoir un pharmacien éloigné de chez soi ; en cas d'accidents, on court toujours au plus près. On ne peut donc pas admettre que celui qui vendra moitié moins cher que ses confrères verra affluer à son officine tous ceux qui prenaient leurs médicaments autre part que chez lui.

Et puis les drogues, les produits chimiques, base de ses préparations, proviennent tous des mêmes maisons de commerce, sont cotés aux mêmes prix, et il n'est pas possible que l'un donne à un prix beaucoup moins élevé que son voisin le sulfate de quinine, le sel de morphine, dont la valeur a été la même pour les deux. — A cela, les pharmaciens *humanitaires* répondent : vous vendez trop cher. Contentez-vous d'un bénéfice raisonnable. — Il faudrait s'entendre sur la valeur de ce mot : un bénéfice raisonnable.

Un homme s'empoisonne par mégarde en avalant du vert-de-gris. On court chez le pharmacien, qui donne 5 centigrammes d'émétique pour 5 centimes. L'homme vomit ; il est sauvé. Cela ne paraît pas trop cher, au premier abord ; une vie d'homme pour 5 centimes. A ce prix cependant, l'émétique revient à 1 fr. le gramme, soit 1,000 fr. le kilogramme, et nous trouvons au prix courant de M. Ménier que l'émétique se vend 5 fr. 50 c. le kilogramme. Comprenez-vous ce brigand de pharmacien qui gagne 994 fr. 50 c. sur un kilogramme d'émétique ? N'est-il pas digne du dernier supplice ? — Mais ce que l'on ne dit pas, c'est qu'un pharmacien ne vend pas 500 grammes d'émétique en dix ans, et que s'il en débitait cette quantité grain à grain, il ferait un bénéfice net de 12 centimes 1/2 par jour ! Fi, l'égorgeur !

Pardon de tous ces chiffres ; je ne citerai plus qu'un exemple. Une demi-bouteille de sirop de gomme, soit 450 grammes, préparée suivant la formule du *Codex*, contient de matières premières pour 45 centimes de sucre et pour 15 centimes de gomme. Il faut compter le feu, le temps employé à la manipulation, les déchets des écumes, ce qui reste de sirop après le blanchet ; les 450 grammes reviennent, au bas mot, à 70 centimes au moins. Et certains pharmaciens le donnent à 80 centimes. Il faudra vendre bien du sirop pour acquitter le prix du loyer, de l'éclairage, les appointements de l'élève, du garçon de laboratoire, etc. Tenez, je serais tenté de croire qu'il y a de la gomme, en effet, dans votre sirop, mais que vous ne la mettez que sur l'étiquette, afin qu'on la voie mieux.

J'en étais là de ce feuilleton, et je m'évertuais de bonne foi à chercher comment il se pouvait faire qu'un pharmacien philanthrope gagnât sa vie sans fraude en vendant au-dessous du prix de revient, lorsqu'une vieille histoire, vieille de vingt ans, m'est revenue en mémoire.

Autrefois, avant les chemins de fer, un bateau à vapeur, l'*Insubmersible*, entreprit de transporter des voyageurs d'Orléans à Tours pour 3 fr. par personne. Un autre bâtiment, l'*Inexplosible*, résolut aussitôt de lui faire concurrence, et offrit le même trajet pour moitié prix. Le premier bateau ne resta pas en arrière, et pour faire sauter son rival il ne prit qu'un franc. Tant y a-t-il que de baisse en baisse, l'*Inexplosible*, voulant couler son concurrent, malgré son nom, prit les voyageurs pour rien, et leur offrit de plus, pendant la traversée, une collation, un *lunch*, comme on dirait aujourd'hui. Le second du bâtiment, un associé, crut devoir hasarder quelques timides observations au capitaine au sujet des bénéfices de l'entreprise. — Bah ! bah ! répondit celui-ci, *nous nous rattrapons sur la quantité !*

Ne serait-ce pas le même espoir qu'auraient les pharmaciens *humanitaires* ?

Dr A. Foucart.

Il s'agit d'une fille de sept ans, d'un tempérament éminemment lymphatique, à peau fine et blanche, présentant dans les régions cervicale et sous-maxillaire de petites tumeurs ganglionnaires indolentes, mobiles, coryza chronique, tuméfaction des ailes du nez et de la lèvre supérieure. Ceci accompagné de débilité générale, de diarrhée, etc.

Le garçon, âgé de neuf ans, extrêmement paresseux et apathique pour tout exercice physique ou intellectuel, a une tête volumineuse, couverte de cheveux châtain clair; sa face est pâle, ses yeux cernés; la plupart de ses dents sont gâtées, l'haleine fétide, le ventre anormalement développé. En outre, le malade présente une taie à la cornée de l'œil droit, suite évidente d'une ophthalmie lymphatique; un écoulement sanieux des oreilles; enfin, un chapelet de tumeurs ganglionnaires situées sous la mâchoire inférieure donne à sa physionomie quelque chose de hideux et de repoussant.

« Je fis placer, dit M. Beyran, ces deux enfants dans les meilleures conditions hygiéniques possibles sous le rapport de la pureté de l'air, de l'exposition au soleil, de la sécheresse des appartements, d'une riche et abondante alimentation animale. En même temps, je commençai l'administration des pilules d'iodure de fer.

» Le traitement, chez la petite fille, a duré cinq mois et demi, au bout desquels sa constitution s'est sensiblement améliorée; la diarrhée a disparu, l'appétit est revenu; il restait encore quelques traces des engorgements ganglionnaires, que je combattis heureusement avec la pommade à l'iodure de plomb.

» Quant au garçon, au bout de six mois sa guérison était complète. L'écoulement des oreilles était complétement tari, et son changement physique était tel qu'il eût été presque méconnaissable pour l'observateur non prévenu qui ne l'eût vu qu'avant et après le traitement, et l'eût perdu de vue pendant la durée de la médication. »

TUMEUR ÉRECTILE DU FRONT guérie en six mois par des applications de lactate de fer et la compression.

Par M. le docteur MAGNE, à Souillac (Lot).

En mai 1854, il fut présenté à ma consultation un enfant de dix mois, bien nourri, portant à 4 centimètres au-dessus de l'arcade sourciliaire droite une tumeur de la grosseur d'une châtaigne; elle était de couleur violacée, indolente, élastique, augmentant un peu de volume par les cris de l'enfant, mais sans pulsations ni bruit de souffle.

La mère me raconta qu'à la naissance de son enfant cette tumeur avait le volume d'un haricot, et que, demeurée quelque temps stationnaire, elle avait fait des progrès rapides depuis cinq à six mois. Une sage-femme avait piqué la tumeur avec une grosse aiguille, et il en était résulté une hémorrhagie inquiétante et difficile à arrêter.

La compression ayant été tentée pendant quelque temps sans résultat apparent, un médecin avait proposé l'extirpation, et d'autres la cautérisation.

Je voulus essayer de nouveau la compression, qui peut-être n'avait pas été employée assez longtemps, en l'aidant d'applications styptiques.

Je pensai d'abord au perchlorure de fer; mais redoutant son action caustique, et du reste n'en ayant pas à ma disposition, je m'arrêtai à une solution concentrée de lactate de fer. Je plaçai sur la tumeur une compresse pliée en quatre et fenêtrée, puis une compresse semblable, mais pleine, imbibée de la solution. Je mis par-dessus une légère plaque de plomb, et je maintins le tout par des tours de bande suffisamment serrés. Ce pansement devait être renouvelé trois fois par jour par la mère, jeune femme intelligente qui désirait ardemment épargner à son enfant toute opération par le fer ou les caustiques.

Je ne revis cet enfant que trois mois après. Mes prescriptions avaient été ponctuellement exécutées pendant deux mois. La tumeur avait considérablement diminué de volume sans faire de nouveaux progrès depuis la cessation du traitement. Mais, comme il restait encore une légère proéminence de couleur bleuâtre et un peu élastique, je fis reprendre l'application de la solution ferrée et la compression. Le traitement fut continué pendant près d'un mois, puis cessé et repris pendant quelque temps.

Ces jours-ci, en visitant un malade dans le voisinage de cet enfant, j'ai voulu le revoir, et j'ai trouvé la guérison complète. La compression n'a plus été faite depuis huit ou neuf mois. Il ne reste au front qu'une marque légèrement plombée, de la dimension d'une pièce de 1 franc, et où les téguments semblent un peu plus épais que sur le reste du front.

La guérison de cette tumeur a donc été obtenue par oblitération des vaisseaux variqueux sans douleur et sans inflammation. Je pense que la compression, qui n'est pas certes un moyen nouveau, a été pour beaucoup dans cette cure : cependant seule elle était restée insuffisante. On doit donc rapporter une bonne partie du succès au sel de fer.

ACTION ANTHELMINTHIQUE DU SULFATE DE QUININE.

Le docteur Prosper Delvaux, agrégé de la Faculté de médecine de Bruxelles, a constaté, par un assez grand nombre d'observations, l'action anthelminthique du sulfate de quinine; et il pense qu'on doit rapporter cet heureux effet aux propriétés amères que possède ce médicament. Le sulfate de quinine, selon lui, agirait comme les autres anthelminthiques amers, tels que l'absinthe, la centaurée, etc. Les formules suivantes ont été employées par cet auteur.

La quantité de sulfate de quinine qu'il faut employer varie d'après l'âge des sujets.

De l'âge de deux à dix ans, la dose est de 2 décigrammes à 4 décigrammes dans les vingt-quatre heures.

Si le sujet est plus âgé, on porte la dose de 4 à 6 décigrammes dans les vingt-quatre heures.

Lorsque le sulfate a produit l'effet voulu, on diminue graduellement la dose.

Pendant l'administration de cet agent, on soumet le malade à une alimentation douce.

En général, il n'est pas nécessaire de recourir aux évacuants. Dans quelques cas, cependant, il est bon d'administrer l'huile de ricin ou le sirop de rhubarbe.

Les formules suivantes ont été employées lors de son administration :

1° *Poudres anthelmintiques au sulfate de quinine.*

Sulfate de quinine. . . . . 3 à 6 décigrammes
Sucre. . . . . Q. S.

Divisez en paquets de 1 décigramme.
A prendre un paquet d'heure en heure.

2° *Pilules anthelmintiques au sulfate de quinine.*

Sulfate de quinine. . . . . . . 3 à 6 décigrammes
Miel, poudre d'althéa, de chaque Q. S.

Faites des pilules de 1 décigramme.
A prendre une pilule d'heure en heure.

3° *Électuaire anthelmintique au sulfate de quinine.*

Sulfate de quinine. . . . . . . 2 à 4 décigrammes
Miel blanc. . . . . 60 grammes

A prendre par cuillerée à café d'heure en heure.

4° *Sirop anthelmintique au sulfate de quinine pour les jeunes enfants.*

Sulfate de quinine. . . . . . . 2 à 3 décigrammes
Sirop d'écorce d'oranges. . . . . 40 grammes

A prendre par cuillerée à café.

5° *Lavement anthelmintique au sulfate de quinine.*

Sulfate de quinine. . . . . 3 à 4 décigrammes
Acide sulfurique. . . . . Q. S.
Eau distillée. . . . . 250 grammes.

(*Presse médicale belge.*)

COUR D'APPEL DE BRUXELLES.

Jurisprudence pharmaceutique.

Un arrêt important, destiné à protéger d'une manière efficace le droit de propriété du pharmacien français contre la contrefaçon étrangère vient d'être récemment rendu par la Cour d'appel de Bruxelles. Cet arrêt, outre qu'il flétrit la contrefaçon en général, confirme la jurisprudence maintenant admise par les tribunaux français à l'égard de la tromperie sur la nature de la marchandise. A ce double point de vue, il intéresse une partie notable du corps médical.

Voici les faits qui l'ont motivé :

M. Fumouze-Albespeyres est propriétaire du papier d'*Albespeyres*, dont la vente est considérable en France et dans les pays étrangers.

M. Brunin-Labineau, pharmacien de Bruxelles, a cru pouvoir faire fabriquer et vendre du papier épispastique, qu'il présentait aux consommateurs comme provenant de M. Fumouze-Albespeyres. Le papier ne produisant pas ses effets ordinaires, plusieurs acheteurs ont signalé la fraude au procureur du roi de Bruxelles. Sur ces plaintes, une instruction a été ordonnée pour tromperie sur la nature de la marchandise.

En première instance, M. Brunin-Labineau, déplaçant la question, plaida que M. Fumouze n'avait pas le droit de lui demander, en Belgique, compte des contrefaçons qu'il y faisait, lui contestant d'ailleurs, à lui citoyen français, le droit de se porter partie civile devant le tribunal de Bruxelles.

Ce tribunal déclara en effet que, *quelque déloyale qu'eût été la conduite du prévenu*, les faits ne constituaient pas suffisamment le délit de tromperie sur la nature de la marchandise, et qu'il n'y avait pas lieu dès lors de prononcer de condamnation.

Mais sur l'appel interjeté, tant par le procureur du roi que par M. Fumouze, la Cour d'appel a rendu l'arrêt dont voici les principales dispositions :

« Attendu qu'il est prouvé, tant par l'instruction et les documents du procès que par les débats, que le prévenu, après avoir fait imprimer la contrefaçon du prospectus, des instructions, des étiquettes, de la marque et de la signature qui enveloppent un médicament justement accrédité en médecine sous le nom de Papier épispastique pour le pansement des vésicatoires, de Fumouze-Albespeyres, a, dans un but de lucre, vendu à plusieurs personnes, en 1853, un médicament épispastique qu'il avait préparé ou fait préparer, et qu'il avait, au préalable et frauduleusement, enveloppé de l'imprimé ci-dessus indiqué dans des boîtes également contrefaites, et ce, en l'annonçant et le débitant sous le nom de Papier épispastique d'Albespeyres-Fumouze, n[os] 1, 2 et 3.

» Attendu que le fait de cette vente est prouvé non-seulement par témoins, mais encore par l'aveu du prévenu à l'audience, corroboré d'ailleurs par la saisie, dans son officine, de 490 boîtes, toutes enveloppées de l'imprimé ci-dessus ;

» Attendu que si l'instruction a établi que la base première du médicament Albespeyres, et de celui débité sous ce nom par le prévenu, est la *Cantharidine*, substance épispastique, elle a, d'un autre côté, clairement établi :

» 1° Que le papier employé par Albespeyres et expressément confectionné par lui est d'une nature douce, propre à ménager la sensibilité de la peau; que celui du prévenu ne présente pas cet avantage;

» 2° Que la pommade n'est pas étendue de la même façon dans l'une et dans l'autre préparation;

» 3° Que les points de fusion de la pommade diffèrent dans les deux préparations;

» 4° Que le médicament contrefait est d'une nature inférieure au véritable;

» 5° Que les n[os] 1, 2 et 3 des boîtes véritables sont dosés et gradués de cette manière ; le n° 1, qui se subdivise lui-même en deux catégories, est destiné aux enfants et aux personnes du sexe d'un tempérament faible; le n° 2, aux personnes d'un âge mûr; le n° 3, aux vieillards. L'instruction imprimée a soin de faire connaître aux acheteurs cette condition essentielle;

» Dans la contrefaçon du prévenu, au contraire, bien que les étiquettes et les instructions imprimées annoncent aussi que cette distinction a été observée, il n'y a réellement, pour les trois numéros, qu'une préparation analogue au n° 2, toujours avec les traits d'infériorité ci-dessus signalés;

» Attendu qu'il suit de ce qui précède que le prévenu s'est ainsi rendu coupable du délit de tromperie de la nature de la marchandise qu'il vendait; que la nature d'un médicament ne consiste pas seulement dans la matière première qui en forme la base, mais encore dans la manière dont il est préparé, dans la quotité ou dose qui y est employée à telle ou telle fin, et dans la manipulation plus ou moins habile suivie pour l'attacher à l'excipient ou pour le combiner avec lui;

» Qu'ainsi, dans l'espèce, l'épispastique propre à l'âge mûr a été insuffisant administré au vieillard et trop énergique donné à l'enfant; ces nuances constituent évidemment aussi la nature de la marchandise appelée médicament, dont la propriété est d'être, suivant les doses, inerte, efficace ou nuisible, ce qui est surtout vrai d'une substance épispastiqne, telle que la cantharidine;

» Attendu qu'il est juste de ne point perdre de vue, dans la détermination de la peine, que le délit s'attaque à la santé publique; que le prévenu a déjà été condamné à l'emprisonnement du chef d'un pareil délit; et qu'enfin il a subi de nombreuses condamnations à des amendes pour contraventions aux lois sur l'art de guérir;

» Attendu que la conduite du prévenu, telle qu'elle a été ci-devant établie, a nécessairement jeté sur la propriété de la partie civile un discrédit très préjudiciable à raison, d'une part, de l'étendue du commerce du prévenu, et d'autre part, de la nombreuse clientèle de la partie civile, et qu'il est naturel de penser qu'on aura imputé à celle-ci d'être l'auteur des défauts et des inconvénients de la drogue du prévenu;

» Attendu que ce préjudice est réel, et que la partie civile est recevable et fondée à en demander la réparation aux termes des art. 1382 du Code civil, et 1er du Code d'instruction criminelle;

» Rejette et déclare non fondées les exceptions et fins de non-recevoir proposées devant elle par le prévenu;

« Statuant sur les appels du ministère pnblic et de la partie civile,

» Confirme le jugement attaqué en ce qu'il a rejeté l'exception de non-recevabilité du prévenu, met au néant tout le surplus du même jugement;

» Émendant, déclare Jean-Népomucène-Adolphe Brunin-Labineau coupable du délit prévu par l'article 423 du Code pénal, pour avoir, à Bruxelles, en 1853, trompé les acheteurs sur la nature de la marchandise qu'il leur vendait, à savoir, en leur vendant pour du papier épispastique pour le pansement des vésicatoires de la maison Albespeyres-Fumouze, un papier épispastique contrefait et différent de nature du véritable;

» Et vu les articles 423, 42 du Code pénal et 194 du Code d'instruction criminelle,

» Condamne ledit Jean-Népomucène-Adolphe Brunin-Labineau à un emprisonnement d'une année, et par corps à une amende de 200 fr. et aux frais des deux instances;

» Faisant droit sur les conclusions de la partie civile,

« Condamne ledit Brunin-Labineau, même par corps, *à payer à celle-ci la somme de* 4,000 *fr.* à titre de dommages-intérêts;

» Autorise l'insertion du présent arrêt à la diligence de la partie civile, et aux frais du condamné, dans un journal de Paris et dans un journal de Bruxelles, au choix de la partie civile. «

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La séance de rentrée de la Faculté de médecine est remise au lundi 19 novembre à une heure, à cause de la distribution des médailles de l'Exposition universelle, qui doit être faite par l'Empereur jeudi prochain 15.

— M. le docteur F.-A. Aran, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, professeur agrégé à la Faculté de médecine, ouvrira son cours public de thérapeutique générale et appliquée le mardi 13 novembre, à sept heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique, et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à la même heure.

Nos abonnés nous demandent souvent de transmettre leurs mémoires aux Académies, de leur faire parvenir du vaccin, des livres, des instruments, etc. Nous leur rappelons qu'une personne attachée à l'administration de la *Gazette* est toujours à leur disposition pour rendre ces petits services.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

De la Suette miliaire, de sa nature et de son traitement. Traité pratique suivi d'une analyse de toutes les épidémies de suette observées jusqu'à nos jours ; par le docteur A. FOUCART, lauréat (médaille d'or) et ancien chef de clinique de la Faculté de Paris. — Un vol. in-8°. Prix : 6 fr.

De la Digitale, et du meilleur mode d'emploi de cette plante. In-8°. Prix : 1 fr.

Dans un mémoire que M. Labélonye, pharmacien à Paris, a publié sous ce titre, il établit que les propriétés sédatives et diurétiques de la digitale sont dues aux divers principes que renferme cette plante, et non à un seul principe particulier, et que tous ceux qu'on en a isolés ne jouissent que très imparfaitement de ces deux propriétés si distinctes.

Il indique l'extrait hydro-alcoolique, préparé dans le vide, comme les réunissant le plus complétement, et signale les avantages qu'offre à la thérapeutique le *sirop de digitale* préparé avec cet extrait d'après la formule qu'il a publiée (1).

Lorsqu'une substance, comme le quinquina, par exemple, dit M. Labélonye, doit être administrée à des doses tellement élevées que les formes pharmaceutiques ne peuvent en masquer la saveur repoussante ni épargner aux malades le dégoût qu'elle inspire, nous admettons, avec tout le monde, que celui qui parvient à concentrer dans quelques grammes de matière les principales propriétés curatives de cette substance, rend un véritable service à la société. Mais la digitale est bien loin d'être dans le même cas, elle agit à de très faibles doses.

Il est, du reste, évident que les propriétés sédatives et diurétiques si distinctes de cette plante sont dues, non à un principe unique, mais à la réunion des différents principes qu'elle renferme. La seule chose importante, au point de vue de la thérapeutique, était donc de trouver une forme pharmaceutique d'un emploi facile les réunissant tous.

En examinant ces divers principes, il est facile de reconnaître que l'alcool hydrate à 22° *B*° (56° C.) est le menstrue le plus propre à les dissoudre; et que dès lors, l'extrait hydro-alcoolique préparé dans le vide est incontestablement la préparation qui contient, sous un petit volume, les principes auxquels on peut attribuer les diverses propriétés de la digitale. On sait, en effet, que cet extrait agit à la dose de 5 centigrammes (1 grain).

Je le demande donc : est-il bien nécessaire de chercher à obtenir un produit plus actif, et cela ne peut-il pas présenter, au contraire, de grands inconvénients, lorsque ce produit, comme la digitaline, qui ne jouit cependant que d'une partie des propriétés de la plante, ainsi que cela est établi par tout le monde, est d'une activité telle, qu'à la dose de quelques globules il peut déterminer un empoisonnement?

Le savant rapporteur de la commission de l'Académie de médecine déclare, en effet, « que les expériences faites par lui tendent à prouver que l'action diurétique est bien loin d'être constante, puisqu'elle n'a été signalée, sans preuve suffisante, que chez un des sujets auxquels il a fait prendre la digitaline depuis environ quatre ans, de sorte que, dans ce cas unique, il se pouvait bien que la digitaline ne fût pas la cause de l'action diurétique présumée. »

L'extrait hydro-alcoolique peut être administré facilement sous toutes les formes pharmaceutiques, mais la forme sirupeuse doit être préférée; elle est d'un emploi plus agréable et plus facile, et l'excessive division du médicament ne peut que favoriser son action.

L'expérience démontre, en effet, que le sirop de digitale préparé d'après la formule que j'ai publiée, est d'une innocuité parfaite sur l'estomac ; qu'on peut administrer sans crainte sous cette forme la digitale dans les affections de poitrine, où elle agit d'une manière si remarquable, et qu'il jouit au plus haut degré de l'action diurétique et sédative de la digitale.

Ces deux ouvrages se trouvent chez Labé, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 33.

(1) V. *Officine de Dorvault.* — *Formulaire de Bouchardat.* (Dernière édition.)

LE SOURD.
Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 133. — JEUDI 15 NOVEMBRE 1855. (28e ANNÉE.) N° 133. — JEUDI 15 NOVEMBRE 1855.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 14 NOVEMBRE 1855.

Séance de l'Académie de Médecine.

Ceux qui avaient pensé qu'après le discours de M. Bouvier, rétablissant et remettant dans leur vrai jour les textes des auteurs et leur sens médical, et celui de M. Bouley, apportant à la tribune le fruit d'une longue expérience pratique, la discussion était close et n'avait plus de raison de se prolonger davantage, ceux-là ont dû se convaincre hier de l'étrange erreur où ils étaient. Plus on croit avoir raison contre M. Malgaigne, et plus on fournit d'aliments à son inépuisable et sarcastique verve oratoire. C'est à décourager les plus intrépides et les plus convaincus. Et cependant, combien parmi les assistants ont pu se dire encore, malgré l'immense effet produit sur l'assemblée par cette philippique étincelante : et pourtant le séton est bon à quelque chose, et il y a du vrai dans la doctrine de la révulsion!

Pour nous, nous avions pu croire un instant que l'opposition de M. Malgaigne n'avait d'autre mobile que le caprice d'un esprit enclin à la contradiction et quelque peu amoureux du paradoxe, et nous nous étions pris à regretter tant de frais d'esprit et d'érudition, dépensés pour un motif aussi frivole et en vue d'un succès aussi éphémère. Mais il paraît que nous étions aussi dans l'erreur. Il semble évident aujourd'hui que la lutte engagée par M. Malgaigne n'est pas un jeu. Le séton n'est qu'un prétexte, ou plutôt une occasion que toute autre médication eût pu lui fournir également pour faire passer la médecine ancienne tout entière sous le fouet de son impitoyable critique. C'est un nouvel *Examen des doctrines médicales* qu'il se propose de refaire. Mais M. Malgaigne a-t-il oublié ce qu'il reste aujourd'hui de l'illustre réformateur dont il paraît vouloir suivre les traces? Quoi qu'il en soit, ce discours, loin de clore la discussion, ne fait que l'ouvrir, en l'agrandissant et en l'élevant à la proportion des plus belles et des plus importantes questions que l'Académie ait jamais eu à résoudre. Ses collègues voudront-ils le suivre dans cette voie? Nous le désirerions plus que nous ne l'espérons.

S'il n'en était pas ainsi, si MM. de l'Académie craignaient de se laisser attirer sur un terrain aussi brûlant, en face d'un pareil adversaire, ce serait à la presse qu'incomberait l'honneur périlleux de relever le gant. Nous essayerons, dans l'humble limite de nos moyens, de faire voir prochainement qu'au fond de tout cet éblouissant miroitage oratoire, il y a plus d'artifices de langage que de bons et solides arguments, plus de jeux d'esprit que de sérieuse et rigoureuse critique.

Dr Brochin.

HOPITAL COCHIN. — M. GOSSELIN.

Des kystes du maxillaire inférieur.

A l'occasion d'un fait assez rare qui se présente aujourd'hui dans mon service, j'ai à vous tracer d'abord l'histoire fort intéressante d'une malade, et à vous parler ensuite des kystes du maxillaire inférieur en général. Il s'agit d'une jeune femme de vingt-cinq ans, ayant toujours joui d'une bonne santé habituelle, n'ayant jamais rien éprouvé de particulier du côté de la bouche, à part une ou deux fluxions légères, et qui commença à s'apercevoir, il y a sept mois, d'un gonflement de la mâchoire inférieure avec ébranlement d'une molaire. Comme elle souffrait beaucoup, elle crut avoir trouvé un remède à ses douleurs en se faisant extraire cette dent, bien qu'elle ne présentât aucun signe de carie. L'avulsion de la molaire ne fut suivie d'aucun soulagement, contre son attente, et la malade remarqua même qu'après chaque succion exercée sur l'alvéole elle ramenait du sang avec la pointe de la langue. La tuméfaction augmentant, elle alla consulter M. le docteur Baucher, qui jugea à propos de faire une ou deux ponctions exploratrices qui donnèrent issue à du liquide, mais qui n'entraînèrent qu'une amélioration peu marquée, qu'une diminution de volume tout à fait transitoire.

Les progrès du mal ont décidé cette femme, dont le moral commençait à s'affecter, à entrer à l'hôpital. Voici ce que nous avons observé : du côté de la peau, et à la région parotidienne, une tumeur du volume du poing, très arrondie, sans bosselures, et qui présentait au toucher une dureté considérable vers le col du condyle, puis une certaine résistance avec sensation de tumeur osseuse au niveau du bord postérieur de la mâchoire. Plus bas, nous rencontrions les traces d'une tumeur à consistance molle et avec fluctuation, et quand on venait à l'affaisser, les doigts percevaient le mieux du monde la sensation de *parchemin*, si bien décrite par Dupuytren. A la face interne de la joue, la tumeur n'était plus d'une dureté osseuse, mais fluctuante et non parcheminée. Du côté de l'arcade dentaire, il manque la dent arrachée (c'est la première grosse molaire), ainsi que la dent de sagesse du même côté; elle n'est jamais sortie, et cependant les trois autres sont à leur place.

A quoi avions-nous donc affaire? A une tumeur de l'os maxillaire lui-même, et nous pensâmes qu'elle avait pu se développer dans l'épaisseur même de la branche de la mâchoire, comme s'il eût été possible d'introduire un tube et de souffler.

La dénomination de *spina ventosa* vient de là. De quelle nature était cette tumeur osseuse? Etait-ce un ostéosarcome, une tumeur fibreuse interstitielle enkystée ou un kyste contenant un liquide? En tenant compte de l'âge de la malade, de sa florissante santé, de l'absence complète de tuméfaction ganglionnaire, de cette fluctuation indiquant la présence d'un liquide abondant, des résultats fournis par les ponctions exploratrices pratiquées par M. le docteur Baucher, je fus éloigné de songer à un cancer interstitiel de la mâchoire. Je diagnostiquai presque en toute certitude un kyste du maxillaire, de la nature de ceux que Dupuytren a décrits, ne contenant que du liquide, et peut-être bien quelque part dans le kyste des productions fibreuses, uniloculaires ou multiloculaires, mais je fis des réserves sur ce dernier point. Le long du bord postérieur de l'os existaient encore des duretés osseuses, non fluctuantes, qui pouvaient en imposer pour des productions fibreuses ou cancéreuses; mais les développements hypertrophiques au voisinage des kystes ne sont rien autre chose que des hyperostoses, et ne viennent point du tout du cancer; l'os a seulement sa vitalité augmentée. Les hyperostoses disparaissent d'ailleurs presque aussitôt après l'opération, et les cas de nécrose, complication qui serait à craindre, sont de la plus grande rareté.

Les kystes du maxillaire inférieur sont loin de se présenter toujours dans les mêmes conditions. Tantôt ils contiennent de la sérosité, une humeur épaisse ou sanguinolente, du pus, une substance gélatiniforme, des hydatides, des dents, tantôt des corps fibreux. Tantôt la tumeur réside dans une des moitiés latérales de la base de la mâchoire; d'autres fois elle s'étend jusque dans la branche ascendante ou s'y développe primitivement. Tantôt la masse fibreuse adhère à peine aux parois du kyste, dont on la détache avec la plus grande facilité; d'autres fois elle leur est intimement unie.

Les causes sous l'influence desquelles se montrent ces tumeurs sont, en général, fort obscures; il est remarquable que dans la plupart des observations on a noté que les sujets étaient jeunes, robustes, et présentaient les apparences de la meilleure santé.

Les premiers signes qui révèlent l'existence de cette maladie sont une gêne habituelle, une douleur sourde dans quelques cas, accompagnée d'élancements dans d'autres. L'existence de la douleur, sa nature, sa persistance, semblent tenir aux rapports que le produit enkysté affecte avec le nerf dentaire; il résulte de recherches anatomo-pathologiques faites par M. Forget, que tantôt le canal dentaire demeure intact, et que tantôt, au contraire, il est largement ouvert et cesse ainsi de protéger le cordon nerveux et vasculaire qu'il renferme. Dans ce cas, la compression du nerf dentaire par la tumeur est excessivement douloureuse, et peut s'accompagner d'élancements très vifs qui s'irradient au loin sur la face.

Au bout d'un temps plus ou moins long, on voit apparaître une tuméfaction, d'abord à peine sensible, mais qui fait des progrès constants. Cette tuméfaction, produite par le refoulement excentrique de l'enveloppe osseuse de la tumeur, est généralement régulière; elle ne présente ni bosselures, ni enfoncements. Peu à peu la coque osseuse, distendue et amincie, se laisse déprimer lorsqu'on la comprime avec une certaine force sur les points les plus saillants. Si la maladie était abandonnée à elle-même, le kyste osseux finirait probablement par être perforé, et la tumeur se développerait dans la bouche en soulevant la membrane muqueuse buccale. Les dents implantées sur la tumeur sont déviées; elles sont déjetées en dedans et en dehors, suivant que le corps fibreux

LETTRE SUR LA SAIGNÉE.

En médecine, les minuties ont leur valeur et méritent la peine qu'on s'occupe d'elles.
(TROUSSEAU, *Leçons sur les angines*, 2 octobre 1855.)

Mon bon ami,

Au commencement de ce siècle, un jeune virtuose, plein d'ardeur, vint prendre conseil du premier compositeur de l'Italie; il lui demanda ce qu'il fallait faire pour devenir un homme illustre en musique.

Le maëstro jeta un coup d'œil sur son visiteur, le fit approcher, examina attentivement les formes de son individu, son crâne, ses mains, l'invita à vocaliser pendant quelques instants; puis il lui dit : Faites toutes les gammes durant sept années, attachez-vous à les comprendre, et si vous arrivez à en saisir exactement toutes les nuances, vous serez le premier musicien du monde; en tout cas, venez me retrouver à l'expiration du temps indiqué.

A la fin de la septième année l'élève reparut, il avait suivi les conseils du maître; il était, en effet, devenu le plus grand compositeur de l'Italie.

Si par hasard un jeune élève en médecine venait me poser une question relativement semblable, je lui répondrais, après avoir examiné sa personne : *Quand vous ferez bien une saignée, vous serez chirurgien; alors qu'en tous cas vous saurez l'ordonner ou vous en abstenir à propos, vous serez un grand médecin.*

Sachez que la saignée, considérée comme opération chirurgicale, est fort difficile; elle exige des connaissances anatomiques précises; elle demande beaucoup d'attention et d'habileté; elle peut être accompagnée des accidents les plus graves et de tous ceux des grandes opérations, et de plus être suivie de mort immédiate ou consécutive.

Notez que Benjamin Bell a écrit avec vérité qu'il n'avait presque jamais vu exécuter la saignée selon les vrais principes de l'art.

Voici l'énoncé de ces circonstances formidables; ce sont la syncope, l'ecchymose, l'abcès, la piqûre d'un tendon, d'une aponévrose, du périoste; la gangrène, la blessure des nerfs, la phlébite, l'introduction de l'air dans les cavités droites du cœur, l'ouverture d'une artère, etc.

Cette nomenclature lugubre et trop naturelle ne vous permettra plus de songer sans frémir qu'un grand nombre d'ineptes en chirurgie osent pratiquer la saignée et le font tous les jours.

Considérée sous le point de vue médical, elle est aussi redoutable. La lecture des anciens indique qu'elle fut mise en usage dans les temps les plus reculés, et chez tous les peuples à peu près. Vantée par Hippocrate, elle fut supprimée par Chrysippe et Erasistrate. Asclépiade rejeta toute espèce d'émission sanguine; mais dans des temps postérieurs, Celse, Cœlius Aurelianus, Arétée en rétablirent l'usage.

Depuis, elle fut tour à tour en honneur et en discrédit, selon les vues ou les caprices des sommités existantes, comme le sont, hélas, encore bien des pratiques médicinales de nos jours.

Trahit sua quemque voluptas.

Je vous l'ai souvent dit, mon ami, avant de vous livrer à la pratique de l'art, il faut posséder la science; avant de vous occuper des effets thérapeutiques ou pathologiques de la saignée, vous devrez en étudier les suites physiologiques. Je ne comprends et n'admets que la discussion assise sur le savoir et la saine observation. Pour se permettre d'ordonner une saignée, pour oser verser cette chair coulante de Bordeu, répandre ce *pabulum vitæ*, il faut en connaître :

1° Les effets immédiats;

2° Les suites locales;

3° Les conséquences générales.

Il faut être pénétré des vérités découvertes par Haller touchant l'irritation.

Il faut s'identifier avec ce que l'on peut obtenir par la saignée des veines, par celle des artères, celle des vaisseaux capillaires, au moyen des sangsues et des ventouses.

Il faut aussi savoir que la saignée agit avec mystère dans certains cas où, faite sur la peau, elle produit de notables effets dans les parenchymes des organes intestinaux, lors même qu'il n'y a aucune communication entre les capillaires cutanés et les vaisseaux profonds des cavités qui les contiennent.

Tout cela a fourni la matière de longs écrits à des hommes habiles;

tend à faire saillie vers la convexité ou la concavité de la mâchoire; souvent elles vacillent et tombent.

Outre la difformité qui l'accompagne, cette affection cause de la douleur; elle apporte de la gêne à la mastication, à la phonation et à la respiration, symptômes qui sont dus en grande partie au refoulement de la langue, qui se trouve repoussée du côté opposé à la tumeur. Quels que soient le volume et l'ancienneté de celle-ci, la peau qui la recouvre conserve sa coloration normale; jamais elle ne présente ces verrues variqueuses que l'on observe si souvent quand il y a cancer de l'os.

Contrairement à ce qui s'est passé chez notre malade (car elle ne fait remonter qu'à sept mois l'invasion de sa maladie), la marche du kyste du maxillaire inférieur est très lente : plusieurs années sont habituellement nécessaires pour que la tumeur ait fait des progrès capables de fatiguer; quelquefois elle semble rester stationnaire pendant un temps variable, puis elle s'accroît de nouveau. Parvenue, pour ainsi dire, à son état d'entier développement, la tumeur présente la crépitation caractéristique, ce qui rend facile l'établissement du diagnostic. Il n'en est pas de même au début de l'affection; on peut alors la confondre avec le gonflement qui résulterait de la présence d'un séquestre enfermé dans le corps de l'os, avec une exostose, avec un ostéosarcome. Mais la forme régulièrement arrondie, la lenteur du développement, l'intégrité parfaite de la peau, l'absence de douleur lancinante ou nocturne, d'engorgement des ganglions sous-maxillaires, de veines variqueuses sur la tumeur rendent très probable, sinon certaine, l'existence d'une tumeur fibreuse formée dans le corps de l'os.

Ces tumeurs de la mâchoire paraissent peu disposées à subir la dégénérescence cancéreuse, mais elles résistent à tous les moyens employés dans le but d'en obtenir la résolution. Pour en débarrasser le malade, il faut généralement en venir à l'extirpation. Mais je ne veux pas ici entrer dans de longs détails à ce sujet, et, pour le cas particulier qui nous était soumis, j'aborde la description du procédé opératoire auquel vous m'avez vu avoir recours.

Je n'ai d'abord jamais songé à la résection du maxillaire inférieur, mais je voulais que la cavité disparût, qu'elle s'oblitérât, et que l'ouverture établie ne se fermât pas avant que la cavité fût effacée. J'attaquai donc le kyste par la face interne; je pratiquai une longue incision. Je m'aperçus qu'il n'y avait avec le liquide que de légères traces de productions fibreuses, et ne trouvai point la dent de sagesse. Afin d'empêcher l'incision de se cicatriser, j'ai bourré le kyste de charpie, et mon intention, afin de maintenir l'ouverture béante, est d'agrandir l'ouverture tous les cinq ou six jours. Je me suis bien gardé de faire l'excision; il m'eût fallu disséquer la muqueuse, et je me serais exposé à laisser de difformes cicatrices, ce qu'il faut toujours éviter, surtout chez les femmes.

Le peu de sang qui s'est écoulé pendant l'opération s'est spontanément arrêté, et il n'est point survenu depuis d'accidents inflammatoires. Je fais laver fréquemment la bouche avec une liqueur détersive; je fais prendre à la malade des boissons rafraîchissantes; je ne lui permets que des aliments liquides, afin d'éviter l'irritation causée par la mastication, et chaque jour je constate de nouveaux progrès vers la guérison.

HOPITAL DE LA CHARITE. — M. Piorry.

Leçons cliniques sur les gastropathies (1).

(Recueillies par M. Frédéric Dubiau, aide de clinique.)

5° *Aérogastrie* (souffrance de l'estomac occasionnée par des gaz). — Ce n'est que par exception, dit M. P. Bérard, qu'on trouve des gaz dans l'estomac pendant la digestion stomacale; on en rencontre, au contraire, normalement en dehors de ce travail. Ces deux propositions impliquent déjà l'existence des gaz dans l'estomac. Or à quelle cause peut-on rapporter cette affection si fréquente et si insupportable? Les gaz qui distendent ainsi l'estomac peuvent venir de deux sources différentes, du dedans ou du dehors, et il est très facile de constater leur présence dans ce viscère. La percussion médiate circonscrit, en général, assez facilement l'espace qu'occupe l'estomac : il y a alors résonnance tympanique. Dans certains cas même l'estomac a pris un tel développement que, s'élevant au-dessous du poumon gauche, il peut en imposer pour un pneumo-thorax : la limitation exacte de l'espace sonore, la différence de sonorité entre l'estomac et les poumons, les résultats de la percussion profonde et superficielle éviteront toute erreur.

Les gaz qui prennent naissance dans l'estomac proviennent probablement (et quoi qu'on en ait dit) à peu près tous des aliments. Il faut en excepter une très minime quantité, dont l'origine obscure est attribuée à l'exhalation. On les constate en dehors du travail digestif; mais aussi il faut reconnaître que pendant la digestion il s'en produit dans l'estomac. Cette opinion, quoiqu'en opposition avec celle de M. le professeur Bérard, est la conclusion d'expériences pratiquées sur l'homme sain pendant la durée de la digestion stomacale (1853).

De la même façon, il existe une autre cause de l'aérogastrie, qui, devenue une infirmité chez certains individus, sera chez d'autres un bénéfice de nature. En effet, l'on sait avec quelle facilité certaines personnes, par suite d'un mouvement automatique de déglutition, avalent de grandes quantités d'air; elles ne cherchent guère à arrêter cette déglutition, et les gaz constamment ingérés sont une cause de douleurs gastriques. Dans d'autres cas, l'estomac renferme déjà des fluides élastiques provenant de digestions antérieures, mais en trop faible quantité; alors un mouvement involontaire identique à celui qui vient d'être signalé introduira un volume d'air assez considérable pour distendre l'estomac et favoriser ainsi une contraction énergique qui videra complétement ce viscère. L'aérogastrie peut donc reconnaître deux sources principales.

Quelle que soit d'ailleurs l'origine de ces gaz, leur accumulation donne naissance à une collection de symptômes variés, dont quelques-uns sont parfois décrits sous le nom d'*asthme nerveux*. L'estomac distendu refoule de bas en haut le foie et le diaphragme, et paralyse en partie l'action de ce muscle. La respiration étant ainsi privée d'un de ses principaux agents, il n'est pas étonnant de voir survenir des accès de suffocation; le cœur se contracte violemment et avec fréquence; il simule de véritables palpitations, et, pour peu que la fatigue d'une respiration longtemps gênée et haletante amène une douleur dans le côté, on aura pu constater tous les symptômes de l'asthme dit essentielle (1). Ailleurs la présence du gaz dans l'estomac détermine quelquefois dans ce viscère des contractions violentes que la main appliquée sur l'épigastre perçoit facilement. Plus connues sous le nom de crampes, ces convulsions coïncident avec une gêne de la respiration, elles peuvent être si douloureuses que l'on voit les malades se tordre sans trouver une position qui rende leurs souffrances plus tolérables. Mais il s'en faut que l'aérogastrie s'accompagne toujours de symptômes aussi alarmants : la pesanteur d'estomac, la dyspnée et le hoquet sont souvent les seules manifestations de cette souffrance.

L'aérogastrie est très commune chez les hommes de lettres, chez les personnes qui se livrent à des travaux de cabinet, chez les femmes nerveuses, hystériques, et chez les individus dont les repas sont très abondants; elle peut donc être la conséquence d'une brômogastrie.

Lorsque les gaz proviennent du dehors par la déglutition, il faut que le malade prenne la résolution de s'observer lui-même pour perdre cette habitude. Afin de parer aux accidents occasionnés par les gaz qui se forment pendant la digestion, on doit s'abstenir, autant que faire se peut, d'aliments féculents, et par des purgatifs, de la magnésie calcinée, on facilitera l'expulsion du gaz; des frictions sur l'estomac avec ou sans liniments excitants, le cathétérisme de l'œsophage faciliteront souvent le dégagement des gaz.

(1) Suite. — Voir le numéro du 8 novembre.

(1) Voyez l'article Epidiaphratopie du *Traité de médecine pratique*, t. III, n° 3974.

HOPITAL D'AIX. — M. Payan.

Du traitement de la pourriture d'hôpital par les cataplasmes vineux.

Les évacuations fréquentes de soldats blessés en Crimée dans les hôpitaux du Midi ont donné cette année des cas assez nombreux de pourriture d'hôpital. C'était généralement pendant la traversée de Constantinople à Toulon ou à Marseille, à cause sans doute de l'encombrement des passagers et du peu de soins donnés à des plaies souvent presque cicatrisées au moment du départ, que se produisait cette fâcheuse complication. Malgré le savoir des habiles praticiens placés à la tête des hôpitaux qui reçoivent ces malades, la pourriture d'hôpital y a présenté souvent contre les médications qui lui sont opposées cette ténacité que lui avaient reconnue Delpech, Boyer, Dupuytren, etc., et l'on a encore été obligé pour en enrayer la marche de recourir aux cautérisations toujours très douloureuses avec le caustique ou le fer rouge. N'existerait-il donc aucun moyen de traitement moins violent en même temps que plus sûrement efficace et plus promptement curatif de cette triste affection? Quelques faits qui viennent de se passer à l'hôpital d'Aix sembleraient faire espérer pour l'avenir de plus satisfaisants résultats par l'emploi de simples cataplasmes vineux sur ces plaies dégénérées. Ces faits sont, il est vrai, peu nombreux encore; ils ne portent que sur dix cas, les seuls qu'il nous ait été donné d'observer; mais l'identité des remarquables effets obtenus dans tous ces cas par le même moyen ne nous paraît pas dénuée de signification. Nous croyons donc devoir fixer l'attention des praticiens sur ces faits dans un moment où, à raison des phases de la guerre d'Orient, cette cruelle affection exerce si souvent ses ravages.

En prenant au 1er octobre dernier la direction du service chirurgical de l'hôpital d'Aix, nous y avons trouvé par extraordinaire huit cas des mieux caractérisés de pourriture d'hôpital. Sept des malades étaient militaires, et ils l'avaient contractée pendant la traversée de Constantinople à Marseille, bien que la guérison de leurs blessures fût très avancée au moment de leur départ. Le huitième malade, civil, était en traitement pour une large brûlure du dos quand sa plaie fut envahie. Ces malades, en traitement dans les salles depuis quatre à six jours, étaient généralement pansés avec le styrax; leurs plaies étaient de temps en temps cautérisées avec l'acide chlorhydrique, ils prenaient du vin de quina à l'intérieur, etc.

Cependant, à ma première visite, il fut constaté qu'aucune modification favorable ne s'était encore produite. Nous nous en tînmes aux mêmes moyens à peu près pendant les quatre premiers jours. Mais le 5 octobre, l'état de ces huit malades étant trouvé stationnaire, c'est-à-dire leurs plaies étant toujours affectées de pourriture, je me rappelai les bons effets que d'autres fois j'avais obtenus de l'application de cataplasmes vineux sur des ulcères sanieux, et je prescrivis ce moyen à quatre d'entre eux. Chez l'un d'eux la plaie avec pourriture d'hôpital occupait à la jambe une surface d'une fois et demie l'étendue de la main ouverte; chez le second, un tiers au moins des faces interne et postérieure du bras gauche était envahi par le mal; chez le troisième, c'était une solution de continuité d'environ 12 centimètres carrés située derrière l'épaule droite; chez le quatrième, elle existait sur une brûlure du dos dans une étendue de 15 centimètres carrés.

Dès le lendemain du pansement de ces plaies avec les cataplasmes vineux, qui étaient appliqués à au matin et soir, ces quatre malades nous déclarèrent qu'ils se trouvaient déjà mieux, qu'ils avaient moins souffert.

Le 7, l'amélioration a persisté, et elle se traduit par une expression de contentement sur leur figure. Déjà nous pouvons reconnaître un changement favorable dans la couleur de la plaie, qui tend évidemment à se dépouiller de l'enduit sanieux et putride qui la recouvrait; des points d'un rouge vif y apparaissent çà et là. En même temps l'appétit se réveille, et nous augmentons la ration alimentaire.

---

cependant je sens qu'il y a encore beaucoup à dire sur ces choses, et si mon talent n'était aussi loin de la bonne volonté qui m'anime, il me serait doux de soulever de temps en temps un coin de cette étoffe dont l'ampleur égale la richesse.

A la suite de ces premières connaissances doit venir l'appréciation prophylactique, thérapeutique et pathologique de la saignée. Son emploi palliatif ou curatif doit être étudié ici.

On doit se rendre compte de ce qu'elle est comme moyen évacuant, antispasmodique, calmant, révulsif ou dérivatif.

Puis vient la discussion de l'opportunité ou de la contre-indication de la saignée considérée dans les différents pays, par rapport aux saisons, aux sexes, aux individus et aux divers âges de la vie, etc.

Il ne faut pas se le dissimuler, cela constitue *toute la médecine*, terrain mouvant que l'on ne peut fouler sans faire trembler la masse ntière.

Muni de ces connaissances, il vous sera permis d'entrer dans la lice ardue, dans le champ clos de l'exercice et des discussions médico-chirurgicales (je vous le dis bien bas : c'est le pays des aveugles; les borgnes y sont rois, et je n'y vois pas fort clair).

Car c'est merveille! nous avons bien plus de médecins que d'interprètes de médecine; il est plus aisé de la faire que de la connaître. A certaine mesure basse on peut la juger par les préceptes et par l'art, mais la suprême est au-dessus des règles et des raisonnements vulgaires; quiconque en discerne la beauté d'une vue ferme et rassise ne la voit pas non plus que la splendeur d'un éclair. A cette hauteur elle ne pratique plus notre jugement, elle le ravit et l'entraîne. C'est à peu près ainsi qu'un auteur célèbre dépeint la poésie.

Ce sont deux chemins : l'un, suivi par les hommes à l'imagination vagabonde, au jugement faux, est celui des hypothèses et des mauvais raisonnements; l'autre, assis sur l'observation, le bon sens et l'étude de la nature, est le sentier de la vérité : il mène droit aux saines applications du savoir le plus solide. Arrivés à ce point, l'inspiration ne saurait être une cause d'erreur.

Mais revenons à la pratique, mon ami, car c'est toujours là où doivent tendre enfin mes modestes efforts. Sans vouloir entrer dans les détails relatifs à la saignée, et craignant déjà de m'être laissé aller à des questions au-dessus de mes moyens, je vais terminer cet entretien en vous disant quelques mots de l'*étourdissement* et de l'*éblouissement*.

Plus tard, quand vous exercerez, on viendra souvent vous consulter pour l'un ou l'autre de ces symptômes; il vous paraît sans doute déjà facile de sortir d'une épreuve de ce genre, n'est-ce pas? Heureux âge, où la force physique ne connaît pas d'obstacles, et entraîne la confiance de soi-même à la solution aisée des problèmes les plus difficiles.

Qu'est-ce donc qu'un étourdissement? Qu'est-ce qu'un éblouissement? Pascal dit que la géométrie ne définit aucune de ces choses, espace, temps, mouvement, nombre, etc., parce que ces termes désignant naturellement ce qu'ils signifient, l'explication en deviendrait nuisible.

Il en est de même d'étourdissement; en italien, *sordimento*; en espagnol, *aturdimiento*; et d'éblouissement, en latin, *caligatio*.

Ce ne sont pas des maladies, ce sont des symptômes, ce sont des expressions morbides, comme les mots que j'écris ici sont les signes qui expriment mes pensées. Tant qu'il y a pléthore veineuse ou artérielle, on a affaire à l'étourdissement; mais si le symptôme est accompagné d'une prédominance lymphatique, d'une disposition adynamique quelconque, comment faire? Dans ce cas souvent la pierre de touche sera peut-être la saignée elle-même. Si vous la faites, vous pourrez augmenter l'affection dans le cas d'éblouissement; et si vous vous abstenez et qu'il y ait étourdissement, gare l'apoplexie.

Mais je m'aperçois que j'ai effleuré un sujet trop vaste, et digne, à coup sûr, de réflexions particulières. Si la bienveillance ordinaire des lecteurs de la *Gazette*, et vous, mon bon ami, voulez bien me le permettre, je dirai ce que j'en pense dans une autre lettre.

En terminant ici, vous le voyez, cette esquisse rapide ne peut avoir pour vous d'autre utilité que de vous prémunir :

1° Contre les dangers réels d'une opération regardée à tort comme de peu d'importance;

2° De vous faire ouvrir les yeux sur l'utilité ou l'inopportunité de la saignée en général.

Quant aux praticiens sagaces, ils y reconnaîtront peut-être quelques vérités ombrées par la simplicité du style.

Amédée Joux.

Sans vouloir décrire ici jour par jour les changements qui continuèrent à s'opérer sous l'influence de ces simples pansements, nous dirons sommairement que nous vîmes en quelques jours s'évanouir sans récidive tous les symptômes de la hideuse pourriture, et les plaies ainsi remises en de bonnes conditions marchèrent dès lors régulièrement vers une franche guérison. Et ce qui démontre bien que c'était à l'action des cataplasmes vineux qu'il fallait attribuer ce prompt et si heureux changement, c'est que chez les quatre autres malades, qui, atteints également, avaient continué d'être traités avec les désinfectants et le styrax, le vin de quina à l'intérieur, etc., aucune amélioration ne s'était encore produite au bout de cinq jours.

Je ne pouvais donc plus hésiter d'adopter pour eux aussi le pansement avec les cataplasmes vineux; ils leur furent prescrits le 10 octobre pour tout traitement. Ici la pourriture d'hôpital s'était produite sur des plaies fistuleuses provenant de coups de feu, et siégeant l'une au pli de l'aine, l'autre au-dessus de l'épaule gauche, la première à la partie externe et postérieure du bassin, la seconde à la partie externe et inférieure du cou; elles étaient moins étendues en surface, mais plus en profondeur que chez les premiers malades, dont les blessures provenaient primitivement d'éclats d'obus ou de bombes, sauf toutefois celle du malade civil atteint de brûlure.

Grâce encore à nos cataplasmes vineux pour toute médication, l'amélioration fut prompte et progressive. Dès le deuxième jour de ce pansement, on pouvait comprendre par l'heureux changement qui s'opérait localement et par l'état général que nous avions mis la main sur le bon remède.

A dater de ce moment, en effet, les plaies se sont transformées et ont marché franchement à la guérison.

Aujourd'hui 1er novembre, plusieurs des malades ainsi traités sont déjà sortis de l'hôpital, et les plaies des autres sont très avancées dans leur guérison et présentent le plus satisfaisant aspect.

Mais le même traitement devait-il présenter autant d'efficacité appliqué au début de la maladie? Deux nouveaux faits d'apparition spontanée de la pourriture d'hôpital nous autorisent à répondre affirmativement. Chez un malade qui nous fut envoyé du service médical pour une plaie de vésicatoire que la pourriture venait d'envahir, les cataplasmes vineux en firent disparaître en peu de jours les traces ou les symptômes. Il en fut de même chez un militaire qui, à la suite de l'incision d'un décollement à la paume de la main, eut cette plaie spontanément atteinte de pourriture marchant d'une manière aussi rapide que grave. En moins de deux jours, en effet, la main était devenue très tuméfiée, et la plaie ichoreuse, s'étendant rapidement en largeur et en profondeur, y avait ulcéré presque toute la paume, mortifié le tissu cellulaire sous-cutané et fait craindre une désorganisation prochaine de l'organe. Pour arrêter ces désordres, nous n'aurions pas hésité à recourir au cautère actuel, si les faits ci-dessus ne nous eussent autorisé à essayer des cataplasmes vineux. Dès le lendemain de cette application, si nous ne constatons pas encore une amélioration sensible, du moins nous ne trouvons pas qu'il y ait aggravation, et nous faisons continuer le topique vineux. Au troisième jour, la plaie dégénérée est déjà moins laide, a moins d'odeur; la main commence à se désenfler, et le malade a moins souffert. Tout nous indique déjà que, dans ce cas grave, nous avons arrêté, sans cautérisation, avec les seuls cataplasmes vineux, cette pourriture d'hôpital si rapidement envahissante. Par la continuation, en effet, de ces topiques, l'état de ce malade n'a cessé de s'améliorer localement et généralement, et si quelque chose a dû ici nous surprendre, c'est non-seulement l'arrêt si franchement obtenu du mal, mais encore la rapidité avec laquelle les désordres qu'il avait produits en deux jours se sont réparés sous l'influence de ce pansement.

Tels sont les très heureux résultats que l'emploi des cataplasmes vineux pour unique pansement des plaies compliquées de pourriture d'hôpital, à des degrés différents, vient de nous procurer sur les seuls dix cas de cette affection que nous ayons eus dans nos salles durant ce mois d'octobre. Ils ont été trop remarquables pour que nous n'ayons cru remplir un devoir en les faisant connaître sans retard; car bien des malades, blessés dans la guerre de Crimée, sont peut-être atteints encore dans certains hôpitaux de cette grave complication de leurs plaies, et il est probable que le moyen qui nous a si bien réussi chez nos quelques malades pourra leur être aussi d'une grande utilité.

Voici maintenant comment se préparent ces cataplasmes: du pain commun est dépecé dans un poêlon, et par-dessus est versé du vin ordinaire. Quand le pain est bien imbibé de ce liquide, on expose le poêlon au feu pour faire bouillir le mélange pendant quelques instants. On agite alors avec la spatule pour faire une sorte de pâte. Il a suffi de deux pansements par jour avec ces cataplasmes. Chez quelques malades nous les avons fait continuer jusqu'à la cicatrisation définitive, tandis que chez les autres les pansements avec l'onguent brun les ont remplacés après la disparition complète de la pourriture; mais nous croyons que la continuation des cataplasmes vineux est préférable pour hâter la cicatrisation.

SURDITÉ

déterminée par l'emploi du sulfate de quinine à haute dose.

Au n° 13 de la salle Sainte-Marthe, était couchée une jeune fille atteinte depuis assez longtemps d'une fièvre intermittente tierce.

La rate étant très volumineuse et la maladie assez ancienne déjà, M. Briquet fit prendre à cette jeune fille un gramme de sulfate de quinine dans les vingt-quatre heures, et cela pendant neuf jours de suite.

Dès le premier jour, des bourdonnements d'oreilles se firent sentir, allèrent en augmentant, et finirent par s'accompagner d'une surdité tellement prononcée, que les battements d'une montre appliquée contre l'oreille n'étaient plus perçus ni d'un côté ni de l'autre, et que l'on ne pouvait se faire entendre, si fort que l'on élevât la voix en parlant.

La malade resta dans cet état pendant quinze jours, après lesquels M. Briquet, ne voyant survenir aucune amélioration, engagea M. Duchenne à la soumettre à l'excitation électrique.

Voici le procédé qui fut suivi :

La malade étant couchée sur le côté, le conduit auditif externe fut rempli d'eau; l'extrémité du conducteur d'un appareil d'induction fut placée dans le liquide, tandis qu'un autre excitateur humide était appliqué derrière l'oreille du même côté, sur l'apophyse mastoïde. Alors on fit passer sur la membrane du tympan 4 ou 5 intermittences éloignées d'une seconde environ les unes des autres, et à un degré très modéré. A peine l'opération fut-elle terminée que la malade entendit du côté soumis à l'électrisation, et les battements de la montre et la conversation des personnes qui l'entouraient. La surdité persistait de l'autre côté.

Le lendemain seulement, l'autre côté fut à son tour soumis à l'excitation électrique, et l'ouïe revint aussitôt, mais non aussi franchement et aussi complétement que la première.

Le troisième jour, on dut faire une nouvelle application électrique, qui suffit pour ramener l'ouïe à son état normal. Depuis ce moment aussi les bourdonnements cessèrent.

La malade resta quinze jours dans les salles après sa guérison, et l'on put constater la disparition bien soutenue de la surdité.

Quelquefois la surdité consécutive à l'emploi du sulfate de quinine à haute dose se montre rebelle et fort grave, et sous ce rapport, le cas actuel inspirait à MM. Briquet et Duchenne d'autant plus d'inquiétude, qu'ils avaient connaissance de surdités restées incurables, même après un essai plusieurs fois réitéré de l'excitation électrique.

M. Duchenne a été consulté en 1852 par un officier de l'armée d'Afrique, qui avait eu des fièvres intermittentes à la suite desquelles était survenue une hypertrophie de la rate, dont n'avait pu triompher le sulfate de quinine employé à dose ordinaire.

On fut obligé, pour obtenir une guérison complète, d'augmenter de beaucoup la dose du médicament et de le continuer fort longtemps. Pendant le traitement survinrent des bourdonnements d'oreille, puis l'ouïe devint dure, et une céphalalgie opiniâtre se manifesta. Ces accidents persistèrent fort longtemps; enfin la céphalalgie finit par disparaître, mais les bourdonnements et la surdité persistèrent.

Le malade fut soumis à bien des traitements qui tous échouèrent même entre les mains d'hommes instruits et exercés. Lorsqu'il se présenta chez M. Duchenne, la surdité était complète, les battements de la montre, même appliquée contre les parois du crâne, n'étaient pas perçus, non plus que le diapason. Notre habile confrère lui fit subir plusieurs excitations électriques, et il porta même le courant à une telle force qu'un jour le malade en conserva comme des étourdissements, des phénomènes bien évidents de congestion. Il n'en retira cependant aucun profit; la surdité resta la même. Le souvenir de ce cas avait fait concevoir aux deux savants praticiens des craintes qui heureusement ne se réalisèrent pas chez la jeune fille dont nous venons de raconter l'histoire.

RÉTRÉCISSEMENT ACCIDENTEL

de la portion ampullaire du rectum; opération; guérison.

Par le docteur VANDOMMELEN.

Un soldat, âgé de 29 ans, fut atteint, en 1849, d'une dyssenterie à la suite de laquelle il conserva une grande difficulté d'évacuer les selles. Trois ans plus tard, il fut forcé de rentrer à l'hôpital pour des douleurs de ventre très intenses. A cette époque, les matières fécales étaient rendues sous la forme de rubans minces, pelotonnées et du volume d'un tuyau de plume. A une distance de 8 centimètres de l'anus, le doigt rencontra une cloison annulaire, de nature cartilagineuse, surtout vers le bord de l'ouverture, qui était tellement rétrécie, que la canule d'une seringue à lavement pouvait à peine y passer.

Après avoir tenté inutilement de rétablir la liberté des selles par des purgatifs et des lavements, M. Vandommelen se décida à tenter une opération. Voici comment il la décrit :

« Le malade étant placé comme pour l'opération de la taille, j'introduisis l'index droit enduit de cérat jusque dans l'anneau constricteur. Le long de celui-ci je fis glisser à plat, de la main gauche, un bistouri boutonné long, étroit et garni d'un mince ruban de linge jusque près de son extrémité. Lorsqu'il fut arrivé à l'anneau, je retirai un peu le bout du doigt, ce qui poussa ainsi le bouton du bistouri à travers l'ouverture; alors, mettant le dos du bistouri en regard avec la face palmaire de mon doigt, j'imprimai une certaine pression à l'instrument, que je dirigeai successivement en haut, sur les côtés et en bas. Immédiatement après cette incision cruciale, la constriction cessa. »

Il n'y eut, après l'opération, qu'une hémorrhagie insignifiante, ce qui fit que l'on n'appliqua pas de tampon.

Sept heures après l'opération, le malade eut une selle composée de quelques caillots nageant dans de la sérosité sanguine. Le lendemain, il y eut une évacuation de fèces en quantité et en qualité normales; le malade n'éprouva, du reste, aucun accident, et trois semaines après il sortait de l'hôpital parfaitement guéri. (*Ann. méd. de la Flandre orient.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 13 novembre 1855.—Présidence de M. JOBERT (de Lamballe).

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Choléra. — M. le ministre du commerce transmet deux communications relatives à des recettes pour la guérison du choléra. (Commission du choléra et des remèdes secrets.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Statistique nécrologique. — M. le docteur Barret, médecin des épidémies de l'arrondissement de Carpentras, adresse une lettre sur les modifications à introduire dans la statistique nécrologique. (Commissaires : MM. Ferrus, Blache et Guérard.)

Amputation de la cuisse dans l'articulation iléo-fémorale. — M. Larrey dépose sur le bureau, au nom de l'auteur, une monographie sur l'amputation de la cuisse dans l'articulation iléo-fémorale, par M. le docteur William Sand Cox, membre du Collége royal des chirurgiens d'Angleterre.

— M. BOUVIER demande la parole à l'occasion du procès-verbal, et s'exprime en ces termes :

Nos procès-verbaux, le *Bulletin de l'Académie* qui les reproduit, sont le tableau fidèle de nos séances. Cependant, le *Bulletin* ne peut, ne doit pas toujours reproduire des expressions, des pensées échappées à un orateur dans la vivacité de l'improvisation. Déjà la presse médicale nous rend le service de châtier nos paroles, d'en écarter les excès, les exagérations du moment. J'entends la presse digne, la presse qui comprend sa mission et qui la remplit. Je ne parle pas de ces enfants perdus du journalisme assez mal inspirés pour sacrifier la vérité à leur propre intérêt, à de petites passions.

Mais nous ne nous contentons pas des premières corrections toutes spontanées que la presse fait à notre langage. Il est d'usage que nous revoyions nos discours pendant l'impression du *Bulletin*, pour y faire les changements qui nous paraissent convenables.

Voici le dernier discours de M. Malgaigne ainsi amendé.

Notre collègue y a fait introduire plusieurs changements importants. Je ne m'en plains pas; je l'en remercie, puisque ces changements nous rapprochent; seulement, parmi ces modifications, il en est une que je dois signaler dès ce moment. Elle a rapport à la révulsion des anciens.

On n'a pas oublié que M. Malgaigne niait que les anciens eussent connu la révulsion. Sans cette négation, ma réplique de mardi dernier n'aurait pas sa raison d'être. Eh bien, cette négation n'existe plus dans le discours du *Bulletin*. (M. Bouvier donne lecture de la phrase de M. Malgaigne.)

Un autre passage de la fin de son discours, où M. Malgaigne renouvelait ses dénégations, est supprimé dans le *Bulletin*. Je répète que, loin de m'en plaindre, j'en sais gré à mon collègue, et de plus je l'en félicite. Il a reconnu que la verve de son beau talent oratoire l'avait emporté trop loin, que ses assertions avaient dépassé les limites du vrai, du sensé. Il s'est empressé de rentrer dans ces limites, les seules qui conviennent à son esprit, à sa science. *Errare humanum, sed diabolicum perseverare.* M. Malgaigne n'a pas persévéré. On comprendra que je devais immédiatement prendre acte de la rectification de notre collègue.

La question historique sur la révulsion est maintenant autrement posée. Il ne s'agit plus de savoir si les anciens connaissaient, enseignaient, pratiquaient une révulsion, mais jusqu'à quel point la révulsion de la médecine antique est ou non la même que la révulsion des temps modernes.

J'attendrai que M. Malgaigne ait expliqué toute sa pensée sur ce point pour lui répondre, s'il y a lieu.

LECTURE.

Avortement provoqué. — M. Villeneuve (de Marseille) lit un mémoire intitulé *De l'avortement provoqué*.

Des considérations développées dans ce mémoire, il résulte, dit l'auteur :

1° Que l'avortement est l'expulsion d'un fœtus *non viable* (ejectio præmatura fœtus), et nullement un accouchement avant terme;

2° Qu'il y a deux sortes d'avortement, l'avortement direct et l'avortement indirect;

3° Que l'avortement est direct lorsque, sans accident compromettant immédiatement la vie de la mère ou de l'enfant, on se permet de le pratiquer, comme, par exemple, dans les cas de rétrécissements extrêmes du bassin, dans le seul but d'éviter à la mère les chances de l'opération césarienne;

4° Que l'avortement indirect est moins le fait de l'art que celui de l'accident qui le nécessite, puisque ce dernier a déjà tellement compromis les deux existences que l'on peut dire avec raison que, dans ce cas, l'art n'intervient que pour terminer de la manière la moins funeste possible une œuvre commencée par la nature, et qui se terminerait inévitablement d'une manière fatale pour la mère et l'enfant si cette intervention n'avait pas lieu;

5° Que l'avortement indirect, quand il n'est pratiqué ni trop tôt ni trop tard, peut avoir le double avantage de sauver la vie de la mère, et de donner à l'enfant toute la somme de bien qu'il peut recevoir, le bienfait du baptême d'abord, et toute la prolongation de vie que la nature de l'accident et la période de grossesse à laquelle il aura été expulsé pourront lui donner;

6° Que l'avortement direct est un fœticide aussi réel que celui qui est dû à la céphalotomie, à la céphalotripsie ou à l'embryotomie pratiquées sur un enfant vivant; et que le fœticide résultat de l'avortement direct est même moins excusable que celui qui est le résultat de la mutilation du fœtus, pratiquée après un travail pénible et impuissant au dernier terme de la grossesse en présence d'un danger pressant et imprévu; par la raison que le fœticide dû à l'avortement provoqué peut être évité et remplacé avantageusement par l'opération césarienne, laquelle, pratiquée dans les conditions les plus favorables, peut sauver deux êtres, tandis que l'avortement en tue toujours un, l'enfant.

7° Enfin, que les insuccès constamment observés depuis plus de cinquante ans à Paris ne sauraient imposer au monde médical pour règle obligatoire la pratique de l'avortement provoqué à la place de

l'opération césarienne, attendu qu'en dehors de Paris le nombre des guérisons est bien plus considérable; que de plus, à Paris même, l'opération césarienne a eu des succès authentiques et irrécusables avant cette époque, et que par conséquent il s'agit bien plutôt de rechercher les causes des insuccès qui sont si constants depuis plus de cinquante ans à Paris, que d'imposer à la science obstétricale, dans toutes les localités et sous toutes les latitudes, l'obligation du fœticide dans le cas de rétrécissements *extrêmes* du bassin, où l'opération césarienne sauve bien plus souvent la mère et l'enfant qu'elle ne sacrifie la mère à l'enfant quand elle est pratiquée dans un milieu plus favorable que celui de la ville de Paris.

— Le bureau désigne, pour l'examen du mémoire de M. Villeneuve, une commission composée de MM. Moreau, Cazeaux et Depaul.

Sur la demande d'un membre, ce travail est renvoyé à la commission précédemment nommée, à laquelle s'adjoindront les trois membres désignés.

DISCUSSION.

Séton. — L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le mémoire de M. Bouvier.

La parole est à M. Malgaigne.

M. MALGAIGNE. Je n'avais pas l'intention de reprendre la parole dans cette discussion, si elle s'était maintenue dans ses premiers termes. Mais deux éléments nouveaux y ayant été introduits, l'un relatif à la théorie, aux grands principes de la révulsion, l'autre aux faits pratiques, je me vois dans la nécessité de monter de nouveau à cette tribune.

Je ne reviendrai pas sur l'historique du séton; il y aurait à cet égard à revoir les sources. Cependant, M. Bouvier a émis à ce sujet des considérations sur lesquelles je ne puis garder le silence. N'ayant pas grande foi dans ses propres opinions, il a appelé à son aide les autorités qu'il a cru être de son avis. Il s'appuie sur douze ou quinze auteurs. Pour se diriger dans ces pays inconnus, il a pris de bien mauvais guides: ceux, par exemple, qui lui ont fait croire aux vertus des mèches de crin de cheval et de soie de porc.

M. Bouvier ne se rend pas à mes raisons sur le livre de Rhazès, et il se déclare prêt à croire M. Daremberg sur parole. Il ne faut croire à la parole de personne, il ne faut croire qu'aux faits. Pour mon compte, je n'en crois M. Bouvier lui-même que sur bonnes preuves.

J'aborde la question de la révulsion.

Lorsque M. Bouvier a mis cette question en avant, je lui ai demandé de quelle révulsion il voulait parler. Je regarde ce point comme de la plus haute importance. J'avais dit que les anciens ignoraient les grands principes de M. Bouvier. Il a répondu que la doctrine ancienne était la nôtre. C'était ce qu'il fallait démontrer. Là-dessus notre collègue, qui affectionne la prosopopée, a évoqué de leur tombe les grandes ombres d'Hippocrate, de Celse, Arétée, Galien, Oribase, etc. Il a trouvé dans ces auteurs les mots *antispasis* et *paracheteusis* cent; deux cents, trois cents fois en quelques pages; un passage pris au hasard dans Galien (heureux hasard!) le donne plus de trente fois, et dans ces mots vides de sens il voit toute une doctrine. « Ils ont édifié un monument encore florissant; ils ont établi sur la dérivation et la révulsion des principes qui sont encore partout dans nos livres, dans notre pratique, dans ceux de M. Malgaigne lui-même. »

Voyons ce qu'il y a de vrai au fond de tout cela.

J'ai déjà dit et je maintiens que dans Hippocrate il n'y a pas trace de théorie de la révulsion, si ce n'est le fameux aphorisme: *Duobus doloribus*, etc.

M. Bouvier a voulu intrépréter le mot πόνος, du texte d'Hippocrate, dans le sens de travail (*labor*). Il est évidemment dans l'erreur; c'est dans le sens de douleur (ὀδύνη) qu'il faut l'entendre. Foës et M. Littré sont d'accord là-dessus. Au point de vue de la douleur, l'aphorisme d'Hippocrate est vrai; au point de vue d'un travail intime, il serait faux. Comment expliqueriez-vous, dans cette acception, la fin de l'aphorisme: *vehementior obscurat alterum?* Comprendrait-on qu'un travail pût en obscurcir un autre!

On trouve d'ailleurs la preuve de ce que j'avance dans l'aphorisme suivant d'Hippocrate: « Les douleurs et la fièvre sont plus grandes » lorsque le pus se forme que lorsqu'il est formé », où l'on trouve le mot πόνοι, pris dans la même acception de *douleur*. Il en est de même de cet autre aphorisme: « A ceux qui ont des maux de tête (Κεφαλην πονοντι), etc. »

L'unique trace de la doctrine de la révulsion dans toute la collection hippocratique, se trouve dans le livre *Des humeurs*, livre heureusement apocryphe, qui ne le cède en rien, pour l'obscurité, aux *Centuries* de Nostradamus, et que tous les commentateurs s'accordent à considérer comme étranger à Hippocrate. Voici ce passage, d'après M. Littré: « Dérivation sur la tête ou sur les côtés, là où les humeurs tendent le plus, ou bien révulsion, dans les affections du haut vers le bas; dans les affections du bas vers le haut. » Il n'y a rien de plus dans toutes les œuvres d'Hippocrate.

Mais, dit M. Bouvier, Hippocrate a observé les crises; de là à les imiter il n'y avait qu'un pas; puis il indique souvent les révulsifs sans interpréter leur mode d'action, et M. Bouvier les interprète pour lui. Mais alors ce ne sont pas les principes d'Hippocrate qui ont été suivis par M. Bouvier, mais les principes de M. Bouvier qui ont été suivis par Hippocrate.

Galien, cet autre Bouvier de son temps, commentant Hippocrate, veut aussi lui faire dire plus qu'il n'a dit. Voici, en effet, un passage qui est plus explicite que celui qu'on attribue à Hippocrate, sur la révulsion et son mode d'action:

« Lorsque les règles sont trop abondantes, il veut que l'on applique des ventouses sur les mamelles, dans le but, ajoute Galien, de produire une révulsion de l'utérus vers le haut. »

Celse, dit M. Bouvier, dans son beau latin, a dit *evocare* au lieu de *evellere*; mais pourquoi? Est-ce que *evellere* serait moins cicéronien que *evocare?* Erreur. Celse n'a pas donné à ce mot le sens que lui prête M. Bouvier. « Tout remède, dit-il, a pour but de retrancher ou d'ajouter, d'attirer ou de réprimer (*aut evocat, aut reprimit*), de rafraîchir ou d'échauffer, d'affermir ou de relâcher. » Or les remèdes attractifs ou répercussifs, ce n'est pas la révulsion. Quels sont les remèdes qui retranchent? « La saignée, les ventouses, les purgatifs, les émétiques, les frictions, les exercices, la diète et la sueur. » Quels sont ceux qui évoquent? « Ceux qui érodent le corps et en extraient ce qu'il a de mauvais. » Il n'y a qu'un mot sur la révulsion. Celse veut qu'on saigne le plus près du mal, et se moque de ceux qui saignent le plus loin possible, *croyant détourner le cours de la matière* (averti materiæ cursum). Il s'embrouille, du reste, parmi toutes ces propriétés, et finit par ce mot à méditer: « Que les médecins semblent employer tous ces moyens, bien plutôt d'après une idée qu'ils s'en forment que pour en avoir vérifié l'effet par l'expérience. » Celse n'a donc pas de doctrine sur ce point. On ne trouve dans ses livres que l'idée de l'écoulement au dehors de l'humeur peccante. Il en est de même de Paul d'Egine, qui ne met d'exutoires que pour tirer l'humeur.

Je reviens à Galien, et je veux signaler l'erreur de la médecine moderne, qui prétend avoir hérité directement de ses doctrines. Galien en dit plus long sur la révulsion qu'Hippocrate. Comment se forme sa doctrine? Le voici. Il prend pour texte les deux lignes du livre *Des humeurs:*

« Dériver, c'est évacuer près de la partie malade; révulser, c'est agir non-seulement loin de la partie, mais dans des lieux opposés, car la révulsion se fait vers les parties contraires, c'est-à-dire suivant la longueur du corps, en haut et en bas; selon la largeur, à droite et à gauche; selon l'épaisseur, en avant et en arrière. » — Plus loin, il veut que ce soit en ligne directe.

Ainsi, pour les douleurs de l'occiput, il veut que l'on ait recours aux révulsifs sur le front; pour le front, les révulsifs doivent être appliqués sur l'occiput, pour une épistaxis à droite, ventouses à l'hypocondre droit et *vice versâ;* fluxion à droite, révulsifs à gauche, etc.

Et quels révulsifs emploie Galien?

La saignée, les ventouses, les purgatifs, les émétiques, la ligature des membres, les topiques âcres; nulle part les exutoires, encore bien moins les exutoires à demeure.

Et puis, contradiction singulière dont on trouve de si fréquents exemples dans Galien, il veut qu'on saigne à droite pour les maladies à droite, et *vice versâ;* qu'on saigne du bras pour les lésions supérieures; du pied pour les inférieures; les reins étant indécis, on saignait indifféremment en haut on en bas.

Peut-on voir, je le demande, une doctrine plus confuse?

Voulez-vous connaître l'opinion de M. Daremberg sur ces passages de Galien? La voici:

« En résumé, et c'est là une fâcheuse conclusion, nos explications un peu longues n'ont pas suffi à dissiper toutes les obscurités qui planent sur le sens même et la définition des mots, et sur la doctrine que ces mots représentent. »

Ma conclusion, à moi, c'est qu'il n'y a là ni principes, ni doctrine scientifique; ce sont des produits de l'imagination pure qui se contrarient du jour au lendemain dans l'esprit même de Galien; c'est le rêve d'une nuit qui est détruit le lendemain par un autre rêve. Où y a-t-il là quelque chose qui ressemble à ce que nous appelons aujourd'hui la révulsion?

Si nous allons aux Arabes et aux arabistes, nous ne voyons pas une idée plus nette et plus précise de la révulsion. Au seizième siècle, on essaye de mettre quelque ordre dans cette doctrine confuse de la révulsion. C'est alors qu'on entend parler des saignées spoliatives, révulsives et dérivatives. Les exutoires sont révulsifs et exutoires à la fois. Mais la découverte de la circulation arrive, qui jette le trouble dans toutes ces théories. On oublie un instant toute la doctrine de la révulsion, lorsque Barthez la remet de nouveau en honneur dans le dix-huitième siècle.

Barthez admet cinq principes de la révulsion. Je ne les citerai pas tous. En voici quelques-uns qui donneront une idée de toute la doctrine:

Deuxième principe. — « Pour les maladies chroniques, on doit, en général, préférer les attractions et les évacuations dérivatives qui se font dans les parties voisines. »

Troisième principe. — « Quelquefois il faut faire suivre les attractions et évacuations locales. »

Cinquième principe. — « Les remèdes que l'on emploie comme révulsifs, et surtout comme dérivatifs, ont d'autant plus d'efficacité lorsqu'ils sont appliqués à l'endroit des organes qui ont les sympathies les plus fortes et les plus constantes avec l'organe par rapport auquel on veut opérer une révulsion ou une dérivation. Ainsi, il est généralement plus avantageux de placer les remèdes révulsifs ou dérivatifs dans la même moitié latérale droite ou gauche du corps où se trouve cet organe. » — « A cause de la sympathie, on a reconnu, dit plus loin Barthez, dans tous les temps, qu'une hémorrhagie critique du nez se fait plus avantageusement par la narine droite dans l'inflammation du foie, et par la gauche dans les maladies de la rate. »

Autre part, Barthez parle des cautères, si utiles dans les abcès du poumon ou de la matrice! Il préfère le cautère actuel, parce qu'en séparant avec beaucoup plus de violence l'eschare qu'il produit, il ne laisse point subsister entre les fibres ces tiraillements imparfaits que cause l'action prolongée et successive des caustiques.

« Dans l'épilepsie et dans d'autres maladies de la tête produites par la sympathie de la matrice, il n'est point de cautères plus utiles que celui qu'on établit à une jambe, où il dérive les humeurs de la matrice et en produit la révulsion de la tête. »

Quant aux sétons, « ils sont moins en usage pour remédier aux fluxions que pour dissiper la surabondance relative des humeurs qui engorgent habituellement tels ou tels organes. »

S'il suffit pour être profond d'être creux, je consens à considérer Barthez comme l'auteur le plus profond.

Et voilà cependant par quoi jure la moitié des médecins en France.

Il me reste à dire ce que sont sur ce point les idées modernes.

M. Bouvier dit: « Il est vrai qu'ils (les anciens) font intervenir les sucs et la pituite; aujourd'hui nous disons le sang et l'irritation..... Peut-être un jour on rira aussi de notre explication. »

Foi puissante! orthodoxie séduisante! Comment vous convenez vous-même qu'on rira un jour de vos idées! Permettez-moi donc de prendre les devants (Rire universel.) Non, je le répète, il n'y a ni doctrine ni principes nulle part.

Reste l'empirisme.

Sur ce terrain M. Bouvier cite des autorités, Blancard, Mauchart, etc., tous les théologiens du séton. Ceci me rappelle ce fameux propos de la querelle de Pascal et Arnaud: Nous ferons venir tant de cordeliers, que nous l'emporterons. Je le demande de bonne foi, est-ce que je me serais permis d'invoquer de pareilles autorités? S'il en était besoin pour ou contre moi, je comprendrais qu'on invoquât l'autorité de M. Velpeau; mais en fait de science, je ne veux pas d'autorité. Je ne reconnais que celle des faits et de l'expérience.

M. Bouvier n'est pas content de celle d'A. Paré. Il pense que l'expérience *quotidienne* ne veut pas dire *toujours*. Soit; j'aurais dû traduire quotidienne par *tous les jours*. (Rires.) Il me chicane sur mon bon Paré; je ne l'ai pourtant pas chicané sur son Fabrice, qui eût été aveugle sans le séton, ni sur la fille de l'autre.

Pour les autres, mon contradicteur se plaint que je les récuse à cause des erreurs que l'on trouve à côté des faits vrais. Et quels recueils d'observations, dit-il, auraient de la valeur, s'il fallait qu'ils ne continssent pas la moindre erreur! Je récuse les observations erronées, j'admets les autres. Voilà tout.

J'arrive à l'argumentation de M. Bouley. Je me demande tout d'abord ce que valent les faits qu'il a apportés dans cette discussion. Je ferai remarquer, en premier lieu, que sa révulsion manque aussi de principes. Il s'agit d'exutoires purs inapplicables à l'homme à cause de leur dimension. Quant aux succès invoqués, je n'en ai pas été émerveillé, j'en ai été plutôt effrayé. Les sétons de M. Bouley guérissent trop; il faut bien qu'on guérisse en en mettant partout. Si je plaçais des sétons sur cinquante de mes malades de l'hôpital Saint-Louis pris au hasard, j'aurais probablement aussi beaucoup de succès.

J'ai dû me demander d'où venait l'usage des sétons dans la médecine vétérinaire, et j'ai vu qu'ils venaient de la médecine humaine. Or la médecine vétérinaire n'en est-elle pas encore à cet égard à l'âge de crédulité, c'est-à-dire au temps des Fabrice de Hilden? Les vétérinaires sont en retard sur nous de deux cents ans; non pas tous. M. Renault, à qui je demandais son avis dans la dernière séance, m'a avoué qu'il avait aussi fait usage des sétons jadis, mais qu'il ne les employait plus guère aujourd'hui. Avis à ses confrères.

Un mot enfin sur les observations de M. Bouvier. Elles ont été pour moi l'occasion de soulever de nombreuses difficultés. Avait-on bien essayé le traitement convenable? Ne s'est-on pas un peu hâté d'appliquer le séton? La cure est-elle due à l'expectation à la suite d'applications irritantes? Est-elle arrivée par le séton ou malgré le séton? Je laisserai à d'autres cette discussion. Je m'en tiendrai au résultat brut. Il y a 4 guéris sur 7, d'après M. Bouvier.

Or, chose remarquable, les trois non guéris, restés dans le même état ou même arrivés à un état pire, étaient ceux justement qui donnaient les plus belles espérances au commencement du traitement.

Quant aux guérisons considérées en elles-mêmes, elles sont curieuses (M. Malgaigne fait ici une rapide analyse de ces observations, et notamment de l'une d'elles où il constate qu'après deux insuccès du gros séton employé pendant des années le malade aurait guéri par le petit séton en quelques semaines (1). Et il continue en ces termes:

Le séton, dit M. Bouvier, persistera comme Racine et le café, malgré la prédiction de Mme de Sévigné. Je ne suis pas éloigné de le croire. Il n'y a pas de limites à la crédulité humaine. Cependant j'ai une meilleure espérance. Déjà M. Bouvier lui-même est de mon avis pour les moxas, et il pourrait bien avant peu l'être aussi pour les sétons. Je pourrais au besoin invoquer le témoignage de plusieurs de mes collègues de la Faculté, qui n'en font guère plus de cas que moi.

On m'accuse d'aimer le paradoxe: mais quelle idée nouvelle n'a porté ce nom? La discussion éclairera, soyez-en convaincu; elle n'est pas inutile; c'est la semence que nous jetons aujourd'hui; laissez-la germer, et les jeunes gens qui nous écoutent recueilleront un jour la moisson.

Souvenez-vous qu'en finissant M. Bouvier a déclaré encore qu'il ne sait pas dans quel cas le séton est utile, dans quel cas il est nuisible, dans quel cas il est inefficace. Il m'appelle à l'aider: appel certes désespéré! Je veux bien lui venir en aide, mais qu'il n'oublie pas que je ne crois rien sur parole: je n'ai foi qu'au jugement de l'expérience.

— Il est cinq heures moins un quart. La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Une nouvelle promotion vient d'avoir lieu dans la chirurgie de la marine. Par décret du 10 novembre, ont été nommés:

Chirurgien professeur de 1re classe. — M. Drouet.

Chirurgiens de 1re classe. — MM. Battarel, Berchon, Le Coat-Kernoter, Kerhuel, Vincent, Theze.

Chirurgiens de 2e classe. — MM. Courbon, Herland, Coignet, Aze, Lata, Autric, Julien, Guillabert, Madon, Pinel, Maridier, Savatier, Manès, Dumay, Brion, Martialis, Hombron, Bourse, Gestin, Touchart.

Chirurgiens de 3e classe. — MM. Laurent, Bernard, Amalbert, Jaspard, Alphand, Roustan, Cras, Faucheraud, Deschiens, Le Cerf, Jacquolot, Lelez, Delpeuch, Blanchard, Richaud, Laplace, Cotino, Grand, Hugues, Doublet, Merlaux, Rabaud.

— M. le docteur Coursserant commencera un cours public et gratuit de maladies des yeux le lundi 26 novembre, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'Ecole pratique, et le continuera les lundi et vendredi de chaque semaine à la même heure.

Ce cours complet comprendra quarante leçons.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM.:

J. Cathala, né à Avène (Hérault); *Des eaux minérales d'Avène au point de vue thérapeutique.*

Aquarron, de Mont-sur-Guesmes (Vienne); *Essai sur la dysentérie aiguë au point de vue thérapeutique.*

Gazel, des Ilhes-Cabardès (Aude); *Quelques considérations sur le diagnostic et le traitement des fièvres éruptives.*

(1) Nous publierons incessamment ces observations, afin de mettre les lecteurs à même d'en apprécier la valeur.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 134. — SAMEDI 17 NOVEMBRE 1855. (28e ANNÉE.) N° 134. — SAMEDI 17 NOVEMBRE 1855.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE.	Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »	POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Polype utéro-folliculaire.

Une femme, entrée vers le milieu du mois d'octobre à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Jobert (de Lamballe), suppléé alors par M. Follin, a présenté un exemple très curieux de polype folliculaire du col de l'utérus, avec cette circonstance rare et très remarquable, qu'à l'intérieur de ce polype existait une vaste cavité remplie par un liquide d'un aspect singulier et tout à fait insolite. Voici quelques détails sur cette curieuse observation.

Cette femme est âgée de trente-cinq ans. Réglée à quinze ans, elle a toujours vu ses menstrues apparaître régulièrement tous les mois. Mariée à vingt ans, elle devint enceinte immédiatement après. Sa grossesse fut heureuse ; l'accouchement eut lieu à terme et facilement. Quatre mois après, l'écoulement mensuel reparut, précédé à chaque retour de douleurs dans le bas-ventre et dans les lombes. A cela près, santé parfaite et rien de particulier à noter jusqu'au 27 janvier 1855, époque où survint une hémorrhagie utérine extrêmement abondante qui dura trois jours. Cette perte fut accompagnée de défaillance et même de syncope. La malade garda le lit pendant trois mois à la suite de cette hémorrhagie, et durant ce laps de temps elle n'eut point ses règles. Lors de leur retour, au mois de mars, elle fut frappée de la consistance du sang, qui était rendu en caillots, et de son odeur extrêmement fétide. A deux mois de là, au mois de mai dernier, l'émission des urines devint douloureuse et accompagnée assez fréquemment de ténesme ; la malade éprouvait un sentiment de pesanteur dans le petit bassin pendant la marche ; elle perdait continuellement, mais en petite quantité, un liquide roussâtre plus ou moins coloré. Enfin dans ces derniers temps, vers le mois d'août, les rapprochements sexuels devinrent douloureux et difficiles. Ce fut alors, quelques jours avant l'éruption des règles, que la malade s'aperçut pour la première fois de l'existence d'une tumeur qui descendait jusque vers l'orifice vulvaire.

Entrée à l'hôpital le 14 octobre, on constata, en effet, par le toucher la présence d'un polype pédiculé du volume d'un gros œuf de dinde, que l'on circonscrivait facilement, et dont le pédicule pénétrait dans l'intérieur du col de l'utérus.

Voici quels étaient à cette époque les symptômes qui accompagnaient cette affection :

Écoulement roussâtre, douleurs continuelles dans le bas-ventre ; miction très fréquente et douloureuse ; amaigrissement médiocre relativement à l'embonpoint antérieur de la malade ; pâleur très prononcée ; bruit de souffle anémique au cœur et dans les gros vaisseaux du cœur.

Le 16, M. Follin fit l'extraction de ce polype de la manière suivante :

L'utérus ayant été accroché par des érignes, on pratiqua des tractions très légères qui amenèrent facilement l'orifice du col à 1 centimètre de la vulve. Le polype fut coupé à son pédicule *inséré dans l'intérieur du col près de la lèvre postérieure*. Peu de sang s'écoula après cette section ; mais pour prévenir toute hémorrhagie, comme pour réprimer toute tendance à la reproduction du polype, M. Follin porta un fer rouge sur la surface de section.

Dans le reste de la journée et dans la nuit suivante, léger écoulement de liquide faiblement coloré en rouge et une certaine agitation fébrile.

Le 21, six jours après l'opération, les règles ont paru, devançant de six jours l'époque habituelle.

A peine quelques légères douleurs se firent sentir aux lombes. Le sang était rouge et normal, sans mauvaise odeur.

L'examen au spéculum, après la cessation des règles (le 25), fait constater l'existence d'une ulcération d'un demi-centimètre près de la lèvre postérieure : c'est la surface cautérisée qui est recouverte de bourgeons charnus de bonne nature. On touche légèrement cette surface avec le nitrate d'argent.

La malade, dont la santé générale est très bonne, et qui ne souffre point dans les parties génitales, retourne dans son pays le 26 octobre 1855.

Voici maintenant les particularités qu'a offertes la tumeur ; c'est un polype aussi volumineux qu'un gros œuf de dinde ; sa consistance est molle ; sa forme sphérique, et d'un des points de sa surface part un pédicule de l'épaisseur du doigt médius. La coupe de ce pédicule a l'aspect fibreux et est peu vasculaire. Une incision faite au milieu du corps du polype pénètre dans une cavité remplie d'une matière épaisse, noire, qui ressemble par sa consistance et sa couleur au raisiné. La cavité du polype est simple ; ses parois ont 1 centimètre d'épaisseur dans tous les points.

L'examen microscopique fait voir dans cette matière noire :

1° Des globules sanguins à divers degrés de déformation ;

2° Des cellules épithéliales aplaties, larges, pourvues d'un petit noyau, les unes transparentes, les autres infiltrées d'une matière granuleuse ;

3° Des corps granuleux, brunâtres très abondants.

La surface interne de la cavité polypeuse est lisse et recouverte d'un épithélium à cellules arrondies. On ne trouve dans les parois du polype que du tissu fibreux.

M. Follin a cru devoir conclure de l'examen de cette pièce qu'il s'agissait ici d'un de ces polypes folliculaires qui naissent assez souvent du col utérin, et peuvent parfois atteindre un volume assez considérable. Mais ce qui est chose rare, c'est de trouver à leur intérieur une cavité aussi grande que celle qui existait dans ce cas, et surtout un liquide aussi singulier. C'est dans la cavité même du follicule que l'hémorrhagie s'était faite ; car un épithélium arrondi doublait la surface de la cavité polypeuse.

Nouvelle méthode de traitement des fistules du larynx, dite de l'occlusion par substitution.

M. le docteur Jules Roux (de Toulon) vient de faire connaître une nouvelle méthode de traitement des fistules du larynx, qu'il appelle méthode d'occlusion par substitution, et qui nous paraît devoir prendre rang parmi les opérations que nécessitent les lésions des voies aériennes. L'idée de cette méthode repose sur ce fait que les fistules anciennes du larynx sont le plus souvent constituées par un canal accidentel résultant de la jonction de deux entonnoirs inégaux, l'un externe cutané, l'autre interne muqueux, réunis par leur sommet non loin du cartilage qui, sur un point circonscrit, en forme la paroi. Elle consiste à remplacer le canal ancien, muco-cutané, essentiellement inadhésible, par un canal nouveau, celluleux, éminemment susceptible d'adhésion.

Ce procédé comprend deux temps :

1° Détruire le canal ancien et disposer pour une prompte réunion l'entonnoir cutané, ouverture externe.

2° Gréer au voisinage un canal celluleux que remplira temporairement un corps étranger, dans le double but d'empêcher l'emphysème et de préparer l'occlusion définitive de l'entonnoir muqueux, ouverture interne. Voici en quels termes M. Roux le décrit dans la publication qu'il vient d'en faire :

Le malade, assis ou couché, la tête tournée du côté opposé à la fistule, l'opérateur fait avec le bistouri une incision transversale divisant largement, de la base au sommet, l'entonnoir cutané jusqu'à la face externe du cartilage dont il est détaché. Les deux lambeaux résultant de cette incision sont saisis avec des pinces, disséqués, renversés en dehors et conservés s'ils sont épais, bien pourvus de tissu cellulaire, ou reséqués s'ils sont minces, formés de tissu inodulaire.

Le sang abstergé et entièrement arrêté par le maintien dans la plaie, durant quelques minutes, d'une éponge imbibée d'eau froide, on détache du cartilage l'entonnoir muqueux, on le dissèque avec la pointe du bistouri, on le refoule dans l'intérieur du larynx à l'aide d'une sonde cannelée, on arrête de nouveau le sang qui s'écoule en petite quantité, et l'on réunit la plaie extérieure avec des serres-fines.

Aussitôt l'opérateur fait à la peau voisine de l'ancien canal, et de préférence au-dessus, un pli, dont il confie une extrémité à un aide, et dont il perce la base avec un bistouri étroit, afin de pénétrer par un chemin sous-cutané jusqu'à l'orifice interne de la fistule elle-même. Le pli n'est abandonné que lorsque le bistouri a été remplacé par un cylindre obturateur, fragment de bougie en gomme élastique d'un calibre égal à celui de l'orifice. Le bec de la bougie doit pénétrer de quelques millimètres dans la cavité du larynx, afin de boucher complètement l'ouverture fistuleuse, tandis que son extrémité externe, entourée d'un fil ciré, façonnée en forme de clou, est maintenue en place à l'aide de bandelettes de collodion.

Voici ce qui arrive après cette opération : l'air ne traversant plus l'orifice interne de la fistule, l'emphysème ne saurait se produire ; l'orifice externe se cicatrise par première ou seconde intention ; autour du cylindre obturateur, le tissu cellulaire s'enflamme, se condense, suppure, bourgeonne, et les végétations qui s'élèvent de toutes parts finissent par remplir et effacer l'espace profond qu'occupait auparavant l'entonnoir cutané. Alors il n'existe plus de la fistule ancienne que l'orifice interne cartilagineux. Dans son voisinage s'est formé une fistule nouvelle, dont l'ouverture interne est ainsi la même, tandis que l'externe se trouve à 2 ou 3 centimètres de l'ancienne.

Lorsque les choses en sont arrivées à ce point, on débarrasse la nouvelle fistule du cylindre obturateur, et l'on couvre d'un simple carré de taffetas gommé son ouverture extérieure. Les bourgeons charnus font irruption dans l'intérieur du canal, qui se cicatrise rapidement. L'ouverture interne de la fistule ancienne est donc ainsi définitivement fermée.

Pour que la guérison soit complète, il faut que la fistule nouvelle ait passé successivement par les diverses phases de la transformation et de l'assimilation complète de tous les tissus qu'elle comprend, savoir : de l'extrémité externe en tissu cutané ; de l'extrémité interne en tissu fibro-cartilagineux, et des parties intermédiaires en tissu cellulaire.

C'est sur la prévision de ce travail successif de transformation, vérifié depuis par l'expérience, que M. Roux a fondé l'idée de ce procédé.

Ajoutons que cette opération a été mise en pratique avec un plein succès sur un malade de l'hôpital du bagne de Toulon, qui s'était fait une large plaie pénétrante du larynx avec un rasoir, d'où était résultée une fistule aérienne.

De la disparition des accès d'asthme sous l'influence d'une affection abdominale.

Existe-t-il quelque relation entre l'asthme et certains états pathologiques des organes abdominaux ? De quelle nature serait cette relation ? Quelque étrange que puisse paraître cette question, il n'est peut-être pas tout à fait inutile de la poser en présence des quelques faits qui semblent impliquer jusqu'à un certain point un rapport entre les deux états dont il s'agit. Si l'on considère, d'autre part, l'obscurité et les dissidences qui existent sur l'étiologie et la nature de certaines formes d'asthme, on comprend l'utilité de tenir compte de tous les faits qui peuvent contribuer à compléter son histoire.

Dans notre n° du 16 octobre dernier, nous rapportions l'observation d'un cas de tænia ayant donné lieu à des attaques d'asthme avec guérison de l'une et l'autre affection par l'écorce sèche de grenadier, après trente années de durée. Aujourd'hui, M. le docteur Rennes (de Bergerac) nous adresse à cette occasion la relation d'un fait analogue et semblant indiquer, comme lui, une manifestation sympathique, mais en sens inverse, de l'intestin sur le système nerveux de la respiration. Bien qu'à la rigueur on puisse objecter à ces deux faits qu'ils ne sont l'un et l'autre que le résultat d'une simple coïncidence fortuite, nous n'en croyons pas moins utile de les faire connaître, n'eussent-ils d'autre intérêt ou d'autre valeur réelle que leur singularité même. Voici l'observation que nous communique M. le docteur Rennes, et qu'il croit devoir intituler provisoirement *Hernie crurale étranglée guérie par gangrène, suivie de la disparition complète d'attaques d'asthme habituelles.*

Le 5 mai 1833, dit notre confrère, je fus appelé auprès d'une de mes malades, âgée de soixante ans, que j'avais vue plusieurs fois atteinte de catarrhe pulmonaire avec crises violentes d'asthme par intervalle.

Depuis deux jours, sans qu'aucun effort eût précédé, sous l'influence toutefois d'une toux assez forte, une tumeur s'était manifestée à l'aine droite, de forme ovoïde, transversale, du volume d'une noix, douloureuse à la pression, accompagnée de nausées, de coliques et de constipation ; très également dure, quoique un peu mobile, parfaitement irréductible, et présentant l'aspect de ces hernies crurales *marronnées*, dont l'expérience m'avait fait connaître la marche rapide vers l'étranglement et le danger. En même temps la toux a complètement disparu. Je m'empresse d'appeler aussitôt un confrère plus habituellement livré à l'exercice de la chirurgie, pour procurer à ma malade le bénéfice de l'opération en temps opportun.

D'accord avec lui, un bain est administré préalablement, soit pour renouveler le taxis, soit pour préparer à l'opération. Sous son influence, les nausées se dissipent, et comme il n'y a ni la contraction des traits ni le vomissement habituel à l'étranglement ; comme

il n'y a que de la faiblesse, peu de fièvre et de douleur, on se borne à l'application de cataplasmes émollients.

Le 6, la tumeur est un peu plus volumineuse, également irréductible, toujours dure et douloureuse, sans retour des nausées. — Le bain est renouvelé. Un lavement amène quelques évacuations; le bain cause quelques défaillances.

Le 7, selles naturelles; l'appétit renaît, la tumeur reste bornée.

Les choses restent à peu près dans le même état jusqu'au 14, que la tumeur s'étend presque subitement dans la nuit, se prolonge vers la cuisse, et s'élargit en forme de gâteau (présentant 6 centimètres sur 9 environ), très dure et très douloureuse.

Le 17, le ramollissement s'opère.

Le 18, elle se partage en trois foyers remplis de matière liquide, sensibles au toucher et accompagnés de crépitation. Pas de nausées, selles faciles, douleur amoindrie. Un des points ramollis, percé avec une lancette, donne issue à un pus abondant, jaunâtre, odorant, mêlé de gaz stercoraux. Les autres foyers se vident lentement par cette ouverture, qui se referme le troisième jour, laissant autour d'elle un empâtement et des duretés étendues à tout le pli de la cuisse.

Le 23, la malade est bien. La grosseur de l'aine diminue graduellement les jours suivants.

Le 15 du mois suivant, la santé est rétablie. L'asthme n'est pas revenu; il ne reste qu'un noyau d'engorgement dans l'aine; la marche est libre et sans douleur.

Depuis vingt ans que j'observe la malade, l'*asthme a disparu* sans retour.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. BOUVIER.

Observations sur les effets du séton fin et gradué dans l'ophthalmie chronique.

Les observations suivantes, recueillies dans le service de M. Bouvier, à l'hôpital des Enfants, sont celles qui ont été apportées à la tribune de l'Académie de médecine, à l'appui du mémoire sur une nouvelle modification du séton. C'est sur ces observations que porte l'importante discussion qui se débat en ce moment devant ce corps savant. Nous pensons que nos lecteurs nous sauront gré de placer sous leurs yeux les pièces de conviction, et de les mettre ainsi en mesure de se faire une opinion sur leur valeur.

OBS. I. — Marie Cornu, âgée de douze ans et demi, entrée à l'hôpital le 27 septembre 1855. Pâle, maigre; engorgement des ganglions cervicaux.

Conjonctivite générale de l'œil gauche peu ancienne; paupières rouges, boursouflées; kératite; la cornée couverte de faisceaux vasculaires; photophobie.

Traitement. — Avant son entrée, sangsues derrière les oreilles; à l'hôpital, une seconde application de sangsues; quelques instillations de collyre au nitrate d'argent. Pas de changement.

Le 2 octobre, séton longitudinal à la nuque; une chaîne d'argent est laissée à demeure. Tout autre moyen de traitement est suspendu (1). Amélioration prompte. Au bout de huit jours l'inflammation est presque dissipée; la paupière supérieure encore rouge et gonflée.

Du 15 au 20 octobre, la guérison est complète; l'enfant quitte l'hôpital.

Revue à la consultation le 26 octobre, elle présente l'état suivant :

La cornée est traversée obliquement par un nuage à peine marqué, donnant à cette membrane, dans le point où il existe, une très légère teinte opaline; quelques vaisseaux très fins, situés au pourtour de la cornée, empiètent un peu sur elle. La vision est presque aussi bonne que de l'œil droit; l'enfant lit seulement avec un peu plus d'hésitation quand elle ne se sert que de l'œil gauche. Aucune trace d'inflammation de la conjonctive oculaire : orgeolet à la paupière supérieure.

La chaîne d'argent a été remplacée, avant la sortie de la malade, par un simple fil à bougie d'un millimètre de diamètre.

OBS. II. — Jeanne Letel, âgée de huit ans et demi, entrée le 20 mars 1855. Ganglions cervicaux un peu tuméfiés; impétigo du cuir chevelu; chairs molles, peau d'un blanc mat.

Conjonctivite double ancienne; nuages sur les deux cornées; photophobie intense.

Traitement. — Pendant six mois, instillations fréquentes de collyre au nitrate d'argent; applications répétées de teinture d'iode sur les paupières; purgatifs. La photophobie diminue par moments, mais en définitive on n'a rien gagné, et au mois de septembre l'enfant ne peut encore ouvrir les yeux au jour.

Le 15 septembre, séton longitudinal à un seul fil, de 1 millimètre de diamètre. Un second fil est ajouté dix jours après. Inflammation assez vive du tissu cellulaire sous-cutané; les ganglions cervicaux du côté droit sont douloureux. Amendement marqué; la conjonctive moins injectée; la photophobie a diminué.

Cette amélioration ne faisant pas de nouveaux progrès, on ajoute à la mèche un troisième fil, puis un quatrième. Toutefois, le 26 octobre, il reste encore un certain degré de kérato-conjonctivite, caractérisée par la photophobie, un peu de larmoiement, une injection légère des vaisseaux de la cornée et de la muqueuse oculo-palpébrale; le bord des paupières est encore rouge et tuméfié.

Aujourd'hui 6 novembre, l'injection a à peu près disparu; la photophobie est très légère; l'enfant ouvre plus largement les paupières.

Le 5, cet état inflammatoire est beaucoup moins marqué; la malade ouvre les yeux assez facilement; mais par suite d'une influence atmosphérique générale, presque toutes les ophthalmies de l'hôpital sont en meilleur état depuis deux jours, et le séton n'est peut-être pour rien dans cette dernière amélioration. Les ganglions cervicaux ne sont plus enflammés.

(1) Il en a été de même chez les malades des autres observations, du moment où le séton a été appliqué.

OBS. III. — Elisabeth Champounois, âgée de quinze ans, entrée le 9 juillet 1855. Quelques ganglions cervicaux engorgés, mais sans marques évidentes de scrofules; non réglée; constitution nerveuse, excitable.

Quatre ans avant son entrée à l'hôpital, ophthalmie intense combattue par plusieurs applications de sangsues, des purgatifs et un séton à la nuque gardé trois ans, parce que l'inflammation se reproduisait sans cesse, tantôt dans un œil, tantôt dans l'autre.

En avril dernier, nouveau retour de l'ophthalmie. Nouvelle application de sangsues. Au bout de deux mois, on réapplique le séton sans obtenir de mieux. Ce séton fut supprimé par la malade dès les premiers jours de son séjour à l'hôpital, sans que je fusse même averti de son existence.

A son entrée à l'hôpital, cette jeune fille était dans l'état suivant :

Kératite légère de l'œil droit; tache ancienne de la cornée, très peu d'injection de la conjonctive, qui est seulement traversée par quelques lignes rouges aboutissant à la cornée; photophobie très intense; l'œil ne peut s'ouvrir, même dans l'obscurité.

Traitement. — Deux applications de sangsues derrière l'oreille droite, instillation de collyre au nitrate d'argent, application de teinture d'iode sur les paupières, insufflation de calomel, cautérisation répétée des vaisseaux dilatés avec le nitrate d'argent fondu, onctions d'extrait de belladone autour de l'orbite. Amélioration momentanée après l'emploi de quelques-uns de ces moyens, mais point de guérison.

Il y a six semaines que j'ai placé un séton transversal composé d'un seul fil; j'ai ajouté un second fil au bout de quinze jours. La guérison a été si rapide, qu'au bout de trois semaines, sauf la tache de la cornée et l'affaiblissement de la vision qu'elle produit, il n'existait pour ainsi dire plus de trace de la maladie; la photophobie a disparu, et l'œil est aussi ouvert que l'autre. J'ai retiré le second fil.

Aujourd'hui, 5 novembre, la guérison se maintient; la malade n'est retenue à l'hôpital que par une chorée qui lui est survenue depuis la cessation de l'ophthalmie. Je compte remplacer le fil du séton par une chaîne d'argent très fine, qui pourra conserver le trajet sans suppuration, comme *séton d'attente* prêt à recevoir une mèche, si l'ophthalmie reparaît.

OBS. IV. — Jules Larribe, âgé de neuf ans et demi, entré le 3 août 1855; gourme, engorgement des ganglions cervicaux.

Ophthalmie depuis six ans, avec des alternatives de mieux et d'aggravation. Conjonctivite double granuleuse; kératite; les cornées ont perdu de leur transparence, et paraissent infiltrées d'un liquide puriforme; iritis; l'iris couleur de rouille; pupilles contractées; vision très affaiblie depuis un an; photophobie.

Traitement. — Pendant près de deux mois, successivement ou simultanément instillations de solution de nitrate d'argent au 40e, onctions avec un mélange de parties égales d'onguent napolitain et d'extrait de belladone, iodure de potassium à l'intérieur. Pas de changement.

Le 24 septembre, séton transversal à un seul fil. Amélioration sensible trois jours après. Un second fil est passé au bout de huit jours. L'amélioration continue; les yeux s'ouvrent plus facilement à la lumière; les cornées sont moins opaques; l'enfant assure qu'il voit de mieux en mieux.

Le 26 octobre, pas de trace de kératite ni de la conjonctivite oculaire; les cornées n'offrent plus qu'une très légère teinte louche; vision à peu près normale; il subsiste seulement une blépharite ciliaire et folliculeuse qui date de bien des années, et qui ne peut se dissiper qu'à la longue.

Quelques jours après, cette blépharite ayant été combattue par la pommade de Lyon, l'ophthalmie s'est réveillée de nouveau, quoique avec beaucoup moins d'intensité. Cette recrudescence des symptômes commence à se dissiper aujourd'hui 6 novembre.

OBS. V. — Henri Campin, âgé de huit ans et demi, entré le 3 septembre 1855; pas d'engorgement ganglionnaire; l'enfant a eu précédemment un impétigo de la face; apparence assez chétive, affection croûteuse de l'intérieur du nez.

Ophthalmie presque continuelle depuis la naissance; conjonctivite double, kératite, staphylome récent de l'œil droit; petite tache sur la cornée gauche; photophobie intense; vision presque nulle de l'œil droit.

Traitement. — Instillation de collyre au nitrate d'argent. Pas de mieux.

Le 26 septembre, séton longitudinal avec un fil double. Le lendemain, fièvre, céphalalgie, inflammation d'apparence phlegmoneuse sur le trajet du séton, plaques érythémateuses au cou et sur d'autres parties du corps; j'enlève l'un des fils. Le jour suivant, la fièvre tombe et l'inflammation locale se réduit aux limites ordinaires. Il n'est resté d'autre trace de cet accident qu'un retour de l'ancien impétigo de la face. Pendant que ces phénomènes se manifestaient, l'inflammation oculaire éprouvait une diminution notable. Au bout de quelques jours, je replaçai le second fil, et cette amélioration fit de nouveaux progrès.

Le 9 octobre, l'œil gauche est presque guéri; l'œil droit est en voie de guérison; il s'ouvre avec beaucoup plus de facilité, et l'injection a en grande partie disparu.

Le 26, les paupières, les conjonctives, les cornées sont exemptes d'inflammation, le staphylome a disparu, ne laissant qu'une tache légèrement opaline, sans saillie, qui trouble peu la vision. Un des fils a été retiré quelques jours auparavant.

La guérison ne s'est pas démentie depuis. J'ai substitué au dernier fil un simple fil de *racine* très fin, comme *séton d'attente*.

OBS. VI. — Honoré Leroy, âgé de huit ans et demi, entré le 7 mai 1855; faciès scrofuleux, pas de gourme ni d'engorgement ganglionnaire.

A l'époque de son entrée, l'ophthalmie avait six mois de durée. Pendant son séjour dans mes salles, elle est devenue purulente à quatre reprises différentes, et a été traitée par une forte solution de nitrate d'argent et des purgatifs. La vision a été conservée; mais l'ophthalmie a persisté à l'état chronique. A la fin de septembre, elle avait pris un caractère plus aigu; il y avait de la kératite et une photophobie extrême.

Au commencement d'octobre, séton longitudinal à un seul fil, dont les extrémités, d'abord nouées en cercle, ont été détachées au bout de quelques jours, et ne sont retenues que par des nœuds qui les empêchent de repasser par la plaie.

L'amélioration a été prompte, et, le 9 octobre, les yeux s'ouvraient avec assez de facilité, surtout le droit; mais, dans le courant du même mois, l'enfant fut menacé d'une cinquième ophthalmie purulente. Des cautérisations énergiques avec la solution concentrée de nitrate d'argent ont arrêté le mal à son début, et les yeux sont revenus à un état plus satisfaisant. Néanmoins cet enfant n'est pas guéri.

Une rougeur vive, avec amincissement de la peau, sur le trajet du fil, peut-être un peu trop rigide, m'a décidé, le 2 novembre, à le remplacer, comme chez Campin, par un simple fil de *racine*; ce qui, je l'avoue, atténue beaucoup trop l'action du remède dans un cas aussi tenace.

OBS. VII. — Louis Saint-Bélie, âgé de onze ans, entré le 15 juillet 1855; assez robuste en apparence; gonflement des ganglions cervicaux; impétigo du cuir chevelu.

Plusieurs ophthalmies successives; depuis six mois, conjonctivite granuleuse double; kératite; taches et développement de vaisseaux sur les deux cornées; la gauche présente, en outre, une ulcération, la droite une petite érosion très superficielle vis-à-vis de la pupille; iritis; l'iris est d'un rouge brun; vive photophobie.

Traitement. — Collyre au nitrate d'argent, iodure de potassium à l'intérieur. Pas de mieux.

Au commencement de septembre, séton longitudinal à chaîne d'argent. Au bout de dix jours, la chaîne, ne produisant pas assez d'inflammation, est remplacée par un fil; un deuxième fil est ajouté quelques jours après, et un troisième le lendemain de l'application du second.

Le 9 octobre, les yeux sont en meilleur état; l'injection de la conjonctive et la photophobie ont beaucoup diminué; l'enfant ouvre les yeux mieux qu'il n'avait encore pu le faire.

Dans le courant d'octobre, Saint-Bélie a éprouvé pendant quelques jours une aggravation des symptômes que j'ai été un moment disposé à mettre sur le compte du séton. Trouvant la guérison trop lente, j'avais porté successivement la mèche à cinq fils, toujours d'un millimètre de diamètre. Le pansement n'était point fait avec les précautions convenables; il provoquait de vives douleurs, de l'agitation, des pleurs, et je finis par découvrir dans cette circonstance la véritable cause de l'exacerbation observée. Aujourd'hui, les pansements, plus méthodiques, sont beaucoup moins douloureux, et les accidents aigus ont cessé; toutefois l'enfant n'est pas guéri.

RÉFLEXIONS. — La statistique de ces faits, quoique peu nombreuse, est une pierre d'attente. D'autres faits s'y ajouteront. Ils font connaître un point de pratique que les développements de la discussion ont un peu fait perdre de vue.

Ce qui caractérise les modifications que je propose, ce n'est pas seulement la substitution de *petits sétons* aux *gros sétons*, ce n'est là qu'un premier point, qui a bien son utilité, en montrant que les gros sétons ne sont pas toujours nécessaires, qu'on peut guérir dans certains cas avec des sétons beaucoup moins douloureux et plus faciles à supporter, mais enfin ce n'est pas tout.

Mes modifications à l'opération et au pansement du séton ont encore les résultats suivants :

1° De donner le moyen d'établir un gros séton, un large séton, quand il est jugé nécessaire, par un procédé que j'appellerai *gradué*, ou procédé en *plusieurs temps*, procédé *par dilatation progressive*, permettant d'atteindre *presque sans douleur* le but qu'on se propose, parce que le plus large séton à la nuque peut être le produit d'un trajet sous-cutané qui ne pouvait d'abord loger qu'une aiguille à coudre;

2° De procurer une telle simplicité de pansement que le malade peut se panser lui-même, même quand c'est un enfant. Je ferai remarquer que l'idée de former simplement une anse ou un cercle avec la mèche est très ancienne, qu'elle est appliquée journellement par les médecins vétérinaires. Mais, pour l'appliquer à l'*homme* sans inconvénient, *sans danger*, il fallait se servir de mèches composées de substances imperméables au pus, et en même temps *souples*, *flexibles*, et c'est en cela que consiste la modification essentielle que j'ai introduite dans le pansement, après quelques essais partiels d'auteurs anciens, dont les procédés sont oubliés.

NOUVELLES EXPLICATIONS

relatives à la pulvérulence des narines dans les fièvres graves et à la valeur séméiotique de ce phénomène;

Par M. Jules PARROT, interne des hôpitaux.

Dans le numéro du 10 novembre dernier se trouve une lettre de M. Forget, ayant pour but de revendiquer la priorité d'une opinion émise par M. Beau sur la pulvérulence des narines. Pour appuyer sa réclamation, M. Forget cite le passage suivant de son *Traité de l'entérite folliculeuse* :

« L'état pulvérulent des narines nous paraît être un effet purement physique résultant de la faiblesse des mouvements respiratoires ou de l'action de respirer par la bouche, ce qui fait que les corpuscules suspendus dans l'atmosphère ambiante s'attachent aux poils des narines, dont ils ne sont plus chassés par l'air qui doit traverser celles-ci. Il n'y a donc là rien qui justifie ce pronostic si fâcheux que les auteurs ont tiré de ce signe, dont la cause consiste dans un état de prostration entraînant l'*immobilité prolongée et l'action de respirer par la bouche*, qu'on observe le plus souvent dans l'adynamie. »

Voilà ce que M. Forget disait en 1841. Deux ans plus tard, c'est-à-dire en 1843, M. Beau donnait une théorie de la pulvérulence des narines dans le *Journal de médecine*, dont il dirigeait la rédaction conjointement avec MM. Fouquier, Trousseau, etc. Ne pouvant donner ici dans son entier l'article de M. Beau, j'en extrais le passage suivant :

« Dans les circonstances ordinaires de la vie et dans l'état normal

de santé, le dépôt des corpuscules qui s'arrêtent sur les poils des narines est trop peu considérable pour être visible ; il faudrait un certain temps pour que leur accumulation fût apparente ; mais cette accumulation est empêchée presque à chaque moment, soit par l'action de se moucher, soit surtout par les frottements instinctifs que nous exerçons contre le nez, à cause des démangeaisons légères et fréquentes que nous y éprouvons. Supposons maintenant un individu qui est affecté d'une maladie qui lui enlève toutes les forces, qui est couché sur le dos en état de stupeur, et qui ne porte jamais la main à son nez, soit pour se moucher, soit pour y exercer ces petits frottements dont nous venons de parler : il est bien clair qu'avant la fin de la journée on pourra constater sur les poils des narines un amas plus ou moins apparent de corpuscules que l'air inspiré y aura déposés.

» La valeur séméiologique de la pulvérulence des narines est donc liée intimement à celle de l'immobilité de la face et des mains, et aussi à celle de la stupeur, qui rend le malade insensible à ces démangeaisons légères que l'on éprouve au nez dans l'état de santé. On comprend dès lors toute la gravité attachée au signe de la pulvérulence des narines. »

L'explication que donne M. Beau de l'état pulvérulent des narines ne date donc pas d'hier, comme semble le croire M. Forget, et l'article que j'ai publié dans la *Gazette des Hôpitaux* du 8 septembre n'était que la reproduction d'une théorie formulée il y a douze ans.

M. Forget n'a certes pas la prétention d'avoir inventé la pulvérulence des narines ; ce signe fit son entrée dans la symptomatologie avec les fièvres adynamiques et putrides, et depuis longtemps il est tombé dans le domaine public. Que revendique donc l'honorable clinicien de Strasbourg? La paternité d'une théorie de la pulvérulence ?

Voyons quels sont ses droits et les arguments avec lesquels il vient les soutenir.

L'état pulvérulent des narines est un fait purement physique.

Les malades qui présentent ce phénomène ont des mouvements respiratoires faibles ou respirent par la bouche ; voilà pourquoi les corpuscules suspendus dans l'atmosphère ambiante s'attachent aux poils des narines, dont ils ne sont plus chassés par l'air qui doit traverser celles-ci.

C'est là une explication banale, vulgaire dans les cliniques et parmi les élèves. Si cette théorie a été puisée dans le livre du professeur de Strasbourg, l'exclamation de M. Thirial n'a plus de sens, et tout le monde a lu l'ouvrage de M. Forget; si, au contraire, la théorie est antérieure au *Traité de l'entérite folliculeuse*, il n'y a plus lieu de poser la question de priorité.

Mais examinons de plus près cette théorie.

Elle repose sur deux faits, à savoir ; la *faiblesse des mouvements respiratoires* et l'*action de respirer par la bouche.*

Eh bien, je n'hésite pas à le dire, ce sont là deux fictions inventées pour le besoin de la cause. On peut tous les jours observer la pulvérulence des narines sur des malades dont les mouvements respiratoires ont une activité et une ampleur exagérée. Chez ces individus l'air ne saurait arriver aux poumons que par le nez. Leur bouche est close ; mais en revanche leurs narines, activement dilatées, ouvrent à l'air une large voie. Le courant qui s'établit ainsi entre l'atmosphère ambiante et la cavité des bronches détermine une oscillation continuelle des poils qui tapissent le vestibule des fosses nasales, et, loin de chasser la poussière qui couvre ces poils, il contribue à son accumulation.

Ainsi donc, quelle que soit l'origine de cette théorie, elle n'est pas soutenable, et il n'existe pas la moindre parité entre cette explication et celle de M. Beau, qui repose sur l'existence d'un tamis pileux dans les narines, et d'une immobilité des membres supérieurs.

Les deux théories mettent donc en avant l'immobilité; mais tandis que M. Forget ne considère ce défaut d'action que dans les mouvements respiratoires, M. Beau l'étudie surtout dans les membres thoraciques.

Je dois encore signaler une différence capitale entre les deux opinions que je mets ici en parallèle.

Suivant le médecin de l'hôpital Cochin, la pulvérulence des narines est un phénomène de mauvais augure dans la dothinentérie, puisqu'il dénote toujours une *prostration excessive.*

Rien, au contraire, suivant M. Forget, ne justifie le pronostic fâcheux que les anciens ont attaché à ce signe.

On ne peut pas différer d'une manière plus tranchée.

Comment, après cela, expliquer le passage suivant de la lettre de M. Forget?

« Je viens de lire avec intérêt, dans votre numéro du 8 septembre, une note de M. Beau sur la *non-valeur séméiotique de la pulvérulence des narines* ; car cette note confirme l'opinion que je publiais il y a quinze ans dans mon *Traité de l'entérite folliculeuse.* »

M. le docteur Scheving, médecin en chef de l'hôpital militaire de Phalsbourg, nous adresse la note suivante, à propos de l'article de M. Prosper Delvaux, inséré dans notre numéro du 13 de ce mois.

« Ayant prescrit, pendant l'hiver de 1852, un lavement de sulfate de quinine pour un enfant de trois ans atteint de fièvre intermittente, et le petit malade ayant successivement émis une certaine quantité de lombrics, je me suis cru autorisé à voir dans ce fait plus qu'une fortuite question de coïncidence, alors surtout que des observations subséquentes n'ont pas tardé à édifier de plus en plus ma conviction.

» Sans vouloir faire de cette note une question de priorité, je crois réaliser un acte privé de justice en proclamant, à un point de vue nouveau, les ressources puissantes que rencontre la pratique dans un agent aussi significatif que le sulfate de quinine. »

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 31 octobre 1855. — Présidence de M. Gosselin.

Le procès-verbal de la séance précédente est adopté.

Suite de la discussion sur la désarticulation coxo-fémorale.

M. Giraldès. Pour juger exactement les résultats de la désarticulation coxo-fémorale, il faut distinguer avec soin les cas dans lesquels elle a été pratiquée. Quelques malades, en effet, ont été opérés dans des circonstances tellement graves, qu'ils seraient morts bientôt après quand bien même ils eussent été abandonnés. La mortalité ne revient pas ici à l'amputation. De même, lorsqu'un membre a été broyé par un éclat d'obus, par un boulet, et que les parties molles sont largement contuses ou presque complétement détachées, la désarticulation n'aggrave certainement pas le pronostic.

M. Smith, qui a rassemblé 98 cas d'amputation coxo-fémorale, les a répartis en catégories; il a trouvé 30 cas de traumatisme qui ont donné 18 morts et 12 succès; puis 32 faits de lésions organiques diverses comptant 16 morts et 16 succès. Ceci démontre l'inconvénient de conclure d'après des statistiques brutes établies sur des faits pris en masse; si on s'enquiert des détails, et qu'on fasse les distinctions nécessaires, on arrive à des résultats et à des notions bien différentes.

M. Larrey. L'observation de M. Giraldès a certainement de la valeur appliquée aux statistiques brutes; mais dans celle de M. Legouest, il n'est question que de désarticulations pratiquées pour des plaies d'armes à feu. Or, s'il est vrai que dans certains cas la mortalité ne puisse être imputée à l'opération, puisque les blessés auraient succombé sans elle, on peut rétorquer l'argument et dire que dans d'autres cas des blessures auraient guéri si on n'avait pas opéré.

Sand-Kox a publié une statistique comprenant tous les faits connus jusqu'en 1845; ils sont nombreux et variés, et comprennent les écrasements, les plaies par armes à feu, les lésions organiques; non-seulement cette statistique montre les résultats généraux, mais l'auteur a même eu soin de classer toutes les observations en trois tableaux. Cependant, il y a une lacune; c'est que l'on n'a pas distingué les amputations en primitives et secondaires; en d'autres termes, on n'a pas noté l'époque à laquelle on avait amputé. Le mémoire de M. Legouest échappe à ce reproche, et les résultats si différents mis en lumière par cette distinction montrent toute son importance.

M. Denonvilliers. Les chirurgiens, en France du moins, sont d'accord sur ce point, que l'amputation coxo-fémorale doit être pratiquée immédiatement dans les plaies avec fracture de la partie supérieure du fémur. M. Legouest a tiré de ses observations des conclusions tout opposées; il faut donc rassembler des faits. Le suivant rentre dans la question. Un soldat fut blessé à la bataille de Crevett, le 23 juin 1758, par une balle qui brisa le fémur au-dessus des trochanters. On tenta la conservation du membre; la mort ne survint pas, mais la fracture ne se consolida pas, malgré les efforts de plusieurs chirurgiens. Un dernier, dont le nom est resté inconnu, vers la fin de 1759, conçut le projet de réséquer le fragment inférieur, pensant que la saillie formée par ce fragment était le principal obstacle à la consolidation. L'événement lui donna raison; un cal se forma, qui réunit les deux bouts de l'os. Par malheur, le dépôt osseux se fit irrégulièrement autour de ces deux bouts, et laissa entre eux une sorte de caverne à parois osseuses qui ne s'affaissa pas et donna lieu à une suppuration permanente. Le blessé entra à l'hôtel des Invalides et y mourut quatre années après. Sa pièce fut donnée à l'Académie de chirurgie, et passa de là à la Faculté et au musée Dupuytren, où elle est déposée en ce moment (nº 164).

M. Denonvilliers montre cette pièce, et renvoie, pour plus de détails, à l'observation complète insérée dans les *Mémoires de l'Académie de chirurgie* (1), et dont il a donné un extrait dans le volume qu'il a publié sur la collection de ce Musée.

Mais, comme il le disait déjà dans la dernière séance, ce fait rétablit une question historique. La résection a été employée de plusieurs manières dans le traitement des fractures, tantôt pour faciliter la réduction en retranchant un fragment faisant issue à travers la peau, tantôt pour extraire une extrémité osseuse brisée comminutivement; mais elle a été aussi mise en usage dans les cas de fracture non consolidée, et cette indication est rapportée à White, qui y eut recours dans un cas de fracture de l'humérus au mois de janvier 1760. Or, la priorité appartient bien réellement au chirurgien inconnu qui réséqua dans le même but le fragment inférieur du fémur, puisque dans l'observation qui vient d'être citée la résection fut faite un an après la blessure, c'est-à-dire vers l'été de 1759.

M. Larrey. M. Denonvilliers a été trop exclusif en disant que d'un commun accord les chirurgiens français recommandaient l'amputation immédiate pour les fractures du fémur par armes à feu; cela n'est vrai que pour les fractures de la diaphyse. En effet, les chirurgiens militaires, Ribes, Percy, Larrey père, etc., ont donné ce précepte. Mais ce dernier, dans les cas de fracture de l'épiphyse supérieure, conseillait la conservation toutes les fois qu'elle pouvait être raisonnablement tentée.

M. Giraldès. En citant White, il faut savoir auquel des chirurgiens de ce nom on fait allusion. C'est Charles White qui a proposé la résection de la tête du fémur, mais il ne l'a point exécutée.

M. Guersant confirme ce que vient de dire M. Larrey. En 1837, un étudiant en médecine reçut une balle qui fractura le grand trochanter; Bérard, Sanson et lui-même songeaient à faire l'amputation primitive. Larrey père, consulté, fut d'un avis contraire. On tenta d'abord la conservation du membre; on ne fit l'opération qu'au vingtième jour. La mort eut lieu six heures après; mais le malade était très affaibli par une suppuration fort abondante.

M. Gerdy donne des détails sur le blessé de 1830 que M. Huguier a cité dans la dernière séance, et dont l'observation a été publiée (2). Lorsque ce malade se présenta à la commission des récompenses nationales, Dupuytren et Larrey, qui le virent, furent très surpris d'un tel succès, et lui déclarèrent qu'il était d'autant plus heureux d'avoir conservé son membre, que s'il avait été soumis à leurs soins l'amputation aurait probablement été pratiquée.

M. Robert a traité en 1848 deux individus atteints de fractures par armes à feu de la partie supérieure du fémur; il connaissait déjà l'opinion de Larrey, et l'avait, pour sa part, adoptée. Il pensait, en effet, que la désarticulation coxo-fémorale pratiquée immédiatement au milieu des délabrements de la région vouait les malades à une mort prompte et certaine. Il s'abstint donc; un des blessés mourut au vingtième jour, l'autre se sauva. Pendant dix-huit mois, il conserva des fistules et perdit des esquilles, mais il finit par marcher assez bien. M. Robert l'a perdu de vue depuis ce moment.

M. Verneuil. Puisque dans cette question il importe surtout de grossir le nombre des faits, on peut y ajouter le cas d'un élève en pharmacie des hôpitaux de Paris, M. Robert, qui reçut une balle qui lui fractura la partie supérieure du fémur. On tenta d'abord la conservation du membre; mais au bout d'un certain temps on désarticula la cuisse, ce qui n'empêcha pas le blessé de mourir peu de temps après. De plus, M. Gensoul ayant eu à traiter, après les événements de Lyon en 1834, dix cas de fractures du fémur par des balles, tenta pour tous les blessés la conservation. Neuf fois l'os était brisé à sa partie moyenne ou au tiers inférieur; une fois la balle avait traversé le col du fémur. Trois blessés guérirent, et parmi eux se trouvait celui dont le col était atteint. La guérison fut longue et traversée de nombreux accidents; beaucoup d'esquilles sortirent, et il ne quitta l'hôpital qu'au bout d'un an. A cette époque, la cuisse était solide, et la marche commençait à s'effectuer (1).

M. Morel-Lavallée a souvent entendu dire à Richerand, dans ses cours, qu'après la bataille de Paris les chirurgiens civils perdaient à peu près tous les blessés de ce genre, auxquels ils avaient l'habitude de pratiquer l'amputation immédiate; tandis que les chirurgiens militaires en sauvaient un certain nombre en s'abstenant d'opérer.

On peut rapprocher de tous les faits cités celui de M. le docteur Lesseré, qui en 1848 eut la cuisse fracturée à la partie supérieure et refusa l'amputation, aujourd'hui, et après une longue cure, il a pu reprendre ses occupations.

Enchondrome. — M. Demarquay présente un enchondrome qu'il a enlevé sur un malade âgé de trente-trois ans, placé dans le service de M. Denonvilliers. Cette tumeur a le volume d'un œuf. Elle était située sur le dos du pied droit; elle s'est développée dans le périoste du deuxième métatarsien, circonstance importante à noter, car le plus souvent les tumeurs de ce genre naissent des os eux-mêmes. Une particularité digne d'intérêt, et qui a rendu l'opération difficile, c'est que cette tumeur avait un prolongement qui pénétrait entre les deux métatarsiens; toutefois l'enchondrome a pu être enlevé sans qu'aucun tendon important ait été lésé. Le malade sera bientôt guéri.

Note de M. Robin. — Tous les lobes arrondis de la tumeur sont composés par un tissu qui offre partout les caractères du tissu cartilagineux proprement dit. Il se compose d'une substance homogène fondamentale, creusée de cavités renfermant une ou plusieurs cellules, tantôt sans noyau, tantôt avec un noyau assez gros, arrondi et granuleux. La substance fondamentale est partout homogène; ce n'est que dans des espaces très restreints, surtout vers la surface, qu'elle présente des stries un peu analogues à celles des fibro-cartilages. Cette tumeur est donc essentiellement formée par du cartilage pur ou proprement dit, et point par du fibro-cartilage. Les cavités dont il est creusé sont beaucoup plus grandes dans la portion osseuse de la tumeur. Quelques parties du cartilage offrent une teinte blanchâtre, laiteuse; elle est due au dépôt de granules microscopiques composés, ainsi que le montre l'action des acides, entièrement de carbonate de chaux. Ces parties sont bien différentes par leur couleur, leur consistance et leur structure, de la masse, du volume d'une noisette, très compacte, qui existe sur un des points de la tumeur. Celle-ci a l'aspect extérieur et la structure intime du tissu osseux, et, sous ce rapport, l'examen des coupes minces que l'on en peut faire ne laisse pas le moindre doute.

M. Giraldès. L'existence de spicules osseuses n'a rien de surprenant, surtout dans un enchondrome du périoste; il y a même de ces tumeurs dont l'intérieur est tout à fait cloisonné par des lamelles osseuses, dans les interstices desquelles est déposée la matière cartilagineuse.

M. Denonvilliers fait remarquer qu'ici l'ossification a quelque chose de particulier; elle affecte deux dispositions, celle d'ossification diffuse et celle de noyaux osseux isolés.

M. Lenoir. Müller a déjà distingué deux variétés d'enchondrome. L'une se développe dans le centre des os, au milieu du tissu aréolaire; elle distend et boursoufle la lame compacte superficielle : c'est la variété de beaucoup la plus commune. L'autre variété, au lieu d'être centrale, est périphérique; elle a les mêmes caractères physiques que la première, mais se développe en dehors de l'os sous le périoste, et même en dehors du périoste; elle se présente sous la forme de tumeurs dures, bosselées et comme muriformes. Beaucoup plus rare que la première, M. Lenoir n'en compte que trois exemples, en y comprenant celui qui vient d'être présenté.

L'enchondrome périostal ou périphérique n'est rare, au reste, qu'à l'état de petites tumeurs, car, lorsque la production a acquis de grandes dimensions, elle occupe non-seulement le centre de l'os, mais s'étale encore à l'intérieur sur et sous le périoste; cette membrane, dans quelques cas, ne peut même plus être reconnue.

M. Giraldès. Si l'on établit des distinctions, il en est une autre importante à connaître. Certaines tumeurs cartilagineuses, en effet, sont ramollies, transparentes et comme gélatiniformes; elles n'ont plus l'aspect caractéristique du cartilage, elles ont une tendance très marquée à l'accroissement. D'autres, au contraire, très fermes, blanches comme le cartilage normal, présentent une disposition marquée à l'ossification; elles deviennent parfois dures comme de l'ivoire.

M. Demarquay a vu Blandin opérer un jeune homme qui portait aux doigts des enchondromes multiples. On en enleva trois dans une même séance. C'était bien au centre des os que le tissu cartilagineux avait pris naissance, et ce tissu était formé de grains et de lobules tout à fait semblables à ceux de la tumeur actuelle.

---

(1) Remarques de Ledran à la suite du mémoire de Moscati *Sur les fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus*, t. IV, p. 112, éd. in-8º.

(2) *Traité des bandages. — Chirurgie pratique*, 3e volume, page 439.

(1) *Gaz. méd.*, 1833, page 300.

— M. Larrey reproduit les conclusions de son rapport sur le mémoire de M. Legouest (1) tendant à démontrer que l'amputation coxo-fémorale pour des coups de feu offre d'autant plus de chances de guérison, qu'elle est pratiquée à une époque plus éloignée de la blessure.

Voici ces conclusions :

1° Renvoyer au comité de publication le *Mémoire sur la désarticulation coxo-fémorale*, en réservant une décision ultérieure sur le travail relatif aux *congélations*;

2° Nommer M. le docteur Legouest membre correspondant de la Société de chirurgie.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

La Société décide aussi que le rapport sera renvoyé, avec le mémoire, au comité de publication.

M. Verneuil, en présence de l'incertitude qui régnait sur le fait de M. Gensoul, dont il a été question dans une séance précédente, s'est adressé à l'auteur lui-même pour avoir des renseignements, que celui-ci s'est empressé de lui fournir : l'observation se trouve dans un compte-rendu sur les blessés admis à l'Hôtel-Dieu de Lyon, imprimé dans la *Gazette médicale*, 1833, p. 299.

M. Verneuil se félicite d'avoir été à la source originale, car les auteurs qui ont rapporté l'opinion du chirurgien lyonnais paraissent l'avoir notablement modifiée. M. Gensoul pense que dans les cas de blessure de la veine fémorale à la partie supérieure, on est dans l'alternative d'une hémorrhagie mortelle si on ne lie pas la veine, et d'une gangrène tout aussi menaçante si on lie le vaisseau. C'est pourquoi il lie l'artère fémorale au-dessus de l'origine de la veine musculaire profonde, après avoir comprimé ou lié le bout inférieur du vaisseau veineux.

Le sang, ajoute M. Gensoul, ne pénétrant plus alors dans le membre inférieur que par les anastomoses des artères lombaires avec la fémorale, les veines satellites de ces artères devaient suffire.

La principale raison qui détermine M. Gensoul, c'est la crainte de la gangrène à la suite de la ligature de la veine fémorale. Il cite à ce propos un fait malheureux rapporté par Roux, et dans lequel, un coup d'épée ayant ouvert la veine fémorale, la ligature du vaisseau amena la gangrène du membre. Il serait facile de réunir un assez grand nombre de faits dans lesquels la ligature de la veine fémorale, pratiquée à la suite d'une blessure de ce vaisseau, a été couronnée de succès, et n'a amené nulle menace de gangrène.

Il est encore digne de remarque que M. Gensoul lie précisément l'artère fémorale à la *partie supérieure* pour une plaie de la *partie moyenne* de la veine.

Au reste, l'observation est courte et importante; il sera utile de la rapporter de nouveau, afin qu'on puisse juger en connaissance de cause la pratique proposée par le célèbre chirurgien, pratique qui du reste avait été conçue théoriquement dès 1826, cinq ans par conséquent avant d'avoir été appliquée.

« Un homme, dans la force de l'âge, reçut une balle qui, pénétrant de dehors en dedans, fractura le fémur à sa partie moyenne. L'état était très satisfaisant, lorsque vers le vingt-cinquième jour, après un écart de régime, survinrent des vomissements copieux et une fièvre intense. L'agitation violente de la cuisse par les soubresauts des frissons donna lieu à une hémorrhagie abondante de sang noir évidemment veineux, qui ne put être arrêtée que par la compression au pli de l'aine. Mais, comme celle-ci était douloureuse, le blessé arracha les moyens compressifs, et le sang s'écoula de nouveau. Alors, sans balancer, M. Gensoul lia l'artère fémorale tout à fait à sa partie supérieure, au-dessus de l'artère musculaire profonde. L'opération, qui dura à peine deux minutes, fatigua peu le malade; l'hémorrhagie fut suspendue. Mais les accès de fièvre avec redoublement empirèrent, malgré le quinquina, et amenèrent la mort sept jours après l'opération sans qu'il y ait vestige de gangrène dans le membre opéré. En cherchant après la mort quel était le vaisseau divisé, on reconnut que c'était la veine fémorale. »

M. Verneuil persiste à croire que la ligature de la veine eût été suffisante, car à la *partie moyenne* de la cuisse les anastomoses de ce vaisseau sont trop nombreuses pour que la gangrène soit à redouter.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Coste (de Marseille), nommé membre correspondant, adresse une lettre de remercîments.

— MM. Béclard et M. Sée font hommage à la Société des deux premiers fascicules de la traduction de Kölliker.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Robert montre un jeune homme qu'il a opéré d'un varicocèle par un procédé nouveau. Dans la maladie dont il s'agit, on remarque souvent, en même temps que l'allongement des veines du cordon, un développement très considérable de la peau du scrotum; le procédé d'enroulement de M. Vidal remplit le double but de déterminer l'ascension du testicule et le raccourcissement du scrotum; mais cette opération est loin d'être sans danger : M. Huguier a perdu un de ses malades, M. Vidal aussi, et M. Robert a été sur le point d'éprouver un semblable revers. Cette gravité, au reste, se conçoit bien, car l'enroulement n'est en résumé qu'un mode des ligatures sous-cutanées, nom, par parenthèse, bien mal appliqué, et à ce titre il expose à des accidents inflammatoires de plusieurs sortes; c'est pour cela que Breschet avait songé à obtenir la destruction des veines en agissant de dehors en dedans. M. Robert a assisté à un grand nombre d'opérations faites par ce chirurgien, et sur cent cas au moins la méthode n'a jamais amené d'accidents, si l'on en excepte le cas d'un créole de Bourbon, qui, à la suite d'imprudences nombreuses, fut atteint d'un érysipèle qui amena la mort.

Breschet n'appliquait qu'une pince; mais il s'aperçut bientôt que la section unique prédisposait à la récidive, et plus tard il en appliqua deux superposées, afin de faire plus étendue la perte de substance des veines et de la peau. C'est dans un but analogue que M. Robert a modifié la méthode de Breschet dans le cas suivant.

Un jeune homme atteint de varicocèle présentait en même temps un allongement très considérable du scrotum. Les veines du cordon étant bien isolées du canal déférent et soulevées dans un pli de la peau, on appliqua une première pince immédiatement au-dessus du testicule, puis une seconde tout proche de l'anneau inguinal. Ces deux pinces disposées obliquement se rencontraient par leur extrémité libre au voisinage du cordon, tandis qu'elles divergeaient sur le bord du scrotum et laissaient entre elles un espace de plusieurs centimètres.

Cette disposition, comme on le comprend, a pour but d'intercepter entre ces deux instruments un pli cutané, cunéiforme ou triangulaire, ayant son sommet vers la ligne médiane et sa base en dehors. Le résultat est de réséquer une étendue très notable des veines et des téguments sus-jacents, ce qui détermine après la cicatrisation l'ascension du testicule et le raccourcissement des bourses.

Après la chute de l'escharre, qui se fit vers le quinzième jour, il resta une plaie étendue couverte de bourgeons charnus et dont la cicatrisation s'effectua au bout de six semaines.

M. Robert fait voir sur l'opéré la perfection du résultat : une cicatrice très ferme, très épaisse, adhérant à la racine de la verge, soutient le testicule très haut près de l'anneau. La cure a duré deux mois en tout. Mais dans les autres procédés elle n'est pas beaucoup plus rapide, et présente beaucoup plus de dangers.

M. Follin a fait une dizaine de fois l'opération du varicocèle, et il a mis en usage l'ingénieux procédé proposé par M. Rigal (de Gaillac) pour les tumeurs érectiles. C'est, comme on le sait, une sorte de ligature multiple faite au moyen d'aiguilles et de fils passés au-dessous de la tumeur. Après avoir, comme de coutume, isolé le paquet veineux, la base du pli interne est traversée par trois aiguilles et deux fils situés entre elles. Les fils, fortement serrés, anéantissent immédiatement la circulation dans la portion de parties molles qu'ils entourent. Il en résulte une escharre sèche, qui tombe au bout de dix à quinze jours, et laisse après elle une large perte de substance qui se cicatrise sans peine. Dans les dix cas, M. Follin n'a jamais observé le moindre accident. Ce procédé, d'une exécution facile, remplit les mêmes indications que celui de M. Robert; il a de plus cet avantage qu'il n'exige aucun appareil instrumental spécial : le fil et les aiguilles se trouvent partout.

M. Follin a vu des accidents très graves à la suite de l'enroulement : il y eut un abcès énorme suivi de l'atrophie du testicule.

M. Ad. Richard a mis en usage le procédé de M. Rigal, et il lui a trouvé plus d'avantages encore que ne l'a dit M. Follin. Il y a dans toutes ces opérations une circonstance majeure à noter : c'est la distinction entre les procédés qui n'amènent que progressivement la section des vaisseaux et des parties molles, et ceux qui, d'emblée, causent la mortification complète. Les accidents naissent, en effet, pendant cette période de mortification progressive. C'est un point que M. Rigal a fait ressortir avec talent. Le procédé de M. Robert paraît appartenir à la première catégorie.

M. Robert répond qu'il a soin de serrer immédiatement les pinces avec assez d'énergie pour que le sphacèle soit sur-le-champ obtenu.

M. Debout. On a cité plusieurs cas fâcheux à la suite de l'enroulement; cependant M. Vidal n'en cite qu'un seul.

M. Giraldès. Le principe d'une destruction étendue du tégument, posé par M. Robert comme condition utile, a déjà été formulé. C'est ainsi qu'a procédé M. Rigaud (de Strasbourg), qui, à l'aide de la cautérisation, fait une large entaille au scrotum, et détruit une assez grande longueur des veines spermatiques.

M. Houel. M. Velpeau avait déjà remarqué que dans le varicocèle les téguments s'allongeaient beaucoup; il songea donc à associer à la ligature la section de l'excédant de peau des bourses.

M. Verneuil fait quelques observations sur ce qui vient d'être dit, au point de vue historique. L'emploi de la cautérisation pour le traitement du varicocèle, rappelé, il est vrai, par M. Rigaud, et proposé tout récemment encore par M. Gaillard (de Poitiers), appartient à la chirurgie lyonnaise, et en particulier à M. Bonnet. Quant à la résection de la partie inférieure et excédante du scrotum, elle a été imaginée par Brausby Cooper. M. Velpeau l'a répétée, mais il n'est pas certain qu'il l'ait fait plusieurs fois, ni conjointement avec la ligature. Dans ces derniers temps, M. Voillemier a opéré de cette manière un jeune homme qui avait les bourses très longues; on s'est contenté de faire la section de tout le fond du scrotum, et l'on a cherché ensuite à faire cicatriser le sac ainsi raccourci. Il serait utile d'avoir sur ce fait des renseignements ultérieurs.

M. Larrey a vu, comme chirurgien militaire, beaucoup de jeunes sujets affectés de varicocèle; mais chez un certain nombre d'entre eux il y avait si peu de gêne, si peu de douleur, que la maladie était restée inconnue. D'un autre côté, l'opération de cure radicale amène si souvent des accidents, et des accidents graves, que, suivant lui, l'opération doit être très exceptionnelle, et réservée seulement pour le cas où l'infirmité est très gênante.

Deux fois M. Larrey a employé le procédé de M. Vidal. Des accidents phlegmoneux assez sérieux se sont montrés; ce qui l'a rendu fort circonspect.

M. Michon. Les procédés préconisés par MM. Follin et Robert ont pour but de raccourcir à la fois les veines et les téguments; or, pour obtenir ce résultat, il n'y a rien de spécial à observer, la guérison pure et simple du varicocèle par un procédé quelconque y arrive naturellement. Si, au contraire, la maladie récidive, les veines, même réséquées, s'allongeront de nouveau, et le scrotum aussi, aux dépens des téguments voisins. En examinant le malade de M. Robert, il a constaté, audessous de la cicatrice, la persistance de veines variqueuses, qui lui présagent la récidive.

Pour sa part, il est peu partisan de la cure radicale, et il ne la met en usage qu'à contre-cœur, et quand il y a pour l'avenir ou la profession une utilité tout à fait irrécusable. Il a été plusieurs fois consulté par des jeunes gens qui, voulant embrasser l'état militaire, en avaient été exclus pour le varicocèle. Dans ce cas on peut opérer. Mais puisqu'il s'agit alors d'une infirmité dont on veut faire disparaître les traces, il convient d'employer un procédé qui, à la manière de la ligature sous-cutanée, ne laisse pas au moins de stigmates indélébiles.

M. Chassaignac a déjà appliqué quatre fois l'écrasement linéaire à la cure radicale du varicocèle, et dans trois cas il n'a pas vu survenir le moindre accident. Il en a été autrement dans le quatrième; mais cela a été dû à des circonstances tout à fait spéciales. C'était un jeune homme affecté tout à la fois d'un varicocèle et d'une hernie inguinale. Les chirurgiens ne se sont point encore occupé de cette complication, qui rend très fâcheuse la position des malades. Si, en effet, on met un bandage, le varicocèle grossit considérablement; si on ne met rien la hernie continue à s'accroître; de telle façon que l'une ou l'autre des maladies persiste toujours. M. Chassaignac se décida donc à opérer le varicocèle. Après avoir isolé les deux cordons et passé trois aiguilles à la base du pli cutané qui contenait les veines, il appliqua l'écraseur. Lorsque la section fut faite, on put voir que le sommet du sac avait été compris dans l'anse réséquée, et que par conséquent il avait été ouvert. M. Chassaignac fit comme de coutume la suture de la plaie, afin de fermer aussi la plaie du péritoine. Des accidents phlegmoneux assez graves se développèrent dans le trajet du canal inguinal puis dans le tissu cellulaire sous-cutané de la paroi abdominale jusqu'au niveau de l'hypocondre gauche. Plusieurs incisions, l'emploi de sétons perforés donnèrent issue au pus, et aujourd'hui le malade est guéri.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, Dr Arist. Verneuil.

(1) *De la désarticulation coxo-fémorale au point de vue de la chirurgie d'armée.* (Commissaires : MM. Lenoir, Verneuil et Larrey, rapporteur.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 14 novembre, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur, à l'occasion des services rendus comme membres du jury de l'Exposition, les médecins et les naturalistes dont les noms suivent : MM. William Hooker et Robert Willis (Angleterre); Maginus (Prusse); Robert Florent (Autriche); Verdeil (Suisse); A. Focillon et H. Bouley (France).

— Le *Moniteur* publie la liste des exposants qui ont mérité des récompenses pour leurs produits admis à l'Exposition universelle. Nous y remarquons les noms suivants, qui se rattachent aux sciences médicales :

Grandes médailles d'honneur. — M. le docteur Boucherie, procédés de conservation des bois tendres; M. Faraday, travaux sur l'électricité; M. Chevreul, découverte des acides gras et leur application à l'industrie; M. le docteur Arnott, médecin de S. M. la reine d'Angleterre, nommé chevalier de la Légion d'honneur, inventeur d'appareils pour le chauffage et la ventilation; M. le docteur Auzoux, fabrication en grand des pièces d'anatomie; M. J.-J. Charrière, instruments ou appareils de chirurgie nouveaux ou très perfectionnés.

Médailles d'honneur. — M. Aubergier, production d'opium indigène; MM. Ménier et Cie, préparation mécanique et très soignée des poudres employées en pharmacie.

Parmi les exposants qui ont obtenu des médailles d'honneur, et bien qu'ils soient étrangers aux sciences médicales, nous serions injuste d'oublier le nom de notre habile imprimeur M. H. Plon.

— Par arrêtés de M. le ministre de l'intérieur ont été nommés :

M. de Fontanes, chef de bureau au ministère de l'intérieur, directeur de la maison impériale de Charenton;

M. Ariste Boué de Verdier, ancien directeur de la maison impériale de Charenton, directeur de l'Institution impériale des jeunes aveugles;

M. le docteur Teilleux, directeur-médecin de l'asile public d'aliénés de la Lozère, à Saint-Alban.

— Par décision ministérielle, M. L. Guilbert, directeur de l'asile public d'Armentières (hommes), vient d'être appelé à la direction de l'asile public de Lille (femmes);

M. Lherbon de Lussats, directeur de l'asile de Lille, passe à l'asile d'Armentières.

— Par arrêté du 5 novembre, M. Ledieu, professeur de clinique interne à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Arras, est nommé de nouveau directeur de ladite École.

— Un concours pour deux places d'élève interne, vacantes dans les hôpitaux de Toulouse, s'ouvrira le 29 novembre prochain. Les compétiteurs devront se faire inscrire avant le 26 du même mois.

— M. le professeur Velpeau reprendra ses leçons cliniques le mardi 20 novembre, et les continuera tous les jours, les jeudis et dimanches exceptés.

— M. le docteur Ed. Langlebert commencera son cours public sur les maladies syphilitiques le mercredi 21 novembre à midi, et le continuera à la même heure les lundis, mercredis et vendredis, dans son amphithéâtre, rue Larrey, 8.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Benoist, né le 29 juillet 1827 à Clessé (Deux-Sèvres); *Du croup ou diphthérite laryngée.*

Andant, né le 6 novembre 1826 à Thiers (Puy-de-Dôme), *De la dysentérie.*

Rouget, né à Gisors (Eure); *Recherches sur le type des organes génitaux et de leurs appareils musculaires.*

Fossard, né le 12 février 1831 à Lillebonne (Seine-Inférieure); *De l'orchite tuberculeuse.*

Valtat, né à Arnay-le-Duc (Côte-d'Or); *Des ulcérations du col de l'utérus.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Clinique chirurgicale de l'hôpital Lariboisière, par E. Chassaignac, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Leçons sur l'hypertrophie des amygdales et sur une nouvelle méthode opératoire pour leur ablation, in-8°, avec 8 figures intercalées dans le texte.

Leçons sur la trachéotomie, in-8°, avec 8 figures intercalées dans le texte. Prix de chaque partie, 2 fr.

Sous presse : *Leçons sur l'écrasement linéaire.* Paris, J.-B. Baillière, éditeur, 19, rue Hautefeuille.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 135. — MARDI 20 NOVEMBRE 1855. (28e ANNÉE.) N° 135. — MARDI 20 NOVEMBRE 1855.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 19 NOVEMBRE 1855.

Séance de l'Académie des Sciences.

Les anatomistes avaient cru jusqu'à présent que la fibre nerveuse primitive était composée d'une enveloppe en forme de tube, ne possédant pas de structure déterminée ; d'un cylindre d'axe occupant le centre du tube nerveux, offrant une consistance assez ferme, mais d'une organisation encore inconnue, et d'une matière huileuse transparente, située entre le cylindre d'axe et l'enveloppe, remplissant complétement le tube nerveux. D'après de nouvelles recherches entreprises par M. Stilling (de Cassel), et dont les résultats ont été communiqués au nom de l'auteur par M. Cl. Bernard, la fibre nerveuse primitive aurait une structure différente. Les observations de M. Stilling lui ont fait reconnaître qu'elle doit être considérée comme formée de deux parties : une périphérique, qui comprend à la fois ce que l'on a désigné jusqu'ici sous le nom d'enveloppe nerveuse et de moelle nerveuse ; et une partie centrale représentée par ce que l'on appelle le cylindre d'axe, et qui, suivant l'auteur, pourrait être représentée par un cylindre composé de plusieurs couches emboîtées les unes dans les autres et concentriques. Chaque fibre nerveuse primitive se trouverait ainsi entièrement constituée par un réseau très serré de tubes excessivement déliés s'anastomosant sans cesse les uns avec les autres, et établissant des communications multipliées entre la partie centrale de cette fibre et sa partie phériphérique.

La raison qui avait fait méconnaître jusqu'à présent la structure réelle de cette fibre nerveuse primitive, tiendrait, d'après M. Stilling, à ce qu'on examinait les nerfs à l'état frais, état dans lequel il n'est pas possible d'apercevoir les petits tubes nerveux à cause de leur diaphanéité trop grande, et en outre, à ce qu'on mettait en usage un mauvais procédé de préparation qui ne permettait de placer sur le champ du microscope que des nerfs dilacérés ou comprimés. Le procédé qui a permis à M. Stilling d'étudier les tubes nerveux dans leur intégrité, consiste à pratiquer des coupes extrêmement minces et transparentes avec un instrument très tranchant (un excellent rasoir, par exemple) sur des nerfs périphériques, des racines spinales ou sur des portions de la substance blanche superficielle de la moelle épinière, préalablement durcis dans une dissolution d'acide chromique de 4 à 6 pour 100. On vérifie ainsi cette structure par l'examen comparatif de coupes longitudinales et transversales que l'on examine au microscope à un grossissement de 7 à 900 diamètres.

Nous indiquons le procédé de M. Stilling afin de mettre les anatomistes à même de vérifier ou de contrôler l'exactitude de ses observations.

M. le docteur Legrand a communiqué une observation qui tend à confirmer le fait remarquable de corrélation entre le diabète sucré et la tuberculisation pulmonaire, qui a déjà été signalée par plusieurs observateurs, et notamment par le docteur Copland et par M. Andral. Le fait très intéressant rapporté par M. Legrand laisse à regretter seulement que l'existence des tubercules n'ait pas été établie sur des signes précis, ou du moins que ces signes n'aient pas été indiqués dans le court résumé publié par le *Compte rendu*.

Nous ne pouvons, à cette occasion, nous empêcher d'exprimer le regret que le *Compte rendu* soit souvent aussi laconique sur des travaux qui, lorsqu'ils ne nous sont point directement communiqués, courent le risque de passer tout à fait inaperçus ; tel est le cas, par exemple, de plusieurs communications médicales faites dans cette même séance, et dont nous n'avons pu donner que les titres. — Dr Brochin.

SÉANCE D'OUVERTURE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE.

La Faculté de médecine a tenu sa séance publique d'ouverture aujourd'hui à une heure, sous la présidence du doyen, M. Paul Dubois, professeurs et agrégés étant au grand complet, sauf deux ou trois membres, et en présence d'un nombreux auditoire de médecins et d'élèves qui remplissaient le vaste amphithéâtre.

M. Malgaigne a prononcé l'éloge de Roux.

Nous sommes heureux, cette fois, de pouvoir nous joindre sans restriction et sans arrière-pensée au concours d'éloges et de félicitations, et à la triple salve d'applaudissements qui ont accueilli l'orateur lorsqu'il est descendu de la tribune. Nous eussions aimé à faire ressortir ici la physionomie et le caractère principal de ce discours, où, sans perdre entièrement les quelques occasions que le sujet a pu lui fournir de laisser percer sa verve railleuse et son malicieux sourire, M. Malgaigne a su s'élever et se maintenir en général au ton digne, noble et souvent éloquent du vrai panégyrique. Mais le temps et l'espace nous manquent également. Nos lecteurs seront à même, d'ailleurs, d'en juger, car nous publierons ce remarquable discours dans le prochain numéro. Nous nous bornons, pour le moment, à constater son grand et légitime succès.

La parole a été donnée ensuite à M. Gavarret, pour lire le programme des prix obtenus et des prix à décerner pour l'année prochaine.

PRIX DÉCERNÉS POUR L'ANNÉE 1855.

Grand prix (il n'y a pas eu lieu à l'accorder).
1er prix (médaille d'argent) : M. Bonfils (Adolphe-Emile).
2e prix : M. Guyon (Félix).
3e prix : M. Isambert (Emile).
Mention honorable. — M. Fayel.
Prix Corvisart (médaille d'or). — M. Duriaux (François-Frédéric).
Mention honorable. — M. Bouvyer (Jules).
Prix Montyon (médaille d'or). — M. Charrier (Amédée).

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1856.

Prix fondé par Montyon. — Il y aura tous les ans un concours pour un prix qui sera accordé à l'auteur du meilleur mémoire adressé à la Faculté de médecine de Paris sur les maladies prédominantes, les caractères et les symptômes de ces maladies, les moyens de les guérir, etc.

Ce prix, consistant en une *médaille d'or*, sera décerné dans la séance publique de la Faculté.

Les mémoires pour le prix de 1856 ne seront pas reçus passé le 31 juillet de la même année ; ils ne devront traiter que des maladies qui auront prédominé du 1er janvier 1855 au 1er janvier 1856.

Prix fondé par Corvisart. — La Faculté a arrêté, pour sujet du prix de clinique à décerner en 1856, la question suivante :

« Déterminer, par des observations recueillies dans les cliniques de la Faculté, le degré d'utilité de la médication tonique. »

Du 15 au 31 août 1856, chacun des concurrents remettra au secrétariat de la Faculté :

1° Les observations recueillies au lit qui lui aura été désigné ;

2° La réponse à la question proposée.

Les élèves en médecine prenant inscription à la Faculté sont seuls admis à concourir pour le prix Corvisart.

— La Faculté croit devoir rappeler aux concurrents que leur travail doit être restreint aux termes du programme, et qu'aucune recherche bibliographique de matière médicale ou de pathologie ne doit en faire partie.

Nota. — Les noms des concurrents doivent être mis sous cachet.

M. le ministre de l'instruction publique vient, par une circulaire que nous reproduisons ci-après, de rappeler aux préfets qu'ils auront désormais à veiller à l'exécution stricte des prescriptions des lois des 21 germinal et 19 ventôse an XI et du décret du 22 août 1854 sur l'exercice de la médecine et de la pharmacie.

Voici les circonstances qui ont motivé ce rappel :

Nos lecteurs se souviennent qu'à la suite de la promulgation du décret du 22 août 1854 supprimant les anciens jurys médicaux, des dispositions transitoires avaient été adoptées par M. le ministre, afin de laisser aux *officiers de santé, pharmaciens, herboristes et sages-femmes de 2e classe, établis dans un département compris dans la circonscription d'une école préparatoire, et pour lequel ils n'auraient pas été reçus*, le temps nécessaire pour régulariser leur position. La session d'examen qui vient d'avoir lieu dans tous les départements ayant mis les intéressés à même de régulariser leur position, les règlements deviennent exécutoires dans toute leur rigueur.

Voici le texte de cette circulaire :

« Monsieur le préfet, la session d'examens ouverte pendant le mois de septembre dernier devant les Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie, aux termes du règlement du 23 décembre 1854, pour la réception des officiers de santé, des pharmaciens, herboristes et sages-femmes de 2e classe, est close aujourd'hui dans tous les départements. Cette session, complétée d'ailleurs par celles qui ont eu lieu pendant tout le cours de l'année devant les Facultés de médecine et les Ecoles supérieures de pharmacie, a offert à tous les candidats qui se proposent d'exercer la médecine ou la pharmacie le moyen d'obtenir un titre régulier, quel que fût d'ailleurs le point de la France où ils pussent désirer s'établir.

HISTOIRE MÉDICALE

DU CORPS D'OCCUPATION DES ÉTATS PONTIFICAUX EN 1852 (1).

Par le Dr Félix JACQUOT, médecin en chef de l'hôpital militaire de Thionville.

Un coup d'œil jeté sur les quatre années d'occupation nous fait découvrir quelques différences dans les endémo-épidémies de chacune d'elles. Dans les années 1849, 1850, 1852, le genre palustre a dominé, et la même prépondérance se retrouvera en 1853 ; tandis qu'en 1851 les fièvres climatériques, plus nombreuses et plus intenses qu'en temps ordinaire, leur ont disputé le règne pathologique. Dans les quatre années précitées, les élaborations palustres et la météorologie ont affecté certains caractères communs ; en 1851, ces agents ont présenté des caractères spéciaux bien distincts de ceux de la première série. Différence de cause, différence d'effet ; les effets étant connus, on peut préjuger des causes, et de la connaissance de celles-ci on peut descendre *à priori* au règne pathologique qu'elles ont engendré. Ces connexions, ces relations fortifient singulièrement la doctrine que nous avons exposée ; c'est le contrôle des faits qui vient la corroborer.

Parmi les années palustres, quelques-unes se dessinent par quelques traits distinctifs. En 1849, les conditions exceptionnelles et défavorables subies par nos soldats au camp et même dans Rome avaient eu pour conséquence une gravité insolite des fièvres palustres, le développement de l'état typhoïde, putride, quelques-uns ont même dit du typhus ; enfin l'extension, peu ordinaire à Rome, des dyssenteries et des flux intestinaux non sanglants. L'année suivante, l'amélioration des conditions hygiéniques et le bénéfice de l'acclimatement ont ramené l'endémo-épidémie dans ses limites normales. En 1852, dont nous allons tracer l'histoire, la bénignité a été plus grande encore ; mais en 1853 l'endémo-épidémie devait reprendre à la fois gravité et surtout extension.

Pour achever cet aperçu général, indiquons les phases et les époques de l'endémo-épidémie annuelle des années normales d'après nos observations complétées par l'étude de la maladie dans la population civile.

Quelques fièvres vernales légères et des affections dues aux milieux climatologiques et météorologiques se manifestent à la fin de juin et continuent en juillet. Les fièvres climatériques, forme causus, forme gastrique, forme gastro-rhumatique des Romains, sont déjà arrivées à un certain degré de développement quand la fièvre palustre franchit à peine les limites qui séparent la sporadicité de l'endémo-épidémicité. Ces limites ne consistent pour ainsi dire qu'en une ligne ; en effet, vers la mi-juillet, le sporadique fait place à l'épidémie, qui éclate le plus souvent brusquement, comme par explosion ; son augment est extrêmement rapide ; elle atteint dans les premiers jours d'août sa période d'état, qui se prolonge presque jusqu'à la fin du mois suivant ; la décroissance commence à se manifester vers la fin de septembre, mais elle est lente ; car pendant un grand mois encore les maladies sont nombreuses, les rechutes extrêmement fréquentes, et il reste dans les hôpitaux beaucoup de cachexies, d'anémies, de fièvres chroniques ; de plus, pendant cet espace de temps, quelques cas de fièvres pernicieuses très graves se montrent encore. Le moment où les hôpitaux reçoivent le plus de malades doit être placé aux limites d'août et de septembre, et c'est un peu après ce moment, ordinairement dans les premières semaines de septembre ou vers le milieu de ce mois, que les hôpitaux sont encombrés par le plus grand nombre de fiévreux.

Telles sont les allures ordinaires de l'endémo-épidémie ; voyons celle qu'a suivie l'année 1852.

§ II. — *Marche et phases de l'endémo-épidémie de 1852.*

Il résulte du mouvement des hôpitaux militaires de Rome pendant cette année, que les maladies ont été en augmentant graduellement du 7 mars, minimum de l'année, jusque dans la deuxième quinzaine de juillet, et que l'explosion de l'endémo-épidémie doit être placée dans ces quinze derniers jours. L'augment est extrêmement court ; il ne comprend pas un demi-mois ; l'état embrasse août et septembre ; la décroissance, longue et lente, s'étend des premiers jours d'octobre presque jusqu'à la mi-novembre. Cette endémo-épidémie présente ceci de remarquable, qu'elle a eu comme deux points saillants, comme deux apogées dans sa période d'état, vers le milieu de chacun des mois d'août et de septembre, et que cette seconde recrudescence a été plus

(1) Suite. Voir le numéro du 6 novembre.

« Je ne doute pas que, conformément aux instructions contenues dans ma circulaire du 2 février dernier, vous ne vous soyez empressé de prendre les mesures nécessaires pour amener enfin la régularité la plus complète dans la position de tous les praticiens de votre département. Aucune autorisation provisoire ne saurait plus être accordée, pour quelque motif que ce soit. Tout praticien doit être muni d'un diplôme, et tout diplôme, pour être valable, doit spécifier expressément le département pour lequel il a été conféré. Si, par la circulaire précitée, j'ai cru devoir vous autoriser transitoirement, pour ménager des droits acquis et dignes d'intérêt, à valider des diplômes où cette condition essentielle avait été négligée, cette mesure transitoire a cessé d'être applicable dès que les praticiens ont pu être appelés devant les jurys d'examens pour conquérir un nouveau titre. Il ne sera donc admis, désormais, aucune exception aux prescriptions des lois du 31 germinal et du 19 ventôse an XI, et du décret du 22 août 1854, sur l'exercice de la médecine et de la pharmacie, dont l'application rigoureuse est confiée à votre vigilante sollicitude pour les intérêts si précieux de la santé publique.

» Recevez, monsieur le préfet, l'assurance de ma considération très distinguée.

» *Le ministre de l'instruction publique et des cultes*, H. FORTOUL. »

Nous croyons utile de rappeler pour ceux de nos lecteurs que ces dispositions intéressent, le texte des articles de loi en question :

Art. 29 (de la loi du 19 ventôse an XI). « Les officiers de santé ne pourront s'établir que dans le département où ils auront été examinés...

. . . .

Art. 17 (du décret du 22 août 1854). « Les jurys médicaux cesseront leurs fonctions au 1er janvier prochain...

» A partir de cette époque, les certificats d'aptitude pour la profession d'officier de santé et celle de sage-femme seront délivrés soit par les Facultés de médecine de Paris, Montpellier, Strasbourg, soit par les Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, sous la présidence d'un professeur de l'une des Facultés de médecine... »

Art. 19 (du même décret). « En exécution des articles 29 et 34 de la loi du 19 ventôse an XI et de l'article 24 de la loi du 21 germinal an XI, les officiers de santé, les pharmaciens de 2e classe, les sages-femmes et les herboristes de 2e classe, pourvus de diplômes ou certificats d'aptitude délivrés soit par les anciens jurys médicaux, soit d'après les règles déterminées par les articles 17 et 18 ci-dessus, ne peuvent, comme par le passé, exercer leur profession que dans les départements pour lesquels ils ont été reçus. S'ils veulent exercer dans un autre département, ils doivent subir de nouveaux examens et obtenir un nouveau certificat d'aptitude. »

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. BAZIN.

Cours de séméiotique cutanée, suivi de leçons théoriques et pratiques sur la scrofule et les teignes (1).

DE LA SCROFULE.

La scrofule a été connue et dénommée dès la plus haute antiquité; elle est indiquée ou décrite dans tous les traités généraux de médecine; elle a fait le sujet d'un nombre très considérable de monographies, de notes, de mémoires, etc.... Il n'est pas dans le cadre nosologique de maladie plus commune. Nous la trouvons partout; mais surtout en France, en Angleterre, en Hollande; les ravages qu'elle fait dans l'espèce humaine sont véritablement effrayants, et je ne crains pas de dire qu'elle enlève plus de victimes que les grandes épidémies de peste ou de choléra. On la rencontre à tous les âges, sur les deux sexes, dans toutes les classes de la société; il n'est peut-être pas une famille qui n'en offre au moins un exemple!... et cependant cette maladie, si anciennement observée, si répandue, si grave, si commune, est une de celles que nous connaissons le moins, et à l'occasion de laquelle vous verrez commettre les erreurs les plus grossières.

A quoi peut tenir une semblable anomalie?... Il faut très certainement en accuser la multiplicité, la diversité des symptômes et des lésions qui caractérisent la scrofule, l'irrégularité de sa marche, etc... Tous les jours certaines de ses manifestations sont confondues avec celles de la dartre et de la syphilis. Pour en tracer une histoire méthodique et complète, il faut en aller chercher partout les éléments épars. Cependant, hâtons-nous de le reconnaître, les affections qui composent la scrofule ont été très exactement étudiées par les auteurs au point de vue de l'anatomie pathologique. Mais ce sont les rapports de ces éléments les uns avec les autres qui ont été négligés; l'unité scrofule a été généralement méconnue.

Le mot scrofule vient du latin, *scrofa*, truie; chez les Grecs, le mot χοιράς, qui a la même signification, exprimait également les engorgements glanduleux du cou si communs dans l'espèce porcine. Ainsi, dans les premiers temps, l'attention avait été seulement fixée sur les tumeurs cervicales qui constituent la forme la plus apparente de la scrofule, et la seule à laquelle, même aujourd'hui, beaucoup de médecins donnent cette appellation; mais, je dois vous le dire dès à présent, les tumeurs ganglionnaires ne sont que l'un des éléments de la maladie scrofuleuse. C'est à partir de Sauvages que nous trouvons une idée plus nette de la maladie dont nous parlons; il y rattache différentes lésions dont la nature est évidemment la même. Charmetton, Lalouett, Baumes, Kortum, Hufeland, etc..., sont entrés dans la même voie, et nous leur devons des monographies qui ne sont pas sans intérêt, et dans lesquelles domine l'idée de ramener à la scrofule les affections qui paraissent nées sous l'influence d'un même principe. L'école organicienne de Bichat et les anatomo-pathologistes exclusifs qui ont dominé pendant la première moitié de ce siècle, ne voyant partout que des lésions matérielles et locales, ont nécessairement sapé l'édifice élevé par leurs devanciers; et dans cette lutte contre la généralisation, un seul homme, Lugol, défendit l'entité scrofule et s'attacha à démontrer que cette maladie est constituée par des éléments aussi nombreux que variés.

Pour nous, la scrofule est une maladie constitutionnelle, non contagieuse, le plus souvent héréditaire, d'une durée ordinairement fort longue, se traduisant par un ensemble d'affections variables de siége et de modalité pathogénique, qui ont cependant pour caractère commun la fixité, la tendance hypertrophique et ulcéreuse, et pour siége ordinaire les systèmes tégumentaires, lymphatiques et osseux.

Les symptômes de la scrofule offrent de grandes différences. Nous venons de vous le dire; mais ces symptômes, tout différents soient-ils les uns des autres, se succèdent-ils dans un ordre régulier? La scrofule, en un mot, a-t-elle une évolution régulière qui permette d'en tracer un tableau d'ensemble? Beaucoup d'auteurs l'ont essayé; mais ils ont échoué.

Pour bien décrire la scrofule, il faut étudier la constitution scrofuleuse et les effets de la maladie sur l'économie tout entière. Les auteurs ont pris la maladie à l'époque de la manifestation écrouelleuse; ils ont décrit les engorgements ganglionnaires, les abcès froids, les caries, etc.; mais ils n'ont pas fixé leur attention sur les accidents primitifs ni sur les accidents consécutifs.

Dans la description qu'ils ont donnée, les éruptions cutanées ont été placées beaucoup trop loin. Il faut bien le savoir, et c'est là un point sur lequel j'appelle fortement votre attention; la scrofule débute souvent par des éruptions cutanées de diverse nature. Ainsi, en réalité, les éruptions sont de deux sortes; les unes, trop généralement méconnues, et souvent confondues avec les dartres, sont *primitives* et se montrent dans les premiers temps de la maladie; les autres surviennent à une époque avancée, et sont alors caractéristiques: je les appelle *consécutives*. Ces dernières servent au diagnostic de la maladie: elles portent avec elles le cachet de leur origine, et concourent, avec d'autres affections antécédentes ou concomitantes, à faire reconnaître la scrofule.

La marche de la maladie scrofuleuse nous présente quatre périodes bien distinctes à étudier. Souvent elle est précédée d'un état particulier du corps qui constitue la prédisposition scrofuleuse, et elle est fréquemment aussi suivie de diverses infirmités, telles que la claudication, l'ankylose, de diverses mutilations, la perte du nez, des paupières, qui accusent par des stigmates indélébiles la nature du mal qui les a occasionnées.

Prédisposition à la scrofule. — Voyons quel est cet état précurseur. La maladie n'est pas encore déclarée; il y a seulement une prédisposition qui agit sur les organes, modifie leur évolution pendant le premier âge, trouble plus ou moins les différentes fonctions: c'est la scrofule en germe. On donne généralement comme l'un des caractères de la prédisposition à la scrofule le gonflement de la lèvre supérieure. Mais il ne faut pas vous y méprendre, c'est là un symptôme de la scrofule confirmée, et quand cette tuméfaction existe avec des fissures à la peau et un flux nasal, la maladie est déjà parvenue à un degré assez avancé. Doit-on encore, avec les auteurs, regarder le tempérament lymphatique exagéré comme une prédisposition manifeste à la scrofule? Le développement trop marqué du système lymphatique appelle la scrofule sur ce système, mais il ne la fait pas naître; il n'y a pas là relation nécessaire de cause à effet.

Les traits de la constitution scrofuleuse consistent dans une modification toute particulière du faciès, de l'habitude extérieure du corps, et spécialement des fonctions de l'économie.

Le *faciès* doit être étudié avec soin. Nous trouvons d'abord à noter la conformation du crâne, dont la partie postérieure est singulièrement développée; en même temps le front est bas, le cou court et les mâchoires larges et fortement accusées. Mais ce qui doit surtout fixer votre attention, ce sont les contrastes que vous offrent les scrofuleux dans les traits divers de leur physionomie. Ici la coloration du visage est vive, animée; là, au contraire, la face est pâle, ou plutôt d'un blanc terne et mat. Tantôt l'œil est vif, tantôt morne, languissant, presque éteint. Chez les uns, l'embonpoint est développé, le tissu graisseux est très abondant, il y a une véritable polysarcie, mais en même temps les chairs sont molles et flasques. Chez d'autres, quoique doués d'un appétit énergique, il y a une maigreur considérable, la peau est blanche et rosée, ou terne et même brune. La chevelure est tantôt épaisse, luxuriante même, tantôt rare et clair-semée. La physionomie est régulière et belle, ou bien, au contraire, irrégulière et dépourvue d'expression.

Relativement à la stature, le plus souvent la croissance semble avoir été entravée dans son évolution; le sujet a vingt ans, et il en accuse à peine quinze par son apparence chétive et enfantine. D'autres sont d'une taille élevée, mais mal prise; en général, chez les scrofuleux, il y a défaut d'harmonie entre les différentes parties du corps. Le thorax est aplati d'avant en arrière et sur les côtés à sa partie supérieure, et présente ainsi une forme quadrilatère; le sternum est souvent bombé en carène, et le ventre forme une saillie disgracieuse; les membres manquent ordinairement de proportion avec le reste du corps, de là cette gaucherie dans les attitudes et les mouvements que l'on observe chez tant de scrofuleux.

La colonne vertébrale est assez fréquemment déviée de différentes manières, mais il ne faut pas confondre cette déviation avec celles qui sont d'origine rachitique et qui peuvent atteindre des sujets scrofuleux dans leur première enfance. Ce sont là des maladies très distinctes.

Les fonctions de l'économie sont modifiées de différentes manières, soit en plus, soit en moins. Ainsi tantôt la nutrition est languissante, tantôt elle est exagérée; chez l'un les digestions sont promptes, faciles; chez l'autre difficiles, accompagnées d'éructations gazeuses. L'état des forces est également très variable: certains sujets sont lents, paresseux; d'autres sont actifs, laborieux, et cette paresse est le résultat d'une véritable faiblesse, d'une sorte d'inaptitude au mouvement.

Même chose pour l'intelligence. Certains scrofuleux sont doués d'un esprit brillant, d'une pénétration remarquables; d'autres sont lourds, comme stupides; l'obtusion de leurs facultés peut aller jusqu'à l'idiotie. Ces malheureux cherchent par tous les moyens à prolonger leur séjour à l'hôpital; ils y passeraient volontiers toute leur vie dans l'existence oisive que l'on y mène. Les facultés affectives sont encore là diverses: ici le caractère est vif, emporté, colère; là doux, patient, plein de mansuétude et d'abnégation.

Relativement aux fonctions de la génération, le plus ordinairement la puberté est retardée; d'autres fois, cependant, elle est avancée. Très souvent chez les sujets du sexe féminin la menstrua-

(1) Suite. — Voir les nos des 26, 28 juillet; 21 août; 4 et 22 septembre.

---

prononcé que la première. Cette singularité a eu pour conséquence de prolonger le règne endémo-épidémique et de reporter à une époque un peu plus reculée que d'ordinaire, au deuxième septénaire, le maximum des malades présents à l'hôpital. En 1849 et 1850, le maximum unique s'était placé au commencement de septembre; en 1850, le 30 août, et nous verrons qu'en 1853 il tombera au 22 septembre. Nous nous enquerrons si les accidents météorologiques et les élaborations palustres peuvent rendre compte de ces phénomènes épidémiologiques, notamment de ces deux maxima.

§ III. — *Météorologie et étiologie.*

Fidèle au plan que nous nous sommes tracé dans la relation médicale des années précédentes, voyons la marche de la température pendant la période de l'année qui nous intéresse le plus.

En 1852, la température ne présente pas l'anomalie de 1851, consistant dans la chute subite de la température en septembre. La moyenne d'octobre 1852 dépasse celle du mois de septembre 1851. Bien plus, septembre 1852 a été un peu plus chaud que la normale, extraite d'une longue série d'observations; celle-ci est présentée par 16,29°. Cette prolongation de la chaleur, en maintenant les fièvres climatiques, surtout la forme gastro-rhumatique des Romains, ainsi qu'un certain nombre de *causus* et de synoques de la même école, et en continuant à fournir un élément puissant aux élaborations palustres, est une des causes principales qui ont soutenu l'endémo-épidémie à cette époque déjà un peu tardive.

La moyenne de l'année 12,2° R. ou 15,2° C. est à peu près la normale, 12,14° R. ou 15,19° C. La moyenne des cinq mois fébriles compris entre juin et octobre inclusivement, 16,7° R., est d'une fraction supérieure à celle de pareille période des deux années précédentes: 16,17° R. en 1850 et 16,29° R. en 1851. Les écarts du thermomètre dans le nycthémère sont moins amples qu'en 1850, et à peu près pareils à ceux de 1851; comparés à ceux de cette dernière année, ils sont supérieurs en août et septembre, inférieurs en juin, à peu de chose près égaux en juillet.

L'oscillation barométrique est moins marquée en 1852 qu'en 1851, mais un peu plus qu'en 1850.

Les relevés pluviométriques et hygrométriques indiquent que la quantité d'eau tombée avant la saison endémo-épidémique, c'est-à-dire de janvier à juin compris, est de 110 lignes 7/4, supérieure conséquemment à la quantité tombée en 1851, représentée par 94 lignes 3/7.

Nous avons dit, dans le compte rendu de l'année dernière, de quelle importance est cette appréciation. Juin 1852 est très sec, comparativement au même mois des deux années précédentes, mais, en compensation, il tombe plus du double d'eau en juillet que dans les mêmes mois des années 1850 et 1851. Août est également très pluvieux. On comprend la haute nocivité de ces pluies abondantes au milieu de l'été; la matière végéto-animale détrempée entre en active décomposition sous l'influence des chaleurs caniculaires. Nous avons vu que septembre 1851 avait présenté deux caractères spéciaux: d'abord un abaissement considérable de la température, ensuite la chute d'une grande quantité d'eau ayant noyé et rendu presque inoffensifs les foyers palustres, événements météorologiques dont la conséquence a été la chute de l'endémo-épidémie. Rien de pareil en 1852; la température reste élevée en septembre, et il ne tombe que 28 lignes 99 d'eau. C'est en octobre que la température subit un abaissement considérable, qui met sa moyenne à un chiffre semblable à celle de septembre 1851, et qu'il tombe 40 lignes 13 d'eau, circonstances qui amènent l'extinction de l'endémo-épidémie. Ainsi, deux mois différents dans le calendrier sidéral, mais pareils quant à leurs caractères météorologiques, remplissent le même rôle en 1851 et 1852.

Enfin, si nous reprenions chaque mois en particulier, nous ferions voir quels rapports étroits unissent les vicissitudes météorologiques, causes occasionnelles des fièvres palustres, agents de l'élaboration et de la dissolution des miasmes, avec les diverses manifestation de l'endémo-épidémie.

(La fin à un prochain numéro.)

M. Parrot nous prie d'insérer la réclamation suivante:

« Le passage cité dans un article de la *Gazette* du 17 courant, ayant pour titre: *Nouvelles explications sur la pulvérulence*, est extrait d'un mémoire de M. Beau ayant pour titre: *Etudes cliniques sur les maladies des vieillards*, imprimé dans le *Journal de médecine*, cahier d'octobre 1843, page 293. »

tion se déclare très tard; et, quant aux appétits vénériens, ils sont ardents ou languissants et presque nuls.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 12 novembre 1855. — Présidence de M. REGNAULT.

Structure de la fibre nerveuse primitive. — M. Cl. Bernard présente au nom de M. Stilling (de Cassel) un mémoire sur ce sujet.

La fibre nerveuse primitive, dit l'auteur, doit être considérée comme formée de deux parties, une partie périphérique et une partie centrale.

1° La partie périphérique comprend à la fois ce que l'on désigne actuellement sous le nom d'enveloppe nerveuse et de moelle nerveuse. J'ai trouvé que toute cette partie de la fibre nerveuse est constituée par un enlacement de tubes excessivement petits de $\frac{1}{1500}$ à $\frac{1}{3000}$ de ligne de diamètre. Ces petits tubes sont dirigés dans tous les sens, longitudinalement, transversalement et obliquement; ils se divisent, s'anastomosent les uns avec les autres de manière à former un véritable réseau.

2° La partie centrale est représentée par ce qu'on a appelé jusqu'ici le *cylindre d'axe*. Cette partie peut être, en effet, représentée par un cylindre composé au moins de trois couches emboîtées les unes dans les autres et concentriques. De chacune de ces couches part un grand nombre de petits tubes qui se dirigent en dehors et vont communiquer avec le réseau des petits tubes qui forment la partie périphérique de la fibre nerveuse primitive; il faut, par conséquent, que les tubes émanés de la couche centrale du cylindre d'axe perforent les couches moyennes et externes de ce même cylindre pour arriver en communication avec le réseau des tubes périphériques.

Il résulte de ce qui précède que chaque fibre nerveuse primitive se trouve entièrement constituée dans sa texture par un réseau très serré de tubes excessivement déliés, s'anastomosant sans cesse les uns avec les autres et établissant des communications multipliées entre la partie centrale de cette fibre et sa partie périphérique.

De plus, ces tubes déliés vont d'une fibre primitive à l'autre, de manière que le réseau d'une fibre primitive nerveuse communique avec le réseau d'une autre fibre nerveuse voisine.

On peut constater, chez les animaux vertébrés, la structure que j'ai précédemment indiquée, à l'aide de coupes extraordinairement minces et transparentes faites avec un excellent rasoir sur des nerfs périphériques, des racines spinales ou sur des portions de la substance blanche superficielle de la moelle épinière, préalablement durcis dans une dissolution d'acide chromique de 4 à 6 pour 100. On vérifie cette structure par l'examen comparatif de coupes longitudinales et transversales que l'on examine au microscope à un grossissement d'au moins 700 à 900 diamètres.

M. Claude BERNARD, à l'occasion de cette communication, fait quelques remarques sur la structure de la moelle allongée et sur la détermination du *nœud vital*.

S. A. monseigneur le Prince Charles BONAPARTE, frappé de l'importance de ce que vient d'exposer M. le docteur Bernard, demande pour son instruction, dit-il, si ce que l'illustre physiologiste vient d'appeler le *point de vitalité* de M. Flourens diffère du *nexus* ou point d'intersection de deux nerfs d'un célèbre anatomiste allemand.

M. BERNARD répond que tous les physiologistes savent que le point de la moelle allongée dont la lésion détermine la mort subite a été très exactement limité en 1827 par M. Flourens au niveau même de l'origine des deux nerfs pneumo-gastriques, sous le nom de *point premier moteur* du mécanisme respiratoire ou *nœud vital*. M. Bernard ne connaît pas le travail auquel M. le Prince Charles Bonaparte vient de faire allusion.

M. le Prince BONAPARTE insiste pour que l'on décide si le *point vital* si exactement déterminé par notre savant confrère est autre chose que l'intersection des deux nerfs proclamée depuis si longtemps en Allemagne.

Sur la corrélation qui peut exister entre le diabète sucré et la tuberculisation pulmonaire. — M. Legrand adresse sur ce sujet un travail dont voici le résumé :

Un médecin anglais, le docteur Copland, a avancé que la présence des tubercules complique presque toujours le diabète sucré, qu'il nomme, à cause de cela même, *phthisurie sucrée*. M. Andral est venu corroborer cette manière de voir en disant, dans sa dernière communication, qu'on rencontre presque toujours des tubercules dans les poumons des diabétiques. L'observation rapportée dans la note que j'ai aujourd'hui l'honneur d'adresser à l'Académie offrant un nouvel exemple de cette corrélation ne semblera peut-être pas dénuée d'intérêt.

La personne qui fait l'objet de l'observation que je résume ici est diabétique, et comme elle n'a jamais offert aucun symptôme qui pût faire soupçonner la présence de tubercules dans les poumons, mais bien tous ceux qui caractérisent la gastralgie et la dyspepsie, j'ai combattu cette névrose par tous les moyens indiqués en pareil cas; j'ai beaucoup amélioré l'état de l'estomac et par suite l'état général, mais sans diminuer les proportions du sucre fourni par les urines. Depuis la communication de M. Andral, j'ai recherché avec attention s'il existait quelque lésion du côté du foie, et rien ne m'a permis de douter que cet organe ne fût dans des conditions parfaitement normales. Alors j'ai fait un examen des plus minutieux de la poitrine, et j'ai trouvé certains signes que j'ai eu plusieurs fois l'occasion d'observer chez des malades qui offraient des symptômes caractéristiques de la présence de tubercules dans les poumons; aussi je considère maintenant comme très probable que cette personne, bien qu'elle n'ait jamais craché le sang, qu'elle ne s'enrhume que rarement et qu'elle n'offre jamais de mouvements fébriles, a des tubercules à l'état cru dans les poumons. C'est par suite de cet état, l'organe ne brûlant point entièrement le sucre fabriqué par le foie, qu'il en passe une partie dans les urines. On voit par là que dans certains cas le diabète sucré deviendra un motif de soupçonner, chez l'individu qui en sera atteint, la présence de tubercules dans les poumons. Le médecin se trouvera ainsi conduit à instituer de prime abord une médication mieux appropriée à la nature de la maladie principale, et aura chance d'obtenir des résultats plus favorables que ceux qu'on doit attendre lorsqu'on ne s'adresse qu'au symptôme, ainsi qu'on a fait jusqu'à présent.

— L'Académie reçoit :

De M. L. Corvisart, *Etudes sur la diététique et l'emploi de la pepsine* (deuxième et troisième parties). (Commission des prix de médecine et chirurgie.)

De M. Bouniceau, un cinquième *Mémoire sur la sangsue médicinale*. (Commissaires précédemment nommés : MM. Milne-Edwards, de Quatrefages, Moquin-Tandon.)

De M. Puech, une note sur l'*Organogénie de l'ovaire, de la trompe et du ligament rond*.

Cette note, qui n'est guère que la reproduction, sous une forme plus concise, d'un mémoire précédemment adressé par l'auteur, et inséré par extrait dans le *Compte rendu* de la séance du 22 octobre dernier, est renvoyée à l'examen de la commission nommée à cette séance, commission qui se compose de MM. Serres, Geoffroy-Saint-Hilaire et Andral.

De M. Poirier, une addition à son précédent travail sur la *Présence de l'iode dans les eaux de Vichy*.

Les nouvelles recherches faites par l'auteur, outre qu'elles confirment les résultats qu'il avait d'abord annoncés, et font disparaître certaines anomalies qu'il avait cru depuis observer, l'ont conduit récemment à constater dans les eaux de Vichy la présence du brome et de l'alumine. (Renvoi à l'examen des commissaires précédemment nommés : MM. Thénard, Pelouze, Balard.)

De M. Gagnage, *Observation d'un cas de fièvre traité par une méthode qui a déterminé une éruption offrant les caractères apparents de la variole bénigne; guérison*. (Commissaires : MM. Serres, Andral, Rayer, déjà chargés de l'examen d'un mémoire de M. Bourguignon sur la *Prophylaxie de la fièvre typhoïde*.)

— L'Académie renvoie à l'examen de la section de médecine et de chirurgie les communications suivantes :

De M. Lehu, *Nouveau mémoire sur le traitement du choléra-morbus*;

De M. Billiard (de Corbigny), *Mémoire sur une nouvelle propriété des terrains qui n'émettent point d'ozone*;

De M. Gigot, médecin à Levroux (Indre), *Sur l'inhalation de l'oxygène dans les cas de choléra-morbus; méthode de traitement suivie dans deux cas graves où l'on a obtenu la guérison*.

— M. Dally adresse une analyse en double copie d'un mémoire précédemment présenté au concours du prix Bréant, et y joint pour le même concours un exemplaire d'un opuscule intitulé *Prophylaxie et curation du choléra-morbus*.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 7 novembre 1855. — Présidence de M. GOSSELIN.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. DEMARQUAY communique le fait suivant :

Un homme couché dans le service de M. Denonvilliers était atteint d'une hématocèle compliquée de la présence d'une double hernie inguinale. L'hématocèle avait le volume de la tête d'un fœtus à terme; les deux hernies étaient également très volumineuses, surtout la gauche, qui était tout à fait irréductible. M. Demarquay éprouva d'abord beaucoup d'embarras; cependant il arriva à l'hématocèle en passant par une dissection attentive entre les deux hernies. Après avoir incisé la poche pour faire la décortication indiquée par M. Gosselin, il ne put enlever la fausse membrane que sur le testicule, et non sur le feuillet pariétal de la tunique vaginale. Il réséqua alors une grande partie de ce feuillet épaissi après l'avoir soigneusement isolé. Les suites de cette opération furent très heureuses, et la cicatrisation marcha très bien.

M. Demarquay eut l'idée de faire quelque chose pour la guérison, ou au moins pour l'amélioration de la hernie du côté gauche. Il tenta l'injection iodée; il rencontra tout d'abord une difficulté imprévue. Lorsqu'en effet le trocart fut introduit, il fut impossible de savoir si on était ou non dans le sac. Le crochet du trocart de M. Ricord, sur lequel M. Demarquay comptait beaucoup, ne lui donna aucun signe certain; ayant alors retiré l'instrument, il le replongea, et eut l'idée d'insuffler par la canule un peu d'air lorsqu'il pensa être dans la cavité. Cette manœuvre devait être décisive; si on était dans le sac, celui-ci se distendrait, sinon, l'air déterminerait un peu d'emphysème circonscrit et tout à fait innocent, si on était dans les mailles du tissu cellulaire. Pour confirmer cette première donnée, une injection aqueuse fut poussée, puis enfin une injection iodée ainsi formulée :

Teinture d'iode.	} ââ. .	50 grammes.
Eau distillée.		
Iodure de potassium.		2 —

Pendant l'opération, qui, au reste, ne détermina que des douleurs modérées s'irradiant dans le ventre, un aide faisait la compression au niveau du canal inguinal, pour empêcher le passage du liquide dans le péritoine. La main de l'aide fut remplacée par un bandage tout neuf et s'adaptant exactement.

L'injection iodée amena un épanchement considérable dans le sac, mais ce gonflement avait disparu au bout de cinq semaines. L'occlusion du sac n'a pas été obtenue; mais sa cavité a été très notablement rétrécie, de façon que la hernie, qui était autrefois irréductible, ne descend plus maintenant que jusqu'à la partie moyenne des bourses, et peut être désormais aisément contenue par un bandage.

Sans espérer la guérison, M. Demarquay pense que l'injection iodée peut rendre de grands services dans les hernies très volumineuses à titre de moyen palliatif, en diminuant beaucoup la capacité du sac.

M. GIRALDÈS fait remarquer que dans l'opération de la décortication pour l'épaississement de la tunique vaginale, la fausse membrane est de coutume beaucoup plus adhérente sur le feuillet testiculaire de la séreuse que sur le feuillet pariétal. La disposition contraire, que M. Demarquay a rencontrée, est donc tout à fait exceptionnelle.

M. DEMARQUAY le reconnaît, en effet; déjà trois fois il a fait cette opération, et jamais il n'a pu enlever complétement la pseudo-membrane; mais dans les jours suivants il a pu en extraire avec des pinces des lambeaux étendus qui se détachaient presque seuls, quoique fort adhérents au moment même de l'opération.

M. VIDAL est étonné que M. Demarquay n'ait pas prévu les difficultés qu'on éprouve à savoir si le trocart est réellement dans le sac plutôt que dans le tissu cellulaire. Tout le monde connaît ces difficultés et les prévoit; il est déjà arrivé à des opérateurs de s'y tromper et de pousser l'injection en dehors du sac péritonéal.

Quant au résultat obtenu par l'injection iodée, malgré les avantages que M. Demarquay lui accorde, il n'est pas moins vrai que la hernie est encore engagée dans les bourses. A la vérité, c'est un progrès si la masse herniée était auparavant irréductible, mais ce n'est certainement pas là une cure radicale.

M. Vidal montrera dans une séance prochaine un sujet qui était atteint d'un varicocèle et d'une très grosse hernie du même côté. L'enroulement fut pratiqué pour la première maladie il y a huit ans; le sac fut enroulé en même temps que les veines. L'opération unique eut le double résultat de guérir la dilatation veineuse et de réduire à ce point la hernie, qu'elle ne forme plus aujourd'hui qu'une petite tumeur à l'anneau inguinal, tumeur qu'un bandage maintient très aisément.

M. BOINET. On éprouve parfois de la difficulté à savoir si on est dans le sac herniaire; mais il existe de nombreux moyens de s'en assurer, cela ne doit donc pas embarrasser le chirurgien. Quant aux résultats définitifs de l'injection iodée appliquée aux hernies, il n'est pas permis encore de compter beaucoup sur la cure radicale. Cette opération, en effet, peut bien oblitérer le sac et prévenir momentanément la descente des viscères; mais elle n'a point d'action sur le trajet inguinal de la hernie; et à la longue, l'allongement du péritoine peut permettre sans peine une récidive.

M. DEMARQUAY n'a nullement prétendu présenter ce fait comme un cas de cure radicale, puisque la hernie existe encore avec un volume même notable; il ne veut pas non plus décider si cette cure radicale est possible ou non. Il ne tentera pas davantage le parallèle entre l'injection iodée et l'enroulement pour des cas semblables, car il ne convaincrait pas sans doute M. Vidal. Il s'est attaché à démontrer que l'injection iodée était susceptible de réduire beaucoup les dimensions du sac; dès lors il demande si dans les hernies très volumineuses et qu'on ne peut contenir, il ne serait pas avantageux d'y recourir à titre de traitement palliatif. A son avis, les hernies peu volumineuses ne doivent pas être traitées de cette façon, mais celles qui sont très anciennes et très grosses pourraient être améliorées.

— M. LE PRÉSIDENT annonce que MM. Rigal (de Gaillac) et Goyrand (d'Aix), membres correspondants, assistent à la séance.

— Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Bardinet (de Limoges), nommé membre correspondant, adresse une lettre de remercîments.

— M. le docteur Edouard Cornaz, chirurgien en chef de l'hôpital de Pourtalès (Suisse), adresse, pour obtenir le titre de membre correspondant, une série de mémoires sur les maladies des yeux. (Commission : MM. Lenoir, Giraldès, Houël.)

— MM. Robert, Jarjavay et Follin demandent un congé, étant retenus à l'heure des séances par leur service à la Faculté ou au Bureau central. (Renvoyé à la commission des congés.)

Suite de la discussion sur le varicocèle.

M. VIDAL. Il y aurait deux questions à traiter. Doit-on, oui ou non, opérer le varicocèle? On peut se contenter de dire que, plus ou moins partisans de l'opération, les chirurgiens sont unanimes pour admettre que dans certains cas elle est nécessaire. Ceci admis, il ne reste plus qu'à adopter un procédé : c'est la seconde question.

A propos de l'enroulement, M. Robert a parlé de cas malheureux. M. Vidal ne veut pas répéter ici cet argument banal familier aux inventeurs, qui attribuent volontiers les revers à l'impéritie de ceux qui répètent leurs procédés. Peut-être cependant ce reproche a-t-il quelque fondement dans le cas actuel; toujours est-il que M. Vidal n'a rien épargné pour être compris et exactement imité, soit par les descriptions détaillées qu'il a données, soit en opérant devant tous ceux qui ont voulu le voir faire, soit même en se rendant dans le service de ceux de ses collègues qui ont désiré opérer sous ses yeux. C'est ainsi qu'il a assisté MM. Lenoir, Monod et d'autres encore soit à l'hôpital, soit en ville. Aujourd'hui même il se met à la disposition de ceux qui voudront utiliser ses conseils. Tout s'est donc passé et se passe donc au grand jour.

M. Vidal a opéré plus de 300 malades jusqu'à ce jour; il n'a jamais observé d'accidents sérieux; quelques sujets ont été affectés de maladies intercurrentes dont on ne saurait vraiment accuser son procédé. C'est ainsi que la cure a été traversée par la variole ou la fièvre typhoïde; cette dernière maladie a atteint un opéré, qui a été visité par M. Cullerier, et en a fait périr un autre. Voulant s'entourer de toutes les garanties, M. Vidal a fait l'autopsie de ce dernier en présence de M. Gosselin. Les lésions anatomiques ordinaires de la fièvre typhoïde ont été constatées. On n'a trouvé nulle trace de phlébite, et le canal déférent, spécialement examiné, a été trouvé intact et perméable.

Ce que M. Vidal a vu et ce qu'il avance, tout le monde peut le voir et le vérifier; quant aux résultats définitifs, c'est-à-dire à la persistance de la cure, il fera voir des sujets traités depuis huit et même dix ans chez lesquels la cure radicale ne s'est point démentie.

On verra également que la cicatrice, loin d'être étendue et difforme, a au contraire des dimensions fort restreintes.

M. ROBERT a, pour sa part, observé un phlegmon gangréneux du scrotum à la suite de l'enroulement, et cependant il croit avoir pratiqué l'opération d'une manière convenable, car M. Vidal lui-même avait eu l'obligeance de lui montrer son procédé. M. Robert avoue que peut-être il n'a pas l'habileté de M. Vidal; mais, si l'opération est si minutieuse qu'elle ne puisse être bien faite que par son inventeur, il faut convenir que cela est bien fâcheux. On conçoit, du reste, que l'opération expose à des phlegmons gangréneux; en effet, les deux fils compriment entre eux des parties molles qui doivent nécessairement se gangréner, et qui par conséquent peuvent propager le sphacèle aux tissus voisins.

M. MOREL-LAVALLÉE a vu un grand nombre des opérations de M. Vidal; il n'a jamais vu survenir ni la mort, ni même d'accidents sérieux. L'enroulement est donc d'une innocuité parfaite; l'observation

simple des faits le prouve, en dépit de toutes les prévisions théoriques quelque logiques qu'elles puissent être.

M. Huguier déclare dans l'intérêt de la vérité que le malade qu'il a perdu à la suite de l'enroulement ne lui paraît pas avoir succombé par le fait même de l'opération, mais plutôt à une affection typhoïde ; en effet, il fut pris d'accidents mortels alors que les fils étaient retirés, la cicatrisation obtenue. A l'autopsie, on ne trouva rien qui puisse incriminer l'opération.

— M. Larrey communique dans son entier l'observation du malade atteint d'une tumeur de la cuisse qu'il a présenté dans une séance précédente.

Tumeur fibrineuse dégénérée et récidivée à la cuisse, près du genou.

Un malade du Val-de-Grâce, M. G..., capitaine trésorier dans un régiment de ligne, âgé d'une quarantaine d'années, doué d'une forte constitution et n'ayant jamais été malade, porte à la cuisse une tumeur dont voici l'origine :

Cet officier, attaché à l'armée d'Afrique au mois de mars 1840, reçoit une balle morte à la région externe et inférieure de la cuisse droite, près du genou, sans en ressentir beaucoup de douleur, ni la moindre gêne dans les mouvements de l'articulation. Point de plaie, même superficielle; nulle trace de contusion; rien, en un mot, n'empêche M. G... de continuer son service.

Mais au bout de trois ou quatre mois de cet accident si simple d'abord, il constate dans le même point la présence d'une petite tumeur, du volume d'une noix, douloureuse au toucher, très mobile et tendant à se développer davantage. Il ne s'en inquiète pas toutefois, et c'est seulement quatre années après, au mois de mars 1844, que, s'étant heurté la cuisse en cet endroit et souffrant plus encore, il consulte le chirurgien major de son régiment, M. Tabouret, qui incise la tumeur, mais ne l'enlève qu'incomplétement, à cause de l'intensité de la douleur. La matière, contenue dans une sorte de kyste, offre l'aspect d'une concrétion sanguine noirâtre et homogène. La cicatrisation a lieu d'ailleurs assez vite et sans accident.

Cependant, cinq ou six mois après, la tumeur se reproduit, acquiert son volume primitif et reste stationnaire pendant près de dix ans, sans offrir rien de notable.

Le capitaine G... en était là, lorsque en 1854 il est atteint, par la maladresse d'un camarade, d'un violent coup de pied dans l'endroit même occupé par la tumeur; il en éprouve une douleur si vive, qu'il chancelle et perd connaissance. Obligé de cesser son service, d'ailleurs peu actif, il est d'abord traité par des topiques émollients; mais à dater de cet accident, le mal s'accroît d'une manière progressive, assez prompte, et oblige le malade à entrer au Val-de-Grâce dans les premiers jours de novembre.

La tumeur nous offre alors le volume d'une grosse orange; elle est arrondie, lisse à sa surface, marbrée d'une teinte bleuâtre, mobile dans presque toute sa circonférence, adhérente vers sa base ou à son point d'implantation à la cuisse, un peu au-dessus du niveau de la tête du péroné, de consistance molle, semi-fluctuante, à peu près insensible au toucher dans toute sa superficie, douloureuse au contraire dans sa partie profonde, où se font ressentir quelquefois des élancements. L'articulation du genou est d'ailleurs intacte et exécute librement ses mouvements naturels de flexion et d'extension.

Le diagnostic difficile de cette tumeur, supposée tout d'abord d'une espèce maligne, semble s'éclairer par une ponction exploratrice, qui donne issue à quelques gouttelettes de sang et permet de croire, d'après les antécédents, à la formation d'un kyste hématique.

L'extirpation, devenue nécessaire, est pratiquée le 23 novembre 1854 à l'aide d'une longue incision faite selon l'axe du membre. La tumeur, mise à découvert, se trouve à demi enveloppée d'un kyste énucléable dans une partie seulement de son étendue, mais si adhérent à sa base, qu'il se confond avec l'aponévrose fascia lata et avec la gaîne du tendon du biceps, épaissie et recouverte en cet endroit de concrétions hématiques très dures. Cette production accidentelle semble même pénétrer, sinon surgir plus profondément, au-dessous de l'aponévrose, vers le cul-de-sac de la synoviale du genou. Mais dans la crainte d'ouvrir l'articulation, on ne croit pas devoir porter plus loin le bistouri.

Quant au produit de la tumeur d'après ses caractères physiques, c'est un magma de sang d'aspect veineux, en partie fluide, en partie concret, mélangé à des noyaux plus ou moins friables sous le doigt. L'analyse chimique et l'examen au microscope par M. Coulier, pharmacien major agrégé du Val-de-Grâce, ne révèlent point dans cette matière d'éléments cancéreux.

La réunion médiate de la plaie et un pansement simple sont suivis, quelques heures après l'opération, d'une hémorrhagie par exhalation très abondante, qui s'arrête par l'application d'un bandage compressif et de la glace.

Les pansements successifs n'offrent rien de notable; la plaie suppure, se déterge et se cicatrise normalement. L'état général de l'opéré est satisfaisant, et il sort de l'hôpital en voie de guérison à peu près définitive.

Mais deux mois après, la cicatrice, devenue tout à fait linéaire, nette et solide, laisse sentir au-dessous d'elle une sorte de noyau douloureux parfois au toucher, assez consistant d'abord, plus mou ensuite, à mesure qu'il se développe et grossit davantage.

M. G... vient consulter; il a évidemment un mal récidivé sur place, et il se décide à rentrer au Val-de-Grâce le 21 octobre courant. La tumeur, déjà parvenue au volume qu'elle avait l'année dernière, offre les mêmes caractères extérieurs, à tel point que le dessin pris alors semble avoir été fait aujourd'hui.

Tels sont les antécédents du malade que M. Larrey présente à la Société pour avoir l'opinion de ses collègues sur le pronostic de cette tumeur, et pour s'éclairer de leurs conseils sur la nouvelle opération à entreprendre.

On constate aisément dans l'exploration de la tumeur les caractères qui viennent d'être exposés. M. G... est d'ailleurs dans d'assez bonnes conditions de santé pour ne pas attendre plus longtemps la nouvelle opération qu'il réclame lui-même.

M. Denonvilliers a rencontré un cas fort analogue. Une tumeur s'était développée au-devant du genou à la suite d'une violence extérieure; elle siégeait dans la bourse synoviale située au-dessous du tendon rotulien. Rapprochant cette maladie de l'hématocèle, il songea à ouvrir la tumeur et à exciser la plus grande partie des parois de la poche. Le malade guérit, mais il n'a pas été revu depuis. Cette tumeur ne renfermait rien autre chose que les éléments du sang.

M. Clot-Bey, d'après l'aspect violacé de la tumeur, son volume, la récidive, craint qu'il ne s'agisse d'une tumeur cancéreuse. Il faut attaquer le mal avec le bistouri, mais s'attendre à une nouvelle récidive.

M. Huguier pense aussi qu'il faut faire l'ablation; peut-être plus tard l'amputation même deviendra nécessaire. Mais comme le tiraillement de la cicatrice pourrait hâter la récidive, et que d'un autre côté il serait imprudent de ménager trop la peau qui recouvre la tumeur, il serait utile de faciliter la réunion des lèvres de la plaie par une sorte d'autoplastie par glissement. On y parviendrait en faisant une incision sur le côté opposé du membre et parallèlement à son axe. On ferait facilement ainsi glisser la peau, très mobile d'ailleurs dans cette région.

M. Larrey fait observer que ce glissement serait rendu difficile par l'adhérence de la base du kyste à l'aponévrose, qu'il a déjà constaté lors de la première opération.

M. Huguier n'a point été arrêté par cette difficulté dans un cas semblable; il a détaché avec le bistouri les adhérences de la peau, qui dès lors a pu être rapprochée et réunie.

M. Chassaignac considère également ce cas comme fort grave. Il faut prévoir le cas où, pendant le cours même de l'opération, l'amputation de la cuisse deviendrait nécessaire. C'est ce qui arriverait si la maladie se propageait jusqu'à la cavité articulaire et si celle-ci était ouverte chemin faisant.

M. Larrey, d'après les opinions émises, et tout en faisant la part d'un pronostic grave et des accidents imprévus de l'extirpation de la tumeur, tel surtout que l'ouverture de l'articulation, tâchera d'éviter l'amputation immédiate de la cuisse, à laquelle d'ailleurs le malade n'est nullement préparé.

L'opération résolue est pratiquée le lendemain même au Val-de-Grâce, en présence de plusieurs des professeurs et chirurgiens de l'hôpital, et avec l'assistance de trois des membres de la Société de chirurgie, MM. Gosselin, Marjolin et A. Guérin. Une longue et double incision semi-elliptique circonscrit toute la surface libre de la tumeur, qui semble dépourvue de kyste et siéger non-seulement en dehors de l'articulation et à l'extérieur de l'aponévrose fascia-lata, mais profondément jusque dans l'épaisseur du muscle vaste externe et jusqu'au contact de la capsule synoviale. L'énucléation, l'arrachement et la dissection ne détachent qu'une partie de la masse morbide, ramollie et friable, au milieu de laquelle se trouve implantée, à l'aponévrose, une ostéophyte, qu'il faut reséquer à l'aide d'une cisaille. La présence de la même matière dans l'épaisseur du muscle nécessite un débridement multiple de l'aponévrose, d'où elle est extraite en assez grande quantité par de simples pressions. Le fond de cette poche et tous les points suspects à la surface ou autour d'elle sont brûlés fortement avec le cautère actuel, et, dans le but de prévenir une hémorrhagie par exhalation, des plumasseaux imbibés d'eau hémostatique et un pansement contentif sont appliqués. Mais peu d'instants après l'opération l'appareil est entièrement traversé par le sang, qui se coagule provisoirement par l'application de la glace, et nécessite ensuite l'emploi du perchlorure de fer sur l'orifice même des vaisseaux musculaires donnant lieu à cette hémorrhagie. Elle s'arrête enfin. L'appareil est renouvelé le lendemain, mais les caillots adhérents sont maintenus en place jusqu'au moment où la suppuration s'établit. Les pansements, devenus simples, s'accompagnent, pendant les premiers jours, d'un phénomène à signaler, c'est qu'à chaque attouchement de sa plaie le malade perçoit une sensation analogue à celle qu'il avait ressentie sous l'influence du chloroforme.

La cicatrisation enfin tend à s'effectuer aujourd'hui, quatorzième jour de l'opération, par le développement des bourgeons charnus, et M. G... est dans un état satisfaisant.

L'examen de la tumeur au microscope a été fait par M. Coulier, agrégé de l'École du Val-de-Grâce, et a démontré la formation de corps ovoïdes dont les contours sont bien nets et définis. Leur surface paraît finement ponctuée; ils renferment tous un ou deux noyaux; quelques-uns sont fusiformes; d'autres sont complétement allongés. Mais il a été impossible de reconnaître l'existence de la cellule cancéreuse au milieu de ce tissu, mêlé dans certains points à une grande quantité de matière grasse.

M. Gosselin, qui a examiné, avec M. Bauchet, une partie de cette tumeur, n'y a pas trouvé non plus l'élément caractéristique du cancer, mais plutôt la structure dite fibro-plastique.

M. Larrey informera la Société des résultats ultérieurs de cette observation, qui lui a paru digne de quelque intérêt.

— M. Gosselin communique, au nom de M. Maunoury, chirurgien de l'hôpital de Chartres, la note suivante :

Note sur des préparations de caustiques au moyen de la gutta-percha. — M. Richard, mon collègue, a bien voulu présenter en mon nom, dans la dernière séance, à la Société de chirurgie, des préparations de caustiques qui me paraissent avoir une certaine importance, et qui pourront recevoir un jour leur application dans un grand nombre de cas chirurgicaux.

Avant de présenter des faits cliniques, je me permets aujourd'hui de vous soumettre quelques échantillons de ces caustiques, et d'indiquer le procédé simple et facile au moyen duquel on peut les préparer et les conserver.

Mêler intimement la gutta-percha en poudre avec un caustique pulvérisé, à doses variables, suivant la puissance qu'on veut obtenir. Par exemple :

Chlorure de zinc. . . . . . 2 parties en poids.
Gutta-percha. . . . . . 1 —

Introduire ce mélange dans un tube ou dans une capsule de porcelaine, chauffer lentement à la lampe à l'alcool.

Sous l'influence de la chaleur, la gutta-percha se ramollit, s'imprègne de toute la poudre caustique, se l'assimile pour devenir une pâte caustique, ou retient seulement emprisonnées dans sa glu les molécules du caustique; on a alors, par le refroidissement, une préparation de gutta-percha caustique, ou de gutta-percha porte-caustique.

La gutta-percha, par sa nature et ses propriétés, a pour avantages :

1° De ne pas s'altérer dans les tissus;

2° De conserver sa consistance et sa flexibilité;

3° De s'insinuer facilement, par sa souplesse, dans les canaux naturels, tels que le canal nasal et l'urètre, ou dans les conduits morbides et tortueux, tels que les fistules;

4° De se prêter, sous les doigts du chirurgien, à toutes les formes voulues, de s'appliquer en plaques plus ou moins épaisses, en languettes plus ou moins longues, en fils plus ou moins ténus, en sondes ou trochisques, etc., etc.;

5° Enfin, elle a pour avantage précieux *de permettre, par la porosité de ses molécules, l'exsudation des caustiques qu'elle renferme, et de laisser ainsi libre l'action spéciale de ces caustiques sur les tissus.*

En vous communiquant cette note, mon désir est de voir ces préparations caustiques soumises à des expériences cliniques. Les applications peuvent être tellement variées, les combinaisons de la gutta-percha avec les caustiques peuvent être si multipliées que cette substance nous sera d'un secours puissant dans la thérapeutique chirurgicale.

(Des échantillons des caustiques de M. Maunoury seront remis à MM. Larrey, Lenoir et Robert, afin que des expériences cliniques soient instituées.)

M. Lenoir fait observer que déjà on a songé à associer les caustiques au collodion pour en faire des pâtes ductiles susceptibles de prendre des formes très diverses.

— M. le docteur H.-W. Berend, directeur de l'établissement orthopédique et gymnastique de Berlin, lit une note intitulée *Quelques mots sur l'état actuel de l'orthopédie.*

Une commission est nommée; elle se compose de MM. Debout, Jarjavay et Bouvier.

— M. Broca communique des renseignements historiques sur un point de l'histoire des anévrismes, relatif à la compression alternative, à laquelle il donne le nom de méthode alsacienne. Il doit à l'obligeance de M. Gama la communication d'un manuscrit qui permet de connaître l'inventeur réel de cette méthode. Cet inventeur est M. Belmas, alors chef des travaux anatomiques à Strasbourg.

M. Larrey propose d'adresser des remercîments à M. Gama, pour la communication de ce manuscrit important.

Cette proposition est adoptée, et M. le secrétaire général est chargé d'y pourvoir.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. Danyau montre une pièce qui se rapporte à une circonstance rare de l'histoire des grossesses gémellaires. Les annales de l'obstétrique en offrent déjà un certain nombre d'exemples, mais il n'en a encore été présenté aucun dans cette enceinte, et celui-ci n'est pas sans intérêt.

A la suite d'un accouchement prématuré à 8 mois, qui paraissait n'avoir été provoqué que par un peu de fatigue, je m'aperçus, dit M. Danyau, en opérant la délivrance de quelque chose d'insolite, dont il me fut très facile de reconnaître la nature dès que je pus jeter les yeux sur la masse que j'avais entre les mains. Le placenta se composait de deux parties : l'une, d'un volume ordinaire, épaisse, rouge, molle, friable, en un mot parfaitement saine, appartenait à l'enfant qui venait de naître vivant; l'autre, de moitié moins volumineuse et moins épaisse, jaunâtre, compacte et d'ailleurs intimement unie à la première, avait été destinée à un second fœtus mort vers le troisième mois de la grossesse et encore contenu dans ses membranes restées entières. Ce petit cadavre a subi les altérations que subit en pareil cas le fœtus qui meurt et qui reste dans l'utérus avec son frère jumeau vivant et continuant de se développer régulièrement. Il est un peu aplati, déformé, d'un blanc jaunâtre, et ressemble à un fœtus qui aurait longtemps macéré dans une quantité insuffisante d'alcool. Une cuillerée de liquide amniotique altéré, épaissi, floconneux baigne le petit cadavre.

La mère, jeune femme primipare, avait eu une grossesse pénible. En particulier, vers le deuxième mois et demi, elle avait éprouvé des douleurs dont le siége était évidemment l'utérus, douleurs continues, sensiblement accrues par la pression, mais qui n'avaient toutefois aucun des caractères de contractions utérines.

A peine ces douleurs étaient-elles dissipées que cette jeune femme fut prise d'accidents nouveaux qui simulèrent d'abord un début de fièvre typhoïde, mais qui disparurent promptement sous l'influence de quelques évacuants.

Tous ces symptômes morbides se liaient-ils à un état de souffrance et plus tard à la mort de l'un des jumeaux? C'est ce que nous ne saurions dire. Peut-être n'y a-t-il eu ici que coïncidence, et cette présomption me paraît justifiée par l'absence d'accidents ou de symptômes quelconques chez la mère dans la plupart des cas analogues à celui que j'ai l'honneur de faire connaître à la Société.

— M. Chassaignac montre un fragment volumineux de polype fibreux des fosses nasales, qui a été expulsé spontanément dans les circonstances suivantes :

Ce polype avait été soumis à l'écrasement linéaire, qui n'en avait réséqué que la portion antérieure. Trois jours après une masse fibreuse sphacélée composant le reste de la masse s'engagea par l'ouverture des narines.

M. Chassaignac fait remarquer que pareil fait s'observe parfois pour d'autres tumeurs fibreuses, et en particulier pour les polypes fibreux de l'utérus. Il suffit quelquefois de détruire une portion de ces tumeurs pour voir le reste s'éliminer spontanément.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société : Dr A. Verneuil.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Nº 136. — JEUDI 22 NOVEMBRE 1855. (28ᵉ ANNÉE.) Nº 136. — JEUDI 22 NOVEMBRE 1855.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

FACULTÉ DE MÉDECINE.

SÉANCE SOLENNELLE DE RENTRÉE.

Discours prononcé par M. le professeur Malgaigne.

Messieurs,

La solennité qui nous rassemble, et dans laquelle la Faculté aime à se voir entourée de ses élèves anciens et nouveaux, instituée dans l'origine pour la distribution des couronnes et le compte rendu des travaux de l'année écoulée, n'a pas gardé longtemps cet heureux caractère. La mort n'a pas tardé à creuser dans les rangs des professeurs des vides incessamment renouvelés : et dès lors s'est introduit le pieux devoir de raconter ici la vie de nos maîtres disparus, pour servir à tous d'encouragement et d'exemple, d'associer ainsi la justice rendue aux vivants à la justice rendue aux morts, et de mener le deuil à côté du triomphe. L'année dernière a été pour nous particulièrement douloureuse ; à la perte de M. Roux, mort du moins plein de gloire et d'années, a succédé celle de M. Requin, enlevé dans la vigueur de l'âge, lorsqu'à peine il avait pris possession d'une chaire vaillamment conquise, et quand il pouvait bien se croire maître d'un long avenir. Une voix plus compétente que la mienne vous dira plus tard ce que M. Requin avait déjà donné, ce qu'il promettait encore à la science. Aujourd'hui la mémoire de M. Roux nous occupera seule, et la Faculté m'a désigné pour lui rendre en son nom ce dernier hommage.

En me félicitant de cet honneur, je ne m'en suis dissimulé, messieurs, ni les difficultés ni le danger. M. Roux a marqué son passage dans la chirurgie par des traces impérissables; son nom est étroitement lié à l'histoire de la science, et il ne pouvait se contenter d'une biographie vulgaire. Il m'a paru que, pour ne pas rester trop au-dessous d'une si grande tâche, il convenait de le considérer comme si déjà les siècles avaient passé sur lui; de ne pas le traiter autrement que j'avais essayé de faire autrefois pour Ambroise Paré, son glorieux ancêtre en chirurgie. Non content donc de recueillir les souvenirs contemporains ; j'ai recherché dans ses écrits, j'ai épié pas à pas, si j'ose ainsi dire, l'origine et le développement de ses travaux, la marche de sa pensée ; j'ai tâché de le replacer dans le milieu où il a vécu, dans le mouvement intellectuel qu'il a suivi d'abord, qu'il a dirigé ensuite, confiant dans cette idée que, pour un maître aussi illustre et aussi vénéré, nul détail ne paraîtrait superflu, et que je trouverais au besoin, dans la sympathie d'un auditoire peuplé de ses élèves, une excuse et un appui tout ensemble. Enfin, messieurs, j'ai pensé que pour un tel homme, les molles complaisances du panégyrique ne valaient pas la virile impartialité de l'histoire. La plus vive lumière est toujours mêlée d'un peu d'ombre ; en montrant donc les beaux côtés, je n'ai point cherché à dérober les côtés faibles. C'est ainsi, j'en suis certain, qu'il eût voulu être loué lui-même ; et sa juste renommée n'a rien à redouter de cette épreuve. Heureux ceux que l'on peut présenter ainsi tout entiers à leurs contemporains comme à la postérité !

Philibert-Joseph Roux, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine, officier de la Légion d'honneur, etc., naquit à Auxerre le 26 avril 1780. Son père, Jacques Roux, maître en chirurgie, s'était établi depuis peu dans cette ville, non sans quelque résistance de la part de ses confrères, qui ne l'admirent même dans leur communauté qu'à la suite d'un double procès, et il leur apportait, en effet, une rivalité redoutable ; car, quelques années plus tard, ses succès dans la pratique l'avaient fait nommer à la fois chirurgien de l'Hôtel-Dieu et de l'Ecole militaire. La famille comptait encore un autre maître en chirurgie qui exerçait à Beaune, Tergine ; oncle de Jacques, et chez lequel celui-ci avait fait son premier apprentissage. Le jeune Philibert portait donc, si l'on peut ainsi parler, du sang chirurgical dans ses veines, et l'on pourrait croire qu'il s'était senti poussé vers la chirurgie par une vocation héréditaire. Il n'en fut rien ; et, à vrai dire, il ne montra d'abord de vocation prononcée que pour la dissipation et les jeux de son âge. Il avait perdu sa mère de bonne heure ; son père, sévère jusqu'à la rigueur, ne lui épargnait pas les corrections même un peu rudes ; heureusement, son caractère bon et affectueux, sa franche et joyeuse humeur lui avaient gagné le cœur de sa belle-mère, qui l'aima bientôt comme son propre fils.

Il fit ses premières études à l'Ecole militaire d'Auxerre, dirigée alors par les bénédictins ; et il nous a conservé le nom de l'un de ses maîtres, don Rosman, pour qui les élèves avaient une sorte de vénération. Mais les temps étaient peu favorables aux études sérieuses ; la révolution marchait à grands pas ; les bénédictins, supprimés à la fois comme ordre religieux et comme corporation savante, furent obligés de quitter l'Ecole ; et le nombre des professeurs s'y trouva tellement réduit, que Fourier, l'illustre mathématicien, à peine âgé de vingt-quatre ans, y professait à la fois l'algèbre, la géométrie, la rhétorique, la philosophie et l'histoire. Encore entraîné par les événements, Fourier désertait fréquemment ces chaires paisibles pour la tribune ardente de la Société populaire ; et dans le cours de 1793, dénoncé trois fois, deux fois emprisonné, il avait bien d'autres préoccupations que les progrès de ses élèves. M. Roux entendit ses dernières leçons de rhétorique ; il avait alors moins de quatorze ans. Aussi ses études classiques ne furent rien moins que brillantes ; et comment s'en étonner, quand on voit que, quelques années plus tard, son professeur de rhétorique, Fourier, invité par Bonaparte à lui traduire, au pied des Pyramides, le fameux parallèle de Lucain entre Pompée et César, ne put jamais en venir à bout !

Ainsi sorti du collége, il fallait songer à une profession. Son père décida qu'il serait chirurgien, et l'emmena avec lui à l'hôpital, où il lui apprit à pratiquer une saignée et à faire quelques pansements. Puis, comme la liberté plus grande dont il jouissait n'avait pas encore accru son goût pour l'étude, et qu'il hantait plus volontiers les cafés d'Auxerre que l'Hôtel-Dieu, dès qu'il eût atteint quinze ans et demi, son père, pour couper court à ces méchantes habitudes, sollicite pour lui une commission d'officier de santé de 3ᵉ classe, et l'expédie à l'armée de Sambre-et-Meuse, le sac sur le dos.

C'était, comme on voit, une assez pauvre recrue pour la chirurgie militaire ; mais alors on n'y regardait pas de si près. La République, qui faisait sortir du sol quatorze armées, n'avait pu créer du même coup des chirurgiens dans la proportion nécessaire ; en dix-huit mois de guerre, 600 avaient péri, soit par la fatigue, soit par le feu de l'ennemi ; et, pour fournir à cette consommation effrayante, la Convention avait été réduite, dès 1794, à créer les écoles de santé, destinées à former en trois ans, pour les besoins des armées, 550 élèves de la patrie. En attendant le bénéfice de cette ressource lointaine, on prenait tout ce qu'on trouvait, même des enfants de quinze ans. Beaucoup de soldats, d'ailleurs, n'avaient guère plus de cet âge ; et tous ensemble ils allaient, comptant la fatigue et le danger pour bien peu, si les privations n'eussent été beaucoup plus grandes. M. Roux en eut sa part comme les autres. Il était arrivé à Andernach d'abord, et fut envoyé de là à l'hôpital militaire d'Aix-la-Chapelle. Il recevait, comme officier de santé de 3ᵉ classe, une solde de 100 fr. par mois, payée en assignats, ce qui ne suffisait pas toujours pour avoir du pain ; et M. Gama a raconté comment, vers le même temps et dans un hôpital voisin, une douzaine d'officiers de santé affamés (il était du nombre) furent surpris par un commissaire des guerres, *flagrante delicto*, nantis chacun d'une demi-ration de pain qui n'était pas portée sur les livres de l'hôpital. Ils furent dénoncés ; et il leur en eût coûté cher peut-être si Percy, averti à temps, ne les eût dérobés aux recherches par un prompt changement de résidence. M. Roux se plaisait aussi à raconter par quels expédients, plus ingénieux que réglementaires, il avait réussi à s'assurer une ample provision de vivres ; en prenant d'ailleurs si bien ses mesures, que les commissaires des guerres n'en surent jamais rien. Enfin une loi du 15 nivôse an IV (janvier 1796), assurant aux chirurgiens militaires des rations en nature, avec un supplément de 8 livres par mois en numéraire, les délivra du moins du danger de mourir de faim.

Après dix-huit mois d'une vie en apparence si ingrate, le traité de Campo-Formio (17 octobre 1797), en licenciant les armées, rendit M. Roux à sa famille, et borna là le cours de ses exploits. Et cependant, tant les souvenirs de la jeunesse ont de charme et de puissance, dans tout le cours d'une vie si bien remplie, peut-être aucun épisode ne revenait si joyeusement à la mémoire et sur les lèvres de M. Roux. Sous la toge du professeur, sous les palmes de l'Institut, il triomphait d'avoir porté l'habit militaire ; Aix-la-Chapelle occupa toujours dans ses souvenirs une place de prédilection ; et jusque dans ses dernières années, lorsqu'il faisait une excursion en Allemagne, il se détournait, au besoin, pour revoir ces lieux témoins de ses premières armes.

Il ne séjourna pas longtemps à Auxerre ; son père ne voulait pas l'y garder. Un règlement du 5 vendémiaire an V (26 septembre 1796) venait d'ouvrir l'hôpital d'instruction du Val-de-Grâce, et un concours devait désigner les élèves qui auraient le droit d'y entrer. M. Roux arriva à Paris, suivit provisoirement les cours du nouvel hôpital, y ébaucha même ses premières dissections, puis se présenta au concours, et échoua misérablement. Il fallut se retourner vers l'Ecole de médecine, et s'arranger de façon à vivre à Paris avec une pension que le père avait fixée à cinquante francs par mois. Cinquante francs ! A la vérité, on ne payait alors ni inscriptions ni examens (applaudissements prolongés, rires, interruption) ; il avait à dîner, quel dîner ! pour cinquante centimes ; mais encore fallait-il pourvoir aux dissections, suivre des cours particuliers ; et enfin, pour un jeune homme peu accoutumé à se maîtriser, Paris n'était-il pas là avec ses séductions toutes nouvelles ? En comparant ses besoins et ses ressources, il estima plus facile d'accroître les unes que de diminuer les autres, et il s'en alla jouer à la roulette. En un clin d'œil les cinquante francs disparurent, le budget d'un mois tout entier ! L'indulgente belle-mère fut seule confidente de la catastrophe, et y remédia du mieux qu'elle put. Mais tout cela n'était pas d'un heureux augure, et de tels commencements n'auraient-ils pas fait désespérer de l'avenir ? On raconte qu'A. Cooper, envoyé à Londres à l'âge de seize ans, et cédant aussi à la double tentation de la paresse et des plaisirs, était déjà regardé comme perdu par sa famille, lorsqu'il rencontra dans Cline le protecteur et l'ami qu'il fallait pour le sauver. La fortune ne se montra pas moins favorable à M. Roux qu'à A. Cooper.

L'Ecole de Paris présentait alors un spectacle qui ne manquait ni de nouveauté ni de splendeur. Formée d'abord à la hâte et presque au hasard d'éléments hétérogènes, débris des vieilles corporations disparues, docteurs régents de la Faculté, membres de la Société royale ; maîtres du Collége de chirurgie, elle avait corrigé les vices de sa première organisation par une meilleure distribution de ses chaires ; elle venait de reprendre le nom d'Ecole de médecine, et l'on eût vainement cherché dans le monde entier un enseignement aussi complet, donné par des maîtres aussi éminents. Sans doute les doctrines anciennes y comptaient bon nombre de représentants, mais il n'en manquait pas qui, obéissant au mouvement de l'époque et à leur propre génie, marchaient résolûment dans des voies nouvelles. L'auditoire aussi s'était agrandi ; au lieu de trois cents élèves de la patrie confiés à l'Ecole de santé, on comptait déjà plus de mille élèves libres, d'autant plus avides d'instruction qu'ils en avaient été plus longtemps privés, dégagés de toute tradition, aptes à tout recevoir et à tout comprendre, et qui, fatigués des révolutions politiques, apportaient leur concours empressé aux pacifiques révolutions de la science. A l'ardeur des professeurs répondait l'enthousiasme des élèves, et dans toutes les parties de ce grand corps frémissait un puissant souffle de vie.

Trois hommes surtout s'étaient mis en tête du mouvement, et lui imprimaient leur direction. C'était d'abord Corvisart, esprit exact et positif, dédaigneux des théories, qui eût réduit volontiers toute la médecine à la pratique, la pratique au diagnostic, mais qui avait donné au diagnostic une précision jusqu'alors inconnue, en l'assujettissant au contrôle de l'anatomie pathologique. D'un autre côté marchait Pinel, embrassant de ses regards un plus vaste horizon, moins soucieux de l'art que des doctrines, et qui, appliquant à la médecine la méthode des sciences pures, venait de porter dans le chaos des anciennes classifications une lumière inattendue. Sous les efforts si divers de ces deux puissants novateurs, la pathologie interne était remuée jusque dans ses fondements. L'anatomie et la physiologie recevaient l'impulsion de Chaussier, génie ardent, mais incomplet, doué de plus d'ambition que de puissance, et qui prétendait réformer à la fois les mots et les choses. C'était lui qui avait dicté au nouvel enseignement ce programme orgueilleux : *peu lire, beaucoup voir et beaucoup faire,* et il s'efforçait de prêcher de parole et d'exemple. Tels étaient les hommes qui dominaient alors dans l'Ecole, et qui allaient marquer de leur empreinte et frapper à leur effigie les premières générations médicales du dix-neuvième siècle.

Mais au dehors de l'école, et cependant sous l'influence de Chaussier, de Pinel et de Corvisart, commençait à se révéler un jeune homme à peine sorti des bancs, et qui ne devait pas tarder à dépasser ses maîtres. Bichat, après s'être d'abord essayé à la chirurgie sous Desault, s'était tourné vers l'anatomie et la physiologie, plus propices à son génie. Après un modeste essai qui avait outre-passé ses espérances, il venait d'ouvrir dans l'hiver de 1798 un amphithéâtre d'anatomie où se pressaient près de 80 élèves ; ses leçons en attiraient un bien plus grand nombre, et déjà dès cette époque nulle parole n'était mieux écoutée que la sienne. L'un de ses prosecteurs était Hay, de Toucy, près d'Auxerre, qui se glorifiait d'avoir été son premier disciple. Hay lui recommanda son jeune compatriote : et bientôt M. Roux se recommanda par lui-même. Dans cette nature vive et impressionnable, ce qui dominait surtout, c'était, avec une ardente sympathie pour tout ce qui était bon, un enthousiasme non moins ardent pour tout ce qui était beau ; heureux quand il pouvait aimer et admirer. Il trouva dans Bichat de quoi répondre à toutes ses aspirations, et bientôt ils se sentirent entraînés l'un vers l'autre par une affection que le temps ne fit que fortifier. Un professeur de 26 ans, un auditeur de 18 ans, après la leçon redevenaient aisément camarades. L'affection de Bichat était plus douce et plus calme ; celle de M. Roux plus vive et plus expansive ; mais peut-être est-il besoin de quelque différence dans les caractères pour cimenter les plus durables amitiés. Le maître, entraînant l'élève dans son orbite, lui avait communiqué une ardeur de travail qui ne devait jamais s'éteindre ; l'élève à son tour, ami du plaisir après une journée bien remplie, arrachait son maître aux fatigues incessantes de l'amphithéâtre, et le forçait à prendre un délassement nécessaire. Hay dut quitter Paris pour quelque temps ; M. Roux prit sa place. Bichat avait pour second prosecteur son propre cousin, Buisson ; mais Buisson, imbu d'idées religieuses qu'il poussait jusqu'au puritanisme ; était loin de tenir dans la vie de Bichat une aussi grande place que son jeune collègue, dont la joyeuse humeur n'était pas arrêtée par tant de scrupules, qui partageait, qui eût excité au besoin le goût de Bichat pour le théâtre ; et il nous a raconté comment d'une soirée à l'autre, après s'être attendris aux scènes tragiques de Racine, ils allaient se pâmer de rire aux bons mots de Brunet. Mais pourquoi m'arrêter à ces détails si futiles en apparence ? Pourquoi, messieurs ? Quand je pense à la carrière scientifique de Bichat, commencée à 26 ans, fermée si douloureusement quatre années après ; quand je songe que des travaux trop opiniâtres, une contention d'esprit trop soutenue, les journées de l'amphithéâtre prolongées par les nuits, ont usé sa constitution avant l'âge et précipité cette perte irréparable, je me demande si l'amitié de M. Roux n'a pas servi du moins à reculer le terme fatal, et si nous ne lui devons pas quelque reconnaissance pour les chefs-d'œuvre que le temps avare a permis à Bichat de terminer. Il nous l'a dit lui-même, pendant ces quatre années si bien remplies il ne quitta pas Bichat un seul jour, et il était à son chevet quand Bichat rendit le dernier soupir.

Il assista donc à la conception et au développement de ces grandes idées, qui d'une année à l'autre se traduisaient en ouvrages immortels. Un aperçu échappé à Pinel, saisi et fécondé par Bichat, avait produit en 1799 deux mémoires sur les membranes ; en 1800, le *Traité* du même nom ; en 1801, l'*Anatomie générale*. En 1800, la physiologie, éclairée pas les vivisections, s'était enrichie des *Recherches sur la vie et la mort*, et Chaussier s'était trouvé du coup relégué à un rang secondaire. Enfin, chargé en 1801 d'un service médical à l'Hôtel-Dieu, Bichat, sous l'inspiration de Corvisart, avait cherché d'abord à compléter les faits cliniques par l'ouverture des cadavres ; mais bientôt, portant plus loin ses regards et multipliant les autopsies par centaines, il créait une science nouvelle que Corvisart n'avait point aperçue, et posait les bases de l'anatomie pathologique. Jamais on n'avait vu un si prodigieux torrent d'idées ; tous ceux qui en étaient témoins se sentaient entraînés ; tous le suivaient avec enthousiasme, et, dans les dernières recherches par lesquelles il préludait à la reconstruction de la matière médicale pour recueillir ses observations, il n'employait pas moins de quarante élèves. Parmi ceux dont le concours lui était le plus cher, M. Roux occupa bientôt le premier rang. A peine était-il entré dans ses fonctions de prosecteur que Bichat le chargea de répéter aux plus jeunes auditeurs la leçon de chaque jour ; puis il le choisit spécialement pour l'aider dans ses expériences ; puis il lui confia, en même temps qu'à Buisson, le soin de rédiger son premier cours sur l'anatomie générale, qui devait servir de canevas à son grand ouvrage ; enfin, lorsqu'il voulut publier son *Anatomie descriptive*, M. Roux fut d'abord son unique collaborateur, et l'aida de la plume et du scalpel pour la description des muscles et des os. A cette excellente école, il avait acquis un style clair, ferme, précis, dont on peut voir le premier jet dans une analyse du *Traité des membranes* qu'il écrivit en 1800 pour le *Journal de médecine*. Bientôt, saisi d'une noble émulation, il essaya à son tour d'emprunter quelques idées à son maître, qu'il essayait d'appliquer à la chirurgie. De là divers travaux qu'il publia de 1801 à 1802, et parmi lesquels il faut citer surtout le *Mémoire sur les polypes utérins*. Il s'était fait recevoir à l'Ecole pratique, créée l'année même de son arrivée à Paris ; en 1801, il y remporta le premier prix, laissant en arrière Bertin, Buisson et Bayle, tous plus âgés que lui de cinq ou six ans. Chaque année, il revenait passer ses vacances à Auxerre, heureux de raconter à son père ses premiers succès ; mais le père, au lieu d'accueillir avec joie ces gages d'un amendement inespéré, hochait froidement la tête, et semblait s'ancrer de plus en plus dans une incurable méfiance. Il se sentit ébranlé pourtant à cette grande nouvelle du premier prix remporté à l'Ecole pratique ; ébranlé mais non convaincu, et en homme prudent qui veut voir les choses par soi-même pour s'assurer contre toute erreur possible, il fit exprès le voyage de Paris.

Mais désormais pareil doute ne devait plus venir à personne. Dès 1802, sans quitter l'amphithéâtre de Bichat, M. Roux avait ouvert un cours d'opérations dans lequel, à l'exemple de Pinel, il tentait une nouvelle classification des maladies chirurgicales. La même année, il concourut avec Dupuytren pour une place de chirurgien de 2ᵉ classe à l'Hôtel-Dieu. Il ne fut pas nommé ; mais tous les contemporains s'accordent à dire que dans plus d'une épreuve il éclipsa son redoutable compétiteur, et qu'il tint jusqu'au dernier jour la victoire incertaine. Hallé, à cette occasion, portant la parole dans une solennité pareille à celle-ci, déclara que l'*élève de Bichat s'était montré digne de son maître*. Par malheur, Bichat ne put entendre cet éloge ; il était mort quelques mois auparavant, le 22 juillet 1802.

La mort de Bichat laissait un grand vide. Il avait projeté une deuxième édition des *Maladies des voies urinaires*, d'après les leçons de Desault, qui allait ainsi rester suspendue ; et son *Anatomie descriptive* était arrêtée au milieu du troisième volume. Mais une bien autre préoccupation tenait ses élèves soucieux : son amphithéâtre, si peuplé naguère, devait-il ne plus se rouvrir ? la tribune retentissante qu'il y avait créée serait-elle condamnée au silence surtout quand, sur sa tombe à peine fermée, des ambitions peu scrupuleuses, mettant au pillage ses idées, menaçaient de détourner à leur profit les lambeaux de ce grand héritage ? Déjà avait paru, sous le nom de Bayle, un nouveau mémoire sur les polypes utérins, reproduisant les vues de Bichat et de M. Roux sans nommer ni l'un ni l'autre ; déjà Dupuytren annonçait ses cours d'anatomie pathologique. Il s'agissait donc de continuer l'école de Bichat, de soutenir et de propager ses doctrines, et, au besoin, de défendre sa mémoire. Buisson se reconnut insuffisant, et prit seulement une part dans l'achèvement du *Traité d'anatomie descriptive* ; M. Roux se chargea du reste.

La tâche était lourde de toutes manières. Le concours dont il sortait avait occupé les premiers jours de septembre ; c'est à la fin du même mois, en vendémiaire, que les amphithéâtres se rouvraient. L'anatomie le trouvait suffisamment préparé. Mais, pour emprunter ses propres paroles, *il n'avait encore embrassé la physiologie que comme une introduction nécessaire à l'étude médicale de l'homme ;* et maintenant il

lui fallait l'enseigner aux autres, sans rester trop au-dessous du maître incomparable qu'il était appelé à remplacer. Néanmoins, les cours se rouvrirent avec éclat au jour accoutumé. Un travail opiniâtre suffit à tout. Le jeune professeur sacrifiait une nuit sur deux pour s'instruire lui-même et se pénétrer de la matière de ses leçons ; heureux quand les besoins sans cesse renaissants des dissections ne venaient pas lui dérober encore une nuit supplémentaire! C'est ici l'un des épisodes les plus curieux et les moins connus de l'histoire de l'anatomie en France, et il ne sera pas hors de propos de nous y arrêter un instant.

L'enseignement anatomique à Paris avait toujours éprouvé de grandes difficultés. Sans remonter plus haut que le dix-huitième siècle, Duvernay, professeur au Jardin des Plantes, celui que l'on nommait le grand Duvernay, ne pouvait qu'à grand'peine obtenir chaque année pour ses dissections un cadavre de l'Hôtel-Dieu ; il fallait pour cela une délibération expresse des administrateurs, qui avaient soin de motiver la concession sur la haute réputation du professeur. De là la nécessité de se procurer des sujets à prix d'argent, soit dans les hospices, soit dans les cimetières ; le collègue de ce chirurgien était même obligé de recourir à cette ressource. Lors de son institution, l'Ecole de santé avait reçu le droit de mettre à contribution les hôpitaux ; mais ils n'étaient pas alors en état de fournir à ses besoins, et elle continua à suivre sans scrupule les vieux errements du Collége de chirurgie.

La pénurie était bien autrement grande pour les professeurs particuliers. Dans la distribution des cadavres des hôpitaux, ils ne venaient qu'après l'Ecole, qui, n'en trouvant presque jamais assez pour elle, les eût renvoyés trop souvent les mains vides. Ils s'adressaient donc à peu près exclusivement aux cimetières ; étrange et inépuisable domaine, capable de fournir chaque jour une moisson aussi abondante que la veille. L'intérêt de la science palliait ce qu'avait d'odieux cette violation des sépultures. Ainsi que le disait Thouret à l'Ecole, la différence n'était pas grande entre prendre un cadavre à l'hospice ou ailleurs ; et enfin, pour les anatomistes d'alors, ce n'était point le scalpel qui faisait un vol à la terre, c'était la terre que l'on forçait à rendre le vol fait au scalpel.

Le cimetière de Clamart, alors appelé *cimetière Sainte-Catherine*, ou de son nom révolutionnaire, *cimetière Catherine*, caché dans des ruelles désertes, au fond d'un quartier misérable, était le théâtre ordinaire de ces razzias. Il fallait avoir des intelligences dans la place. Bichat était entré en relation avec le fossoyeur, nommé Allart, homme de sac et de corde, qui pourtant s'était laissé tellement gagner par l'heureux caractère de Bichat, qu'après sa mort il s'engagea solennellement à respecter son cadavre, à n'en enterrer même aucun autre par-dessus, et qu'il tint à moitié sa promesse. M. Roux hérita de la confiance et même un peu de l'affection de maître Allart, et grâce à cet heureux concours, son amphithéâtre ne chôma jamais. Il aimait à raconter les détails de ces étranges expéditions, où ne manquaient ni les émotions ni le péril. Mais pour la jeunesse entreprenante, le péril est un attrait de plus. Voyons, les provisions sont épuisées, les tables sont vides ; et si l'on n'y prend garde, la leçon risque de manquer demain. L'expédition s'organise, on attend la nuit, qui cache tout sous son ombre ; que la nuit surtout soit bien noire ; un rayon de lune les trahirait. Ils partent, conduisant avec eux une voiture couverte, avec toutes sortes de précautions pour ne pas éveiller le pavé criard ; ils s'arrêtent contre le mur du cimetière ; la voiture même sert à l'escalade ; derrière le mur le fossoyeur complice les attend. Une lanterne sourde éclaire les tombes marquées à l'avance ; la pioche fait son œuvre ; le cercueil restitue ces reliques humaines qu'on croyait bien lui avoir confiées pour jamais. Quand le nombre est atteint, on dispose les fardeaux ; on leur fait franchir la muraille : et si la voiture s'emplit sans encombre, l'amphithéâtre en aura pour huit jours.

Une nuit, quand déjà les cadavres empilés près du mur attendaient qu'on le hissât par-dessus, l'un des ravisseurs, enjambant la muraille, poussa un cri de stupéfaction et d'effroi ; la voiture avait disparu! Etait-ce un méchant tour d'un ivrogne désœuvré, ou le fait de quelque ronde de nuit qui avait trouvé suspecte une voiture abandonnée à cette heure sur la voie publique? Quoi qu'il en soit, on chercha vainement la voiture aux environs, et nos déterreurs de corps morts étaient fort en peine de leur capture, quand par bonne fortune vint à passer un fiacre attardé. On l'entoure, on expose l'urgence, on le met en réquisition. Le cocher montra d'abord des répugnances et des scrupules ; mais un honnête pourboire lui ayant fait considérer plus mûrement les choses, il finit par trouver l'affaire superbe, et chargea tout ce qu'on voulut.

Tandis que ces choses se passaient au cœur de Paris, il y a à peine un demi-siècle, que faisait donc la police? Lors de la création de l'Ecole, la police avait bien d'autres sujets de préoccupation. En 1798 seulement, des plaintes réitérées parvinrent au Directoire, et le ministre de l'intérieur consulta l'Ecole sur les moyens de remédier à cet abus. L'Ecole répondit que l'intérêt des études anatomiques en exigeait le maintien, et proposa toutefois des mesures réglementaires propres à donner à l'opinion une satisfaction apparente. L'autorité hésita, comme de raison, puis, prenant un moyen terme, concéda à l'Ecole l'autorisation de fouiller le cimetière Sainte-Catherine, sans rien régler pour les professeurs particuliers, qu'elle laissait agir à leurs risques et périls. Grâce à cet expédient bizarre, le cimetière fonctionna comme auparavant au profit des dissections ; seulement les cadavres de l'Ecole, munis d'un sauf-conduit, sortaient fièrement par la grande porte, tandis que ceux de contrebande continuèrent à passer par-dessus les murs.

Les travaux de l'enseignement ne faisaient pas perdre de vue à M. Roux l'autre moitié de sa tâche. Dans le courant de 1803, il fit paraître le *Traité des maladies des voies urinaires*, accru d'un supplément renfermant plusieurs nouveaux mémoires ; et vers la fin de cette année, il publia le dernier volume de l'*Anatomie descriptive*. En tête de ce volume, il prenait seulement les titres de *professeur d'anatomie, de physiologie et de chirurgie*. Il avait cependant passé sa thèse quelques mois auparavant, le 30 germinal an XI ; mais à cette époque on ne délivrait encore, au lieu de diplôme, qu'un certificat de capacité ; et ce ne fut qu'en 1809, en tête de ses *Mélanges*, qu'il prit enfin le titre de *docteur en chirurgie*.

Malgré son retour récent à la physiologie, c'était en effet la chirurgie qui l'attirait. Que faire cependant en chirurgie à 23 ans sans hôpital, et même sans avoir eu cette solide instruction pratique que l'on puise dans l'internat? Il n'avait prise que par le côté théorique ; aussi ne manqua-t-il pas de s'y attaquer. S'il faut tout dire, l'époque était peu propice aux progrès d'un autre genre ; Boyer, alors écouté comme un oracle, professait avec une conviction profonde, que la chirurgie touchait à la perfection, et que le dix-huitième siècle était arrivé de ce côté aux limites de l'esprit humain. L'avenir ainsi muré devant la génération nouvelle, une échappée s'offrait toutefois : Pinel, en appliquant l'analyse à la médecine, lui avait fait faire un pas décisif ; qui empêchait d'appliquer à son exemple l'analyse à la chirurgie? Toute cette jeunesse présomptueuse se précipita par cette issue ; ne comprenant qu'à demi l'idée de Pinel, sans tenir compte d'ailleurs de la différence profonde qui sépare les affections internes des lésions chirurgicales, ils crurent qu'il ne s'agissait que de soumettre ces dernières au régime des nomenclatures et des classifications ; de là la *Nosographie chirurgicale* de Richerand, la *Nouvelle doctrine chirurgicale* de Léveillé, et jusqu'au *Précis des maladies chirurgicales* de Delpech. M. Roux se jeta aussi dans ce mouvement, dont il fut même l'un des premiers promoteurs. J'ai déjà parlé de son cours de 1802 ; en 1805, il publia une classification complète avec un tableau spécial pour les plaies ; en 1806 vient le tour des fractures, en 1808 celui des hernies. Dès 1805, il avait terminé, disait-il, et mis sous presse une *Collection de tableaux affectés à l'exposition synoptique des maladies et des opérations chirurgicales* ; c'était aussi une forme de publication mise en honneur par Chaussier. Mais l'impression était bien lente, car en 1807 l'ouvrage n'avait point paru encore. A cette époque, un grand événement le détourna encore d'une publication précipitée : ce n'était rien moins que sa nomination comme chirurgien de 2e classe à l'hôpital Beaujon.

L'hôpital Beaujon était bien loin alors de l'importance qu'il a reçue depuis. Elevé en 1784 par M. de Beaujon comme maison d'éducation pour vingt-quatre orphelins de la paroisse du Roule, détourné par la Révolution de sa destination primitive, il ne comptait encore en 1802 qu'une centaine de lits, dont dix-huit pour le service chirurgical. Ce service était confié à Lacaze Pelarouy, qui pouvait certainement en supporter la charge. Mais, le nombre des lits ayant été porté à trente, M. Frochot, préfet de la Seine, se souvint à propos du jeune chirurgien qui avait si vaillamment lutté contre Dupuytren, et le fit adjoindre à Lacaze. Celui-ci passa du coup au rang de chirurgien en chef ; M. Roux, de son autorité privée, s'institua chirurgien en chef adjoint, et s'empressa de l'annoncer au monde en tête d'un mémoire détaché tout exprès de son prochain volume. On comprend d'ailleurs que la composition de l'ouvrage dût être modifiée ; à ses travaux de théorie pure, il fallait bien que le nouveau chirurgien joignît au moins les prémices de sa future expérience. Aussi, quand il fit paraître enfin en 1809 ses *Mélanges de chirurgie*, il se borna à insérer les fragments nosographiques qu'il avait déjà publiés ailleurs, remettant à un autre temps la publication de son *Système complet de nosographie chirurgicale* ; mais en revanche on put y lire avec tous les développements convenables le récit de trois opérations qu'il avait faites à l'hôpital Beaujon. (Rires.)

Il avait alors vingt-neuf ans ; et comme tout est beau et riant à cet âge! Comme on ressent encore l'enivrement des premiers triomphes, et comme on a foi dans l'avenir! Dans la préface qu'il mit en tête de son livre, on voit que son imagination heureuse habitait bien le pays des enchantements. S'il parle de son ouvrage, c'est *à la sollicitation de beaucoup des élèves qui ont suivi et suivent encore ses cours* qu'il l'a publié, et *il a peut-être quelque droit d'en espérer le succès*. S'il parle de l'auteur, c'est pour le montrer *livré depuis plusieurs années à la pratique de la chirurgie, attaché à un hôpital où, par un effet de la confiance que lui témoignent beaucoup de ses confrères, les cas de chirurgie et surtout ceux qui exigent de grandes opérations se sont succédé en grand nombre depuis deux ans*. Si cependant la critique trouvait à reprendre, non à ses idées (Dieu merci! il n'a pas de pareilles craintes), mais à la manière dont elles sont exposées, il *observe* qu'il n'a pu s'occuper de la rédaction qu'*au milieu des soins qu'exigent l'enseignement de plusieurs parties de la science, le service journalier d'un hôpital, et la pratique particulière, dans des instants trop courts pour le travail et la méditation*. (Sourires.)

Pour retrouver un autre exemple de ce naïf contentement de soi-même, de cette vanité inoffensive, il faudrait remonter jusqu'à la grande apologie d'A. Paré. Si l'on veut savoir maintenant combien l'âge apporte de changements dans notre manière d'envisager et les choses de ce monde et nous-mêmes, écoutez M. Roux, vers la fin de sa carrière, rappelant une des opérations qu'il avait faites alors. *J'étais fort jeune*, dit-il, *et sans expérience aucune*. Bien plus, en résumant pour la postérité ses quarante années de pratique chirurgicale, il ne les compte que de son entrée à la Charité : « *J'ose à peine rappeler*, ajoute-t-il, *que mes débuts ont eu lieu dans un autre hôpital, très petit établissement alors.* » Quant à cette *pratique particulière* qui lui laissait des instants si courts pour la méditation, il suffira, pour en avoir une juste idée, de rappeler que, l'année suivante, lors de son mariage avec la fille de Boyer, il fut obligé de faire un emprunt pour emplir la corbeille de sa future. Il est rare que la chirurgie dispense de si bonne heure ses faveurs à ceux qui l'exercent ; John Hunter, le plus grand chirurgien des temps modernes, avait fait attendre sa fiancée de longues années, parce que sa clientèle n'aurait pas suffi aux dépenses du ménage ; et quand enfin, à l'âge de quarante-trois ans, il se détermina à l'épouser, il eut besoin de publier son *Traité sur les dents* pour faire face aux frais de la cérémonie.

Peu après le mariage, Boyer attira son gendre près de lui à la Charité ; il y entra comme chirurgien en second le 21 novembre 1810. Il se trouva alors sous une direction habile et sage tout à la fois, nécessaire peut-être pour tempérer ce que son génie avait de trop aventureux. Les chirurgiens en second n'agissaient qu'avec l'autorisation et sous la surveillance des chirurgiens en chef ; et pour emprunter ses propres paroles : — « L'usage voulait que dans les hôpitaux il y eût une autorité » principale, un chef près duquel des chirurgiens plus jeunes, moins » expérimentés commençaient à se former ; qui, au besoin, aurait contenu leur trop vive ardeur et cette hardiesse trop grande qui naît si » facilement d'une trop prompte indépendance ; près duquel au moins » ils puisaient ces traditions si bonnes, si utiles, si profitables dans » tous les arts, et surtout dans la chirurgie. » Sans doute, en écrivant ces mots, il se rappelait son noviciat à la Charité ; et du reste, rappelant avec reconnaissance que *Boyer l'avait mis en regard de son habileté, de son expérience chirurgicale*, il se glorifiait d'avoir peut-être en lui *quelque chose de Boyer*. Ce quelque chose, c'était du moins le sentiment du réel, le goût des notions pratiques et positives remplaçant les écarts de l'imagination pure. Du jour où il entra à la Charité, il dit adieu à ce qu'il appelait ses *méditations* physiologiques ou autres ; il abandonna son *système complet de nosographie chirurgicale* ; et comprenant que la pathologie s'éclaire surtout par les observations cliniques dont le trésor est si lent à amasser, il se rejeta sur ce qui lui semblait plus à sa portée, et entreprit le *Traité de médecine opératoire*.

Un intérêt puissant l'y excitait d'ailleurs, et avait presque en même temps suggéré à Dupuytren le projet d'un traité semblable. Sabatier, chargé d'années, était mort le 19 juillet 1811, et sa chaire devait être le prix d'un concours. On sait quelle fut l'issue de ce concours célèbre où Dupuytren triompha encore. Toutefois M. Roux y prit une part brillante. Il eut entre autres une supériorité fort inattendue dans la composition latine : *De curatione fistularum*. Nous avons vu que ses études classiques avaient été faibles ; mais, pressé par ce brillant aiguillon du concours, il s'était remis au rudiment avec une opiniâtreté infatigable, et s'était ainsi ménagé un avantage qui ne surprit pas peu ses juges et ses compétiteurs. Le sort lui donna pour sujet de thèse *la résection*, question alors fort peu connue, et qu'il devait tant contribuer à éclairer et à agrandir. Il n'avait jamais fait que la résection de la tête humérale, et son unique opéré était mort. Son expérience comptait donc pour fort peu de chose ; mais en répétant les procédés opératoires sur le cadavre, en groupant avec art les faits épars dans la science, il réussit à composer une dissertation pleine d'intérêt, qu'aujourd'hui même on consulte encore avec fruit, et qui soutient hardiment le parallèle avec la thèse de Dupuytren.

Dupuytren, nommé professeur, laissa vacante la place de chef des travaux anatomiques. M. Roux pensa que le concours qu'il venait de subir pouvait le dispenser d'autres épreuves, et demanda cette place, qui avait été donnée sans concours à Dupuytren. Mais les temps étaient changés ; la Faculté maintint cette fois son règlement, et M. Roux laissa le champ libre à de plus jeunes compétiteurs. Il accompagna cette année Boyer en Espagne, près du duc d'Albufera, atteint d'une fistule à l'anus ; puis, à son retour, reprit avec une ardeur nouvelle ses travaux commencés, et, en 1813, fit paraître la première partie de sa *Médecine opératoire*.

Peut-être y avait-il quelque hardiesse à cette époque à entrer en lutte avec l'ouvrage de Sabatier, généralement considéré comme un chef-d'œuvre, et dont la deuxième édition toute récente avait rajeuni le succès. Le jeune auteur ne craignit pas cependant de déclarer que ce livre n'était pas au niveau de la science. Il avait raison. La *Médecine opératoire* de Sabatier, lors de sa première apparition en 1800, méritait en effet tous les éloges qu'elle avait reçus ; elle résumait et fermait dignement le dix-huitième siècle. Dix ans plus tard, avec les maigres additions tracées d'une main affaiblie par l'âge, elle n'offrait qu'un tableau infidèle de l'art, dont elle n'avait pas suivi la marche. Ainsi, pour les anévrismes, Sabatier avait reproduit son article primitif, sauf une modeste intercalation sur la section de l'artère entre deux ligatures proposée par Maunoir ; l'anévrisme poplité y figurait d'une façon à peu près exclusive ; les anévrismes de la carotide, de la sous-clavière, de l'iliaque externe n'étaient même pas mentionnés. L'ouvrage de M. Roux, au contraire, abondait en détails sur ces importants sujets ; et c'est là aussi qu'il faut chercher les premiers procédés connus pour la ligature des artères du second ordre. Par malheur l'ouvrage n'alla pas plus loin ; les deux autres volumes qui devaient le compléter furent écrits péniblement au milieu des tristes événements de l'époque et durant le cours d'une affection grave qui le tourmenta plusieurs années. Quand il eut fini, les premières parties avaient vieilli ; il eût fallu recommencer l'œuvre presque en entier, et il n'en eut pas le courage. D'ailleurs, avec le temps, il se sentait moins de goût pour la composition d'ouvrages didactiques ; et, s'il faut le dire, son vrai génie n'était pas là. Il était plus à l'aise dans la rédaction de mémoires circonscrits, où il pouvait se donner carrière et accumuler les observations et les réflexions. Son premier essai en ce genre fut un *Mémoire sur la réunion immédiate après l'amputation circulaire de la cuisse*, qu'il lut à l'Institut le 21 mars 1814. Le second fut consacré au récit d'une guérison qu'il avait obtenue sur lui-même ; il y attachait une telle importance, et le résultat eut en effet une si réelle influence sur toute sa vie, qu'il n'est pas permis de le passer sous silence.

Au milieu de ses succès, que nous l'avons vu naguère proclamer lui-même avec une satisfaction si complète en apparence, un chagrin secret empoisonnait toutes ses joies, d'autant plus cruel qu'il le concentrait en lui-même et n'osait s'en ouvrir à personne. M. Roux était louche ; depuis son enfance, il portait un strabisme divergent des plus considérables de l'œil droit. Cette petite difformité n'avait nui à ses succès en aucun genre ; toutefois, comme nous souffrons bien plus de nos défauts physiques que de tous les autres, celui-là était sans cesse présent à sa pensée. Le strabisme était surtout marqué quand la vue s'exerçait sur des objets très rapprochés, et conséquemment lorsqu'il pratiquait une opération. Vingt fois il avait essayé de le corriger, tantôt en couvrant l'œil gauche pour exercer exclusivement l'œil droit, tantôt en ramenant par un violent effort les deux yeux dans la même direction ; mais immédiatement la vision devenait confuse ; bientôt il éprouvait une fatigue insupportable, et il s'arrêtait avec le regret toujours plus amer d'une tentative inutile.

Un jour, en relisant ce que Buffon a écrit du strabisme, il fut frappé de cette observation du célèbre écrivain, qu'une très grande inégalité de force entre les deux yeux est véritablement une cause de déviation, mais que, pour agir de concert, ils n'ont nul besoin d'une égalité parfaite ; en sorte que si la vue est un peu étendue, l'inégalité pourrait dépasser un quart sans entraîner le dérangement des axes oculaires. Ceci établi, la conséquence n'était-elle pas évidente? Que fallait-il pour la guérison, sinon restituer à l'œil dévié sa force perdue, et pour cela l'exercer avec persévérance? Il reprit donc ses essais avortés, bien résolu de les mener à terme. Il s'exerça à lire, à écrire alternativement, tantôt avec l'œil droit, le gauche étant ouvert, tantôt avec les deux yeux. C'était la nuit surtout, à l'insu de tout le monde, qu'il se livrait à ce travail, n'osant le reprendre le jour qu'à la dérobée. En vain la vision redevenait confuse, en vain il se sentait brisé par un sentiment intérieur de fatigue, il persistait des heures entières. Heureusement, au bout de quelques jours, la fatigue commença à diminuer, la vision à s'éclaircir : quelques semaines après, chacun des deux yeux, agissant isolément, possédait une force égale ; ouverts ensemble, ils marchaient d'accord, se prêtaient une mutuelle assistance ; la portée de la vue avait notablement augmenté ; enfin, les objets, entrevus auparavant dans une sorte de pénombre, se dessinaient plus nettement, avec une clarté et une fixité plus grandes. M. Roux, tout heureux, s'empressa de communiquer à la Société de médecine l'histoire de sa guérison.

Faut-il ajouter que dès le premier jour cette merveilleuse guérison trouva des incrédules? C'est que, comme tout inventeur qui caresse son idée, M. Roux s'était fait les honneurs d'une cure radicale et complète ; à l'en croire, ses deux yeux agissaient *en parfaite harmonie* ; bien plus, *rien ne pouvait faire présumer de quel côté la vue était louche* ; et enfin, pourquoi s'arrêter en si beau chemin? il attestait qu'il *lui était impossible* à lui-même de déranger le concert si heureusement rétabli. Témoignage authentique, qui aurait eu cependant bien plus de force si à l'instant même un faux trait perfide, emportant l'œil droit hors de son axe, ne lui eût donné un impitoyable démenti. Mais si l'observation était peu concluante de ce côté, est-ce à dire qu'à un autre point de vue elle ne méritait pas une attention sérieuse? On conçoit qu'en se regardant au miroir la convergence forcée des deux axes oculaires fît disparaître pour lui l'écart de l'œil dévié ; et alors même l'illusion à laquelle il ne pouvait échapper était le signe irrécusable d'une amélioration réelle ; mais la portée de la vue augmentée, la perception plus exacte des objets, la possibilité de lire de l'œil affecté, étaient-ce des phénomènes imaginaires? Ce qui est du moins positif, c'est qu'il était fort satisfait de l'expression nouvelle de sa physionomie, c'est que les sourires bienveillants ou autres qui accueillaient toujours le récit de sa guérison n'eurent jamais le pouvoir d'éveiller en lui l'ombre d'un doute, et que pendant quarante ans il eut le bonheur de croire et de répéter qu'il ne louchait plus.

Grand bonheur assurément! car il avait ainsi reconquis le repos de sa vie et la foi dans sa destinée. En 1840, à l'occasion des opérations nouvelles imaginées contre le strabisme, il lut à l'Académie des sciences une note dans laquelle il rappelait sa propre histoire. Il y exprimait si bien l'état de son esprit avant et après la guérison, que je ne saurais résister à la tentation d'en détacher une page. On y remarquera cette façon originale de parler de soi ; déjà en 1814 il s'était désigné sous cette périphrase d'une bonhomie charmante : *Quelqu'un au bien-être de qui je prends le plus vif intérêt* ; en 1840, la tournure fut autre, sans être moins heureuse. On dirait une réminiscence de Socrate parlant par la bouche de Platon : « Je connaissais, dit-il, je me trompe, je vivais dans l'intimité la plus grande avec un homme du même âge que moi, qui avait depuis son enfance un strabisme divergent des plus considérables de l'œil droit...... Il avait embrassé et poursuivait, non sans quelque avantage déjà, une de ces carrières scientifiques dans lesquelles certains désavantages physiques peuvent mettre obstacle à de grands succès. Et, quand de tels désavantages existent, que n'a-t-on pas à craindre des rivalités jalouses? Cette carrière devait donc être pour lui semée de contrariétés et d'embarras.... C'était comme un autre moi-même ; je connaissais son chagrin de tous les instants, je savais combien il était malheureux d'être né avec sa difformité, combien il serait heureux d'en être délivré. »

Venait ensuite le récit de la cure, qui, selon le narrateur, *ne s'est jamais démentie*. Et il ajoutait enfin : « Dès lors, cet homme a eu en lui plus de confiance ; libre d'un grand succès, il a marché d'un pas plus ferme dans la carrière où le hasard plutôt qu'une vocation première l'avait engagé ; et probablement ses efforts, ses travaux n'ont pas été sans quelque mérite, puisqu'il est parvenu à l'honneur insigne de siéger maintenant parmi vous! » (Rires prolongés.)

C'est ainsi qu'il parlait à ses collègues de l'Institut ; en effet, c'est à partir de 1814 qu'il prit véritablement son essor, et se montra le grand chirurgien que nous avons connu. Mais il oubliait une autre circonstance qui ne servit pas peu à lui révéler son génie : je veux parler de son voyage à Londres.

La chirurgie anglaise, reléguée au second rang dans les beaux jours de l'Académie royale de chirurgie, s'était bien relevée depuis ; et les leçons et les exemples de John Hunter avaient formé à Londres une école sans rivale. La guerre, qui divisait les deux nations, ne nous avait guère permis qu'à de rares intervalles d'en entendre le bruit ; on fut donc fort surpris de voir les premiers chirurgiens anglais qui visitèrent Paris en 1814 étaler avec une orgueilleuse complaisance le sentiment intime de leur supériorité. M. Roux pensa qu'il ne serait pas inutile pour l'honneur de la chirurgie française d'aller chercher ces fiers rivaux sur leur propre terrain, de les juger à l'œuvre, de leur montrer aussi ce que nous avions fait sans eux ; en conséquence, il partit pour Londres en août 1814 et y passa un mois entier.

Sans doute, c'était peu d'un mois pour étudier à fond une école étrangère, d'autant plus qu'à cette époque tous les cours étaient fermés et qu'il connaissait même assez peu la langue. Aussi dans la relation de son voyage confesse-t-il tout d'abord qu'il n'a pu suffisamment s'enquérir suivant quelles méthodes et dans quel esprit étaient professées à Londres l'anatomie, la physiologie et la chirurgie. Mais l'accueil empressé que lui valut sa réputation naissante, les vives sympathies qu'inspira son caractère et qui se changèrent plus tard en amitiés durables lui rendirent du moins plus facile le reste de la tâche. Tous les chirurgiens allèrent au-devant de ses désirs, soit pour l'instruire de ce qu'il voulait apprendre, soit pour s'instruire eux-mêmes de ce qu'il pouvait leur donner en retour.

Ce qui le surprit d'abord, et il y revient à plusieurs reprises, ce fut le grand nombre d'hommes éminents que comptait alors la chirurgie de Londres. C'étaient Everard Home, Cline, Blizard, Lynn, Abernethy, A. Cooper, et au-dessous d'eux, dans la génération nouvelle, Brodie, Travers, Lawrence, Ch. Bell, pour ne nommer que les plus célèbres. Sous ce point de vue, il était obligé de reconnaître que Paris avait l'infériorité. Quant aux œuvres produites, il citait un peu à l'aventure les

œuvres de Hey, d'A. Cooper, de Lawrence, de Brodie, de Travers, de Ch. Bell, en oubliait un bon nombre; mais il n'avait pas eu le temps de lire, il était venu principalement pour voir. Or ce qu'il vit n'excita pas moins vivement son attention. Dans les moindres choses comme dans les plus relevées, c'était un aspect tout différent et des pratiques toutes nouvelles. La charpie classique remplacée par la toile à duvet et les étoupes, les bandes de flanelle substituées aux bandes de toile, cela sans doute avait peu d'importance. Mais avant les grandes opérations, par exemple, le sujet n'était soumis à aucune préparation préalable, on ne le faisait pas attendre à l'hôpital, sous prétexte de l'y acclimater. Après l'opération, point de ces pansements minutieux, de ces bandages artistiques si chers à l'école de Boyer; les bandes étaient réservées pour la compression, et l'on se bornait généralement aux bandelettes agglutinatives. La réunion immédiate était la règle, et, pour la favoriser, on coupait près du nœud l'un des fils de toute ligature. Pour les ulcères, tandis qu'à Paris les malades étaient condamnés au repos, l'ulcère surchargé de charpie et de cataplasmes renouvelés au moins une fois par jour, à Londres ils étaient pansés tous les trois ou quatre jours avec des bandelettes de sparadrap, et on leur permettait de marcher. J'omets les idées nouvelles qu'il recueillait à chaque pas sur l'ophthalmie d'Egypte, sur les affections de la prostate, sur le testicule syphilitique, sur le cancer de la verge, sur le fongus hématode.

Ces grandes ligatures d'artères, qu'on ne connaissait à Paris que de nom, il les avait là sous les yeux. A. Cooper lui montrait le sujet sur lequel il avait pratiqué, six ans auparavant, la ligature de la carotide, et pratiquait devant lui la septième ligature de l'iliaque externe. L'iliaque interne même avait été liée avec succès. Bien plus, on méditait déjà (*mais j'ose à peine*, dit-il, *faire mention d'un tel projet*) la ligature de l'artère sous-clavière en dedans des scalènes et du tronc brachio-céphalique. Et quelle simplicité dans le procédé opératoire! Plus de ligature d'attente; plus de ces larges rubans, encore moins du cylindre conseillé par Scarpa pour aplatir l'artère. Loin de là : des fils ronds et ténus, avec l'intention avouée de diviser les tuniques internes; et enfin la plaie résultant de l'opération soumise, comme toutes les autres, à la réunion immédiate. Tant de hardiesse l'effrayait, loin de le séduire, et il doutait que jamais *cette manière trop simple* fût adoptée en France. D'un autre côté, lui, qui pour sa thèse de concours n'avait trouvé à citer à Paris qu'un seul exemple de résection pour une luxation compliquée, quelle riche moisson il eût pu faire en Angleterre! car on avait réséqué là l'humérus, le radius, le tibia seul ou avec le péroné, et il avait pu voir une résection récente du tibia pratiquée par A. Cooper. Pour les amputations, la méthode circulaire était remplacée généralement par la méthode à lambeaux, plus propice à la réunion immédiate; et enfin Hey avait pratiqué deux fois l'amputation tarso-métatarsienne, inconnue alors dans notre pays.

Devant cet horizon inattendu, saisi tour à tour d'admiration et de défiance, ce qui dominait cependant c'était une émulation généreuse; et puis l'orgueil national murmurait sourdement en lui. Sait-on ce qu'il avait apporté aux Anglais, quel poids il avait jeté dans la balance? Il avait montré à Brodie et A. Cooper la manière d'appliquer les moxas; il avait indiqué au premier le procédé de Desault pour la ligature des polypes naso-pharyngiens; à l'amputation de Hey il avait opposé l'amputation de Chopart. Sur un autre terrain, il pensait bien regagner l'avantage. Nourri dans cette idée que Desault n'avait rien laissé à ajouter au traitement des fractures, et, pour me servir de ses propres expressions, que « l'emploi du bandage de Scultet et des attelles plates avec des remplissages avait porté l'art au dernier degré de perfection, » il voulut initier les chirurgiens anglais à ces hautes découvertes, et il ne fut pas peu blessé de voir qu'ils n'en tenaient aucun compte. Comment s'en étonner d'ailleurs; ne professaient-ils pas cette opinion singulière que les fractures intra-capsulaires du fémur sont impropres à la consolidation? Pour faire revenir A. Cooper d'une pareille erreur, aussitôt de retour en France il se hâta de lui expédier une fracture parfaitement consolidée, laquelle, par malheur, se trouva être extra-capsulaire. Il n'en demeura pas moins convaincu de la supériorité de nos doctrines en matière de fractures. Il répétait avec non moins de complaisance que nous avions *singulièrement perfectionné la doctrine des luxations*. Quant aux hernies, qu'importaient les ouvrages, estimables d'ailleurs, de Lawrence et d'A. Cooper? Les chirurgiens du dix-huitième siècle n'y avaient laissé qu'*à glaner*.

Et enfin, rassuré par ces consolantes réflexions, il arrivait à cette conclusion de son livre : « A côté de traits des plus brillants, la chirurgie anglaise offre les plus grandes imperfections. La chirurgie française est plus généralement bonne. »

Le mot était au moins patriotique, et il eut du succès à Paris. Mais il ne manqua pas de plus zélés patriotes qui jugèrent que l'auteur avait trahi les intérêts de la France, et qui signalèrent avec une vertueuse indignation son *injuste prédilection* pour *l'orgueilleuse Angleterre*. A quoi se réduisaient, après tout, ces *traits brillants* de la chirurgie anglaise? N'avait-on pas essayé, en France, avec des résultats fort équivoques, cette méthode de Hunter qu'elle appliquait à tous les anévrismes, cette réunion immédiate dont elle faisait un si grand abus? Londres avait ses illustrations; Paris n'avait-il pas les siennes? Sans compter Deschamps et Pelletan, un peu affaiblis par l'âge; au premier rang dans l'enseignement, dans les hôpitaux, dans la pratique, brillaient A. Dubois et Boyer, encore dans toute leur vigueur; au-dessous d'eux, comme une phalange de réserve, se montraient déjà Dupuytren, Richerand, Marjolin, M. Roux lui-même, troisième génération chirurgicale; enfin, sur les champs de bataille, Percy et Larrey avaient conquis une réputation incomparable.

Ce n'était point, en effet, les grandes renommées qui faisaient défaut; mais il faut bien confesser aussi que les œuvres ne marchaient pas de pair avec les renommées. Depuis la mort de Desault, le mouvement et la vie semblaient s'être peu à peu retirés de la chirurgie française. Jusqu'en 1814, Boyer n'avait rien publié par lui-même; Dubois, cet esprit si juste et si pénétrant, absorbé par une pratique immense, se contentait de jeter au vent des idées qu'on le pressait vainement d'écrire. Ni Dupuytren, ni M. Roux ne s'étaient pleinement révélés; Marjolin n'avait pas même un hôpital, et la littérature chirurgicale en France, pour les quatorze premières années du dix-neuvième siècle, ne comptait guère que la *Nosographie* de Richerand, la *Clinique* de Pelletan et les *Campagnes* de Larrey. La science semblait être retombée sous le dogme de l'autorité; et dans les cours comme à la clinique de Boyer, le culte de la tradition touchait de près au culte de l'immobilité. Depuis peu cependant commençait à poindre une autre influence. Dupuytren, à peine en possession de sa chaire, avait inauguré son professorat par la résection de la mâchoire inférieure; et, mu par un insatiable désir de priorité dans l'école attardée, il donnait à la fois le signal et l'exemple. Mais soucieux avant tout de sa renommée, il voulait bien donner l'impulsion, non la recevoir, et il n'était pas mieux disposé que Boyer à faire accueil aux nouveautés venues du dehors.

Dans cet état de choses, l'ouvrage de M. Roux n'eut pas d'abord tout le succès qu'il méritait. Les sociétés savantes écoutèrent sa relation avec curiosité; la Société de la Faculté, futur noyau de l'Académie de médecine, consacra même sept séances à en entendre la lecture. La presse aussi fut bienveillante, mais sans excès; nulle part on ne sembla comprendre la portée de ce livre. M. Roux se chargea de la développer lui-même.

Déjà, après les premières années passées à la Charité, il s'était trouvé mal à l'aise dans le cercle étroit où le renfermait l'orthodoxie de Boyer, et il avait essayé d'y faire brèche. C'est ainsi qu'il avait tenté la réunion immédiate après l'amputation de la cuisse; et dans un cas même où l'amputation devait se faire à lambeaux, Boyer proposant les lambeaux antéro-postérieurs, il les avait faits latéraux. A la vérité, ces actes d'indépendance étaient rachetés par des concessions d'une égale importance : ainsi, à l'hôpital Beaujon, il pansait les plaies suppurantes avec de l'agaric, à l'exemple d'A. Dubois; à la Charité, il sacrifia l'agaric au linge fin préféré par Boyer, et ainsi s'entretenait la bonne harmonie. Mais son voyage à Londres lui ayant fait entrevoir la nécessité et inspiré le goût de plus hautes entreprises, ce méthodique et pacifique service de la Charité se vit subitement troublé dans sa quiétude profonde par une véritable irruption de pratiques étrangères. La réunion immédiate fut appliquée à toutes les amputations; toutes les amputations furent faites à lambeaux; chaque ligature eut un fil coupé près du nœud, ou même les deux fils à la fois; tous les ulcères furent pansés à la manière anglaise, et les malades s'en trouvèrent bien. Enfin deux anévrismes poplités, soumis coup sur coup à la méthode de Hunter, donnèrent pareillement deux guérisons. Boyer regardait faire avec inquiétude, avec méfiance, un peu rassuré toutefois par la réserve et, le dirai-je, par une sorte de timidité même que M. Roux apportait dans ces premières tentatives. Le succès aussi familiarise vite avec les nouveautés; et un jour arriva où Boyer, Boyer lui-même, se surprit à opérer un anévrisme poplité par la méthode nouvelle. Il réussit; il recommença, il réussit encore, et dès lors il laissa M. Roux l'appliquer à sa guise. Mais, comme honteux de ce qu'il avait fait, et conservant au fond du cœur une invincible prédilection pour le procédé qu'il abandonnait, il ne parla jamais des succès que lui avait donnés l'autre.

La concorde n'avait donc pas été ébranlée jusque-là; mais M. Roux n'entendait pas se borner à imiter les autres, et quand il voulut marcher seul, alors les inquiétudes et les méfiances de Boyer recommencèrent. En méditant sur les résections, le jeune auteur s'était demandé pourquoi on avait laissé tomber en oubli cette précieuse ressource dans les cas de caries articulaires, et en mars 1815 il rendit compte à la Société de la Faculté d'une opération de ce genre qu'il avait pratiquée au genou. Le sujet succomba; c'en fut assez pour que Boyer se montrât hostile à toute autre tentative. Alors commença entre le beau-père et le gendre une lutte sourde mais incessante, entretenue pendant de longues années, et qui faillit plus d'une fois aboutir à une rupture complète. Boyer avait la haute main sur le service; il pouvait à son gré admettre et renvoyer les malades, utile ressource quand il s'agissait d'une opération contraire à ses idées. Jamais, en effet, il ne s'y opposait d'une manière formelle; mais il temporisait, trouvait des prétextes, et de délais en délais finissait par signer le billet de sortie. Après son premier et malheureux essai, il se passa quatre ans avant que M. Roux pût tenter une résection du coude, qui par bonheur réussit, sans rendre Boyer plus propice. Il en était ainsi pour tout ce qui s'écartait de la route battue. Un jour M. Roux avait reçu une femme qui portait une énorme tumeur érectile à la face; et Boyer l'ayant renvoyée, il insistait pour la faire rentrer. Que comptez-vous en faire? s'écriait Boyer alarmé. Il céda enfin, comme par lassitude; la malade fut opérée et guérie; il la vit, n'en témoigna ni satisfaction ni dépit, et n'en persista pas moins à repousser du service les affections du même genre. Et comme le génie entreprenant de M. Roux ne le laissait jamais manquer longtemps de semblables contrariétés, parfois, avec de vieux amis, il laissait déborder son cœur trop plein, et déplorait amèrement son malheur d'avoir pris un chirurgien pour gendre.

D'un autre côté, cette résistance passive mais obstinée, cette force d'inertie contre laquelle se brisaient souvent tous ses efforts, cet éternel rocher de Sisyphe qu'il fallait soulever chaque jour remplissaient l'âme du jeune homme d'une amertume concentrée et d'une impatience qu'il eut parfois peine à contenir. Tout ici se réunissait contre lui : l'âge, la position, la haute et légitime réputation de Boyer; le respect et la reconnaissance de l'élève pour le maître, l'affection du gendre pour son beau-père; les jugements de la foule, qui devait presque inévitablement lui imputer tous les torts. Heureux s'il n'eût été qu'un chirurgien vulgaire! Il eût rempli consciencieusement sa tâche sans bruit, sans éclat, mais aussi sans lutte et sans souffrance. Mais il sentait qu'il y avait en lui quelque chose, quelque chose qu'il ne pouvait ni ne voulait laisser périr. Il persista donc; il disputa le terrain pied à pied, jour par jour, jusqu'à ce qu'enfin Boyer, découragé, lui céda tristement la victoire! Lutte douloureuse, où les sentiments les plus nobles et les plus purs, l'amour de l'humanité et de la science ne servaient qu'à les désunir; où l'estime et l'attachement qu'ils avaient l'un pour l'autre rendaient chaque blessure plus cruelle! Mais Boyer se tournait trop du côté du passé; M. Roux regardait vers l'avenir, et ce n'est pas la première fois que l'avenir et le passé se sont montrés irréconciliables. Tous deux eurent à souffrir dans leurs affections; à ce point de vue, nous n'avons pas à les juger, mais à les plaindre. Mais à cette heure où les intérêts passagers ont disparu, où nous n'avons plus à considérer que l'intérêt immortel de la science, la science a donné gain de cause à M. Roux. Par lui, la clinique de la Charité reprit une vie nouvelle, et lutta sans trop de désavantage contre la clinique de l'Hôtel-Dieu; et, pour ne citer ici qu'un des fruits heureux de sa persévérance, c'est lui qui a fait enfin prévaloir la résection du coude dans les cas de carie sur l'extrême et désespérante ressource de l'amputation.

Cependant, par la mort de Petit-Radel et d'Alphonse Leroy, deux vacances étaient ouvertes à la Faculté, et il était question de permutations qui devaient laisser libres les chaires d'anatomie et de pathologie externe. M. Roux se tint prêt à disputer au besoin l'une ou l'autre, et en 1816 il ouvrit un cours d'anatomie chirurgicale. On put juger alors combien son esprit avait gagné déjà en indépendance et en vigueur. Nous ne connaissions guère en fait d'anatomie chirurgicale que le livre insignifiant de Palfyn et le sec résumé de Boyer. Il y avait donc toute une branche nouvelle de l'anatomie à créer, et ici l'ancien élève de Bichat se trouva vraiment à la hauteur de son maître. Il embrassait l'anatomie chirurgicale dans tous ses rapports; d'abord en examinant à part chacun des grands systèmes : la peau, le tissu cellulaire, les muscles, etc., ce qu'il appelait à bon droit l'*anatomie chirurgicale générale*; puis venait l'étude des organes et de leurs rapports, c'est-à-dire l'*anatomie des régions*. Celle-ci ne se bornait pas à l'étude des divers plans anatomiques; il y mêlait des considérations plus relevées, des observations d'une sagacité singulière; j'ai rencontré avec surprise dans une thèse rédigée sous son inspiration ce fait curieux, retrouvé depuis par M. Nélaton, de la compression des nerfs et de l'artère axillaire par la clavicule contre la première côte. Ainsi, soit pour le plan, soit pour les détails, à peine avait-il laissé quelque chose à faire à ceux qui sont venus après lui; une autorité plus grande que la mienne l'a déjà proclamé justement le créateur et le véritable propagateur parmi nous de l'anatomie chirurgicale. Par malheur il ne publia rien de ses leçons par lui-même; il nous en reste seulement l'ordonnance générale sauvée de l'oubli par M. Velpeau, et, comme exemples particuliers, une thèse soutenue en 1817 par Baget *sur l'anatomie chirurgicale du tissu cellulaire*, et une autre de Beullac, en 1819, *sur les régions de l'épaule et du pli du bras*. Il fut détourné de cette direction par la nomination de Béclard à la chaire d'anatomie; du reste, Béclard, excellent appréciateur, comprit toute la portée de ce nouvel enseignement anatomique, et en fit presque aussitôt l'objet de ses cours.

La nomination de Béclard eut lieu le 3 novembre 1818. Restait la chaire de pathologie externe; la Faculté se réunit pour choisir ses candidats le 10 novembre. M. Roux se trouva cette fois en présence de Marjolin, dont les cours particuliers étaient alors tellement suivis, qu'ils réduisaient les cours officiels à une sorte de solitude. Au premier tour, sur 20 suffrages exprimés, M. Roux en avait obtenu 10, Marjolin seulement 9. Mais, ô inconstance des hommes et des scrutins! au second tour Marjolin eut 11 suffrages; M. Roux n'en avait gardé que 9. Il fut porté ensuite à la seconde place par 19 voix : presque l'unanimité. Faible compensation sans doute. Mais, peu de temps après, la fortune de la chirurgie lui en ménageait une autre que ses juges mêmes eussent pu lui envier.

Le 24 septembre 1819 (j'ai recueilli avec soin ces dates précises, qu'il avait oubliées lui-même), un étudiant anglais, nommé John Stephenson, qui avait suivi la clinique de la Charité, sur le point de quitter Paris pour aller passer sa thèse à Edimbourg, se présenta chez M. Roux pour lui adresser ses remercîments. Sa voix nasonnée, sa prononciation difficile accusaient une perforation du palais. De prime saut, sans préambule (*toto ritu relicto*, dit Stephenson lui-même), M. Roux lui demanda s'il avait eu la vérole. Ce n'était point la vérole qui l'avait ainsi affligé : c'était une division congéniale limitée au voile. Chose singulière, jamais M. Roux n'avait encore rien vu de semblable. On comprend donc avec quel intérêt il examina ce cas tout nouveau pour lui. Le voile du palais était divisé verticalement dans toute sa hauteur; ses deux moitiés, habituellement écartées, laissaient entre elles un espace triangulaire confondu par sa base avec l'isthme du gosier. Dans un moment où la bouche était grandement ouverte, un mouvement involontaire détermina le rapprochement des deux parties du voile, et, pour un instant presque indivisible, les mit en contact par leurs bords libres. Ce fut un trait de lumière. Puisque ces deux parties étaient assez larges pour se rejoindre par le jeu des muscles, qui empêchait d'obtenir leur union définitive en les avivant et les tenant rapprochées par suture? En un moment l'opération tout entière se crée dans sa pensée; du même coup il la propose au jeune homme, qu'il séduit, qu'il entraîne : ils sont d'accord. Seulement, Stephenson, près de son départ, voulait la remettre à l'année suivante, lors de son retour à Paris. Ses amis, ravis de la perspective que lui offrait l'opération, le firent revenir sur cette résolution fâcheuse. Deux jours après, il apportait son consentement. Le 24 septembre, à quatre heures du soir, en secret, pour ainsi dire (M. Roux n'y avait admis que deux témoins), l'opération fut pratiquée. Le troisième jour, la suture du milieu fut enlevée; les deux autres furent ôtées le lendemain, et treize jours plus tard, le 11 octobre, Stephenson lui-même allait lire le récit de sa guérison à l'Institut. La staphyloraphie était entrée dans la science. (Très bien!)

Il faut bien insister sur ces points, messieurs. On a recherché et rassemblé depuis quelques rares exemples de suture appliquée à une déchirure accidentelle du voile du palais, par Léautaud, Ferrier, peut-être Larrey; M. Roux lui-même eut à pratiquer une suture de ce genre; rien de tout cela ne ressemble à de la staphyloraphie. Graefe a élevé une réclamation plus sérieuse. En décembre 1816, il avait entretenu la Société médico-chirurgicale de Berlin d'une division congéniale du voile du palais, qu'il avait guérie par la suture, après avoir provoqué une inflammation plastique au moyen de l'acide muriatique et de la teinture de cantharides. Si l'on s'arrête d'abord à cet étrange procédé d'avivement, si l'on se reporte ensuite au procédé de suture non moins étrange dont Graefe donna la description trois ans plus tard, on ne s'étonnera pas qu'il ait échoué trois fois sur quatre essais; on s'étonnerait plutôt qu'il ait réussi une seule. A part l'idée générale, il n'y a vraiment rien de commun entre les deux procédés. L'idée sans doute était assez belle par elle-même pour qu'on s'en disputât la priorité; mais l'idée même n'appartient ni à l'un ni à l'autre; elle est exprimée clairement dans un méchant petit livre du dix-huitième siècle, où il a fallu les patientes et clairvoyantes recherches de M. Velpeau pour la retrouver. Robert rapporte en peu de mots qu'un dentiste du nom de Lemonnier avait guéri par la suture une division congéniale du voile et de la voute palatine. On peut révoquer en doute un pareil succès, et pour mon compte je suis peu disposé à y croire; mais du moins l'idée de l'opération n'est pas contestable, et l'honneur en revient à Lemonnier.

La réclamation de Graefe était fort aigre, et donnait clairement à entendre que M. Roux avait connu sa tentative. Rien au monde ne pouvait être plus sensible à M. Roux que ce doute jeté sur sa loyauté; et il eut encore le regret de retrouver la même insinuation, en termes à peine couverts, dans une prétendue *Histoire des progrès de la chirurgie*, pamphlet malheureux, dont je regretterais de nommer ici l'auteur. M. Roux saisit l'occasion d'un rapport qu'il lut en séance publique à l'Académie de médecine pour rétablir, dans une protestation éloquente, la vérité outragée ou méconnue. Le sentiment public l'avait déjà vengé; son nom était de ceux que le soupçon même ne saurait atteindre. Il en reçut un témoignage mémorable dans un voyage qu'il fit en Allemagne après 1830. Graefe, son compétiteur, tint à honneur de le faire asseoir à sa table; et là, en face des nombreux convives convoqués tout exprès pour donner plus de poids et d'éclat à ses paroles, Graefe déclara que dans sa conviction intime et profonde, M. Roux était arrivé seul et sans secours au but commun. Il ajouta que par la simplicité du procédé, par les succès obtenus, M. Roux avait plus que personne concouru à constituer et à propager la staphyloraphie. Lui-même n'avait marché que de loin sur ses traces; à peine comptait-il quinze à vingt opérations, tandis que son heureux rival était arrivé à la soixante-quinzième; et enfin, il avait cru devoir modifier son procédé primitif pour se rapprocher du procédé français. Nobles aveux, qui honorent autant l'un que l'autre. Justice dignement rendue, et qu'il faut d'autant plus louer que l'histoire de la chirurgie en offre de plus rares exemples!

Mais longtemps auparavant, et presque aussitôt après sa découverte, une justice non moins éclatante lui avait été rendue par la Faculté. Le 10 février 1820, Percy, professeur de pathologie externe, donna sa démission, motivée sur son grand âge et de graves infirmités. Six candidats se présentèrent; mais au premier tour de scrutin M. Roux obtint l'unanimité des suffrages, et sa nomination fut ratifiée le 8 mars par la commission royale d'instruction publique.

Malgré l'accroissement de labeur que lui imposaient ces fonctions nouvelles, il n'en continua pas moins ses leçons cliniques, et même à partir de 1822, il devint l'un des collaborateurs les plus actifs du *Dictionnaire de médecine*. Il était passé de la Société de la Faculté à l'Académie de médecine. En 1825 il fut nommé secrétaire de la section chirurgicale, et chargé du compte rendu des années 1825-1826, qu'il lut dans la séance publique de 1828, le seul compte rendu qui figure dans les *Mémoires de l'Académie*. En 1827 il fut nommé vice-président, président en 1828. Il n'avait donc plus rien à attendre de ce côté, et il commença à tourner ses regards vers l'Académie des sciences, qui déjà l'avait couronné pour la staphyloraphie. Dès 1825, à la mort de Percy, il s'était mis sur les rangs; mais il avait encore rencontré Dupuytren, qui, appuyé de l'influence de Charles X, avait été élu d'emblée par 41 suffrages. En 1829, à l'occasion d'une nouvelle vacance, il lut à l'Institut un double mémoire, dont la première partie était consacrée aux résections du coude; la seconde, d'un intérêt plus puissant encore, avait trait à ces grandes restaurations de la face, entrées aujourd'hui dans le domaine commun, mais que personne peut-être n'avait tentées jusqu'à lui avec autant de hardiesse et pour des cas aussi désespérés. Il avait été porté sur la liste de présentation *ex æquo* avec Larrey, son premier maître au Val-de-Grâce, et la lutte demeura indécise jusqu'au dernier moment. Pendant les deux premiers tours de scrutin, ils se partagèrent à peu près également les suffrages; enfin, au ballottage, sur 51 votants, Larrey l'emporta de 5 voix. La place de M. Roux était dès lors marquée à la première élection; et en 1834 il succéda à Boyer, son beau-père, sans qu'il fût besoin d'un deuxième tour de scrutin.

Il était alors arrivé au point culminant de sa carrière. A cinquante-quatre ans, tous les honneurs, tous les titres qui peuvent couronner la plus belle vie chirurgicale, il les avait reçus; membre de la Légion d'honneur dès 1815, il avait été nommé officier de cet ordre en 1831, après dix années passées dans la chaire de pathologie externe, il avait passé à la clinique, et la mort de Boyer le laissait désormais libre et entièrement maître à la Charité. Sa réputation ne pouvait plus grandir; la confiance publique s'attachait à lui de plus en plus, et à peine pouvait-il suffire à sa clientèle. Un seul homme le dépassait encore; mais, comme si la fortune eût voulu aller au delà de ses désirs et ôter de devant lui tout ce qui pouvait lui faire ombre, Dupuytren s'éteignit le 8 février 1835.

Les anciens avaient coutume de dire qu'il faut se méfier d'une prospérité trop constante, et que ces suprêmes faveurs du sort cachent quelquefois un piége. M. Roux allait en faire la triste expérience. Pour remplir la chaire vacante de Dupuytren, tous les prétendants s'effaçaient devant lui; l'opinion publique le désignait, la Faculté l'y appela. Peut-être aussi une secrète ambition l'y poussait lui-même; sa pensée se reportait avec complaisance à ce premier concours où il avait failli l'emporter sur Dupuytren, et pendant les longues années où, à la Charité, l'autorité ne lui était échue qu'en partage, peut-être avait-il plus d'une fois envié et poursuivi dans ses rêves la royauté despotique de l'Hôtel-Dieu. Cependant, au moment où le rêve touchait à la réalité, n'ayant plus qu'à étendre la main pour la saisir, il hésita, et durant plusieurs jours il se trouva saisi d'inquiétude et de trouble. Toutes ses habitudes, tous ses beaux souvenirs le rattachaient à la Charité; cet hôpital l'avait reçu petit et obscur, l'avait fait grand et célèbre, si bien qu'en France et par toute l'Europe son nom en était devenu en quelque façon inséparable. Là il était sûr de rencontrer toujours des visages souriants, des cœurs dévoués; l'amphithéâtre était rempli d'un auditoire fidèle; les murs mêmes avaient des échos amis. Irait-il, à son âge, abandonner cette position heureuse et sûre, et courir les aventures dans un autre hôpital, en pays inconnu? Toutes ces raisons avaient leur force; mais, comme l'esprit humain est ingénieux à colorer des prétextes pour ce qu'il désire, il se répétait, d'un autre côté,

qu'à tort ou à raison l'Hôtel-Dieu passait pour le premier hôpital du monde; que rester à la Charité c'était se résigner à un rang secondaire, et, cette considération dominant toutes les autres, il accepta.

Il ne fut pas longtemps à s'en repentir. Tout d'abord, à son entrée à l'Hôtel-Dieu, il y trouva la phalange compacte des internes de Dupuytren, portant au cœur et sur le front le deuil tout récent de leur maître, enthousiastes de sa mémoire, et, comme autrefois ces vieux soldats de l'Empire, s'indignant de servir sous un autre drapeau. La foule des élèves, dominée par les mêmes regrets, ne montrait pas plus de sympathie. De son ancien auditoire, M. Roux avait à peine attiré avec lui quelques partisans fidèles; les autres étaient restés à la Charité, retenus d'abord par une longue habitude, mais bientôt par la parole entraînante et féconde de son heureux successeur. Il n'y avait pas jusqu'aux vieilles et sombres murailles du vaste amphithéâtre qui ne fissent contraste avec l'enceinte plus modeste, mais si propre, si bien éclairée de la Charité. Nous subissons l'influence de tout ce qui nous entoure. L'orateur le plus intrépide ne peut se défendre de quelque inquiétude en abordant une tribune nouvelle; la confiance en soi, ce premier garant du succès, se perd plus vite encore devant un auditoire hostile, et Cicéron lui-même, plaidant pour Milon, sentit défaillir son génie, quand, au lieu de la foule bienveillante accoutumée à l'applaudir, il aperçut le Forum occupé par les soldats de Pompée. M. Roux ne résista pas mieux à tant de circonstances contraires, et, pour la première fois, il se trouva au-dessous de lui-même. L'ascendant de Dupuytren l'emportait encore; on eût dit que sa grande ombre planait sur l'Hôtel-Dieu pour défendre jusqu'au bout son empire menacé et le théâtre de ses triomphes.

Ce n'était pas seulement une école étrangère qui s'implantait ainsi brusquement au lieu et à la place de l'autre; en ce qui touchait à la forme même de l'enseignement, rien de plus dissemblable que ces deux hommes. A la parole grave, lente et mesurée de Dupuytren, dont la bouche superbe ne s'ouvrait que pour rendre des oracles; à cette attitude pleine d'orgueil et de dédain, qui tenait la foule à distance et lui imprimait un respect mêlé de crainte, succédait une sorte de causerie amicale, familière jusqu'à l'enjouement, abondante jusqu'à la prodigalité, pleine de confidences et d'aveux. S'agissait-il d'une question de diagnostic? Là où Dupuytren, cachant ses faiblesses, ne laissait voir que le génie de la chirurgie, toujours sûr de soi, toujours infaillible, dût la vérité en souffrir, M. Roux montrait l'homme avec ses incertitudes et ses erreurs, dût en souffrir sa renommée, et, comme nous nous laissons facilement prendre aux apparences, celui qui confessait s'être trompé souvent paraissait bien inférieur à celui qui ne laissait pas soupçonner qu'il se fût jamais trompé. Il en était de même quant aux résultats pratiques. L'Hôtel-Dieu n'a jamais passé pour un hôpital propice aux grandes opérations, et, sans remonter plus haut, ceux qui avaient suivi de près la clinique de Dupuytren en savaient quelque chose. Mais Dupuytren n'aimait pas à étaler au grand jour tous ses revers, et, quand il avait à parler de choses depuis longtemps passées, par un heureux défaut de sa mémoire les souvenirs de ses guérisons lui revenaient en foule, tandis qu'il conservait à peine une vague et douteuse réminiscence pour une partie de ses morts. Son successeur n'était pas accoutumé à tant de prudence, et ce fut là surtout ce qui le perdit. Sa loyauté devint une arme aux mains de ses ennemis, et l'on organisa contre lui une guerre sourde et perfide, à laquelle tout autre peut-être aurait succombé. Bientôt il ne fut bruit à l'Hôtel-Dieu que des revers de la clinique nouvelle; à en croire d'officieux rapporteurs, une mortalité effroyable décimait le service, et chaque opéré était d'avance enregistré parmi les morts. Sur quoi cependant se fondaient ces cruelles impostures? Peut-être M. Roux, trop confiant dans les ressources de l'art, ne se fiait pas assez à la nature; peut-être aussi était-il entraîné par ce penchant si naturel de se montrer avec tous ses avantages, et il n'était jamais si brillant que le couteau à la main. Mais avant, pendant, après l'opération, quelle recherche scrupuleuse de tout ce qui pouvait en assurer le succès, quelle sollicitude, je dirais presque quelle tendresse sur ses opérés! Il en perdait beaucoup; c'est un malheur commun en chirurgie; mais Dupuytren en sauvait-il donc davantage? Qu'auraient-ils dit ses imprudents adorateurs si, en les suivant sur ce terrain, on eût déchiré tous les voiles et poursuivi avec des chiffres authentiques ce périlleux parallèle? De 1818 à 1822, alors que Dupuytren retenait l'Hôtel-Dieu tout entier sous sa main, la mortalité des salles de chirurgie n'avait pas été au-dessous de 1 sur 15, et s'était élevée deux années au 11e et même au 10e. De 1837 à 1840, M. Roux dirigeant la clinique, la mortalité était descendue à 1 sur 17, 1 sur 18, 1 sur 19. Que si, serrant la lutte de plus près, on avait recherché qui des deux, dans des circonstances semblables, après des opérations semblables, avait eu le plus grand nombre de morts, il n'y avait qu'à se reporter aux journées de juillet 1830, où Dupuytren, sur 16 grandes amputations primitives, n'avait sauvé que 8 hommes; tandis que M. Roux, sur 10 amputations analogues, n'avait perdu que 3 opérés?

A Dieu ne plaise que je prétende avec ces seuls chiffres porter un jugement sur ces deux grands chirurgiens! Les problèmes de statistique chirurgicale ne sont jamais aussi simples. On peut avoir une série d'opérations heureuses contre-balancée plus tard par une série contraire; tous les hôpitaux n'offrent pas une salubrité égale; et dans le même hôpital le même chirurgien aura des résultats fort divers, selon qu'il sera chargé d'un plus ou moins grand nombre de malades, ce qui revient à dire que les forces humaines ont des limites. Dupuytren, tant qu'il voulut porter seul l'Hôtel-Dieu tout entier, se trouva insuffisant, et fléchit sous le poids; la simple division de son service immense en trois services suffit pour diminuer la mortalité. Mais ce que je puis et ce que je veux conclure, c'est que si Dupuytren l'emportait par d'autres côtés, du moins M. Roux n'aurait eu légitimement rien à craindre de la comparaison des résultats.

Toutefois, ces rumeurs perfides, habilement propagées, atteignirent en partie leur but; la confiance des élèves fut ébranlée, et les vides se remarquèrent bientôt dans l'amphithéâtre; il en perça même assez dans le public pour que l'effet s'en fît sentir jusque dans le cabinet du grand praticien. J'en ai trouvé la preuve irrécusable dans un document bien curieux qu'a laissé M. Roux, le seul de ce genre jusqu'à présent dans les annales de la profession. Lorsqu'on étudie la vie de ces hommes éminents qui ont cultivé et agrandi le champ de la chirurgie, après avoir considéré leurs travaux avec étonnement, leurs œuvres avec une juste admiration, la curiosité va plus loin; on voudrait savoir ce que leur a valu toute une vie de labeur mise au service de l'humanité; on ne lit pas sans intérêt que Boyer à sa mort laissa un million, Dupuytren quatre millions, et que l'héritage d'A. Cooper, le nabab des chirurgiens, dépassait douze millions de francs. Mais ces trésors, lentement amassés, n'étaient pas le fruit unique de la clientèle, et la clientèle elle-même est singulièrement variable aux diverses époques de la vie. M. Roux avait arrêté pour chaque année, à partir de 1814, la note exacte du tribut que lui payait la confiance publique, et l'on aime à la voir grandir peu à peu avec sa renommée et s'attester elle-même par des chiffres irrécusables. En 1814, à peine dépassait-il 11,000 francs; en 1817, après son premier cours d'anatomie chirurgicale, il atteignit 22,000 fr.; en 1821, le nouveau professeur, l'inventeur de la staphyloraphie, arriva brusquement à 35,000 fr. Ce fut dès lors une marche presque régulièrement ascendante jusqu'en 1833, point culminant, où il dépassa 76,000 fr. En 1835, époque de son entrée à l'Hôtel-Dieu, sa recette touchait encore à près de 70,000 fr.; l'année suivante, elle tomba à 54,000, et ne se releva jamais depuis.

Ne laissons pas toutefois à la calomnie la joie de penser qu'elle a eu seule une pareille influence. M. Roux n'était pas de ces hommes que le premier revers abat. Après avoir d'abord plié sous le choc, il se releva plus fier et plus superbe. On peut bien le redire: Dupuytren mort, pas un de ses adversaires n'était de taille à lui faire face, et il les domina bientôt de toute sa vraie supériorité. Il lutta, il reconquit pied à pied sa popularité compromise. Il vit bientôt se presser autour de lui une nouvelle famille d'internes, respectueux et dévoués; l'amphithéâtre retrouva ses beaux jours et son affluence accoutumée. Malheureusement, de graves indispositions, qui l'affligèrent surtout de 1842 à 1845, le forcèrent à se relâcher de son zèle, et interrompirent le cours de sa prospérité renaissante. Il faut bien ajouter aussi que les conditions n'étaient plus les mêmes, et que la chirurgie avait subi à Paris une transformation qui rendait le succès plus difficile, même au prix des plus énergiques efforts.

Le règlement des hôpitaux avait détruit, dès 1829, l'autorité abusive des chirurgiens en chef; un arrêté du 2 mars 1831 en abolit jusqu'au nom. Les services de chirurgie se multiplièrent donc dans les hôpitaux; le concours rétabli et loyalement appliqué mit à leur tête des hommes capables et expérimentés, des jeunes gens surtout, pleins d'une ambition généreuse, tous voulant concourir aux progrès de la science, tous prétendant bien conquérir leur place au soleil. Au lieu de quatre ou cinq chirurgiens qui, en 1814, se partageaient la réputation et la clientèle, Paris eût pu aisément en dresser une liste double et triple; et, comme la liberté de l'enseignement n'était plus une contrariété pour une autorité ombrageuse, de toutes parts s'ouvraient des cliniques nouvelles: et à l'Hôtel-Dieu même un second amphithéâtre fut construit pour une clinique libre, ainsi érigée en face de la clinique officielle.

En d'autres temps, M. Roux eût applaudi à ce mouvement prodigieux; il avait admiré dans les hôpitaux de Londres cette division des services qui permettait à un plus grand nombre d'hommes éminents de *mettre à profit les mêmes occasions d'observer et d'agir*. Souvent, lorsqu'il était chirurgien adjoint, il s'était plaint de sa dépendance; et enfin, élevé et grandi dans l'enseignement particulier, il s'en était constamment montré l'éloquent panégyriste et l'infatigable défenseur. Mais quand à l'Hôtel-Dieu il se trouva dépouillé de l'un des titres de Dupuytren, quand il vit l'un de ses élèves, Blandin, marcher de pair avec lui, faire des leçons non moins suivies que les siennes, élever tribune contre tribune, on l'entendit plus d'une fois regretter que le titre de chirurgien en chef eût été aboli; et, tout en persistant à vanter pour l'anatomie les bienfaits de l'enseignement particulier, on remarqua qu'il évitait d'en parler pour la clinique. S'il faut le dire, cette rivalité d'enseignement dans son hôpital lui était insupportable, et il n'eut pas toujours assez d'empire sur lui-même pour cacher le chagrin qu'il en ressentait.

Enfin, et pour comble, l'âge venait; et bien que sa vieillesse vigoureuse ne présentât au dehors aucun indice de décadence et conservât même quelques allures de jeunesse, ses indispositions réitérées l'avertirent que l'esprit et le corps demandaient un peu de relâche, et il eut la sagesse de comprendre cet avis. Le temps des vacances fut consacré à des voyages, soit à Londres, soit sur le continent, en Italie, en Espagne, en Belgique, en Allemagne, où il arrivait précédé de sa renommée, entouré bientôt du nombreux cortége des notabilités médicales empressées de voir le Nestor de la chirurgie française; hôpitaux, musées, écoles, il visitait tout, profitait de tout, et ces courses entreprises pour son plaisir tournaient encore au profit de la science. De même dans le cours de l'année scolaire, il prit un peu plus de loisir; sans négliger aucun de ses devoirs, soit à l'hôpital, soit à la Faculté, il laissa le courant de la faveur publique se détourner vers ses jeunes successeurs, sans rien faire pour l'arrêter, consacrant encore à la science tous les moments qu'il dérobait ainsi à la pratique. L'Académie de médecine, qui pour la deuxième fois l'avait porté à la présidence, admirait son assiduité aux séances; pas une discussion importante n'était soulevée qu'il n'y apportât le tribut de sa vaste expérience, et l'on se souvient de celle qui eut pour point de départ en 1847 son rapport sur quelques opérations de taille et de lithotritie. Après les communications verbales venaient les communications écrites, sur *les tumeurs anévrismales des os*, sur *les exostoses*, sur *les anévrismes artérioso-veineux*: c'étaient en quelque sorte les prémices d'un vaste travail dont il avait conçu le projet, dont il poursuivait l'exécution avec ardeur, et pour lequel il avait accumulé des matériaux immenses.

Dès 1813, alors que jurant sur la parole de Boyer, il croyait encore que le dix-huitième siècle avait clos l'ère des découvertes, une grande idée l'avait saisi: « Soumettre à des épreuves raisonnées toutes les » méthodes thérapeutiques ou opératoires, établir par les résultats » leurs avantages et leurs inconvénients, et fixer ainsi l'opinion encore » chancelante des praticiens, telle est, disait-il, la tâche principale im» posée au siècle qui commence. » Sans doute, il ne tarda pas à reconnaître que le dix-neuvième siècle avait encore autre chose à faire, mais cependant, resté fidèle à sa première idée, pour juger toute opération, toute doctrine, il s'enquérait des résultats; et l'on sait avec quelle insistance il sollicitait les partisans de la lithotritie de produire au grand jour leurs résultats, nets, complets, sans réserve; en un mot, tous leurs résultats. Afin de se mettre lui-même en mesure et de pouvoir prêcher d'exemple, dès 1811, il avait entrepris un travail colossal. Chaque matin, au lit des malades, il dictait ou écrivait de sa propre main l'histoire abrégée de tous les entrants. En outre, plusieurs élèves étaient chargés de dresser des tableaux complets de tous les faits du service. Pas une brûlure, pas une contusion, pas une plaie n'était omise; et toutes ces observations, tous ces tableaux étaient conservés dans de grands registres reliés, dont la série interrompue embrasse ainsi une période de quarante-quatre ans. Or, c'était cette mine immense qu'il se proposait de fouiller et d'épuiser. Il voulait, dans une longue suite de mémoires, donner le résumé de tout ce qu'il avait pu voir, observer, recueillir et faire dans sa vie chirurgicale.

Interrompue par la maladie, abandonnée au lendemain de la révolution de 1848, reprise aussitôt qu'il recouvrait ou la santé ou le calme d'esprit nécessaire, enfin, en 1853, cette œuvre était arrivée à maturité; la rédaction était achevée pour les deux premiers volumes, fort avancée pour le troisième et le quatrième, ébauchée pour le cinquième et le sixième, et il en annonçait d'autres encore, sans pouvoir fixer exactement lui-même l'étendue de la tâche qu'il s'était imposée. Il y travaillait avec cette ardeur impétueuse qu'il avait toujours mise au service de sa volonté, n'épargnant ni les soins ni les veilles, et déjà il avait fait tirer la préface et les seize premières feuilles du premier volume.

Mais il avait trop peu consulté ses forces. Le 2 janvier 1854, en se rendant à l'Académie des sciences, qui venait de l'appeler à la présider, il fut frappé d'une congestion cérébrale. Alors seulement le voile se déchira; ses collègues, ses amis comprirent que le temps était passé pour lui des grands travaux et des longues espérances; ils lui défendirent ces dangereuses occupations. Mais il ne put même supporter ce repos nécessaire; après quelques jours, il voulut revoir ses épreuves, et quatre feuilles nouvelles, de la dix-septième à la vingtième, furent trouvées, après sa mort, chargées des dernières corrections de sa main défaillante. Une nouvelle attaque, plus violente que la première, lui enleva avec toutes ses facultés le regret de laisser son ouvrage inachevé, et il expira sans avoir repris connaissance, le 23 mars 1854.

Quel deuil universel excita cette perte, vous le savez, messieurs, vous y avez pris part; vous étiez dans le long et douloureux cortége qui l'accompagna à sa dernière demeure; vous avez entendu les suprêmes adieux adressés à sa dépouille mortelle au nom de l'Institut, de la Faculté, de l'Académie de médecine, de la Société de chirurgie, au nom des chirurgiens militaires, au nom de ses élèves; de ces discours prononcés sur sa tombe, je ne rappellerai qu'une chose, c'est que plusieurs furent interrompus par des larmes. On ne regrettait pas seulement le grand chirurgien, mais l'ami sûr et dévoué, le maître affable et bienveillant, le collègue aimable et affectueux, l'homme bon et loyal entre tous, qui n'avait point connu la haine, et de presque tous ses rivaux avait su se faire autant d'amis.

Je m'arrête ici, messieurs, non sans regret, non sans le secret désir de poursuivre et de laisser ainsi ma tâche moins imparfaite. Après avoir suivi M. Roux dans sa vie publique, j'aurais voulu le montrer dans sa vie intime et privée: tantôt, dans le silence du cabinet, donnant à son esprit tendu l'utile délassement des études littéraires; ou bien, dans une société choisie, égayant la conversation par les vives saillies d'une humeur enjouée; ou bien encore, dans un cercle plus étroit, s'abandonnant tout entier aux saintes affections de famille, qu'il recevait avec bonheur, qu'il rendait avec usure; j'aurais divulgué quelques-uns des secrets de cette âme aimante et dévouée; j'aurais dit comment, acquittant la dette de son enfance envers l'excellente femme qui en avait été la protectrice, aussitôt après la mort de son père il l'avait attirée près de lui, et lui avait prodigué jusqu'au terme d'une vieillesse presque centenaire les témoignages les plus touchants d'une reconnaissance filiale.

Puis j'aurais aimé à étudier le savant et l'écrivain dans ses ouvrages; j'aurais rassemblé, j'aurais réuni comme en une gerbe éclatante toutes les idées originales, toutes les heureuses inventions dont il a doté l'art; enfin, en lui assignant la place éminente qu'il occupera dans l'histoire de la chirurgie, j'aurais essayé de devancer le jugement de la postérité.

Mais l'heure trop rapide s'écoule, et les lauréats attendent leurs couronnes. A vous donc, élite glorieuse de la jeunesse qui m'écoute, aux nombreux émules qui se promettent déjà de vous suivre, j'adresserai mes dernières paroles. La vie de M. Roux vous a montré jusqu'où l'on peut atteindre par le travail et la persévérance; montrez-vous dignes d'un tel maître; prouvez au monde que son exemple et ses leçons n'ont point été stériles. Il y a dans ses dernières pages un mot qu'il semble avoir tracé exprès pour vous: *Non, l'édifice de la science n'est point encore achevé; non, l'art n'a point encore atteint ses dernières limites!* — Sachez-le bien, et fortifiez-vous dans cette idée, la science est jeune encore; elle date à peine de deux mille ans, et compte les siècles comme nous comptons les années; à peine si elle a revêtu d'hier sa robe virile. L'espace et l'air ne sauraient donc vous manquer; le passé, c'est le fini; l'infini, c'est l'avenir.

Le poëte latin a peint dans une vivante image les générations qui se succèdent, et semblables à des coureurs dans l'arène, passant de main en main le flambeau de la vie.

Nous aussi, amants de la science, nous avons quelque ressemblance avec ces coureurs. Les générations passées nous ont tendu son flambeau sacré; que nous devons transmettre aux générations nouvelles. Heureux ceux qui ont pu le faire briller d'une plus vive lumière; et dans cette course indéfinie, le porter un peu plus en avant. A vous maintenant de le recevoir, pour le porter plus avant encore; et dans cette lutte généreuse, la seule où il soit beau et désirable pour nous d'être vaincus, puissiez-vous, comme jadis les enfants de Sparte, faire serment à vos maîtres que vous les dépasserez un jour!

(Ce discours a été accueilli par des applaudissements unanimes et prolongés.)

M. Guépin (de Nantes) nous écrit pour rectifier une erreur qui s'est glissée dans l'article que nous avons publié dans notre numéro du 8 novembre.

A la dernière ligne du deuxième paragraphe, il s'agit d'un malade qui a de la difficulté à porter l'œil *en dehors* et non *en dedans*, comme cela a été imprimé.

Ceci conduit M. Guépin à une considération qui lui semble utile.

J'ai été entraîné, dit-il, par des opérations de strabisme à couper dans beaucoup de cas le muscle qui semblait faire obstacle aux mouvements. D'abord j'ai agi empiriquement, puis l'observation m'a appris que les bénéfices d'une section musculaire peuvent en pathologie, ou pour mieux dire en thérapeutique, s'étendre bien plus loin que l'induction ne porterait de prime abord à le présumer; qu'il y a entre les muscles de l'œil et la vision elle-même une solidarité que la tunique fibreuse de Bonnet explique jusqu'à un certain point pour les muscles, mais nullement pour la vision.

M. Guépin ajoute à sa note les deux faits suivants, dont l'un a été observé depuis la publication de son article:

Dans le premier, il est question d'un jeune adolescent qui d'un œil louche légèrement *en haut* et qui de cet œil est *presbyte*; il ne voit à lire, quand il applique un verre grossissant sur cet œil, qu'avec le n° 8.

Il n'y a pas longtemps, je fus consulté par Mme de Foubonne, de Redon, que m'avait adressée mon ami le docteur Papeil, pour un strabisme exactement semblable et très peu sensible dont son jeune fils était affecté. Ce jeune homme ne voyait à lire qu'avec le n° 10 biconvexe.

J'ai rencontré en ma vie un ou deux autres cas identiques. Je n'ai rien fait pour les guérir, parce que l'autre œil était excellent; mais je vous les signale, parce que je ne saurais m'en rendre compte, et qu'il importe de fixer les physiologistes sur les *desiderata* de la science.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Rectification. — Au compte rendu de la séance des prix de la Faculté, prix de l'Ecole pratique (1er prix), les noms des deux premiers lauréats doivent être rétablis comme suit:

Ex æquo: M. Bonfils (Adolphe-Emile), né le 20 septembre 1831 à Boissy-Saint-Léger (Seine-et-Oise);

M. Guyon (Félix), né le 21 juillet 1831 à l'île Bourbon.

— Les bruits qui ont couru sur la gravité du choléra à l'Hôtel-Dieu de Lyon sont tellement exagérés, qu'il est nécessaire de dire la vérité.

Voici ce qui a été observé à l'Hôtel-Dieu: Du 16 août au 12 novembre, on a constaté 61 cas, soit venus du dehors, soit déclarés à l'intérieur. Sur ce nombre, qui se compose de 42 hommes et 19 femmes, 47 ont succombé; 14 sont sortis guéris ou sont encore en traitement.

(*Gaz. méd. de Lyon.*)

— Le choléra diminue à peu près partout d'intensité; il a disparu dans la plupart des villes du Midi qu'il avait précédemment envahies.

(*Revue thérap. du Midi.*)

— M. le docteur Cade (d'Avignon) vient d'être nommé médecin en chef de l'hôpital de cette ville, en remplacement de M. Roch, décédé.

— Le concours pour l'internat des hôpitaux de Lyon, ouvert le 5 novembre, a été terminé le 8. Ont été nommés: MM. Dussaud, Bonnes, Laroyenne, Jantet, Boussuge, Chabalier, Bardonnet et Serrulas.

Le jury était composé de MM. Barrier, Brachet, Colrat, Potton, Rollet, Tessier et Valette.

Les candidats ont eu à traiter les questions suivantes:

1re épreuve orale, anatomie et physiologie: *Du diaphragme*;

2e épreuve, par écrit: *De l'ergotisme gangréneux*;

3e épreuve orale: *Quels sont les signes d'une hernie étranglée? Quel est le traitement de la première période du choléra?*

Une femme vient d'accoucher; elle est prise d'hémorrhagie. Que faut-il faire?

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM.:

Boissier, de Pont-de-Montvart (Lozère); *Etude sur le vallon thermal de la Malou, et sur les bains de la Malou-le-Haut en particulier.*

Marathon, de la Buisse (Isère); *Etudes sur les fractures des os de l'avant-bras à leur partie inférieure ou près de l'articulation du poignet.*

Le Tersec, de Quimper (Finistère); *Observations sur la colique nerveuse.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent:
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Clinique chirurgicale de l'hôpital Lariboisière, par E. Chassaignac, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Leçons sur l'hypertrophie des amygdales et sur une nouvelle méthode opératoire pour leur ablation, in-8°, avec 8 figures intercalées dans le texte.

Leçons sur la trachéotomie, in-8°, avec 8 figures intercalées dans le texte. Prix de chaque partie, 2 fr.

Sous presse: *Leçons sur l'écrasement linéaire.* Paris, J.-B. Baillière, éditeur, 19, rue Hautefeuille.

Le Sotro.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 137. — SAMEDI 24 NOVEMBRE 1855. (28e ANNÉE.) N° 137. — SAMEDI 24 NOVEMBRE 1855.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 23 NOVEMBRE 1855.

Le séton à l'Académie de médecine.

La discussion sur le séton peut être considérée comme à peu près terminée, du moins entre les principaux orateurs et en ce qui concerne le fond même du débat. M. Malgaigne a déclaré qu'il ne prendrait plus la parole ; MM. Bouvier et Bouley ont épuisé, dans leur réplique, le point de vue sous lequel chacun d'eux avait envisagé la question. Ce n'est plus guère que sous une face nouvelle qu'elle pourrait être ranimée. Rien n'empêche donc que nous commencions dès à présent à résumer les faits principaux résultant de cette discussion, qui n'aura pas été sans utilité.

Trois points principaux ont été soulevés : un point de thérapeutique d'abord très restreint, et qui a pris rapidement les proportions d'une question de méthode et de vérification scientifique ; un point de doctrine qui embrasse tout un ordre de moyens les plus usuels et les plus énergiques à la fois de la médecine pratique, et subsidiairement enfin une question d'érudition. Nous laisserons de côté cette dernière partie du débat pour ne nous occuper que des deux premiers points.

L'efficacité du séton et des exutoires, en général, est-elle établie sur des preuves suffisantes? Telle est la première question.

Si l'on entend par preuves suffisantes la démonstration scientifique fondée à la fois sur des recueils d'expériences précises instituées *ad hoc*, et sur l'interprétation physiologique des effets constatés, nous conviendrons volontiers qu'on trouverait difficilement de pareilles preuves dans les auteurs, tant anciens que modernes. Mais si, avec juste raison, nous aimons à le reconnaître, on s'efforce d'imprimer aux choses de la médecine cet esprit de rigueur dans les observations, qui tend à ne faire admettre des faits nouveaux dans la science qu'autant qu'ils seront entourés de toutes les preuves et de tous les moyens de démonstration dont ils sont susceptibles, est-il juste de se montrer aussi exigeant pour le passé? Et de ce que les anciens se bornaient le plus souvent à de simples affirmations, doit-on rejeter entièrement leur témoignage? La plupart des méthodes thérapeutiques les plus usuelles, celles dont les effets nous paraissent le moins contestables, et qui réunissent l'assentiment le plus général des praticiens, se sont-elles établies autrement que par l'affirmation d'hommes dignes, par leur savoir et leur véracité, de toute notre confiance?

Quant à cette prétention de n'admettre comme vrai et utile que ce qui est susceptible d'une démonstration scientifique ou d'une interprétation théorique conforme aux principes connus de la physiologie, nous le demandons, jusqu'à quel point est-elle recevable dans une science qui repose presque tout entière sur l'observation de faits et de phénomènes dont les liens de causalité et de relation intime nous échappent le plus souvent, dans un art qui doit à l'empirisme la majeure partie de ses ressources? Où en serions-nous du traitement des fièvres intermittentes pernicieuses s'il ne nous eût fallu recourir au quinquina qu'après avoir préalablement acquis la notion scientifique de son mode d'action sur l'économie et des effets physiologiques en vertu desquels il guérit la fièvre? Autant en pourrions-nous dire du mercure, de l'opium, de la digitale et de la plupart des agents les plus énergiques et les plus efficaces de la matière médicale. Eh bien! le séton, ce moyen barbare et ridicule aux yeux de M. Malgaigne, est beaucoup moins empirique que toutes ces médications, dont personne cependant ne conteste l'efficacité. Comme tous les autres exutoires, comme les épispastiques, comme les évacuants, comme la saignée, son action se présente à l'esprit avec un certain caractère de rationalité que n'ont point les moyens précédents ; et cela est si vrai, que ce sont précisément les agents les plus anciens de la thérapeutique, ceux qui se sont présentés les premiers à l'esprit des observateurs, et que c'est enfin à l'aide de l'ensemble de ces moyens que les anciens ont édifié cette doctrine de la révulsion et de la dérivation qui vient d'être si vivement débattue.

Telle était sur ce point de pratique l'opinion que nous apportions *in petto* sur les banquettes de l'Académie au début de cette discussion. Sans nous incliner avec faiblesse devant l'autorité des anciens, sans accepter avec une crédulité aveugle et une foi enfantine tous les témoignages de la tradition, il nous semblait qu'à l'égard d'un agent thérapeutique d'un usage aussi restreint et sur la valeur duquel chacun de nous en particulier n'a que d'assez rares occasions de se fixer expérimentalement, l'opinion des auteurs avait bien quelque poids ; on pouvait penser, du moins, que ce n'était pas sans quelques bonnes raisons et sans faits à l'appui que depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours les plus grands praticiens avaient préconisé, pour certains cas prévus, l'usage du séton. Nous ne nous étions pris à douter que d'une chose, en présence de l'espèce de discrédit où l'usage du séton semble être tombé depuis quelque temps, savoir : si les anciens n'en avaient pas abusé et ne l'avaient pas employé souvent sans indications suffisantes, ou si nos contemporains, à leur tour, ne négligeaient pas trop ce moyen énergique, dont la puissance, à supposer qu'elle n'eût pas été démontrée par ses effets directs, l'eût été du moins par le danger même qui accompagne parfois sa suppression brusque. Cette opinion, partagée, nous n'en doutons pas, par la majorité des praticiens, est celle que M. Velpeau est venu faire prévaloir à la tribune, avec l'ascendant de son vaste savoir et de son expérience personnelle.

M. Malgaigne, disposé à accepter l'autorité de M. Velpeau, a récusé celle de l'antiquité tout entière. Après avoir nié les faits, il fallait nier les principes qui s'y rattachent, l'idée qui avait fait concevoir l'emploi du moyen, les déductions pratiques qu'on en a déduites. De là cette parodie, qu'on nous passe le mot, de la doctrine de la révulsion et de la dérivation.

Moins cette critique était sérieuse, plus il nous paraissait aisé, sans trop de présomption, de réfuter l'argumentation de M. Malgaigne et de rétablir, dans leur sens et dans leur esprit véritable, les textes si singulièrement altérés des auteurs sur ce point. Mais cette tâche a été rendue superflue par la manière si complète et si supérieure avec laquelle elle a été accomplie à la tribune. Après avoir entendu développer et commenter par M. Bouvier, textes en main, la doctrine des anciens et celle des modernes sur la révulsion et la dérivation, non-seulement l'opposition de M. Malgaigne nous a paru n'avoir plus d'objet, mais nous nous sommes involontairement demandé, en sortant de là, si Pascal n'avait pas eu raison de dire que « ce qu'il y a de plus » nouveau pour nous ce sont les anciens. »

Battu sur le terrain de la médecine, et (ce qui a dû lui être plus sensible), sur le terrain de l'érudition, où il a quelque peu compromis sa réputation, M. Malgaigne est venu échouer encore contre la médecine vétérinaire, dont il croyait avoir plus facilement raison. Là où il ne croyait trouver qu'imitation servile, empirisme grossier, condescendance blâmable envers les préjugés et l'ignorance populaires, il a rencontré les faits les plus précis, les notions physiologiques les plus saines et les plus exactes ; il a rencontré une pratique intelligente et parfaitement intelligible, fondée sur les résultats de l'expérience et sur l'un des principes de physiologie les mieux établis : la solidarité et l'espèce de balancement qui existent entre les diverses fonctions sécrétoires, dont M. Bouley a cité des exemples des plus nets et des plus concluants (1).

(1) Nous regrettons de ne pouvoir reproduire aujourd'hui, faute de place, l'improvisation si vive, si nette, si incisive, de M. Bouley, où nous n'avons trouvé qu'une chose à regretter, l'expression d'une susceptibilité honorable, mais peut-être un peu exagérée. Nous la reproduirons dans le numéro prochain.

Que reste-t-il à faire maintenant à M. Malgaigne? Poussé par ses adversaires jusque dans ses derniers retranchements, et mis en demeure de s'expliquer sur ce qu'il entendait faire lui-même lorsqu'il cautérisait l'hélix pour combattre la névralgie sciatique, il s'est vu obligé d'accepter, avec certaines restrictions, le sens de l'aphorisme *Duobus doloribus*, etc., c'est-à-dire en l'interprétant exclusivement dans le sens de la *douleur*. De quelque côté que nous cherchions à saisir les interprétations, nous ne trouvons de toutes parts qu'une expression à peu près unanime dans le sens de *travail* ou d'*action morbide*. M. Malgaigne est à peu près seul à n'y voir que la douleur. Douleur, soit. Mais en quoi paraît-il plus difficile de comprendre la révulsion d'un état fluxionnaire, du sang, — tranchons le mot — des humeurs même, si l'on veut, que de la douleur? Nous ne voyons donc pas, du moment où M. Malgaigne admet la révulsion pour la douleur, pourquoi il la rejette pour toute autre action morbide, quand tant de faits la démontrent tous les jours. Le premier pas est fait ; nous espérons qu'il fera le second. Ce n'est pas des arguments de ses antagonistes que nous attendons ce résultat, mais du temps et de la réflexion. En fait de conversions, le temps en a fait bien d'autres. On nous permettra à cette occasion d'évoquer un souvenir qui a ici tout le mérite de l'à-propos.

Il y a treize ou quatorze ans environ, dans une circonstance semblable, où les doctrines des anciens avaient été mises en discussion à l'Académie de médecine, un membre de cette Académie, bien éloigné alors des opinions qu'il vient de soutenir avec tant de talent et de chaleur, s'exprimait à peu près en ces termes sur Hippocrate : « On lit peu Hippocrate maintenant, et c'est peut-être fort heureux pour sa gloire, qui sans doute aurait fort à souffrir d'une critique éclairée ; car on ne trouve dans ses ouvrages les plus estimés que des notions vulgaires, des explications sans rigueur, des puérilités, etc. » L'honorable membre qui prononçait ces paroles appartenait à cette école, alors jeune encore, de la médecine exacte et positive dont M. Malgaigne est un des derniers représentants, école pleine d'espérance dans son avenir, et qui, enorgueillie quelque peu de ses succès, ne prétendait pas à moins qu'à refaire la science, *ab imis fundamentis*, « étourderie de jeunesse à son premier moment d'émancipation », comme disait à cette époque un de nos plus spirituels critiques. Mieux informé aujourd'hui par des lectures plus attentives, ainsi que par une plus grande expérience pratique et par de plus mûres réflexions, nous ne doutons pas qu'il ne rétractât maintenant ces paroles. Nous n'en voulons pour gage que la manière aussi intelligente que vraie dont il a commenté les textes des anciens, et restitué le sens de leur doctrine de la révulsion et de la dérivation.

Eh bien, nous faisons aujourd'hui à M. Malgaigne le même appel qui fut fait à cette époque à son antagoniste d'aujourd'hui par une voix beaucoup plus autorisée que la nôtre. Déplorant qu'il ait été assez malheureux pour n'avoir trouvé dans toutes ses lectures, depuis Hippocrate jusqu'à Barthez, que des sujets propres à exercer sa verve satirique, nous l'adjurons de faire désormais un meilleur usage de son érudition ; et s'il veut bien appliquer sa merveilleuse aptitude et sa vive intelligence à pénétrer non les théories des anciens, mais le sens réel et pratique de leurs doctrines, nous ne serions pas surpris de le voir, dans quelques années peut-être, monter à cette même tribune pour défendre la médecine traditionnelle contre l'ironie et le dédain de quelque Malgaigne futur.

Est-ce à dire que l'érudit et spirituel académicien, dont à regret nous avons été obligé de nous constituer ici le contradicteur, n'ait suscité qu'en pure perte la discussion que nous venons de résumer? Non, sans doute. Son opposition n'eût-elle eu pour résultat que de provoquer à la tribune académique l'exposition d'une doctrine un peu trop négligée dans l'enseignement de quelques écoles, que nous lui saurions gré déjà de l'avoir manifestée. Mais nous en espérons un autre résultat qui aura été plus près de son intention, c'est de

provoquer de nouvelles observations et d'engager les praticiens à apporter plus de sévérité et plus de rigueur qu'ils ne le font généralement dans l'appréciation des actions thérapeutiques. Nous avons déjà reçu, depuis que cette discussion a été engagée, plusieurs communications sur les effets du séton, et en particulier un deuxième article de M. le docteur Mattei, que nous résumerons dans la suite de ces appréciations, si la discussion continue. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. Bonnet.

Deux observations d'hydrophthalmie traitée par l'injection iodée.

Par M. A. Chavanne, chef de clinique chirurgicale, à l'Ecole de médecine de Lyon.

Nous avons rapporté très sommairement dans le numéro du 13 novembre, d'après une présentation faite à l'Académie des sciences, les résultats d'une application nouvelle que M. le professeur Bonnet (de Lyon) a faite des injections iodées au traitement de l'hydrophthalmie, et nous avons exposé quelques-unes des considérations d'anatomie pathologiques intéressantes auxquelles cette opération a donné lieu. Nous reproduisons aujourd'hui dans tous leurs détails, d'après la *Gazette médicale de Lyon*, les deux observations en question.

Obs. I. — *Hydrophthalmie; ponction et injection iodée, commencement de guérison. — Récidive, débridements de l'œil, amélioration. — Un an après, signes de mélanose. — Extirpation du globe de l'œil suivie de cautérisation au chlorure de zinc. — Guérison.*

Le nommé Antoine Convert, âgé de vingt-six ans, conducteur de diligences, venant d'Ambert (Puy-de-Dôme), entra à l'Hôtel-Dieu au commencement de février 1854 (salle Saint-Philippe).

L'œil droit de cet homme présentait tous les caractères de l'hydrophthalmie, augmentation considérable de volume sans bosselures; cornée moins transparente; iris immobile, contracté, repoussé dans la chambre antérieure; cécité absolue; douleurs continues, profondes autour et dans tout l'orbite.

Convert aurait reçu deux ans auparavant un coup violent sur le sourcil du côté droit, suivi immédiatement de la perte presque complète de la vue. Un an après, l'œil aurait commencé à augmenter de volume dans sa totalité, et les douleurs se seraient fait sentir. M. le professeur Bonnet ponctionna cet œil (25 février) au moyen d'un petit trocart (0m,002 millim. de diamètre), et, à la place du liquide roussâtre qui s'en écoula incontinent, il poussa dans l'œil un mélange de teinture d'iode et d'eau, parties égales, avec addition d'un peu d'iodure de potassium.

Le malade ne fut pas endormi. Douleurs vives qui durèrent plusieurs jours; puis l'œil commença à diminuer de volume.

Trois semaines après, douleurs violentes, tension de l'œil; on se décide à l'évacuer par une incision pratiquée comme pour l'extraction de la cataracte. Soulagement immédiat. Pendant que la cicatrisation de ce débridement se complète, l'œil augmente de nouveau de volume, et les douleurs reparaissent avec leur intensité première. Nouveau débridement et excision des bords. L'amélioration fut plus prolongée.

Le malade est rentré cette année (12 janvier) dans nos salles. Son œil, toujours volumineux, est bosselé, de forme irrégulière. De nombreuses taches noirâtres apparaissent à travers la sclérotique dans les points où elle est très amincie et qui forment bosselure. Douleurs profondes, vives, térébrantes. M. Bonnet soupçonna une dégénérescence mélanique; il pratique (16 janvier) l'extirpation de l'œil, qu'on trouve en effet distendu par une masse considérable de mélanose. Ce qui restait du tissu morbide dans la cavité orbitaire fut détruit sur place par la pâte de chlorure de zinc.

Enfin, le malade partit guéri le 3 mars suivant.

On conçoit très bien pourquoi l'injection iodée n'a eu dans ce cas qu'un succès, ou plutôt qu'un commencement de succès fort éphémère. On était tombé sur une hydrophthalmie symptomatique d'une autre affection plus grave. La mélanose, continuant sa marche fatale, devait reproduire bien vite tout son appareil morbide.

C'était là néanmoins une première tentative; elle servit d'abord à dissiper quelques appréhensions sur les dangers possibles, immédiats ou consécutifs d'une injection aussi irritante dans l'œil (excès de douleurs, inflammations véhémentes, etc.). On n'avait pas à s'inquiéter de la fonction, elle est déjà détruite, et l'anatomie pathologique nous apprend que c'est sans retour. Enfin le manuel opératoire était en quelque sorte trouvé. Voici en quoi il a consisté:

Le malade étant couché, la tête un peu élevée (il pourrait être assis sur une chaise sans inconvénient), le chirurgien plonge un trocart délié, à robinet (2 millim. de diamètre), dans le globe de l'œil, à 1 centimètre et demi en dehors de la cornée, au-dessous de l'insertion du muscle droit externe. L'instrument ne doit être poussé qu'à un centimètre environ de profondeur. On est averti qu'il est libre à l'intérieur par les mouvements en divers sens qu'on peut lui faire exécuter. La tige aiguë étant retirée, on laisse écouler le liquide épanché. Il n'est pas besoin de pression sur l'œil, celui-ci s'affaisse de lui même. On veille à ce que l'air n'y pénètre pas; dans ce but on ferme le petit robinet: on s'apprête alors à pratiquer l'injection modificatrice. M. Bonnet s'est servi, comme on l'a vu, d'un mélange à parties égales de teinture d'iode et d'eau et d'un peu d'iodure potassique. Il croit ces proportions suffisantes. L'injection qui a été suivie de succès, et que nous rapporterons bientôt, n'était pas composée autrement. Le liquide à injecter est poussé avec douceur, autant que possible sans secousses. On reconnait facilement qu'il en a pénétré une quantité suffisante quand l'œil a repris le volume exagéré qu'il avait avant l'évacuation de la sérosité. M. Bonnet laisse pendant trois minutes la solution iodée dans la cavité oculaire, puis il en fait écouler les trois quarts environ, et laisse l'autre quart dans la cavité pathologique. Puis la canule étant retirée avec douceur, on lotionne à grande eau la surface de l'œil, pour entraîner le peu de teinture d'iode qui, au moment où on retire la canule, se répand sur la conjonctive oculo-palpébrale. Les paupières sont refermées, et M. Bonnet les recouvre de coton maintenu simplement par un bandage monocle.

Tels sont les détails de l'opération. Celle-ci n'a donc rien de bien particulier ni de difficile dans l'exécution.

Enfin, comme nous l'avons dit, le premier pas était fait. Le chirurgien de Lyon ne désespéra pas de la méthode; il se promit d'y recourir de nouveau aussitôt qu'une occasion plus favorable se présenterait. Elle s'offrit au commencement de cette année, et bientôt la nouvelle méthode du traitement obtint, entre les mains de l'habile chirurgien, le succès le plus complet. En voici l'histoire:

Obs. II. — *Hydrophthalmie. — Injection iodée. — Guérison constatée cinq mois après.*

André Mercier, ouvrier mineur de Saint-Sernin-des-Bois (Saône-et-Loire), âgé de trente-quatre ans, bien constitué, ayant toujours joui d'une bonne santé, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon (salle Saint-Philippe, n° 21) le 14 janvier 1855, pour une maladie déjà ancienne de l'œil gauche. Voici l'état où nous trouvons cet organe:

Le globe de l'œil a presque le double du volume ordinaire; il fait une saillie assez uniforme dans tous les sens. La cornée est un peu proéminante. Les paupières, dilatées à la longue, peuvent encore le recouvrir. La conjonctive est généralement injectée; au travers de cette membrane plus vascularisée, on voit la sclérotique bleuâtre et noirâtre par places. Une cicatrice d'un demi-centimètre s'y remarque en bas et en dedans; aux environs de ce point, cette membrane paraît plus amincie. La cornée a perdu en grande partie sa transparence, et ne permet de voir qu'incomplétement l'iris repoussé en avant et la pupille rétrécie. L'humeur aqueuse, légèrement trouble, empêche aussi de juger des parties profondes de l'œil. Le globe oculaire est encore mobile, mais la vue est complétement abolie. Douleurs peu considérables actuellement.

Voici ce que nous apprenons sur le début du mal et la marche qu'il a suivie:

Il y a sept ans, Mercier reçut à l'œil gauche un éclat de paille de fer; le même accident lui était déjà arrivé plusieurs fois sans suites fâcheuses. Mais cette fois, quoique l'extraction du corps étranger fût faite de bonne heure, il se déclara une ophthalmie violente, à la suite de laquelle on vit se développer en bas et en dedans, au point où nous trouvons aujourd'hui une cicatrice, une petite tumeur bleuâtre qui n'était autre chose qu'un staphylome de la sclérotique. On vida plusieurs fois ce staphylome en le ponctionnant avec la lancette, et il se reproduisit toujours; cependant il avait un peu diminué et restait stationnaire. Trois ans plus tard, le malade s'aperçut que son œil augmentait de volume et que sa vue diminuait d'autant. Des douleurs vives ne se firent sentir que longtemps après (il y a trois mois), et on peut les attribuer, à en juger par le récit du malade, à une ophthalmie violente survenue à cette époque. Nous avons dit qu'aujourd'hui les douleurs sont moins vives.

La maladie se présentant exempte, autant qu'il se peut, de complication notable, M. Bonnet résolut de traiter cet œil hydropique par la ponction suivie d'une injection iodée.

Le 18 janvier, on procéda à l'opération. Le malade n'est pas éthérisé. Un petit trocart est plongé dans l'œil, à un centimètre en dehors de la cornée et au-dessous de la ligne moyenne horizontale. Le liquide qui en sort sans difficulté est de couleur rouge jaunâtre (chocolat clair), la quantité est de deux cuillerées environ. L'œil s'affaisse aussitôt, la cornée se ride. On pousse immédiatement une injection iodée (teinture d'iode et eau, partie égale, avec un peu d'iodure de potassium) en quantité égale à celle du liquide évacué. L'œil reprend son volume; la cornée se tend, et présente des alternatives assez singulières d'opacité et de transparence, on dirait d'une lame d'acier polie sur laquelle on souffle à plusieurs reprises (nous nous sommes expliqué plus haut sur ce phénomène). L'iris est fortement repoussé dans la chambre antérieure et touche la face interne de la cornée; sa couleur est d'un rouge brunâtre. On laisse écouler la plus grande partie du liquide injecté.

Le malade accuse des douleurs assez vives mais supportables. Elles étaient plus fortes le lendemain; le malade les compare à celles qu'il avait éprouvées dans les ophthalmies aiguës survenues pendant le développement de la maladie. Il est impossible de rien apercevoir à travers la cornée soit à cause de son peu de transparence, soit à cause du trouble plus manifeste de l'humeur aqueuse. La conjonctive est partout enflammée.

Les choses se passèrent ensuite très simplement. L'ophthalmie aiguë s'éteignit peu à peu, ainsi que les douleurs; l'œil commença à diminuer de volume, et quand le malade partit, le 26 février suivant (cinq semaines après l'opération), le volume primitif était réduit d'un tiers.

Des renseignements recueillis depuis auprès d'un médecin du pays habité par ce malade ont appris, cinq mois après l'opération, qu'après quelques alternatives de douleurs très vives, accompagnées de conjonctivite, toutes traces d'inflammation avaient définitivement cessé, et que l'œil avait graduellement diminué de volume, au point de n'être plus à cette époque que de la grosseur d'une petite noisette.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 20 novembre 1855. — Présidence de M. Jobert (de Lamballe).

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet:

Simplification des accouchements difficiles. — 1° Un mémoire de M. le docteur Grévin (de Saint-Félix), sur la simplification des accouchements difficiles et les plus laborieux (commissaires: MM. Cazeaux, Depaul et Moreau);

Choléra. — 2° Une lettre par laquelle M. Fiévet, de Carlepont (Oise), fait connaître le mode de traitement qu'il emploie contre le choléra (commission des remèdes secrets et nouveaux);

Vaccine. — 3° Le tableau des vaccinations pratiquées en 1854 en Corse (commission de vaccine).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Diathèse phlogistique. — M. le docteur Tigri, professeur d'anatomie à Sienne, adresse une note sur la diathèse phlogistique. (Commissaires: MM. Blache et Poiseuille.)

Monstre double. — M. le docteur Puech (de Toulon), adresse un mémoire sur un monstre double. (Commissaires: MM. Depaul et Desportes.)

Traitement de la cholérine et du choléra. — M. L. Orange, médecin à Saint-Eugène (Algérie), adresse un mémoire supplémentaire sur le traitement de la cholérine et du choléra. (Commissaires: MM. Michel Lévy et Blache.)

Héméralopie. — M. Bardinet (de Limoges) adresse un travail intitulé *De l'héméralopie observée dans le Limousin*. (Commissaires: MM. J. Cloquet et Robert.)

Méthode d'extension brusque pour le redressement de certaines difformités. — M. le docteur Berend (de Berlin) envoie une note sur

une méthode d'extension brusque appliquée à la guérison des difformités, suite de la coccyte rhumatismale. (Commissaires : MM. Velpeau et Bouvier.)

— M. Gibert fait hommage à l'Académie, au nom de M. Bayle, du premier volume d'un *Traité de pathologie* qu'il vient de publier.

— M. Blache dépose sur le bureau de l'Académie une brochure sur la surdi-mutité, de M. Ernest Oudin.

— M. J. Guérin dépose également, au nom de M. Boggio, une brochure sur le choléra-morbus.

— M. le président fait part à l'Académie de la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. Derosnes, l'un de ses plus anciens membres. M. Derosnes appartenait à la section de pharmacie.

COMMUNICATION.

Du caoutchouc comme moyen de déligation. — M. le docteur Rigal (de Gaillac), correspondant de l'Académie, demande la parole pour une communication.

M. Rigal rappelle qu'en 1840 il avait exposé théoriquement devant l'Académie les ressources que l'on pourrait tirer pour la chirurgie de l'emploi du caoutchouc. Depuis, et à différentes reprises, il a fait des applications nombreuses de divers appareils destinés à remplacer l'action musculaire dans certaines lésions. Il cite entre autres différents exemples de pieds-bots (équin, varus, etc.), ainsi que des cas de paralysies musculaires. M. Rigal rappelle enfin l'observation d'un malade du service de M. Lenoir, qui était affecté d'une paralysie de la jambe par suite de la section du nerf tibial, auquel il a rendu l'usage de son membre.

RAPPORT.

Traitement de la surexcitabilité nerveuse par l'hydrothérapie. — M. Gilbert lit un rapport sur un mémoire adressé par M. le docteur Gillebert d'Hercourt, ayant pour titre : *De l'hydrothérapie dans le traitement de la surexcitabilité nerveuse.*

M. Gillebert d'Hercourt, dit M. le rapporteur, a réuni sous le titre de surexcitabilité nerveuse plusieurs observations remarquables où la puissance des procédés thérapeutiques ne saurait guère être contestée. Dans ces observations, on trouve la réunion d'effets perturbateurs, révulsifs, fortifiants, sédatifs, avec le renouvellement de la crâse humorale, et le rétablissement complet des fonctions de la peau, presque toujours dérangées dans les affections nerveuses graves. Le tout constitue une médication complexe et puissante, dans laquelle, en tenant compte du concours de toutes les ressources d'une hygiène bien réglée, on trouve que la plus grande part revient à l'administration bien ordonnée des procédés de l'hydrothérapie.

Pour ne parler que des affections nerveuses, qui font le sujet du mémoire de M. Gillebert d'Hercourt, je crois qu'il est impossible, après l'avoir lu, de ne pas conclure, avec l'auteur, à l'efficacité de l'hydrothérapie dans les névroses. C'est donc un service rendu à l'humanité que l'application à ces maux, si souvent rebelles aux ressources ordinaires de la médecine, d'un traitement qui a sur tous les autres l'avantage de ne nécessiter l'intervention d'aucune médication.

M. le rapporteur soumet à l'approbation de l'Académie les conclusions suivantes :

1° Adresser une lettre de remercîments à M. le docteur Gillebert d'Hercourt ;

2° Renvoyer son mémoire au comité de publication, comme un document précieux pour la thérapeutique. (Adopté.)

DISCUSSION.

Séton. — L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le séton. La parole est à M. Bouvier.

M. Bouvier. « En vérité, disait un jour Caton d'Utique, en vérité, nous avons un consul bien plaisant. » Ces paroles s'appliquaient à Cicéron, consul plaidant alors très agréablement contre Caton lui-même, qu'entraînait le rire général de l'auditoire. Après avoir entendu la nouvelle réplique de mon honorable collègue M. Malgaigne, ne pourrais-je pas redire, en les lui appliquant, les paroles de Caton? Je veux pourtant m'efforcer de faire une réponse sérieuse à un discours moins sérieux qu'agréable.

Avant tout, il me faut rétablir les rôles, tant soit peu intervertis par mon collègue.

M. Malgaigne m'a jeté l'autre jour une parole que voici : J'ai besoin, moi, des autorités pour me guider sur le terrain de la médecine antique, qui m'est peu familière, et ces autorités m'égarent. M. Malgaigne, lui, se passe d'autorités; la sienne lui suffit. Eh quoi! si l'un de nous deux jusqu'ici s'égare évidemment dans les écrits des anciens, est-ce moi? moi qui ai fait connaître à mon collègue ces chapitres de Galien qu'il niait, et qu'il a fini par vous citer; moi qui lui ai fait lire dans les livres hippocratiques ces mots révulsion, dérivation, *antispasis*, *paracheteusis*, qu'il n'y voulait pas voir?

Mon collègue m'avait promis de rectifier mes erreurs. Est-ce au sujet de Rhazès qu'il aurait pris sa revanche? Il vous a dit que le livre des *sétons*, des *cautères* et des *exutoires* n'était pas de Rhazès parce qu'il ne se trouvait pas dans la liste des ouvrages de cet auteur par Ebn Giolgiol. Or, il n'y a pas de liste des œuvres de Rhazès par Ebn Giolgiol. M. Malgaigne a vu ce nom dans Casiri, et dans sa précipitation il l'a pris pour l'auteur du catalogue placé quelques lignes plus bas, et tiré de la *Bibliothèque arabe des philosophes*, par un anonyme.

Est-ce avec des recherches ainsi improvisées qu'on peut décider de l'authenticité d'un écrit qu'on connaît de la veille? Pour trancher de pareilles questions, il ne faut rien moins qu'un travail de bénédictin, tel que celui de M. Daremberg, par exemple, lorsqu'il a recherché le véritable auteur des *Gloses* dites *des quatre maîtres*.

Mais, dit mon honorable collègue, qu'est-ce que le *sectorium* du prétendu livre de Rhazès? Je serais fort embarrassé pour prouver que c'est le séton. Je vais lui venir en aide.

Je pourrais citer ici des autorités, Fienus, Séverin, Glandorp, dût M. Malgaigne les qualifier encore de *bas-fonds* de la littérature; mais je puis me passer pour le moment de ces autorités. *Sectorium* veut dire séton, parce qu'il est synonyme de *sectio*, qui se trouve dans le titre du traité de Rhazès, et parce que ce mot *sectio* est employé par Lanfranc comme synonyme de *seto*. *Sectorium* signifie séton, parce que les arabistes, l'auteur des *Gloses des quatre maîtres*, par exemple, en copiant le petit livre de Rhazès, ont écrit partout *seto* pour *sectorium*.

Mais j'ai hâte de rentrer dans le cœur de la question touchant la révulsion des anciens.

M. Malgaigne me suit comme à regret dans cette évocation des anciens, par suite sans doute de ses impressions premières. Il n'admet leurs textes, pour ainsi dire, qu'à son corps défendant; aussi en a-t-il omis les trois quarts. Il ne trouve la révulsion, la dérivation de l'antiquité que dans le *Traité des humeurs* d'Hippocrate et dans le *Commentaire* de Galien sur ce traité. Mais elles se rencontrent aussi dans le *Traité des lieux* d'Hippocrate, dans le livre des *Affections*, dans le *Traité des songes* dans le sixième livre des *Epidémies*, dans le *Methodus medendi* de Galien, dans les livres *Ad Glauconem*, *De venæ sectione*, *De sanitate tuenda*; dans les *Commentaires* sur les *Aphorismes* d'Hippocrate, sur les *Prorrhétiques*, sur le sixième livre des *Epidémies*, etc. De tout cela, pas un mot dans le discours de mon honorable collègue.

Le livre des *Humeurs* n'est pas d'Hippocrate, dit M. Malgaigne. Cela m'importe peu. Il est antérieur à Galien, donc il appartient à la doctrine des anciens.

Quant à la part qui revient à Hippocrate dans la révulsion et la dérivation antique, j'avoue qu'en voyant Galien le déclarer l'*inventeur* de la révulsion, de la dérivation, j'ai quelque peine à en croire plutôt M. Malgaigne, qui affirme le contraire.

M. Malgaigne, qui ne veut pas des autorités quand elles le gênent, les accepte quand elles lui paraissent le servir. A l'appui de son opinion sur ce qu'il nomme les *rêves* de Galien, il a invoqué le témoignage de M. Daremberg, de Watts; mais il fait dire à M. Daremberg tout autre chose que ce qu'il dit. Est-ce que M. Malgaigne aurait lu M. Daremberg comme il a lu Casiri? Quant à Watts, notre collègue ne l'a pas lu du tout; il a pris dans l'article de M. Daremberg une ligne de Watts, qui ne rend nullement la pensée générale de cet auteur sur la doctrine des anciens.

Relativement à Celse, je dois des remercîments à mon collègue; il m'a fourni un passage qui, avec ceux que j'ai produits, complète un ensemble parfaitement concluant. Enoncé général d'une classe de moyens servant à attirer le mal au dehors, *evocare*; examen particulier de cette classe, avec indication, comme exemples, de la moutarde, du sel, du raifort, etc., qui, en érodant le corps, en tirent au dehors ce qui nuit, *quod mali est extrahunt*; enfin prescription vingt fois répétée de ces moyens dans la description particulière des maladies : rien n'y manque.

J'ai dit que Celse repoussait la saignée révulsive, dit M. Malgaigne (ce qui prouve, par parenthèse, qu'elle était déjà inventée de son temps). Cela n'est pas tout à fait exact; Celse l'admet clairement dans le cas d'hémorrhagie, lorsqu'il dit : Personne ne met de ventouse du côté opposé au point malade, si ce n'est pour faire diversion dans un écoulement de sang.

M. Malgaigne dédaigne ma citation de Pline, parce qu'elle émane d'un écrivain du grand monde. Est-il besoin de lui rappeler que les sciences n'étaient pas jadis diffuses comme de nos jours? qu'un naturaliste, un philosophe était parfaitement au courant des idées médicales de son époque, et que le langage de Pline dans ce cas ne fait que refléter la langue médicale d'alors?

Notre collègue n'a pas jugé à propos d'aller plus loin; il a laissé de côté Cœlius Aurelianus que j'ai cité, et bien d'autres que je pourrais citer encore. Je ne puis attribuer ces omissions qu'au désir de ménager les moments de l'Académie; j'imiterai sa réserve.

Quelle thèse, en définitive, notre honorable collègue a-t-il soutenue? J'avais dit que le séton dérivait de la grande idée de la révulsion de la médecine antique. M. Malgaigne ne voulait pas de cela. Il avance, pour me réfuter, que les anciens n'avaient pas l'idée de la révulsion; en effet, s'il en était ainsi, le séton ne pouvait pas dériver de cette idée. Première phase de l'argumentation de mon collègue.

J'accumule les textes pour montrer qu'il y avait une révulsion chez les anciens; j'ajoute que cette révulsion est, à peu de chose près, la nôtre. M. Malgaigne fait volte-face, renonce à sa première assertion, et se borne à dire que la *révulsion des anciens* (il y en a donc une maintenant!) ne ressemble guère à la nôtre. Deuxième phase de l'argumentation de M. Malgaigne.

Mon honorable collègue reprend la parole. Il n'est plus question de l'analogie ou de la différence entre la révulsion des anciens et celle des modernes. C'est, cette fois, la *doctrine* de la révulsion qui est en jeu. Les anciens n'en avaient pas; les modernes n'en ont pas davantage. Il ne reste rien à comparer; aussi M. Malgaigne ajoute-t-il seulement que les *exutoires* des anciens, ces mêmes exutoires qu'il niait quelques jours auparavant, avaient un autre but que les nôtres. Troisième phase. Nous en sommes là.

J'ai donc à m'occuper, dans l'état actuel de la discussion, des questions suivantes :

1° Existe-t-il une doctrine des principes de la révulsion, de la dérivation dans la médecine antique?

2° Jusqu'à quel point ces principes ressemblent-ils à ceux des modernes, si tant est qu'il en existe de nos jours?

3° Les exutoires en particulier ont-ils un but différent chez les anciens et chez les modernes?

Première question. — Existe-t-il une doctrine des anciens sur la révulsion et la dérivation?

D'abord, qu'est-ce qu'une doctrine? N'est-ce pas un ensemble de faits systématisés, c'est-à-dire rapprochés par un point commun, par un fait général qui montre leur affinité, leur origine semblable?

Les idées des anciens sur la révulsion et la dérivation offrent-elles ce caractère d'ensemble, d'induction des faits généralisés? Qui pourrait en douter?

Le fait capital, la base, le point de départ de cette doctrine, le voici. Il se fait très fréquemment dans le corps malade des mouvements, des déplacements du mal ou de sa cause immédiate; ces mouvements, quelquefois nuisibles, sont souvent favorables et procurent la guérison. L'art peut les provoquer dans ce sens.

Les anciens reconnurent non-seulement la réalité de ce fait, mais encore son immense portée. Ils en déduisirent une méthode thérapeutique qu'ils appelèrent tantôt révulsion, tantôt dérivation, suivant l'étendue et la direction du déplacement qu'ils cherchaient à produire. De là l'*avertere*, l'*evocare* de Celse; l'*antispasis*, le *paracheteusis* d'Hippocrate et de Galien.

Dès ce moment, la doctrine était créée. Que fallait-il encore? Il restait à exposer les règles, les principes qui fixent son application dans la pratique. Les anciens n'y ont pas failli.

L'observation leur apprit les rapports d'opposition réciproque qui se montrent, en pathologie, en thérapeutique, entre les membres inférieurs, les pieds, l'intestin, le rectum, l'anus, la vessie, l'utérus, et les membres supérieurs, la tête, le cerveau, les yeux, l'oreille, la gorge, les poumons, l'estomac; les rapports de même genre qui existent entre le crâne et la face, le derrière de la tête, du cou, et le cerveau, les yeux, les oreilles; entre les régions du dos, des lombes, et les parties antérieures du tronc, les poumons, l'estomac, l'intestin, la vessie, l'utérus; entre les membres droits et ceux du côté gauche; l'opposition analogue qu'on observe entre la peau et l'intestin, entre toute la superficie du corps et les régions profondes correspondantes.

Les anciens allèrent plus loin : ils découvrirent jusqu'aux relations mystérieuses de l'utérus et de la mamelle, des testicules et de certains organes fort éloignés de l'appareil génital.

Ils virent que des parties voisines les unes des autres se trouvaient unies, de manière que la maladie de l'une ou sa cause pouvait être déterminée sur l'autre et se dissiper par cette voie. Tel le nez à l'égard du cerveau, des yeux, de la gorge; le rectum à l'égard de la vessie, *et vice versâ*.

Une autre influence de ce voisinage ne leur a pas échappé : c'est qu'en attirant le mal vers une partie trop rapprochée, vers un organe trop étroitement lié avec l'organe malade, on risque de l'attirer en même temps vers celui-ci, par conséquent d'accroître la maladie. Ils notèrent que ce danger n'était pas le même à toutes les époques de l'affection, et qu'il différait aussi suivant le caractère de celle-ci.

Toutes ces notions, et je ne m'arrête qu'à ce qu'il y a de plus saillant, fournirent aux anciens une série de préceptes pratiques sur le mode d'application de la révulsion, de la dérivation. Ils ne s'en tinrent pas à cet égard à de simples généralités. Ils suivirent les applications de cette méthode curative dans les divers ordres d'affections, dans les hémorrhagies, dans les flux, dans les hydropisies, dans les fluxions, les névroses, etc. Ils exposèrent les détails de cette méthode à propos des maladies particulières de chaque organe, à propos des affections du cerveau, des yeux, des oreilles, de la gorge, des poumons, de l'estomac, de l'intestin, du foie, de la rate, des organes génito-urinaires, des maladies des os et des articulations, etc., etc. Ils montrèrent qu'il fallait employer différemment la révulsion, la dérivation, suivant que la maladie est aiguë ou chronique, qu'elle est à son début ou à une période plus avancée, enfin selon les tendances que la nature manifeste vers une issue par telle ou telle voie.

Est-ce assez? Faut-il ajouter que les anciens n'ont pas apporté moins d'attention à déterminer la nature des moyens propres à remplir les indications de la révulsion, de la dérivation, qu'ils se sont attachés à régler le choix de ces moyens suivant toutes les circonstances générales et particulières qu'ils avaient signalées?

M. Malgaigne ne veut voir que des évacuants dans les révulsifs, dans les dérivatifs de la médecine antique. Nul doute que les évacuations de toute sorte ne soient un grand moyen de révulsion, de dérivation. Est-ce à dire pour cela que les anciens n'aient pas distingué les deux modes d'action? qu'ils n'aient pas vu que les purgatifs, par exemple, agissent tantôt comme évacuants révulsifs ou dérivatifs? Celse ne dit-il pas explicitement que certains remèdes n'agissent pas d'une seule manière, mais sont utiles par deux effets qui ne se contrarient point?

La ligature des membres, les frictions, les sinapismes, les pédiluves, que les anciens rangeaient parmi les révulsifs, ne sont pas assurément des évacuants.

Mais, objecte mon honorable collègue, il y a des contradictions, des obscurités, des *imaginations* dans cette doctrine des anciens. Personne ne le nie. Cela peut-il ôter à ce grand ensemble son caractère de doctrine? N'en est-il pas moins dans la plupart des points la pure systématisation des faits réels, incontestables et parfaitement coordonnés?

Les difficultés dans l'interprétation de la doctrine antique portent surtout sur la distinction de la révulsion, de la dérivation; c'est qu'en effet ces deux choses se confondent souvent. Que la diversion se fasse dans un point assez rapproché, mais à l'opposite de l'organe malade, est-ce une dérivation? est-ce une révulsion? Qu'elle s'exerce sur la région affectée, mais dans un point de la surface du corps, n'ayant que des communications fort éloignées avec l'organe souffrant, la même incertitude se reproduit. Mais qu'importe cet embarras dans quelques détails? la méthode n'en subsiste pas moins, quel que soit le nom qu'on lui donne. Les modernes ont pris le meilleur parti; ils confondent généralement les deux choses; révulsion et dérivation sont aujourd'hui des mots à peu près équivalents.

Ma conclusion sur la première question que j'ai posée, c'est qu'elle ne peut pas se résoudre autrement que par l'affirmative. Oui, les anciens avaient une doctrine, des principes touchant la révulsion, la dérivation.

Deuxième question. — Jusqu'à quel point la doctrine, les principes des anciens sur la révulsion et la dérivation sont-ils les mêmes que notre doctrine, que nos principes actuels, si tant est que nous en ayons?

Dans la médecine moderne, M. Malgaigne, après les arabistes, ne trouve à citer qu'une polémique sur la saignée, puis A. Paré, et plus près de nous Barthez. La découverte de Harvey aurait, suivant lui, fait oublier la révulsion entre le seizième siècle et l'époque de Barthez.

Mon collègue aurait pu nous rappeler, au lieu du chirurgien A. Paré, le médecin Fernel, fidèle interprète et zélé disciple des anciens. On aurait ainsi vu la doctrine antique de la révulsion et de la dérivation florissant au seizième siècle comme au temps de Galien. Si M. Malgaigne avait lu ce que Fernel dit des attractifs ou *élitiques*, il n'aurait pas opposé cette classe de médicaments aux révulsifs, aux dérivatifs; car, précisément en vertu de leur propriété attractive, ces substances étaient employées pour produire la dérivation, la révulsion.

La découverte de la circulation du sang ne fit nullement tomber dans l'oubli la doctrine des anciens sur la révulsion et la dérivation. On trouve, depuis Fernel jusqu'à nos jours, une suite non interrompue de partisans de ces méthodes curatives, qui en développent les principes

à la manière des anciens, qui les mettent en pratique et en rapportent les résultats avantageux. Il suffit de nommer pour le dix-septième siècle Sennert, Rivière, Willis, Ruysch, Ethmuller, Stahl, Baglivi. La révulsion et la dérivation par la saignée donnèrent seules lieu à des discussions animées, à la suite desquelles l'opinion déjà professée par Celse finit par l'emporter sur l'autorité de Galien; mais c'est là un point dans la doctrine de la révulsion, qui n'en souffrit aucune atteinte.

Ainsi se trouve comblé ce vide de deux siècles que M. Malgaigne a cru voir dans l'histoire de la révulsion et de la dérivation.

Arrivons avec mon honorable collègue aux travaux de Barthez. Si on l'en croit, ce sont les seuls, parmi les modernes, qui présentent une doctrine des principes touchant la révulsion, la dérivation. M. Malgaigne traite d'ailleurs ces principes comme ceux de Galien : ce sont de savantes billevesées.

Je ne viens pas défendre Barthez; sa renommée a d'autres fondements que son *Mémoire sur les fluxions*, d'ailleurs trop sévèrement jugé par mon collègue. Mais je déplore qu'à cette occasion M. Malgaigne ait voulu réveiller de vieilles rivalités entre l'école de Paris et celle de Montpellier. Montpellier, Paris, ces deux colonnes d'un même édifice, quoique d'un ordre un peu différent, ne se déparent pas l'une l'autre. Unissons-les; fondons, s'il se peut, leurs mérites propres : la science, l'humanité y gagneront. Mais le mémoire de Barthez, qui date de près de soixante ans, ne représente nullement les idées actuelles sur la révulsion, même pour l'école de Montpellier. Quoi qu'en dise M. Malgaigne, il y a une doctrine moderne de la révulsion. Je comprends sous ce nom la dérivation. On en trouve le premier germe dans le *Traité de l'inflammation* de J. Hunter, un peu antérieur au mémoire de Barthez. Pinel, en collaboration avec notre savant collègue M. Bricheteau; Broussais, par lui-même ou par les thèses de ses élèves; Guersant, notre collègue M. Roche ont successivement perfectionné cette œuvre, couronnée par les monographies de MM. Sabatier, Cazenave et Marotte. Voilà les véritables sources où M. Malgaigne aurait dû puiser les principes modernes de la méthode révulsive. En quoi ces principes diffèrent-ils de ceux des anciens? Ils en diffèrent par le langage, par des rectifications, des additions dans les détails : voilà tout; le fonds est le même.

Nous ignorons ce qui se passe au sein des organes dans le phénomène de la révulsion. Cela tient au secret de la vie, à ses actes intimes. Comment donc désigner ce *quelque chose* qui cause la maladie et qui paraît se déplacer ou s'évanouir par l'effet de la révulsion? Les anciens se sont souvent contentés de dire qu'on détournait, qu'on attirait ailleurs, qu'on dérivait, qu'on révulsait dans ce cas le vice, *vitium*, ou ce qu'il y a de mauvais, *quod mali est* (Celse), ce qui produit la maladie (Hippocrate). C'était sage, c'était énoncer simplement le fait en termes irréprochables. Mais l'esprit humain va toujours au delà de ce qu'il voit; ce qu'il ne sait pas, il l'imagine. La doctrine des humeurs fit irruption dans cette belle doctrine de la révulsion, elle en devint le pivot, et, chose bien surprenante assurément, la forme qu'elle lui imprima durait encore au dix-huitième siècle. Barthez en fut le dernier représentant. Ferai-je un crime à Galien, avec M. Malgaigne, d'avoir puissamment contribué à nous doter de cette forme de langage médical appliquée à la révulsion? Qui sait si nous n'eussions pas fait pire à sa place.

De nos jours, qu'a-t-on fait? On a chassé les humeurs; fort bien. Comment les a-t-on remplacées? Hunter, prudent comme Hippocrate, se borne à dire que la révulsion ou la dérivation est la cessation d'une action morbide dans une partie par suite de la production d'une action dans une autre partie. Ailleurs pourtant il se risque un peu plus. Dans l'inflammation, dit-il, « les révulsifs et les dérivatifs agissent probablement en faisant cesser l'*irritation* d'une partie par la naissance d'une autre *irritation*. » La définition de Broussais est calquée sur cette dernière explication. Les autres modernes, ou bien introduisent, comme Hunter, comme Broussais, l'idée d'irritation, d'augmentation de la force vitale, de l'action organique; ou bien se bornent à exprimer le fait, comme dans la première définition de Hunter, avec des changements peu importants dans les termes; ou enfin se servent des mots *congestion*, *afflux*, *fluxion*.

J'ai dit que l'on rirait peut-être un jour de tout cela, et là-dessus M. Malgaigne de rire à l'avance. Quoi! m'a-t-il dit, voilà votre foi; voilà le cas que vous faites de vos propres principes! Mon cher collègue fait ici confusion; la doctrine de la révulsion n'est nullement attachée à ces explications empruntées aux idées dominantes de chaque époque. Ces idées spéculatives, création mobile de notre esprit, passent; les faits, leur expression pure restent. Mes principes, ceux du moins dont je me suis fait le champion, ce sont les lois éternelles de la révulsion, que nous tenons des anciens; l'interprétation de ces lois, je vous l'abandonne.

M. Malgaigne ajoute que nous ne saurions avoir de doctrine de la révulsion, parce qu'il nous manque une théorie qui explique le mode d'action des révulsifs. Ceci ressemble fort à une logomachie. Expliquer dans les sciences comme la nôtre, c'est simplement démontrer la dépendance d'un fait par rapport à un autre qui lui est antérieur et supérieur, et qui exige lui-même une explication; de sorte que dans cette série de causes et d'effets nous pouvons bien remonter quelques chaînons, mais non atteindre aux derniers, ou les causes premières, enveloppées d'un voile trop épais pour notre vue débile.

Ne demandez donc pas à une doctrine de vous dire les causes premières; ne lui demandez même pas d'atteindre un point déterminé de la chaîne des phénomènes qu'elle embrasse.

Quel que soit le point où elle s'arrête, vous ne pouvez lui refuser son droit de domicile dans la science dès qu'elle forme un corps systématique, et surtout quand il s'agit d'un art, de la thérapeutique, elle pose les règles et les principes.

Je réponds à la deuxième question :

Oui, il existe à Paris comme à Montpellier des principes, une doctrine de la révulsion qui, s'ils ne sont pas identiques sur tous les points avec la doctrine des anciens, lui sont néanmoins redevables de ce qu'ils renferment de plus essentiel, de plus utile, de plus éminemment pratique.

Ce n'est donc pas une chimère que cette grande idée de la révulsion que j'ai attribuée aux anciens! Grande idée, en effet; elle plane sur toute la pathologie, sur toute la thérapeutique; elle embrasse tous les âges de la science, elle repose sur trente siècles, car elle remonte plus haut qu'Hippocrate, et elle comprend jusqu'à ce siècle de M. Malgaigne, le seul, suivant lui, qui ait su observer. Supprimez demain cette idée, et la thérapeutique s'écroule par la base.

Regardez donc autour de vous; considérez un moment ce que vous-même vous faites chaque jour.

Qu'est-ce que vos sinapismes, vos purgatifs dans l'apoplexie et dans toutes les affections cérébrales? Qu'est-ce que vos laxatifs dans les plaies de tête? Qu'est-ce que vos purgations répétées dans les maladies cutanées? Votre contro-stimulisme dans les affections pulmonaires? Votre ipécacuanha contre la diarrhée, la dyssenterie? Vos onctions d'huile de croton, de pommade stibiée contre l'ophthalmie, la névralgie, la coqueluche? Enfin, toutes vos prescriptions journalières pour déplacer, détourner, dériver la douleur, la congestion, l'irritation, la fluxion, le flux, l'inflammation? Sinon l'emploi permanent de cette révulsion que nous a léguée la médecine antique. Vous ne prescrivez pas un bain de pieds que vous ne le deviez aux anciens!

Et certes ce n'est pas la moindre part dans cet héritage. Qui de nous, s'écrie Gœleik, pour peu qu'il connaisse la pratique des anciens ainsi que celle des modernes, qui de nous ignore cette remarquable efficacité des pédiluves?

Il y a peu d'années, un chirurgien des plus distingués employa dans la sciatique un procédé de révulsion importé de la Corse, la cautérisation de l'hélix avec le fer rouge; il proclama cette opération un des moyens les plus puissants contre cette maladie, et surtout, quand il réussit, le plus rapide et le plus merveilleux dans son action. Qu'était-ce que cela? N'était-ce pas une ingénieuse application de ces paroles du livre *Des humeurs*, de ce livre qui révolte tant M. Malgaigne? révulsion, dans les affections du bas, vers le haut. Le croiriez-vous pourtant? l'éminent opérateur renie aujourd'hui ce service, qu'il doit à Hippocrate ou à quelque Grec de son école, car ce chirurgien, vous l'avez présumé, n'est autre que notre collègue M. Malgaigne lui-même.

Ceci m'amène à examiner la troisième question.

Les exutoires ont-ils un but différent chez les anciens et chez les modernes? M. Malgaigne nie que les cautérisations avec le fer rouge, dont les anciens étaient si prodigues, eussent jamais pour objet la révulsion, la dérivation. Celse les conseillait pour évacuer les matières *peccantes;* Galien n'en dit rien en parlant des moyens de produire la révulsion. Paul d'Egine faisait comme Celse, ou cautérisait pour empêcher la pituite d'arriver aux parties malades, aux yeux, par exemple.

Le feu possédait de nombreuses vertus aux yeux des anciens, même appliqué sur la peau saine. Il desséchait, fortifiait, resserrait. En détruisant les vaisseaux, il agissait par interception, comme on disait autrefois; c'est-à-dire qu'il interceptait le cours des humeurs qui se portaient aux parties malades. De là l'opération cruelle de Celse, de Paul d'Egine dans l'ophthalmie, opération déjà décrite dans les livres hippocratiques.

Cette idée d'interception ne nous semble absurde aujourd'hui que par la manière dont les anciens l'exprimaient et la réalisaient; n'oublions pas qu'ils ne connaissaient pas les lois de la circulation. Nous la pratiquons aujourd'hui, et dans la même circonstance, cette interception qu'ils nous avaient laissée comme une erreur; nous arrêtons les progrès de l'ophthalmie par la cautérisation des vaisseaux dilatés qui entretiennent l'inflammation de la cornée.

Mais ce ne sont pas encore là toutes les propriétés du feu, d'après les anciens. Le feu était un évacuant, par la suppuration qui le suit. C'est même pour cela que M. Malgaigne ne veut pas admettre qu'il fût aussi un dérivatif, un révulsif. Je l'ai déjà dit, l'évacuation était pour les anciens un grand moyen de dérivation; à ce titre, l'écoulement de l'humeur au dehors par un fonticule était comme les purgatifs, suivant les cas, un dérivatif, un révulsif : c'est ainsi que l'ont entendu tous les commentateurs, tous les copistes, tous les partisans des anciens. C'est ce qui résulte d'une lecture attentive des textes de la médecine antique. C'est ce qu'exprime sans la moindre équivoque le passage de Celse sur les maladies de la hanche. C'est pour appeler au dehors, déplacer par conséquent la matière nuisible, *evocare*, qu'il veut qu'on applique le fer rouge dans la coxalgie et les maladies semblables; ce terme, *evocare*, ne signifie pas seulement, comme le croit M. Malgaigne, faire écouler les humeurs de la plaie, faire suppurer; il renferme implicitement le sens de la révulsion, du déplacement de l'humeur qui cause la maladie. Aussi Celse se sert-il du même mot en parlant des frictions, qui ne produisent assurément point de suppuration, mais appellent aussi la cause du mal, comme la moutarde, dans un autre lieu que le point malade.

Galien parle peu du feu; mais Galien devait publier une *Chirurgie* qui n'a point paru ou qui est perdue pour nous; il n'est pas étonnant qu'il ait réservé pour ce traité ce qu'il avait à dire du feu. Et malgré cela, on trouve encore dans plusieurs de ses écrits la trace de l'action révulsive et dérivative que les anciens attribuaient au cautère actuel.

M. Malgaigne a parlé de Paul d'Egine. Il a cité à plusieurs reprises la nouvelle traduction de M. Briau. Je croirais pourtant qu'il ne l'a pas encore assez méditée. Paul d'Egine ne songe pas à la révulsion! Ecoutez, je vous prie, le court passage où il traite des ventouses sèches : « Nous ne faisons usage des ventouses ni au commencement des maladies ni quand il y a pléthore, mais seulement lorsque tout le corps a été d'abord évacué, qu'il n'y a plus d'afflux dans la partie, et qu'enfin il est nécessaire d'*opérer quelque mouvement, de soulever et d'attirer l'humeur vers le dehors.* » (*Chirurgie* de Paul d'Egine, traduite par Briau, chap. XII, p. 199.)

Est-ce là de la révulsion, de la dérivation?

Il serait oiseux d'insister davantage sur ce point. Je n'ajouterai qu'un mot. On croit avoir inventé de notre temps la cautérisation superficielle dans le traitement des névralgies. Cœlius Aurelianus l'a conseillée depuis longtemps en ces termes pour la sciatique et les affections du psoas : *Cauteris longiatique igniti immitendi, qui quidem utem tangere minime debeat.*

Etait-ce encore pour *évacuer* par la suppuration qu'on avait recours à ce procédé contre la douleur? Non, sans doute, car on sait qu'il n'y a pas de suppuration dans ce cas. C'était donc de la révulsion analogue à celle de la moutarde, de la cautérisation objective et de tous les agents du même genre.

En résumé, au sujet de la troisième question, les anciens employaient le cautère actuel, les espèces d'exutoires qu'il produit dans des intentions diverses et pour satisfaire à un grand nombre d'indications tantôt réelles, tantôt plus ou moins hypothétiques; mais on ne peut nier que cette médication n'eût très souvent à leurs yeux un but semblable à celui dans lequel nous l'employons encore aujourd'hui, lorsque nous voulons produire la dérivation, la révulsion.

Le séton, il est temps d'y revenir, n'était d'abord, vous le savez, qu'un mode de cautérisation. Voilà comment, soit à l'état de *sétoïde*, soit à l'état de séton complet, soit enfin heureusement dépouillé dans les temps modernes de ce qui en faisait un cautère actuel, il a été regardé pendant des siècles et est encore considéré comme un puissant agent de révulsion. Loin de moi l'idée que cette antiquité, que cette approbation des siècles soient une démonstration suffisante de l'utilité des exutoires et en particulier du séton.

D'ailleurs même, en accordant à ces moyens des avantages certains, incontestables, il reste encore à déterminer dans quelle mesure il convient de les mettre en usage; et à cet égard, l'expérience des siècles est évidemment insuffisante pour résoudre toutes les questions. Il faut, à ce point de vue, de nouveaux faits, ou au moins la mise en œuvre des faits acquis. C'est dans ce sens que j'ai sollicité l'aide de mon savant collègue, que j'ai fait à ses lumières un appel qu'il n'a pas compris en le qualifiant de *désespéré*. Non, je ne désespère pas du séton ni des autres exutoires, mais je demande qu'au milieu de ce conflit des observations nouvelles surgissent, des observations exactes. Faites sans prévention, sans partialité, elles ne pourront que tourner au profit de l'art et des malades eux-mêmes. Ce sera l'unique moyen de corriger et de prévenir l'abus que l'on a souvent fait de ces moyens : abus qui, en provoquant une réaction contraire, a nui à la juste appréciation de leur utilité réelle.

Je sais gré à mon honorable collègue d'avoir invité la jeunesse studieuse à venir observer dans mes salles. Oui, sans doute, dirai-je comme M. Malgaigne, l'expérience passe avant l'autorité; nous serons toujours d'accord sur ce point. Mais il faut que l'expérience soit bien acquise, que les faits ne soient pas dénaturés par la prévention, par une opposition systématique.

M. Bouvier termine en rectifiant quelques-unes des remarques critiques de M. Malgaigne sur ses propres observations.

— La parole est à M. Bouley.

(*La fin au prochain numéro.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du 19 novembre, l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen a été réorganisée de la manière suivante :

Professeurs titulaires. — Anatomie et physiologie, M. Lechevallier. — Pathologie externe et médecine opératoire, M. Leroy. — Clinique externe, M. Leprestre. — Pathologie interne, M. Maheut. — Clinique interne, M. Vastel. — Accouchements, maladies des femmes et des enfants, M. Lebidois. — Matière médicale et thérapeutique, M. Lecœur. — Pharmacie et notions de toxicologie, M. Lepetit.

Professeurs adjoints. — Clinique interne, M. Faucon. — Anatomie et physiologie, M. Roulland.

Professeurs suppléants. — Pour les chaires de médecine proprement dite, M. Chancerel. — Pour les chaires de chirurgie et d'accouchements, M. Denis. — Pour les chaires d'anatomie et physiologie, M. Liégard. — Pour les chaires de sciences accessoires, M. Détaux.

M. Liégard est nommé chef des travaux anatomiques.

M. Vastel, professeur de clinique interne, est nommé directeur de ladite école.

— Par arrêtés des 19 et 21 novembre, M. Cazeneuve, professeur de clinique interne à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Lille, est nommé de nouveau directeur de ladite Ecole.

M. Lavalle, professeur d'histoire naturelle et de matière médicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon, est nommé directeur de ladite Ecole en remplacement de M. Salgues, nommé directeur honoraire.

— Par arrêté du 19 novembre, sont nommés à la Faculté de médecine de Strasbourg :

Aide clinique (internat des hôpitaux), M. Fritz.

Aide de botanique, M. Liétard.

— Le chiffre total des inscriptions prises à la Faculté de médecine de Paris, du 2 au 15 novembre 1855, est de 966.

L'année dernière à la même époque le chiffre était de 964.

Le nombre des premières inscriptions cette année est de 180. Il n'était l'année dernière que de 151.

— La science vient de faire une perte très regrettable dans la personne de M. Moraweck, professeur de chirurgie à la Faculté de Wurzbourg. Le talent du jeune professeur, son habileté opératoire et son inépuisable obligeance lui avaient acquis l'estime du monde savant et l'affection de ses élèves. M. Moraweck a succombé à une pneumonie.

Réclamation. — Dans notre feuilleton du 13 novembre, nous avons cru devoir accueillir une réclamation de M. Viel, relative aux perles d'éther. Aujourd'hui nous recevons une lettre de notre honorable confrère le docteur Lavalle, directeur à l'Ecole de médecine de Dijon, qui s'élève contre les prétentions de M. Viel.

La *Gazette des Hôpitaux* ne pouvant ni ne voulant prendre part à des discussions de priorité, nous nous bornons à enregistrer ici la protestation de M. Lavalle, et déclarons que nos éloges n'ont porté que sur les *perles d'éther*, quel qu'en soit l'inventeur. — Dr A. Foucart.

— M. le professeur Piorry commencera ses leçons cliniques le mercredi 28 novembre, et les continuera les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine.

La visite aura lieu à huit heures et demie très précises.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 138. — MARDI 27 NOVEMBRE 1855. (28e ANNÉE.) N° 138. — MARDI 27 NOVEMBRE 1855.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 26 NOVEMBRE 1855.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'Académie a entendu la communication d'un cas d'application heureuse du perchlorure de fer en injection pour un anévrisme d'une petite artère, l'artère ophthalmique. Deux circonstances importantes sont à noter dans cette observation : l'absence d'accidents et la plénitude de la guérison ; guérison non-seulement de l'anévrisme, mais des lésions et des troubles fonctionnels qui en avaient été le résultat, tels que l'exophthalmie, l'altération de la vue, la déformation de la face, etc. C'est un beau résultat à enregistrer.

M. Cl. Bernard a communiqué à l'Académie la suite des recherches de M. Stilling sur la structure des nerfs. Ces dernières recherches ont porté sur la structure de la cellule nerveuse. La cellule nerveuse avait été considérée jusqu'ici comme composée d'une enveloppe sans structure déterminée et douteuse pour les cellules centrales ; d'un parenchyme mou, d'un noyau renfermé dans ce parenchyme, et d'un nucléole contenu dans ce noyau. Mais la structure de ces diverses parties et leur mode de connexion étaient également inconnus. M. Stilling s'est efforcé de combler cette lacune. Voici les principaux résultats de ses études :

Il a trouvé une enveloppe évidente aussi bien dans les cellules nerveuses centrales que dans les cellules nerveuses périphériques. Cette enveloppe lui a paru constituée par une quantité innombrable de petits tuyaux très fins, semblables à ceux qui composent le réseau de la fibre nerveuse primitive.

Le parenchyme, également composé par une masse d'innombrables petits tuyaux égaux à ceux de la fibre primitive, mais formant par leur intime union une sorte de tissu glandulaire, est en rapport de contiguïté en dehors avec l'enveloppe de la cellule nerveuse ; en dedans, avec le noyau.

Celui-ci a une constitution analogue à celle du parenchyme ; il présente, comme lui, un double contour interrompu par de petits tubes allant en dehors vers le parenchyme de la cellule, et en dedans vers le nucléole.

Enfin, le nucléole est composé de trois couches concentriques de chacune desquelles on voit partir des prolongements qu'on peut suivre souvent jusqu'aux bords du noyau.

M. Stilling a constaté, en outre, que toutes les cellules nerveuses centrales sont pourvues de prolongements composés par des tuyaux de la même nature que ceux qui constituent le parenchyme de la cellule nerveuse, dont ils ne sont qu'une dépendance.

Dans une courte note qui n'est que le préambule d'un mémoire prochainement annoncé, M. Delpech a signalé à l'attention de l'Académie une maladie spéciale des ouvriers employés à la fabrication des objets en caoutchouc. C'est à l'inhalation des vapeurs du sulfure de carbone qu'il attribue les accidents constatés chez ces ouvriers. La pathologie et l'hygiène publique sont également intéressées à ce que les recherches de M. Delpech soient prochainement complétées et publiées. — Dr Brochin.

PLESSIMÉTRIE STÉTHOSCOPIQUE.

Nouveau mode d'exploration par l'emploi simultané de la percussion et de l'auscultation.

L'auscultation et la percussion ne sont pas un des moindres progrès de la science médicale, et le diagnostic de beaucoup d'affections est devenu par leur secours d'une grande précision. On ne comprend même plus maintenant comment la pratique médicale serait possible sans leur intervention ; de tous les sens, celui de l'ouïe est devenu le plus indispensable au médecin. Mais il faut une longue habitude pour perfectionner l'oreille au point de discerner des nuances très légères, pourtant importantes, de ton, de timbre et d'intensité. Les hommes les plus expérimentés ne parviennent pas toujours, quoiqu'on en dise, à percevoir des différences très peu sensibles de sonorité permettant de limiter exactement un organe, un épanchement, une tumeur, etc. Dans beaucoup de cas, un à peu près suffit, mais aussi dans beaucoup d'autres un moyen facile et certain d'*indication mathématique* rendrait les plus grands services. Ce moyen est le suivant, que l'auteur, M. le Dr O'Rorke, s'étonne de ne voir décrit nulle part, à cause de sa simplicité sans doute, et qu'il a vu employer par un médecin américain, à Honolulu aux îles Sandwich, pour délimiter exactement une tumeur du foie.

Il faut deux observateurs pour pratiquer ce mode d'exploration. L'un ausculte au moyen du stéthoscope, tandis que l'autre percute sur le doigt au moyen d'un liége en cône tronqué emmanché à la façon d'un petit maillet à une tige assez longue. Le coup doit être sec et bien détaché, plus ou moins fort, suivant qu'on percute plus ou moins profondément, absolument à la façon ordinaire. Le doigt peut être remplacé par tout autre plessimètre si l'on croyait qu'il ne fût pas le plus commode, le plus simple et le meilleur de tous les instruments. Le stéthoscope doit être placé, suivant les cas, plus ou moins près de l'endroit percuté.

Tandis que l'oreille de celui qui percute ne distingue que les bruits assez forts et les différences assez tranchées de sonorité, l'oreille de celui qui ausculte perçoit les bruits les plus légers et leurs plus petites nuances, grâce à la solidité des parois du corps et du stéthoscope qui les transmettent sans perte à l'oreille.

Il devient, de cette manière, extrêmement facile de tracer sur le cadavre ou sur le vivant les limites exactes du cœur, du foie, des parties de l'intestin remplies de substances solides, liquides ou gazeuses, des cavernes pulmonaires, de la direction des gros vaisseaux, etc., avec infiniment plus d'exactitude que par la plessimétrie ordinaire.

Le seul reproche qu'on puisse lui adresser est d'exiger le concours de deux observateurs, l'un qui percute, l'autre qui ausculte ; mais ce n'est pas là un obstacle à son emploi dans les circonstances exceptionnelles où ce procédé pourrait rendre service. Il paraît aussi très difficile de pouvoir remplacer par un mécanisme percuteur l'aide obligé, car la percussion, toute simple qu'elle soit, demande à être intelligemment dirigée. En tout cas, la plessimétrie stéthoscopique peut et doit être expérimentée.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

De la céphalée.

Dans un espace de temps assez court, j'ai eu à traiter dans mon service plusieurs cas curieux de céphalée ; j'en ai obtenu la guérison par des moyens un peu étranges en apparence.

Au n° 9 de la salle Saint-Bernard était couchée une femme qui depuis cinq mois éprouvait des douleurs de tête continuelles, s'accompagnant d'exacerbations nocturnes, d'une exostose sur la bosse coronale du côté droit, de tuméfaction légère sur l'un des pariétaux et incontestablement de lenteur dans l'exercice de la pensée. J'ai administré de l'iodure de potassium sans aucun résultat ; j'ai alors prescrit le mercure, et il a fait merveille. Les choses se passent fréquemment ainsi pour les accidents tertiaires de la syphilis, tandis que le contraire s'observe souvent pour les phénomènes secondaires.

Nous avions récemment au n° 29 *bis* de la même salle une jeune fille qui accusait une douleur de tête très persévérante jour et nuit, mais surtout la nuit. Nous constatâmes chez elle un mal de gorge, de l'extinction de voix ; mais point de lésions du côté des os ni de la peau, point d'alopécie. Rien ne nous révélait l'existence de la syphilis constitutionnelle, et cependant je donnai du calomel à doses fractionnées. Le premier jour, il y eut un peu d'amendement ; le lendemain, une amélioration marquée. La même dose (5 centigrammes en dix prises) fut continuée pendant six jours ; la céphalée se dissipa, mais il resta une douleur de tête symptomatique de la stomatite mercurielle, qui céda à l'emploi du chlorate de potasse. Elle est sortie guérie ; mais je crains que si elle ne se met à l'usage de l'iodure de potassium la céphalée ne reparaisse, bien que je ne sois pas convaincu de l'infection syphilitique.

Au n° 10 est entrée une femme de trente-huit ans, atteinte d'une céphalée dont l'invasion remonte à deux mois. Il n'y a point d'exostoses et rien du côté de la peau. Les douleurs sont très vives pendant le jour, tandis que la nuit apporte un peu de rémission ; mais elles ne cessent jamais complétement, et l'exacerbation diurne est invariable. Cette femme a pris du calomel de la même manière que la jeune fille du n° 29 *bis*, et la première nuit elle s'est trouvée un peu mieux. Je continuai la prescription, mais l'amélioration ne persista point ; je persévérai néanmoins, et j'obtins durant quelques jours un amendement très notable ; je ne lâchai toujours pas prise, et la malade ne souffrit plus du tout après avoir pris 25 centigrammes de calomel en 50 paquets. Le chlorate de potasse combattit la salivation mercurielle ; les douleurs de la bouche diminuèrent, celles de la tête finirent ; les règles, qui étaient fort en retard, réapparurent, et cette femme, dans les meilleures conditions possibles de santé, nous a demandé son *exeat*.

Pourquoi ai-je eu recours à ce traitement ? Je n'en sais rien ; mais ayant soigné des céphalées vénériennes présentant des caractères presque identiques, je me suis placé au point de vue d'une céphalée syphilitique ; il y a là, en effet, une indication à saisir. Dans d'autres cas, je n'en vois pas. J'ai guéri, mais je ne peux pas affirmer que j'aie eu affaire à une céphalée vénérienne ; car il m'est quelquefois arrivé de guérir par le même moyen des hommes ne présentant aucune trace d'affection syphilitique et n'ayant aucun intérêt à dissimuler des accidents de cette nature.

Le mercure est un agent considérable ; il ne s'adresse pas seulement à la vérole, mais il s'administre encore tous les jours dans des maladies aiguës. Eh bien, pourquoi n'attaquerait-il pas parfaitement aussi les maladies chroniques, et la céphalée, par exemple ? Je me suis placé, je le répète, à un point de vue empirique.

Au n° 31, je soigne différemment une femme qui souffre d'une odieuse céphalée nocturne et diurne déterminant un accablement d'esprit très appréciable. Le cyanure de potassium ayant échoué, j'ai fait alors appliquer sur la tête du calorique à doses très élevées. Voici comment je m'y prends en pareil cas : je coiffe les malades d'un bonnet double en calicot, et j'introduis dans la doublure du sablon ordinaire préalablement chauffé et porté à une température de 45 et même de 50 degrés centigrades. La femme du n° 31 reste couchée, portant un bonnet qui ne pèse pas moins de 2 kilogrammes ; elle ne le conserve jamais plus d'une demi-heure ; la religieuse le lui ôte alors et le replace ainsi deux ou trois fois par jour. Cinq jours après que ce traitement a été commencé, cette malade ne souffrait presque plus ; j'ai continué, et au bout d'un mois elle était guérie d'une céphalée dont l'invasion remontait à cinq mois, et qui lui faisait endurer les plus atroces douleurs.

Le beau-père d'un de mes amis vint me consulter pour une céphalée qui n'était pas sans beaucoup l'inquiéter depuis deux ans. Craignant une attaque d'apoplexie, il avait cessé de s'occuper d'affaires, vivait dans le repos et la retraite, s'était fait poser des sangsues à l'anus, avait pris des pilules aloétiques, des pédiluves, etc. ; mais ce malheureux homme était toujours sous la terreur que lui inspirait une attaque d'apoplexie. Quand je le vis, il avait simplement un peu de congestion ; et précisément à cause de cela j'eus recours au sachet de sable chaud à 40 degrés pour commencer.

Il se convainquit bien qu'il n'avait point de congestion, surtout lorsque j'augmentai successivement et jusqu'à 48 degrés l'intensité du calorique. Ce malade guérit au bout de quinze jours ; mais quelques mois après des douleurs de tête étant survenues, je recommençai de nouveau et avec le même succès.

Il y a dix-huit mois, une personne de la province, comptant des aliénés et des paralytiques dans sa famille, et elle-même rhumatisante, vint me demander des conseils au sujet d'une céphalée violente qu'elle attribuait à une congestion cérébrale. Je la guéris encore au moyen du sable chaud.

On ne prend pas au hasard et les yeux fermés tout ce qui se trouve dans l'arsenal thérapeutique ; on a des motifs, en général. Eh bien, voici le mien : si vous venez à mettre la main gauche dans de l'eau chaude et la main droite dans de l'eau froide, l'une (la main gauche) sera glacée toute la journée, tandis que l'autre (la main droite) restera chaude. Lorsque le calorique est appliqué pendant quelque temps sur une partie du corps, il donne lieu à une réaction en sens inverse. Cependant, allez-vous me dire, c'est du froid qu'on met d'ordinaire pour éteindre l'acte congestif. C'est vrai, et on a raison. Mais si on discontinue, on commet une faute, à cause de la réaction contraire qui peut s'opérer. Voyez ce qui se passe en chirurgie ; on a recours à des robinets d'eau fraîche dans des cas de fractures comminutives. C'est qu'en effet le froid continu amène le *décongestionnement*, et le froid non continu la congestion.

Les applications énergiques de calorique congestionneraient sans doute ; mais maniez-les avec prudence, ne les faites qu'à inter-

valles, et vous verrez presque immanquablement se produire la tendance inverse. De même, les bains de mer sont des moyens puissants pour porter la congestion vers la peau, et les bains chauds répétés ne sont que des agents susceptibles d'en éteindre la sensibilité exagérée. Les médecins spéciaux des affections cutanées attaquent un eczéma du visage par des douches chaudes réitérées pendant deux mois. Ils mettent du calorique en contact avec la face, l'eau froide donnant l'eczéma, ce que l'hydrothérapie prouve péremptoirement.

Envoyez des rhumatisants à Néris, ils guériront; de même à Luchon, à Chaudes-Aigues, à quelque eau minérale que ce soit, pourvu que la température en soit élevée.

Mon sable chaud est à même de vous représenter parfaitement ce qu'il est permis d'attendre des effets du calorique. J'ai ainsi guéri des rhumatisants inefficacement traités jusque-là; des hydarthroses chroniques contre lesquelles on avait dirigé sans succès vésicatoires, onguent mercuriel, iodure de potassium, cautères, etc. Dans les campagnes, savez-vous quel remède on emploie souvent contre les douleurs? On applique sur la partie malade du son grillé ou de l'avoine chaude, au sortir de la poêle. Or, comme vous le supposez bien, ce n'est ni le son ni l'avoine qui guérissent, mais bien le calorique.

La malade du n° 31, qui avait toujours trop chaud à la tête, a froid maintenant; aussi la voyez-vous enveloppée d'une couche épaisse de quate, précaution sans laquelle elle s'enrhumerait infailliblement. Cette femme est aujourd'hui dans les meilleures conditions de santé, et elle nous quittera avant peu de jours.

Est-ce à dire que toutes les céphalées guérissent par ces moyens? Non; mais j'ai voulu ne pas laisser passer des faits pratiques d'un grand intérêt, et montrer quelques moyens nouveaux de guérir une maladie souvent si rebelle.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. CHASSAIGNAC.

Fracture du tibia.

Observation recueillie par M. Alfred Vautier, et présentée à la Société de chirurgie.

Un homme se trouvant debout devant une table, interpellé en arrière par l'un de ses camarades, se retourna brusquement et avec vivacité. Dans ce mouvement, le pied du membre droit se trouve fixé entre la table et un tabouret. Immobilisée dans cette position, la jambe ne peut suivre les mouvements de rotation du corps; elle se brise, et le blessé retombe assis sur son siége.

Il est apporté aussitôt à l'hôpital Lariboisière, où l'on constate une fracture de jambe complète *sans déplacement*.

Le membre est placé provisoirement dans une gouttière; quelques jours après l'on applique l'appareil de Scultet.

Après quelques jours passés sans accidents, apparition de frissons fréquemment renouvelés; accidents fébriles très intenses; douleurs diffuses dans la jambe et le pied; puis ictère, frissons de plus en plus fréquents; fièvre très vive; délire; coma. Mort après tous les accidents de l'infection purulente.

Autopsie. — Abcès métastatiques très nombreux dans les poumons. Un seul abcès dans le foie.

Les veines de la face dorsale du pied droit forment un réseau de cordons durs et cylindriques, contenant des caillots dans leurs cavités; la saphène interne contient dans une hauteur de 10 à 15 centimètres, à sa partie inférieure, du véritable pus phlegmoneux. Cette collection est bornée supérieurement par des caillots; il existe seulement un caillot bien formé, très adhérent, à l'embouchure de cette veine dans la veine fémorale.

Epanchement purulent dans l'articulation du genou droit.

Epanchement purulent et sanguinolent dans l'articulation tibio-tarsienne droite.

Fractures. — 1° Le *tibia* est fracturé à l'union de son tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs. La fracture est obliquement dirigée de haut en bas et de dehors en dedans; en sorte que s'il s'était fait un déplacement, le fragment supérieur aurait été nécessairement entraîné en bas et en dedans. De l'extrémité inférieure du V que forme la surface de cette fracture, part une *fissure* qui se dirige aussitôt en arrière, traverse en spirale la face postérieure de l'os et arrive sur le milieu de la cavité triangulaire de l'extrémité inférieure du tibia, qui s'articule avec le péroné. De là cette fissure se prolonge sur la surface articulaire du tibia qui répond à l'astragale, en divisant le cartilage d'incrustation, et se dirige transversalement vers le bord postérieur de la malléole interne; puis, en dernier lieu, elle se réfléchit sur la face postérieure du tibia de bas en haut et de dedans en dehors, remonte sur cette face dans l'étendue de 5 à 6 centimètres et s'arrête à 15 millimètres environ de la branche supérieure de la fissure, *sans la rejoindre extérieurement.*

De la sorte, tout un segment de la partie postérieure du tibia, attenant à l'articulation tibio-tarsienne, se trouve presque complétement séparé du reste de l'os, auquel il n'est plus relié que par une languette de tissu compacte d'un centimètre et demi d'étendue environ, intermédiaire aux deux fissures descendante et ascendante de la face postérieure du tibia. Il est facile d'imprimer des mouvements à ce segment osseux, et l'on sent qu'il suffirait d'un faible effort pour rompre cette languette et le séparer complétement.

C'est donc une fracture incomplète.

2° Le *péroné* présente des fractures multiples avec esquilles. Sa partie supérieure est séparée du reste de l'os, à l'union du quart inférieur du membre avec les trois quarts supérieurs, et suivant un plan dirigé obliquement en bas et en dedans. Les deux lèvres de la fracture se continuent sur le fragment inférieur, pour contourner toutes deux l'os en spirale et se rejoindre sur la partie externe et supérieure de la malléole, en détachant dans l'aire qui les sépare un long fragment osseux. Puis la fracture se continue de là à la face interne de la malléole, exactement au-dessus de la facette intra-articulaire, et remonte en spirale pour s'unir à la lèvre postérieure de la fracture précédemment décrite.

En résumé, fracture multiple, à quatre fragments: l'un supérieur, formé par les trois quarts supérieurs de l'os; un inférieur, formé par la malléole, très obliquement séparée suivant un plan qui se dirige de haut en bas et d'avant en arrière; deux moyens ou intermédiaires: l'un considérable, de la hauteur de 9 centimètres, formé par le quart inférieur des faces postérieure et externe du corps de l'os, et sur lequel on voit encore une fissure de 4 à 5 centimètres; l'autre de 3 à 4 centimètres en hauteur, sur la face externe.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

Sur les effets de l'hypostaphyse (prolapsus ou procidence de la luette).

Par le docteur L.-J. CABARET (de Saint-Malo), membre correspondant de la Société médicale d'émulation, etc.

Mme D..., âgée de cinquante ans, d'un tempérament nervoso-sanguin, née de parents sains et robustes, mère de plusieurs enfants, n'ayant jamais été en proie à d'autres maladies qu'à une angine gutturale se répétant à de longs intervalles et cédant toujours à une thérapeutique rationnelle, éprouva, au mois de mai 1854, une bronchite, qui, d'abord faiblement intense, ne lui inspira que peu d'inquiétude. Elle l'attribua aux refroidissements opérés par les alternatives atmosphériques auxquelles l'exposait sa profession de marchande ambulante, et se borna à lui opposer quelques jours de repos, la diète et des boissons pectorales; la bronchite parut céder, et la malade se croyant guérie, quoique toussant toujours, reprit ses pénibles travaux. Bientôt la toux augmenta sensiblement jusqu'au mois de septembre, époque à laquelle la malade fit appeler M. B..., officier de santé. Voici les symptômes qu'il constata lors de sa première visite, qui eut lieu le 21 de ce mois: oppression assez forte, toux fatigante, crachats muqueux; douleur gravative, profonde à la région sous-sternale qui donnait à la percussion un son très mat; soif vive, langue couverte d'un enduit muqueux, rouge sur les bords et à la pointe; sensibilité à la région épigastrique; constipation, nausées, et parfois des vomissements; peau chaude et sèche, pouls dur et fréquent.

M. B... pratiqua une saignée, prescrivit une infusion de fleurs de mauve et de violette édulcorée avec le miel blanc, une potion gommeuse et la diète absolue. Point d'amélioration.

Le 22, mêmes symptômes. — Cataplasmes émollients sur la poitrine.

Le 23, la position étant la même, on revint à la saignée.

Le 24, léger soulagement. Vingt sangsues à la partie supérieure et antérieure de la poitrine; cessation de la douleur épigastrique.

Le 25, la saignée fut jugée encore nécessaire, à cause de la persistance de la douleur thoracique, de la toux et de la difficulté de respirer. Cette fois Mme D... ressentit un mieux notable; une sueur abondante survint, la douleur de la poitrine diminua considérablement et la respiration devint plus facile. Le mieux se soutint jusqu'au 29 septembre; mais, le même jour, les symptômes de la phlegmasie pectorale reparurent avec une nouvelle violence: phlébotomie, sang couenneux, épais; le soir, on administra 30 grammes de sirop de morphine.

Le 30, faible soulagement. — Un vésicatoire au bras gauche.

Du 4 octobre au 4 novembre, la toux persista avec expectoration de crachats abondants et jaunâtres; la respiration était pénible, la douleur sous-sternale supportable. La région du thorax qu'elle occupait donnait un son mat dans un grand espace. La fièvre était incessante, et s'accompagnait chaque jour de paroxysmes qui se terminaient par des sueurs nocturnes aux membres supérieurs, à la tête et à la poitrine.

La maigreur faisait des progrès, malgré la conservation de l'appétit.

Les eaux iodurées et sulfureuses de Challes, l'infusion de lichen d'Islande, l'huile de foie de morue, le sirop d'iodure de fer furent administrés sans succès.

Du 5 au 25 novembre, la malade recourut aux lumières de plusieurs confrères, qui portèrent un pronostic fatal.

Le 10 décembre, je fus appelé en consultation. Après avoir entendu la narration des circonstances commémoratives ci-dessus rapportées, j'examinai attentivement la malade, dont la respiration était très accélérée. Elle ressentait dans la poitrine des douleurs vives et passagères, plus marquées pendant la toux et les mouvements respiratoires. Elle était en proie à des efforts presque continuels de déglutition et d'excrétion de mucosités. La région du larynx était le siége d'une douleur permanente accompagnée de titillations. La pâleur du visage, son excessive émaciation, son abattement physique et moral paraissaient traduire la désorganisation d'un viscère essentiel à la vie. Néanmoins la cavité du thorax, soigneusement explorée, rendait un son parfait dans toute son étendue, excepté à son sommet, où elle offrait une matité évidente. Le pouls était petit, fréquent, irrégulier.

Ayant inspecté l'isthme du gosier, je constatai que la luette, mollasse, allongée et flottante sur la partie postérieure de la langue, était le siége d'un engorgement œdémateux.

Je pensai sur-le-champ que le prolapsus de cet appendice provoquait les graves accidents auxquels la malade était en butte. Je proposai, en conséquence, la suspension de tout médicament intérieur, et l'excision de la luette comme l'unique moyen thérapeutique à mettre en usage. L'opération fut exécutée immédiatement.

Mme D... fut assise sur une chaise, en face d'une croisée, la tête inclinée en arrière contre la poitrine d'un aide. Placé devant elle, je lui fis ouvrir largement la bouche, et, vu son indocilité, on la maintint ouverte, en plaçant un morceau de liége dans chacun des angles de la mâchoire. On assujettit également la langue avec une spatule. Alors, engageant une pince à polype fenêtrée dans l'arrière-bouche, avec la main gauche je saisis la luette avec assez de force pour qu'elle ne s'échappât pas, et la portai en avant et vers le côté droit de la bouche; puis, ayant la main droite armée de ciseaux boutonnés et courbés sur le plat, je les dirigeai presque verticalement dans cette cavité. La partie supérieure de la luette, entre leurs branches jusqu'à leur articulation, fut excisée en entier.

Cette opération, peu douloureuse, ne donna lieu qu'à une très faible hémorrhagie. Un gargarisme alumineux arrêta promptement le suintement séreux et sanguinolent qui lui succéda, et la petite plaie résultant de l'excision fut cicatrisée au bout de quelques jours.

Le 15 décembre, diminution de la fréquence de la toux; respiration plus facile; expectoration moins abondante; sueurs nocturnes peu marquées; paroxysmes fébriles moins violents; disparition complète de la douleur du larynx et des efforts de déglutition; augmentation de l'appétit, facilité de la digestion.

Le 18, changement très favorable dans l'état de la malade. L'alimentation fut progressivement augmentée.

Le 26, toux de plus en plus rare; quelques crachats muqueux, blancs. La percussion donnait un son clair dans toute l'étendue de la poitrine. La chaleur de la peau était normale; le pouls avait perdu considérablement de sa vitesse. Plus de paroxysmes fébriles ni de sueurs pendant la nuit. La maigreur avait fait place à un embonpoint augmentant graduellement.

Le 15 janvier 1855, Mme D... cessa tout régime. La toux avait entièrement cédé, et toutes les surfaces de la cavité thoracique, percutées avec soin, résonnaient comme dans l'état physiologique. L'embonpoint était plus considérable qu'avant la maladie. Depuis cette époque, elle n'a pas cessé de jouir d'une bonne santé.

Ce résultat m'a paru digne de remarque. Ne paraît-il pas démontré que l'affection pulmonaire était entretenue par le prolapsus de la luette? Elle s'aggrava, en effet, sous l'influence de la thérapeutique adoptée, et sa guérison s'effectua promptement aussitôt qu'on eût pratiqué l'excision de l'uvule.

Serait-il donc avéré que des viscères essentiels à la vie peuvent contracter de graves lésions en conséquence du prolapsus d'un organe aussi peu important que la luette? Serait-il donc ridicule d'admettre que cette cause particulière pût dans le cas rapporté imprimer à l'affection qu'elle développa un caractère spécial qui la disposât à céder à la pratique de l'excision?

Chacun reconnaîtra une phthisie pulmonaire dans l'affection dont je viens d'offrir l'assemblage de la majorité des signes qui la caractérisent habituellement.

Alléguera-t-on la guérison inattendue de notre malade? Tout le monde sait aujourd'hui que Laënnec, M. le professeur Andral, Rogée et plusieurs autres ont mis hors de toute contestation la curabilité de la phthisie pulmonaire.

Mais chez Mme D... cette maladie était-elle étroitement liée à la procidence de la luette? Le succès de l'opération me paraît le prouver d'une manière évidente. *Naturam morborum ostendunt curationes.*

L'hypostaphyse, considérée comme résultant soit d'une dégénérescence organique, d'une infiltration séreuse ou d'une inflammation, est un état sur lequel les anciens (Celse, A. Paré, etc., etc.) ont appelé l'attention, et qui a occupé quelques praticiens modernes. Dionis raconte (*Opérations de chirurgie*, p. 651) que « dans » les pays froids, comme la Norwége, les habitants sont sujets à un » catarrhe causé par une pituite, qui durant l'hiver distille sur la » luette, et la grossit tellement que les malades suffoqueraient si on » ne les secourait. Mais la maladie est si pressante qu'ils n'atten- » dent point des médicaments le retour de leur santé; c'est pour- » quoi ils ont recours à l'opération, par laquelle ils coupent cette » partie le plus promptement qu'ils peuvent. Ce mal est si fréquent » qu'ils ont toujours des instruments prêts pour faire cette opé- » ration. »

Portal, Physick, Beckern, Lisfranc, MM. Velpeau et Cruveilhier ont constaté que, par son contact avec la base de la langue, la luette produit dans le gosier un très incommode agacement et donne lieu à des symptômes qui paraissent se rattacher à des maladies beaucoup plus graves, à la gastrite, etc., etc. M. Pétrequin (*Anatomie médico-chirurgicale*, p. 180) dit avoir vu des cas de ce genre qu'on traitait pour des phthisies laryngées, des entéralgies, etc., etc.

Si, comme le démontre péremptoirement l'exemple que nous venons de rapporter, un très grand mal tient souvent à une bien petite cause, le médecin ne devra pas trop temporiser toutes les fois qu'il s'agira de remédier aux lésions de la luette; il se souviendra que fréquemment son excision constitue l'unique ressource thérapeutique propre à combattre victorieusement une foule d'accidents remarquables par leur ténacité et susceptibles d'en imposer pour une affection alarmante.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

ADDITION A LA SÉANCE DU 20 NOVEMBRE 1855.

M. BOULEY. Je monte une deuxième fois à cette tribune seulement pour tâcher de restituer aux paroles que j'ai prononcées dans l'avant-dernière séance un peu du sens et de la raison que j'avais essayé de leur donner, et dont M. Malgaigne s'est plu à les dépouiller.

M. Malgaigne ne me semble pas avoir fait preuve vis-à-vis de moi d'une bien grande force de dialectique. Il me fait dire, dans son discours, que j'ai *abusé* du séton parce que j'étais forcé d'obéir aux exigences de mes clients. Je n'ai pas dit cela; j'ai dit: En vétérinaire *on abuse* du séton. Et j'ai essayé de faire comprendre pourquoi.

« M. Bouley, a-t-il dit encore, met des sétons dans toutes les maladies; il n'est pas étonnant qu'il leur attribue tant de guérisons. Si je plaçais quand même un séton à chacun des quatre-vingts malades de mon service, il est probable que j'obtiendrais les mêmes succès que lui. »

Voilà ce que j'appelle de la caricature. Rétablissons les choses dans leur réalité. M. Malgaigne voulait qu'on vînt à cette tribune avec des faits; j'y suis venu, et j'ai dit: Il y a telle, telle et telle maladie, que j'ai énumérées, où j'ai vu d'une manière si fréquente la coïncidence

entre l'application du séton et la guérison, que je me crois en droit d'établir entre ces deux faits un rapport de connexité, et j'ai essayé de donner, dans quelques cas, l'interprétation du mode d'action du séton.

Il y a eu dans le discours de M. Malgaigne une exclamation qui m'a piqué au vif, je l'avoue, et qui prouve que s'il a de la charité pour les bêtes, il n'en a pas tout à fait autant pour ses collègues. Pauvres bêtes! s'est écrié M. Malgaigne à propos des longs sétons dont je vous ai parlé. Et puis, comme si je les avais conseillés pour l'homme, il a ajouté que la surface du corps humain ne suffirait pas pour l'application de sétons de cette dimension.

Mais pourquoi me prêter un rapprochement qui était si loin de ma pensée, que j'ai eu soin de dire en commençant, que, vétérinaire, je parlerais de choses exclusivement vétérinaires, sans prétendre en rien faire des applications à la médecine humaine? Sans doute des sétons comme ceux que nous mettons seraient pour l'homme des moyens barbares; mais pour les animaux il n'en est pas ainsi, car leur sensibilité est bien autrement obtuse que celle de l'homme. Nos moyens sont proportionnés à l'état des organismes sur lesquels nous agissons.

Mais il fallait que M. Malgaigne fît rire; de là son exclamation.

Les vétérinaires, suivant M. Malgaigne, en sont encore à l'âge des naïves croyances;

L'illusion féconde habite dans leur sein;

ou, pour parler un langage moins poétique, ils ne savent pas ce qu'ils font. Leur pratique est tout empirique; ils seraient bien en peine s'il leur fallait exposer les règles qui les guident dans l'application des sétons.

Il ne m'appartient pas de venir faire devant vous un exposé de doctrines. Mais puisque, aussi bien, un défi nous est porté, il est de mon devoir de formuler purement et simplement les principes d'après lesquels nous agissons.

Trois faits que j'appellerai ici primordiaux, parce qu'ils se manifestent d'une manière constante et qu'ils peuvent être considérés comme l'expression d'une loi supérieure, servent de base en vétérinaire à la thérapeutique, dont le séton est un des moyens principaux. Je ne recherche pas si ces faits que j'appelle primordiaux sont interprétés ou interprétables. Je les prends tels qu'ils se produisent, et ils me suffisent pour les besoins de ma cause.

Premier fait. — Etant donnée une souffrance locale, il se produit dans l'organisme une réaction générale proportionnée. Ce fait est, ce me semble, d'observation journalière.

Je ne pratique pas à un cheval une opération tant soit peu douloureuse, sans que je voie consécutivement la circulation s'accélérer, la chaleur se développer à la peau, la sueur suinter par tous les pores; et dans quelques cas extrêmes, l'exaltation nerveuse est telle, que les animaux sont pris comme de vertiges, et se jettent tête baissée sur les murs. Cela étant, n'est-il pas rationnel, lorsqu'un animal est sous le coup d'une maladie qui l'accable, de tâcher de réveiller les actions vitales par le développement à l'extérieur d'inflammations artificielles, qui sont des moyens puissants d'excitation, et qui, par l'action reflexe de la moelle, aujourd'hui si bien étudiée, peuvent ranimer le foyer central prêt à s'éteindre.

C'est ce que nous faisons par l'intermédiaire des sétons; et nous avons soin, pour augmenter leur puissance, de les animer avec les agents médicamenteux les plus actifs, tels que l'ellébore, le sublimé corrosif, l'onguent vésicatoire, etc.

Deuxième fait. — C'est celui qui est si bien formulé par le fameux aphorisme hippocratique : *duobus doloribus*, ou *laboribus*, etc. M. Malgaigne, à ce propos, a fait un peu de la chicane grammaticale; il a prétendu que l'aphorisme ne se comprenait pas si l'on substituait le mot *labor* au mot *dolor*. Il me semble cependant que la première expression est la meilleure, et que les faits de la physiologie, comme ceux de la pathologie, témoignent de la vérité de l'aphorisme ainsi rédigé. Soit, par exemple, une vache laitière : ce qui va se passer dans son organisme suivant qu'on exigera de lui la production du lait, de la force ou de la graisse, prouvera bien que les activités vitales se contre-balancent. Ainsi, si vous exigez que la vache travaille, la sécrétion lactée diminuera, et il se formera peu de dépôts graisseux dans le tissu cellulaire. Si vous voulez que la bête engraisse, ne lui demandez ni travail ni lait; si vous voulez qu'elle vous donne du lait, ne lui demandez ni graisse ni travail; ou si vous exigez les trois choses à la fois, vous les aurez en quantité beaucoup moindre que si vous n'aviez voulu en avoir qu'une seule. Preuve que les activités fonctionnelles se contre-balancent, et que quand l'une prédomine, les autres sont d'autant atténuées. Prenez maintenant cette même vache en pleine activité de sécrétion lactée, administrez-lui un purgatif; et, le litre en main, vous pourrez mesurer la diminution de la sécrétion des mamelles, qui sera proportionnelle à l'abondance de la sécrétion intestinale. Maintenant, que si au lieu d'une inflammation artificielle, c'est une maladie qui se déclare, une pneumonie, par exemple, eh bien, dans ce cas, le fluxus pulmonaire va produire le tarissement presque complet du fluxus des mamelles; elles vont se flétrir. Etant donnés ces faits, n'est-il pas rationnel de chercher à les imiter, dans le cas où une maladie fait spontanément invasion, en produisant un fluxus artificiel dans certains points d'élection, pour tâcher d'atténuer d'autant le flexus morbide qui se concentre sur un organe interne. C'est ce que nous faisons avec nos sétons.

Troisième fait. — L'activité de l'absorption interstitielle est en raison inverse de la plénitude de l'appareil circulatoire, et en raison directe de la vacuité. C'est là un fait dont nous devons la démonstration à la physiologie expérimentale. Est-ce que les chiens que Magendie empoisonnait avec l'upas introduit dans le tissu cellulaire ne mouraient pas plus vite après la saignée? Est-ce que leur empoisonnement n'était pas retardé lorsque l'on injectait de l'eau dans les veines au point de produire une pléthore artificielle? Cela étant, nous nous guidons d'après ce fait pour tâcher d'activer l'absorption, en déterminant par l'abondante sécrétion dont nos sétons sont le siége une déplétion incessante de l'appareil circulatoire. La première fois que j'ai pris la parole sur cette question, j'ai comparé exprès le cheval, que nous mettons momentanément dans ces conditions, à la vache laitière. Cette dernière, ai-je dit, n'est jamais grasse, parce qu'elle *fuit*, si je puis ainsi dire, par la mamelle, parce que la déperdition incessante dont cet organe est la source active incessamment aussi l'absorption interstitielle. De même en est-il du cheval chargé de sétons; il n'y a de différence que dans la nature du liquide qui s'échappe; mais ce liquide est formé aux dépens du sang, et l'influence de cette déperdition sur l'absorption interstitielle est la même. Cela posé, une longue sécrétion humorale ne sera-t-elle pas une condition favorable à la résorption des produits morbides dans la trame des tissus? Si, évidemment, et la pratique le démontre bien.

Voilà les principes qui nous guident. M. Malgaigne n'a fait qu'en rire au lieu de les combattre. Soit; mais j'espère cependant avoir démontré à l'Académie que notre pratique si ridiculisée est raisonnée et raisonnable.

M. Malgaigne regrette que M. Bouley ait pu voir quelque chose de blessant pour lui dans son discours; il retire volontiers tout ce qui serait de nature à blesser sa susceptibilité. S'il a ri, ce n'est pas des hommes, mais des choses, de la doctrine de la révulsion, qui ne lui paraît pas mériter d'être traitée d'une manière sérieuse. On lui a reproché d'être facétieux; sans doute il n'a pu entrer dans son intention de rire des choses saintes de la médecine, mais ce n'est pas la faute de l'orateur si les choses dont il parle excitent par elles-mêmes l'hilarité. Quant à la vérification des faits invoqués par MM. Bouvier et Bouley, c'est à la clinique qu'il faut en renvoyer l'examen.

M. le Président se dispose à déclarer la discussion close.

M. Malgaigne dit qu'il est autorisé à réclamer la parole pour M. Bouillaud pour la séance prochaine.

Appareil destiné à suppléer les muscles paralysés. — M. Duchenne (de Boulogne) présente un malade privé de l'usage du pouce par suite d'une atrophie musculaire progressive des muscles de l'éminence thénar, auquel il a restitué l'énergie et l'intégrité des mouvements au moyen d'un appareil qu'il a fait construire à cet effet. Nous reviendrons sur cette communication.

— La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 19 novembre 1855. — Présidence de M. Regnault.

Anévrisme de l'artère ophthalmique guéri au moyen des injections de perchlorure de fer. — M. Bourguet (d'Aix) lit un mémoire qui a pour sujet l'observation suivante :

Le sujet, âgé de douze ans et demi, présentait une série de tumeurs anévrismales d'un volume et d'une constitution variables, correspondant aux branches frontale, nasale et palpébrale supérieure de l'artère ophthalmique; l'œil était en grande partie chassé de sa cavité.

Une première injection de sept à huit gouttes de perchlorure de fer à 28 degrés étant restée sans résultat, je procédai à une seconde composée de dix-sept à dix-huit gouttes. Sous l'influence de cette dernière injection, il se forma des caillots dans les points mis en contact avec le liquide coagulant. Ces caillots s'étendirent de proche en proche et finirent, au bout de quelques jours, par remplir toutes les portions dilatées de l'artère ophthalmique.

Cette opération ne fut suivie d'aucun accident grave. Au bout de quinze jours la résolution commença à s'emparer de toutes ces tumeurs; un peu plus tard, l'œil rentra dans l'orbite; la vision, qui était presque entièrement abolie avant l'opération, se rétablit; enfin la difformité de la face, qui était très considérable, s'effaça à son tour et disparut peu à peu.

Aujourd'hui la guérison ne laisse rien à désirer. Ajoutons qu'elle date de près de dix mois.

Structure de la cellule nerveuse. — M. Bernard présente, au nom de M. Stilling, un nouveau travail sur la structure anatomique de la substance nerveuse, qui fait suite au précédent mémoire du même auteur; il a pour objet la structure de la cellule nerveuse. (Voir plus haut à l'article *Paris*.)

Maladie propre aux ouvriers en caoutchouc. — M. Delpech, dans une courte note, appelle l'attention de l'Académie sur une maladie spéciale et non décrite des ouvriers employés dans la fabrication des objets en caoutchouc. L'inhalation des vapeurs du sulfure de carbone détermine chez eux des accidents qui consistent dans des troubles variés de la digestion; dans une modification profonde de l'intelligence : hébétude, perte de la mémoire, etc.; dans une grave altération des fonctions du système nerveux : céphalalgie, vertiges, trouble des sens, paralysies plus ou moins complètes du mouvement, et surtout dans une impuissance génitale quelquefois absolue.

Le mémoire que l'auteur se propose de présenter à l'Académie contiendra l'exposé de faits assez nombreux et d'expériences faites sur les animaux, et l'indication de mesures d'hygiène publique et privée propres à soustraire les ouvriers à l'influence du sulfure de carbone.

— M. Cazaban, médecin à Aurice, près Saint-Sever (Landes), présente des remarques concernant les opinions des physiologistes sur la question de la transmission des sons et concernant la définition du losange donnée par les géomètres.

Choléra. — L'Académie renvoie à l'examen de la section de médecine, constituée en commission spéciale du concours pour le prix Bréant, les communications adressées par les auteurs dont les noms suivent :

M. Lavielle, de Peyrehorade (Landes), *Considérations pratiques sur le choléra et sur quelques épidémies qui se rattachent aux épidémies cholériques.*

M. Tardani (de Rome), addition à sa précédente note sur le choléra-morbus et sur les phénomènes d'endosmose considérés par rapport à cette maladie et à son traitement.

M. Arate, médecin à Naples, deux opuscules imprimés, intitulés, l'un : *Sur l'essence et la protogénésie du choléra*; l'autre : *Résultats obtenus de l'application de l'électricité au traitement du choléra.*

M. Voizot, complément à un précédent mémoire présenté par l'auteur au mois de juin dernier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 14 novembre 1855. — Présidence de M. Gosselin.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Vidal montre, comme il l'avait annoncé, deux anciens opérés de varicocèle par enroulement, et fait constater les particularités qu'il avait signalées dans la dernière séance. L'un de ces malades a été de plus opéré d'un phimosis. La réunion, effectuée par les serres-fines, a été obtenue en douze heures; les petits instruments ont été enlevés au bout de neuf heures.

— M. Chassaignac montre également deux malades affectés de varicocèle et traités par l'écrasement linéaire. L'un des deux est celui qui a été atteint d'accidents graves par suite de l'ouverture d'un sac herniaire.

M. Lenoir. L'existence d'une hernie constitue pour le varicocèle une complication grave. On conçoit que dans les procédés qui amènent une perte de substance on est presque inévitablement exposé à ouvrir le péritoine. Si une opération était jugée bien nécessaire dans cette occasion, il faudrait employer de préférence le procédé de Breschet, qui aurait l'avantage de déterminer avant l'ouverture de la séreuse la formation d'adhérences, et par suite une oblitération. Il y aurait certainement moins de danger qu'à la suite des procédés de MM. Chassaignac, Vidal et autres.

M. Chassaignac accepte ces objections, et partage l'avis de M. Lenoir. Il rappelle que dans le cas actuel il avait espéré la réduction complète du sac, sans quoi, s'il avait prévu son ouverture, il n'aurait pas mis en usage l'écrasement linéaire.

— Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. Larrey présente à la Société, de la part de l'un de ses membres correspondants, M. Tharsile Valette, un mémoire manuscrit sur l'*Ostéo-myélite des amputés.*

Cet accident consécutif des amputations dans la continuité, dont les symptômes ont été souvent méconnus ou confondus avec ceux de la pyohémie, a été observé par M. Valette dans les hôpitaux de Constantinople, et spécialement à l'hôpital de Péra, où il dirige aujourd'hui un service de chirurgie.

(M. le secrétaire général prendra connaissance du mémoire, et proposera, s'il y a lieu, son renvoi au comité de publication.)

M. Larrey offre en outre à la Société, de la part de M. le professeur Sands Cox (de Birmingham), un mémoire publié à Londres en 1845, sur l'*Amputation de la cuisse dans l'articulation de la hanche.*

Cet ouvrage, accompagné de planches et de tableaux statistiques, comprend l'histoire générale de l'opération, l'indication des cas qui peuvent la réclamer, des remarques anatomiques et les méthodes ou procédés de divers chirurgiens.

L'auteur complète son travail par l'observation détaillée d'une désarticulation coxo-fémorale qu'il a pratiquée en 1844 sur une jeune femme malade depuis deux ans d'une tumeur ostéo-fibreuse à la cuisse, et si heureusement guérie, qu'elle jouit encore à présent d'une très bonne santé.

Le fait dont il s'agit enfin dans le savant mémoire de M. Sands Cox serait une preuve de plus à citer en faveur des chances de l'amputation tardive.

— M. le docteur John Birkett fait hommage de son mémoire sur les *Tumeurs adénoïdes de la mamelle.*

(Des remercîments seront adressés aux auteurs de ces envois.)

— M. le Président annonce que MM. Rigal (de Gaillac), Goyrand (d'Aix) et Legouest, agrégé au Val-de-Grâce, membres correspondants, sont présents à la séance.

— M. Bouvier adresse une réclamation sur la rédaction du procès-verbal de la séance où la lettre de M. Gillebert d'Hercourt a été communiquée. On fait dire à M. Bouvier, à propos du résultat annoncé par notre confrère : « guérison *qui sera* un immense service rendu à l'orthopédie. » Il faut lire *qui serait*. M. Bouvier fait toutes ses réserves à ce sujet. Il est heureux d'avoir entendu M. Lenoir s'exprimer comme il l'a fait; mais il a ajouté qu'il serait encore plus heureux quand il aura pu vérifier par lui-même la réduction.

— A l'occasion du procès-verbal, M. Larrey rend compte de l'extirpation de tumeur qu'il a pratiquée au-dessus du genou (1). Nulle hémorrhagie ne s'est reproduite; la période de suppuration a été de courte durée, et aujourd'hui la plaie, recouverte entièrement de bourgeons vermeils, se rétrécit de jour en jour, et semble devoir être prochainement cicatrisée.

— M. Goyrand (d'Aix) communique le complément d'une observation d'éléphantiasis des parties génitales externes de l'homme, dont il a déjà donné une relation à la Société. La première tumeur occupait le prépuce; une récidive s'est manifestée aux bourses et a nécessité une nouvelle opération. M. Goyrand revient sur quelques points du rapport lu récemment sur ce sujet par M. Larrey et en particulier sur la récidive.

M. Larrey. D'après l'intéressante communication que M. Goyrand vient de faire à la Société, notre honorable collègue a voulu démontrer la tendance de l'éléphantiasis des Arabes à récidiver sur place. Je suis loin de contester la possibilité de cette repullulation; mais je suis porté à croire que dans le cas présent, comme dans beaucoup d'autres, c'est moins une récidive proprement dite qu'une marche progressive, une simple extension de la maladie développée primitivement dans le pénis, et complétant en quelque sorte son évolution dans les bourses, malgré l'extirpation pratiquée une première fois.

C'est du reste ainsi, ajoute M. Larrey, que l'éléphantiasis du scrotum semble avoir parcouru ses diverses périodes dans plusieurs des observations dont j'ai pris connaissance à l'occasion de mon récent rapport sur le mémoire de M. Clot-Bey. L'affection une fois déclarée sur un point des organes génitaux, fût-ce seulement au prépuce, y borne rarement ses limites, et tend presque toujours à envahir les bourses, qui en se tuméfiant à leur tour de plus en plus finissent par

(1) Voir le procès-verbal de la dernière séance.

distendre la peau du pénis jusqu'au point d'effacer et d'investir en quelque sorte cet organe en entier. On ne saurait donc, il me semble, attribuer à une récidive réelle la propagation ordinaire de l'éléphantiasis.

M. GOYRAND fait observer que la propagation du mal n'est guère admissible, car il y a eu deux années de guérison complète pendant lesquelles le mal avait disparu, et le scrotum était resté souple et normal. D'ailleurs cette propagation aurait dû partir du gland et progresser de là jusqu'au scrotum, et cependant les téguments de la verge sont restés parfaitement sains. Il y a donc eu récidive à distance. On aurait compris d'autant mieux la repullulation au siége de la première opération que la totalité du mal n'avait pas été enlevée, M. Goyrand n'ayant pas jugé à propos d'enlever complétement le gland déjà envahi, dans la crainte de voir survenir ce rétrécissement consécutif qu'il a toujours vu suivre l'amputation de la verge.

M. RIGAL a vu en 1845 un cas pareil pour lequel un jeune homme avait été réformé; le pénis avait 0,65 de longueur et pesait 2 kilogrammes et demi. Il songea à exhumer la verge proprement dite de cette masse énorme. Le gland avait subi un allongement notable. Le pénis, disséqué, put néanmoins être revêtu par une enveloppe cutanée nouvelle. Ce malade put depuis se marier et procréer. Chez lui, le gland n'avait jamais été découvert; aussi jouissait-il d'une extrême sensibilité, qui se révéla lorsqu'on introduisit des instruments par l'ouverture du prépuce.

A l'époque de l'opération, le scrotum présentait déjà quelques petites indurations, quelques légers tubercules. Il a appris depuis que le mal s'y était reproduit.

L'éléphantiasis est rare à Paris, mais M. Rigal l'a déjà observé sept à huit fois dans le département du Tarn et affectant divers siéges.

M. LENOIR. La récidive de l'éléphantiasis est peu commune, et de coutume l'ablation amène la cure radicale. Il a eu l'occasion de l'opérer deux fois : dans un cas, un commis en nouveautés avait le prépuce et la verge du volume du poing. Le prépuce et le fourreau du pénis furent enlevés. Il n'y a pas eu de récidive, et il a pu constater plus tard que le membre viril était en très bon état.

Dans un second cas très intéressant, et qui a fourni à M. Bergeron, son ancien interne, le sujet d'une bonne thèse, il s'agissait d'un matelot revenant du Brésil avec le scrotum du volume de la tête d'un enfant de quatre ou cinq ans; plusieurs traitements avaient été essayés sans succès. L'ablation fut faite, et au bout de trois ans il n'y avait pas de récidive.

M. GOYRAND avance que les médecins, plus que les chirurgiens, sont convaincus de la récidive fréquente. Plusieurs des premiers lui ont affirmé qu'après avoir amputé dans cinq ou six cas la jambe pour des éléphantiasis, ils avaient vu le mal reparaître dans le membre du côté opposé.

M. RIGAL rappelle qu'il n'y a pas eu de récidive dans un cas de tumeur éléphantiasique des petites lèvres cité dans l'ouvrage de M. Vidal. Quand le mal se reproduit, c'est plutôt par une sorte de reptation, de continuation que par une véritable repullulation.

M. GIRALDÈS se demande si, dans ces cas de reproduction du mal après l'opération, on n'a pas eu affaire à une sorte d'affection cancroïdale compliquant l'éléphantiasis.

M. CHASSAIGNAC a enlevé une petite lèvre éléphantiasique chez une jeune fille qui avait déjà été opérée huit ans auparavant de l'autre côté. Cette observation a déjà été communiquée à la Société l'an dernier.

Une autre femme était affectée de léontiasis, c'est-à-dire d'éléphantiasis de la face. Cette maladie avait amené un *epicanthus*. M. Chassaignac y remédia par l'opération d'Ammon, qui consiste à enlever un lambeau tégumentaire entre les deux yeux. Plus tard l'hypertrophie de la paupière devint si considérable, qu'elle amena l'occlusion mécanique de l'œil. Après avoir épuisé vainement toutes les ressources de la thérapeutique, il fallut faire l'excision d'une partie des téguments de la paupière supérieure.

M. VERNEUIL pense qu'il faut bien distinguer la récidive sur place et à distance de la tendance qu'ont certaines maladies à envahir à des époques différentes la totalité d'un organe ou des organes, ou des régions doubles et symétriques. On a déjà remarqué que l'éléphantiasis atteignait souvent les organes pairs : les deux petites lèvres, l'extrémité des deux membres inférieurs, les deux moitiés du scrotum, etc., etc. Si, après avoir amputé une jambe, la maladie au bout d'un certain temps envahit l'autre, cela n'est pas plus surprenant que de voir une cataracte, une hernie, des varices se reproduire dans l'œil, la région inguinale, la jambe, quand bien même on a déjà opéré de l'autre côté. La diathèse se continue, et voilà tout; il serait même surprenant que l'opération faite d'un côté mît l'autre à l'abri de l'invasion.

M. Verneuil constate dans certains cas l'affinité des caractères formes de l'éléphantiasis avec les tumeurs cancroïdes. La peau, dans le premier cas, présente, en effet, une hypertrophie considérable de la couche papillaire. L'hypertrophie papillaire, à son tour, touche de près aux tumeurs épithéliales. La complication dont M. Giraldès s'enquérait pourrait donc réellement exister. M. Verneuil ajoute quelques réflexions sur la nomenclature des tumeurs de la peau; et, d'accord avec M. Chassaignac, il pense que les noms doivent être dérivés de la composition anatomique.

— M. RIGAL fait une lecture sur l'appareil qu'il emploie depuis longtemps avec succès pour obtenir l'anesthésie. Il a pour but principal de graduer l'écoulement de la vapeur de chloroforme de telle façon qu'elle ne puisse jamais dépasser une certaine quantité dans un temps donné. Grâce à ces précautions, il n'a jamais eu à concevoir la moindre crainte ni à déplorer le moindre accident. Il fait remarquer qu'il n'y a pas, à ce propos, d'amélioration inutile, si minutieuse qu'elle puisse paraître. Il reconnaît l'habileté des maîtres; mais il y a grand avantage à mettre entre les mains des personnes peu exercées des instruments d'une grande précision, qui fonctionnent pour ainsi dire seuls et qui n'exigent pas une habitude spéciale. A ce titre, jamais un instrument n'est trop compliqué à ses yeux quand il remplace l'adresse individuelle et peut être manié par tout le monde.

M. MOREL-LAVALLÉE fait observer qu'après avoir employé quatre ou cinq mille fois l'éponge ou la compresse, et même chez de très jeunes enfants, il croit pouvoir absoudre ces deux moyens de tous les reproches qu'on leur adresse et de tous les dangers qu'on leur impute.

Certainement il y a grand avantage à graduer l'écoulement de vapeur anesthésique, mais il y a une chose qu'on ne pourra jamais graduer, c'est la vitesse du courant, très variable suivant que le sujet fait une grande ou une petite inspiration. En effet, une grande respiration introduit dans les poumons une quantité de vapeur très considérable et qu'on ne peut modérer.

M. RIGAL répond que son appareil règle non-seulement la quantité de vapeur qui s'échappe dans un temps donné, mais qu'au moyen de soupape la vitesse du courant est également régularisée. Il répond de même à quelques objections qui lui sont présentées par MM. Debout et Forget sur des questions de priorité.

— M. CHASSAIGNAC communique une observation relative à une fracture de jambe (voir ci-dessus) qui se rapporte avec une exactitude frappante à une variété nouvelle signalée par M. Gosselin sous le nom de fracture en V. La similitude entre la pièce pathologique de M. Chassaignac et l'une de celles de M. Gosselin est poussée si loin, que ce dernier avait cru tout d'abord qu'il s'agissait d'une même pièce.

M. GOSSELIN donne quelques détails sommaires sur les faits qui ont servi de base à la formation d'une variété distincte de fracture de la jambe; il y reviendra dans la séance prochaine, en montrant les pièces qui sont actuellement déposées au musée Dupuytren.

M. CLOQUET est frappé de la lésion très curieuse de la veine saphène interne dans le fait de M. Chassaignac. Il fait également remarquer l'absence de tout travail de consolidation, même au vingtième jour. Il a déjà vu le travail réparateur se suspendre dans des cas analogues, et demande s'il en était de même dans les observations de M. Gosselin.

M. LARREY. La *fracture en V*, si bien décrite par M. Gosselin, énonce seulement, d'après cette dénomination, la forme de la fracture. Le fait essentiel serait d'indiquer le mode d'action du fragment supérieur sur le fragment inférieur, ou cette sorte d'enclavement de l'un dans l'autre qui fait éclater celui-ci ou le brise en différents sens. C'est pourquoi je proposerais de substituer au terme de fracture en V la désignation de *fracture en coin*, comme exprimant à la fois la forme et l'effet de cette fracture si grave.

M. MARJOLIN. Après ce que notre honorable président vient de vous dire sur cette variété de fracture qu'il a étudiée avec tant de soin, il me reste encore à ajouter que ces fractures en coin si graves, bien que provenant de causes très diverses, doivent par cela même être envisagées sous le point de vue médico-légal. Vous avez dû tous être étonnés comme moi en voyant des désordres aussi étendus à la suite d'une cause aussi légère; et nul doute que chacun de nous, en examinant ces extrémités osseuses réduites en esquilles, n'eût dit que la lésion devait être le résultat d'une chute d'un lieu élevé ou d'une contusion violente. Cependant il n'en était rien; dans le cas qui nous a été soumis, il a suffi d'un mouvement brusque pour broyer littéralement la partie inférieure du tibia et du péroné d'un homme très fort.

Quelle peut donc être la cause réelle de ces désordres? Du moment qu'elle ne dépend pas de la nature même de l'accident ou de la contraction musculaire, il faut la rechercher dans la configuration même de la fracture; et en effet, le fragment supérieur, ayant la forme d'un coin, doit nécessairement, par le moindre mouvement de torsion, faire éclater en plusieurs morceaux ou fendre longitudinalement le fragment inférieur. Dès lors, on peut poser en principe de médecine légale que, dans les fractures dites en coin ou en V, l'état des fragments inférieurs dépend bien moins de la nature même de l'accident que de la forme du fragment supérieur.

M. HOUEL a retrouvé la fracture en V dans un certain nombre de pièces de la collection de M. Jobert. La lésion des os paraît évidente pour certaines d'entre elles; quant à l'éclatement, à la fissure, ils portent toujours sur le fragment inférieur, jamais sur le supérieur. Tous les malades affectés de cette variété sont morts d'infection purulente du vingt au trentième jour; leurs fractures ne présentaient pas de trace de consolidation.

M. DEBOUT. L'arrêt du travail de consolidation est un fait très commun dans les fractures chez l'enfant; il est fréquemment déterminé par une affection intercurrente, telle que la variole, la rougeole, etc.

— M. MAUNOURY présente deux tumeurs du sein extirpées à l'aide du caustique à la gutta-percha, et donne des détails sur le manuel opératoire, l'action du caustique, la durée du traitement, etc.

— La séance est levée à six heures moins un quart.

Le secrétaire de la Société : A. VERNEUIL.

CORRESPONDANCE.

A M. le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Que M. Malgaigne soutienne avec un rare talent d'avocat qu'Hippocrate, Galien, Celse, Rhazès et tous les auteurs anciens n'ont point parlé des révulsifs, des exutoires et en particulier des sétons, lorsque les passages où ces moyens thérapeutiques sont indiqués fourmillent dans leurs écrits, cela ne prouve qu'une chose, c'est que M. Malgaigne se moque de l'histoire ou ne la sait pas; que le même professeur vienne avec une incroyable assurance proscrire de la pratique, comme nuisibles ou inutiles, les révulsifs et les exutoires, c'est là une énormité thérapeutique dont le bon sens seul des praticiens ferait justice si l'Académie, par l'organe de MM. Bouvier et Bouley, ne l'avait déjà fait.

Mais les excentricités ne suffisent pas à M. Malgaigne, il lui faut aussi les calomnies, calomnies qu'on croit sans réplique, parce qu'on les dirige contre les morts, qui ne sont plus là pour répondre. Or ces morts ont laissé des parents et des héritiers de leurs noms qui regarderaient comme une lâcheté de laisser passer des diffamations posthumes. Le 22 novembre dernier, M. Malgaigne a prononcé devant 2,000 personnes le discours de rentrée de la Faculté de médecine pour l'année scolaire 1855-1856. Ce discours, consacré à l'éloge de M. Roux, contient le passage suivant :

« La mort de Bichat laissait un grand vide.... La tribune retentissante qu'il avait créée serait-elle condamnée au silence, surtout quand sur sa tombe à peine fermée des ambitions peu scrupuleuses, mettant au pillage ses idées, menaçaient de détourner à leur profit les lambeaux de ce grand héritage. *Déjà avait paru sous le nom de Bayle un nouveau mémoire sur les polypes utérins reproduisant les vues de Bichat et de M. Roux sans nommer ni l'un ni l'autre.* »

Neveu de Bayle, je dois à sa mémoire, qui m'est chère à tant de titres, de relever toutes ces faussetés.

Bayle n'a pas publié de mémoire sur les polypes; mais il inséra dans le numéro de vendémiaire an XI du journal de Corvisart (t. V, p. 62) des *Remarques sur les corps fibreux qui se développent dans les parois de la matrice*. Il nous apprend en commençant les sources où il a puisé les matériaux de son travail : « Les tumeurs fibreuses de l'utérus sont tellement fréquentes, dit-il, que dans l'espace de sept mois nous en avons consigné plus de quatorze exemples dans les registres d'anatomie pathologique de l'Ecole de médecine de Paris. Pour faire connaître avec exactitude tout ce qui les concerne, nous allons transcrire sommairement leur description basée sur les faits contenus dans celui des registres qui a été remis à l'Ecole de médecine au commencement de germinal an X. »

Bichat n'a rien écrit sur l'anatomie pathologique; M. Roux avait publié, trois mois avant Bayle et dans le même journal (thermidor an X), un *Mémoire sur les polypes utérins*.

S'il y avait ici une question de priorité, il est évident qu'elle serait en faveur de Bayle, puisque le mois de germinal, où ce jeune médecin, alors aide d'anatomie, présenta son registre à l'Ecole, est antérieur au mois de thermidor, époque de la publication du mémoire de Roux.

Mais il n'y a pas de question de priorité; les deux mémoires ont des rapports éloignés; mais diffèrent essentiellement l'un de l'autre; celui de Roux est surtout chirurgical; celui de Bayle ne contient que des recherches d'anatomie pathologique, dont le but est de décrire les corps fibreux de la matrice, les trois phases de leur évolution, et les moyens de les distinguer anatomiquement des tumeurs cancéreuses et autres qui peuvent se développer dans le même organe.

Au reste, aucune espèce de réclamation ne s'est jamais élevée entre Bayle et Roux au sujet de ces mémoires; le journal de Corvisart, où ils sont insérés l'un et l'autre, n'en contient aucune trace. En 1809, Roux reproduisit dans ses *Mélanges de chirurgie* le fonds du même mémoire, sans rien revendiquer contre Bayle.

Dans quelle source M. Malgaigne a-t-il donc puisé la calomnie historique que nous relevons? Nous n'avons pu la découvrir, quoique nous ayons parcouru avec soin tous les journaux du temps. Serait-ce là une invention de l'éloquent professeur, un moyen oratoire pour rehausser la gloire du chirurgien dont il faisait l'éloge? Nous n'osons le croire, et nous attendons que M. Malgaigne nous fasse connaître les sources qui l'ont abusé.

BAYLE.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le docteur Folie Desjardins, médecin-major du 95e de ligne, vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— La *Gazette médicale de Strasbourg* rend compte de la séance de rentrée de l'Académie de cette ville. M. le professeur Forget y a prononcé l'éloge de son honorable collègue M. Marchal, mort victime de son dévouement pendant l'épidémie de typhus qui a ravagé les prisons de Strasbourg. Nous espérons pouvoir donner cet éloge à nos lecteurs.

La séance a été terminée par la distribution des prix. Voici les noms des lauréats :

Prix de l'Université. — 1re année, M. Feltz, de Hattstadt (Haut-Rhin); — 2e année, M. Liétard, de Domremy (Vosges). — Mention honorable, M. Ehrmann, de Rixheim (Haut-Rhin); — 3e année, M. Libermann, d'Illkirch; — Mention honorable, M. Crussard, de Neufchâteau (Vosges); — 4e année, M. Fritz, de Schiltigheim.

Prix de thèses décerné par la Faculté. — M. Hecht, de Strasbourg (*Essai sur le spiromètre*); — Mentions honorables, MM. Aubenas (*Observations de gastrotomie*), Sala (*De la non-identité du typhus et de la fièvre typhoïde*), Leconte (*De l'empoisonnement par l'acide sulfurique*).

Ont été nommés dans l'année, après concours, internes à l'hôpital civil : MM. Picard, Spielmann, Bouchard, Levy, Fritz, Schützenberger.

— M. le docteur Barbier, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu d'Amiens, directeur honoraire de l'Ecole de médecine de cette ville, vient de mourir à l'âge de soixante-dix-neuf ans et six mois.

— M. le docteur Copeland, chirurgien extraordinaire de la reine d'Angleterre, est mort récemment à Brighton à l'âge de soixante-quatorze ans. On doit à M. Copeland plusieurs ouvrages importants, parmi lesquels on cite ses *Observations sur les maladies du rectum et de la colonne vertébrale*.

— Le docteur Haindl, directeur du grand hôpital de Vienne, vient de succomber au choléra à l'âge de cinquante-deux ans. Le poste important qu'il occupait a été confié provisoirement au docteur Prinz, directeur de la Maternité et de l'hospice des Enfants trouvés.

— *El Heraldo medico* (le Héraut médical) de Madrid cesse de paraître. Le directeur, M. le docteur Gutierrez de la Vega, qui est en même temps directeur et propriétaire d'*El Leon espanol* (le Lion espagnol), annonce aux souscripteurs du journal médical qu'ils seront dédommagés par l'envoi de la feuille politique.

— Ces jours derniers a eu lieu, dans les salons de Chappart, le banquet anniversaire de la naissance de l'abbé de l'Épée et de la fondation de la première Société d'assistance et de prévoyance en faveur des sourds-muets par le docteur Blanchet.

Cette fête de famille, à laquelle assistaient plusieurs représentants de la presse politique et scientifique, était présidée par le général Daigremont, qui a porté un toast à la mémoire de l'abbé de l'Epée et aux dignes continuateurs de son œuvre.

M. Raymond, sourd-muet, a mimé, puis *lu à haute voix*, un discours où il a cherché à faire ressortir les titres de Rodrigues Pereire à la reconnaissance des sourds-muets, du bien-être et de l'éducation desquels il s'est occupé l'un des premiers.

Un toast au docteur Blanchet, fondateur de l'association, a été accueilli par les applaudissements unanimes et les témoignages de reconnaissance des sourds-muets, qui formaient la grande majorité de l'assistance.

LE SOUED.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 139. — JEUDI 29 NOVEMBRE 1855. (28e ANNÉE.) N° 139. — JEUDI 29 NOVEMBRE 1855.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie de médecine. — HÔPITAL DE LA CHARITÉ (M. Piorry). Leçons cliniques sur les gastropathies. — CLINIQUE DE LA VILLE. De l'imperforation interne de l'anus chez le nouveau-né avec orifice apparent à l'extérieur. — Un mot sur la circulation du foie. — ACADÉMIE DE MÉDECINE, séance du 27 novembre. — CORRESPONDANCE. Lettre de M. Malgaigne.

PARIS, LE 28 NOVEMBRE 1855.

Séance de l'Académie de Médecine.

La discussion sur le séton a continué dans cette séance, et elle n'est pas encore terminée. L'Académie devant se former en comité secret avant le terme ordinaire de ses séances publiques, n'a pu entendre qu'un seul orateur. M. Bouillaud est intervenu dans la discussion plutôt en juge et en appréciateur du débat qu'en partie active. Il a résumé avec une parfaite impartialité et avec une très grande netteté les opinions en présence et les principaux éléments de la question. Il résulte de ce résumé que si M. Malgaigne a nié à tort l'existence d'une doctrine de la révulsion chez les anciens — ce que M. Bouvier a péremptoirement démontré — et chez les modernes, ce que M. Bouillaud s'est chargé de démontrer à son tour, il n'a pas été encore apporté à la tribune la preuve de l'efficacité des révulsifs, et que jusque-là l'adversaire de la révulsion peut se croire fondé dans son scepticisme. Cette preuve, M. Bouillaud a essayé de la faire. Il l'a faite effectivement pour un certain ordre d'agents ; et aux faits qu'il a invoqués, il n'est pas de praticien, et surtout de médecin d'hôpital, qui ne soit à même d'en joindre un grand nombre de semblables. Il ne saurait, du reste, y avoir la moindre dissidence à cet égard ; et M. Malgaigne lui-même, qui ne paraît vouloir admettre la révulsion que pour la douleur, ne contesterait assurément pas ces faits, sauf à les interpréter autrement que dans un sens conforme à l'idée que l'on se fait généralement de la révulsion. Mais ce ne sont pas là précisément les faits contestés. Ce qui est mis en doute par quelques-uns, formellement contesté par M. Malgaigne, c'est l'action, et surtout l'utilité des révulsifs à action lente et continue, des exutoires suppurants, et en particulier des sétons. Or, sur ce point, l'argumentation de M. Bouillaud n'a rien ajouté au témoignage de MM. Velpeau, Gerdy et Bouley, d'une part, et aux observations cliniques de M. Bouvier, d'autre part. C'est sur ce point spécial de thérapeutique qu'il nous paraîtrait utile de circonscrire désormais le débat. C'est à de nouveaux faits cliniques concluant dans un sens ou dans l'autre que nous faisons particulièrement appel.

— Nous avons reçu, au sujet de notre dernier article du 24 courant, la lettre suivante de M. Bouvier :

Très honoré confrère,

La bienveillance que vous m'avez montrée, l'amour sincère que vous professez pour la vérité, me font espérer que vous voudrez bien accueillir une légère rectification à votre article de samedi (*Gazette des Hôpitaux* du 24 novembre, 1re page, 3e colonne). Je ne puis admettre l'interprétation que vous donnez à mes paroles de 1842 au sujet d'Hippocrate, fût-elle *à peu près* d'accord avec les comptes rendus de *certains* journaux du temps. Ceux qui prendront la peine de jeter les yeux sur le *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. VII, p. 370, pourront se convaincre que je n'ai pas eu besoin d'abjurer mes opinions d'il y a treize ans. Alors, comme aujourd'hui, je n'ai fait que combattre l'exagération, quoique dans un sens opposé. En 1842, je me suis élevé contre l'admiration outrée des anciens ; en 1855, contre le dénigrement de leurs œuvres. A l'une et à l'autre époque, je me suis efforcé de les apprécier à leur juste valeur, sans méconnaître ni ce qui fait leur gloire ni l'évidence de leurs erreurs.

Agréez, etc. BOUVIER.

Paris, ce 25 novembre 1855.

Il a été loin de notre pensée, en rappelant cet incident, et M. Bouvier nous en croira certainement, d'y voir quoique ce soit qui pût blesser sa susceptibilité. M. Bouvier nous assure que ses opinions n'ont point changé depuis 1842, et qu'alors comme à présent, ce n'est que contre l'exagération qu'il s'est élevé. Nous l'en croyons sur parole. Mais quand il en aurait été autrement, ce n'eût certainement pas été là un sujet de récrimination de notre part, quand, au contraire, nous citions comme un modèle à suivre par M. Malgaigne la transformation que nous supposions avoir été opérée en M. Bouvier.

Quant aux termes de la citation que nous avons empruntée à l'un des journaux du temps, sans en garantir l'exactitude textuelle, nous pensions pouvoir du moins en garantir le sens. Nos lecteurs jugeront, en effet, s'il y a bien loin des expressions que nous avons rappelées à celles que nous trouvons dans le *Bulletin de l'Académie*.

« M. Bouvier trouve empreints d'exagération les éloges donnés à Hippocrate par M. Double..., etc.

» Prenons, par exemple, dit-il, le premier livre cité ; analysons au hasard un chapitre de ce traité, celui des *Eaux* ; qu'y trouvons-nous ? Des vérités triviales, assurément vulgaires dans le siècle de Périclès comme de nos jours... ; une énumération peu sévère des maladies causées par l'usage des eaux des marais ; des assertions fausses, souvent basées sur des explications absurdes..., etc. »

« Reconnaissons, disait M. Bouvier en terminant, les services qu'a rendus Hippocrate en construisant un grand ensemble avec les faits connus avant lui et avec ses propres observations, mais n'en faisons pas un demi-dieu. Un pareil culte ne serait pas de notre temps. » — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITE. — M. PIORRY.

Leçons cliniques sur les gastropathies (1).

(Recueillies par M. Frédéric DURIAU, aide de clinique.)

6° *Hydrogastrie* (souffrance de l'estomac causée par des liquides). — A côté de ces états organopathiques vient se ranger l'hydrogastrie, dont les symptômes n'ont aucune apparence de gravité, mais qui par sa persistance peut déterminer de nouveaux accidents. Chacun sait, en effet, qu'il importe de boire pendant les repas, afin de faciliter le travail digestif ; mais combien de gens, exagérant ce besoin, ne surchargent-ils pas leur estomac outre mesure par l'ingestion d'une grande quantité de liquides ! Ils ne savent pas ou ils oublient que M. Magendie a constaté que, chez des animaux, les boissons abondantes pendant la digestion rendent celle-ci plus difficile. Non-seulement la digestion en souffre, puisqu'elle peut être retardée ou même complétement suspendue, mais encore l'estomac devient le siége de douleurs permanentes, et ses fibres, constamment tiraillées, amèneront une dilatation de l'organe. Déjà l'on a vu en partie quelles conséquences fâcheuses cette dilatation (gastralgie) peut déterminer dans la circulation et la respiration. Les mêmes accidents sont à redouter dans l'hydrogastrie ; la membrane muqueuse de l'estomac se trouve modifiée par le séjour prolongé des liquides, et donne naissance à de nouveaux états morbides dont il sera question plus loin.

Il n'est pas nécessaire d'insister ici sur le traitement à opposer à ces désordres. En diminuant la proportion des boissons, on préviendra la manifestation des souffrances de l'estomac.

7° *Toxigastrie* (souffrance de l'estomac occasionnée par des substances toxiques). — La présence de poisons dans le tube digestif détermine une série de phénomènes qui varient suivant la nature de la substance toxique ; à la médecine légale appartient l'étude de ces désordres. Mais il est un point qui passe généralement inaperçu et sur lequel on ne saurait trop insister. Certaines substances vénéneuses, prises habituellement à des doses trop faibles pour déterminer un empoisonnement, amènent à la longue des douleurs sourdes de l'estomac. Au nombre de ces substances, on peut classer le cuivre, le plomb, les viandes fumées et salées. Dans ces cas, la présence du poison n'est guère accusée par des effets bien apparents ; il n'y a point destruction d'organes, les lésions matérielles ne sont pas profondes, et le malade se plaint seulement d'une souffrance vague qu'on ne saurait attribuer à une gastrite ni à une névrogastralgie. L'étiologie est souvent très obscure, et l'interrogation du malade peut seule éclairer le diagnostic.

On supprimera l'usage des aliments toxiques, et lorsqu'il s'agit d'un poison minéral, on donnera des boissons à haute dose. On combinera avec elles l'emploi des neutralisants spéciaux. Ainsi, la limonade azotique, en étendant le plomb d'une grande quantité de véhicule, atténue ses effets toxiques, et lui donne un caractère de solubilité qui en facilite l'élimination par les urines. Lorsqu'il s'agira du cuivre, on exigera l'emploi de boissons très sucrées, etc.

8° *Oxygastrie* (souffrance de l'estomac due à des acides). — Généralement considérée comme un symptôme de gastralgie, et plus connue sous le nom de *pyrosis*, ou fer chaud, l'oxygastrie dépend directement de l'existence d'acides dans l'estomac. Une sensation de chaleur, quelquefois de brûlure, est perçue dans ce viscère ; elle remonte le long de l'œsophage jusqu'au pharynx et jusqu'à la cavité buccale ; les dents sont alors agacées. En même temps les digestions sont difficiles, fréquemment accompagnées d'un développement exagéré de gaz et de constipation.

Les acides qui donnent lieu à ces souffrances sont d'ordinaire sécrétés par l'estomac ; tels sont les acides lactique et chlorhydrique. Quelquefois ils proviennent du dehors ; tel est l'acide acétique, que des jeunes filles, par une sorte de perversion du goût, n'hésitent pas à ingérer en grandes quantités, même en dehors des repas. Quelle que soit d'ailleurs la source d'où ils proviennent, il n'est pas rare de les voir coïncider avec un état nerveux de l'estomac. Aussi avait-on considéré cet état comme la cause productrice de ces acides. Mais en dehors de ces circonstances, on les voit apparaître chez les personnes dont les repas sont abondants, et surtout chez celles qui abusent des boissons.

Les alcalins sont utiles dans l'oxygastrie. Le bicarbonate de soude sera administré à doses fractionnées et plusieurs fois par jour. La magnésie décarbonatée neutralisant les acides, combattra en même temps avec succès la constipation qui accompagne cet état. On s'abstiendra de féculents, et l'on fera usage de viande rôtie.

9° *Myogastrie* (souffrance musculaire de l'estomac). — Certaines souffrances qu'on n'avait pu expliquer ont été rangées dans la classe des rhumatismes. C'est ainsi que toutes les douleurs musculaires ont été considérées comme telles. Cependant Pinel n'avait pas hésité à admettre que le rhumatisme est une inflammation des muscles. Or, si l'on recherche la cause de ces douleurs, on s'aperçoit bientôt que toute souffrance musculaire n'est pas une inflammation, et l'anatomie explique la diversité de ces souffrances. Ainsi, un muscle peut être rompu, comprimé, distendu outre mesure, ou bien il peut être le siége d'une douleur par le seul fait de son agitation continue, comme il arrive à la suite d'une marche forcée chez les vieux militaires, les chasseurs et les bœufs surmenés. L'estomac ne saurait échapper à cette loi, bien qu'il appartienne à la vie ganglionnaire, et de même que les fibres charnues des intestins sont souvent très douloureuses, de même il peut survenir des souffrances musculaires de l'estomac. D'ailleurs, en appliquant la main sur l'épigastre endolori, on perçoit distinctement l'estomac devenir d'abord dur, puis souple. On le voit même quelquefois former une tumeur arrondie, sonore à la percussion, et dont les parois se contractent. C'est qu'alors les fibres gastriques agissent violemment pour expulser soit les gaz, soit d'autres matières. Des douleurs musculaires peuvent ne pas coïncider avec la contraction de ce viscère ; elles se manifestent encore lorsque l'estomac a été distendu d'une façon exagérée, et à la suite d'un travail digestif de trop longue durée.

C'est en vain qu'on luttera contre cet état par des applications narcotiques sur l'épigastre. Il faut prévenir la cause qui a donné naissance à ces souffrances par le repos de l'organe et par des repas peu abondants, et surtout en évitant les substances qui pourraient amener une distension de l'estomac. Quelques aliments légèrement stimulants, un peu de vin vieux avec un biscuit, font souvent cesser brusquement ces myogastries.

10° *Gastrite*. — Après avoir occupé sous Broussais le sommet de l'échelle nosologique, la gastrite a été niée plus tard par les plus fervents disciples du chef de l'école physiologique ; tandis que les contradicteurs de cette même doctrine ont parfois continué à la maintenir au nombre des maladies. En somme, la véritable gastrite est une affection rare.

La douleur à l'épigastre est le caractère le plus tranché de cette inflammation ; elle peut présenter plusieurs degrés d'intensité, mais il s'en faut qu'elle soit aussi fréquemment aiguë qu'on l'a prétendu. En effet, lorsque le tube digestif est à l'état de repos et lorsqu'il ne se contracte point, il n'y a, en général, qu'un sentiment de souffrance vague. Mais les fonctions que remplit l'estomac ne lui permettent pas un repos absolu ; d'un moment à l'autre il peut survenir des mouvements qui suscitent de nouvelles douleurs. On peut donc affirmer que, bien qu'elles soient continues, ces souffrances ont des exacerbations occasionnées par les contractions de l'estomac et, par conséquent, par l'ingestion d'aliments solides ou liquides. Si à ce phénomène se joint l'abolition de la faim, le dégoût extrême pour les aliments, des nausées et quelquefois des

(1) Suite. — Voir les numéros des 8 et 15 novembre.

vomissements, un mouvement fébrile en raison directe de l'étendue du mal, on aura la plupart des caractères d'une inflammation de l'estomac.

La gastrite ne se développe guère d'une manière spontanée, elle est consécutive à quelque lésion organique ou à quelque cause physique ou chimique qui en détermine la formation. On pourrait citer ici presque tous les agents morbides invoqués pour la plupart des maladies, et, au premier rang, les acides, les substances âcres et corrosives, un grand nombre de poisons ou d'agents médicamenteux, certains aliments pris en trop grande quantité, les boissons glacées ingérées lorsque la température est très élevée, les boissons renfermant de grandes proportions d'alcool; enfin des fragments d'os, des arêtes de poisson ou tout autre corps aigu ou dilacérant. Une foule de causes peuvent donc présider au développement de la gastrite; mais, il faut bien le reconnaître, c'est, en général, par leur action longtemps continuée qu'elles peuvent donner naissance à cette inflammation; voilà pourquoi cette affection est si rare.

C'est en faisant disparaître ces causes qu'on arrêtera la marche des accidents; la diète, quelques antiphlogistiques, si la réaction fébrile est très intense, tels sont les moyens auxquels il faut avoir recours.

L'épigastre n'a ici aucun privilége sur les autres parties du corps pour l'application des sangsues; de quelque région que l'on tire du sang, l'effet est à peu près toujours le même. Mais, il faut le dire et le répéter, ce sont ici les agents producteurs de la gastrite qu'il s'agit de détruire ou d'enlever, plutôt que du sang qu'il convient d'extraire.

11° *Gastromalaxie.* (Ramollissement de l'estomac.) — Entrevu par Morgagni sous le nom de plaques gangréneuses de l'estomac, admis par Hunter, décrit ensuite par MM. Cruveilhier, Carswell, Louis et Andral, et par M. Piorry, le ramollissement de l'estomac a été attribué à des causes diverses; mais il n'en est aucune qui agisse d'une manière plus rapide et plus énergique que l'abstinence. Qu'il s'agisse d'un ramollissement gélatiniforme ou d'un ramollissement pultacé, deux formes d'un même état différant suivant qu'il se présentera chez les enfants ou chez les adultes, il faut admettre que le plus souvent la gastromalaxie est due à l'action des sucs renfermés dans l'estomac. Sous l'influence d'une diète prolongée, l'eau et les boissons aqueuses introduites dans ce viscère ramollissent, à la longue, la membrane muqueuse avec une facilité d'autant plus grande, que ces liquides ne tardent pas à prendre un caractère d'acidité très prononcée. Et de même que les poumons longtemps congestionnés à leur partie déclive finissent par être frappés de malaxie, de même ici l'estomac se ramollit et se perfore; aussi la gastromalaxie se rencontre-t-elle plus souvent à la partie déclive de l'organe, suivant la position occupée par le malade dans son lit. Il peut, il est vrai, se manifester des ramollissements gélatiniformes ou pultacés de nature inflammatoire, mais ceux-ci sont les moins fréquents; ils s'accompagnent toujours, pendant la vie, de symptômes de gastrite aiguë ou chronique, et l'autopsie y signale les traces évidentes d'une inflammation de l'estomac.

La diète, les boissons aqueuses sont donc les principales causes de cet état organopathique; et l'observation rigoureuse permet d'admettre cette conclusion.

Mais l'examen le plus attentif ne peut, pendant la vie, démontrer par les signes physiques le ramollissement de l'estomac. D'une part, des vomissements bilieux, jaunes ou verdâtres; d'autre part, des déjections alvines vertes et d'apparence herbacée, tels sont les caractères assignés au ramollissement chez l'adulte puis à celui de l'enfance, auquel on attribue encore des encéphalies qui en sont pourtant bien indépendantes (1). On peut toutefois affirmer qu'il n'est aucun symptôme pathognomonique de cet état; aussi voit-on les enfants succomber assez rapidement à des vomissements incessants, au milieu d'une somnolence continue et d'une maigreur excessive. Comme caractère le plus constant, on admettra le vomissement, qui se manifeste après une abstinence prolongée, vomissement rebelle à tous les agents de la thérapeutique, et ne cédant qu'à l'usage continu des aliments; quelquefois il s'exagère sous l'influence d'un régime analeptique; le malade éprouve du dégoût pour toute espèce d'aliments, et ce n'est qu'après plusieurs jours de nourriture forcée qu'on voit disparaître ce vomissement dont la valeur est alors irrécusable. A ce phénomène se joint souvent une douleur épigastrique augmentée par l'ingestion des liquides, et quelquefois des symptômes cérébraux viennent donner au pronostic un caractère sinistre que la crainte d'une affection de l'encéphale explique de reste.

L'allaitement artificiel, les écarts de régime, le sevrage prématuré, sont les dangers qu'il importe d'éviter dans l'enfance; les privations, les ingestions de substances aqueuses peu restaurantes, les boissons sucrées ou acides, les acides naturels de l'estomac; enfin l'abstinence prolongée dans les maladies, voilà ce qu'il faut redouter comme causes de la gastromalaxie des adultes.

D'après ces considérations, on comprend aisément combien il est superflu de recourir aux évacuations sanguines, aux vésicatoires dans les ramollissements exempts de complication inflammatoire. Il en est de même pour les opiacés, qui ne sauraient triompher des vomissements, et qui pourraient aggraver les phénomènes cérébraux. Une alimentation réparatrice et proportionnée à l'âge du malade sera donc de la plus grande rigueur; les repas seront peu abondants, mais substantiels; on évitera les aliments liquides, les tisanes aqueuses, et l'on préviendra la présence des acides par l'emploi de la magnésie calcinée et des bicarbonates alcalins. La crainte des déchirures et des perforations gastriques éloignera du traitement les vomitifs aussi bien que les purgatifs. Il faut remarquer ici que le lait de bonne qualité, *quoique liquide*, est, pour le jeune enfant, le meilleur *aliment médicament* contre le ramollissement de l'estomac (1).

(1) Piorry, *De l'irritation encéphalique des enfants.*

(1) Consulter Piorry, *Mémoire sur l'abstinence, l'alimentation insuffisante et ses dangers*, 1827.

CLINIQUE DE LA VILLE.

De l'imperforation interne de l'anus chez le nouveau-né avec orifice apparent à l'extérieur.

Par M. le docteur de Beauvais, chef de clinique à l'Hôtel-Dieu.

A l'exemple de Papendorf, Boyer admet huit espèces d'imperforations de l'anus :

1° Imperforation interne avec l'orifice extérieur existant;

2° Imperforation causée par une membrane;

3° Imperforation sans aucune trace d'ouverture, l'anus étant fermé par la peau, qui est dure et épaisse;

4° Imperforation de l'anus avec ouverture du rectum dans la vessie;

5° Imperforation de l'anus avec ouverture dans le vagin;

6° Imperforation avec oblitération du rectum;

7° Imperforation sans intestin rectum;

8° Imperforation de l'anus naturel accompagnée d'un anus contre nature.

De quelque manière, ajoute-t-il, que l'anus soit imperforé, lorsqu'il n'y a point une ouverture contre nature pour la sortie des matières stercorales, ces matières s'accumulent dans le canal intestinal, le distendent et donnent lieu à des accidents qui font périr l'enfant s'il n'est promptement secouru ou si l'espèce d'imperforation est au-dessus des ressources de l'art.

L'examen de l'anus fait connaître l'espèce d'imperforation qui a lieu et le moyen que la chirurgie peut employer pour y remédier lorsque le vice de conformation n'est pas absolument incurable. Il serait à désirer que cet examen fût fait avant la manifestation des symptômes produits par la rétention et l'accumulation des matières fécales dans le conduit intestinal; mais malheureusement la plupart des accoucheurs et des sages-femmes négligent d'examiner l'anus des enfants nouveau-nés, en sorte que, s'il y a imperforation de cette partie, souvent on ne s'en aperçoit que lorsqu'il est déjà survenu des accidents fâcheux qui rendent inutile l'opération par laquelle on aurait pu sauver la vie de l'enfant.

J'applique ces paroles du maître au fait suivant, qu'il m'a été donné d'observer tout récemment. Il m'a paru intéressant de le rapporter dans tous ses détails, après avoir soumis, le 27 octobre, les pièces anatomiques à la savante observation de la Société de biologie.

Le 22 octobre, je fus appelé par mon honorable confrère M. le docteur Monléon, praticien habile des Batignolles, pour examiner un nouveau-né affecté d'imperforation de l'anus et aviser au traitement chirurgical.

Accouchée à terme depuis quatre jours d'un garçon assez robuste, bien constitué en apparence, Mme X..., femme jeune, bien portante, déjà deux fois mère, fort surprise de n'avoir pas encore vu son enfant évacuer le méconium, pria la sage-femme qui l'avait assistée de regarder l'anus avec soin. Une sonde fut introduite dans l'ouverture, bien formée d'ailleurs, mais elle ne put pénétrer plus avant que 2 centimètres. Cette constatation tardive faite, on requit immédiatement M. le docteur Monléon.

Voici l'état dans lequel nous trouvons l'enfant le 21 octobre à quatre heures du soir :

Visage anxieux, un peu livide; yeux cernés; respiration précipitée, haute; pouls modérément fréquent; chaleur modérée; couleur rouge de la surface générale de la peau; ventre tendu, fort ballonné, sillonné de veines bleuâtres, sensible au toucher, sonore. Vomissements des boissons, urines faciles, absence absolue des selles.

Si l'on examine l'anus, on trouve l'orifice externe normalement développé; une muqueuse violacée se dessine nettement à son pourtour et s'enfonce à une profondeur de 2 centimètres et demi. Le petit doigt introduit constate tout d'abord la constriction du sphincter externe; il est bientôt arrêté par une membrane épaisse, résistante, qui ne se laisse pas déprimer lors des efforts et des cris que cette exploration détermine immédiatement. J'exécute alors avec le doigt une espèce de mouvement de vrille, espérant avec le tranchant de l'ongle perforer cette séparation anormale. Je n'y puis parvenir.

Ces manœuvres sollicitent des efforts instinctifs chez l'enfant, que tourmente évidemment le besoin de la défécation. Pendant ces efforts, le doigt ne perçoit pas à travers la membrane l'impulsion de l'intestin. J'avais affaire à la première espèce d'imperforation de l'anus.

Mais dans quel état se trouvait le rectum derrière cette barrière infranchissable? Etait-ce une simple oblitération, comme dans le cas de l'opération faite par Petit (*Mém. de l'Acad. de chirurg.*, t. II, p. 250) au moyen d'un pharyngotome, qui rétablit, en incisant une membrane peu résistante, pendant deux mois le cours des matières? Une partie de l'ampoule anale manquait-elle, comme dans le fait d'Engerran (*ibid.*, p. 253)? Un enfant, quatre jours après sa naissance, rejetait tout par le vomissement et ne pouvait rendre le méconium, quoique l'anus fût bien conformé à l'extérieur; un stylet, ayant été introduit, heurtait contre un corps fort dur, qui fut percé avec une aiguille triangulaire, ce qui donna issue à une grande quantité de matières fécales. Cependant, les excréments s'étant de nouveau accumulés, l'enfant mourut au bout d'un mois. Son cadavre fut ouvert, et l'on trouva l'extrémité de son rectum jointe à une espèce de nœud semblable à l'ombilic d'un homme adulte.

Était-ce à la nature et à l'épaisseur de la membrane qu'il fallait attribuer ce défaut de communication, ainsi que le raconte Triven (*Obs. méd. chirurg.*, p. 60) au sujet d'une petite fille dont l'anus avait une bonne conformation, mais un stylet introduit dans le rectum y trouvait une grande résistance; l'enfant ne vécut que trois jours. L'autopsie montra, à un doigt au-dessus de l'anus, la membrane qui opposait de la résistance; elle avait environ dix lignes d'épaisseur et presque la consistance de la corne.

Malgré mon incertitude, le cas était urgent; je me décidai à l'opération, et la pratiquai de la manière suivante :

L'enfant, placé près d'une fenêtre, sur les genoux de la nourrice, qui maintenait les deux jambes relevées, je fis dilater fortement l'anus avec une pince à pansement. J'enfonçai avec précaution un trocart, la pointe rentrée dans sa canule. Arrivé sur la membrane, je fis une ponction. Une fort petite quantité de sang s'écoule. Je glisse immédiatement une grosse sonde de caoutchouc garnie à l'intérieur, comme mandrin, d'une algalie, et je l'introduis par un mouvement de vrille dans l'incision le plus profondément possible; il ne s'échappe ni méconium ni matières fécales. Au bout de quelques instants je retire la canule; j'introduis le petit doigt, qui pénètre avec assez de facilité. Je sens bien une espèce de diaphragme circulaire qui serre mon doigt, mais aucune mucosité. Je remets la sonde, je la fixe aux aines avec des fils, et je pratique une injection avec de l'eau tiède, qui ressort en partie. — Je prescris un bain de son tiède; cataplasme sur le ventre; huile camphrée pour frictions.

Nous revoyons l'enfant le lendemain, à deux heures. La nuit a été meilleure. Pas de vomissements. Un peu de bouillon a été supporté. Rien ne s'est écoulé par la sonde; les urines ont été abondantes, claires et normales. Je retire de nouveau la sonde. Le toucher me donne la probabilité d'une oblitération complète, ou l'absence d'une partie du rectum. Il m'est impossible d'atteindre une portion d'intestin. — La sonde est remise en place; nouvelle injection. Le ventre est plus violacé. Le cordon se sphacèle au-dessus et au-dessous de la ligature. Le côlon transverse fait une saillie manifeste à ce niveau. La figure s'altère beaucoup.

Deux jours après l'enfant succombe, dans la matinée du jeudi, 25 octobre, avec des vomissements verdâtres abondants, le hoquet et des cris continuels.

C'est avec la plus grande difficulté que j'ai obtenu de faire l'ouverture du ventre.

Je fis sur la partie gauche de l'abdomen, avec précaution, une incision cruciale. Je coupai lentement couche par couche. La plus petite pression sur le bas-ventre fait sortir des urines un peu sédimenteuses. Les muscles sont si distendus et amincis que je n'ai pu éviter d'ouvrir un peu l'intestin adhérent à la paroi; un liquide jaunâtre s'écoule. Le côlon transverse, le côlon descendant sont remplis de gaz; je les suis, et vais à la recherche du rectum, à la partie inférieure du petit bassin. A l'S iliaque, qui se replie vers la ligne blanche, fait suite une espèce de rétrécissement. Ce véritable étranglement, d'un centimètre de longueur, la sépare d'une portion dilatée dépourvue de péritoine, laissant voir des fibres musculaires longitudinales rares, et se terminant par un cul-de-sac fixé à la concavité du sacrum, au niveau de la deuxième pièce, par une bride fibreuse. Cet appendice vermiforme, long de 5 centimètres environ, laisse un peu flotter cette ampoule, se renfle au point d'insertion, et prend un aspect charnu; sa consistance est notable à sa terminaison. La sonde est encore cachée sous le péritoine; je la retire, et y substitue le petit doigt. Il faut pénétrer profondément pour atteindre l'extrémité de ce cul-de-sac, fixé et recourbé vers la ligne médiane du sacrum.

On comprend toute la difficulté du diagnostic en pareille circonstance; en face d'une pareille anomalie pathologique, d'une telle disposition du rectum si haut placé, on comprend toute l'incertitude qui préside à l'opération, et l'inutilité possible, mais imprévoyable, de la perforation chirurgicale de l'anus. Cependant le chirurgien doit-il rester inactif, abandonner l'enfant à une mort certaine et cruelle, ou pratiquer de préférence l'opération de l'anus artificiel?

Disons-le tout d'abord avec Boyer, dans ce cas spécial, on fait presque toujours l'opération trop tard. La raison en est simple; l'anus étant conformé comme dans l'état naturel, l'imperforation échappe longtemps à l'attention des personnes qui prennent soin de l'enfant. Aussi, ne soupçonnant pas la cause des accidents qu'il éprouve, ordinairement elles ne réclament les secours de l'art que lorsque ces accidents sont portés à un degré qui rend l'opération inutile.

Nonobstant, n'y eût-il qu'une chance de succès sur cent opérations, l'inaction serait coupable, à mon sens, puisque la mort est certaine si on abandonne l'enfant à ses tortures.

Je m'explique :

Quand le rectum ne manque qu'en partie, la gravité est en raison directe de l'étendue du rectum qui manque et de la portion absente.

Par exemple, si ce n'est qu'une petite partie de l'extrémité inférieure, celle qui avoisine l'anus, on conçoit qu'une opération bien faite pourra *avoir un plein succès*.

Mais si la portion supérieure seule du rectum existe, et surtout une portion peu étendue, l'opération deviendra et plus difficile et plus grave, car à cette hauteur l'intestin n'est pas facile à trouver; plus grave, car les instruments auront à parcourir un plus grand espace pour aller jusqu'à l'intestin; alors les matières fécales, en sortant, se mettront en contact avec une plus grande quantité de tissu cellulaire, ce qui offre plus de chances à l'infiltration et à l'inflammation. On devra donc d'autant moins espérer de l'opération que le *cul-de-sac du rectum sera plus élevé*.

Cependant, après la ponction de ce cul-de-sac, si toutefois on

peut l'atteindre, quand l'inflammation n'est pas trop vive et que l'infiltration des matières fécales n'a pas lieu, le trajet parcouru par l'intestin s'organise. Il se développe là une membrane analogue à celle qui tapisse les trajets fistuleux, car on a créé une vraie fistule. C'est ce que j'espérais faire dans cette circonstance; mais la hauteur de l'intestin, sa situation et sa conformation anomales ne me permettaient pas de le trouver.

Si on parvient à rencontrer l'intestin, pour rendre cette opération moins imparfaite et surtout moins souvent mortelle, M. Vidal (de Cassis) propose de cautériser le trajet de manière à rendre moins facile l'infiltration du tissu cellulaire. L'organisation de cette fistule eût été dans le cas présent le résultat capital définitif, car l'orifice anal et son sphincter existaient; par suite, l'incontinence des matières n'était pas à craindre, ce qui est un grand avantage.

Je ne crois pas le procédé de M. Amussat applicable ici sans danger. Ce chirurgien conseille d'abaisser l'intestin jusqu'à l'ouverture externe et de le fixer à cette place. On conçoit toute la difficulté et l'obscurité des tentatives faites pour aller chercher le rectum.

Quant au procédé de M. Martin, qui consiste à pénétrer dans le bout du rectum par l'incision de la paroi abdominale et du côlon, il joint aux dangers de la première opération ceux de l'anus contre nature.

M. Monod, dans un cas semblable au nôtre, nous a dit avoir, sans le moindre succès, tenté cette manœuvre obscure et périlleuse.

M. Depaul, qui a eu l'occasion de voir à la Maternité un certain nombre d'imperforations de l'anus très variées, a réussi deux fois à rétablir le cours des matières par l'incision simple de la membrane et l'usage des mèches.

Il me reste à traiter ici une question fort intéressante d'anatomie pathologique.

Doit-on, avec Papendorf et Boyer, admettre que certains enfants sont nés sans avoir d'intestin rectum, *le côlon étant fermé à son extrémité inférieure* et se terminant par une espèce de cul-de-sac? Dans ce cas, rapporte Boyer, l'anus est tantôt ouvert et forme un conduit sans issue, de la profondeur d'un pouce ou deux; tantôt il n'y a aucune trace d'anus.

Ruysch (*Advers. anat.*, décad. II, p. 43) raconte avoir examiné deux enfants qui, nés sans aucune trace d'anus, n'avaient absolument point d'*intestin rectum*.

Binninger (*Obs. medic.*, cent. II, obs. 8, p. 222) a vu un enfant sans anus; on lui fit l'opération indiquée en pareille circonstance. Cet enfant mourut le deuxième jour de sa naissance. A l'ouverture du corps, on trouva *que l'intestin rectum n'existait point*; la fin du côlon était rétrécie et serrée comme si on l'eût liée avec une corde, et dégénérait en une substance ligamenteuse très courte.

Un enfant vint au monde sans aucune trace d'anus; les parties présentaient une égale résistance au toucher, depuis le coccyx jusqu'au scrotum. Jamieson (*Ess. et obs. de méd. de la Soc. d'Edimbourg*, t. IV, art. 32), à qui cet enfant fut présenté, pratiqua, à l'endroit qui lui parut le plus convenable, une incision assez profonde dans laquelle il introduisit tout de suite le petit doigt pour trouver l'intestin, mais ce fut inutilement.

Il essaya ensuite le trocart, qu'il poussa fort avant, mais il ne sortit que quelques gouttes de sang. L'enfant mourut le lendemain. A l'ouverture de son corps, Jamieson découvrit que l'intestin rectum manquait, et que le côlon, bouché et rempli de méconium, flottait dans la cavité du bas-ventre. Toutes les autres parties étaient dans leur état naturel. (*Commer. litter.*, Norimb., 1734.)

Wagner dit avoir examiné un enfant dont l'anus admettait un stylet jusqu'à la profondeur d'un pouce et demi, mais qu'on ne pouvait enfoncer plus avant. L'enfant mourut le dixième jour après sa naissance. On trouva, à l'autopsie, deux espèces de rectum: l'un fort court, qui se terminait à l'anus; l'autre, qui formait la continuité du canal intestinal, était extrêmement rempli de matières fécales et de vents, et se réfléchissait sur la partie supérieure du sacrum, auquel il était fortement adhérent.

Doit-on croire à ces observations célèbres?

Pour juger sainement cette question et la réalité de ces faits, je diviserai, avec M. Philippe Boyer (5e édit., t. VI, p. 514), le rectum en trois parties, division essentiellement physiologique.

Le rectum proprement dit est cette portion du gros intestin qui commence vis-à-vis l'union de la dernière vertèbre lombaire avec le sacrum, descend sur la face antérieure de cet os jusqu'à l'union de la troisième et de la quatrième paire; dans ce trajet, il est recouvert par le péritoine, et s'ouvre dans l'ampoule anale.

L'ampoule, ou cavité anale, commence vis-à-vis l'union de la troisième et de la quatrième pièce du sacrum, se trouve dans cet endroit hors du péritoine et plongée dans la graisse du bassin; elle se porte en devant et en bas, contracte des rapports avec les organes génitaux et urinaires, et seule, elle a la propriété de se dilater.

L'anus est l'orifice extérieur de cette cavité, et n'est point l'extrémité du tube digestif. Le tube digestif se termine à l'endroit où le rectum finit, dans l'ampoule anale. Celle-ci, qui sert de réservoir aux matières fécales, est la terminaison du tube alimentaire, comme la bouche en est le commencement, et l'anus en est l'orifice comme l'ouverture buccale est l'orifice de la bouche.

Des fibres musculaires longitudinales, groupées en faisceaux et formant une lame non interrompue des fibres circulaires constituant une espèce d'anneau, valvule de Houston, qui le sépare de la première partie de la cavité anale comme une espèce de col utérin, une membrane muqueuse très villeuse, une tunique péritonéale, tels sont les caractères du rectum proprement dit, fixé contre le sacrum, peu susceptible de dilatation, moins large que l'S iliaque.

La cavité anale, située en dehors du péritoine, ayant fort peu de fibres musculaires circulaires et de longitudinales, peut se dilater énormément; sa membrane muqueuse est beaucoup moins villeuse.

L'anus, recouvert d'une membrane mucoso-cutanée, est formé par deux anneaux musculaires du sphincter, un interne et un externe.

Le rectum, cette portion rétrécie a pour fonction de recevoir et d'arrêter pendant quelque temps les matières fécales pour une dernière assimilation. Il est soumis aux lois de la vie organique, et soustrait à l'empire de la volonté. La cavité anale, au contraire, dépend de la vie animale, et ses fonctions s'exécutent avec la puissance de notre volonté.

Il est aisé de voir, après ces considérations et par la lecture attentive des observations précédentes, que les auteurs cités rapportent au côlon ce qui appartient à ce que nous appelons le rectum, et que c'est au défaut de tout ou partie de l'ampoule anale qu'il faut attribuer ces vices de conformation. (Longet, p. 218, t. II.)

L'embryogénie nous apprend, en effet, que l'intestin anal, ou rectum, est de toutes les portions du tube digestif celle qui éprouve le moins de changements. Il s'allonge peu, reste toujours rectiligne ou à peu près, et se termine comme la portion supérieure par un cul-de-sac. L'anus, d'abord fermé par la peau, s'érode peu à peu de dehors en dedans, et vient mettre l'ampoule en communication avec l'extérieur. Mais quelquefois cette ouverture ne s'effectue pas; une membrane mince seule les sépare, une simple ponction peut les réunir. Quelquefois aussi, et en même temps, avec une membrane épaisse, résistante, il y a interruption entre l'anus et le rectum, et c'est le cas qui nous est échu.

La description que j'ai faite plus haut de l'intestin du petit malade montre, en effet, une première portion adhérente au sacrum, offrant un rétrécissement notable, brusque à la terminaison de l'S iliaque; douée de fibres musculaires longitudinales et d'autres circulaires, enveloppée par le péritoine, c'est le rectum proprement dit. Une seconde portion dépourvue de péritoine, terminée en cul-de-sac, distendue fortement par des gaz flottant dans le tissu du petit bassin, retenue seulement par un appendice fibreux, c'est l'ampoule anale, dont la communication avec l'anus était tout à fait interrompue.

C'est, comme on le voit, un cas entièrement analogue à ceux de Ruysch, Benmenger et Jamieson. Mais j'ose espérer que les déductions et conclusions anatomiques, physiologiques et opératoires qu'il m'a inspirées sont plus en harmonie avec les connaissances exactes acquises depuis quelques années, et qu'elles offriront à mes confrères un certain intérêt basé sur la pratique réelle de notre art; car ils peuvent être, au premier moment, appelés, comme moi, à statuer sur la nature d'un fait du même genre, et à opter immédiatement, à la grande anxiété des parents, pour l'inaction ou pour l'opération.

UN MOT SUR LA CIRCULATION DU FOIE,

Par M. Ch. Judée.

Il y a quelque temps, j'ai publié un article sur le mécanisme de la circulation du foie, où j'ai essayé de démontrer, en m'appuyant principalement sur des faits avancés par M. Cl. Bernard:

1° Que les terminaisons de la veine porte et la plupart de celles des veines sus-hépatiques ne faisaient que traverser le foie;

2° Que celles des artères sus-hépatiques et qu'un certain nombre de celles des veines hépatiques, concouraient au contraire à sa formation.

Je vais aujourd'hui tâcher de donner un nouvel appui à cette manière de voir, en y ajoutant quelques réflexions nouvelles.

D'abord, on s'est étonné ou l'on s'étonne encore de voir une artère d'un calibre aussi peu considérable que l'artère hépatique, fournir à un organe aussi volumineux que le foie. Mais je ferai observer qu'il y a dans cet organe une veine très importante se ramifiant à l'infini, et que ces ramifications peuvent, en définitive, être assez nombreuses pour former avec celles des veines sus-hépatiques les trois quarts peut-être de l'organe; de sorte qu'il se trouverait ainsi réduit au volume d'une glande ordinaire.

Ces ramifications de la veine porte sont du reste logiquement indispensables; car comment expliquer cette quantité plus considérable des globules dans le sang des veines sus-hépatiques, lorsque tout le monde est à peu près d'accord pour reconnaître que ces derniers se produisent dans le sang et ne sont pas sécrétés par le foie, comme tendrait à le penser M. Cl. Bernard.

Mais cette explication n'est même pas nécessaire; la parotide peut donner de grandes quantités de salive, ainsi que l'a démontré ce physiologiste, et cependant ses artères sont bien peu volumineuses. Ainsi l'objection qui consiste à regarder l'artère hépatique comme d'un calibre insuffisant pour fournir aux différentes fonctions du foie n'est véritablement pas sérieuse. Je crois donc que je puis la laisser de côté sans difficulté.

Je passe maintenant à un autre point, celui de savoir si les ramifications de la veine porte communiquent directement avec les veines sus-hépatiques. Vraiment je pense qu'il est difficile de me discuter celui-là, car ce n'est pas moi qui ai dit le premier que les divisions de la veine porte communiquaient directement avec celles des veines sus-hépatiques, c'est M. Bernard lui-même. Maintenant cet éminent physiologiste affirme qu'il n'en a vu qu'un certain nombre; mais je ferai observer qu'il n'y a pas de raison pour qu'un autre n'en trouve pas un plus grand nombre, un autre un plus grand nombre encore, de manière enfin à arriver à un *total* qui se rapproche beaucoup du mien.

Du reste, je ne suis pas arrivé à émettre cette opinion d'après une étude anatomique presque impossible à faire, mais seulement d'après l'examen des principales opinions émises par M. Cl. Bernard, que je me suis efforcé d'expliquer autrement que lui.

Un homme, de quelque rare mérite qu'on le suppose, viendrait dire: Ce ne sont pas les artères parotidiennes qui produisent la sécrétion salivaire, ce sont les veines; le croirait-on? Non, j'en suis persuadé. Eh bien, M. Bernard nous impose quelque chose de plus fort encore; car le sang qui provient de la veine porte ne jouit même pas des propriétés du sang veineux, et il ne le devient qu'après être arrivé dans les veines sus-hépatiques. Ce n'est donc pas sans quelques raisons que je me suis permis d'élever quelques doutes sur le mode de production du sucre dans le foie.

Je dois dire ici que dans l'article auquel je fais allusion je me suis mal exprimé en disant que la section des pneumogastriques rendait impossible l'introduction du sucre dans l'intérieur des cellules hépatiques; je devais dire les matériaux du sucre. Mais la conclusion pour cela n'en est pas moins vraie. Lorsque la sécrétion biliaire ne se produit pas dans le foie par une cause quelconque, ses éléments s'accumulent dans le sang et ne tardent pas à se transformer en bile, que l'on retrouve très facilement dans les urines. Je ne vois pas pourquoi il n'en serait pas ainsi pour le sucre, qui est une substance beaucoup moins complexe.

Je ne pense donc pas avoir dépossédé le foie de la propriété de sécréter le sucre, pas plus que de celle de sécréter la bile.

En terminant, qu'il me soit permis de répéter encore qu'il n'a jamais été dans mon intention, pas plus d'ailleurs qu'en mon pouvoir, de réfuter une seule des expériences instituées par le savant professeur; j'ai voulu chercher seulement à interpréter les faits que ces expériences ont mis en lumière d'une autre manière que lui. En agissant autrement, j'aurais trop craint de remplir, comme on l'a dit, un autre tonneau des Danaïdes.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 27 novembre 1855. — Présidence de M. Jobert (de Lamballe).

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet:

Épidémies. — 1° Les rapports des médecins des épidémies sur les maladies qui ont régné en 1854 dans le département de la Somme (commission des épidémies);

Vaccinations. — 2° L'état général des vaccinations pratiquées en 1854 dans le département du Bas-Rhin (commission de vaccine).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Choléra. — M. le docteur Vitry communique une quatrième note sur le choléra.

M. le docteur Gornet adresse une lettre sur le même sujet. (Commission du choléra).

— M. le président annonce à l'Académie que M. le docteur Riberi (de Turin) est présent à la séance.

M. Riberi prononce une courte allocution dans laquelle il remercie l'Académie de l'honneur qu'elle lui a fait en le nommant au nombre de ses correspondants étrangers.

— M. le président fait part à l'Académie de la nouvelle perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. Barbier (d'Amiens), membre associé.

Recherches statistiques, physiologiques et pathologiques sur les enfants jumeaux. — M. Baillarger lit la note suivante sur *la répartition et la proportion relative des sexes dans les grossesses multiples, et l'influence de l'hérédité sur la production de ces grossesses.*

I. *Répartition des sexes.* — Les faits se rangent ici en trois catégories, comprenant: la première, la réunion de deux garçons; la seconde, celle de deux filles; la troisième, celle d'un garçon et une fille.

Voici les résultats obtenus, sous ce rapport, dans 256 grossesses multiples.

Il y a eu;	Deux garçons.	100
—	Deux filles.	58
—	Un garçon et une fille. . .	98

On voit que la réunion de deux garçons dans les grossesses gémellaires est presque deux fois plus fréquente que la réunion de deux filles; on voit aussi que la troisième catégorie, celle des deux sexes réunis, est presque égale à la première.

II. *Proportion relative des sexes.* — La solution de cette seconde question découle des chiffres que je viens d'indiquer. Sur 512 enfants jumeaux, on trouve qu'il y a eu:

Filles.	214
Garçons.	298

Le nombre des garçons surpasse donc celui des filles de plus d'un tiers.

Ce résultat paraîtra certainement remarquable, si on se rappelle que la proportion des sexes pour la totalité des naissances ordinaires est de 16 filles pour 17 garçons. Ainsi la différence est dans un cas de plus d'un tiers, et dans l'autre d'un seizième seulement.

La proportion relative des deux sexes suit donc, dans les grossesses gémellaires, des lois spéciales et tout à fait distinctes de celles qui régissent les naissances normales.

Ce fait, intéressant par lui-même, le devient davantage si on le rapproche des documents recueillis par M. Flourens sur la proportion des sexes chez les animaux, documents qui portent déjà la prédominance des mâles sur les femelles d'un 1/16 à 1/6.

Je crois devoir faire remarquer que la prédominance si grande du sexe masculin dans les grossesses gémellaires se lie à un autre fait qui ressort des statistiques générales des naissances. Je veux parler du nombre beaucoup plus considérable de garçons parmi les enfants morts-nés. La proportion est, en effet, de 17 garçons pour 12 filles. Cette singulière prédominance des garçons parmi les enfants morts-nés peut, à mon avis, s'expliquer en partie par la prédominance du sexe masculin dans les grossesses gémellaires, lesquelles fournissent, comme on le sait, un contingent assez considérable aux statistiques des enfants morts-nés.

III. *Influence de l'hérédité.* — Les grossesses gémellaires sont héréditaires dans certaines familles, mais à des degrés divers et dans des conditions différentes.

Un très grand nombre de faits prouve que les filles des mères qui ont eu des grossesses doubles ont assez souvent elles-mêmes deux enfants à la fois. Cette disposition saute quelquefois une génération, et c'est la petite-fille qui a eu une ou plusieurs grossesses doubles.

Les faits que j'ai recueillis tendraient à prouver que cette disposition héréditaire se transmet aussi pour les fils. Certains hommes auraient ainsi la faculté de procréer deux enfants à la fois, alors même qu'aucune disposition héréditaire n'existe sous ce rapport chez la femme. Ce dernier fait aurait une grande importance au point de vue physiologique, et je comprends qu'il doit être appuyé sur des preuves irrécusables. Je me borne donc à l'indiquer, me proposant d'y revenir dans une prochaine note.

Je crois devoir, avant de terminer, rappeler que la disposition héréditaire aux grossesses gémellaires paraît avoir été mise à profit pour obtenir chez les animaux des espèces qui procréent deux petits au lieu d'un. On est ainsi arrivé à obtenir des troupeaux de brebis qui portent normalement deux agneaux. La portée simple est devenue l'exception, au lieu d'être la règle. J'ai vu un troupeau de près de cent bêtes, et dont chaque brebis donne tous les ans deux agneaux.

L'accouplement des béliers de ces troupeaux avec des brebis qui n'ont jusqu'à présent donné qu'un agneau chaque année pourrait trancher la question de l'influence du mâle sur le nombre des petits. J'espère que cette expérience pourra bientôt être tentée, et je m'empresserai d'en faire connaître les résultats à l'Académie.

— M. le président annonce que l'Académie se formera en comité secret à quatre heures et demie.

DISCUSSION.

Séton. — L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le séton.

La parole est à M. Bouillaud.

M. BOUILLAUD voit avec plaisir les questions souvent les plus restreintes en apparence grandir et donner lieu aux discussions les plus importantes, témoins les discussions récentes sur les doctrines médicales au sujet de la variole et de la cellule cancéreuse. Il en est de même de celle-ci. Le séton de M. Bouvier aura fait plus de bruit qu'il n'est gros.

Je demande à l'Académie la permission de résumer rapidement cette discussion.

M. Malgaigne a commencé par combattre le séton de M. Bouvier; mais, s'élançant ensuite par une de ces tangentes si communes en médecine, il a revisé la question de la révulsion et de la dérivation.

Si la thèse soutenue par M. Malgaigne était vraie, il aurait en grande partie désarmé les médecins, les chirurgiens et les vétérinaires, et ruiné les pharmaciens. Il ne resterait plus debout que le bistouri et la divine lancette. On voit que c'est là une question immense. Nous verrons plus tard jusqu'à quel point les arguments invoqués à l'appui de cette thèse sont irréprochables. Je continue mon résumé.

M. Velpeau, avec la circonspection et le savoir qui le caractérisent, a pris la défense du séton et des exutoires en général. Il a pensé qu'ils survivraient aux attaques de M. Malgaigne : c'est ce que M. Bouvier avait déjà prédit en rappelant l'exemple de Racine et du café. C'était beaucoup dire.

Quoi qu'il en soit, tout en se déclarant partisan des exutoires, M. Velpeau a donné à entendre qu'il n'avait pas toujours eu à cet égard la même manière de voir. A son premier âge chirurgical, il avait été un peu incrédule; ce n'est qu'à son troisième âge qu'il a commencé à avoir foi au séton et aux révulsifs. A cette occasion, M. Velpeau a bien jeté une pierre dans le jardin des médecins en disant que si nous savions nous mettre un peu plus d'accord sur la nature des maladies, on ne verrait pas surgir ces longues discussions dont retentissent les académies, les cliniques, les journaux et les écoles. Je ne relèverai pas cette pierre maintenant. Peut-être plus tard en retrouverai-je l'occasion.

M. Gerdy s'est également montré partisan des exutoires; et il a cité quelques faits à l'appui de sa croyance. Je n'y insiste pas; je reviens à ceux de nos collègues qui ont pris la part la plus active dans cette lutte.

M. Bouvier, justement excité par l'argumentation de M. Malgaigne, a prononcé un discours qui est un vrai chef-d'œuvre d'érudition, de logique et de style. Il s'y élève jusqu'à la prosopopée. Dans ce discours il a battu M. Malgaigne sur quelques points. Après avoir lu ce discours, il est impossible, en effet, de ne pas reconnaître que la pratique de la révulsion et de la dérivation est très ancienne, plus ancienne même qu'Hippocrate. On en trouve le premier fondement dans ce fameux aphorisme : *duobus doloribus*, etc., dont le sens a été tant débattu. Quoi qu'il en soit de ce sens, il y a là une doctrine telle quelle qui a été professé presque sans interruption depuis Hippocrate jusqu'à nos jours. M. Bouvier a donc gain de cause sur M. Malgaigne sur ce point. Mais ce que M. Bouvier n'a pas aussi bien démontré à mes yeux, c'est le résultat, l'action même des révulsifs. Il n'a pas cité, dans les nombreux emprunts qu'il a faits aux anciens, des faits précis, des préceptes rigoureux, des règles d'après lesquelles on puisse se guider dans l'emploi de ces agents. Sur ce point donc, il a donné gain de cause à M. Malgaigne.

M. Bouley, à son tour, est venu défendre les exutoires en général, et en particulier le séton. Il appartenait, en effet, aux vétérinaires, qui, comme on le sait, font un très grand usage du séton, de s'en constituer les défenseurs. Mais M. Bouley, avec une circonspection poussée peut-être à l'excès, a déclaré qu'il n'entendait pas étendre les conséquences déduites de son expérience au delà des animaux. Pour nous, médecins, l'étude des effets du séton est donc, comme on le voit, à recommencer.

M. Bouley a ajouté des considérations sur la théorie de la révulsion et des exutoires en général. Cette théorie, les médecins ne la récuseront pas, car elle est entièrement conforme à ce qu'ils professent depuis longtemps sur ce point.

Il semblait qu'après ces deux discours de M. Bouvier et de M. Bouley, M. Malgaigne n'eût plus rien à répondre. Ceux qui ont pu le croire ne connaissaient pas M. Malgaigne. Il est remonté à la tribune, et, dans un de ces discours pétillants d'esprit comme il sait si bien les faire, il a pris M. Bouvier corps à corps, et il a cherché à ruiner son argumentation. Pour lui, il n'y a pas de doctrine réelle de la révulsion et de la dérivation chez les anciens; il n'y en a pas davantage chez les modernes, du moins à Paris. Quant à Montpellier, et Barthez en particulier, vous n'avez pas oublié comment M. Malgaigne l'a traité. Ainsi, vous le voyez, pour M. Malgaigne, il n'y a de doctrine de la révulsion ni à Montpellier ni à Paris.

Dans cette discussion, on a beaucoup parlé des autorités en médecine, si bien qu'à cette occasion on a traité dans la presse de l'autorité et de la tradition d'une manière générale. Il faudrait s'entendre à cet égard. Dans les sciences naturelles, il n'y a ni autorités ni tradition. Les autorités ne doivent être acceptées qu'autant qu'on les a vérifiées. Nous ne reconnaissons, en fait d'autorité, que celle des faits et de l'expérience. Ce n'est que dans les matières de foi que l'autorité s'impose, non dans les sciences. Dans le moyen âge, on a adoré Aristote et Platon; dès qu'on les a examinés, on les a admirés, mais on a cessé de s'incliner devant eux comme devant une autorité.

Pour terminer ce résumé, je rappellerai enfin les faits que M. Bouley a invoqués à l'appui de la révulsion dans son second discours, faits tellement généraux qu'on peut les appeler des lois. On se souvient des trois principes qu'il a formulés.

Le premier de ces principes a quelque chose de bon, mais en quelques points il est sujet à contestation.

Le deuxième n'est autre chose que la traduction de l'aphorisme d'Hippocrate, mais dans le sens de travail et non de douleur.

Le troisième, relatif à l'intensité de l'absorption en raison inverse de la plénitude du système vasculaire, est d'une très grande fécondité.

Maintenant que j'ai résumé l'état de la question, j'entre en matière, et je dirai : puisqu'une doctrine a été introduite dans la science, il faut l'examiner, et voir si c'est légitimement qu'elle s'est introduite. Lorsque M. Malgaigne est venu contester à cette tribune la doctrine de la révulsion, avait-il lu les ouvrages qui en traitent? Assurément non; car s'il eût seulement jeté les yeux sur des articles de dictionnaires encore récents, il y aurait vu des principes longuement raisonnés. S'il avait dit qu'il avait des doutes sur la valeur de cette doctrine; qu'il y avait quelque chose à revoir, ce n'est pas moi assurément qui me serais élevé contre lui. Mais je ne puis admettre avec lui qu'il n'y ait point de nos jours de doctrine de la révulsion.

M. Bouillaud cite ici les divers articles des dictionnaires de médecine et de chirurgie pratiques, du *Dictionnaire de médecine en 30 volumes*, du *Dictionnaire des dictionnaires de médecine*, etc., où il est traité de la révulsion et de la dérivation, et il en conclut que cette doctrine est autant en vigueur aujourd'hui qu'autrefois, et qu'elle n'en diffère de celle des anciens qu'en ce point seulement que la plupart des auteurs modernes ont cru devoir réunir la dérivation et la révulsion, qui étaient séparées par les anciens. Puis il continue en ces termes :

Ainsi, on le voit, il y a une doctrine de la révulsion, et la méthode révulsive comprend un grand nombre de moyens d'une très grande activité. L'attaque de M. Malgaigne n'est donc pas fondée, et nous ne pouvons la laisser passer. Sans doute, je suis convaincu, pour ma part, qu'il y a beaucoup à faire pour perfectionner cette doctrine, mais je regretterais infiniment qu'on me privât dans l'état actuel des moyens puissants qu'elle met en œuvre.

Quant à la question spéciale du séton, je déclare que mon expérience personnelle ne me permet pas d'en apprécier la valeur. Mais il n'en est pas de même de quelques autres moyens révulsifs, tels que les vésicatoires, les frictions stibiées, etc., que j'ai employés des milliers de fois et dont j'ai le plus souvent retiré les meilleurs résultats. Mais, pour acquérir à cet égard une conviction assise sur des bases solides, il faut se conformer à certaines règles.

La première de ces règles est d'avoir employé le moyen sur un assez grand nombre d'individus et d'avoir constaté assez souvent le même résultat, pour pouvoir le poser en loi générale. Encore l'expérience personnelle ne suffit-elle pas, et faut-il que les faits passent par le contrôle du temps et de l'expérience de plusieurs. Lorsqu'un moyen est passé par ces différentes épreuves, il faudrait renoncer à toute certitude, si l'on ne l'admettait comme vrai. C'est par la statistique, mais la statistique bien faite et qui tient compte de la valeur de ces faits aussi bien que de leur nombre, que l'on établit les vérités médicales. *Non numerandæ, sed perpendendæ observationes*, a dit Baglivi. Vous voyez combien à cette époque déjà on tenait compte de la valeur des faits; car il est des faits qui ont si peu de valeur par eux-mêmes qu'ils ne doivent pas être comptés. C'est ainsi, lorsqu'on se fonde sur des faits en nombre suffisants et suffisamment contrôlés, qu'on peut arriver à la certitude.

C'est comme cela que j'ai procédé pour me fixer sur la valeur des vésicatoires, les princes des révulsifs. Je ne parle pas des vésicatoires à demeure ni de cautères, je suis convaincu que dans une immense quantité de cas on les a mis en usage inutilement; je parle seulement des vésicatoires volants. Pendant vingt-cinq ans j'en ai appliqué peut-être cinq à six par jour. Cinq à six vésicatoires par jour pendant vingt-cinq ans, cela fait un nombre suffisant de faits, ce me semble, pour avoir pu acquérir à cet égard une certitude.

Lorsque dans une pneumonie, par exemple, après avoir employé la saignée, qui est le moyen essentiel, principal au moins, la maladie ne marche pas assez rapidement vers la solution, j'applique de larges vésicatoires volants sur la poitrine, et presque constamment, je dois le dire, j'ai vu les phénomènes, qui jusque-là avaient persisté, disparaître du jour au lendemain.

Il en est de même des névralgies, qui le plus ordinairement cèdent avec une grande promptitude aux vésicatoires après qu'elles ont résisté plus ou moins longtemps à un grand nombre d'autres moyens. De même encore de ces bronchites, avec ce que j'appelle enchifrènement ou coryza des bronches, et qui disparaissent rapidement sous l'influence d'un vésicatoire.

Ce que je viens de dire des vésicatoires, je pourrais le dire aussi d'un autre ordre de moyens révulsifs, des vomitifs et des purgatifs, dont on ne m'accusera pas assurément de faire abus. Dans certains cas de collections séreuses, ne voit-on pas, sous l'influence d'évacuations abondantes et répétées, de ces collections anciennes et considérables être résorbées et se dissiper comme par enchantement?

N'y eût-il que ces faits-là, et il y en a bien d'autres, ce serait déjà assez certainement pour justifier les principes de la doctrine de la révulsion.

— Il est quatre heures trois quarts, l'Académie se forme en comité secret.

CORRESPONDANCE.

A M. le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Monsieur le Rédacteur,

M. Bayle, le neveu, a bien voulu informer vos lecteurs que *M. Malgaigne se moque de l'histoire ou ne la sait pas.* Il ajoute que *les excentricités ne suffisant pas à M. Malgaigne, il lui faut aussi les calomnies.* Pourquoi faire?

La cause de tous ces gros mots est cette phrase, extraite de mon éloge de M. Roux :

« Déjà avait paru sous le nom de Bayle un nouveau mémoire sur les » polypes utérins, reproduisant les vues de Bichat et de M. Roux, sans » nommer ni l'un ni l'autre. »

D'abord, dit M. Bayle neveu, *Bayle* (l'oncle) *n'a pas publié de mémoire sur les polypes utérins*, mais bien des *Remarques sur les corps fibreux de la matrice.* Si M. Bayle neveu n'entend pas la langue chirurgicale, qu'il commence par l'apprendre; nous en causerons après. Je répète donc que les deux mémoires ont le même objet, et que le changement de titre donné au dernier ressemble à ces déguisements dont se servent les maquignons pour dérober la piste des chevaux volés.

Il n'y a pas de question de priorité, dit M. Bayle neveu. Il y en a une, et je l'ai nettement posée, ce me semble.

« *S'il y avait une question de priorité, il est évident qu'elle serait en faveur de Bayle, puisque le mois de germinal, où ce jeune médecin, alors aide d'anatomie, présenta son registre à l'Ecole, est antérieur au mois de thermidor, époque de la publication du mémoire de Roux.* »

D'abord il serait bien surprenant que Bayle, publiant son mémoire trois mois après celui de M. Roux, fût en mesure de décliner la priorité de celui-ci. Mais quant aux sources, M. Roux déclare loyalement que son mémoire est extrait du *cours de Bichat*, et le cours de Bichat est antérieur au registre prétendu de Bayle; et si M. Bayle neveu l'exige, je lui donnerai la preuve que son oncle avait suivi le cours de Bichat.

M. Bayle neveu sera peut-être bien surpris aussi d'apprendre que son oncle n'a jamais déposé de registre à la Faculté; il y avait là un chef des travaux anatomiques qui se chargeait de ce soin, et qui n'eût toléré aucun empiétement sur ses privilèges.

M. Bayle sera peut-être surpris encore d'apprendre que le travail de son oncle ne lui appartenait pas; lui-même (l'oncle) déclare qu'*il fait partie du grand travail entrepris et dirigé à l'Ecole par le citoyen Dupuytren.* Bayle n'a donc eu dans cette affaire que le malheur de prêter son nom. C'est déjà trop, et l'histoire doit lui en faire porter la peine.

Car voici la marche de cette affaire. M. Roux publie au nom de Bichat, son maître, un travail puisé dans les cours de ce dernier; tout le monde se tait; Bichat était vivant. Puis Bichat meurt; Dupuytren, qui, à la mort de Bichat, s'était écrié : *Je commence à respirer!* Dupuytren lâche un de ses aides d'anatomie pour disputer à Bichat mort, sans le nommer, une de ses découvertes; et ceci s'appellera de la loyauté, de la probité scientifique? Si M. Bayle neveu l'entend ainsi, il est inutile de discuter davantage avec lui. Je n'ai donc point été calomniateur; j'ai été justicier, et, à toute œuvre marquée de semblables caractères, je promets une égale justice.

Un mot seulement sur mon ignorance de l'histoire et mes excentricités. M. Bayle neveu, si je ne me trompe, est de cette petite école soi-disant hippocratique dont j'ai eu occasion, il y a un an, d'apprécier la haute science (*Revue médico-chirurgicale*, t. XV, p. 260). La petite école n'a pas répondu, et pour cause. Est-ce que par hasard M. Bayle en saurait plus que ses coreligionnaires? Je lui demande pardon alors de ne pas m'en être douté jusqu'ici. En pareille matière, j'aime assez à être jugé par des juges compétents. *Ne sutor ultrà crepidam.*

Recevez, etc. MALGAIGNE.

Etat de souscription pour l'exécution en marbre du buste de Pinel. MM. Pinel neveu, 200 fr.; Ferrus, 50 fr.; Falret, 100 fr., Moreau (de Tours), 50 fr.; Brierre de Boismont, 50 fr.; Dubois (d'Amiens), 10 fr.; Bricheteau, 10 fr.; Baillarger, 50 fr.; Rostan, 100 fr.; Voisin, 100 fr.; Delaye, 50 fr.; Larrey, 15 fr.; Calmeil, 20 fr. — Total, 805 fr.

La somme fixée étant de 1,000 fr., il ne reste plus que 195 fr. à recevoir pour clore la souscription.

LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De quelques applications chirurgicales de la liqueur iodo-tannique.

En parcourant récemment les salles du service de M. Robert, à l'hôpital Beaujon, nous avons vu plusieurs malades dont les plaies étaient badigeonnées avec de la liqueur iodo-tannique. Qu'est-ce que la liqueur iodo-tannique? quels sont ses effets sur les surfaces morbides? de quelles applications est-elle susceptible en chirurgie? C'est sur quoi nous allons chercher à édifier ceux de nos lecteurs qui n'ont point encore eu l'occasion d'appliquer ou de voir appliquer cette nouvelle combinaison ou ce nouvel agent thérapeutique.

Comme le perchlorure de fer, la liqueur iodo-tannique nous vient des bords du Rhône. C'est dans l'officine de M. Guilliermond (de Lyon) qu'elle a pris naissance. Issues l'une et l'autre d'une même pensée et conçues à peu près dans le même but, ces deux préparations ont eu dès leur origine une destinée très différente. Tandis qu'on se préoccupait de la révolution que le perchlorure de fer allait opérer dans le traitement des anévrismes, des espérances que l'on fondait sur ce nouvel agent, de ses succès et de ses revers, la liqueur iodo-tannique faisait plus paisiblement, mais plus sûrement peut-être son chemin ; si bien qu'aujourd'hui, pendant que l'on conteste encore les services du perchlorure de fer, la liqueur iodo-tannique semble déjà avoir acquis droit de domicile dans la thérapeutique. On en est, en effet, à faire le départ entre celles de ses applications que l'expérience a montrées utiles et celles qui ont été reconnues inefficaces ou tout au moins inutiles.

Nous pensons qu'il ne sera pas sans intérêt, avant de parler des applications dont nous avons été témoin, de rappeler les premiers essais qui ont été faits, afin d'éviter des tâtonnements aux praticiens qui voudraient avoir recours à ce topique.

Disons d'abord quelle est sa composition.

La liqueur iodo-tannique est, comme l'indique assez son nom, un composé ou plutôt un mélange d'iode et de tannin, dans les proportions d'une partie d'iode pour neuf parties de tannin, étendu dans 100 parties d'eau réduite au dixième par évaporation (c'est la proportion normale), ou dans les proportions de 1 partie d'iode pour 2 parties de tannin pour un degré différent.

Voici, du reste, la formule donnée par M. Guilliermond pour deux degrés différents de ce mélange :

1° *Liqueur iodo-tannique normale.*

Iode. . . . . 5 grammes.
Tannin. . . . . 45 —

Triturez à froid dans un mortier de porcelaine jusqu'à mélange complet. Ajoutez par petites fractions :

Eau froide. . . . . . . 500 grammes.

Filtrez et faites évaporer au bain-marie pour obtenir 100 grammes de liqueur représentant :

Iode. . . . . 5 grammes.
Tannin. . . . . 45 —
Eau. . . . . 50 —

2° *Liqueur iodo-tannique iodurée.*

Iode. . . . . 5 grammes.
Tannin. . . . . 10 —

Triturez à froid dans un mortier de porcelaine jusqu'à mélange complet. Ajoutez par petites fractions :

Eau. . . . . 85 grammes.

Faites légèrement chauffer au bain-marie dans un matras jusqu'à dissolution, puis filtrez la liqueur.

C'est à M. le docteur Desgranges que nous devons les premiers essais et les premières indications de la médication dont il s'agit.

Ce fut d'abord à titre d'hémoplastique, et comparativement au perchlorure de fer, que M. Desgranges étudia l'action du mélange iodo-tannique ; puis, par analogie, il fut naturellement conduit à essayer cette liqueur dans les cas où la teinture d'iode est journellement employée, et puis enfin comme topique sur les ulcères et les plaies de mauvais caractère.

M. Desgranges n'a pas eu sujet de s'applaudir de l'emploi de la liqueur iodo-tannique iodurée dans l'hydrocèle, dans les kystes ou les abcès froids, et généralement partout où une assez forte proportion de liqueur doit se trouver en présence d'un liquide albumineux. Ainsi, par exemple, dans l'hydrocèle, où il a essayé plusieurs fois la liqueur iodurée étendue de partie égale d'eau, à la dose de 50 à 80 grammes de mélange, il a constaté, comme effets immédiats, des phénomènes identiques à ceux de l'injection iodée ordinaire, mais beaucoup moins constants et beaucoup moins sûrs quant au résultat définitif. La liqueur était-elle un peu trop étendue, son action était insuffisante ; un peu trop concentrée, elle donnait lieu à des accidents inflammatoires beaucoup trop intenses, allant jusqu'à la suppuration. En résumé, le médium d'action est beaucoup plus difficile à trouver avec la liqueur iodo-tannique iodurée qu'avec la teinture d'iode. Il n'y aurait donc aucun avantage, il n'y aurait même que des inconvénients à la substituer à cette dernière.

L'injection iodo-tannique n'a pas mieux réussi dans les kystes. C'est ainsi que pour un goître cystique cette injection fut suivie d'une inflammation vive avec suppuration.

Enfin, dans les abcès froids idiopathiques ou symptomatiques, les résultats ont été pires encore. « Autant d'injections, autant de suppurations », dit M. Desgranges. — D'où l'on voit que la liqueur iodo-tannique iodurée ne convient nullement dans les collections purulentes chroniques. Nous verrons plus tard quelle est la cause de ces insuccès attribués à la présence du tannin, et que nous nous bornons à constater pour l'instant. Disons seulement que là où la liqueur iodo-tannique *iodurée* a échoué, la liqueur *normale*, c'est-à-dire celle qui contient 9 parties de tannin pour 1 partie d'iode, échouerait *à fortiori*.

Mais si ce mélange convient peu pour les cavités séreuses et les vastes collections purulentes, il n'en est plus de même pour les surfaces à découvert, pour les plaies. C'est surtout dans les plaies atoniques, dans les plaies strumeuses, les vieux ulcères que l'emploi topique de ce moyen paraît convenir. L'application répétée une ou deux fois par jour de ce liquide sur des plaies blafardes qui restent stationnaires, a pour résultat à peu près constant de raviver ces plaies, de les exciter, de détruire les fongosités, d'exciter la vitalité des tissus sous-jacents, de provoquer la formation de bourgeons charnus de bonne nature, et de faire enfin marcher ces plaies, jusque-là stationnaires, vers une cicatrisation régulière et plus ou moins rapide.

C'est pour des cas de ce genre que nous avons vu employer la première formule (la liqueur iodo-tannique normale) dans le service de M. Robert. Nous tenons de cet honorable chirurgien que dans presque tous les cas où il y a eu recours il en a obtenu, sinon des succès constants et toujours complets, du moins une modification toujours avantageuse dans l'état des plaies.

Nous avons vu, entre autres, dans son service, un vieillard portant depuis longues années un vaste ulcère atonique de la jambe, longtemps traité sans succès par une foule de moyens variés. Depuis qu'il a été pansé par le mélange en question, l'ulcère a complètement changé d'aspect ; il est recouvert sur presque toute sa surface de bourgeons charnus de bonne nature, et cette surface, réduite de plus des deux tiers, est circonscrite de toutes parts par un tissu cicatriciel solide.

L'injection iodo-tannique a un autre usage, dont il nous resterait à parler, et qui n'est pas le moins important ; nous voulons parler du traitement des varices. Nous aborderons cette question dans une prochaine *Revue*.

Gangrène traumatique des parties génitales externes survenue à la suite du travail d'accouchement prolongé chez une primipare avancée en âge.

Nous avons entretenu plusieurs fois nos lecteurs des cas de sphacèle des parties génitales externes qui se manifestent de temps à autre chez les nouvelles accouchées, dans les services spéciaux d'accouchements, et qui paraissent se rattacher à une de ces influences épidémiques que l'on n'a que trop souvent l'occasion d'observer dans ces établissements. Mais nous n'avons eu que très rarement l'occasion d'observer le sphacèle traumatique survenu à

HISTOIRE MÉDICALE DU CORPS D'OCCUPATION DES ÉTATS PONTIFICAUX EN 1852 (1).

Par le Dr Félix JACQUOT, médecin en chef de l'hôpital militaire de Thionville.

Un mot maintenant sur les conditions hygiéniques dans lesquelles s'est trouvé le soldat. Nous avons parlé des manœuvres et exercices suspendus en juillet, repris prématurément en septembre, et de la funeste influence de cette reprise intempestive. En 1852, le soldat a enfin son matelas dans la caserne, *après avoir essuyé trois endémo-épidémies, couché sur la paille, dans une capitale peuplée de 160,000 âmes, que nous occupons en amis !* Le général commandant en chef fait introduire une utile amélioration dans l'alimentation du soldat ; celui-ci reçoit simultanément chaque jour une ration de vin et une ration de café et sucre, tandis qu'auparavant on ne les lui distribuait qu'alternativement. Des ordres sont également donnés pour que la troupe soit consignée dans les quartiers pendant les heures les plus chaudes de la journée.

La répartition et le nombre, la confluence des maladies, si on veut me passer le mot, selon les sites, est ce que nous l'avons vue dans les années palustres 1849 et 1850, ce que nous la retrouverons en 1853, ce qu'on la voit enfin chez la population civile de Rome dans les années palustres normales. Les sites dont la vieille expérience a prouvé l'insalubrité palustre sont les plus maltraités. N'est-ce point une chose remarquable, n'est-ce point le plus bel argument en faveur de la dualité pathologique et étiologique de l'endémo-épidémie que cette ressemblance si frappante des années essentiellement palustres opposée aux caractères exceptionnels de l'année 1851, qui se dévie à la fois de la route quant à la symptomatologie, à l'étiologie et à la météorologie? On voit que tous les éléments de la doctrine esquissée au commencement de ce travail sont solidaires les uns des autres, et que les classes de maladies que nous avons distinguées, les palustres et les climatiques (1), sont naturelles, puisque, d'une part, la phénoménisation étant donnée, on peut en déduire l'étiologie et le traitement, comme nous le ferons voir plus tard ; de même que la connaissance de l'étiologie, ou celle de la thérapeutique qui a réussi, peut faire deviner le caractère et la physionomie des affections qui ont régné.

Examinons donc la répartition et la confluence des maladies d'abord chez les militaires, ensuite dans la population civile.

Les sites périphériques non abrités contre les miasmes de la plaine sont les plus atteints, comme en 1849, 50 et 53.

La répartition des maladies a été la même dans la population civile que dans la troupe ; les quartiers périphériques ont surtout souffert. Vers la porte du Peuple, les maladies ont été très nombreuses, et la mortalité s'est élevée à un haut chiffre ; dans quelques maisons tout le monde a été touché. L'insalubre couvent de Sainte-Sabine, sur l'Aventin, établissement qui n'avait pas compté une seule fièvre à quinquina dans l'année 1851, année plus féconde en climatiques qu'en palustres, comme nous l'avons établi ailleurs, en a eu beaucoup plus en 1852. A Sainte-Calixte, au Transtevère, et surtout à Saint-François de Ripa Grande, lieux périphériques, principalement ce dernier, il y a également eu beaucoup plus de malades en 1852 que l'année précédente. A Saint-François, peu de moines ont été exempts de toute atteinte de fièvre. Nous avons recueilli d'autres documents encore, desquels il résulte que dans les années palustres, les couvents périphériques de Rome sont plus atteints que les établissements situés au centre. Nous constatons ici ce fait, parce que les partisans de l'étiologie météorologique prétendent que si les groupes de troupes casernés à la périphérie sont plus atteints que les autres, c'est parce qu'il leur en coûte plus de fatigues et de courses pour se rendre au centre de la ville, où les appellent leurs obligations, et ne craignent pas d'avancer que les religieux sédentaires, et surtout cloîtrés, ne sont pas plus exposés à la fièvre palustre à la périphérie qu'au cœur de la ville, assertion que nos recherches infirment.

§ IV. APERÇU PATHOLOGIQUE DE L'ENDÉMO-ÉPIDÉMIE.

A. *Aperçu général.* — Nous avons dit que le genre palustre a repris cette année le rôle dont il s'était un peu départi l'année précédente, c'est-à-dire qu'il a eu une prédominance très marquée, pendant la saison endémo-épidémique, sur ces autres affections que nous avons rangées sous la dénomination générique de climatiques.

Les maladies qui ont régné sont :

(1) Suite. Voir le numéro des 6 et 20 novembre.

(1) Nous disons *climatique* ; c'est par erreur que dans les précédents feuilletons on a substitué le mot *climatérique* au mot *climatique* employé par l'auteur. Ce mot a été créé par lui, dans une lecture faite à l'Académie le 2 août 1853, pour désigner tout un ordre de maladies dues au climat. Les expressions connues *climatologique* et *climatérique* ne pouvaient convenir : celle-ci, parce qu'elle ne désigne, à proprement parler, que les années *critiques* ; celle-là, parce qu'elle indique dissertation sur le climat.

la suite d'un accouchement longtemps retardé par l'étroitesse et la rigidité des parties externes de la génération, sorte de sphacèle qui diffère essentiellement par sa marche et ses caractères, comme il en diffère par l'origine, du sphacèle spontané auquel nous faisons allusion. C'est sur un fait de ce genre que nous appelons aujourd'hui l'attention.

Tout le monde sait que la rigidité des parties externes de la génération, assez fréquente chez les femmes devenues enceintes à un âge avancé, jointe à l'étroitesse de la vulve, peut devenir une cause de retard dans l'accouchement. Si l'art n'intervient dans ce cas, on court le risque, l'obstacle persistant, de voir le périnée se déchirer ou se rompre à son centre sous l'influence des contractions énergiques qui viennent incessamment faire arc-bouter la tête contre ces parties. Quelques accoucheurs conseillent en pareil cas pour prévenir cet accident de débrider le périnée. Mais nous ne sachons pas que ce débridement ait été prescrit en vue de prévenir le sphacèle du vagin et de la vulve pouvant résulter d'une compression prolongée de ces parties par la tête. Quoi qu'il en soit, dans le fait que nous allons rapporter, bien que le débridement, doublement indiqué dans la prévision des deux accidents que nous venons de signaler, ait été pratiqué, ou peut-être, ainsi que nous aurons occasion de le faire remarquer dans le courant de l'observation, parce qu'il a été fait trop tard, on n'a pu prévenir le développement du sphacèle.

Voici cette observation, dont nous devons la communication à M. Aug. Rombaud.

Une femme âgée de trente-six ans, primipare, paraissant assez bien constituée, est entrée le 16 octobre dernier dans le service de M. Legroux, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Pierre. Elle était dans les douleurs depuis la veille sept heures du soir. Ces douleurs avaient acquis une grande intensité depuis quatre heures du matin, et la patiente poussait des cris violents et prolongés chaque fois que la tête du fœtus, poussée par des contractions soutenues et énergiques, venait soulever fortement le périnée et la vulve, qui menaçaient à chaque instant de se rompre. L'interne de service, M. Perret, appelé auprès de cette femme, s'étant assuré qu'il n'y avait d'autre obstacle à l'accouchement que la rigidité et l'inextensibilité des parties molles, après une contraction plus violente encore que les précédentes, pratiqua, à l'aide de ciseaux, sur la partie latérale gauche de la commissure postérieure, une incision oblique d'environ un centimètre et demi, dirigée du côté de l'ischion. Immédiatement après, les contractions se succédant sans interruption, la délivrance se fit assez rapidement.

La plaie faite avec l'instrument sembla diminuer aussitôt d'étendue; les parties génitales ne présentèrent à ce moment rien de particulier. La malade reçut tous les soins prescrits en pareil cas.

Le lendemain, elle accusa quelques coliques, de l'inappétence, une soif vive; elle était, du reste, sans fièvre. A dater de ce jour elle ne put uriner autrement qu'avec la sonde. En l'examinant de près, on reconnut l'existence d'une eschare occupant la membrane muqueuse de la fourchette, la partie latérale droite de la vulve et du vagin, dans l'étendue d'environ 2 centimètres à 2 centimètres et demi. — M. Legroux prescrit : huile de ricin, 20 grammes; lotions légèrement chlorurées.

Les jours suivants, les parties sphacélées, d'abord d'une coloration blanchâtre, étaient devenues d'un blanc verdâtre, puis noirâtre par places. Un travail d'élimination commençait à se faire à la périphérie. — Continuation des lotions chlorurées.

Le 25 octobre, neuf jours après l'accouchement, la malade accuse un frisson de la veille au soir; la bouche est mauvaise, la langue chargée, teinte jaunâtre de la peau du visage. — Prescription : 0,50 centigrammes de sulfate de quinine, lotions chlorurées continuées.

Deux jours après, le 27, les eschares commencent à s'éliminer; on se borne à interposer de la charpie à l'entrée de la vulve et du vagin. — Sulfate de quinine, même dose.

Les 28 et 29, sous l'influence de l'administration répétée du sulfate de quinine, l'état général de la malade s'améliore.

Les 30 et 31, il survient de la diarrhée, qui est combattue avec efficacité par l'administration du sous-nitrate de bismuth à hautes doses, du diascordium et des quarts de lavements laudanisés.

Du 4 au 5 novembre, les eschares se détachent complétement, les plaies de la vulve et du vagin prennent un aspect rosé et marchent rapidement vers la cicatrisation, qui ne s'est opérée d'une manière complète que depuis quelques jours seulement.

Nous ne signalons que pour mémoire divers accidents qui ont traversé toute cette période puerpérale, tels qu'un phlegmon du dos de la main et un érysipèle, qui, s'étant développé sur le bras, s'est successivement étendu à l'épaule, au cou du même côté, et a gagné jusqu'à la face.

Nous avons dit que c'était là un cas de sphacèle tout différent de ceux que nous avons signalés plusieurs fois. Cette différence dans les effets, c'est-à-dire dans les caractères, la marche et l'issue de la maladie, se retrouve tout entière dans la cause même qui a produit l'accident. Ici c'est une cause toute traumatique, toute accidentelle; aussi le mal est-il limité aux points qui ont été soumis à l'action de cette cause, c'est-à-dire à la compression de la tête de l'enfant. La marche de la maladie est celle que nécessite l'élimination de l'eschare et la réparation. Le traitement consiste plutôt à aider la nature dans ses efforts qu'à intervenir d'une manière active. Là, au contraire, point d'action mécanique, point de traumatisme proprement dit; c'est aussi bien chez les femmes qui ont accouché sans efforts, sans la moindre difficulté, que chez celles qui ont eu besoin des secours de l'art, que la maladie se manifeste. Une fois déclarée, elle s'étend, gagne de proche en proche, tend à envahir graduellement toute la région si on ne s'opposait à ses progrès; et c'est à peine si l'on y parvient avec l'aide des agents thérapeutiques et des procédés chirurgicaux les plus actifs, tels que les cautérisations avec le nitrate de mercure et le cautère actuel.

Mais il nous faut tirer de ce fait la conclusion pratique qu'il renferme. Lorsque la tête du fœtus est complétement descendue dans l'excavation, que les contractions continuent avec énergie et qu'il n'y a plus d'autre obstacle à l'accouchement que l'étroitesse de la vulve, l'indication est formelle, il faut débrider. Mais faut-il attendre, pour pratiquer ce débridement, que la femme se soit épuisée en vains efforts et que la rupture du périnée soit imminente? Non sans doute; car il y a un autre danger à conjurer que celui de la rupture, c'est la mortification des parties molles trop longtemps comprimées; c'est, en un mot, l'accident qui a eu lieu chez cette femme.

Le débridement a été fait ici assez tôt pour prévenir la rupture, mais trop tard pour prévenir le sphacèle. Cette observation ne doit pas être imputée en blâme dans ce cas-ci à l'interne chargé du soin de cette femme, puisqu'il a pratiqué le débridement aussitôt qu'il a été appelé auprès d'elle; mais il a été appelé trop tard. Nous croyons qu'en pareil cas le débridement doit être pratiqué sitôt que la cause de l'obstacle est reconnue.

Ce fait nous remet en mémoire un cas tout à fait semblable qui s'est présenté il y a plusieurs années dans notre pratique particulière. Il s'agissait aussi d'une primipare d'un âge un peu avancé. Après avoir assisté à toutes les phases du travail, qui se passa d'une manière très régulière, la tête était engagée depuis quelque temps déjà dans l'excavation, et malgré les contractions les plus énergiques et les plus soutenues, elle ne parvenait point à franchir la vulve; chaque contraction soulevait fortement le périnée, sans faire faire un pas de plus à la tête. Un examen attentif nous fit reconnaître alors que le diamètre de la vulve, qui n'avait pas plus de 7 à 8 centim., était un obstacle insurmontable au passage de la tête, qui était d'ailleurs volumineuse. Nous n'hésitâmes pas à pratiquer immédiatement un débridement de 2 à 2 cent. 1/2 environ, qui fut immédiatement suivi de l'expulsion de l'enfant. Les suites furent des plus heureuses; il n'y eut ni sphacèle ni même aucune trace de contusion. Nous croyons que c'est là la règle à suivre en pareil cas.

Amputation de l'articulation fémoro-tibiale chez un enfant de deux ans et demi pour une nécrose des deux os de la jambe survenue à la suite de la variole.

Nous recevons de M. le docteur Eon, médecin aide-major à l'hôpital de Coléah (Algérie), l'observation suivante, qui n'est pas moins intéressante par la cause des désordres survenus dans la jambe que par la guérison rapide qui a suivi la grave opération qu'il a dû faire.

Une petite fille kabyle de deux ans et demi nous fut présentée, nous écrit M. Eon, pour un épanchement plastique recouvrant complétement la cornée transparente de l'œil droit et les trois quarts inférieurs de la circonférence de l'œil gauche. Cette opacité des deux cornées était le reliquat d'une ophthalmie survenue pendant le cours d'une variole dont cette enfant était encore à peine convalescente (1). Elle avait, en outre, une autre complication beaucoup plus sérieuse et pour laquelle le père ne nous consultait que secondairement. Ainsi la variole s'était compliquée en même temps d'un vaste abcès phlegmoneux à la jambe, dont le pus avait fusé dans les gaînes tendineuses, décollé toutes les parties molles, qui avaient été entraînées par la suppuration, de telle sorte que le pied et le tiers inférieur de la jambe avaient disparu. Nous avions devant nous le tibia et le péroné dénudés et nécrosés dans une étendue de 5 ou 6 centimètres. En voyant l'aspect rosé des chairs qui les coiffaient en forme de champignon, je supposai que la nécrose était limitée, et que la résection de ces deux extrémités osseuses amènerait une prompte cicatrisation.

Le père nous fit comprendre que la plaie était la même depuis longtemps, mais qu'il y avait là un *ver* qui avait rongé le tiers inférieur de la jambe, et que sans doute le reste y passerait. (Cette idée de ver rongeur est généralement répandue chez les Arabes, et nous nous rappelons une femme portant au bras un ulcère qu'elle entretenait depuis longtemps, en y fouillant avec une épingle pour trouver le carnivore auteur de son mal; aussi éprouvait-elle le plus vif plaisir chaque fois que nous y passions la pierre pour hâter la cicatrisation.)

A la condition qu'on ne toucherait pas aux parties molles, le père consentit à nous laisser faire notre opération, que nous pratiquâmes de la manière suivante, avec l'aide et les conseils de nos confrères MM. Ferraton et Gasté.

Ne connaissant pas la limite de la nécrose, nous crûmes prudent de faire sur la face externe du tibia une incision longitudinale de 3 ou 4 centimètres; et bien nous en prit, car le mal remontait plus haut. Je prolongeai l'incision de 4 centimètres environ, et je reconnus que l'os était malade à la facilité avec laquelle mon bistouri pénétrait une substance comme cartilagineuse, qui n'était autre qu'un commencement d'ossification du périoste. Mon incision se prolongeant presque jusqu'au genou, je n'avais plus qu'à en faire la désarticulation.

La méthode ovalaire par le procédé de M. Baudens, qui donne de si beaux résultats, en recouvrant les surfaces articulaires et en

(1) M. Eon nous apprend que, vers la fin de l'année dernière, la petite ville de Dellys fut ravagée par une épidémie de choléra. A peine avait-elle cessé que la variole vint lui succéder, et fit chez les Arabes exclusivement des ravages considérables. Ainsi, sur une population de 900 et quelques individus, 115 avaient été enlevés par le choléra; la variole en fit disparaître un nombre plus considérable encore. Les Arabes, qui chaque jour venaient en foule consulter les médecins français, les appelèrent rarement pendant le cours de cette épidémie, mais seulement à la fin pour en traiter les complications, principalement les ophthalmies purulentes, les kératites ulcéreuses, etc.

1° Les fièvres palustres de tous types : intermittentes, rémittentes, subcontinues, pernicieuses;

2° Les fièvres climatiques, surtout celle que les Romains appellent gastro-rhumatique, et qui nous a semblé plus commune, ou du moins plus nettement caractérisée qu'en 1849 et 1850;

3° La classe si importante, et si méconnue en Algérie, des fièvres mixtes, complexes, ou proportionnées, pour me servir de l'expression de Torti, constituées par la réunion d'une palustre et d'une autre affection, notamment d'une climatique, surtout de la gastro-rhumatique, dernière combinaison qui forme à Rome une classe nombreuse;

4° Enfin, les affections sporadiques ou épidémiques accidentelles, c'est-à-dire ne faisant point parties essentielles de l'endémo-épidémie qui se reproduit régulièrement chaque année en été et en automne, catégorie dans laquelle se rangent les fièvres typhoïdes, éruptives, les affections locales, etc.

Dans nos histoires médicales des années 1849, 1850, 1851 et 1853 (*Gazette médicale de Paris* et *Recueil des mémoires de médecine militaire*), nous avons donné un aperçu général suffisant des affections endémo-épidémiques à retour annuel régulier. Une description plus complète ne peut trouver place dans l'histoire médicale d'une année. Nous nous contenterons d'esquisser ici quelques principaux traits.

B. *Fièvres palustres*. — Les fièvres palustres ont, comme c'est la règle, affecté le type intermittent au commencement de la saison, mais sont rapidement devenues rémittentes au fort de la chaleur par l'adjonction d'un élément continu, notamment d'une gastro-rhumatique, et en automne soit par cette adjonction, soit en vertu seulement de l'énergie de l'intoxication, sans aucune complication d'un élément nouveau.

Comme les années précédentes, la forme algide est la plus fréquente parmi les pernicieuses. Les fièvres pernicieuses sont environ au nombre de 60, sur lesquelles on en compte 15 suivies de décès, ou 25 0/0. Pendant les années 1850, 1851, 1852, la proportion de la mortalité causée par les fièvres pernicieuses n'a pas sensiblement varié; elle est représentée dans chacune de ces trois années par 25 0/0, ou 1 décès sur 4 pernicieuses traitées.

Il ne nous paraît pas inutile de jeter un regard rétrospectif, afin de rechercher quels sont les mois qui présentent le plus de décès dus aux fièvres pernicieuses. Mettons de côté l'année exceptionnelle 1851, où ces décès sont disséminés dans sept mois et constituent plutôt des accidents fréquents, il est vrai, qu'une manifestation du génie palustre ayant son cours régulier.

En 1853, 16 décès en août, 6 en octobre, 5 en septembre et autant en novembre, 1 seul en juillet.

En 1852, septembre est le plus chargé de décès, puis viennent août et octobre, qui en ont chacun 3, tandis que juillet n'en compte que 2.

Année 1850 : 5 en août, 5 en septembre, et 2 dans chacun des mois de juillet, octobre et novembre.

Année 1849 : 43 en août, 23 en septembre, 14 en juillet et 7 en octobre.

Enfin, dans notre *Mémoire sur les fièvres comateuses d'Afrique*, nous avons noté 6 décès en octobre, 5 en septembre, 4 en août, aucun en juillet.

Ces chiffres établissent que l'endémo-épidémie ne suit pas une période ascensionnelle parallèle à celle de la chaleur; car juillet, le mois le plus chaud de l'année, n'est jamais le plus chargé et jouit même quelquefois d'une remarquable immunité, et que le mois d'août, le plus chaud après juillet, doit être mis à peu près sur la même ligne que septembre, quant à la mortalité causée par les fièvres pernicieuses.

C. *Fièvres climatiques*. — C'est le plus souvent dans les climatiques et dans les proportionnées que se rangent les affections appelées à Rome fièvre gastrique, gastro-rhumatique, gastro-nerveuse, nerveuse, synoque, synoque putride, catarrhale, etc., et nommée en Amérique fièvre congestive, fièvre ardente, etc. Ces maladies sont presque toutes des créations artificielles, soit qu'on donne des noms différents à des formes variées de la même affection, soit qu'on ne reconnaisse qu'une affection simple là où existe une maladie complexe. Démêler ce cahos pathologique et cette confusion nosologique, non pas à l'aide du travail de cabinet, mais d'abord cliniquement, au lit du malade, pour constituer ensuite des individus avec ces membres dépecés, ou pour dégager les espèces des amalgames où elles sont entassées confusément, c'est un travail au-dessus des forces et de l'activité d'un seul homme. Mais nous pouvons dès aujourd'hui déclarer qu'il existe à Rome :

1° Des fièvres climatiques bénignes que nous décrivons ailleurs sous le nom de fièvres gastro-rhumatiques, acceptant ainsi la dénomination romaine de *gastro-rhumatica*. Cette gastro-rhumatique est décrite d'une manière très sensiblement différente par les diverses écoles italiennes. Ces variations dépendent, soit de la non-fixité des espèces dans la nosologie pyrétologique, soit de ce que cette maladie, due aux climats, peut offrir autant de physionomies diverses que le climat peut présenter de caractères différents, soit enfin de ces deux causes réunies. Cette fièvre gastro-rhumatique, qui fait le sujet d'une monographie que nous avons récemment adressée à l'Académie de médecine de Paris, a des symptômes qui ne permettent de la confondre avec aucune

plaçant la cicatrice en arrière et au-dessus des condyles du fémur, n'était malheureusement plus applicable, à cause de la longueur obligée de mon incision sur la face externe du tibia. Je pratiquai une section demi-circulaire des parties molles, je pénétrai dans l'articulation après avoir divisé les ligaments latéraux, puis je taillai un lambeau à la face postérieure dans les muscles du mollet. Après la ligature de l'artère poplitée, je réunis la plaie par première intention, en y faisant sept ou huit points de suture entortillée.

L'examen de la jambe nous fit voir un travail remarquable de réparation; la nécrose du péroné remontait à 5 centimètres de l'articulation, et celle du tibia jusqu'à l'épiphyse de cet os, qui était boursouflée de telle sorte que le cartilage semi-lunaire y tenait à peine. Le périoste, envaginant les deux surfaces osseuses nécrosées, présentait un commencement d'ossification de 3 à 4 millimètres d'épaisseur.

Le lendemain, j'allai voir ma petite malade chez elle; je la trouvai couchée par terre sur une peau de mouton, à peine recouverte d'un vieux burnous. Néanmoins la nuit avait été assez bonne; on lui avait fait manger du couscous, qu'elle avait accepté facilement. Les pièces du pansement n'étaient pas dérangées.

Le troisième jour, je la fis apporter à l'hôpital pour examiner la plaie. Je trouvai avec douleur tout mon appareil, non-seulement souillé par l'urine et les matières fécales, mais ne tenant plus; cinq points de suture étaient rompus; les bords de la plaie étaient écartés, d'une couleur blafarde. Ne pouvant plus songer à obtenir une réunion immédiate, je les rapprochai légèrement au moyen de bandelettes de diachylon, et je fis un pansement simple pardessus.

En voyant pour la première fois cette vaste plaie, le père, qui ne s'en doutait pas (nous avions cru prudent de l'éloigner pendant l'opération), ne cessait d'invoquer Allah, disant qu'il aimerait mieux voir son enfant mort que dans un pareil état; j'avoue que je craignais beaucoup de voir ses espérances se réaliser, d'autant mieux qu'il y avait beaucoup de fièvre, et de la diarrhée occasionnée sans doute par l'alimentation indigeste que l'on donnait malgré nos conseils.

A partir de ce moment, je ne fis plus que des pansements rares, c'est-à-dire tous les trois ou quatre jours, le père ne se donnant pas la peine de m'amener sa fille plus souvent.

Contre mon attente, la fièvre cessa; la suppuration se tarit peu à peu; les chairs devinrent rosées, se couvrirent de bourgeons charnus qu'il fallut promptement réprimer, et vingt-huit jours après l'opération la cicatrisation était presque complète.

Il n'est pas commun de voir un abcès, qui complique la variole, dénuder complétement un membre, au point de faire tomber le pied et les parties molles du tiers inférieur de la jambe. On ne peut observer cela, dit M. Eon, que chez un peuple ignorant et malpropre comme l'Arabe, ne se donnant pas même la peine de seconder les efforts de la nature. — Dr Brochin.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. BAZIN.

Cours de séméiotique cutanée, suivi de leçons théoriques et pratiques sur la scrofule et les teignes (1).

Symptômes de la scrofule. — Enfin la maladie proprement dite se manifeste..... Ici nous pouvons reconnaître quatre périodes successives.

Première période (*scrofule primitive*). — Elle se place ordinairement entre la première et la seconde dentition. La scrofule se décèle par différentes affections sur lesquelles je dois appeler très sérieusement votre attention, parce qu'elles sont très souvent méconnues. Ce sont surtout des gourmes, les croûtes de lait, les pseudo-teignes. Vous savez qu'on appelle ainsi l'eczéma et l'impétigo du cuir chevelu. Ces affections sont ordinairement très rebelles, s'accompagnent souvent de tuméfaction, et se propagent souvent aussi aux bulbes pilifères. C'est là une des manifestations les plus communes de la scrofule à sa première période. Ces éruptions cutanées donnent souvent lieu à des engorgements ganglionnaires du cou; mais ces engorgements ne sont encore que sympathiques: ils n'ont pas de caractères scrofuleux, et ils cèdent avec la cause qui leur a donné naissance. Tout entière à son idée d'anatomie pathologique, l'école de Willan n'a étudié ces éruptions qu'à un seul point de vue, celui de la forme particulière des lésions par lesquelles elle se manifeste. La loupe à la main, ils ont étudié la vésico-pustule qui caractérise l'éruption; ils ont constaté que cette vésico-pustule est petite, acuminée et renferme une matière assez épaisse et melliforme; ils lui ont donné le nom d'*achor*, sous lequel les anciens désignaient les éruptions du cuir chevelu, et ils n'ont pas vu que la ténacité, la fixité de cette affection lui donnaient un caractère particulier en dehors de la lésion élémentaire. Du reste, cette vésico-pustule acuminée, à laquelle on attache tant d'importance, est très difficile à trouver, soit que sa durée soit très courte, soit qu'elle manque réellement.

On observe en même temps des éruptions aphtheuses, l'induration et l'hypertrophie des amygdales; d'où résultent, comme conséquences, la dureté de l'ouïe et le ronflement pendant le sommeil.

Pendant cette première période nous avons encore à noter les *ophthalmies*, dans lesquelles l'inflammation attaque les diverses parties de l'œil et les paupières (orgeolet, induration des follicules de Meibomius);

Le *coryza* habituel, l'enchifrènement avec gonflement de la lèvre supérieure, qui est souvent le siége d'érythèmes, d'éruptions impétigineuses, etc;

L'*otorrhée*, soit permanente, soit à répétitions plus ou moins rapprochées;

La *leucorrhée* chez les petites filles;

Un *érythème* avec induration des joues, qui alterne souvent avec les ophthalmies spéciales;

Les *engelures*, différentes formes d'*eczéma*, d'*impétigo*, d'*acné indurata* ou *rosea*, et même de *psoriasis*, remarquables surtout par leur ténacité.

Pendant cette première période, nous trouvons surtout à signaler des affections que le premier nous avons désignées sous le nom de *scrofulides*, et qui affectent spécialement la peau et les muqueuses. Ces affections, quoique nous ayons noté leur ténacité, sont légères, en comparaison de celles qui se développeront plus tard.

A la fin de cette période, on observe, soit comme phénomène de transition à la seconde période, soit comme effet sympathique, des éruptions du cuir chevelu, des engorgements ganglionnaires, qui s'enflamment et suppurent sous l'influence d'une nouvelle poussée scrofuleuse. Alors se forment les ganglites tuberculeuses, des abcès se creusent, la peau se décolle, s'amincit, se détruit, et il se manifeste des ulcérations d'un aspect particulier et caractéristique. Mais alors ce ne sont pas seulement les ganglions cervicaux superficiels qui sont pris; le mal s'étend à ceux qui sont situés plus profondément, à ceux qui passent sous les clavicules, sous le sternum, à ceux des aisselles, etc., et là aussi il peut se former des abcès, des décollements, des fistules.

Les engorgements ganglionnaires cervicaux sont faciles à reconnaître. Ils affectent un seul côté ou les deux côtés du cou; leur masse est quelquefois très considérable, et modifie singulièrement la physionomie; le cou forme quelquefois alors un relief de chaque côté des mâchoires.

Les ulcérations succédant à l'ouverture des abcès ont une durée plus ou moins considérable. Elles restent quelquefois stationnaires, ou bien elles se cicatrisent: dans le premier cas, on les voit persister dans les périodes suivantes, se joindre aux nouvelles lésions qui se seront manifestées.

Ces divers accidents de la scrofule primitive peuvent céder, et une guérison apparente survenir. Mais, plus tôt ou plus tard, de nouvelles poussées amènent les désordres dont nous allons maintenant vous entretenir.

Deuxième période (*scrofule secondaire*). — Les accidents qui se manifestent dans cette période ont un caractère de gravité plus prononcé. Ce sont des scrofulides d'une nature beaucoup plus tenace que celles dont nous avons parlé plus haut, et qui affectent la peau et les muqueuses.

Nous rencontrons ici :

1° Les différentes variétés d'*acné varioliforme*, que nous avons fait connaître pour la première fois il y a déjà quelques années (*Journal des connaissances médico-pratiques*, 1851), et le *lupus acnéique*, confondu par les auteurs avec l'acné sébacéa.

2° Le *lupus* et ses formes diverses : les lupus érythémateux, eczémateux, tuberculeux; certaines variétés de lupus érythémateux désignées par Biett sous le nom d'érythème centrifuge.

3° L'*impetigo rodens* de Bateman et des auteurs modernes.

4° La *scrofule cutanée* déjà indiquée par M. Rayer, mais que personne n'avait complétement décrite; elle se montre soit isolée, soit par groupes, et elle est caractérisée par des élevures papulo-tuberculeuses ou papulo-pustuleuses, qui s'ulcèrent, s'enflamment, etc. Souvent l'inflammation se transmet aux parties sous-jacentes, d'où la formation d'abcès superficiels; quelquefois, enfin, elle s'étend plus profondément, peut même aller jusqu'aux parties osseuses, mais sans les altérer.

5° Le *molluscum tuberculeux*.

6° Le *lupus impétigineux* des lèvres, de la vulve.

7° Les *catarrhes utérins* avec érosions granuleuses du col de l'utérus, dont l'origine et la nature réelles sont si souvent méconnues, et que l'on combat inutilement avec des moyens exclusivement locaux.

8° Enfin des *blennorrhagies* suivies de rétrécissements.

Tandis que ces accidents se manifestent, il n'est pas rare de voir des engorgements plus ou moins considérables de ganglions situés dans le voisinage des parties qui sont le siége des affections que nous venons d'énumérer. Ces engorgements, comme ceux de la première période, sont encore seulement sympathiques.

Pendant cette seconde période, les ulcérations du lupus peuvent faire de grands progrès et s'étendre même jusqu'aux surfaces osseuses.

Troisième période (*scrofule tertiaire*). — Elle est surtout caractérisée par les lésions du système osseux. Les surfaces osseuses, les articulations, la continuité et le centre des os sont successivement envahis.

Nous avons donc à considérer ici :

1° Des *abcès froids* enkystés; 2° des *périostites*; 3° des *tumeurs blanches*; 4° des *ostéites* raréfiantes ou condensantes; 5° des *caries* simples ou tuberculeuses; 6° des *nécroses*; 7° des *hyperostoses* avec ou sans carie; 8° des *spina ventosa*, caractérisés par une inflammation des tissus médullaires avec dilatation des parties centrales de l'os et amincissement des parois.

Les produits de la suppuration du système osseux qui forment les abcès, d'abord sessiles, deviennent migrateurs, et gagnent le plus ordinairement la surface tégumentaire; ils forment collection au dehors de la peau, amincissent, perforent cette membrane, se font jour à l'extérieur, et laissent à leur suite des trajets fistuleux, des décollements, etc.

Quelquefois ces collections vont aboutir à la surface tégumentaire interne, qu'elles perforent par un travail d'ulcération; le pus tombe dans l'intestin et vient sortir par l'anus.

(1) Suite. — Voir les nos des 26, 28 juillet; 21 août; 4, 22 septembre et 20 novembre.

---

autre affection de nos pays ni des contrées plus chaudes. Le début est d'une brusquerie caractéristique, et s'accompagne plus ou moins d'éblouissements, de céphalalgie, de chute. La fièvre s'allume immédiatement; il y a des nausées et même des vomissements, du malaise, de la pesanteur, de la tension à l'épigastre et aux hypocondres, des douleurs presque générales, mais affectant principalement les jambes et les genoux. Assez souvent surviennent des épistaxis. Les forces sont brisées; la langue devient rapidement sale, saburrale; il y a plus souvent constipation que diarrhée; le type est continu, avec des exacerbations vespériennes et nocturnes qui ne ressemblent en rien à des accès de fièvre rémittente palustre. La réaction est ordinairement vive; la maladie est facilement maîtrisée en quelques jours par un traitement qui consiste surtout en évacuants gastro-intestinaux, sans sulfate de quinine. Enfin, elle n'expose point à une série de rechutes comme les fièvres intermittentes de Rome; elle sévit au fort de la chaleur et atteint surtout les nouveaux arrivés.

On peut décomposer la gastro-rhumatique en plusieurs éléments qui semblent concourir à sa formation, et qu'on rencontre quelquefois isolés, c'est-à-dire constituant à eux seuls toute la maladie : élément gastrique, qui n'est point notre embarras gastrique, élément congestif, élément rhumatique. Les Romains décrivent une fièvre gastrique, une rhumatique (*febbre rhumatica*), et les Américains une fièvre congestive, qui ne sont pas, à beaucoup près, la même chose que ces éléments, auxquels nous avons consacré quelques développements dans notre monographie.

2° Des fièvres climatiques graves qui ne sont ni une fièvre palustre, ni notre fièvre typhoïde, mais une maladie spéciale. La fièvre nerveuse des Romains représenterait assez bien cette climatique grave, s'ils n'englobaient sous la même dénomination quelques pernicieuses et surtout des proportionnées.

Malgré l'esprit de simplification qui a présidé pendant ces derniers temps à l'étude de la pyrétologie, et qui a eu pour résultat, entre autres, la fusion d'une foule de fièvres diversement dénommées par nos devanciers, en une seule qu'on a appelée fièvre typhoïde; malgré la fixité de notre nosologie pyrétologique, qui a ses cadres rigides et ses espèces bien comptées et bien déterminées; malgré le reproche d'ontologie qui est jeté à quiconque tente de faire reconnaître une autre espèce que celles qui y figurent, nous sommes obligé de déclarer que si le cadre nosologique de l'école de Paris est suffisant pour le nord et le centre de la France, il ne l'est peut-être déjà plus autant pour le midi, et qu'il se trouve tout à fait incomplet pour les pays plus chauds. Incontestablement, il existe dans ces contrées des espèces inconnues chez nous, ou qui, du moins, rares et profondément modifiées par notre climat, sont dessinées en traits assez peu marqués pour qu'elles échappent souvent à l'observation. Si la fièvre typhoïde n'avait été étudiée que dans certaines contrées torrides où elle est rare, dénaturée par le climat et par son alliance avec d'autres maladies, on ne l'aurait peut-être jamais reconnue comme individualité pathologique.

Il en est de même pour certaines maladies qui ne sont chez nous qu'à l'état d'embryons, et dont il faut chercher ailleurs des individus-types. Ainsi, ce n'est point l'école de Paris qui nous a fait connaître les fièvres rémittentes si fréquentes et si caractérisées des pays chauds. « C'est à M. Maillot, dit M. Littré, que je dois d'avoir compris les fièvres d'Hippocrate. » Or, M. Maillot écrivait en Algérie. Les fièvres climatiques dues aux influences des climats chauds ne peuvent non plus être cherchées ni étudiées à Paris. On n'est pas plus en droit de nier *à priori* l'existence des rémittentes et des climatiques, qu'on ne serait fondé, dans les pays chauds, à affirmer que la fièvre typhoïde, la pneumonie franchement inflammatoire, etc., sont de pures créations de l'imagination septentrionale.

Ainsi la pathologie des différents pays s'éclaire réciproquement, et c'est quelquefois dans une contrée éloignée de la sienne qu'il faut aller chercher à s'édifier sur les affections de son propre pays.

E. *Fièvres typhoïdes.* — Fréquentes en 1849, ne causant plus que deux décès en 1850, elles reparaissent en 1851, produisent douze décès, et se continuent en 1852, où elles amènent vingt fois la mort. Ces chiffres nous semblent confirmer cette loi, bien plus applicable encore à l'Algérie qu'à Rome, que l'immunité contre la fièvre typhoïde croît avec la prolongation du séjour. En effet, la première année, beaucoup de fièvres typhoïdes; la seconde, très peu, nos troupes étant déjà modifiées par le climat romain; la troisième année, ces affections reparaissent surtout sur les arrivants, sur les recrues; enfin, en 1852, de nouveaux régiments débarquent en Italie dans le second semestre, et les fièvres typhoïdes sévissent de suite; de sorte que, tandis que les sept premiers mois ne présentent aucun décès, on en compte 3 en août, 5 en septembre, et 4 dans chacun des quatre derniers mois.

Nous croyons l'avoir déclaré ailleurs, les fièvres typhoïdes ne sont pas, tant s'en faut, si rares dans la population romaine que nous l'avions cru d'abord, trompé, parce que nous ne trouvions ce mot ni dans les livres ni dans la bouche de nos confrères de cette ville. Il faut chercher les lésions dothinentériques sur le cadavre, ou aller diagnostiquer au lit du malade cette affection que les médecins romains disséminent, selon qu'elle présente tels ou tels symptômes dominants, dans trois ou quatre classes différentes.

Enfin, dans des cas plus rares, l'abcès par congestion s'ouvre dans la vessie, et le pus est rejeté par l'urètre avec les produits de la sécrétion urinaire.

C'est pendant cette période que se montrent les symptômes dits *généraux*. Les traits du visage s'altèrent; le visage lui même prend une teinte pâle bien prononcée; les forces se perdent graduellement; on voit se manifester les signes irrécusables d'une altération du sang, des infiltrations séreuses dans les membres, et parfois même de l'albuminurie. Les fonctions digestives sont le plus ordinairement altérées; la diarrhée se déclare, par intervalles d'abord, puis d'une manière permanente. L'amaigrissement fait des progrès. Le pouls est quelquefois accéléré; mais, en général, on n'observe pas les phénomènes de la fièvre hectique. La sueur, en particulier, fait presque toujours défaut.

Par le fait des accidents survenus pendant cette période, la maladie peut se terminer d'une manière funeste. Le plus ordinairement, la mort a lieu par l'épuisement graduel des forces et de la sensibilité; mais dans quelques cas elle survient par suite d'une affection intercurrente, une pleurésie, par exemple. Ailleurs elle est la conséquence d'une rupture vasculaire. Enfin, j'ai vu dans plusieurs cas, un caillot arrêté dans une artère ou dans une veine, amener un obstacle à la circulation, d'où un sphacèle mortel des parties situées au-dessous.

Quatrième période (*scrofule quaternaire* ou *viscérale*). — Dans les trois périodes précédentes, les déterminations de la scrofule avaient lieu sur l'appareil tégumentaire interne ou externe, sur l'appareil ganglionnaire lymphatique, sur les tissus cellulaires ligamenteux ou osseux; dans la quatrième période, ce sont les viscères qui vont se trouver pris.

Tantôt, les affections dont nous allons parler se montrent dans leur ordre régulier de succession, c'est-à-dire qu'elles apparaissent à la suite de celles qui ont caractérisé les périodes précédentes; d'autres fois, il faut bien le savoir, elles débutent d'emblée. Mais, dans ce dernier cas, le danger est très grand; il est bien rare que la thérapeutique puisse en triompher. La scrofule viscérale consécutive offre plus de chances favorables.

Quelles sont donc les affections qui constituent la scrofule quaternaire ou viscérale? Ce sont :

1° La *phthisie bronchique* ou *pulmonaire*, ayant pour lésion anatomique le tubercule.

2° La *phthisie abdominale*, comprenant le carreau et la péritonite tuberculeuse; différentes tumeurs du foie ou du pancréas; tumeurs de nature diverse : fibro-plastiques, cancéreuses, dégénérescences graisseuses, etc.; les altérations du rein qui donnent lieu à l'albuminurie (maladie de Bright); diverses tumeurs de l'ovaire, certaines indurations de l'utérus, etc.

3° La *phthisie cérébrale*. Ici se rangent la méningite tuberculeuse ou granuleuse; les tubercules dans le cerveau ou le cervelet. Les convulsions qui se montrent alors sont ordinairement la conséquence de la tuberculisation dans l'appareil nerveux central, tandis que les troubles de la sensibilité et du mouvement, que l'on observe dans la période précédente, sont plutôt dus à une compression du cerveau ou de la moelle, occasionnée surtout par des dépôts ayant pour point de départ une affection du système osseux du crâne ou de la colonne vertébrale. (Maladie de Pott.)

4° *La scrofule mammaire ou testiculaire.* — Chez la femme, le sein devient le siége de tumeurs de nature diverse : tuberculeuses, fibro-plastiques, etc. Chez l'homme, même chose pour le testicule.

5° *La cachexie scrofuleuse.* — N'est point exclusivement propre à la quatrième période; elle est commune à toutes les autres, mais surtout aux deux dernières; elle résulte de l'épuisement de la constitution par les suppurations abondantes, les souffrances prolongées, etc.

Irrégularités. — La scrofule, dans son évolution, ne suit pas toujours l'ordre régulier dont nous venons de vous esquisser à grands traits le tableau; certaines périodes peuvent manquer, mais ces irrégularités ne sont pas aussi communes qu'on pourrait le croire. Les accidents propres aux premières périodes ont pu se montrer, mais à un faible degré, et échapper ainsi à l'attention du malade et même du médecin qui lui a donné des soins dans son enfance. Nous vous l'avons dit, la portée réelle du phénomène qui caractérise la première période est aujourd'hui trop souvent méconnue; nous en avons chaque jour la preuve. Enfin, certains malades, mus par un sentiment de crainte ou de fausse honte, que vous rencontrerez souvent dans la pratique pour diverses affections, mais surtout pour celles qui accusent un vice congénital ou acquis, telles que les dartres, la scrofule ou la syphilis, certains malades, dis-je, vous déguiseront la vérité. Il leur semble qu'en trompant le médecin et en cachant leurs antécédents, ils atténueront la gravité de leur mal. Il faut être en garde contre cette source d'erreur, et presser le malade de questions, soit pour rappeler ses souvenirs, s'il est de bonne foi, soit pour le forcer à dire la vérité, s'il cherche à la dissimuler.

Dans certains cas, la scrofule est à l'état latent, et c'est une cause extérieure ou bien une affection morbide qui vient l'éveiller, en déterminer le siége et lui donner ainsi, dès le début, les caractères d'une période plus avancée. Ainsi, un coup, une chute, peuvent, chez un sujet fortement prédisposé, amener une tumeur blanche de l'articulation lésée, des abcès froids suivis de fistules ou des caries dans les parties contuses.

Comme on le voit, dans ces cas la scrofule tertiaire se montrera d'emblée. Ailleurs, c'est une pleurésie qui déterminera une éruption de tubercules dans le poumon, c'est-à-dire la scrofule du quatrième degré.

Dans certains cas, la maladie suspend brusquement sa marche, soit dans le cours de l'une de ses périodes, soit dans un intervalle, soit à une époque de transition, et donne ainsi au patient un sursis de plusieurs années, pendant lesquelles la guérison semble complète. D'autres fois, l'ordre des périodes est interverti. La maladie débute par des engorgements ganglionnaires qui s'ulcèrent; puis viennent de nouvelles poussées, etc. Ailleurs encore la scrofule secondaire fait défaut, et la première et la troisième s'enchaînent sans intermédiaire; ou bien enfin ces deux périodes se confondent, et marchent parallèlement.

On observe également de grandes irrégularités dans la durée de ces différentes phases d'évolution.

Relativement à l'époque de l'invasion, la maladie débute à tous les âges, mais plus particulièrement dans les premières périodes de la vie; ce n'est que très rarement qu'on la voit survenir dans la vieillesse. Je ne puis partager les idées de M. le docteur Dumoulin, qui regarde le lichen, le pemphigus et le prurigo des vieillards comme de nature scrofuleuse; je ne puis voir là que de véritables dartres.

NOTE SUR L'EMPLOI DES BAINS DE VAPEUR D'IODE.

Par le docteur C. Brault, médecin de l'hôpital de Saint-Servan.

La médication par l'iode a été très variée dans ces derniers temps. Cependant, il faut le dire, on s'est surtout attaché à perfectionner les préparations internes. Or l'emploi de ce métalloïde à l'intérieur n'est pas sans inconvénient; en effet, il est stimulant, excitant, irritant soit à la longue, soit chez certains tempéraments. Nous avons pensé, pour obvier à cet inconvénient, et plus encore pour activer la guérison de maladies généralement chroniques où l'on a recours à l'iode, à donner plus d'importance à la médication externe.

D'un autre côté, la peau présente une surface d'absorption immense, active, facile, moins irritable que la muqueuse gastrique. Nous avons cru, pour ces raisons et pour d'autres qu'il serait trop long de déduire ici en ce moment, que la vaporisation de l'iode pouvait être mise à profit. Telle est l'idée fondamentale de nos bains de vapeur d'iode.

Dans une chambre à bain de vapeur en bois, on allume une ou deux lampes à alcool jusqu'à ce que le sujet soit en pleine transpiration. On expose *alors* dans une capsule de porcelaine, et sur un support, à la chaleur de la lampe, la quantité du métalloïde que l'on veut employer. On commence, pour un adulte, par 1 gramme, et on augmente de 50 centigrammes jusqu'à 2 gr. 50 et 3 grammes. Lorsqu'on brusque la dose, l'épiderme s'enflamme, se couvre d'érythème et même de papules, ce qui disparaît aussitôt que l'on modère les doses. La durée de ces bains est un peu moins longue que celle des bains de vapeur ordinaires.

Les effets thérapeutiques de l'iode ainsi administré se développent rapidement, bien plus rapidement que sous l'influence des préparations internes.

Les premiers essais sont assez encourageants pour que nous puissions engager les praticiens à suivre notre exemple.

TRAITEMENT DE LA SCARLATINE PAR L'ACIDE NITRIQUE.

Par le docteur Henri Day.

Le docteur H. Day a employé l'acide nitrique dans le traitement d'un certain nombre de scarlatines, quelles que fussent leur forme et leur gravité, seul en général, mais quelquefois, d'après certains symptômes, uni à d'autres moyens. Voici sous quelle forme il administre ce médicament :

Pour un enfant de sept ou huit ans, il prescrit habituellement une mixture contenant 3 drachmes (12 grammes) d'acide nitrique dilué dans 250 grammes de mixture camphrée, deux cuillers de table à prendre toutes les quatre heures; en même temps, un gargarisme contenant 15 grammes d'acide dans 250 grammes d'eau, dont il faut faire un usage répété. Si le malade se plaint d'une chaleur insupportable, on fait sur tout le corps des lotions avec de l'acide nitrique très étendu, à moins que le degré de la desquammation ne donne lieu à des cuissons trop vives.

Le seul inconvénient que le docteur Day ait trouvé à l'usage interne de l'acide nitrique, c'est de provoquer quelquefois de la difficulté d'uriner; il a toujours suffi, dans les cas de ce genre, de fomentations sur la région verticale avec de l'eau chaude ou avec un opiat, et de diminuer les doses d'acide.

Suit un tableau de 24 cas où la médication que nous venons d'exposer a été suivie.

Sur ces 24 cas, il y a 11 enfants de moins de sept ans, 12 ayant de sept à treize ans, et une femme de trente ans. Il y a eu 5 cas de scarlatine *simple*, 8 de scarlatine *angineuse*, et 11 de scarlatine *maligne*.

On n'a eu que 4 morts à regretter, dont 1 de scarlatine *simple* et 3 de scarlatine *maligne*, chez 2 enfants de trois ans, 1 de six et 1 de neuf. (*Medical Times and Gazette.*)

CORRESPONDANCE.

Monsieur le Rédacteur,

Je lis dans votre excellent journal en date du 27 novembre dernier une note de M. le docteur O'Rorke sur un procédé de percussion combinée à l'auscultation, pratiqué à Honolulu par deux observateurs, l'un percutant, l'autre auscultant; il s'étonne, dit-il, de ne voir décrit ce procédé nulle part, et désire qu'il soit expérimenté.

J'ai l'honneur de vous envoyer copie d'un passage du *Traité de médecine pratique* de M. Piorry, *Atlas de plessimétrie*, p. 18, § 12,567 :

« Désirant rendre le stéthoscope assez léger pour qu'il fût possible » de le placer dans un agenda, je l'ai fait construire en maillechort » (procédé opératoire n° 6, année 1822) : une tige étroite et creuse, un » opercule mince, un plessimètre, le tout se dévissant à volonté, le » constituent. Ce stéthoscope, dans lequel on peut placer un crayon » ou un thermomètre, est très portatif et remplit l'office de tout autre » instrument du même genre. J'ai pensé dès le principe, ainsi que » M. Jules de Dervieu (*Percussion médiate*, p. 18; procédé opératoire » n° 13), à réunir l'auscultation à la percussion; j'ai remplacé l'extré» mité operculaire par un plessimètre. D'innombrables recherches ont » été faites par moi sur ce sujet, et leurs résultats ont été mauvais « (procédé opératoire n° 13). Rien n'est facile, avec le plestéthoscope » (nom qui convient à cet instrument), comme de percuter sur la pla» que operculaire bien fixée, et cela pendant que l'on ausculte; mais, » en somme, cela ne sert à rien : c'est surtout le choc du plessimètre » que l'on entend alors. Les recherches qui ont fait du bruit sous le » le nom d'aconophonie ne sont que des copies des miennes. On s'est » avisé, en Amérique, de se mettre à deux pour percuter et pour aus» culter à la fois. On n'obtient ni plus ni moins que ce qui est saisi au » moyen du doigt et de l'oreille de tout expérimentateur qui se sert » convenablement du plessimètre. »

Je connais trop, monsieur le rédacteur, la bonne foi et l'impartialité qui préside à la rédaction de votre journal pour n'être pas assuré de voir paraître cette note dans votre plus prochain numéro.

Recevez, etc. A. Petit.

Paris, le 30 novembre 1855.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La séance annuelle de l'Académie de médecine aura lieu le mardi 11 décembre prochain. M. Dubois (d'Amiens) doit lire l'éloge de Récamier.

— La séance solennelle de rentrée des Facultés des sciences, des lettres et de l'Ecole de médecine de Bordeaux a eu lieu le 15 novembre dernier. M. le docteur Gintrac, directeur de cette Ecole, a indiqué les changements heureux qui y ont été introduits. La municipalité l'a dotée d'un grand bâtiment qui renferme un vaste amphithéâtre avec ses dépendances, des salles de dissection convenables, un magnifique musée; aujourd'hui elle s'occupe de l'installation d'une bibliothèque à l'usage des élèves. Bientôt donc, cette Ecole importante n'aura plus rien à désirer sous le rapport du matériel.

Les prix ont été distribués dans l'ordre suivant à MM. :

Anatomie. — 1er prix : Caussade (de la Dordogne). — 2e prix (*ex æquo*) : Fischer (de Paris); Riquard (de la Dordogne). — Accessit : Fénélon (du Mexique).

Chimie et pathologie externe. — 1er prix : Fischer. — 2e prix (*ex æquo*) : Caussade; Fénélon. — 1er accessit : Riquard. — 2e accessit : Grenier (de Bordeaux).

— M. le docteur Fourré, directeur honoraire de l'Ecole de médecine de Nantes, vient de mourir dans cette ville à l'âge de 90 ans. Il s'était justement acquis la réputation de praticien très éclairé.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8

N° 141. — MARDI 4 DÉCEMBRE 1855. (28e ANNÉE.) N° 141. — MARDI 4 DÉCEMBRE 1855.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 3 DÉCEMBRE 1855.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'Académie a entendu, dans cette séance, deux lectures, et a reçu un grand nombre de communications qui intéressent la médecine. M. Baillarger a lu une note que nous avons déjà insérée dans le compte rendu de la dernière séance de l'Académie de médecine, et qui a pour objet des recherches statistiques, physiologiques et pathologiques sur les enfants jumeaux. Il résulte de ces intéressantes recherches, entre autres résultats curieux et inattendus : que la proportion relative des deux sexes suit, dans les grossesses gémellaires, des lois spéciales et tout à fait distinctes de celles qui régissent les naissances normales; c'est-à-dire que la réunion de deux garçons dans les grossesses gémellaires est presque deux fois plus fréquente que la réunion de deux filles. Ce résultat semble se lier à cet autre fait que les statistiques générales des naissances ont fait connaître, savoir : que parmi les enfants morts-nés le nombre des garçons est beaucoup plus considérable que celui des filles, comme si ce devait être une sorte de compensation ou d'équilibration de l'excédant des garçons sur les filles dans les grossesses gémellaires. Est-ce là l'expression réelle d'un fait général susceptible d'être formulé en loi, ou n'est-ce que le résultat tout fortuit d'une de ces séries de faits qu'une autre série peut reproduire en sens inverse en un laps de temps équivalent? C'est ce qu'on ne pourrait décider qu'avec des chiffres considérables. Il ne faut donc accepter ce résultat qu'à titre provisoire.

Nous n'en dirons pas autant du fait d'hérédité par rapport aux grossesses gémellaires, fait qui nous paraît suffisamment établi par les recherches de M. Baillarger, et qui est confirmé d'ailleurs par l'utile parti qu'on en a tiré pour la reproduction de certaines espèces domestiques.

La deuxième lecture, de M. Bertrand de Saint-Germain, est relative à un phénomène pathologique peu connu, la *nigritie de la langue,* phénomène que nous avons eu nous-même l'occasion de rencontrer deux fois chez des sujets apoplectiques, sans avoir pu vérifier depuis s'il n'avait pas été observé plus souvent en pareil cas. L'auteur a donné, à cette occasion, une explication des colorations diverses distinctives des variétés de l'espèce humaine, qui nous paraît plus plausible que celle que l'on a empruntée à l'influence climatérique.

On trouvera dans le *Compte rendu* un extrait des communications également intéressantes de deux de nos plus savants anatomistes, MM. Gratiolet et Sappey ; l'une sur la structure de certaines parties du système nerveux, et l'autre sur la structure des amygdales et des glandes situées sur la base de la langue. Nous signalerons enfin à l'attention de nos lecteurs la lettre de M. Marshall-Hall, sur la position à donner aux asphyxiés pendant les tentatives de respiration artificielle, et la note complémentaire du mémoire de M. Moleschott, relatif à l'influence de la lumière sur la production de l'acide carbonique des animaux.

La séance a été terminée par un comité secret dans lequel M. Cl. Bernard, au nom de la section de médecine et de chirurgie, a présenté la liste des candidats pour une place de correspondant étranger. M. Marshall-Hall a été placé le premier, M. Rokitanski le deuxième, M. Christison le troisième, M. Riberi le quatrième, et M. Chélius le cinquième.

Dr Brochin.

P. S. — dans la séance de ce jour, l'Académie a procédé à l'élection. M. Marshall-Hall a obtenu 39 suffrages sur 41 votants, et M. Riberi 2. En conséquence, M. Marshall-Hall a été élu.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GENDRIN.

Des diacrises en général.

Avant d'aborder l'histoire de chaque diacrise en particulier, j'ai besoin de vous donner des notions générales sur la définition et l'ensemble des caractères génériques des affections diacritiques, dont le champ est si vaste, dont le nombre est si considérable.

Les *diacrises* sont des lésions des organes sécréteurs. Elles en modifient les fonctions de manière à augmenter la quantité et à altérer les qualités des produits sécrétés, et elles ne peuvent avoir leur siége que sur des parties physiologiquement chargées d'opérer des sécrétions. L'accomplissement d'un acte sécréteur est une condition inséparable de l'existence d'une diacrise, comme l'anomalie de l'action sécrétoire organique est la condition constitutive de cette maladie.

Il est facile, d'après la manière dont nous considérons les sécrétions, de déterminer les conditions pathologiques spéciales qui font des diacrises un genre de maladie séparé, renfermant des affections toutes de même nature et ne différant que par les conditions qui résultent des dispositions particulières aux divers organes sécréteurs.

Toute maladie dans laquelle un produit de sécrétion habituel solide, liquide ou gazeux se trouve modifié dans ses qualités ou augmenté de quantité d'une manière anomale, est une diacrise. Cette maladie emprunte ensuite le caractère idiopathique ou symptomatique, selon que la lésion morbide s'est introduite dans l'organe sécréteur. Si cette lésion provient d'une altération primitive de la texture de cet organe, l'anomalie fonctionnelle est nécessairement secondaire, et la sécrétion altérée n'est qu'un effet de la maladie même des tissus de l'organe et n'appartient point aux diacrises idiopathiques; il faut, au contraire, considérer la diacrise comme essentielle et primitive toutes les fois que l'anomalie de la sécrétion est le phénomène pathologique et primitif au delà duquel on ne trouve plus que les effets immédiats morbigènes des causes externes ou internes.

Lorsqu'un organe est affecté de diacrise, il se développe presque de suite une turgescence sécrétoire qui augmente son volume et qui donne une plus grande densité à son tissu. Dans les diacrises intenses de quelques organes sécréteurs d'un certain volume, tels que les mamelles, les parotides, la tuméfaction est très prononcée; le malade éprouve dans l'organe une douleur comme pulsative et térébrante avec une chaleur vive ; la peau de sa surface présente une injection vasculaire qui va jusqu'à lui donner une teinte rosée. Comme phénomènes médiats, on observe du malaise général, de la courbature, de la céphalalgie sus-orbitaire et gravative, une ardeur universelle, de l'agitation et souvent des accidents fébriles intenses.

La turgescence diacritique commence toujours à diminuer par la cessation des symptômes généraux qu'elle a pu déterminer. Il n'est pas rare cependant que la diminution, et même la cessation de ces accidents, ne soit qu'une sorte d'intermission après laquelle tous les symptômes reviennent. La maladie persiste ainsi assez souvent durant plusieurs semaines avec des alternatives comme périodiques de retour et de cessation des phénomènes d'orgasme.

Les diacrises durent ordinairement pendant une à deux semaines ; mais le plus souvent trois ou quatre septenaires. Elles éprouvent des exacerbations et des rémissions fréquentes, mais qui se succèdent néanmoins avec assez de régularité. Les flux diminuent pendant la nuit et augmentent vers le matin; ils sont à leur minimum vers minuit; ils augmentent au lever du soleil jusque vers midi, et diminuent ensuite progressivement jusqu'à minuit.

Les diacrises sont souvent des maladies très longues, qui passent aisément à l'état chronique. L'organe sécréteur alors, malgré l'excès de quantité et les qualités anomales des produits qu'il fait naître, est, quant à sa vitalité apparente et à la circulation qui s'accomplit en lui, dans un état de flaccidité dans lequel il ne conserve guère de l'état d'orgasme qu'un certain degré de tuméfaction.

Les symptômes des diacrises qui se rattachent immédiatement à l'acte sécréteur pathologiquement modifié, se joignent presque toujours à des phénomènes dus à la présence du produit de la sécrétion altérée et en quantité insolite dans les réservoirs et sur les surfaces destinées à le recevoir. Ces phénomènes ont, dans beaucoup de cas, une extrême intensité. Cette forme de la maladie appartient plus spécialement aux diacrises qui versent leur

DISCOURS PRONONCÉ PAR M. MAHER,

1er chirurgien en chef de la marine,

A L'OCCASION DU CONCOURS A L'ÉCOLE DE MÉDECINE NAVALE DE ROCHEFORT.

Nous devons à l'obligeance de notre honorable confrère M. le docteur Senard, inspecteur général adjoint du service de santé de la marine, la communication du discours suivant. Les principes et les conseils qu'il renferme sont d'une application générale, et d'ailleurs ils y sont présentés avec une telle convenance qu'en le reproduisant nous sommes assuré d'être agréable au plus grand nombre de nos lecteurs.

« Messieurs,

» Malgré l'impatience si légitime des candidats au moment des épreuves qui commencent aujourd'hui, je ne veux pas laisser échapper cette occasion solennelle d'entretenir de leurs droits et de leurs devoirs les étudiants de notre Ecole qui aspirent à l'honneur d'entrer dans le corps des officiers de santé de la marine.

» Notre organisation date de près d'un siècle; elle remonte au ministère du duc de Praslin sous Louis XV. Le 1er mars 1768 parut une ordonnance royale posant des principes féconds, qui, tour à tour oubliés ou remis en lumière, n'en ont pas moins présidé au développement régulier de nos institutions. C'est ainsi que l'ordonnance de 1835 et le règlement du 23 juillet 1836 se sont inspirés des idées exprimées dans ce code initial, et j'y retrouve même le germe des améliorations que consacre le décret du 25 mars 1854.

» Voyons, messieurs, ce que les lois et les règlements ont stipulé à votre avantage.

» *Education gratuite.*— Je ne crains pas de dire tout haut que, dans nos écoles de médecine navale, les intérêts des élèves trouvent plus de sollicitude que dans les Facultés dont la France s'honore à si juste titre. Ici nous vivons tous en famille; les jeunes gens ne sont point livrés à eux-mêmes; ils sont connus de tous les professeurs qui leur apprennent et les aident à creuser le sillon pour obtenir une moisson abondante. Le service actif qui vous est imposé tourne encore à votre profit; vous faites des pansements, vous pratiquez les petites opérations de chirurgie, vous préparez des médicaments, vous ouvrez des cadavres, vous rédigez des observations, vous constatez les symptômes, vous les convertissez en signes, vous en déduisez les indications thérapeutiques, et, habitués de bonne heure à juger par vous-mêmes, vous arrivez sans obstacle à reconnaître chez les malades ce que les livres vous ont enseigné et à trouver dans ceux-ci la consécration des règles que votre jugement a formulées.

» En second lieu, *égalité d'admission aux emplois par le concours*, c'est-à-dire protection et récompense du travail, du zèle, de la conduite, de la probité scientifique. Ni le crédit, ni la richesse, ni la naissance ne sauraient prévaloir dans cette lutte qui n'a de palmes que pour les plus dignes. Le choix, sachez-le bien, ne porte pas invariablement sur celui que la nature a doué d'une brillante facilité d'élocution. C'est un jury qui prononce; dans sa conscience, il pèse tous les titres des candidats, tous leurs mérites divers. Cette indépendance morale de ceux qui sont appelés à vous juger leur impose une trop grande responsabilité pour que la justice ne fasse point seule pencher la balance qu'ils tiennent à la main. Le gouvernement a abdiqué en leur faveur ce droit de nomination directe qu'il s'est réservé pour tous les autres corps de la marine ; nous lui en prouvons notre reconnaissance en apportant la plus stricte équité dans nos verdicts de concours. Notre intérêt est d'ailleurs le gage de notre impartialité, dont votre confiance devient le prix.

» A mesure que vous marcherez dans la carrière, vous aurez à demander au concours tous vos grades, jusqu'à celui de professeur ; au concours, cet article fondamental de notre pacte social, cette garantie de la considération dont nous jouissons; au concours, dont nous tirons notre principal lustre ; au concours, contre lequel viennent se briser les médiocrités, et qui donne tout leur éclat aux intelligences d'élite; au concours, qui, outre l'art de bien dire, met en relief d'autres qualités plus solides, telles qu'une instruction positive, un jugement sain, le fruit de la pratique, la valeur personnelle du candidat; en un mot, ce qui lui appartient en propre plutôt que ce qu'il a emprunté aux autres, ce qu'il s'est assimilé plutôt que ce qu'il a retenu.

» Ces diverses conditions, je le sais, ne sont pas également abordables pour tous, d'autant que les difficultés du concours se multiplient avec l'élévation du grade auquel on aspire; d'ailleurs le nombre restreint des professeurs exclut forcément beaucoup d'officiers de santé de première classe, quelle que soit leur valeur réelle. Et c'est ici le moment d'adresser l'expression de notre profonde gratitude au chef de l'Etat, qui, comprenant nos besoins, a créé des chirurgiens principaux en même temps que des directeurs du service de santé; au ministre de la marine qui, dans un rapport dont nous devons être fiers, a si éloquemment défendu nos droits; à notre inspecteur général, qui a plaidé notre cause avec tant de chaleur et de désintéressement. J'obéis à un mouvement dont la source est trop pure pour que vous ne me le pardon-

produit sur des surfaces qui ont un haut degré d'irritabilité, et qui s'accomplissent par des organes qui concourent à d'importantes fonctions.

L'augmentation du produit sécrété étant le résultat de toutes les diacrises, la surcharge des organes destinés à recevoir ce produit et à le transporter sur les parties où il doit être définitivement déposé, exerce sur eux une stimulation douloureuse, rend leurs fonctions plus actives, plus rapides à s'accomplir et plus fréquemment renouvelées. C'est ainsi que les diacrises intestinales rendent à la fois plus fréquents, plus actifs et plus pénibles à supporter les actes excréteurs du tube intestinal. Les qualités anomales que la maladie fait acquérir aux produits sécrétés déterminent aussi la manifestation de phénomènes morbides dont le siége est dans les organes sur lesquels se déversent ces produits. Les douleurs tormineuses qui résultent de la présence des liquides mucoso-bilieux altérés dans le tube digestif, les accidents qui proviennent de calculs dans les voies hépatiques ou urinaires, sont des phénomènes de cette nature.

Lorsque les diacrises ont une assez grande intensité, il se déclare un état fébrile très prononcé, qui s'accompagne toujours de débilité générale. Cette adynamie se montre surtout par la faiblesse des battements artériels, et par la lenteur des contractions musculaires, qui deviennent même douloureuses dans l'accomplissement des actes de la locomotion. Les déperditions de liquides sécrétés en quantité excessive, par suite de l'état morbide, ajoutent encore à la faiblesse générale. Dans les diacrises qui provoquent ces déperditions avec rapidité et en grande abondance, les symptômes adynamiques arrivent immédiatement; ils ne consistent pas seulement dans la grande faiblesse des actes de la vie de relation, ils expriment aussi une extrême débilité des fonctions des organes de la vie intérieure. Ainsi, la chaleur générale diminue, le pouls se déprime de plus en plus, les vaisseaux capillaires de la peau et des membranes muqueuses extérieures se vident et pâlissent, les veines sous-cutanées s'affaissent au point de cesser d'être apparentes, l'amaigrissement se prononce rapidement, etc.

La durée prolongée des déperditions diacritiques équivaut, pour l'influence débilitante qu'elle occasionne, à une déperdition prompte très considérable; toutefois elle a des symptômes à quelques égards différents. Les mouvements du cœur annoncés par le pouls deviennent très fréquents, et, pendant que les téguments se décolorent, les tissus perdent de leur densité et de leur rénitence, le tissu cellulaire s'infiltre, et les parties extérieures, gonflées par suite de cette infiltration, sont dépressibles et conservent l'empreinte des pressions qu'on exerce à leur surface. La chaleur se perd rapidement au contact de l'air et des corps environnants, et cependant quelques parties du corps, comme les extrémités, dans lesquelles la circulation se fait nécessairement avec moins d'activité, deviennent par instant brûlantes au toucher.

Dans le plus grand nombre des diacrises, les symptômes directement occasionnés par les phénomènes immédiats de la turgescence sécrétoire prédominent. Au plus léger degré, ces symptômes sont ceux d'une souffrance directe de l'organe dont la sécrétion est altérée, joints à un état général de malaise toujours prononcé et s'aggravant comme paroxysmes; au plus haut degré, ces symptômes ont toute l'intensité d'une réaction pyrétique avec des exacerbations quelquefois intenses, comme celle qui se joint à de graves phlegmasies. Cependant ces symptômes de réaction générale ont toujours la forme paroxystique dominante, à un degré qui ne s'observe dans aucun autre état général symptomatique de maladie locale quelconque.

Les diacrises aiguës peuvent avoir une intensité telle, et marcher avec une si grande rapidité, qu'elles occasionnent la mort en peu d'heures, sans l'intermédiaire d'aucun autre état morbide que la soustraction de liquide qu'elles opèrent. Toutes les fonctions organiques se dépriment, deviennent incomplètes sous l'influence des déperditions de fluides, et enfin se suspendent. Le choléra-morbus épidémique nous a offert de trop nombreux exemples de cette marche funeste des diacrises.

Dans les cas moins fâcheux, et qui sont les plus ordinaires, les diacrises se terminent par la guérison. Ce résultat heureux est préparé par la suspension des symptômes de déperdition de fluides et par le développement à un haut degré des phénomènes de réaction; mais dans ces cas encore, les diacrises laissent toujours les malades dans une débilité extrême qui rend les convalescences très longues. Après que la diacrise est terminée, la turgescence reste dans les organes pendant un certain temps, et les entretient dans une irritabilité extrême.

Le diagnostic des diacrises est extrêmement simple, puisqu'il y a diacrise dès qu'il se déclare une augmentation d'activité exagérée dans la fonction d'un ou de plusieurs organes sécréteurs. Parmi les signes pathognomoniques, l'un des plus prononcés et le plus significatif de tous, c'est l'abondance insolite du produit sécrété, considérée indépendamment des éléments composants de ce produit sur lesquels porte principalement l'augmentation de quantité. Ce signe sert aussi à déterminer l'importance de la maladie diacritique lorsqu'elle est secondaire par rapport à l'état morbide dont elle est un résultat ou un accident, soit comme phénomène habituel, soit comme épiphénomène. Il importe toujours beaucoup de déterminer les conditions pathogéniques de l'existence des diacrises pour fixer les règles de leur curation rationnelle, car ces maladies sont très souvent des affections symptomatiques, et lors même qu'elles se montrent comme lésion morbide primitive, elles n'en sont pas moins, dans la plupart des cas, directement liées à des prédispositions morbigènes, à des conditions idiosyncrasiques qui ont un siége tout autre que la sécrétion modifiée, ou qui même sont des états généraux de tout l'organisme.

Le pronostic des diacrises s'établit d'après l'importance de l'organe sécréteur affecté quant à la fonction à laquelle il concourt, d'après l'intensité de la diacrise elle-même, et surtout d'après l'influence qu'elle exerce sur tout l'organisme; il est principalement modifié, pour toutes ces maladies, par la nature de la cause qui les occasionne.

Lorsqu'une diacrise a son siége dans un organe sécréteur peu étendu et dont les fonctions n'ont qu'une importance secondaire, quelle que soit et quelle que puisse devenir son intensité, elle exerce peu d'influence sur l'organisme, et elle ne détermine le plus souvent pas d'autres accidents que ceux qui constituent les symptômes peu prononcés de sa présence. On n'a aucun danger à redouter pour la vie du malade par suite de cette maladie, mais l'on ne peut conclure de son peu d'importance un pronostic heureux quant à la guérison facile ou prochaine; un trop grand nombre de diacrises, même parmi les plus légères, ne cessent que très difficilement et avec beaucoup de lenteur. Toutes ces maladies laissent d'ailleurs toujours une extrême aptitude à se reproduire; souvent elles passent à l'état chronique, et quelquefois elles persistent pendant une partie de la vie comme une incommodité habituelle, une sorte de fonction supplémentaire, à la présence de laquelle l'équilibre de l'organisme s'accommode si bien, que sa cessation peut avoir des inconvénients.

Pour citer des exemples de diacrises auxquelles peuvent s'appliquer ces remarques, nous indiquerons les leucorrhées, les phlegmatorrhagies, les diaphorèses locales, etc.

Pour les diacrises d'un organe sécréteur d'un grand volume ou d'une grande étendue, quand surtout la sécrétion de cet organe concourt à l'accomplissement d'une fonction importante, le pronostic de la maladie a une tout autre gravité. Ainsi, l'orgasme sécrétoire détermine les phénomènes généraux d'une extrême perturbation dans l'économie, comme on le voit, par exemple, par l'état général d'adynamie et par la fièvre quelquefois jointe à de graves sym[illegible]es nerveux dont s'accompagnent les diacrises du foie ou celles de la muqueuse gastro-intestinale.

Les diacrises qui se manifestent pendant le cours d'un état morbide antécédent tirent leur pronostic de cet état morbide, de sa nature, de son intensité et de ses rapports avec la production immédiate de la diacrise.

La maladie parcourt habituellement ses périodes avec facilité, sans occasionner de graves accidents; elle s'atténue et cesse progressivement sous l'influence des simples précautions qui constituent la médication expectante. Ces précautions ont surtout pour but d'éloigner toutes les causes extérieures qui pourraient ajouter à l'intensité des phénomènes morbides, ou exercer sur l'organisme une influence perturbatrice qui aggraverait la maladie, et de mettre, par un régime convenable, tous les organes dans le plus grand repos possible. Cette méthode curative expectante comporte cependant l'emploi méthodique de moyens thérapeutiques prescrits en vue d'atténuer les accidents diacritiques, surtout pour celles de ces maladies qui tendent à passer à l'état chronique. Ces moyens sont choisis dans le sens d'indications qui se rapportent à la cause immédiate de ces accidents, laquelle se trouve, soit dans l'état de turgescence de l'organe sécréteur siége de la diacrise, soit dans l'influence que cet état de turgescence exerce sur l'organisme comme foyer d'irritation, soit dans l'influence immédiate des produits de la sécrétion altérée sur les organes qui les reçoivent.

On modère la turgescence de l'organe sécréteur par les topiques émollients appliqués immédiatement pour les organes externes et médiatement pour les sécréteurs internes, en mettant ces topiques sur les parties externes du corps contiguës. On agit immédiatement de la même manière sur les sécréteurs internes de la muqueuse gastro-intestinale et utéro-vaginale par les boissons et les injections émollientes. On complète cette médication en prescrivant contre les diacrises des sécréteurs internes et externes des topiques humides et émollients appliqués sur toute la surface tégumentaire externe, soit sous la forme de bains, soit sous celle de fumigations de vapeurs humides, de lotions aqueuses et émollientes, etc. Ces remèdes topiques agissent évidemment comme sédatifs de la circulation capillaire, et par conséquent de l'action organique des sécréteurs. La diète, les émissions sanguines, la digitale, le nitrate de potasse, les exutoires, etc., etc., sont autant de moyens sur lesquels j'insisterai longuement en traitant l'histoire de chaque diacrise en particulier. J'aurai, du reste, bientôt l'occasion d'y revenir, puisque je vous parlerai, dans la prochaine séance, de la dyspepsie muqueuse ou nidoreuse.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 26 novembre 1855. — Présidence de M. Regnault.

Recherches statistiques, physiologiques et pathologiques sur les enfants jumeaux. — M. Baillarger lit sous ce titre une note dont l'objet est de faire connaître la répartition et proportion relative des sexes dans les grossesses multiples et l'influence de l'hérédité. (Nous avons donné cette note dans notre numéro du 30 novembre, à l'Académie de médecine.)

Nigritie de la langue en dehors de tout état fébrile. — M. Bertrand de Saint-Germain lit une note dans laquelle il appelle l'attention de l'Académie sur un phénomène pathologique des plus rares, qui se trouve signalé dans le savant traité de M. Rayer sur les maladies de la peau; c'est la coloration noire de la face supérieure de la langue, telle qu'on l'observe à l'état normal chez le perroquet et la girafe, et accidentellement et par plaques chez le bœuf, le mouton, le chien, le chat, etc. Ce phénomène se produit beaucoup plus rarement, mais aussi d'une manière plus complète chez l'homme, en dehors de tout état fébrile, sans qu'il y ait augmentation appréciable du volume de la langue, ni rigidité, ni douleur, ni enduit superficiel. M. Bertrand de Saint-Germain dit l'avoir observé quatre fois: chez une jeune fille de treize ans, dont l'état d'émaciation et de paraplégie croissante déno-

---

niez pas, en affirmant que nous étions et que nous nous sommes depuis montrés dignes de cette haute faveur. Nos chirurgiens principaux, dans la mer Noire, dans la Baltique, dans les stations lointaines, ont encore resserré ces liens d'affection et d'estime qui, à notre grand honneur, nous attachent tout le personnel de la flotte: matelots, officiers, commandants et amiraux; les épidémies nous trouveront partout prêts à faire acte de dévouement, et les champs de bataille de la Crimée viennent de témoigner de notre zèle. Permettez-moi de remercier ici hautement M. Scrive, l'habile chirurgien en chef de l'armée d'Orient, des éloges tout confraternels qu'il a adressés publiquement à nos officiers de santé, qui, sous la direction de M. Marroin, ont prodigué leurs soins aux blessés du glorieux combat de la Tchernaïa.

» Si vous m'avez bien compris, messieurs, vous devez être convaincus que pour obtenir ses grades l'officier de santé de marine n'a rien à demander à la faveur, qu'il est lui-même l'arbitre de son avenir, qu'il n'est jugé que par ses pairs. Si par sa conduite, son abnégation, son courage et son talent, il s'ouvre des droits à des distinctions honorifiques, il est sûr de trouver dans l'autorité supérieure une appréciation équitable et bienveillante, toujours disposée à proportionner la récompense au mérite. Il dépend donc de lui de se concilier l'estime, l'affection et la reconnaissance de tous, et de goûter en même temps ce contentement de soi-même qui relève uniquement de la conscience. Mais ce double prix veut être vaillamment disputé; laissez-moi vous dire comment on le conquiert.

» La médecine, dit Hippocrate, est certainement la plus noble des sciences, mais elle devient la dernière des professions par l'ignorance de ceux qui l'exercent. Beaucoup se disent médecins par le titre, peu le sont en réalité.... La médecine, en effet, est cet art difficile qui enseigne à conserver la santé, à prolonger la vie, à prévenir et à guérir les maladies qui l'altèrent et l'abrégent, art d'une si vaste étendue et d'une si grande importance que toutes vos études, toutes vos aspirations doivent converger vers ce seul but.

» Un travail énergique, soutenu, persévérant, *labor improbus*, est la première condition du succès, en même temps qu'un devoir sacré auquel vous ne pouvez manquer sans devenir coupables, puisque la santé et l'existence des hommes seraient compromises par votre paresse. Anatomie, physiologie, pathologie, pharmacie, chimie, physique, botanique, histoire naturelle, économie politique, industrie, rien ne doit vous être étranger, tout est du domaine de la médecine, et, en présence d'un pareil programme, le temps que vous dérobez à la science est un vol fait à l'humanité. L'opiniâtreté au travail, loin d'user ou de briser les ressorts de la vie, en entretient le mécanisme; c'est le meilleur principe d'hygiène. Hippocrate, Galien, Harvey, Corneille, Fontenelle, Voltaire, ces infatigables ouvriers de la pensée, ont fourni une longue carrière; et dernièrement M. Flourens, dans son admirable ouvrage sur la longévité humaine, a démontré que l'étude est le point de départ de la santé, parce qu'elle calme les passions, ennoblit l'âme et inspire le goût de la sobriété en toutes choses.

» Mais travailler ne suffit pas; il faut encore savoir imprimer à vos travaux une bonne direction, vous familiariser de bonne heure avec l'art de recueillir, de classer et de fixer les idées et les faits, en un mot d'avoir de la méthode. *Ordo lumen accendit*, comme dit Bacon.

» Soyez donc exacts aux heures d'ouverture des cours; assistez à toutes les leçons, car elles s'enchaînent; prenez des notes, c'est le meilleur moyen de tenir votre attention éveillée; le soir, chez vous, rédigez vos souvenirs écrits dans la journée. Vous ne pouvez vous figurer ce que cette habitude donne de rectitude et d'étendue à votre entendement, quelle richesse de matériaux elle accumulera pour votre avenir.

» Lisez toujours la plume à la main, pour extraire le passage qui vous aura frappé; placez à côté le résumé des observations afférentes que vous aurez recueillies dans les salles ou dans les amphithéâtres, et quand vous aurez condensé toutes vos connaissances sur un sujet donné, résumez-les encore dans un tableau synoptique. Il vous suffira plus tard de jeter un coup d'œil sur ce sommaire analytique pour que les détails se présentent à la fois à votre mémoire et à votre jugement. Toutes les matières d'un concours tiendront dans un mince cahier, et vous pourrez dire, comme Bias: *Omnia mecum porto.*

» Cet esprit de méthode dont vous aurez, dès le début, contracté la louable habitude, portera ses fruits pour vos épreuves ultérieures. Vos juges, sachez-le bien, devinent déjà dans le candidat à la 3e classe le futur professeur.

» Votre éducation scientifique, quelque essentielle qu'elle soit, n'est pas cependant la seule garantie que la société exige de vous; elle réclame aussi chez le médecin des qualités morales: une conduite à l'abri de tout reproche; cette sensibilité de cœur, qui, sans exclure la fermeté de caractère, vous fait compatir aux maux de votre prochain; cette réserve délicate qui ensevelit au fond de votre cœur les secrets de famille que vous avez devinés ou qui vous ont été confiés; la tempérance et la sobriété, pour que vous puissiez joindre l'exemple au précepte; la candeur qui vous porte à avouer une faute commise; la patience et la douceur pour les caprices et les inégalités d'humeur si pardonnables aux malades; des marques d'intérêt pour tous: l'humanité ne fait d'exception pour personne. Rien n'est plus à blâmer que la différente conduite du médecin envers les grands et les petits. Soyez

tait une altération profonde des centres nerveux ; chez une dame asthmatique de soixante-dix ans, qui n'était pas plus souffrante que d'habitude ; chez un vieillard, du reste bien portant ; et enfin chez une enfant de onze ans, convalescente d'une fièvre typhoïde.

Dans ces divers cas, la coloration s'est manifestée, dès le début, comme une tache d'un noir très vif et de forme ovale, sur la ligne médiane, d'où elle s'est étendue par degrés à toute la surface de la langue. Elle est restée stationnaire environ dix jours, puis s'est effacée peu à peu, en sens inverse du mode de propagation, c'est-à-dire de la circonférence au centre, présentant sur ses bords un liséré jaunâtre, ainsi qu'une ecchymose en résolution. La durée moyenne du phénomène, dans son ensemble, est de quarante à soixante jours.

Les individus affectés n'accusaient d'autre incommodité nouvelle qu'un sentiment de sécheresse dans toute la bouche; ils se plaignaient de manquer de salive.

Les lotions et autres moyens propres à déterger la langue ne changeaient rien à son aspect; il était tel qu'on ne pouvait méconnaître une production insolite de ce même pigmentum qui colore la peau du nègre. Une hémorrhagie sous-épidermique, en augmentant le volume de la langue et la difficulté de ses mouvements, n'aurait pas donné cette coloration d'ébène.

C'était donc là une de ces taches pigmentaires, accidentelles et temporaires que les auteurs ont signalées; le siége seul en fait la singularité, car M. le professeur Cruveilhier, dans son *Anatomie descriptive*, dit formellement qu'il n'existe jamais de matière colorante noire sur la langue de l'homme. Les faits rapportés ci-dessus prouvent qu'il peut s'en produire.

L'auteur, au sujet de la production du pigmentum, termine sa note par quelques mots relatifs à la coloration des races humaines.

Les travaux de Meckel et de Weber, de MM. de Blainville, Dutrochet, Béclard, Breschet, et ceux de M. Flourens, ne permettent plus de douter que le pigmentum ne soit, ainsi que l'épiderme, le produit d'une sécrétion du derme, et que la matière colorante sécrétée avec abondance et d'une manière uniforme chez les individus de la race éthiopienne, et accidentellement chez les individus de la race blanche, ne s'interpose comme un enduit entre le derme et les deux lames qui constituent l'épiderme.

On ne saurait nier que l'action stimulante de l'air et des rayons solaires ne provoquent d'une façon presque infaillible la sécrétion du pigmentum sous-épidermique, mais il faut reconnaître aussi qu'il y a des dispositions constitutives et vitales et des états maladifs qui donnent lieu, indépendamment de toute influence climatérique, à cette sécrétion, soit d'une manière partielle, soit d'une manière générale.

La teinte brune, quelquefois même la coloration noire que présentent la peau du mamelon et celle des grandes lèvres chez des femmes du reste fort blanches, et les faits pathologiques cités plus haut prouvent suffisamment que la production du pigmentum reconnaît d'autres causes que l'insolation, et l'on doit admettre pour les individus, comme pour les races dont se compose l'espèce humaine, des prédispositions originelles indépendantes de l'influence climatérique, par laquelle il est bien difficile d'expliquer la différence de coloration sous les mêmes latitudes, ainsi que les modifications anatomiques qui distinguent les variétés de l'espèce humaine. (Commissaires : MM. Flourens, Rayer et Coste.)

Absence congénitale du nez. Nouveau procédé de rhinoplastie. — M. Maisonneuve communique l'observation d'un cas d'absence congénitale du nez, pour lequel il a imaginé un nouveau procédé de rhinoplastie. (Nous publierons cette observation dans un prochain numéro.)

De la position la plus favorable à donner aux individus asphyxiés sur lesquels on tente la respiration artificielle. — M. Marshall-Hall écrit sur ce sujet une lettre adressée à M. Flourens. En voici un court extrait :

« Je suis très occupé en ce moment de recherches sur l'asphyxie. Je crois avoir établi l'avantage de la position sur la face lorsque l'on veut pratiquer la respiration artificielle. Si le sujet repose sur le dos, la langue tombe sur l'épiglotte en la portant sur la glotte, qui est ainsi fermée; les liquides qui peuvent se trouver dans la bouche, ou qui y remontent de l'estomac, obstruent le même passage. Tout se change en renversant la position et en plaçant le sujet sur la face; la langue prend une position en avant, entraîne l'épiglotte, ouvre la glotte, et permet ainsi que l'air entre librement pendant l'inspiration; les liquides qui se trouvent dans l'arrière-bouche s'en écoulent. Ainsi il est de fait que les efforts pour exciter la respiration sont plus efficaces dans cette dernière position.

Structure du système nerveux. — M. Gratiolet, à l'occasion de la récente communication de M. Stilling, fait connaître à l'Académie qu'il a décrit, dès 1852, les prolongements multiples qui unissent entre elles les cellules multipolaires des axes gris de la moelle. Ces connexions réciproques des cellules sont si nombreuses qu'il en résulte un *plexus* très compliqué; ce plexus s'étend dans toute la longueur des axes gris, et son existence est d'un grand secours pour l'explication d'un grand nombre de sympathies. Les cellules y forment deux groupes principaux : l'un vers le tranchant antérieur des axes gris, l'autre en regard de l'arête centrale des cordons latéraux. Aucune de ces cellules n'est isolée, ou du moins elles ne paraissent telles quelquefois que parce que dans la préparation leurs connexions ont été détruites.

Une particularité assez intéressante est la relation qu'on observe entre la grandeur maximum des cellules et la taille des animaux. Ainsi, d'une manière générale, elles sont plus grandes dans un plus grand animal. Aussi recommanderai-je plus particulièrement le cheval et le bœuf comme présentant les conditions les plus favorables à l'étude des prolongements par lesquels s'établissent leurs connexions réciproques.

Dès cette époque je soupçonnais l'existence de relations semblables entre les cellules multipolaires et le système des racines et des faisceaux postérieurs; mais je n'avais pu réussir à les voir. Dans ces derniers temps, j'ai été plus heureux; en recherchant comment s'opère l'épuisement successif des cordons postérieurs dans la moelle épinière, j'ai vu avec la dernière évidence, dans la moelle du chat, plusieurs prolongements très grêles des cellules qui sont aux confins de la substance gélatineuse se continuer avec certaines fibres du cordon postérieur; en sorte que les éléments de la substance grise établissent une relation directe entre le système des cordons postérieurs et celui des racines et des cordons antérieurs : fait qui me paraît avoir une véritable importance pour l'explication des phénomènes du mouvement reflexe.

Structure des amygdales et des glandes situées sur la base de la langue. — M. Sappey adresse un mémoire sur la structure des glandes de la base de la langue et des amygdales.

1° *Glandes de la base de la langue.* — Ces glandes ont été considérées par la plupart des auteurs comme de simples follicules. Quelques anatomistes cependant les ont comparées aux glandes acineuses; telle est en effet la classe à laquelle elles appartiennent, mais elles forment dans cette classe une petite tribu à part.

Le conduit excréteur des glandes en grappe ordinaires offre une disposition ramescente; celui des glandes placées à la base de la langue se présente sous l'aspect d'un petit follicule dont la partie profonde constitue au centre de chacune de ces glandes une véritable cavité. Autour de cette cavité centrale se trouvent groupées des glandules acineuses qui versent sur ses parois le produit de leur sécrétion. Toutes ces glandules sont indépendantes les unes des autres; leur conduit excréteur est mince, pâle, transparent, extrêmement court, et par suite très difficile à distinguer. Le nombre des glandules inhérentes au même follicule varie de trois à huit. Lorsqu'elles sont peu nombreuses, elles s'étalent pour ainsi dire sur la surface extérieure de ce follicule, de manière à le recouvrir en totalité en se juxtaposant par leurs bords voisins; lorsque leur nombre augmente, elles s'allongent, deviennent plus ou moins perpendiculaires aux parois de la cavité centrale, et ne correspondent alors à celle-ci que par leur extrémité terminale. C'est dans ce cas seulement qu'on peut réussir à distinguer leur conduit excréteur.

Les auteurs qui ont considéré ces glandes comme de simples follicules n'avaient observé que leur partie centrale ou folliculiforme. Les anatomistes qui les ont rangées dans la classe des glandes acineuses ordinaires semblent n'avoir observé que leur partie périphérique, dont l'aspect rappelle en effet parfaitement celui des glandes lacrymales, parotides, sous-maxillaires, etc.; mais ils ont méconnu la cavité creusée dans leur centre, cavité qui constitue pour elles un véritable réservoir et qui les distingue de toutes les autres glandes de la même classe. Pour arriver à l'expression complète de la vérité, il faut donc considérer en même temps l'organe qui sécrète et l'organe qui reçoit le produit sécrété.

Ce produit est un mucus extrêmement visqueux. Durant l'intervalle des repas, il s'accumule dans le réservoir creusé au centre des glandes linguales; au moment de la déglutition, le bol alimentaire, en comprimant de haut en bas tous ces réservoirs, exprime une petite quantité de leur contenu et humecte ainsi lui-même, par le simple fait de son passage, le plan incliné sur lequel il glisse. Lorsque l'orifice destiné à transmettre au dehors ce produit de sécrétion vient à s'oblitérer, le mucus s'amasse en quantité plus ou moins considérable dans le réservoir de la glande : telle paraît être l'origine de ces kystes qu'on observe quelquefois à la partie la plus inférieure de la base de la langue, au voisinage de l'os hyoïde.

2° *Amygdales.* — Les amygdales présentent sur leur face interne huit à dix ou douze orifices extrêmement variables dans leur forme, leurs dimensions et leur situation respective. Les plus petits n'offrent pas moins d'un millimètre de diamètre; les plus grands ne dépassent pas en général un demi-centimètre. Ils peuvent être régulièrement répartis; mais le plus souvent on les trouve rapprochés sur certains points et espacés sur les autres; dans quelques cas assez rares, ils se réunissent tous en un seul groupe, et forment alors une sorte de pomme d'arrosoir à contour circulaire ou elliptique et à surface plus ou moins déprimée.

La cavité qui leur succède présente des parois extrêmement inégales et des dimensions très variables.

La masse entière des amygdales se compose de la réunion de toutes es parois qui circonscrivent ces cavités. Le problème de leur structure consiste donc à déterminer les éléments qui entrent dans la composition de ces parois et le mode d'arrangement ou la situation respective qu'ils présentent; ces éléments sont : 1° une membrane muqueuse qui revêt exactement toutes les saillies et toutes les dépressions des cavités des amygdales; 2° des glandes; 3° des artères et des veines; 4° des nerfs; 5° du tissu cellulaire et un petit nombre de cellules adipeuses.

La muqueuse amygdalienne continue en arrière, en avant et en haut avec la muqueuse palatine, en bas avec la muqueuse linguale, s'applique exactement à la face interne de l'amygdale, et lui adhère en général d'une manière intime.

L'étude comparative des glandes situées à la base de la langue et des amygdales démontre que la muqueuse qui leur correspond offre la même disposition dans les unes et dans les autres; cette disposition est seulement plus simple dans les premières, plus compliquée dans les secondes. Sur quelques-unes des glandes situées à la base de la langue, on voit la muqueuse linguale s'avancer jusqu'au centre de leur surface libre, se déprimer dans ce point pour pénétrer dans leur épaisseur, et former une sorte de follicule plus ou moins étroit à son embouchure. Sur d'autres, particulièrement sur celles qui occupent le voisinage des amygdales, elle remonte aussi sur leur face libre, puis se déprime presque aussitôt et donne ainsi naissance à une cavité si largement ouverte, que cette cavité perd l'aspect folliculiforme pour prendre celui d'un segment de cylindre. Sur les amygdales la muqueuse non-seulement se déprime pour former autant de cavités dans leur épaisseur qu'elles présentent de trous à leur surface interne, mais elle revêt toutes les saillies extrêmement inégales qu'on observe sur les parois de ces cavités. Dans toutes les glandes situées sur le pourtour de l'isthme du gosier, elle pénètre, en un mot, jusqu'à leur partie centrale, où elle se termine par une dilatation.

Glandes des amygdales. — La plupart des anatomistes n'ont vu dans les amygdales qu'une réunion de grandes cellules, dans chacune desquelles viendraient s'ouvrir un nombre indéterminé de follicules. Mais la structure de ces glandes est beaucoup plus compliquée; ce ne sont pas de simples follicules, en effet, qui versent le produit de leur sécrétion dans les cavités ou cellules amygdaliennes, ce sont des glandes acineuses situées dans l'épaisseur de la muqueuse qui tapisse les parois de ces cavités. Elles sont si multipliées qu'elles forment sur toutes ces parois une couche continue. Les acini qui les constituent sont arrondis, serrés les uns contre les autres, et revêtus à leur face interne ou concave d'un épithélium nucléaire; leur conduit excréteur est extrêmement court, mince, pâle et transparent. L'orifice par lequel chaque conduit s'ouvre sur la paroi qui lui correspond ne peut être vu ni à l'œil nu ni à l'aide d'une loupe.

En résumant les principaux traits de la description qui précède, l'auteur formule les trois propositions suivantes :

1° Toutes les glandes situées sur la partie inférieure et sur les par-

---

donc les mêmes envers les uns et les autres, c'est-à-dire bons et affables; les égards affectueux font partie de la thérapeutique, parce qu'ils fortifient la confiance des malades et augmentent leur espoir de guérison.

» Vous êtes destinés, messieurs, la plupart d'entre vous, à devenir chirurgiens de la marine; c'est à bord que vous aurez à faire l'application des principes que je mets sous vos yeux; c'est là aussi surtout que vous en recueillerez la plus douce récompense. Les matelots auxquels vous aurez prodigué vos soins dans le cours d'une longue campagne, au milieu d'une cruelle épidémie, après un combat meurtrier, les matelots qui auront trouvé en vous un médecin compatissant sans familiarité, complaisant sans faiblesse, un père, un ami dévoué, les matelots, qui sous leur rude écorce cachent un cœur si facile à émouvoir, les matelots vous entoureront de leur respect et de leur gratitude. « Malheureux, dit Forget, le *major* qui n'a jamais été l'objet de leur » ardente sollicitude; plus malheureux encore le médecin qui croirait » qu'un triomphe de cette nature puisse être acheté trop cher au prix » de tout son dévouement. »

» A côté de vos rapports avec les matelots, se placent ceux que la conformité de goûts et d'éducation établiront entre vous et les officiers de tous grades. Vos attributions à bord sont toutes spéciales; vous êtes affranchis par là de ces tracasseries de rivalités d'où naît la mésintelligence. Rien ne vous est plus facile que de vivre en bonne harmonie avec les uns et les autres; vous devenez, par la nature même de vos fonctions, le confident de chacun, et votre rôle, si vous en comprenez la noblesse, vous mène à être le médiateur dans les conflits, l'appui des uns, le conseil des autres, l'ami de tous.

» Dans les hôpitaux, vous avez des règles analogues à observer. Vous devez tenir lieu de famille à cette foule de malades qui n'ont sous les yeux que le spectacle de la douleur et de la mort. Votre mission ne se borne pas à prescrire ou à administrer des remèdes, à pratiquer des opérations; ayez la parole qui console, la pitié qui soulage, la charité qui dispense l'espoir de la guérison ou qui adoucit l'amertume d'une dernière souffrance; que le sentiment du devoir vous porte à imiter cet inépuisable dévouement dont les sœurs de Saint-Vincent de Paul vous donnent sans cesse le sublime exemple.

» Et plus tard, messieurs, quand, mûris par l'expérience, sûrs de votre talent, vous arriverez à votre tour à servir de guides à la jeunesse, quand les épreuves du doctorat vous auront donné le droit d'exercer la médecine, dirigez tous vos efforts à élever votre art à la hauteur d'un sacerdoce. Si notre profession a été souvent l'objet d'acerbes satyres, soyez bien convaincus que l'épigramme s'adressait plutôt aux médecins qu'à la médecine elle-même. Sans doute, c'est un art plein de mystères et d'obscurités; les autres sciences ont des lois et des principes fixes; en médecine, au contraire, il n'y a pas d'autorité à qui on puisse recourir dans un cas douteux; et c'est là ce qui donne une apparence de raison aux détracteurs de la science médicale. Mais Dieu n'a-t-il pas posé des limites à notre entendement, et la mort n'entre-t-elle pas dans le plan de la vie? Nous comptons dans nos rangs des hommes comme Hippocrate, Galien, Boerrhaave, Cuvier, Broussais, Bichat et tant d'autres, pour ne parler que des morts, qui ne le cédaient à personne en raison, en savoir, en jugement, en génie; si la médecine, malgré ses incontestables progrès, a encore des incertitudes, il faut non pas en accuser les médecins, mais bien s'en prendre à la nature même des choses. Et cette dernière réflexion me conduit à vous donner un dernier conseil : soyez toujours indulgents pour vos confrères, parce que vous avez eu, vous avez, ou vous aurez un jour besoin d'indulgence vous-mêmes. La déconsidération jetée sur un membre de notre corporation rejaillit sur tous. Quand des médecins jaloux s'adressent mutuellement un reproche d'ignorance ou de cupidité, le public, juge souverain, bien qu'il ne soit pas compétent, les prend au mot et les croit tous les deux. Respectez donc pour être respectés à votre tour, et souvenez-vous toujours de cette sublime parole du Christ pour Madeleine : « Que celle qui n'a jamais péché lui jette la première » pierre. »

» Messieurs les étudiants, retenez et mettez à profit ces avis paternels; ils sont dictés par l'intérêt que je vous porte et par le sentiment du devoir que m'impose l'honneur de guider vos premiers pas dans la carrière qui s'ouvre aujourd'hui devant vous. »

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Système de gymnastique de chambre médicale et hygiénique, ou représentation et description de mouvements gymnastiques n'exigeant aucun appareil ni aide, et pouvant s'exécuter en tout temps et en tout lieu, à l'usage des deux sexes et pour tous les âges; suivie d'applications à diverses affections; par le docteur D.-G.-M. Schreber (de Leipzig), médecin et chirurgien; directeur de l'Institut orthopédique et médico-gymnastique à Leipzig. Traduit de l'allemand par H. Van Oordt. Un vol. in-8° de 84 pages avec 45 figures. Prix : 2 fr. 50. — A Paris, chez Victor Masson.

ties latérales de l'isthme du gosier présentent une structure identique : toutes sont des glandes en grappes.

2° Ces glandes ont pour caractère commun et distinctif d'être munies d'un réservoir, très petit pour les glandes linguales, très grand et multiple pour les amygdales.

3° Ce réservoir, qui a été considéré jusqu'à présent comme la propriété exclusive des glandes les plus volumineuses ou les plus importantes de l'économie, peut appartenir aussi à des glandes d'un très petit volume et d'une importance secondaire, avec cette différence toutefois qu'il est situé en dehors de leur partie périphérique dans les unes et au centre dans les autres.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 21 novembre 1855. — Présidence de M. Gosselin.

Lecture et adoption du procès verbal.

— M. Gosselin, à l'occasion du procès-verbal, met sous les yeux de la Société plusieurs exemples de ces fractures en V dont il avait parlé dans la séance précédente à propos de la pièce de M. Chassaignac.

Sur la première, qui est représentée dans la thèse de M. Bourcy, on voit des lésions tout à fait semblables à celles de M. Chassaignac, c'est-à-dire sur le fragment supérieur un V saillant, dont la pointe est formée par le tissu compacte si résistant qui occupe la face interne du tibia à la jonction de son tiers inférieur avec le tiers moyen; sur le fragment inférieur et au niveau de sa face interne, un V rentrant, du sommet duquel part une fissure qui longe la face interne, puis la face postérieure de l'os, et qui pénètre dans l'articulation pour remonter sur la face antérieure en circonscrivant à la partie externe de l'extrémité inférieure un fragment lamelleux qui n'est pas complétement détaché.

Sur la seconde, qui est également représentée dans la thèse de M. Bourcy, le fragment supérieur du tibia offrait la même forme, et le V résistant qu'il représente avait pénétré dans le fragment inférieur et l'avait fait éclater en un grand nombre de fragments jusque dans l'articulation tibio-tarsienne.

Deux autres pièces de fractures de la jambe provenant du Musée Dupuytren, et que M. Houël a bien voulu envoyer, représentent encore des fractures du tibia dans lesquelles se voit la même forme en V et le même éclatement du fragment inférieur par suite de la pression que le supérieur, agissant à la manière d'un coin, a dû exercer sur lui.

Sur une dernière pièce, il s'agit d'une fracture de l'extrémité inférieure du fémur et de la partie supérieure du tibia soudées l'une à l'autre par une ancienne ankylose. Le fragment supérieur présente encore la forme d'un V, et il suffit de regarder la pièce pour comprendre qu'il a dû au moment de l'accident pénétrer dans l'épaisseur des condyles et les faire éclater en même temps que la partie supérieure du tibia, confondue avec eux.

Il ne faut pas avoir longtemps examiné ces pièces pour admettre que, par suite de la direction toute spéciale du fragment supérieur, celui-ci peut, en agissant sur l'inférieur à la manière d'un coin, le faire éclater et amener des fissures ou des brisures comminutives prolongées loin du point de départ et arrivant jusqu'à l'articulation. On ne peut méconnaître là une variété de fractures qui, par sa direction et son mécanisme, diffère de celles que les auteurs décrivent sous les noms de transversales, obliques, dentelées, en pointes. Et, pour faire mieux saisir le mécanisme du coin qui se lie à la forme en V, M. Gosselin les appellera volontiers fractures cunéennes ou en V. Elles ont ceci de spécial qu'elles sont plus graves que les autres; pour quelles raisons ? C'est ce que M. Gosselin examine dans un travail qu'il lira dans une des prochaines séances.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Bouvier met sous les yeux de la Société une fille de huit ans affectée d'un torticolis par raccourcissement permanent du sterno-mastoïdien du côté droit. Les parents affirment d'une manière formelle que cette difformité est congéniale ; à l'âge de deux ans et demi, on a pratiqué la ténotomie à deux reprises, à deux mois d'intervalle. On a probablement divisé la première fois le faisceau sternal; la seconde fois, une partie du faisceau claviculaire. Toutefois, il n'y a rien de positif à cet égard ; on ne voit qu'une petite cicatrice située entre les deux portions du muscle.

Un mois après la section, on a appliqué un appareil, dont on a continué l'usage pendant huit mois. Le redressement a toujours été incomplet, et l'opérateur lui-même a pensé qu'une nouvelle opération était nécessaire.

M. Bouvier désire particulièrement avoir l'avis de ses collègues sur les points suivants :

1° Peut-on espérer la guérison de cette enfant par le seul traitement mécanique ?

2° Faut-il, au contraire, opérer de suite, et dans ce cas doit-on diviser les deux faisceaux du muscle dans leur totalité, autant que possible, par la méthode sous-cutanée, bien entendu?

3° La veine jugulaire externe serait-elle un obstacle à cette section totale, et peut-on éviter sa lésion par un procédé particulier?

Ce vaisseau longe le bord postérieur du muscle et ne le quitte qu'à 1 centimètre et demi de la clavicule; un rameau de la même veine croise obliquement la face superficielle du muscle sterno-mastoïdien.

M. Guersant craint que dans un cas aussi ancien il n'y ait déjà une déformation des vertèbres cervicales. On voit en effet, dans des cas semblables, le corps de ces os tassé, affaissé, diminué de hauteur du côté de l'inclinaison; de telle sorte que l'opération pourra améliorer la position, mais ne permettra pas sans doute son redressement complet. Il ne faudrait donc pas compter beaucoup sur une cure radicale.

Les moyens orthopédiques qui ont suivi l'opération n'ont pas été prolongés assez longtemps ; huit mois sont insuffisants, et les appareils doivent être continués pendant quinze à dix-huit mois. L'opération, au reste, peut être faite sans danger et sans inconvénients. Il faudra faire deux ponctions, une pour chaque faisceau, afin de mieux éviter la veine. On fera bien de redresser mécaniquement le cou par les moyens orthopédiques avant de faire la section.

M. Huguier est d'un avis opposé. Pour lui, l'opération peut être pratiquée immédiatement ; on évitera sûrement la veine en faisant la section tout contre la clavicule, puisque le vaisseau s'en écarte à une distance d'un centimètre et demi. Les moyens mécaniques achèveront la cure.

M. Bouvier croit la méthode sous-cutanée dangereuse si on faisait la section au voisinage immédiat de la clavicule, non pas à cause de la veine jugulaire externe, mais bien à cause de la jugulaire interne ; en effet, d'après de nombreuses expériences faites sur le cadavre, il s'est assuré qu'il était très difficile de couper dans ce point la totalité du muscle par la méthode sous-cutanée sans blesser les vaisseaux profonds, quand le muscle n'est pas très tendu, comme cela existe dans le cas actuel.

Quant à la déformation des vertèbres, M. Bouvier la redoute moins que M. Guersant ; il la croit peu prononcée dans le fait présent. Il a eu l'occasion de disséquer le cou d'un jeune homme de vingt ans atteint d'un torticolis congénial, et chez lequel une seule vertèbre cervicale était affaissée. Un résultat complet n'est donc pas impossible.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Saurel (de Montpellier) adresse une note sur *l'emploi topique de la teinture d'iode dans le traitement de la pourriture d'hôpital*. M. le secrétaire général en donnera communication dans une des prochaines séances.

— M. le docteur Beauclair adresse pour le prix Duval deux exemplaires de sa thèse (*Exposé d'un nouveau mode de rupture de l'ankylose de la hanche*).

— M. Giraldès dépose sur le bureau, de la part de M. le docteur Prescott Hewett, membre correspondant, le tome VI des *Transactions de la Société pathologique de Londres*.

M. le président charge M. le secrétaire général de remercier tout particulièrement M. Prescott Hewett, pour l'empressement qu'il n'a cessé de montrer pour faciliter toutes les relations scientifiques de la Société.

Travaux originaux. — M. Bourguet (d'Aix) lit un mémoire sur les *luxations de l'humérus en haut*.

— M. Goyrand (d'Aix) montre un petit appareil, sorte de spatule linguale, qu'il a employé dans l'opération du bec-de-lièvre avec absence de voûte palatine.

Cet appareil se compose d'une pièce courbe solide destinée à s'appliquer sur le menton, elle porte à ses extrémités des cordons qui la fixent en s'attachant sur le sommet de la tête et derrière le cou ; sur le bord supérieur de la pièce mentonnière vient se fixer une lamelle d'ivoire horizontale, de 5 à 6 centimètres de longeur sur 2 de largeur, et qui, introduite dans la bouche, est destinée à s'appliquer sur la face supérieure de la langue, à la maintenir par conséquent sur le plancher de la bouche et à l'empêcher de s'introduire dans la fente palatine. Il a été conduit à l'emploi de cet appareil par l'observation suivante : Quand on a opéré le bec-de-lièvre et que la suture est enlevée, on voit quelquefois la réunion, qui s'était effectuée heureusement, se détruire peu à peu de haut en bas ; l'écartement commence par l'extrémité supérieure de la cicatrice, au voisinage du nez.

Dans un cas de ce genre, M. Goyrand vit que la langue en était la cause. En effet, la pointe de cet organe, portée en avant à travers la fente palatine, venait presser incessamment sur la partie supérieure de la réunion et finissait par la détruire d'abord en haut, puis jusqu'au bord libre; il fallait donc empêcher ce mouvement, c'est-à-dire tenir la langue abaissée. Une nouvelle opération pratiquée avec l'aide de la spatule linguale eut un plein succès.

M. Broca a fait la même remarque que M. Goyrand, et il a cherché aussi à remédier à cet inconvénient. Pour cela, il a profité du point d'appui fourni par l'épingle nasale recommandée dans le bec-de-lièvre double par M. Phillips, et qui a, comme on le sait, pour action de rapprocher les deux ailes du nez, qui sont fortement écartées et aplaties. Il a même substitué à l'épingle simple l'aiguille à pas de vis imaginée par M. Thierry pour le bec-de-lièvre.

Quoi qu'il en soit de l'instrument mis en usage, la tige métallique se voit transversalement dans chaque narine. Il sert à fixer deux fils, dont une extrémité pend à l'intérieur, tandis que l'autre passe par la fente palatine pour ressortir par l'ouverture buccale. Ces deux derniers chefs sont fixés au bord d'une petite lamelle de caoutchouc, qui, entraînée en haut par la traction des fils, vient s'appliquer sur la face postérieure de la lèvre réunie, et protége ainsi la suture contre l'action de la langue. L'autre extrémité de la lamelle est également fixée par les deux chefs extérieurs, et elle vient recouvrir, au contraire, la face antérieure de la lèvre. Celle-ci, avec ses points de suture, se trouve en résumé renfermée dans une sorte de gouttière en caoutchouc, dont le fond correspond à son bord libre, et dont les deux bords montent jusqu'à l'ouverture des narines, aussi bien à l'extérieur qu'à la face profonde. Ce procédé garantit très bien la suture contre l'action de la langue, et dans le cas où il l'a mis en usage, M. Broca lui attribue une part incontestable dans le succès.

Il y a également une modification utile à suivre dans la situation des épingles à suture. Au lieu de ne comprendre entre elles qu'une partie de l'épaisseur des bords de la lèvre, il est préférable qu'elles ne soient nullement en contact avec la plaie. Pour cela, il faut traverser la lèvre de part en part à une certaine distance des bords saignants. Lorsque la réunion est effectuée, les épingles sont donc visibles à la face postérieure de la surface muqueuse dans une certaine étendue.

On pourrait craindre que ce procédé fît bâiller en avant les deux bords saignants; mais cet inconvénient est corrigé par la pression qu'exercent en avant les anses de fil de la suture. En agissant ainsi, on rend plus modérée l'inflammation des surfaces avivées, et moins irritante la présence des tiges métalliques.

M. Guersant a eu également l'idée de protéger la suture avec une plaque appliquée à la face postérieure de la lèvre.

M. Denonvilliers a depuis bien longtemps songé à prévenir le passage des moyens de suture à travers les lèvres de la plaie. Il imagina donc le mode de réunion suivant : on placerait sur chaque face de la lèvre une petite plaque percée de trous à ses extrémités, et à travers lesquels on engagerait des fils parallèles aux surfaces avivées, et par conséquent fort éloignés d'elles. Cette idée, qui n'a pas encore été mise à exécution, a été communiquée autrefois à M. Guersant, qui aura peut-être trouvé l'occasion de l'appliquer.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. Cloquet met sous les yeux de la Société une série de très beaux dessins et de pièces de concrétions de l'intestin ou d'autres cavités muqueuses recueillies soit chez les hommes, soit chez les animaux. Cette collection, extrêmement complète, renferme des pièces tirées des divers musées de l'Ecole de médecine, du Val-de-Grâce, de l'Ecole d'Alfort.

— M. le docteur Berhend soumet à la Société un grand nombre de spécimens de difformités obtenus au moyen de la photographie. Dans plusieurs cas ces planches ont été prises avant et après le traitement. Ce chirurgien donne verbalement des détails sur les faits principaux.

— M. Vidal montre un testicule atteint d'une affection maligne, et qui est complétement dégénéré. La maladie n'existait que d'un côté, et toute sa marche, tous ses symptômes indiquaient une tumeur cancéreuse. La pièce a été examinée par M. Godard, interne du service, et par M. Robin, qui n'y ont trouvé que du tubercule. Or, M. Vidal persiste à croire que l'affection est maligne, et il affirme qu'elle récidivera, et qu'elle récidivera en cancer. Il prie donc M. Verneuil d'en faire de nouveau l'examen microscopique, afin d'y rechercher la cellule cancéreuse, qui doit nécessairement s'y trouver, si cette cellule est une vérité. Si le microscope ne la retrouve pas ou dit autre chose, c'est que le microscope se trompe.

M. Debout. M. Vidal vient de citer encore un fait pour appuyer la loi générale qu'il a émise, en vertu de laquelle une tumeur bornée à un seul testicule, et ayant les apparences malignes, est nécessairement un cancer. Ce n'est point par des raisonnements qu'on tranchera cette question, mais par des faits. Il en a observé récemment un contradictoire. Un homme de soixante-quatorze ans portait depuis quelques mois une tumeur du testicule, qui, vue par beaucoup de praticiens, et en particulier par M. Velpeau, avait été jugée cancéreuse. M. Debout employa l'iodure de potassium, et au bout de six semaines la guérison était complète.

Il y a de plus des cas incontestables de double sarcocèle cancéreux; ils ont été cités dans les *Bulletins* de la Société.

M. Verneuil. M. Vidal demande un nouvel examen microscopique, afin que la cellule soit découverte quand même, si cette cellule est une vérité. Or, cet examen n'a vraiment pas d'utilité dans la position où se place M. Vidal; car il sera impossible de le convaincre. En effet, MM. Godard et Robin n'ont trouvé que des tubercules et point de cancer. M. Vidal affirme, de son côté, que la tumeur est cancéreuse et récidivera en cancer. Si donc je ne trouve pas cette cellule de mon côté, c'est que le microscope se trompera; il n'a de chance d'obtenir créance que s'il donne raison à M. Vidal. Il est tout à fait impossible d'accepter un tel ultimatum.

Ankylose traumatique de la hanche à la suite d'une fracture du col du fémur par une balle qui s'est enclavée dans l'os. — M. Larrey présente une pièce anatomique donnée par lui au musée du Val-de-Grâce, et démontrant, plus qu'aucun autre peut-être, les ressources de la nature aidée d'un traitement méthodique pour la conservation du membre, dans les blessures graves de la partie supérieure de la cuisse par armes à feu.

Un soldat de l'armée d'Egypte avait été atteint, au siége de Saint-Jean-d'Acre par une balle qui pénétra dans la région antérieure de la hanche gauche, en fracturant le col du fémur à sa base.

Les signes caractéristiques de la lésion et les chances d'accidents à craindre par la présence et l'enclavement du projectile dans la profondeur de la plaie auraient justifié la désarticulation immédiate de la cuisse, si l'absence de toute hémorrhagie n'avait encouragé le chirurgien en chef de l'armée à temporiser en appliquant un appareil contentif, pour assujetir le membre dans l'extension. Le résultat dépassa son attente; nulle complication sérieuse ne survint, et le blessé, évacué sur le Caire, y acheva sa guérison en conservant la rectitude de sa jambe, sauf un peu de raccourcissement et une ankylose de la hanche. Il se retira ensuite en Belgique, où il vécut encore une trentaine d'années, et mourut à Bruxelles.

L'autopsie permit de conserver la pièce anatomique, dont M. Seutin fit hommage à Larrey père, et c'est ainsi qu'elle se trouve présentée aujourd'hui à la Société par M. Larrey fils.

Le fémur ayant conservé une direction et une rectitude parfaites, est complétement soudé à l'os iliaque par une sorte d'étui osseux, éburné qui immobilise l'articulation sans augmenter sensiblement le volume du col du fémur, et sans laisser d'autre trace de la fracture qu'un léger sillon oblique sur le col.

La balle enfin se trouve si fortement enclavée dans l'épaisseur du fémur, à la région antérieure des trochanters, que malgré sa surface inégale et saillante elle ne peut même être ébranlée sur place.

M. Cloquet a vu un lieutenant général qui, à la suite d'un coup de feu, avait une balle enclavée dans la partie supérieure du fémur. La santé était bonne ; le malade montait fort bien à cheval ; en somme, le projectile n'amenait pas grande gêne. M. Cloquet conseilla donc de n'en point tenter l'extraction.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société : Aristide Verneuil.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Après s'être réunis en séance extraordinaire les 25 novembre et 2 décembre, MM. les professeurs du Collége de France ont dressé ainsi qu'il suit la liste de présentation à la chaire de médecine vacante par suite du décès de M. Magendie : 1° M. Claude Bernard ; 2° M. Longet.

— La séance solennelle de rentrée des Facultés et de l'Ecole de pharmacie de Montpellier a eu lieu le 15 novembre avec le cérémonial accoutumé. Nous n'avons rien à dire de particulier sur cette séance, qui n'a différé des précédentes que par une allocution légèrement antivitaliste de notre recteur M. le docteur Donné. (*Revue thérap. du Midi.*)

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 142. — JEUDI 6 DÉCEMBRE 1855. (28e ANNÉE.) N° 142. — JEUDI 6 DÉCEMBRE 1855.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 Un an. . . 30

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 5 DÉCEMBRE 1855.

Séance de l'Académie de Médecine.

Il a été sursis à la suite de la discussion sur le séton, pour rentrer dans le courant des travaux officiels et des occupations habituelles de fin d'année. Cette séance a été consacrée tout entière à la lecture du rapport général annuel sur les eaux minérales. Il a été confié au zèle et au savoir de M. Guérard. Nous regrettons de n'avoir pu entendre que quelques passages de ce rapport, qui nous a paru fait avec un très grand soin.

L'événement de le séance a été la communication faite par M. Rostan à l'occasion de l'accident arrivé à M. le professeur Bérard.

A mardi prochain la séance publique annuelle. — Dr Brochin.

DES CAUSES DE L'HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE.

Il est un point de pathologie d'une grande importance, c'est l'étiologie des affections morbides. Les causes de l'hémorrhagie cérébrale, ou apoplexie sanguine, ont été recherchées avec soin par MM. Rochoux et Durand-Fardel; cependant, M. Moura-Boureuillon a su faire sur ce sujet une thèse fort intéressante.

Les causes qui concourent à produire l'apoplexie sanguine sont plus nombreuses et plus importantes à étudier que celles des autres hémorrhagies en général, et cela, à cause de la disposition toute spéciale du système vasculaire par rapport aux parties contenues dans le crâne et aux parois de cette cavité.

M. Boureuillon a réuni 108 cas d'hémorrhagie cérébrale qui lui ont servi à tirer les conséquences que nous allons exposer.

Il divise les causes de l'apoplexie en causes internes, ou inhérentes à notre organisation, et en causes externes, ou en dehors de nous.

Causes internes. — Ses relevés, d'accord avec ceux de M. Durand-Fardel, constatent que la maladie se montre principalement de cinquante à soixante-dix ans. C'est aussi dans cette période que se rencontrent surtout la congestion, le ramollissement du cerveau. On voit qu'il y a là une condition commune qui dépend sans doute de l'état physiologique qui appartient à la vieillesse et de quelques modifications anatomiques spéciales que M. Cruveilhier a signalées.

Suivant P. Franck, les individus atteints d'hémorrhagie cérébrale seraient en nombre égal dans les deux sexes. Cette assertion est infirmée par les faits. D'après MM. Durand-Fardel, Rilliet et Barthez et la statistique de M. Boureuillon, il n'est pas douteux que le sexe masculin soit de beaucoup plus prédisposé.

On regarde généralement comme prédisposées à l'apoplexie les personnes douées d'un embonpoint considérable, ayant le cou court, la tête développée, une forte constitution et le tempérament sanguin. M. Rochoux a cherché à prouver qu'aucun signe extérieur appréciable aux sens ne peut indiquer la prédisposition à l'apoplexie. L'auteur de la thèse n'accepte pas cette manière de voir. Par le relevé des faits, il montre que l'embonpoint et le tempérament sanguin se rencontrent réunis chez un grand nombre d'apoplectiques.

La plupart des observateurs ont été frappés de la coïncidence des hypertrophies du cœur avec l'apoplexie. Des faits recueillis par MM. Rostan, Andral, Hope, Durand-Fardel, constatent que plus d'un quart des hémorhagies intra-cérébrales s'accompagnent d'hypertrophie du cœur.

Certaines lésions organiques du système vasculaire du cerveau, comme l'ossification des artères, l'oblitération des sinus, ont été signalées comme causes fréquentes d'hémorrhagie cérébrale chez les sujets avancés en âge. M. Boureuillon pense que l'état calcaire peut disposer à la maladie; mais il ne le regarde pas comme une cause des plus puissantes.

L'hérédité peut encore être invoquée comme cause prédisposante; on la rencontre dans certaines familles. On a vu l'aptitude aux hémorrhagies se transmettre de génération en génération.

Enfin, au nombre des autres causes internes, l'auteur cite la grossesse, l'épilepsie; les maladies du tube digestif, de l'estomac, de l'appareil circulatoire, des organes de la génération; la goutte, les maladies organiques du cerveau, la pléthore; la suppression des règles, des exutoires, etc. Il fournit des exemples.

Passant aux *causes externes*, M. Boureuillon, en ajoutant les observations connues aux siennes, constate que l'hiver, puis l'été sont les saisons qui fournissent le plus d'apoplectiques. Les vicissitudes atmosphériques ont une grande influence sur la manifestation de la maladie; ainsi, la diminution de la pression atmosphérique, jointe à certains changements dans l'état électrique ou hygrométrique des lieux, ont pu produire des épidémies d'apoplexie.

Les professions ne prédisposent guère à la maladie; les gens sans profession sont aussi bien atteints que les autres. Ce que l'on remarque surtout, c'est que les excès de boisson, la plénitude de l'estomac, les chagrins ou les émotions morales sont les causes qui ont le plus d'influence sur la production de l'apoplexie. L'auteur cite un certain nombre d'observations.

Enfin, il termine sa thèse en énumérant les autres causes le plus généralement admises, celles qui ont pour résultat de porter le sang vers la tête ou d'en augmenter la quantité ou les propriétés nutritives.

Comme on le voit, l'étiologie des maladies les plus communes peut encore être l'objet de recherches pleines d'intérêt, tant il est vrai que l'on peut toujours glaner, même dans les champs les plus parcourus. — Dr Bourgeois.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. CHASSAIGNAC.

Effets remarquables de l'écrasement linéaire sur les parties mortes et sur les parties vivantes.

Quoiqu'il y ait des opérations qui, sans donner lieu à l'écoulement du sang, sont aussi dangereuses que les opérations sanglantes proprement dites, il n'en est pas moins vrai que le sentiment général des médecins, et plus encore celui des malades, attache à l'idée d'une opération faite sans effusion de sang, une bénignité relative toute particulière. Les malades acceptent cette idée avec beaucoup moins de répugnance, et c'est là le secret de la faveur extraordinaire qui accueillit la lithotritie alors qu'elle n'était faite encore qu'avec des appareils très imparfaits, et quoique dans cet état d'enfance elle ne valût certainement pas l'opération de la taille au degré de perfectionnement où celle-ci était arrivée.

Ce que la lithotritie a fait pour une seule espèce de maladie qui, en somme, ne s'observe qu'assez rarement, nous l'avons tenté pour un certain nombre de lésions chirurgicales.

Opérer la séparation des tissus vivants sans effusion de sang, tel est le caractère essentiel et le principal avantage de la méthode nouvelle.

Nous avons cherché à étudier le mécanisme de l'écrasement linéaire sur les parties mortes et sur les parties vivantes.

Dans l'un comme dans l'autre cas, ce mode d'action diffère à l'égard des différents tissus.

Dans les parties mortes, les phénomènes de circulation, de sensibilité sont nécessairement hors de cause. Il s'agit tout simplement d'examiner la manière dont l'appareil triomphe de la cohésion des parties sur lesquelles on l'applique.

L'écrasement appliqué aux tissus de la peau, trouve une résistance très grande. Il nous est arrivé plusieurs fois de séparer avec l'instrument toute l'épaisseur du prépuce chez l'adulte; mais si, au moyen d'une aiguille courbe passée à travers l'épaisseur d'un membre, du bras, par exemple, on essaye de diviser tout le faisceau compris dans l'anse de l'instrument, on rencontre une résistance inattendue, et l'on reconnaît bientôt que l'agent principal de cette résistance est le tissu cutané.

Dans les premières opérations que j'ai faites pour des bourrelets

DE L'ÉLÉMENT DIATHÈSE DANS LES MALADIES.

Discours d'ouverture, par M. le professeur FORGET (de Strasbourg).

Le mot diathèse est, comme le mot sympathie, une de ces expressions heureuses qui, comme le dit Bichat, servent de voile à notre ignorance. On se sert généralement de ce mot pour exprimer certaines prédispositions, plus ou moins occultes, à telle ou telle maladie. La diathèse, au point de vue classique, relève donc essentiellement de l'étiologie; mais, philosophiquement considérée, elle nous paraît devoir comporter une signification beaucoup plus large, car, indépendamment de ce qu'elle est synonyme de prédisposition, elle peut s'appliquer à une foule de circonstances distinctes de l'étiologie, telles que la nature, le siége, la symptomatologie, la marche et la durée, les terminaisons, les complications, le pronostic, et même la thérapeutique des maladies. C'est ce qu'il s'agit de démontrer.

Ainsi considérée, la diathèse ouvre un vaste champ aux considérations nosologiques, et peut servir à répandre quelque lumière sur certaines questions obscures, incomprises, et qui donnent lieu à d'interminables discussions, comme tous les problèmes dont les termes sont mal définis.

Étiologie. — Au point de vue de la pathogénie, la diathèse joue un rôle encore plus étendu qu'on ne le suppose généralement. En effet, elle entre comme élément nécessaire dans presque toutes les causes non traumatiques, et la preuve c'est que sous l'influence d'une cause quelconque, tel individu tombera malade, et tel autre résistera, comme cela s'observe en grand dans les épidémies. Donc, il faut de toute rigueur admettre chez l'un et chez l'autre des diathèses différentes.

A part cet aperçu général, sous lequel dès l'abord se présente la diathèse, il en est d'autres qui représentent la tendance propre de chaque individu à contracter telle ou telle maladie de préférence à telle autre. C'est là le point de vue classique, et c'est ici qu'à part les diathèses occultes, que rien ne décèle *à priori*, on fait jouer les éléments diathésiques appréciables, tels que les tempéraments sanguins, bilieux, lymphatiques, nerveux; les circonstances du régime; des habitudes, des maladies antécédentes, et cet autre élément mystérieux, l'idiosyncrasie, qui, dans ses rapports avec les maladies, est une véritable diathèse. Donc, la diathèse, si je puis dire, veille au seuil de l'économie, pour en permettre ou pour en défendre l'entrée à toutes les maladies.

Nature de la maladie. — Pourquoi, sous l'influence d'une cause déterminée, en l'absence de toute prédisposition patente, voit-on plusieurs individus contracter l'un telle maladie, l'autre telle affection de nature différente? Pourquoi, sous l'impression du froid, par exemple, verra-t-on se produire ici une phlegmasie, là un rhumatisme, plus loin une névralgie, ailleurs une hémorrhagie, un catarrhe, le scorbut, les scrofules, etc.? C'est la diathèse, encore la diathèse qui vient en aide à notre courte vue, et qui, tout en exprimant un fait, exprime en même temps notre profonde ignorance à l'endroit des procédés intimes de la genèse morbide. C'est à cette source obscure que les classiques ont puisé les diathèses les plus usuelles : inflammatoire, rhumatismale, névralgique, hémorrhagique, catarrhale, pseudo-membraneuse, purulente, scrofuleuse, tuberculeuse, cancéreuse, scorbutique, etc., etc. C'est aussi de ce mystérieux laboratoire que les vitalistes, les naturistes, les hippocratistes tirent le plus volontiers leurs arguments en faveur de la généralité et de l'unité primordiales des maladies. Nous verrons ce que peuvent valoir ces arguments.

Siége. — Le siége particulier des diverses maladies locales ou localisées est une autre circonstance diathésique à laquelle on pense rarement, et qui pourtant n'est ni moins réelle ni moins singulière que les autres. Ainsi, sous l'influence d'une cause donnée, nous avons vu naître ici une inflammation, là un rhumatisme, une névralgie, une hémorrhagie, etc. Mais d'où vient encore que chez les individus atteints de la même affection, celle-ci affectera chez l'un la tête, chez l'autre la poitrine, chez un troisième l'abdomen, etc., et dans chacune de ces cavités tel organe ou tel tissu plutôt que tel autre? Le peuple interprète ce fait par la faiblesse relative de cet organe, les médecins l'expliquent par l'irritabilité ou l'impressionnabilité. Pures hypothèses que notre besoin d'expliquer substitue à une autre hypothèse, qui, elle, du moins, a le mérite de constater le fait, sans prétendre expliquer ce qui le plus souvent est inexplicable : c'est la diathèse.

Symptomatologie. — Pourquoi, dans une maladie déterminée, tel sujet offre-t-il des symptômes que d'autres sujets ne présentent pas? Pourquoi, dans l'entérite folliculeuse, par exemple, y a-t-il fièvre ou non, état typhoïde ou non, douleur abdominale, diarrhée ou non, etc.? Ce n'est pas toujours, tant s'en faut, la gravité de la lésion locale qui explique l'apparition ou même la gravité des symptômes additionnels. Donc c'est encore la diathèse qu'il nous faut invoquer ici. Cet aperçu, pour le dire en passant, est un de ceux qui militent le plus victorieusement en faveur de la doctrine des éléments morbides, puisqu'il est vrai de dire que les éléments accessoires ne dérivent pas toujours directement de l'élément principal, et ne sont pas toujours en rapport d'intensité avec lui. Mais il ne faudrait pas abuser, comme on l'a fait,

hémorrhoïdaux complétement circulaires, et dont le pédicule était entouré par une couche du derme, j'ai trouvé une résistance telle, que pour ne point m'exposer à briser l'instrument, je dus recourir dans ce cas à la destruction par le fer rouge de tout le bourrelet étranglé par l'anneau de l'écraseur.

Les membranes muqueuses n'opposent aucune résistance sérieuse à l'action de l'instrument.

L'écrasement linéaire ayant surtout pour objet de diviser les tissus vivants sans effusion de sang, il nous importait beaucoup de connaître son mode d'action spécial sur le tissu artériel. Voici une expérience que nous avons plusieurs fois répétée :

Si l'on détache une carotide d'homme sur un sujet avancé en âge ou bien la carotide d'un bœuf (car pour donner au résultat expérimental toute son évidence il faut que les parois du vaisseau aient une certaine épaisseur), et si on la soumet à l'action de l'écraseur jusqu'à section complète de l'artère, voici ce qu'on observe : les deux tuniques internes, divisées les premières, sont plissées et refoulées de manière à former déjà une espèce de tampon qui bouche la lumière du vaisseau. D'une autre part, la tunique celluleuse, adossée à elle-même, s'effile en quelque sorte avant de se détacher complétement, et agglutine tellement ses propres parois l'une à l'autre, qu'il y a là un second mode d'oblitération ou de fermeture du vaisseau.

Pour que l'expérience réussisse, il faut que l'action de l'écraseur s'exerce avec une certaine lenteur et d'une manière tout à fait graduelle. Si après l'écrasement artériel ainsi opéré, on introduit un tube dans l'intérieur de l'artère, et si l'on souffle avec force, comme pour déboucher l'extrémité sur laquelle a été appliqué l'instrument, on éprouve une résistance qui montre jusqu'à quel point a été portée l'occlusion du vaisseau. Dans le plus grand nombre des cas, il est impossible à un adulte vigoureux, et quels que soient les efforts d'insufflation qu'il fasse, de vaincre la résistance opposée par cette adhésion toute mécanique et qui n'est secondée par aucun acte propre de la vitalité des tissus.

D'une manière générale, on peut dire que l'écrasement linéaire, au lieu d'ouvrir les vaisseaux, comme l'instrument tranchant, de manière à être obligé de les fermer ensuite par des ligatures ou par tout autre moyen, commence par clore hermétiquement et solidement les vaisseaux avant de les séparer en deux tronçons.

Le vendredi 20 octobre 1854, j'ai fait à l'hôpital Lariboisière, avec MM. Parisot, Luys et André, des expériences sur la section des artères au moyen de l'écrasement linéaire.

Ces expériences nous ont prouvé que, quand on agit sur des artères qui ne sont pas très volumineuses, elles se coupent mal avec ces instruments. De plus, la tunique externe est tellement élastique qu'après l'écrasement des tuniques internes elle s'étire dans la canule de l'écraseur, de telle sorte qu'on peut épuiser la course des crémaillères sans que la tunique celluleuse soit encore divisée.

Ces faits tendent à prouver que l'écraseur ne pourrait remplacer l'action de la ligature pour des artères isolées ; tandis que, lorsqu'il agit sur des tissus en masse, il remplace parfaitement l'action de la ligature.

Le 22 octobre 1854, les artères carotides ont été détachées sur le cadavre d'un vieillard, dans le même hôpital et devant les mêmes personnes, et nous avons fait l'expérience suivante :

A l'une des extrémités du tube artériel, on place une canule à insufflation ; on fixe au moyen d'une ligature l'artère sur la canule, après quoi on pratique l'insufflation pour s'assurer que l'artère est bien perméable.

Le vaisseau est alors engagé dans la chaîne de l'écraseur qu'on met en mouvement et il se divise complétement. Immédiatement après, on insuffle fortement la carotide sans pouvoir rompre l'obstacle qui résulte de l'accolement de la tunique celluleuse à elle-même et du tampon formé par les deux tuniques internes.

Il est indispensable pour la réussite de ce genre d'expérience que les artères soient fraîchement retirées du cadavre et que la celluleuse n'ait pas eu le temps de se dessécher.

Pour les veines et pour les tissus érectiles, le mécanisme ne saurait être identique, mais l'occlusion mécanique du vaisseau est pour le moins aussi forte.

Les tendons, même les plus volumineux, peuvent être divisés par les écraseurs d'une grande force ; encore est-il nécessaire que la chaîne soit un peu biseautée du côté qui exerce la pression. Dans des expériences que nous avons faites avec des chaînes tout à fait plates, il nous est arrivé quelquefois de reconnaître que le tissu ne pouvait pas être coupé.

Voulant nous rendre compte de cette résistance extraordinaire, nous avons avec le bistouri divisé au ras de l'anneau formé par la chaîne métallique la substance du tendon, et, répétant la même manœuvre sur les deux côtés, nous avons obtenu un disque mince constitué par un tissu tellement condensé que c'est à peine s'il pouvait être entamé par la pointe du bistouri ou même par une aiguille. Ces expériences indiquent une limite dans la puissance d'action des appareils à écrasement. Elles prouvent que si, dans le but d'augmenter la force de ces appareils, on employait des chaînes d'une certaine épaisseur, quelques tissus subiraient la condensation et résisteraient par le seul fait de l'impénétrabilité de la matière à des puissances incalculables.

C'est pour des circonstances semblables que nous avons songé un instant à combiner le mécanisme de la percussion avec celui de la pression dans les appareils à écrasement ; mais la chose est restée à l'état de projet, et nous croyons qu'une insistance poussée trop loin et le désir de reculer les limites d'application de l'écrasement auraient pour résultat de dénaturer ce mode précieux d'action chirurgicale et de lui faire perdre plus d'avantages qu'on ne lui ferait gagner de puissance.

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. Gosset.

Pleurésie aiguë avec épanchement considérable. Thoracentèse.

Si l'opération de l'empyème remonte à l'origine de notre art, il faut reconnaître que la thoracentèse appliquée à la pleurésie aiguë est une conquête de la thérapeutique moderne. Elle peut être regardée comme le couronnement logique, la conséquence immédiatement pratique de la révolution accomplie dans la science par l'esprit exact et localisateur des Avenbrugger, des Corvisart, des Laennec. Sans faire table rase des dyscrasies humorales, des diathèses, des causes morbides générales, ces médecins éminents nous ont appris à tenir compte des lésions locales et à traiter directement chaque organe en particulier, aidant ainsi plus efficacement à la puissance médicatrice de la nature. L'épanchement séreux qui accompagne la phlegmasie aiguë de la plèvre ressemble assez à celui que produit l'inflammation de la tunique vaginale pour que la ponction, si utile et si usitée dans celui-ci, le soit également dans celui-là. Le tout était de diagnostiquer avec certitude et précision. De ce diagnostic à la thoracentèse il n'y avait qu'un pas.

Ce pas hardi peut-être fut franchi, dit-on, pour la première fois par Skoda. Depuis douze ou quinze ans, M. le professeur Trousseau s'est efforcé de vulgariser en France la pratique de la thoracentèse dans les épanchements aigus de la plèvre. MM. Hamilton Roë, Hughes, Cock et autres médecins de la Grande-Bretagne ont publié nombre de succès obtenus au moyen de cette opération.

Néanmoins, l'enseignement et l'exemple de ces médecins n'entraînèrent point la majorité des praticiens dans la voie nouvelle. La routine appuyée sur la tradition est un adversaire qui fait longue résistance aux meilleures innovations. Elles doivent donc s'attendre à disputer longtemps le terrain avant de lui faire lâcher pied.

Est-ce à dire que la thoracentèse doive être la règle dans le traitement de la pleurésie aiguë ? Assurément non. Mais nous soutenons que dans certains épanchements pleurétiques aigus cette opération, trop gratuitement réputée dangereuse, est parfois d'une utilité sans égale. A ce témoignage déjà proclamé par les observations recueillies aux cliniques hospitalières, nous avons cru qu'il ne serait pas sans intérêt de joindre celui du fait suivant, lequel, pour appartenir à la pratique civile, n'en a pas moins sa valeur et son enseignement.

Obs. — Le 23 juillet 1855, M. L..., faubourg Poissonnière, n° 4, cinquante ans, bonne santé habituelle, descend tout en sueur dans sa cave pour mettre de la bière en bouteilles. Bientôt il éprouve une profonde sensation de refroidissement. Il lutte pendant une heure ; mais vaincu par un violent frisson, il est contraint de remonter chez lui pour se mettre au lit. On lui fait boire de la tisane chaude ; il se réchauffe, puis transpire.

Le lendemain, il ressent plusieurs points douloureux çà et là dans le côté gauche de la poitrine. La fièvre se déclare avec de la toux, de l'oppression et des malaises généraux. Traitant sa maladie de simple rhume, il se lève et vaque à ses affaires. Le mal empirant, M. L... se purge, puis se fait transpirer, puis enfin, d'après le conseil d'un médecin, se fait poser quinze sangsues sur la poitrine.

C'est ainsi qu'après douze jours d'une médication peu régulière, il vient me consulter le 4 août dernier.

La fatigue et l'anxiété sont peintes sur ses traits : essoufflement par la moindre marche, dyspnée, dilatation inégale des deux côtés du thorax pendant les fortes inspirations, points de côté à gauche, toux sèche et fréquente, crachats blancs et mousseux, insomnie, pouls à 90, peau froide et humide malgré la grande chaleur de la saison, prostration des forces, inappétence, langue sale, selles diarrhéiques ; le décubitus ne peut être conservé sur le côté droit.

La percussion rend un son très mat en avant, en arrière et latéralement dans les deux tiers inférieurs de la cage thoracique à gauche. Les espaces intercostaux sont effacés ; le cœur est dévié à droite ; le côté gauche du thorax ne vibre plus sous la main quand le malade parle à haute voix.

A l'auscultation, absence complète du bruit respiratoire au même niveau et dans la même étendue que la matité ; pas de souffle, ni pectoriloquie ni râles. Du côté sain, la respiration est très sonore en avant, et mêlée de râles sous-crépitants en arrière.

Notre diagnostic fut : *épanchement pleurétique abondant dans la plèvre gauche, avec fièvre, remontant à une dizaine de jours, et augmentant journellement.* Je proposai au malade de lui pratiquer la ponction thoracique ; il accepta.

Le malade étant assis sur son séant, je tirai légèrement la peau par en haut. Vers le milieu du neuvième espace intercostal, je pratiquai une petite incision à travers laquelle, d'un coup sec, je poussai le trocart garni de baudruche à son pavillon. Il sortit aussitôt par la canule un liquide jaune citrin, limpide. Nous en recueillîmes deux litres. Le trocart retiré, on couvrit la petite plaie d'un morceau de sparadrap.

Avant l'opération, le pouls marquait 90 ; tout bruit respiratoire avait cessé dans les deux tiers inférieurs du côté gauche de la poitrine ; la matité était profonde et absolue. Aussitôt après la thoracentèse, le pouls tomba à 80 ; le murmure respiratoire put être perçu, à la base de la poitrine, mêlé de râles muqueux et sous-crépitants ; la matité diminua sensiblement ; la respiration fut bien plus libre. On entendait en quelque sorte le déplissement des cellules pulmonaires, jusque-là comprimées. — Julep diacodé ; tilleul nitré ; calomel et digitale, un paquet de trois en trois heures.

Le lendemain 6, pouls à 76 ; respiration libre ; quelques râles sous-crépitants, matité relative. — 30 grammes d'huile de ricin ; tilleu nitré. Un potage.

Le 7, respiration tout à fait libre, toux pendant la nuit, expectoration difficile. — Potion kermès, 0,25 ; vésicatoire volant. Trois potages.

Le 8, amélioration notable ; pas de fièvre. — Même potion ; trois potages ; un œuf.

Le 9, une côtelette ; deux potages ; eau vineuse.

Le 10, l'amélioration locale et générale se soutiennent. — Même potion.

---

de ces considérations déduites de l'observation pure ; et démembrer la maladie au point d'en détruire complétement l'individualité ; car s'il est vrai que les éléments conjoints peuvent, dans certains cas, manifester une existence isolée, ils n'en sont pas moins dépendants, à l'origine, de l'élément primordial, sans lequel ils ne se seraient pas produits. Ce serait tomber dans l'excès contraire à celui qui consiste à ne voir jamais que l'unité compacte, indissoluble, dans l'appareil phénoménal si varié, si mobile, des maladies de même nom.

De là ces deux principes si féconds en thérapeutique :

1° D'attaquer la maladie dans celui de ses éléments d'où dérivent les autres, et dont la destruction peut faire disparaître les autres ;

2° D'attaquer les éléments accessoires par des moyens qui ne puissent pas agir défavorablement sur l'élément principal.

Marche, durée. — Pourquoi telle affection parcourt-elle plus rapidement ou plus lentement ses périodes chez un sujet que chez un autre? Si la réponse à cette question se rencontre assez souvent dans les circonstances palpables du fait, telles que l'âge, la constitution, les lésions matérielles, les circonstances extérieures, les médications employées, etc., il n'en est pas moins vrai que, tout paraissant égal d'ailleurs, la même maladie accomplit fréquemment ses évolutions d'une manière toute différente, et que la diathèse individuelle seule peut donner, sinon l'explication, au moins le motif de ce phénomène.

Terminaisons. — Mêmes considérations à l'égard des diverses solutions de la même maladie. Souvent une affection grave en apparence marche rapidement vers une terminaison heureuse, en dépit même des circonstances les moins favorables ; et, non moins souvent encore, une affection légère au début s'aggrave imperturbablement jusqu'à la mort, en dépit des procédés thérapeutiques les mieux combinés. Ces caprices imprévus de la diathèse sont précisément ce qui entretient l'obscurité, fomente le scepticisme ou engendre l'engouement à l'égard de ces remèdes si nombreux et si éphémères que chaque jour voit naître et mourir. C'est la diathèse qui est en quelque sorte la providence des médicastres et le fléau des bons praticiens. C'est elle qui justifie ces défiances, ces procédés d'investigation sévère qui doivent présider à l'expérimentation thérapeutique. C'est elle qui consacre la nécessité, l'excellence de la statistique, et la puissance des nombres associée à l'exactitude des observations. C'est elle, enfin, qui inspirait l'illustre Paré lorsqu'il disait : « Je le pansay, Dieu le guarit, » devise qui est aussi celle du médecin.

Complications. — Pourquoi chez tel sujet voit-on naître fatalement en quelque sorte une interminable série de complications, tandis que chez tel autre le mal reste borné à ses proportions premières? Certes, il est des cas où les complications sont le produit naturel de l'enchaînement physiologique des organes : ainsi le rétrécissement valvulaire entraîne l'anévrisme du cœur et l'hydropisie ; le catarrhe chronique produit l'emphysème, etc. ; et encore est-il des cas où contre nos prévisions ces conséquences ne se produisent pas. Mais pourquoi ces inflammations successives, ces collections purulentes ou séreuses se multipliant indéfiniment sans cause appréciable? Pourquoi ces pneumonies, ces pleurésies, ces diphthérites ultimes, qui chez tant de malheureux font incessamment varier le pronostic et les harcèlent jusqu'à la mort? C'est encore à cette inconnue, à la diathèse qu'on est forcé de recourir.

Pronostic. — Lorsqu'un praticien sage se hasarde à prédire la marche, la durée et surtout l'issue d'une maladie, ce ne peut être qu'en faisant réserve des futurs contingents d'abord, c'est-à-dire des circonstances accidentelles où pourra se trouver placée la maladie ; puis en faisant encore cette autre réserve, non moins réelle et non moins aléatoire, de la diathèse occulte, c'est-à-dire des éléments constitutionnels inconnus qui peuvent exister chez le sujet. Hippocrate, dont on vante l'admirable pénétration en matière de pronostic, Hippocrate, qui avait si profondément étudié l'évolution naturelle des maladies, Hippocrate a cependant proclamé cette sentence, à savoir : que dans les maladies aiguës l'avenir, c'est-à-dire le pronostic, est toujours incertain. Ce qui, pour le dire en passant, prouve assez bien que les pronostics avaient moins de certitude qu'on ne le pense, moins de certitude même, quo qu'on en dise, que nos pronostics d'aujourd'hui ; car, d'une part, nous ne désespérons plus à l'aspect de certains signes par lui proclamés comme néfastes, et, d'autre part, nous pronostiquons presque à coup sûr un résultat funeste dans certains cas de lésions organiques, lesquelles étaient lettre close pour l'antiquité. Quoi qu'il en soit, Hippocrate, lui aussi, faisait probablement réserve de ce que nous appelons la diathèse, et il en était de même pour l'illustre Barthez lorsqu'il recommandait de *soigner le pronostic*, c'est-à-dire qu'il engageait les observateurs à ne pas trop se fier aux apparences et à se mettre en règle à l'endroit des éventualités imprévues, à savoir : de la diathèse.

Thérapeutique. — Il nous reste à étudier une des faces de la diathèse que les modernes entrevoient à peine, habitués qu'ils sont à reléguer celle-ci dans l'étiologie. Et cependant c'en est là le côté le plus important, le plus actuel, car il s'agit de ce qui touche au vif de l'humanité, au cœur même de la science et de l'art, dont la thérapeutique est à la fois le principe et la fin. Tâchons donc de procéder à cette partie de notre thème avec la maturité que nécessite un si grave sujet,

Le 12 et jours suivants, la guérison se confirme. Le malade va à la campagne, et revient en bonne santé le 1er septembre.

Réflexions. — Il y a dans la pleurésie deux époques bien distinctes. Dans la première, l'inflammation de la plèvre est simple, avec frisson, fièvre, douleurs au côté, réaction générale : c'est la période d'invasion ou de début. Dans la seconde, la maladie est confirmée ; elle offre des résultats, et le résultat le plus grave est l'accumulation plus ou moins considérable de sérosité dans la cavité pleurale. Ces deux époques diffèrent totalement sous le rapport des symptômes, du diagnostic, du pronostic et des moyens de traitement. Le médecin assiste-t-il au début de l'affection, il est en son pouvoir de la maîtriser en quelque sorte à son gré. La saignée, les sangsues, les ventouses, les révulsifs internes et externes, la médication perturbatrice, en un mot, tous les agents modificateurs dont il dispose peuvent juguler la phlogose naissante ou en amortir assez l'intensité pour limiter, sinon tarir, la sécrétion séreuse de la plèvre.

Mais si le médecin n'est consulté que lorsque l'épanchement a pris un grand développement, comme dans le cas actuel; si tous les phénomènes réactionnels et fonctionnels sont sous la dépendance de cet épanchement ; si lui seul domine la scène morbide, n'est-ce pas manifestement lui, lui seul qu'il convient de battre en brèche tout d'abord? Une fois qu'on en sera maître, le reste se rendra de lui-même. Mais par quels moyens? Est-ce par les vésicatoires, les diurétiques, les altérants, les sudorifiques, les révulsifs, les purgatifs, etc.? Sans doute cet arsenal d'une thérapeutique bien ordonnée est imposant, puissant même. Ces moyens sont précieux pour se fortifier dans la place, quand on y est une fois entré. Mais, pour y entrer, quoi de plus expéditif que la ponction qui évacue en un instant tout le produit pathologique et restitue aux organes lésés une liberté de fonction après laquelle ils soupiraient? La plèvre vidée, les cellules pulmonaires se déplissent à l'accès de l'air qui les pénètre, la respiration reprend de l'ampleur, le thorax se soulève et s'abaisse avec aisance, le cœur dévié revient à sa place, les vaisseaux comprimés se dilatent au retour de la circulation, le pouls retrouve en force ce qu'il perd en fréquence, une douce moiteur humecte la peau, un bien-être général se fait sentir dans tout l'organisme.

La place est prise. C'est alors qu'en thérapeutiste habile et prévoyant il s'agit de la garantir contre le retour prévu et redouté d'un nouvel épanchement. Mais alors les moyens adjuvants dont nous venons de parler seront d'une énergie d'autant plus efficace qu'ils s'attaqueront à un ennemi déjà en déroute.

Chez notre malade, supposons que la ponction n'ait pas eu lieu. La sérosité claire et citrine qui remplissait sa plèvre se fût changée au bout de deux ou trois mois en pus véritable, pareil à celui d'un phlegmon; la cachexie purulente eût amené la fièvre hectique, une émaciation lente et à coup sûr fatale. Peut-être le pus se fût-il creusé une issue à travers les parois thoraciques ou les bronches, ce qui n'eût pas amélioré le pronostic. Au lieu d'une thoracentèse sans gravité, nous aurions eu affaire à un empyème purulent, opération toujours sérieuse dans ses conséquences.

Concluons que la ponction thoracique, pratiquée avec discernement dans les vastes épanchements aigus de la plèvre, est un de ces moyens hardis, mais heureux, dont la thérapeutique devra tirer, à l'occasion, le parti le plus avantageux.

NOTE SUR L'INFLUENCE DE LA MAUVAISE DENTURE sur la production de la gastralgie.

Par M. le Dr A. Raciborski.

(A l'occasion des leçons de M. le professeur Piorry sur cette affection.)

Si chaque praticien prenait soin de publier les faits les plus remarquables de sa clientèle, ceux surtout qui semblent s'écarter le plus des cas ordinaires d'après lesquels nous avons l'habitude de nous régler dans notre diagnostic, le pronostic ou le traitement, ce serait vraiment une excellente chose, et la science ne manquerait pas d'en profiter. Plus d'une fois, il arrive qu'on est frappé par la singularité d'un fait; mais, par cette raison même qu'il s'éloigne des modèles classiques, on est disposé à se méfier de soi-même, et, plutôt que d'en tenir compte, on aime mieux croire qu'on n'avait pas apporté assez d'attention dans son examen, et qu'on s'était trompé dans son appréciation. Un des grands services de la presse médicale consiste précisément à nous donner l'occasion d'enregistrer tous les faits de ce genre. C'est pour cette raison que nous avons voulu fixer dans cette note l'attention des lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux* sur un fait qui, lors même qu'il ne serait pas nouveau, ne peut pas manquer d'offrir de l'intérêt aux praticiens. Si le résultat de notre observation personnelle se trouve confirmé par l'expérience de quelques autres de nos honorables confrères, il pourra devenir la source d'excellentes indications thérapeutiques, et servir à soulager et même à faire disparaître des souffrances d'estomac souvent rebelles. Voici ce fait :

Il y a une dizaine d'années, nous avons donné nos soins à un monsieur âgé de quarante ans, affecté de douleurs gastralgiques qui le tourmentaient sans cesse, surtout après les repas. Bien des moyens avaient été déjà mis en usage; nous-même nous avions déjà prescrit du sous-nitrate de bismuth, des préparations et des eaux minérales alcalines, des vésicatoires volants sur l'épigastre, etc., et tout cela sans aucun résultat satisfaisant.

Le malade s'alarmait tous les jours davantage de son état, et craignait déjà d'être atteint d'une affection organique de l'estomac, lorsque pour la première fois nous avons fixé notre attention sur le mauvais état de sa denture, tout à fait disproportionnée avec son âge. En effet, de toutes ses dents, il n'en avait conservé que cinq ou six, et il nous a avoué qu'il éprouvait beaucoup de peine pour mâcher ses aliments.

Cet aveu a été pour nous un véritable trait de lumière. Plusieurs fois déjà nous avons remarqué que des personnes qui ont l'habitude d'avaler vite les aliments sans les mâcher suffisamment éprouvent souvent des douleurs gastralgiques. D'un autre côté, nous avons remarqué également que les hommes qui ont l'habitude de fumer immédiatement après leurs repas et qui crachent en même temps abondamment sont aussi souvent sujets aux mêmes souffrances. Les fonctions de l'estomac semblent avoir besoin pour leur intégrité d'une dose suffisante de cet alcali naturel que l'art s'épuise souvent en vain de suppléer par des préparations ou les eaux minérales alcalines. Il nous a semblé qu'un homme dans la force de l'âge, étant privé des dents, pouvait être forcément amené au même résultat par l'impossibilité où il se trouve de broyer convenablement les aliments et de les imprégner d'une quantité nécessaire de salive.

Après avoir cherché à faire comprendre nos raisons à notre malade, nous lui avons conseillé de ne pas hésiter à se faire poser un râtelier, et il suivit ce conseil avec empressement.

A partir de ce moment, les souffrances de l'estomac avaient complétement disparu.

Depuis cette époque, nous avons eu l'occasion d'observer un autre fait semblable, qui a eu le même dénoûment. Cette double occasion de constater des rapports entre deux phénomènes absolument identiques, nous a semblé suffisante pour nous autoriser à considérer une *denture mauvaise et disproportionnée avec l'âge* comme une des causes de la gastralgie. Nous n'oserions pas affirmer que cette cause n'ait jamais attiré l'attention de quelque auteur; cependant, ce qui nous ferait supposer que nous avons le droit de revendiquer la priorité, c'est que M. le professeur Piorry, dont tout le monde connaît l'immense érudition, la passe tout à fait sous silence. Ce qu'il y a de certain, c'est que dans les leçons sur les gastropathies, publiées par la *Gazette des Hôpitaux* et dans lesquelles l'habile professeur semble pousser jusqu'à ses dernières limites l'esprit d'analyse qui le distingue, on ne trouve pas la moindre allusion à la cause que nous signalons.

MOYEN PROPRE à prévenir le développement des maladies des ouvriers qui se livrent à la fabrication des allumettes chimiques.

Par M. Faraday.

On connaît depuis plusieurs années l'influence funeste exercée par la manipulation du phosphore nécessaire à la fabrication des allumettes chimiques sur la santé des ouvriers qui les préparent. MM. Th. Roussel, Pasquier (de Lyon), et, en Allemagne surtout, MM. Bibra et Geist, ont éclairé par de nombreux travaux la cause et le mécanisme du développement des névroses des os maxillaires. Sans entrer ici de nouveau dans la discussion soulevée par notre savant compatriote lyonnais, nous devons dire qu'aujourd'hui on admet généralement que les vapeurs phosphorées sont la cause immédiate de ces affections des os. Le célèbre physicien et chimiste, M. Faraday, dans ses leçons au Royal-Institution de Londres, a fait connaître un moyen qui éviterait aux ouvriers ces dangereuses émanations. On sait que, parmi les corps simples, il en est plusieurs qui peuvent affecter diverses formes et jouir alors de propriétés très différentes; tels sont, par exemple, l'oxygène, le soufre et le phosphore.

Ce dernier corps simple est, en général, incolore, presque transparent; c'est le phosphore employé dans les arts, celui dont les vapeurs affectent si dangereusement les os maxillaires. L'autre forme sous laquelle on le possède est le phosphore d'un rouge foncé, qui exige pour s'enflammer un frottement assez intense, et surtout qui n'est pas toxique. On pourrait, suivant M. Faraday, substituer avec avantage cette forme de phosphore à celui qu'on emploie en général. Nous ajouterons que, grâce aux recherches de nos deux savants confrères MM. Geist et Bibra, il semble que les moyens prophylactiques conseillés par ces deux auteurs ont réussi à éteindre la maladie.

Dans son dernier *Mémoire sur la régénération du maxillaire inférieur*, M. Geist nous annonçait que depuis plusieurs années, et depuis l'application des moyens prophylactiques employés en Bavière et indiqués par lui, aucun nouveau cas de nécrose des os maxillaires par le phosphore n'avait été observé. En France, nous sommes malheureusement moins heureux qu'en Allemagne, et nos hôpitaux contiennent toujours des cas de cette nécrose des maxillaires. (*Gaz. hebd.*)

CORPS ÉTRANGER DANS L'OESOPHAGE, causant la mort par ulcération de l'aorte et hémorrhagie mortelle.

Par M. William Colles.

Un homme âgé de cinquante-six ans, entre, le 30 mars 1855, à l'hôpital de Steeven. La veille du jour de l'admission à l'hôpital, le malade avait, pendant la déglutition d'un aliment, perçu la sensation d'une déchirure dans la poitrine. Cette douleur augmentait beaucoup pendant la déglutition. Presque immédiatement après il commença à cracher du sang, d'abord noir, puis rutilant, en grande quantité.

Le lendemain de l'accident, à midi, le malade était dans l'état suivant : la peau était pâle, le pouls offrait les caractères qu'il présente habituellement dans les hémorrhagies. Presque immédiatement après son entrée à l'hôpital, le malade vomit un os d'un pouce de long environ, irrégulier et à bords tranchants.

Les vomissements sanguinolents diminuèrent graduellement jusqu'à neuf heures du même jour, c'est-à-dire jusqu'à la mort.

Ouverture du cadavre. — Les deux plèvres contenaient environ 200 grammes d'une sérosité rougeâtre, le péricarde 60 grammes du même liquide. Le médiastin postérieur était rempli de caillots sanguins. La paroi postérieure de l'œsophage était le siége d'une déchirure verticale d'un demi-pouce environ de long, et corres-

---

Il est un fait qui domine toute la question, c'est celui qui, du consentement universel, consiste dans l'impressionnabilité si variée et quelquefois même entièrement opposée des divers sujets sous l'action des divers modificateurs de l'économie : il est des individus que l'opium tient éveillés et d'autres que le café fait dormir. Ce grand fait démontre à lui seul la réalité et l'importance de la diathèse thérapeutique.

En vertu de ce fait, toutes nos classifications thérapeutiques, basées, comme elles doivent l'être, sur la pharmacodynamie, c'est-à-dire sur l'effet primitif ou physiologique et sur l'effet secondaire ou curatif des médicaments, ne sont et ne peuvent être que des déceptions, eu égard au moins à l'infaillibilité que ces classifications doivent et prétendent faire supposer. Tout ce qu'elles expriment, tout ce qu'elles peuvent exprimer, ces classifications, c'est l'effet général, ordinaire; c'est la prédominance numérique des cas où le résultat espéré se produit en effet. C'est tout ce que l'on peut exiger d'elles. Cette considération est une de celles qui frappent de fausseté le fameux aphorisme : *Naturam morborum ostendunt curationes*, lequel compte sans la diathèse.

Ce grand fait de l'infidélité des remèdes paraît être ignoré ou du moins oublié de la plupart des inventeurs de remèdes prétendus nouveaux, à en juger par l'absolutisme de leurs conclusions. Les investigateurs plus instruits ou plus sincères ne méconnaissent pas le principe, et s'efforcent d'éclairer les praticiens en spécifiant les cas où tel remède réussit, en signalant les circonstances qui le font échouer, bref, en rationnalisant la pratique à l'aide de l'analyse clinique. Mais, quelle que soit leur sagacité, toujours il reste des cas réfractaires où la raison suffisante des insuccès demeure profondément ignorée, et ce sont ces cas-là qui relèvent de la diathèse.

Ce qui fait le mieux ressortir notre insuffisance, c'est précisément cette multiplicité, cette variabilité quotidienne des remèdes adressés aux maladies les mieux connues en apparence ; multiplicité que notre vanité décore du nom de richesse, et que nous ferions mieux d'appeler impuissance. Au demeurant, cette fertilité peut dans certains cas être utile, en offrant les moyens de tâter, comme on dit, les susceptibilités individuelles, et des chances de rencontrer le réactif ou l'antidote de la diathèse personnelle.

Croirait-on qu'en dépit de cette variabilité flagrante des effets thérapeutiques, on a osé bâtir sur ces derniers de grandes doctrines pathologiques et thérapeutiques? Ainsi, de ce que les antiphlogistiques directs ne guérissent pas toujours l'inflammation, on en a conclu bravement que l'inflammation n'existe pas ; de ce que les stimulants directs guérissent assez souvent les maladies inflammatoires, on a érigé ces stimulants en hyposthénisants : Rasori a vaincu Broussais.

Nous voyons tous les jours que, sous prétexte qu'un remède rationnel ne réussit pas toujours ou bien échoue contre la violence du mal, on se croit autorisé à proscrire brutalement ce remède en faveur d'un autre qui ne réussit pas mieux : témoin les purgatifs substitués aux tempérants dans le traitement de l'entérite folliculeuse, les vomitifs substitués à l'opium dans le traitement de la dyssenterie et du choléra, etc. Eh bien ! ces déplorables aberrations ne se produiraient pas ou deviendraient plus rares, si dans l'éducation thérapeutique de la génération médicale actuelle on faisait entrer la notion ou l'appréciation de l'élément diathèse; si l'on inculquait aux néophytes ce grand principe de science et de conscience, à savoir : que les médications rationnelles, sanctionnées par le temps et l'expérience, consenties par la généralité des praticiens sages, doivent être appliquées les premières, réservant les autres pour les cas réfractaires où des circonstances particulières, y compris la diathèse, obligent à recourir aux moyens exceptionnels. En proclamant cette loi du bon sens, nous nous montrons moins radical qu'Hippocrate lui-même, lequel a dit qu'il faut insister sur les mêmes moyens tant que l'indication reste la même..... prescription trop absolue, parce qu'elle oublie, elle aussi, de compter avec la diathèse.

Que si nous voulions cumuler toutes les preuves en faveur des idées que nous exposons ici, nous n'aurions qu'à prendre un à un les milliers de remèdes enregistrés dans nos pharmacopées ; nous verrions, à l'occasion de chacun d'eux, sans exception, en y comprenant même les spécifiques les mieux avérés, le quinquina, le mercure, nous verrions, dis-je, se produire cette grande loi de l'infidélité, et surgir, comme interprétation, cette autre grande loi de la diathèse. Nous aimons mieux emprunter quelques exemples au cadre nosologique, en choisissant les affections les plus vulgaires, réputées les plus simples et dont les méthodes curatives sont le mieux connues.

La saignée et le tartre stibié ne suffisent pas toujours à la guérison de la pneumonie; mais la règle l'emporte de beaucoup sur l'exception. Cependant on voit, aujourd'hui même, des expérimentateurs s'ingénier à substituer au traitement classique des remèdes étranges, tels que le chloroforme, la vératrine, que sais-je? jusqu'à l'expectation pure et simple dont de robustes consciences n'ont pas craint d'assumer la responsabilité.

(*La suite à un prochain numéro.*)

pondant à une déchirure de la paroi de l'aorte, moins longue, mais à bords plus irréguliers. L'estomac et l'intestin grêle contenaient une grande quantité de sang. (*Dublin Quart. Journ.*)

FORMULES D'EMPLATRES IRRITANTS ET ANODINS.

Par M. le docteur HUGHES.

La médication par les emplâtres est assez imparfaite, au point de vue surtout de l'indication qu'ils sont le plus généralement appelés à remplir, la révulsion cutanée. Il n'y a guère à choisir entre l'emplâtre de poix de Bourgogne simple et l'emplâtre stibié. Le premier, souvent insuffisant; le second, fort douloureux, et dont la manière dont il agit sur le système nerveux, les cicatrices qu'il peut laisser après lui, forcent souvent à se priver alors qu'on aurait besoin d'une action plus énergique.

On remarquera, parmi les formules suivantes, que recommande le docteur Hughes, ce que nous appellerons un emplâtre intermédiaire entre les deux emplâtres dont le plus grand nombre des praticiens font seulement usage.

On remarquera également, dans la plupart de ces formules, l'addition d'axonge à la poix de Bourgogne, dans le but de corriger ce que celle-ci a souvent de sec et de cassant.

Les emplâtres anodins ne sont pas très usités. Les formules que nous citerons nous paraissent pouvoir être avantageusement employées.

Emplâtre irritant de moyenne énergie.

Axonge. . . . . 50 centigr.
Poix de Bourgogne. . . . . . 4 gram.

Faites fondre ensemble et ajoutez :

Poudre de capsicum. . . . . . . 4 gram.

Mêlez avec soin.

L'emplâtre suivant, plus actif, est employé dans les maladies thoraciques, le rhumatisme chronique, la sciatique, etc.

Axonge. . . . . 50 centigr.
Poix de Bourgogne. . . . . . 4 gram.

Faites fondre ensemble et ajoutez :

Oxyde rouge de mercure obtenu par l'acide nitrique. . . . . 120 centigr.
Tartre stibié. . . . . 50 —

Emplâtres anodins.

Extrait de belladone. . . . . . . 120 centigr.
Poix de Bourgogne. . . . . . . 8 gram.

Faites fondre et ajoutez :

Poudre d'opium. . . . . 120 centigr.
Extrait d'aconit. . . . . 120 —
Extrait de stramonium. . . . . . 50 —
Poix de Bourgogne. . . . . . . 8 gram.

Faites fondre à une douce chaleur.

(*Dublin. Med. Press* et *Gaz. hebd.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 4 décembre 1855. — Présidence de M. JOBERT (de Lamballe).

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Épidémies. — M. le ministre du commerce transmet :

1° Le rapport final de M. le docteur Masson, médecin des épidémies de l'arrondissement de Beaune, sur une épidémie d'angine couenneuse;

2° Un rapport de M. le docteur Pichenot, sur la même affection;

3° Un rapport final de M. le docteur Delamontagne, sur une épidémie de fièvre typhoïde;

4° Un rapport de M. le docteur Foucault, sur la suette miliaire;

5° Plusieurs rapports de M. le docteur Lemaire et d'autres médecins des épidémies du département du Nord, sur la fièvre puerpérale et le choléra;

6° Une lettre de M. le docteur Lebayle (de Bagnères); un rapport de M. le docteur Bocamy (de Perpignan); un rapport de M. le docteur Chémerault (de Montalembert), et plusieurs autres rapports adressés par les médecins des épidémies du département de la Meuse, sur le choléra et diverses épidémies. (Commission des épidémies et commission du choléra de 1854.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Recherches médico-légales sur les brûlures. — M. le docteur Chambert, chirurgien en chef de l'hospice civil de Laon (Aisne), adresse des recherches médico-légales sur les différences des brûlures produites pendant la vie ou après la mort. (Commissaires : MM. Bégin, Guérard et Michel Lévy.)

— M. Moreau demande si quelqu'un de ses collègues est en mesure de donner à l'Académie des nouvelles de l'état de M. Bérard (1).

Sur l'invitation de M. le président, M. Rostan raconte l'accident survenu à M. Bérard, et rend un compte détaillé de son état. Il en résulte qu'après avoir couru de sérieux dangers, la santé du savant professeur est en ce moment dans un état très satisfaisant.

L'Académie a accueilli cette allocution avec les marques d'une vive sympathie. M. le président invite M. Rostan à en porter les témoignages à M. Bérard, et à l'entretenir désormais des suites de sa maladie.

(1) Nous avions appris lundi matin, avant de mettre sous presse, que M. le professeur Bérard venait d'être frappé d'une attaque d'apoplexie qui inspirait d'assez sérieuses craintes à ses nombreux amis. Un sentiment de discrétion que l'on appréciera nous avait engagé à garder le silence. Maintenant que l'Académie a été publiquement entretenue de ce fâcheux événement, nous sommes dispensé de cette réserve. Nous sommes heureux de pouvoir ajouter que l'amélioration considérable que M. Rostan a accusée hier soir dans l'état de M. Bérard s'est soutenue et même accrue jusqu'à ce matin.

— M. Guérard lit le rapport général annuel sur les eaux minérales.

— L'Académie se forme en comité secret à quatre heures et demie.

CORRESPONDANCE.

A M. le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Monsieur le Rédacteur,

M. Malgaigne maintient son accusation contre Bayle, mon oncle, et il l'aggrave; il n'a aucun document pour la soutenir, mais il invente, cinquante-trois ans après l'événement, l'aimable petit conte que voici :

« Dupuytren lâche un de ses aides d'anatomie pour disputer à Bichat » mort, sans le nommer, une de ses découvertes. »

Quoi! monsieur, Roux, l'élève de Bichat, Buisson, son parent et son ami, n'auraient point réclamé contre le larcin fait à Bichat, et seraient restés les amis de Bayle, et il était réservé à vous, qui naissiez à peine à cette époque, de le découvrir un jour! Est-ce croyable?

Comment, monsieur, la réputation de droiture et de conscience de Bayle, encore vivante dans la mémoire de tous ceux qui l'ont connu, n'a pu le défendre contre l'imputation que vous lui adressez? Ne pouviez-vous, avant de flétrir un nom estimé de tous, consulter vos collègues à l'Académie, M. Chomel, qui fut l'élève de Bayle, MM. Burdin, de Mussy, et tant d'autres qui furent ses condisciples?

Sur quoi vous appuyez-vous donc?

Les deux mémoires ont le même objet, dites-vous; cela ne prouverait pas qu'ils sont semblables, et ils diffèrent essentiellement l'un de l'autre : c'est ce que j'affirme.

Bayle n'a jamais déposé de registre à la Faculté, assurez-vous. Bayle avait dit qu'il avait déposé ce registre à l'École au commencement de germinal an X : c'est donc un démenti que vous donnez non-seulement à Bayle, mais encore aux professeurs qui ont reçu ce registre.

Le mémoire de Bayle ne lui appartenait pas, dit M. Malgaigne. Il se fonde sur une note du professeur Leroux, rédacteur principal, et peut-être de Dupuytren lui-même; cette note dit que les travaux des pavillons font partie du grand travail entrepris et dirigé par le citoyen Dupuytren, chef des travaux anatomiques. Pour donner plus de vraisemblance à son assertion, M. Malgaigne veut que Bayle lui-même soit l'auteur de la note. Si ce chirurgien avait lu le mémoire en question, il aurait vu que Bayle n'y parle jamais qu'en son nom, et ne cite pas Dupuytren une seule fois; il sait très bien d'ailleurs que les rédacteurs principaux de journaux ajoutent tous les jours des notes au bas des articles qu'on leur remet.

M. Malgaigne fait de Bayle l'élève de Dupuytren et son vil instrument pour enlever une de ses découvertes à Bichat; c'est de l'histoire à sa manière, mais rien n'est plus inexact. En 1802, époque où remonte ce débat, Bayle, élève de Corvisart, était déjà docteur en médecine; sa thèse, encore célèbre aujourd'hui, contenait la découverte d'une espèce de pustule maligne. Dupuytren ne lui était connu que par de mauvais procédés; il était plus jeune que lui de quatre ans, et n'était pas même reçu docteur.

Ce Bayle, que vous traitez si mal et que vous connaissez si peu, méritait cependant quelques égards; il fut, avec Laennec son ami, un des fondateurs de l'anatomie pathologique; c'est à lui que remontent nos premières connaissances exactes sur les tubercules des différents organes, sur les cancers des diverses parties du corps, sur les corps fibreux, sur l'œdème de la glotte, la phthisie pulmonaire, etc. Il n'excella pas moins dans la pratique.

Un mot seulement sur ce qui m'est personnel dans l'attaque de M. Malgaigne. Je crois qu'un corps fibreux des parois de la matrice qui ne fait point saillie dans sa cavité n'est point un polype. M. Malgaigne veut que corps fibreux de la matrice et polype utérin soient synonymes; il m'accuse à ce sujet de ne pas entendre la langue chirurgicale : la sienne, c'est possible.

« M. Bayle neveu, dit M. Malgaigne, est de cette *petite* école, soi-disant hippocratique dont j'ai eu occasion d'apprécier la haute science. » Cette école, qui vous inspire tant de dédain, a pour ancêtres tous les grands praticiens qui ont paru dans le monde : Hippocrate, Fernel, Baillou, Boerrhaave, Bordeu, Tissot, Corvisart, etc., etc. Je souhaite que la *grande* école à laquelle vous appartenez ait de meilleurs titres de noblesse. Jusqu'ici nous les ignorons.

J'avais attaqué le savoir historique et pratique de M. Malgaigne en ce qui concerne les révulsifs et les exutoires; M. Malgaigne repousse avec dédain ma compétence. *Ne sutor ultrà crepidam*, s'écrie-t-il. Le public jugera qui de nous deux est le *savetier*.

Agréez, etc.

BAYLE.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le *Moniteur* contient la liste des personnes qui, par décret du 18 novembre, ont été autorisées à porter les décorations qui leur ont été conférées par des souverains étrangers. Nous y trouvons les noms de plusieurs confrères, savoir: MM.

Moreau, ordre de François I[er] des Deux-Siciles (chevalier);

Bonnet, ordre de Charles III d'Espagne (chevalier);

Geoffroy Saint-Hilaire, ordre du Christ de Portugal (commandeur);

Davenne, directeur de l'assistance publique, ordre de l'Étoile polaire de Suède (chevalier);

Hutin, Mounier, Scoutetten, ordre du Medjidié de Turquie (3e classe); Levé (4e classe).

— Les évacuations de malades de l'armée d'Orient sur les hôpitaux de Montpellier commencent à se ralentir. L'Hôtel-Dieu Saint-Eloi ne renferme plus qu'un petit nombre de militaires, et l'on a fermé momentanément l'hôpital du Château-d'O. Le 22 novembre, 200 malades, dont plus de la moitié sont blessés, ont été reçus à la Citadelle, ce qui porte à 350 environ le nombre des malades qui sont actuellement dans cet hôpital.

— La petite épidémie cholérique que nous avions signalée dans nos derniers numéros a débuté le 16 août et s'est terminée le 12 novembre, après avoir fait 80 victimes environ. Les premiers cas ont été observés dans le quartier Saint-Clair et dans le faubourg de Bresse, au moment même où le fléau sévissait avec tant d'intensité sur quelques communes limitrophes du département de l'Isère. Le nombre des malades a été d'abord très restreint; mais du 18 au 28 octobre, sous l'influence d'une température chaude et humide, un grand nombre de cas se développèrent à l'intérieur de l'Hôtel-Dieu, et 15 décès furent enregistrés à l'état civil du 1er arrondissement. Depuis le 12 novembre, aucun cas de choléra n'a été observé ni en ville ni à l'Hôtel-Dieu. L'état sanitaire des autres hospices n'a pas cessé d'être satisfaisant.

En résumé, le choléra a paru à Lyon en 1855, comme en 1849 et en 1854, sans pouvoir s'y développer. On peut donc dire que notre ville a conservé l'immunité dont elle a joui en 1832, 1835 et 1837.

(*Gaz. méd. de Lyon.*)

— La charité lyonnaise, qui a doté notre ville de si admirables institutions, vient de se signaler par deux nouvelles créations : un hôpital et un hospice.

L'hôpital a été fondé à Neuville par deux membres distingués du clergé lyonnais, les frères Cattet; il est en pleine activité.

L'hospice est dû à la munificence de M. Richard, ancien négociant, dont le legs s'élève à plus d'un million. La modestie du testateur s'était bornée à la fondation d'un petit établissement pour recevoir les garçons incurables de la paroisse de Saint-Nizier; mais, par une interprétation plus large de la pensée du donateur, l'autorité diocésaine et l'autorité administrative ont transformé l'hospice paroissial en hospice communal, avec la réserve expresse de donner la priorité de réception aux petits garçons incurables de la paroisse de Saint-Nizier.

— L'Académie royale de médecine de Belgique a tenu, samedi 24 novembre, sa séance solennelle. Dans cette séance, MM. Maisonneuve et Sichel ont été nommés membres correspondants de l'Académie, et MM. Amussat, Jobert (de Lamballe, et Chélius, membres honoraires.

— M. le docteur Raymond Falot, médecin à Saint-Laurent-d'Aigouze, vient d'être nommé membre correspondant de l'Académie nationale de médecine et de chirurgie de Séville, et de la Société médicale de Londres.

— M. le docteur A. Pigeolet, professeur d'accouchements à l'Université de Bruxelles, vient d'être nommé commandeur de l'ordre d'Isabelle-la-Catholique.

— M. le docteur François Guilland, médecin de S. M. sarde, ancien médecin des hospices civils et professeur à l'École secondaire de Chambéry, membre de l'Académie royale de Savoie et de la Société médicale de Chambéry, vient de mourir à Turin.

— On se rappelle la fin tragique du docteur Franck et de son jeune fils, dont le récit nous a été apporté récemment par les journaux anglais. Le docteur Franck s'étant précipité par la fenêtre de la chambre qu'il occupait dans un hôtel, le corps de son fils fut trouvé dans son lit privé de vie, mais sans traces apparentes de mort violente : le cadavre reposait sur le dos avec une physionomie douce et tranquille, une absence complète de tout désordre, une cravate de soie entourant mollement le cou. On avait pensé d'abord que le docteur Franck ne s'était jeté par la fenêtre qu'après avoir étranglé son fils; on supposa plus tard que l'enfant s'était lui-même donné la mort, et que le père n'avait fait que céder au désespoir à ce spectacle inattendu. L'inspection des cadavres n'avait eu lieu que d'une manière très superficielle, bien qu'un médecin y eût pris part. La constatation des décès par cause violente ou supposée telle n'est pas organisée en Angleterre avec le même soin que chez nous : une latitude trop grande est abandonnée aux coroners, magistrats en général fort peu compétents en médecine légale. On sait cependant combien en France même, malgré la surveillance rigoureuse de l'administration judiciaire et l'intervention médicale régulière, les examens et les rapports laissent souvent encore à désirer en précision et en exactitude.

Or le docteur A. Hall, ayant obtenu la permission de visiter les deux corps peu d'instants avant leur ensevelissement, reconnut ce qui suit : La face du jeune homme était livide, un peu de sang apparaissait à la narine droite. Les mâchoires étaient fortement serrées sur la langue, et les dents de la mâchoire supérieure en avaient pénétré la muqueuse, tandis que celles de l'inférieure y avaient seulement marqué leur empreinte. Le côté gauche du cou offrait deux égratignures correspondant exactement à un ongle du pouce, et, parallèlement au rebord de la mâchoire, trois longues égratignures dues évidemment à des ongles; à droite, on constata également vers la partie supérieure du corps thyroïde, l'empreinte d'un ongle du pouce, et à droite du menton celle d'un ongle d'un des doigts. Il n'existait aucune trace de compression autour du cou; à gauche seulement, vers un point déclive, une tache rougeâtre sans ecchymose au-dessous et considérée comme un phénomène cadavérique.

Le docteur Hall conclut de ces vestiges que le jeune Hugo Franck a succombé à une mort violente, et que son père l'a étranglé dans un accès de monomanie homicide. Il regrette vivement que l'autopsie de ce dernier n'ait pas été faite, car l'état du cerveau et de ses membranes eût certainement prouvé, dit-il, qu'il n'était pas responsable de ses actions, et sa mémoire ne fût pas demeurée chargée de cet épouvantable fardeau. Peut-être en eût-il été ainsi; mais nous doutons que l'anatomie pathologique du cerveau fournisse dans les cas de ce genre des éléments infaillibles de jugement : le cerveau est un témoin qui ne révèle pas toujours les secrets qu'il possède. (*Gaz. hebd.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Clinique chirurgicale de l'hôpital Lariboisière, par E. CHASSAIGNAC, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Leçons sur l'hypertrophie des amygdales et sur une nouvelle méthode opératoire pour leur ablation, in-8°, avec 8 figures intercalées dans le texte.

Leçons sur la trachéotomie, in-8°, avec 8 figures intercalées dans le texte. Prix de chaque partie, 2 fr.

SOUS PRESSE : *Leçons sur l'écrasement linéaire.* Paris, J.-B. Baillière, éditeur, 19, rue Hautefeuille.

LE SOYAD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 143. — SAMEDI 8 DÉCEMBRE 1855. (28e ANNÉE.) N° 143. — SAMEDI 8 DÉCEMBRE 1855.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Absence congénitale du nez. — Nouveau procédé de rhinoplastie. — Guérison.

Une singulière difformité de la face dont les exemples doivent être très rares, car on ne la trouve décrite dans aucun recueil, s'est présentée récemment à l'observation de M. Maisonneuve ; il s'agit d'un cas d'absence congénitale complète de la saillie nasale. Ce vice de conformation a fourni à notre habile confrère l'occasion d'imaginer et d'exécuter avec succès un nouveau procédé de rhinoplastie dont l'ingénieuse simplicité nous a paru digne de fixer l'attention des chirurgiens. Voici le fait :

Marotte (Eugénie), âgée de sept mois, était venue au monde forte et bien constituée, à cela près que son visage était complétement dépourvu de proéminence nasale, et qu'à la place de cette saillie naturelle il n'existait qu'une surface plane percée seulement de deux petits pertuis ronds, de 1 millimètre à peine de diamètre, et distants l'un de l'autre de 3 centimètres. Outre que cette difformité donnait à l'enfant l'aspect le plus grotesque, elle lui occasionnait encore une grande gêne dans l'acte de la respiration, et par suite dans l'acte de la succion.

Sous ces deux rapports, il était donc important de remédier à cette conformation vicieuse. C'est dans cette intention que les parents étaient venus à Paris.

En présence de ce fait, dont la science ne possédait jusqu'alors aucune observation, les procédés ordinaires de rhinoplastie ne pouvaient être d'aucun secours. C'est alors que M. Maisonneuve imagina l'ingénieuse opération dont nous allons rendre compte.

Le 18 mai 1855, l'enfant étant préalablement soumise au chloroforme, l'opérateur fit partir de chacun des pertuis nasaux une incision A B transversale, longue d'un centimètre, et dirigée de dehors en dedans. Deux autres incisions verticales B C, partant de l'extrémité interne des précédentes, furent dirigées vers le bord libre de la lèvre inférieure, près de laquelle elles se rapprochèrent l'une de l'autre pour se réunir en V. De ces dernières incisions résultait un lambeau étroit, comprenant toute l'épaisseur de la lèvre ; il fut disséqué et relevé horizontalement pour former la sous-cloison du nouveau nez.

Il restait alors un véritable bec-de-lièvre artificiel, dont les bords saignants furent réunis au moyen de la suture entortillée ; mais, pour obtenir cette réunion, il fallait nécessairement que l'espace compris entre les ouvertures nasales fût raccourci de toute la largeur du lambeau détaché pour former la sous-cloison, et que par conséquent il se formât aux dépens de la peau intermédiaire un pli saillant qui, soutenu par la sous-cloison artificielle, constituât naturellement une proéminence nasale parfaitement régulière. Pour bien comprendre le mécanisme ingénieux et simple de cette opération, il suffit de la répéter sur un morceau de papier ; on voit immédiatement combien le résultat en est satisfaisant.

La guérison définitive ne fut pas toutefois obtenue sans quelques tracasseries. L'enfant, irritée par la douleur, ne cessa pour ainsi dire de crier et de faire des efforts pendant les premières vingt-quatre heures. Il en résulta une désunion partielle des points de suture supérieurs : ce qui, du reste, fournit à l'opérateur l'occasion d'imaginer encore un heureux perfectionnement à l'opération du bec-de-lièvre. Ce perfectionnement consiste à faire l'incision sous-cutanée du muscle orbiculaire de l'un et de l'autre côté de la plaie, pour empêcher ses contractions de déchirer la cicatrice.

Grâce à ce perfectionnement, la réunion put se faire sans encombre, malgré l'agitation de la petite malade, et au moment de son départ de Paris la guérison était complète ; le nez avait une forme très régulière, et les narines largement ouvertes permettaient une respiration facile.



Cas d'hystérie chez l'homme.

Existe-t-il une hystérie de l'homme? Les phénomènes hystériques que l'on a constatés quelquefois chez l'homme sont-ils seulement semblables ou identiques à ceux que l'on voit journellement chez la femme? Le traitement, dans l'un et l'autre cas, doit-il être le même?

L'existence de l'hystérie chez l'homme a été alternativement affirmée et niée par des autorités également respectables. Ce n'est pas d'aujourd'hui que la question a été soulevée. Galien la signale déjà, comme un fait rare, il est vrai, et exceptionnel, et de nos jours l'opinion que l'homme peut être affecté d'hystérie est professée par MM. Andral, Piorry, Cerise, Brachet, comme elle l'était quelques années auparavant par Georget, Breschet, Louyer-Villermay, etc. ; et enfin un grand nombre d'auteurs récents rapportent des faits qui ne paraissent pas laisser de doute à cet égard. Cependant l'identité des deux affections a été niée, notamment par un pathologiste d'un grand mérite, M. le docteur Landouzy. Mais quand on considère le point de vue étiologique adopté par cet auteur, qui fait partir exclusivement de l'utérus ou de ses annexes toute la série des phénomènes hystériques, on comprend qu'il ait mis plus que de la sévérité peut-être dans l'examen des faits auxquels nous faisons allusion.

Quoi qu'il en soit, il suffit qu'il puisse encore subsister des doutes à cet égard dans un certain nombre d'esprits, pour qu'il y ait de l'intérêt à enregistrer les faits nouveaux qui peuvent paraître de nature à juger la question. Tel est à nos yeux le fait suivant que nous avons eu l'occasion de voir vers la fin de l'année dernière à l'Hôtel-Dieu, et qui vient d'être rapporté avec les plus scrupuleux détails dans la thèse de M. Bastien, alors interne de cet hôpital, qui en a fait l'objet d'une étude extrêmement soigneuse.

Un jeune homme de vingt-cinq ans est entré, en novembre 1854, dans le service de M. Laugier, à l'Hôtel-Dieu, pour une tumeur de la conque de l'oreille, qui fut reconnue par ce professeur être un kyste sanguin.

L'ouverture de ce kyste fut suivie d'un phlegmon péri-auriculaire qui causa des douleurs excessivement vives au malade, lequel fut suivi à son tour d'une névralgie très intense du nerf tri-facial, qui retentit surtout sur la membrane du tympan.

Au bout d'une vingtaine de jours, le phlegmon, vidé, était en voie de résolution ; la névralgie elle-même était en grande partie dissipée, et il ne restait plus guère que quelques troubles fonctionnels de l'audition consécutifs aux désordres que nous venons de signaler, lorsque le 28 du même mois une phase nouvelle se manifesta dans l'histoire pathologique de ce sujet.

Le malade, qui se disposait à sortir dans quelques jours, prit un bain. En sortant de l'eau, et pendant qu'on lui mettait un linge chaud sur les épaules pour l'essuyer, il se sentit pris tout à coup

---

ÉTRENNES A NOS ABONNÉS.

LE MONITEUR UNIVERSEL. — LE MOYEN AGE ET LA RENAISSANCE.

Nous avons toujours pensé qu'il existait entre un journal et ses abonnés une sorte de solidarité ou d'intérêt commun qui en fait comme une même famille. En échange du concours qu'il reçoit de ses lecteurs par l'abonnement, le journal — prenons le nôtre — leur doit d'abord tout ce qui a motivé cet abonnement, c'est-à-dire la science spéciale qui est l'objet de leurs études, le récit des faits qui se présentent chaque jour dans l'ordre de leur profession savante, leur analyse théorique ou pratique, selon les cas, leur conclusion possible ou déjà acquise, les découvertes et les inventions, même les maladies que les docteurs de Molière niaient lorsqu'ils ne les avaient pas inventées, même celles qu'ils inventaient lorsqu'ils étaient à bout d'en trouver de réelles ; ainsi a-t-on dit plaisamment de Newton, que s'il n'admettait pas les femmes, c'est qu'il ne les avait point découvertes.

Mais un journal qui ne rend à ses abonnés que ce qu'il leur doit ne s'est pas acquitté. Il a, pour ainsi dire, charge de famille devant les sympathies qui, en se groupant autour de lui, font à la fois son crédit et son autorité.

Le renouvellement de l'année nous est une occasion de montrer que nous entendons, sur ce point, notre devoir.

On fera mille révolutions, on modifiera les institutions politiques ou civiles, on s'efforcera de déplacer la morale elle-même, on fera du rouge le noir, et du noir le rouge, que la terre n'en accomplira pas moins en trois cent soixante-cinq jours son mouvement de rotation, qu'au bout de ce temps elle n'en sera pas moins revenue à sa primitive distance du soleil, qu'il y aura en tous pays comme dans tous les siècles un premier jour de l'année, que les hommes sentiront le besoin de se chercher et de se retrouver à ce point de départ. Ce n'est plus là un point de convention, mais de tradition ; et la tradition résisterait aux lois mêmes ! Ce n'est pas un fait local ; il est universel ; il est de toutes les nations et de tous les âges.

En témoignage du plaisir qu'on éprouve à se retrouver, et comme preuve de bon accord dans le passé aussi bien que comme gage d'entente cordiale dans l'avenir, on se fera toujours des présents le 1er janvier ou le 1er du mois de Moharrem, que l'on soit Français ou Turc. Les petits présents entretiennent l'amitié, a dit la Sagesse ; et la vulgarité du proverbe atteste sa haute vue. Un bâton de sucre d'orge a renoué plus d'existences que n'en a dénoué un bâton de maréchal.

Si ce n'est mieux, c'est autre chose cependant que nous offrons à nos abonnés.

Nous sommes à la source d'où tout savoir découle pour se répandre en France et ailleurs par toutes les veines de la circulation. Nous avons d'anciennes et bonnes relations. Notre position dans la grande ville nous donne toute facilité pour découvrir, étudier et juger les œuvres qui se produisent ou se reproduisent. Ces œuvres peuvent intéresser nos abonnés, qui ne sont pas seulement des savants dans l'art de guérir les malades, des praticiens habiles à les soulager, ou des hommes de charité ingénieux à chercher des remèdes pour tout ce qui souffre, mais encore des hommes du monde qui, sachant que leur étude principale se fortifie de mille études accessoires, portent leurs regards à tous les points de l'horizon, interrogent tout et scrutent tout, s'assimilent les éléments divers de l'intelligence générale au profit de leur intelligence plus particulière et précise.

Quel secours, par exemple, un médecin ne tire-t-il pas de ses connaissances en histoire ? Il a été obligé de l'étudier pour suivre les progrès de son art à travers les âges et les nationalités ; il l'étudie encore pour y surprendre le jeu des passions humaines et l'influence des grands événements sur le physique de l'homme. Et si les beaux-arts s'ajoutent à l'histoire pour la mettre davantage en relief ; s'ils la peignent, la sculptent et la gravent ; s'ils la matérialisent en quelque sorte pour en rendre l'esprit plus visible, que de charme se joint à l'utilité d'une telle étude ! Par nécessité, le médecin a tous les commencements de l'artiste : il sait au moins la conformation des corps, leur anatomie, leurs accidents et jusqu'à leurs transformations. Aussi les plus fins connaisseurs, les amateurs les plus rares se rencontrent-ils parmi les fils d'Hippocrate et de Galien, et c'est là que les artistes de profession cherchent surtout leurs juges. Si nous portons la question un peu plus haut, ne trouverons-nous pas que la contemplation constante de l'infirmité de notre être donne au médecin comme un besoin supérieur de se reposer parfois de la matérialité de sa fonction dans une pure élévation vers l'idéal.

Or il est tel médecin, dans nos abonnés, qui est à cent et deux cents lieues de Paris, à cinq cents et à mille lieues de la France. Par quels efforts et au prix de quels sacrifices se procurera-t-il ces satisfactions intellectuelles et essentielles, dont la source lointaine lui fait l'effet de la coupe d'eau où ne peut boire Tantale enchaîné ?

Nous nous proposons d'être son intermédiaire, et à des conditions tellement bonnes, que nous les lui offrons à titre d'étrennes. Ce sera notre cadeau du premier jour de l'an.

L'*ancien Moniteur*, c'est-à-dire le *Moniteur* depuis sa fondation jusqu'au Consulat, a été réimprimé, comme on le sait, dans le format grand in-8°, le format le plus élégant pour bibliothèque et le plus commode à consulter. Il forme trente-deux volumes. Son prix est de 320 francs.

Le *Moniteur* est toute l'histoire de la génération dont nous sommes les enfants, et qui, à ce seul titre, intéresse notre cœur en même temps que notre esprit ; c'est l'histoire, on peut le dire, prise sur le fait, écrite au jour le jour, chaude encore le soir des émotions du matin. Ce n'est pas l'œuvre d'un homme, mais l'œuvre de tous les hommes ; non l'im-

d'étourdissement, de sueurs froides, de faiblesse; et tomba sans connaissance. On le déposa sur un banc; mais à peine y était-il étendu qu'il fut pris d'une violente attaque de nerfs. Rapporté dans la salle, l'agitation avait cessé, et, lorsque M. Bastien le vit pour la première fois depuis l'invasion de cet accident, il était plongé dans une sorte de coma. Son intelligence était paralysée, ses yeux étaient fixes, ses pupilles dilatées; la respiration était libre, quoiqu'un peu difficile; le pouls était très lent. Considérant cet accident comme un accès d'épilepsie, on se borna pour le moment à prescrire des sinapismes.

Le soir, nouvel accès présentant les mêmes phénomènes que le matin, à part les convulsions. M. Bastien, appelé aussitôt, ne tarda pas, après mûr examen, à reconnaître que le coma dans lequel le malade était plongé ne ressemblait en rien au coma qui suit une attaque d'épilepsie ou qui accompagne une affection cérébrale. Immobilité complète, yeux largement ouverts, regard fixe; pupilles dilatées, mais mobiles; face pâle, un peu contractée; pas de congestion, respiration normale, pouls très lent et régulier; main portée à la partie antérieure du cou, sur le sternum, comme pour enlever un obstacle qui gêne et qui fait souffrir. Impossibilité de répondre par la parole aux questions qu'on lui adresse, mais légers signes indiquant qu'il les comprend; tels que ceux, par exemple, de porter brusquement sa main à son cou et sur le thorax lorsqu'on lui demande où il souffre, de faire un signe de tête affirmatif à la question s'il éprouve une sensation de boule montant et prenant à la gorge, etc.; tels étaient les symptômes principaux qu'il présentait à ce moment, et qui suffisaient pour faire reconnaître des accidents nerveux de nature hystérique ou tout au moins hystériformes. Mais ce diagnostic devait être plus péremptoirement établi par l'étude attentive des phénomènes qui se sont offerts pendant la série d'attaques auxquelles cet homme a été en proie pendant toute la durée de son long séjour à l'hôpital, et surtout par ceux de ces phénomènes qui ont persisté d'une manière permanente dans l'intervalle des attaques.

Nous n'énumérerons pas de point en point et jour par jour les nombreux détails consignés par M. Bastien. Nous nous bornerons à esquisser un tableau d'ensemble de l'appareil symptomatique qu'a présenté ce malade: ce sont surtout les troubles de la sensibilité qui ont offert une marche remarquable.

Le premier jour qui a suivi l'accès, la sensibilité est pervertie; fourmillements; et le soir du même jour et toute la journée du lendemain, il y a hyperesthésie de la sensibilité générale et de toutes les sensibilités spéciales. Puis, dans les premiers jours de décembre, l'anesthésie succède à l'hyperesthésie. Du 1er au 4, l'anesthésie devient complète; il y a une exacerbation de phénomènes hystériques tous les jours à huit heures.

Dans la nuit du 4 au 5, la sensibilité revient, comme elle avait commencé à disparaître, par une perversion de *retour*.

Le 5, hyperestésie de *retour*.

Le 8 et le 9 elle disparaît insensiblement, ainsi que les autres phénomènes hystériques, sous l'influence du sulfate de quinine et des mouches d'opium.

Le 10, tout a disparu comme par enchantement.

Du 10 au 15, toutes les sensibilités sont normales, excepté le sens du chatouillement, qui reste anesthésié. Par suite de cette paralysie du chatouillement, l'oreille gauche ne perçoit aucun son; la moitié gauche de la langue ne goûte pas les saveurs amères et astringentes, mais perçoit les autres. La narine paraît moins impressionnable aux odeurs vireuses, etc.

Le malade sort le 15, dix-sept jours après son entrée à l'hôpital, ne conservant plus, de tout ce qu'il avait éprouvé, que l'abolition de la sensation de chatouillement et un peu de trouble dans les sensations spéciales.

La marche des accidents nerveux que nous venons de résumer présente un intérêt particulier; elle est marquée par deux phases distinctes. Dans la première, les phénomènes hystériques s'accroissent et arrivent à leur maximum d'intensité, l'anesthésie. Dans la deuxième, les troubles nerveux suivent une progression décroissante, et la sensibilité reprend graduellement son état physiologique. C'est donc par une marche progressive que la sensibilité s'est évanouie chez ce malade; et c'est par une marche progressive également, mais en sens inverse, qu'elle s'est réveillée. Un premier pas amène une perversion de la sensibilité; un second, une exagération; un troisième, l'anesthésie. Puis, dans une seconde période que M. Bastien appelle très justement période de *retour*, à l'anesthésie succède la perversion de la sensibilité, perversion remplacée par l'hyperesthésie, suivie elle-même du retour à l'état normal.

Cette marche régulière des troubles de la sensibilité, M. Bastien dit avoir eu l'occasion de l'observer dans un grand nombre de circonstances, notamment dans des cas de paralysies traumatiques, ainsi que dans des paralysies rhumatismales. Dans chacun des cas où le malade a guéri, il a toujours vu les troubles de la sensibilité parcourir les mêmes périodes d'*aller* et de *retour*. Des expériences qu'il a faites avec M. Vulpian sur les effets de la compression des nerfs témoignent aussi dans le même sens; et enfin, quelques recherches qu'il a entreprises à la Salpêtrière chez les femmes hystériques, bien qu'incomplètes, lui ont donné des résultats qui tendent à lui faire croire que telle est, en général, la marche habituelle des troubles nerveux de l'hystérie. Il y a là un sujet de recherches à continuer, dont les résultats intéresseraient à la fois la physiologie pathologique des fonctions nerveuses et le pronostic, auquel ils fourniraient des indications utiles. M. Bastien nous fait espérer qu'il continuera ses études sur ce point, et qu'il en publiera plus tard les résultats. Nous en prenons acte.

Pour le moment, nous ne voulons tirer d'autre conclusion de cette observation intéressante que celle qu'il en a tirée lui-même, savoir: que c'est bien là un véritable cas d'hystérie; que l'homme par conséquent peut, à la fréquence près, présenter comme la femme tous les phénomènes de l'hystérie, qui devrait perdre ainsi sa signification primitive, au moins dans le sens absolu qui lui a été donné.

Nous nous sommes demandé, en commençant, si le traitement devait être le même dans l'hystérie de l'homme que dans celle de la femme. Il est évident que, sauf les modifications que le point de départ des accès d'hystérie et la prédominance de tels ou tels phénomènes locaux peuvent susciter au praticien, les indications générales sont les mêmes. On trouvera, en effet, une analogie de plus dans le résultat même de la médication instituée par M. Laugier, laquelle a consisté principalement dans l'emploi des antispasmodiques (musc, éther, assa-fœtida, etc.), et dans l'usage des mouches d'opium et du sulfate de quinine à l'intérieur pour combattre la névralgie, qui paraissait être dans ce cas le point de départ des accidents hystériques.

Cautérisation au moyen de l'électricité dans un cas de rupture complète du périnée.

Nous avons appelé déjà plusieurs fois l'attention de nos lecteurs sur quelques applications de la cautérisation électrique, soit dans le but de détruire ou de modifier certains tissus morbides, soit pour aviver et faciliter la réunion des parties accidentellement divisées. Bien que quelques-unes des opérations de cette nature qui ont été pratiquées sous nos yeux n'aient pas eu tout le succès qu'on en espérait, nous n'en sommes pas moins porté à croire qu'il y a dans cette méthode des éléments d'avenir, et qu'elle est appelée à prendre place dans la thérapeutique chirurgicale. C'est particulièrement lorsqu'il s'agit de porter le cautère actuel sur des parties profondes ou dans le voisinage de parties que l'on a le plus grand intérêt à ménager, en un mot, là où il s'agit de limiter le plus possible son action, que la cautérisation électrique nous paraît pouvoir être très utilement mise en usage.

Nous devons à notre confrère M. le docteur A. Amussat fils, qui a déjà fait sur ce point de thérapeutique des recherches connues de nos lecteurs, la communication du fait suivant, qui apporte un nouveau témoignage en faveur de cette méthode.

Une dame B..., âgée de quarante-deux ans, d'une forte constitution et ayant toujours joui d'une bonne santé, mariée à trente-sept ans, devint enceinte immédiatement et accoucha d'une fille en juin 1851. On constata après l'accouchement non-seulement une déchirure du périnée, mais de plus une perte de substance due à une gangrène des téguments dans l'étendue du pouce environ. La cicatrisation de la plaie achevée, l'extrémité inférieure du rectum se trouva terminée en arrière par un arc charnu constitué par la partie postérieure du sphincter anal, et en avant par un arc beaucoup plus étendu formé par la cicatrice de la partie inférieure de la cloison recto-vaginale.

Dans cet état, dès que les matières fécales arrivaient dans l'ampoule rectale, elles s'échappaient involontairement. Du reste, cette lésion n'empêchait la malade ni de marcher ni de travailler, l'utérus était solidement fixé par ses moyens d'attache ordinaires.

Deux ans après, au mois de juin 1853, Mme B... accoucha d'un second enfant sans accidents. La lésion décrite plus haut subsista sans aucun changement.

Au mois de janvier 1855, cette dame vint consulter M. A. Amussat, et lui demander de la débarrasser d'une infirmité qui lui était très pénible et ne lui permettait pas d'aller travailler hors de chez elle.

Après avoir examiné avec soin la solution de continuité, qui était masquée par un rectocèle volumineux, notre confrère pensa qu'à l'aide de la cautérisation électrique il pourrait obtenir le résultat si désiré par la malade.

Le 9 janvier 1855, il pratiqua une première cautérisation, assisté par M. le docteur Lebled. Ayant fait placer la malade dans la position usitée pour l'examen au spéculum, il introduisit dans le rectum une valve de spéculum afin d'isoler complètement l'arc cicatriciel de la portion restante du sphincter anal; puis avec un ruban de platine d'un millimètre de largeur, de trois centimètres de longueur, recourbé à angle, et dont les deux extrémités fixées sur une tige de verre étaient en rapport avec les conducteurs d'une batterie électrique composée de six éléments de Buntzen de 21 centimètres, il cautérisa tout l'arc cicatriciel. Immédiatement après l'opération, la malade prit un bain de siége froid d'environ une demi-heure, et put ensuite retourner chez elle.

Le traitement consécutif consista à plonger fréquemment la région périnéale dans un vase d'eau froide, et à y appliquer des compresses également imbibées d'eau froide. La malade put, du reste, vaquer à ses occupations, et n'eut rien à changer à son régime alimentaire. Peu à peu l'eschare se détacha, et la suppuration s'établit sur toute la partie cautérisée.

Le 29 janvier, les bords de la solution de continuité furent rapprochés jusqu'au contact au moyen de trois pinces à ressort, faites sur le modèle de celles que M. le docteur Desgranges emploie pour la cure du prolapsus utérin; la chute de ces pinces eut lieu au bout de six jours, le 4 février. Pendant tout le temps de leur application la malade resta couchée, les cuisses rapprochées, avec une sonde à demeure pour éviter l'écoulement de l'urine sur la

---

La *Gazette des Hôpitaux*, fondée en 1828, achève actuellement sa 28e année. Les collections de ce recueil sont devenues tellement rares que jusqu'à ce jour, et malgré bien des efforts, nous n'avions pu réussir nous-même à en compléter une. Enfin, grâce à l'obligeance d'un honorable confrère, nous en possédons maintenant une complète, que nous tenons à la disposition de nos confrères. Ils pourront la consulter pour leurs recherches.

Ceux de nos abonnés qui voudraient compléter une collection interrompue pourront se procurer dans nos bureaux presque toutes les années depuis 1839; quant à ceux qui désireraient en commencer une depuis 1850, nous leur en fournirons facilement les éléments. — Le prix de chaque année passée est de 12 fr., ou 1 fr. par mois, même pour l'année courante.

plaie. Mme B... garda le lit jusqu'au 7, ayant toujours les membres inférieurs rapprochés ; mais on retira la sonde à demeure, et l'on évacua l'urine quatre fois par jour. A dater de cette époque, il lui fut permis de reprendre ses occupations et son régime habituel. Vers le milieu de février, Mme B... observait avec plaisir que déjà elle retenait mieux ses matières fécales. Le 20 de ce mois, la plaie était complétement cicatrisée.

Le 27 février, il fut fait, avec le même appareil, une seconde cautérisation électrique du nouvel arc cicatriciel résultant de la première opération, lequel était moins étendu que le premier. Les soins furent les mêmes qu'après l'opération précédente ; seulement la malade ne fut plus remise au lit, et on ne jugea pas nécessaire d'appliquer les pinces. En un mot, elle n'interrompit pas un seul jour ses occupations. A la suite de cette seconde opération, Mme B... pouvait déjà retenir un peu ses matières fécales.

Le 26 mars et le 1er mai, M. Amussat, assisté par M. le docteur Schwetzer, fit deux nouvelles cautérisations électriques avec le même appareil, mais en remplaçant le ruban de platine par un fil du même métal. Des bains locaux et des compresses trempées dans de l'eau dégourdie furent les seuls pansements employés.

A la fin du mois de juin, Mme B... pouvait retenir complétement ses matières, et faire même une longue promenade avec le besoin d'aller à la garde-robe.

M. A. Amussat a revu récemment son opérée ; il a pu constater que les deux extrémités de l'arc sphinctérien étaient rapprochées et maintenues presque en contact par une bride fibreuse transversale très résistante, suite des cautérisations électriques. Cette bride fibreuse remplaçait l'arc cicatriciel qui limitait auparavant la solution de continuité produite par la gangrène et la déchirure de la partie antérieure du sphincter anal et de la portion inférieure de la cloison recto-vaginale.

Du séton dans les ophthalmies et dans quelques affections cérébrales.

Le défi jeté au sein de l'Académie de médecine, de montrer un seul fait probant de l'efficacité du séton dans les affections oculaires, amènera nécessairement un examen attentif et sérieux de ce point de thérapeutique. Qu'on récuse les observations consignées dans les auteurs anciens comme manquant des détails nécessaires et n'offrant point, en général, des garanties de démonstration suffisantes, soit. Mais, avant de se prononcer catégoriquement sur la valeur d'un moyen dont on peut avoir abusé à d'autres époques, en vue de certaines idées et de théories étiologiques qu'on croit ne devoir plus admettre aujourd'hui, il nous a paru qu'il serait sage de faire un appel au souvenir des praticiens qui ont eu l'occasion de l'employer, ou de provoquer de nouveaux essais en cas d'insuffisance des faits constatés jusqu'ici. Cet appel, que nous avons fait à nos lecteurs, a été entendu, et nous avons reçu de quelques-uns la communication d'observations qui trouvent ici leur place naturelle, comme documents cliniques utiles à consulter pour la solution ultérieure du point en discussion.

Voici quelques observations que nous adresse M. le docteur Magne (de Souillac), et qu'il a recueillies dans sa pratique :

Obs. I. — Marie C..., âgée de dix-huit mois, du bourg de Périllac, est apportée à ma consultation en avril 1855 pour une ophthalmie double.

Elle souffre depuis près d'un an, et divers traitements n'ont pu la soulager ; photophobie au plus haut degré, larmoiement. A cause du spasme des paupières, on ne peut constater qu'une vive rougeur de la conjonctive ; sa mère dit qu'elle a plusieurs petites taies sur la cornée des deux yeux. Cette enfant, qui tette encore, paraît saine d'ailleurs et d'une bonne constitution.

Plusieurs médications ayant déjà été faites sans résultat, je prescris l'application d'un séton à la nuque et des frictions avec l'onguent mercuriel belladoné sur la région oculaire.

Au bout d'un mois et demi, le père m'annonce une amélioration très marquée.

A la fin de septembre, on m'apporte cette enfant, qui est parfaitement guérie ; il ne lui reste plus qu'une taie à peine perceptible au bas de la cornée de l'œil droit. Elle conservera le séton jusqu'au printemps.

Obs. II. — En juillet 1853, on amène à ma consultation une jeune fille de sept ans, X. N..., de Saint-Sozi. Elle a fait un long traitement infructueux pour un mal d'yeux dont elle est affectée depuis longtemps.

Cette enfant, que je vois pour la première fois, est lymphatique ; elle a quelques glandes du cou engorgées et des croûtes d'impétigo à la tête. L'œil gauche est très enflammé avec une petite ulcération sur la cornée.

Application d'un séton à la nuque, prescription d'un traitement antiscrofuleux.

Environ quatre mois après, le père me dit que sa fille va beaucoup mieux ; il m'avoue qu'il n'a pu acheter l'iodure de potassium prescrit, et que tout le traitement interne s'est borné à l'administration irrégulière de la tisane de feuilles de noyer sauvage. Je l'engage à laisser longtemps le séton à demeure.

En mars 1855, étant allé visiter la femme N..., je vois sa fille, qui n'a plus aucune trace de son ophthalmie ni de ses glandes du cou.

Obs. III. — Baptiste T..., de Souillac, âgé de sept ans, est atteint depuis huit à dix mois d'une ophthalmie scrofuleuse. Il a les yeux rouges, larmoyants, avec photophobie intense ; il existe une petite ulcération sur la cornée de l'œil droit. La lèvre supérieure et le nez sont rouges et tuméfiés. Traitement de deux mois et plus par la tisane et les bains de décoction de feuilles de noyer sauvage, emploi du collyre au nitrate d'argent, que je suis obligé de suspendre aussitôt ; vésicatoires au bras, puis à la nuque : nulle amélioration. J'applique un séton à la nuque, et je prescris des bains frais d'eau salée suivis d'une course rapide jusqu'à réaction et sueur. C'était en juillet 1850.

Au bout de quinze jours, la photophobie est moindre et les yeux moins enflammés.

A la fin de novembre, l'ulcération a fait place à une taie légère ; la guérison est presque complète. L'enfant garde son séton jusque dans l'été de 1851.

A cette époque, il était guéri depuis longtemps. Un faible collyre au nitrate d'argent avait suffi pour faire disparaître la petite taie de la cornée. La constitution de cet enfant s'est modifiée ; il n'a eu depuis d'autre accident strumeux qu'une adénite suppurée de l'aine droite, dont je lui ai fait l'ouverture ces jours-ci.

Obs. IV. — Mlle Léonie Th..., de Souillac, âgée de huit ans, tempérament lymphatique, est atteinte, en mai 1847, d'une conjonctivite double, plus intense à droite. Rougeur, photophobie légère, épiphora, tuméfaction des bords palpébraux, rougeur et gonflement de la lèvre supérieure et de l'ouverture antérieure du nez. Elle a eu au cou des glandes qui ont suppuré.

Malgré les préparations iodurées, le sirop de Portal, la tisane de houblon, une bonne alimentation, la laine sur la peau, quelques purgations au calomel, l'emploi du collyre au nitrate d'argent, puis d'une pommade d'un usage populaire, en octobre l'état de cette enfant n'a pas changé ; si l'ophthalmie s'améliore d'un côté, elle ne tarde pas à s'aggraver de l'autre. — Application d'un séton à la nuque.

Guérison arrivée progressivement au bout de six mois, sans nouvelle médication et malgré la mauvaise saison. Le séton a été gardé dix-huit mois.

Je pourrais, dit notre correspondant, citer vingt observations semblables, mais ces quatre faits me paraissent suffisants pour mettre hors de doute, même aux yeux les plus prévenus, la puissance de la médication révulsive. Lorsqu'on voit une affection interminable, ayant résisté à un long traitement, guérir progressivement après l'application d'un séton, ne doit-on pas attribuer la guérison à ce dernier moyen, quoiqu'elle arrive lentement, et lorsque cette guérison arrive *au moins* trois fois sur quatre, comme dans l'ophthalmie de l'enfance.

M. Magne ajoute que l'emploi du séton est très fréquent dans la pratique médicale des contrées qu'il habite. Il lui a rendu de très grands services dans certains cas de gastrite chronique rebelle, et généralement, quoiqu'à un moindre degré, dans les phlegmasies chroniques des principaux organes.

J'ai vu guérir, dit-il, sous son influence, une péricardite chronique chez une jeune fille de douze ans qui était tombée dans le dernier degré de l'hydropisie et du marasme.

— M. le docteur Mathey (de Tournus) nous rappelle un fait qu'il a fait insérer en 1836 dans le *Bulletin de Thérapeutique*, et qui constate, suivant lui, sans réplique, l'efficacité du séton dans un cas d'hémiplégie.

On apporte à l'hôpital de Tournus un militaire qui venait d'être frappé d'une attaque d'apoplexie avec perte du sentiment et du mouvement de tout le côté droit du corps. Pendant vingt jours consécutifs on attaque cette paralysie par des saignées répétées, des dérivatifs sur le tube digestif et des excitateurs promenés sur les membres perclus. Cette médication ne produit aucun résultat heureux. M. Mathey fait usage du séton à la nuque, et le succès dépasse toutes ses prévisions. Au bout de quelques jours les membres paralysés avaient repris complétement et leur faculté sensitive et leur faculté locomotive.

Nous ne faisons suivre pour le moment ces observations d'aucun commentaire, non que nous ne croyions utile de faire certaines réserves à l'égard de quelques-unes d'entre elles ; mais quelle que soit leur valeur individuelle, elles ne seraient assurément pas suffisantes pour justifier de notre part une conclusion. Nous les enregistrons donc purement et simplement, attendant que d'autres faits plus nombreux et observés dans des conditions d'authenticité suffisante nous permettent de les livrer toutes ensemble à une appréciation analytique.

HOPITAL COCHIN. — M. BEAU.

Entéralgie, phénomènes nerveux de longue durée, chlorose, suites d'une suette insuffisamment traitée.

Les suites de la suette ont été jusqu'à présent assez peu étudiées. Les auteurs anciens, aussi bien que les modernes, sont complétement muets sur ce point, cependant fort intéressant, de l'histoire de cette maladie. La raison, fort simple du reste, de ce silence, c'est que ces suites ne sont pas habituellement de longue durée ; puis la plupart des travaux qui ont été faits sur la suette sont dus à des médecins qui n'ont habité que momentanément la localité même où ils ont observé l'épidémie, et qui, aussitôt celle-ci terminée, ont quitté les lieux où elle avait sévi. Enfin, ajouterons-nous, ces suites deviendront de plus en plus rares, en présence du nouveau traitement par les vomi-purgatifs, qui, comme nous l'avons déjà dit plus d'une fois, enraye la maladie et dissipe surtout les accidents nerveux. Nous avons vu il y a quelques jours, dans le service de M. Beau, à l'hôpital Cochin, un exemple de ces suites de la suette dont nous allons donner une histoire succincte, en la faisant suivre de quelques réflexions.

Au n° 21 de la salle Saint-Philippe, est couchée une femme de vingt-huit ans, entrée vers la fin de septembre dernier pour des douleurs d'estomac violentes, datant de près d'une année, et qui s'accompagnaient d'un ensemble de phénomènes nerveux assez graves et d'un état chloro-anémique bien marqué.

Au dire de la malade, ces accidents se seraient développés à la suite d'une suette et d'une cholérine dont elle aurait été atteinte en 1854. Nous l'avons interrogée avec soin, et voici les renseignements que nous avons pu en obtenir.

Cette femme, âgée de vingt-huit ans, domestique, habituellement assez bien portante, habitait la Haute-Saône, son pays, lorsque, au commencement du mois de juillet 1854, elle fut atteinte d'une affection mal caractérisée, sur laquelle elle ne nous donne que des détails fort incomplets, et qui pourrait bien avoir été simplement une sciatique. Quoi qu'il en soit, elle fut prise, vers le milieu de juillet, de sueurs excessivement abondantes ; elle mouilla un jour, nous dit-elle, dans l'espace de douze heures, vingt-huit chemises. Le traitement consista en boissons rafraîchissantes, eau de groseilles ; on la couvrit peu, et deux fois par jour on la faisait lever.

Pendant le cours de cette maladie, elle n'éprouvait pas d'étouffement ni de suffocation, seulement de la faiblesse, un sentiment de froid aux jambes et aux épaules. On ne lui donna point de vomitif ; mais seulement, à deux reprises, on la purgea avec du sel d'Epsom. Au bout de quinze jours les sueurs cessèrent sans être suivies d'éruption, et la sciatique, ou du moins l'affection qu'elle appelle ainsi, reparut.

Vers la fin d'août, la malade fut prise de cholérine qui dura huit jours, et dont elle fut traitée par les opiacés, les lavements laudanisés. A peine la diarrhée fut-elle arrêtée que les sueurs revinrent de nouveau, et durèrent six semaines. A la suite de cette seconde suette, une éruption se montra. La malade nous dit qu'elle a *boutonné six fois*. Cette fois encore on ne lui administra pas de vomitif ; on ne la purgea pas. On lui fit prendre de la teinture d'aconit et de la poudre de charbon dans de l'eau sucrée.

Sa maladie ne se termina complétement qu'à la fin d'octobre. Déjà depuis deux mois les règles s'étaient supprimées ; la durée de l'aménorrhée fut de quatre mois. On la traita par des pilules ferrugineuses et de l'huile de foie de morue. Malgré l'emploi de ces diverses médications, les malaises persistant, elle vint à Paris il y a six semaines, et entra à l'hôpital Cochin quinze jours après.

Elle se plaignait alors de douleurs dans les bras et les jambes, sentiment de brûlure dans la région ombilicale, faiblesse extrême. L'appétit est très capricieux ; le plus souvent il y a anorexie, mais quelquefois surviennent des boulimies auxquelles la malade cède, bien qu'elle ait remarqué et qu'elle nous dise que toutes les fois qu'elle a mangé, elle se sent, le lendemain, beaucoup plus mal à son aise. Elle ressent alors de vives douleurs dans le ventre, et des borborygmes. On constate chez elle, aux mains, aux avant-bras et sur le tronc une analgésie bien évidente.

M. Beau porte pour diagnostic : dyspepsie, suite de cette forme de la suette qui accompagne le choléra ; état chloro-anémique, névropathie générale, analgésie consécutive. — Alimentation légère ; bains sulfureux.

Nous sommes longuement entré dans les détails de ce fait, parce qu'il nous a paru venir à l'appui de plusieurs des opinions que nous avons émises dans notre *Traité de la suette miliaire* (1), et qu'il prouve, sous plus d'un rapport, la justesse et l'exactitude de nos observations. Pour nous, il y a là tout simplement un état névropathique consécutif à une suette dont le traitement a été insuffisant, et cet état, dont la durée n'est pas ordinairement aussi longue, est extrêmement fréquent chez les sujets dont l'affection n'a pas été énergiquement traitée, au début, par le vomitif.

Dans le cas actuel, le traitement hygiénique paraît avoir été convenablement institué : boissons froides, aération, découvrement. Cette femme nous dit même qu'on la faisait lever deux fois par jour. Mais en dehors de ces mesures hygiéniques, excellentes et souvent suffisantes, rien n'a été fait, et c'est cette inertie à laquelle il faut rapporter la prolongation de l'état de la malade.

J'ai mentionné dans mon *Traité de la Suette* un fait absolument identique, celui d'un jardinier d'une cinquantaine d'années, d'une nature molle et sans énergie, chez lequel la suette débuta d'une façon assez mal caractérisée, et qui, en raison de cette invasion bâtarde, fut traité peu vigoureusement aussi, l'expérience ne m'ayant pas encore appris que ces cas devaient être soignés aussi énergiquement que les suettes franches, sous peine de les voir traîner en longueur. Quatre mois après la guérison de l'affection, les malaises épigastriques, la faiblesse persistaient encore, et le sujet courait de médecin en médecin pour chercher un soulagement qu'il ne trouvait nulle part.

C'est ce cas qui nous a fait écrire la phrase suivante, que l'observation ultérieure nous a démontré être de la dernière exactitude : « Chez ceux qui n'ont pas été pris au début d'une manière suffisamment énergique, chez ceux surtout dont la maladie s'est établie peu franchement, d'une manière pénible et mal accentuée, la convalescence s'est toujours ressentie de cette invasion bâtarde, elle a été longue et pénible aussi... Si le traitement a une influence bien marquée sur la gravité, la durée, la régularité de la marche de l'affection, cette influence n'est pas moins évidente sur la durée de la convalescence. Jamais, chez les sujets traités au début, nous n'avons vu de ces convalescences de trois semaines, un mois, dont quelques auteurs ont parlé. » (Pages 47, 48.)

Ce qui, à notre avis, démontre encore mieux combien il eût été

(1) *De la suette miliaire, de sa nature et de son traitement.* Paris, 1854.

nécessaire d'attaquer vivement la suette au début, c'est l'irrégularité de la marche qu'elle a suivie.

Nous voyons la malade être prise, à la fin de juillet, d'une suette que l'on ne peut révoquer en doute, mais qui ne suit pas sa marche normale. Au bout de huit jours, elle cesse sans avoir parcouru ses périodes; survient une cholérine, à laquelle succède de nouveau une attaque de suette qui, au bout de *six semaines*, se termine enfin par une éruption, mais par une éruption irrégulière, qui, au lieu de durer 48 heures, se fait en six reprises; la malade a *boutonné six fois*, suivant son expression.

Dans cette première attaque de suette non accompagnée d'éruption, et suivie, à trois semaines de distance, d'une seconde suette qui, cette fois, après 40 ou 50 jours, se termine par une miliaire, nous voyons non une récidive, comme le pense la malade, qui soutient qu'elle a eu deux fois la suette, mais une seule maladie *coupée en deux*, suspendue par une affection intercurrente, et terminée par une éruption qui s'est faite successivement sur plusieurs régions du corps. J'ai cité un fait de cette espèce observé en 1849 par mon excellent confrère et ami le docteur Missa (de Nanteuil-le-Haudouin); c'est celui d'une femme qui eut une suette parfaitement caractérisée, dont elle était guérie depuis quinze jours, mais sans avoir présenté d'éruption, lorsque, après ce laps de temps, et sans cause connue, elle fut reprise une seconde fois des symptômes et des accidents d'une suette complète, qui se termina cette fois par une éruption confluente. (Ouv. cité, page 95.)

Dans le mémoire que nous avons lu à l'Académie de médecine le 23 janvier dernier, et dont nous avons publié un extrait dans ce journal, nous avons cité un fait analogue, plus curieux encore, de suette coupée en deux par un choléra cyanique, qui nous avait été communiqué par M. le docteur Thiberge, de Bussières-lez-Belmont (Haute-Marne). Chez la malade qui fait le sujet de cette observation, ce ne fut également que la seconde reprise de la maladie qui fut suivie de l'éruption.

Nous ne doutons nullement que si, au début, on avait mis en usage l'ipécacuanha, ce véritable *régulateur* de la maladie, la suette n'eût suivi chez cette femme sa marche normale et que les accidents dyspepsiques, qui se montrent souvent pendant la convalescence, n'eussent disparu depuis longtemps.

Un mot encore, et nous terminerons ces considérations, peut-être un peu longues, mais sur lesquelles nous avons cru devoir nous étendre en raison de l'importance du sujet.

D'après les termes dans lesquels M. Beau a porté son diagnostic, on pourrait croire qu'il y a plusieurs espèces de suette, et qu'une forme particulière accompagne le choléra; et l'habile praticien exprimait devant nous le regret que l'on n'eût pas encore cherché à composer un mot qui rendît à peu près cette idée: *satellite* du choléra.

Nous ne croyons pas, pour notre part, qu'il y ait une forme particulière de la suette qui accompagne le typhus indien. La preuve, c'est que, dans certaines localités, on a vu le choléra et la suette marcher côte à côte sans s'influencer le moins du monde l'un l'autre; dans d'autres, le choléra semblait absorber la suette, et enfin plusieurs fois l'existence de la suette a paru constituer comme une sorte d'immunité et préserver une contrée du choléra.

L'an dernier, voici ce que j'ai pu observer dans la Haute-Marne et la Haute-Garonne, et ce qui s'est passé à peu près par toute la France, à en juger par les relations que nous avons comparées avec les résultats de notre observation.

Il est certain qu'en 1854 le choléra a exercé une certaine influence sur quelques-uns des phénomènes de la suette, sur la constipation par exemple. L'influence atmosphérique *choléra* a modifié la *suette;* la cholérine s'est très fréquemment manifestée chez les malades de la suette, et l'on a eu beaucoup moins souvent besoin d'administrer les purgatifs, en raison de la complication diarrhéique qui s'est produite ici. L'épidémie la plus redoutable a fini par absorber la première, s'attaquant de préférence aux sujets que la suette avait mis dans les conditions les plus favorables pour contracter le choléra. Il y a eu, comme je l'ai dit dans le mémoire cité plus haut, transformation de la maladie la plus légère en celle qui était la plus grave; mais ce n'a été là qu'une complication, et la suette n'a pas pour cela changé de nature. — Dr A. Foucart.

DE L'EMPLOI THÉRAPEUTIQUE DE L'ÉLECTRICITÉ,

Par M. le docteur Jamin.

L'emploi de l'électricité en médecine date de quelques années à peine, et déjà les nombreux succès obtenus de toutes parts dans une foule de maladies aussi différentes par leur symptomatologie que par leur siége et leur nature, ont dû faire ranger le fluide électrique parmi les plus puissants, les plus merveilleux agents de la thérapeutique. En peu de temps les indications s'en sont multipliées à l'infini; chaque jour, pour ainsi dire, en voit éclore de nouvelles, et la presse scientifique enregistre des guérisons inespérées dues aux ingénieuses tentatives que ne cessent de faire les hommes intelligents qui se sont livrés à cette étude.

Mais pendant les premiers essais, la complication des machines à l'aide desquelles on parvenait à créer artificiellement le fluide électrique, leur prix élevé, la difficulté de les faire manœuvrer sans des connaissances préalables péniblement acquises, en restreignait l'usage, et par suite nuisait à la vulgarisation de la nouvelle méthode. Ici, comme toujours, l'art a dû s'adresser à la science pour obtenir d'elle la simplification des procédés, simplification sans laquelle ils ne pouvaient prétendre à passer dans la pratique journalière.

C'est sous l'influence de cette pensée que s'est produite la chaîne hydro-électrique médicale de M. Pulvermacher, et l'on se rappelle que lorsqu'elle fut soumise à l'Académie de médecine, elle reçut tout d'abord de la savante compagnie un accueil favorable, d'autant plus flatteur qu'il est plus rarement accordé aux nouvelles inventions.

Il ne s'agissait alors que de déterminer si cet appareil, avec un nombre suffisant d'éléments, pouvait égaler la force des puissantes et coûteuses machines employées jusque-là par d'habiles expérimentateurs. Il fut reconnu dès les premiers essais que la chaîne dont il est ici question, d'une simplicité remarquable et d'un prix très modique, possédait, sous un très petit volume, la même énergie que les grands appareils.

Mais ce n'était pas tout, et le point principal sur lequel M. Pulvermacher crut devoir attirer spécialement l'attention, ce fut la possibilité d'appliquer aussi le courant continu à l'aide de sa chaîne.

Pour quelques médecins peu versés dans l'étude des sciences physiques, et qui doutaient même de l'action efficace de l'électricité développée au moyen des appareils d'induction, il parut plus irrationnel encore de prétendre à un succès médical par l'emploi du fluide électrique au moyen d'une chaîne composée de vingt, vingt-quatre ou trente éléments seulement.

Mais ceux qui connaissaient les admirables résultats du courant continu obtenus au moyen de la pile voltaïque, tels qu'ils se trouvent consignés dans les ouvrages de M. Becquerel et d'autres physiciens, accueillirent avec faveur une découverte qui faisait préjuger pour la thérapeutique les plus heureux résultats. Les faits, il faut bien le dire, ont confirmé pleinement leurs prévisions.

Nous n'avons pas besoin, dans un journal pratique comme la *Gazette des Hôpitaux*, d'entrer dans les détails de la structure et du mécanisme des chaînes de M. Pulvermacher (1); nous ne voulons que rapporter ici quelques faits cliniques à l'appui de ce que nous venons d'avancer. Parmi les nombreuses observations mises à notre disposition, nous en choisirons deux dues à d'honorables praticiens de la ville.

Obs. I. — Le premier fait est relatif à une jeune dame atteinte d'une névralgie du plexus et du nerf brachial du côté droit, donnant lieu à des douleurs intolérables et empêchant tout mouvement du membre. Plusieurs célébrités médicales avaient conseillé tour à tour, et sans résultat, les bains tièdes prolongés, les douches, les frictions, les révulsifs. M. Hutin, médecin ordinaire de la malade, eut alors l'idée d'essayer l'emploi de l'électricité. Une chaîne composée de vingt-quatre éléments fut enroulée en spirale autour du bras. Le lendemain, la malade avait pu dormir, et en quelques jours la guérison était complète.

Obs. II. — Le deuxième fait, observé par le docteur Corbel-Lagneau, est celui d'une dame, la comtesse de C. d'A..., qui fut guérie d'une manière véritablement subite d'une névralgie temporo-frontale par l'application d'une chaîne semblable autour du front. On avait mis en usage chez elle, et sans succès, pendant plusieurs jours, un mélange à parties égales d'huile d'olives et de chloroforme. Le lendemain de la disparition de la douleur de tête, des crampes se firent sentir dans la région de l'estomac, qui cédèrent aussi rapidement à une application de la chaîne électrique. Aucune espèce de névralgie ne s'est reproduite chez cette malade depuis sa guérison, qui date de six mois.

Les avantages réels et incontestables de l'appareil de M. Pulvermacher peuvent se résumer ainsi: d'abord il n'exige pas du médecin, dont les moments sont si précieux, ces soins matériels et cette perte de temps qu'occasionne l'emploi de l'appareil d'induction, lequel, ne possédant qu'un courant d'induction, nécessite la présence de l'homme de l'art pendant tout le temps que dure l'opération. Dès qu'il l'a vu appliquer une fois, le malade peut s'en servir seul, et cela sans danger, sans le moindre inconvénient, sans aucune secousse électrique. Et non-seulement l'action du fluide électrique ne contrarie pas celle des médicaments que l'on peut employer simultanément avec lui, mais il semble que le malade devienne, par son emploi, plus impressionnable, plus facile à modifier par les agents thérapeutiques ordinaires.

Joignez à cela cet autre avantage, non moins précieux pour le médecin, de trouver dans un seul et même appareil la facilité de se servir à volonté du courant continu ou du courant interrompu. Or, les recherches les plus exactes ont prouvé, ce que l'on ne savait pas il y a quelques années, que le fluide électrique ne doit pas être, dans toutes les affections, employé de la même manière; que la nature des courants doit être en rapport avec la nature des altérations fonctionnelles. Il n'est personne qui ne sache aujourd'hui que si le courant interrompu est celui qu'il faut employer quand il y a perte de mouvements, c'est le courant continu qu'il faut diriger contre le phénomène douleur, en un mot, que le premier a une action dynamique, tandis que le second a une action chimique bien différente de la première et dans ses manifestations et dans ses résultats.

Sous tous ces rapports, M. Pulvermacher a rendu à la science et à l'art un véritable et signalé service: à la science, car il n'est pas un cours de physique où l'on ne fasse usage aujourd'hui de ses appareils pour démontrer par l'expérience les lois naturelles de l'électricité; presque pas de cours de physiologie, — et nous citerons comme exemple un des savants professeurs du Collége de France, M. Cl. Bernard, — où l'on ne s'en serve pour élucider des questions encore obscures du mécanisme de la vie. Comme l'a dit M. Corbel-Lagneau dans les réflexions dont il fait suivre le fait que nous lui avons emprunté, « l'application de l'électricité sous cette forme est un des plus grands bienfaits que l'on ait pu rendre à l'humanité. » Ajoutons que M. Pulvermacher n'a nullement prétendu, par cette heureuse invention, supprimer le rôle du médecin dans le traitement des maladies nerveuses; c'est l'homme de l'art, seul compétent en pareille matière, qui doit être juge de l'opportunité du moyen, faire choix de l'appareil, et diriger la conduite du malade dans son application.

TRAITEMENT DE LA PHTHISIE PULMONAIRE

par les acides oxalique et fluorhydrique.

Par M. le docteur J. Hastings.

La thérapeutique est encore à la recherche de moyens propres à combattre ou à arrêter le développement de la tuberculisation pulmonaire. La médecine anglaise a fourni depuis quelques années de nombreux travaux à ce sujet.

M. le docteur Hastings a cherché dans un article récent à appeler l'attention des médecins sur deux nouveaux médicaments, les acides oxalique et fluorhydrique. Ces médicaments sont donnés à des doses très minimes, notre confrère anglais administrant deux ou trois fois par jour la douzième ou la vingt-quatrième partie d'une goutte d'acide fluorhydrique ajoutée à une petite dose de sirop de pavot, et un demi à un grain d'acide oxalique.

L'auteur rapporte, à l'appui de son opinion, trois observations qui ne semblent pas, à beaucoup près, aussi démonstratives que l'auteur paraît le croire. Chez les trois malades, l'affection tuberculeuse du poumon était arrivée à sa période la plus avancée: celle d'excavation. Sous l'influence de la médication indiquée plus haut, on vit, suivant l'auteur, l'état des forces s'améliorer d'une manière rapide, l'expectoration diminuer de quantité, et les cavités tuberculeuses revenir sur elles-mêmes.

Il est à regretter que M. Hastings n'ait pas donné de détails plus circonstanciés sur les effets physiologiques des médicaments et sur la marche exacte de chacun des symptômes morbides.

(*Lancet* et *Gaz. hebd.*)

(1) Voir les ouvrages de MM. Pouillet, Becquerel, Duchenne, etc.

DE L'UTILITÉ DE LA COMPRESSION DE L'ABDOMEN

dans le traitement des kystes ovariques,

Par M. J. Morley.

Un des plus savants accoucheurs de Londres, M. J.-B. Brown, a publié dans la *Lancet* un mémoire sur le traitement des kystes de l'ovaire au moyen d'une compression méthodique exercée sur sur l'abdomen. M. J. Morley a de nouveau mis en pratique avec succès ce moyen fort simple chez une femme atteinte d'hydropisie enkystée de l'ovaire, chez laquelle on avait été forcé d'avoir recours à la ponction. La compression fut pratiquée au moyen de serviettes appliquées sur le ventre et de tours de bandes jetés autour de l'abdomen. Sous l'influence d'une compression ainsi pratiquée et continuée pendant plus d'un mois, on vit la tumeur demeurer stationnaire et conserver le volume qu'elle présentait à la suite de la ponction.

Quoique ce moyen ne doive peut-être pas toujours réussir, comme cela eut lieu entre les mains de MM. Brown et Morley, nous n'hésitons pas cependant à l'indiquer à nos lecteurs, comme étant toujours d'une exécution facile et sans danger pour les malades, avantages que ne présentent pas, à beaucoup près, plusieurs des moyens nouveaux conseillés pour obtenir la cure radicale des hydropisies enkystées de l'ovaire.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Les dernières nouvelles que nous avons reçues de M. le professeur Bérard sont de nature à inquiéter vivement ses nombreux amis.

La journée de mercredi avait été assez bonne; mais vers le soir, appareil fébrile intense; aggravation des symptômes généraux. La nuit a été mauvaise. Jeudi, même état que la veille. Aujourd'hui vendredi, il n'y a pas d'amélioration.

— Le docteur Mac-Gregor, chirurgien en chef et directeur du service hospitalier anglais de la grande caserne de Selimié, à Scutari, vient de mourir à la suite d'une attaque de choléra foudroyant.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM.:

Candolle, de Marseille (Bouches-du-Rhône); *Quelques mots sur la vaccine et la vaccination.*

Blanc, de Londres (Angleterre); *Essai sur le sclérème.*

Dufour la Bastide, de Brignac (Corrèze); *Considérations sur les maladies des os.*

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8

N° 144. — MARDI 11 DÉCEMBRE 1855. (28e ANNÉE.) N° 144. — MARDI 11 DÉCEMBRE 1855.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 10 décembre 1855.

Séance de l'Académie des Sciences.

Nos lecteurs n'ont pas oublié les importants travaux et l'intéressante discussion dont a été l'objet, dans ces derniers temps, cette affection singulière du système musculaire qui avait été jusque-là confondue avec la paralysie par lésion des centres nerveux, qui est considérée aujourd'hui comme constituant une affection à part, et à laquelle on a donné les différentes dénominations de paralysie musculaire atrophique, paralysie progressive avec atrophie, d'atrophie musculaire primitive ou idiopathique, d'atrophie graisseuse, etc. Signalée dans ces dernières années seulement à l'attention des médecins, cette affection avait été observée dès 1832 par M. Cruveilhier ; et c'est en 1848, seize ans plus tard, qu'elle a été déterminée par le savant professeur d'anatomie pathologique dans ses conditions anatomiques. Telles sont les deux circonstances que M. Cruveilhier a tenu à rappeler dans le mémoire dont il a donné lecture à l'Académie dans la séance du 3 décembre.

On sait le concours que d'autres observateurs ont apporté entre ces deux époques et depuis la dernière, à la promulgation du fait et à l'éclaircissement de plusieurs points importants de son histoire.

Nous ne voulons pas examiner en ce moment auquel d'entre eux doit revenir la plus grande part à l'honneur de cette découverte ; nous nous bornons à constater celle que réclame M. Cruveilhier, et qui est fondée sur deux dates précises, l'une qui répond à l'observation du premier fait où l'on a distingué l'existence d'une paralysie d'un caractère spécial et distinct des diverses espèces de paralysies connues alors ; la seconde, qui est celle de la détermination de ses conditions et de ses caractères anatomiques. C'est sur ce dernier point particulièrement que porte le mémoire de M. Cruvelhier. On y verra (1) l'énoncé des résultats auxquels l'ont conduit les études faites pendant l'une des dernières phases de l'histoire de cette affection — nous voulons parler en particulier de l'état des racines antérieures des nerfs spinaux correspondant aux muscles atrophiés, — et les conclusions générales que M. Cruvelhier a déduites de ce fait par rapport à l'origine des racines antérieures des nerfs spinaux et à leur influence physiologique, jusqu'ici inconnue, sur la nutrition musculaire.

Tout le monde connaît le parti que Camper a tiré de la mensuration de l'angle facial pour la détermination des caractères anthropologiques des diverses races humaines. Le moyen qu'il employait pour obtenir l'angle facial ne donnant que des résultats approximatifs, et nécessitant d'ailleurs une habileté et une habitude du dessin que tous les naturalistes n'ont pas, on a cherché à lui substituer divers procédés susceptibles de donner une plus grande précision aux résultats, en même temps qu'ils pouvaient être mis à la disposition d'un plus grand nombre d'observateurs. Tels sont en particulier le goniomètre de Morton et celui de M. Jacquart, l'habile préparateur du cours d'anthropologie du Muséum.

Dans un mémoire qu'il a lu sur ce sujet, M. Jacquart, réservant la question relative à la valeur et à la signification de l'angle facial, s'est proposé uniquement d'apprécier les divers moyens proposés pour l'obtenir, et de développer les motifs qui lui ont fait donner la préférence au goniomètre de son invention. Ce goniomètre, dont il serait impossible de donner une description intelligible sans le secours du dessin, est basé sur ce principe formulé par Cuvier et Geoffroy Saint-Hilaire, que pour obtenir d'une manière rigoureuse et utilement comparable l'angle facial, il faut faire passer la ligne *horizontale* du compas par le milieu d'une ligne qui va d'un trou auditif à l'autre et par le tranchant des dents incisives, et la ligne *faciale* de ce dernier point à la saillie que l'os frontal fait entre les sourcils ou sur la racine du nez. M. Jacquard se propose de faire connaître les résultats que lui aura fournis l'application de cet instrument sur les nombreux crânes et bustes de la galerie anthropologique du Muséum. Nous reviendrons à cette époque sur ce sujet.

Nous signalions dans notre dernier numéro, à l'occasion d'un fait curieux d'hystérie chez l'homme, quelques-uns des effets de la compression des nerfs constatés par MM. Bastien et Vulpian, et nous annoncions comme prochaine la communication d'un travail spécial sur ce sujet. Nous ne pensions pas avoir à y revenir si tôt. La communication en question a été faite, en effet, dans la dernière séance. Nous donnerons dans le compte rendu les résultats intéressants que ces deux laborieux investigateurs ont constatés. On y trouvera, à côté de quelques faits connus, mais incomplétement analysés jusqu'ici, et de quelques autres confirmatifs de ce que l'on savait déjà, des faits réellement nouveaux et dignes de toute l'attention des physiologistes et des pathologistes. Nous citerons, par exemple, parmi les premiers, ceux qui concernent les modes spéciaux et distincts des diverses sensibilités ; et parmi les seconds, l'ordre de succession parallèle et en sens inverse des phénomènes graduels des deux périodes d'*aller* et de *retour* de la paralysie artificielle produite par la compression.

Nous disons que la constatation de ces faits n'intéresse pas seulement les physiologistes, mais qu'elle intéresse aussi les pathologistes ; elle permet, en effet, d'apercevoir dès à présent de nombreuses applications à l'étude de la marche des diverses paralysies et de leur pronostic.

Nous ne terminerons pas cette rapide appréciation sans mentionner une intéressante monographie de M. Courbon, sur les coléoptères vésicants des environs de Montdidier, et en particulier sur l'espèce qu'il désigne sous le nom de *cantharide pointillée*, et qui joint à une action vésicante très énergique, cette heureuse propriété de ne produire aucune irritation sur les organes génito-urinaires.

L'Académie a reçu, dans cette séance, une lettre du ministre de l'instruction publique, qui invite l'Académie a présenter deux candidats pour la chaire de médecine du Collége de France. Nous ferons connaître le résultat de la délibération de l'Académie à cet égard.

Les présentations pour la place vacante dans la section de médecine et de chirurgie commencent à se produire. Nous avons à enregistrer déjà celles de MM. Jobert (de Lamballe), Cruveilhier, Longet et Brown-Séquart. La chirurgie, la médecine et la physiologie ont, comme on le voit, des prétentions égales. — Dr Brochin.

(1) L'abondance des matières nous empêche de publier aujourd'hui ce compte rendu. Nous l'insérerons dans un prochain numéro.

HOTEL-DIEU. — M. Trousseau.

Des rapports de la dentition des enfants avec l'allaitement et le sevrage.

Les questions les plus élémentaires en médecine sont souvent les moins connues. Il semble tout d'abord qu'on ne doive pas beaucoup se préoccuper de ces petites choses, en apparence d'un médiocre intérêt, qui tous les jours fourmillent sous les pas du praticien ; mais souvenez-vous que Stoll a fait un chapitre intitulé *De quibusdam magni momenti minutiis*, et appliquez-vous de bonne heure à ne rien négliger.

L'enfant a vingt dents, l'adolescent vingt-huit, l'homme trente-deux. L'évolution des vingt dents de l'enfant n'est complète que du trentième au trente-sixième mois ; mais ce ne sont que des dents de passage, puisqu'à l'âge de sept ans il commence à les perdre, à les échanger contre d'autres plus durables. A treize ou quatorze ans, ce travail est physiologiquement accompli. A part le grand roi, qui en tout sut faire exception et qui naquit, dit-on, avec deux dents, l'enfant vient au monde avec deux maxillaires non armés, et ce n'est que vers le huitième mois qu'apparaissent ordinairement les premières dents de lait. Mais comme les lois de la nature sont capricieuses, il arrive assez souvent qu'un enfant ait des dents à quatre mois, tandis qu'un autre n'en a point encore à un an ; aussi convient-il de ne pas fixer de limites. Généralement les deux incisives médianes inférieures apparaissent les premières ; j'appréhende une orageuse dentition toutes les fois que je vois un enfant débuter par ses dents supérieures. Ces deux premières dents sortent ensemble à vingt-quatre, quarante-huit heures, quatre jours et quelquefois huit jours d'intervalle, mais *ensemble*, retenez-le bien, et celles-là seulement se présentent ainsi. Six semaines ou deux mois après, les deux incisives médianes supérieures font leur évolution non plus ensemble, mais distancées l'une de l'autre de huit, quinze ou trente jours. Le travail de la dentition se fait donc très vite pour les deux premières dents, et plus lentement pour les autres.

Maintenant deux autres dents vont sortir : les deux incisives latérales supérieures, et cela, très peu de temps, un mois ou deux après les incisives médianes supérieures. C'est vers un an que l'enfant a ses six dents, et tandis qu'il a commencé par deux inférieures, il a continué par quatre supérieures.

Les dents des enfants sortent par *groupes*, *dentes in infantibus catervatim erumpunt* : premier groupe, deux incisives médianes inférieures vers huit mois ; deuxième groupe, deux incisives médianes supérieures vers dix mois ; troisième groupe, deux incisives supérieures latérales à un an à peu près ; quatrième groupe, deux incisives inférieures latérales et les quatre premières molaires (six dents dans ce groupe, de quatorze à dix-huit mois) ; cinquième groupe, quatre canines, de dix-huit à vingt-quatre mois ; sixième groupe, quatre secondes et dernières molaires, de trente à trente-six mois.

Les canines sortent après que l'enfant a complété ses douze dents, et quand il a de dix-huit à vingt-quatre mois ; leur évolution dure de deux à trois mois. Les seize dents sont alors alignées sans intervalle. Il se fait ensuite un temps d'arrêt de six mois, de dix mois même, et à l'âge de trois ans, lorsque l'enfant a percé son dernier groupe, ses quatre secondes dents molaires, le travail de la dentition est terminé.

Ce n'est pas sans intention que j'ai parlé de groupes ; vous allez voir que c'est fort important à connaître, à cause du sevrage. Un fait considérable, c'est qu'aussitôt après qu'un groupe de dents est sorti, l'enfant s'arrête et se repose. Profitez alors de cet intervalle pour sevrer, car le moment est propice. Savez-vous ce qui se passe le plus habituellement ? On sèvre les enfants indifféremment quand ils ont deux, sept, neuf, onze, quatorze dents ; on n'y regarde pas. Or, moi je vous prie d'y regarder, et de près, autrement vous perdrez vos petits malades de cette affection terrible des entrailles, de ce choléra infantile (1) dont je vous parlais naguère.

Vous serez consultés dans maintes occasions sur l'opportunité du sevrage, aussi ne devrez-vous vous prononcer qu'après un scrupuleux examen de la dentition, et n'autoriser la mère à sevrer son enfant que lorsqu'il aura six, douze ou seize dents. En bonne pratique, il ne faut jamais sevrer après l'évolution des deux premières dents ; le sujet est trop jeune : il n'a ordinairement que huit mois. Ce n'est même qu'avec des ménagements que vous pourrez en venir là après la sortie du troisième groupe ; mais enfin, si vous êtes vivement sollicités par les parents, consentez-y, car vous avez devant vous un mois ou six semaines de répit et de calme avant le travail du quatrième groupe. Faites-le donc à la rigueur, mais ne perdez jamais de vue que l'enfant n'a que six dents, qu'il n'est âgé que d'un an, et que l'alimentation étrangère ne vous réussira pas toujours très bien.

L'instant le plus favorable au sevrage est sans contredit l'intervalle qui sépare le quatrième du cinquième groupe. En effet, l'enfant est muni de douze dents, huit incisives et quatre molaires, et il a devant lui un temps de repos assez long, deux mois environ, pendant lesquels il n'y a point d'accidents à redouter du côté de l'intestin ; et puis, lorsque les canines viennent à apparaître (et c'est le groupe dont l'évolution présente le plus de danger), il est habitué à son nouveau régime, et bien préparé à la crise qu'il va traverser.

Sachez donc attendre, pour sevrer, après le quatrième groupe. Lorsque la santé de la mère ou de la nourrice, ou des intérêts de famille vous obligeront à autoriser un sevrage prématuré, veillez toujours à ce qu'il y ait six dents ; autrement, si vous n'avez pas à

(1) Nous publierons cette leçon dans un de nos prochains numéros.

déférer à des considérations de cette nature, ne sevrez qu'après en avoir compté douze.

N'allez pas croire que les choses se passent toujours aussi régulièrement. Vous ne serez pas sans voir des enfants percer des molaires avant les incisives, ou les incisives supérieures avant les incisives inférieures; car, bien que la dentition s'opère d'ordinaire ainsi que je viens de vous le décrire, il n'en est pas moins vrai qu'elle présente très fréquemment des irrégularités qui, je l'avoue, ne laissent pas que d'embarrasser très fort le médecin, dont tous les efforts tendent à rencontrer un intervalle de repos. Faites alors pour le mieux; examinez l'état des gencives, et sevrez aussitôt après la complète évolution d'une dent; elle sera probablement suivie d'un certain temps de calme pendant lequel vous aurez les coudées franches.

Parmi les accidents qui signalent la dentition, les plus importants, les plus graves et les plus tenaces ont leur siége dans le canal alimentaire. Quelques jours à l'avance, l'enfant est inquiet, dort peu, pousse des cris violents, suce ses doigts, serre le mamelon de sa nourrice, refuse de manger s'il prend une nourriture supplémentaire, et quelquefois même de teter; ses gencives sont rouges, et il existe une élévation très notable au point où les dents vont percer; il tousse, la voix s'altère, la membrane muqueuse buccale s'irrite; mais du moment où l'enfant a deux dents, ses gencives s'enflammeront par voisinage, et les dents sorties auront la sertissure gingivale très rouge et très tuméfiée.

Si vous administrez du mercure à un individu qui n'a pas une seule dent dans la bouche et qui porte un râtelier, vous ne verrez survenir ni salivation ni stomatite hydrargyrique; mais que ce même homme conserve une dent oubliée, échappée au désastre, et les manifestations mercurielles se feront autour de celle-là. La sertissure de cette dent s'enflammera, tandis que le reste sera respecté par la phlegmasie. Or, il en est de même pour les premières dents; leur sortie n'entraîne pas d'accidents du côté des gencives. Au contraire, elles se gonflent et rougissent à propos de l'évolution du second groupe et des suivants.

Chez presque tous les enfants, le travail de la dentition s'accompagne de diarrhée. Modérée quelquefois, à peine se compose-t-elle de trois ou de quatre garde-robes; mais elle est assez souvent intense, de couleur verdâtre, ressemblant à un hachis de feuilles d'herbes ou à des grumeaux de lait caillé renfermant des matières glaireuses et mêmes sanguinolentes. Dans certains cas enfin, il se manifeste un ténesme notable avec chute du rectum. Ces accidents, qui précèdent de quelques jours la sortie de la dent, persistent souvent et durent alors jusqu'à ce que le groupe entier soit percé. La diarrhée ne disparaissant pas, vous pressentez tous les ménagements auxquels il convient d'avoir recours, ainsi que les soins particuliers que réclame l'alimentation. Vous la restreindrez et l'améliorerez autant que possible. Durant cette diarrhée, conseillerez-vous le sevrage? Non; à moins cependant que le lait de la nourrice ne vous paraisse entretenir le flux intestinal.

Pendant la saison d'été, les accidents de la dentition portent sur l'intestin, très rarement sur les voies respiratoires. Les dérangements intestinaux, la fièvre, le catarrhe péripneumonique et les autres manifestations pathologiques du côté des poumons formeront cortége à l'hiver.

Il faut que je vous prémunisse contre un préjugé populaire, et je vous engage à le combattre toutes les fois que s'en présentera l'occasion. Vous entendrez dire et redire autour de vous que la *diarrhée est bonne aux enfants*: ne croyez pas cela; car trop souvent elle entraînera la mort de vos petits malades. La diarrhée appelle l'entérite chronique, et l'entérite chronique débilite, ruine et tue les enfants. Luttez, au contraire, contre le flux de l'intestin, et vous les verrez beaucoup mieux supporter les accidents qui se déclareront ailleurs.

On considère aussi comme une chose éminemment utile de ne point toucher à ces saletés qui recouvrent la tête de l'enfant; mais ce ridicule préjugé n'existe plus de l'autre côté du détroit ni dans l'Amérique du Nord: détruisons-le donc aussi chez nous.

Lorsque pendant le travail de la dentition les évacuations sont seulement plus faciles, sans dégénérer toutefois en selles diarrhéiques, vous pouvez respecter cette légère dérivation; encore ne faut-il pas qu'elle dure plusieurs jours, car il conviendrait d'y mettre fin.

Les convulsions, a-t-on dit, surviennent chez les enfants constipés, mais n'atteignent pas ceux qui ont de la diarrhée. Le fait n'est pas vrai. Presque toujours les convulsions coïncident avec la diarrhée, et le bon état des entrailles les prévient ordinairement.

J'appelle toute votre attention sur l'alimentation; ce point est de la plus considérable importance. En effet, si vous négligez tous les soins qu'elle réclame, vous verrez survenir la diarrhée, et successivement une entérite, des indigestions graves, puis l'éclampsie. Rien n'est aussi fréquent que ces indigestions graves favorisées par une entérite et amenant des convulsions; rien non plus n'effraye davantage les parents. Ils perdent généralement la tête, et, pendant que des domestiques ou des voisins courent chercher un médecin, la mère, sur l'officieux conseil d'une trop officieuse commère, verse de l'eau bouillante sur les pieds et les mains de son enfant; elle l'échaude, et il meurt de ses brûlures. Cela me rappelle ce qui est arrivé à un éminent confrère, le professeur Marjolin, pendant le cours d'une fièvre typhoïde qui l'avait plongé dans un état profond de stupeur. On appliqua sur ses jambes des serviettes trempées dans de l'eau à 70 degrés, et de larges eschares s'ensuivirent, qui ne furent complétement guéries qu'après plusieurs mois.

En fait de convulsions, moins vous ferez et mieux vous ferez. L'accès est même le plus souvent passé quand vous arrivez, et, alors même que ces petits assauts reparaîtraient une ou deux fois dans la journée, le lendemain il n'en reste ordinairement que le souvenir. S'il y a eu indigestion, administrez un laxatif, car il vaut mieux pousser au dehors des aliments qui se trouvent dans de mauvaises conditions de digestibilité; laissez peu teter l'enfant, donnez-lui de l'eau albumineuse, faites-lui prendre un bain au besoin, et vous ne tarderez pas à voir se dissiper tout cet appareil de symptômes effrayants. Tout réussit en général, même les infiniments petits de l'infiniment ridicule homœopathie.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. PIORRY.

Leçons cliniques sur les gastropathies (1).

(Recueillies par M. Frédéric Duriau, aide de clinique.)

12° *Gastrelcosies* (ulcérations de l'estomac). — Les ulcérations de l'estomac, plus rares qu'on ne le pense généralement, sont d'ordinaire causées par des agents physiques ou chimiques qu'il est quelquefois possible de retrouver. On a décrit l'ulcère stomacal comme une maladie essentielle et pouvant exister indépendamment de toute autre lésion. Que l'on examine les phénomènes auxquels donnent lieu ces ulcérations, et l'on remontera à la source du mal: une douleur persistante vers un point de l'estomac, des digestions très difficiles, souvent accompagnées de vomissements et coïncidant avec des alternatives de constipation et d'entérorrhée; enfin, comme signe physique, on a le gargouillement provoqué par la palpation de l'estomac. Si l'on considère que ces phénomènes se rencontrent ordinairement chez des individus soumis à de longues privations, on comprend comment la membrane muqueuse de l'estomac, se ramollissant sous l'influence d'une diète rigoureuse, peut devenir le siége d'une ulcération. Les fibres musculaires soumises pendant quelque temps à une inertie complète se laissent naturellement distendre outre mesure par les liquides ingérés; leur contractilité est en quelque sorte abolie, et conséquemment l'estomac ne tarde pas à prendre le développement énorme que la percussion constate dans ces circonstances.

Loin donc de considérer cette dilatation et le gargouillement comme des indices certains d'une ulcération de l'estomac, il faut reconnaître que ces phénomènes peuvent coexister avec cette lésion sans en être la cause ou l'effet direct, et surtout qu'ils peuvent avoir lieu dans tout autre cas. Il n'y a guère que les désordres fonctionnels qui puissent mettre sur la voie d'une telle altération. On conçoit en même temps combien il importe de ne pas envisager l'ulcération stomacale comme une maladie essentielle, puisqu'elle est la conséquence d'autres troubles pathologiques. D'ailleurs il n'est pas très rare de rencontrer des ulcérations en voie de cicatrisation, ou même complétement cicatrisées, et qui ne se soient manifestées pendant la vie par aucun phénomène morbide.

Lorsque la douleur persistante vers un point de l'estomac et les vomissements permettront de croire à une gastrelcosie indépendante de toute autre lésion organique, telle que le tubercule ou le cancer, on évitera une nourriture indigeste ou trop stimulante, et l'on combattra les états morbides qui pourraient lui avoir donné naissance; parmi eux, on trouve au premier rang la gastromalaxie et l'oxygastrie.

13° *Gastrocarcinie* (cancer de l'estomac). — Lorsque le squirrhe, la mélanose ou l'encéphaloïde se rencontrent chez un individu qui se plaint de douleurs d'estomac, ce n'est point à ces produits hétéromorphes qu'il faut tout d'abord attribuer les souffrances. Autrefois, on croyait que le cancer était douloureux, mais aujourd'hui il est démontré qu'il n'en est rien. C'est à la compression des nerfs, aux contractions spasmodiques qu'il faut attribuer ces souffrances. Ainsi le cancer du cardia n'est guère douloureux, tandis que celui du pylore est accompagné de vives douleurs. En effet, gênant le passage des aliments, il donne naissance à une oxygastrie; en même temps, ainsi que l'a fait voir M. Andral, les fibres musculaires prennent à l'entour de ce rétrécissement un développement exagéré, et leurs contractions spasmodiques, destinées à lutter contre la stase des aliments et l'accumulation des gaz dans l'estomac, deviennent la cause de souffrances intolérables, car ces malades, par un phénomène singulier, ont une tendance très manifeste à avaler de grandes quantités d'air, et celui-ci augmente encore l'aérogastrie et tous les symptômes dont il a été fait mention plus haut.

L'impuissance de l'art contre le cancer force le praticien à rester spectateur passif de l'évolution de ces productions pathologiques; mais l'alimentation, et surtout la magnésie calcinée et le bicarbonate de soude permettent de calmer brusquement ces souffrances, soit en dissipant l'aérogastrie, soit en facilitant aux fibres musculaires la possibilité de se contracter sur des corps présentant quelque résistance.

14° *Pylorosténosie* (rétrécissement du pylore). — Certaines affections, dites nerveuses, sont dues à un rétrécissement du pylore non cancéreux, et donnent lieu aux accidents de la pylorosténosie cancéreuse. Ainsi, un engorgement du tissu cellulaire, une phlegmasie, une congestion de la membrane muqueuse du pylore, enfin une contraction involontaire de cet anneau musculaire peuvent, dans certains cas, amener des sténosies. Pour le pylore comme pour l'anus, il arrive que des agents stimulants, que des phénomènes tout irritatifs déterminent des contractions; et certaines conditions du système nerveux central, voire même des impressions morales ou des accidents hystériques produisent le même effet. Voilà des faits que la pratique semble démontrer. C'est probablement à cette cause, à cette contraction spasmodique qu'il faut attribuer les vomissements de la gastrite et des empoisonnements. C'est encore ainsi qu'on peut expliquer les vomissements continuels qui ont lieu chez les femmes hystériques à la suite des impressions morales, phénomènes qui se dissipent quelquefois sous l'influence des agents thérapeutiques, quelquefois d'une manière instantanée, d'autres fois de la moindre circonstance accidentelle.

Le traitement repose ici évidemment sur l'appréciation exacte de la pylorosténosie; malheureusement il est difficile de pouvoir préciser les conditions de ce phénomène, car il n'est guère de symptômes généraux ou locaux qui puissent conduire à en soupçonner l'existence. Mais dans l'étude des gastropathies, il faut toujours tenir compte des considérations précédentes, à cause de l'analogie qui rapproche la pylorosténosie simple de celle qui accompagne le cancer.

15° *Névrogastralgie* (souffrance nerveuse de l'estomac). — Un grand nombre des états morbides qui viennent d'être analysés, après avoir été attribués à tort à la gastrite, furent considérés comme des symptômes d'une névralgie de l'estomac ou gastralgie. Quelques mots sur cette dernière souffrance permettront d'en préciser les véritables caractères.

La névrogastralgie, qui se traduit, en général, par des douleurs d'estomac variables dans leur intensité comme dans leur forme, est très fréquente chez les femmes. Liée intimement à toute souffrance du système nerveux encéphalo-rachidien ou ganglionnaire, elle accompagne d'ordinaire chaque névralgie. Qu'il y ait ou non coïncidence de l'état hystérique, on voit des maux d'estomac annoncer souvent l'apparition des règles et ne cesser qu'avec la menstruation. De même il peut arriver que, chez les littérateurs et chez les personnes qui fatiguent leur vue, un travail intellectuel devienne la cause de souffrances analogues; s'irradiant de l'organe visuel vers l'estomac, le trouble pathologique se traduit par des douleurs gastriques et des digestions interceptées (1). Les épileptiques présentent souvent des phénomènes semblables, et l'on rencontre les mêmes accidents chez tout individu qui éprouve un mouvement fébrile quelconque. Enfin les souffrances utérines, aussi bien que celles du testicule, s'accompagnent des mêmes désordres, tiraillements et crampes d'estomac; c'est ainsi que l'on voit les digestions extrêmement longues et pénibles par suite d'hyponervie (diminution de l'influx nerveux) gastrique chez les personnes qui ont fait excès du coït. Ainsi, quel que soit l'organe affecté, il y a constamment retentissement du mal vers l'épigastre et surtout vers l'estomac. Que la souffrance primitive vienne à disparaître, on voit immédiatement s'affaiblir ou se dissiper les désordres de l'estomac, désordres purement nerveux, et qui ne sauraient être attribués à aucun des états organopathiques précédents; car le fait qui domine toutes ces manifestations pathologiques, c'est un affaiblissement ou une exagération de l'influx nerveux.

Enfin, il faut ranger dans la même catégorie les maux d'estomac qui se manifestent à la suite des émotions morales.

La relation directe qui existe entre la névrogastralgie et la cause qui en a déterminé la formation permet de ne pas insister sur le traitement qu'il convient de lui opposer. Il est inutile de recourir en pareil cas aux émissions sanguines locales ou générales, aux purgatifs ou aux antispasmodiques; ces médications, loin de pallier les accidents, les laissent s'aggraver. C'est aux états morbides qui ont déterminé ces souffrances de l'estomac qu'il faudra s'adresser: *sublata causâ tollitur effectus*.

— Ici se bornent ces considérations cliniques sur les gastropathies. Il suffit d'avoir indiqué les causes nombreuses auxquelles il faut les rapporter et d'en avoir précisé le diagnostic et la pathogénie, pour prévenir les erreurs de thérapeutique; car, en considérant toutes ces douleurs comme des manifestations d'une dyspepsie ou d'une gastralgie, on s'expose à dédaigner les données rationnelles pour s'abandonner à un empirisme qui conduit fatalement à la négation du progrès et au scepticisme le plus désespérant.

(1) Suite. — Voir les numéros des 8, 15 et 29 novembre.

(1) Voir Piorry, *Mémoire sur l'irisalgie ou migraine ophthalmique*.

LARYNGITE SOUS-MUQUEUSE (ŒDÈME DE LA GLOTTE) chez un enfant épileptique. — Laryngo-trachéotomie. — Succès. Mort dans une récidive.

Par M. RIPOLL, chirurgien adjoint à l'Hôtel-Dieu de Toulouse.

Un enfant de quatre ans, par suite de frayeur, avait été pris à vingt-deux mois d'accès épileptiques se renouvelant tous les douze ou quinze jours. Soumis à l'oxyde de zinc, le malade n'éprouva d'abord aucun soulagement; mais dans les derniers temps les crises semblaient tendre à s'éloigner. Soudain, le 17 décembre 1853, se manifeste avec de l'enrouement une gêne notable de la respiration.

Ces accidents, toutefois, considérés comme une surexcitation de bronchite habituelle, n'avaient causé qu'une médiocre inquiétude, quand dans la nuit du 19 au 20 survint une suffocation tout à fait alarmante.

Appelé dès le matin, M. Ripoll trouva l'enfant assez calme. La respiration était plus bruyante que difficile ; la parole avait quelque chose de rauque et de saccadé. Les amygdales étaient rouges, hypertrophiées, douloureuses ; point de traces de pseudo-membranes.

En présence même du médecin prêt à formuler sa prescription, une quinte de toux violente, prolongée et sans expectoration laissa le petit patient pâle et essoufflé. Pressentant une affection croupale, bien qu'aucun signe anatomique n'en donnât la certitude, M. Ripoll conseilla simultanément six sangsues aux angles des mâchoires, une potion stibiée et des révulsifs extérieurs.

Le soir, malgré l'application scrupuleuse des moyens indiqués, le progrès des symptômes avait été tel, que l'on s'attendait à chaque instant à une issue funeste.

M. Ripoll, soupçonnant dès lors un œdème de la glotte, proposa l'opération, qui fut pratiquée de concert avec M. Roques d'Orbcastel fils, et avec le concours de MM. Buffy et Rigal, internes des hôpitaux.

L'ouverture, comprenant le cartilage cricoïde et deux anneaux de la trachée-artère, se fit sans difficulté. Seulement, une toux convulsive s'étant déclarée, l'enfant tomba comme asphyxié en bavant une quantité considérable de salive, état qui s'amenda néanmoins en suite de l'évacuation par la plaie de mucosités abondantes.

Un grand écueil fut le maintien des canules. Après plusieurs essais, on s'est vu obligé de renoncer à la gaîne extérieure.

Du 21 au 30, sauf des interceptions momentanées de respiration occasionnées par l'obstruction de la canule, tout alla passablement. La phlegmasie tonsillaire marchant à la résolution, et le larynx, auparavant fermé, livrant à l'air un libre accès, on crut pouvoir négliger le secours de la sonde.

Mais il fallut la remettre.

Le 11 janvier, arrachée par l'enfant, elle n'est plus replacée. Insensiblement la plaie se cicatrise.

Vers le 20, malheureusement les symptômes récidivent, et le 23 arrivent à leur summum. Un traitement analogue du précédent suffit pour les modérer.

Jusqu'au 15 février, le mieux se soutient ; tout à fait rendu à la santé, l'enfant suit son régime ordinaire.

Le 16, nouveaux accidents. Cette fois l'opération, qui paraissait indispensable, fut refusée. Cependant la crise se passa encore, mais, hélas ! pour se reproduire le 3 mars et déterminer une mort rapide.

A quelle circonstance pathologique rapporter les phénomènes ? L'autopsie n'ayant point eu lieu, il est difficile d'affirmer sur la seule absence de fausses membranes l'existence d'une laryngite sous-muqueuse. L'épilepsie aurait-elle joué ici quelque rôle ?

Quoi qu'il en soit, on ne doit pas moins enregistrer comme curieuse une opération en réalité suivie de succès, puisque celui qui l'a subie n'a succombé, après soixante-quatorze jours, qu'à une inexplicable rechute. (*Gazette médicale de Toulouse.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 28 novembre 1855. — Présidence de M. Gosselin.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Bras artificiel. — M. Larrey présente à la Société un homme amputé du bras gauche, auquel M. de Beaufort a adapté un membre artificiel de son invention. Ce n'est encore qu'un modèle à l'essai, mais il semble réunir les conditions de mobilité naturelle pour les cas d'amputation au-dessus du coude. Voici en quoi consiste ce bras mécanique :

Une gaîne en cuir épais s'adapte au moignon et s'attache à l'épaule ; elle est largement échancrée ou interrompue au-devant du coude, articulée en ginglyme, avec une autre gaîne figurant l'avant-bras, comme dans l'appareil d'ailleurs connu depuis longtemps.

Mais au lieu d'un corsage analogue à celui que Græfe avait indiqué, ou à celui de M. Van Peetersen, corsage auquel se fixent des points d'appui tels que des cordes à boyau, pour faire mouvoir le bras, l'avant-bras et même la main dans des sens déterminés, M. de Beaufort unit à la face interne et supérieure du bras mécanique une pédale métallique mobile pressant sur une plaque adaptée à la poitrine, près de l'aisselle, et agissant sur un ressort pour fléchir l'avant-bras par une simple adduction du bras.

Quant à la main, les doigts s'écartent ou se rapprochent du pouce à l'aide d'une corde à boyau qui, attachée à la bretelle, agit dans un sens déterminé par l'élévation de l'épaule.

Mais M. Larrey fait observer que si le mécanisme des mouvements du coude est ingénieux, simple et facile, celui des mouvements de la main laisse encore beaucoup à désirer. Il croit, et sauf avis meilleur, il a conseillé à M. de Beaufort d'utiliser l'heureuse idée conçue par M. Rigal (de Gaillac), appliquée par lui-même d'abord, et perfectionnée récemment par M. Duchenne (de Boulogne), pour les cas de paralysie partielle de la main ; à savoir, d'adapter à chacun des doigts mécaniques des cordonnets en caoutchouc, dont l'extrémité libre offrirait une anse ou une boutonnière facile à fixer au vêtement de la poitrine, et dont les tractions plus ou moins fortes produiraient des mouvements proportionnels de flexion et d'extension.

M. de Beaufort paraissant adopter le système de cette main mécanique, en confiera l'exécution à M. Charrière, qui a déjà confectionné, d'après lui, un pied artificiel fort simple, dont M. Larrey a rendu compte à l'Académie de médecine (1).

— M. Huguier fait quelques réflexions sur une des concrétions présentées dans la séance dernière par M. Cloquet. Il s'agit d'une masse de poils fins mélangés d'épingles, et qu'on dit s'être développée dans la cavité utérine. M. Huguier croit d'abord, relativement au siége, que cette production était située non pas dans l'utérus, mais bien dans le vagin. Quant à sa nature, les poils ne pouvant provenir ni d'une grossesse extra-utérine ni d'un kyste pilifère, et étant d'ailleurs parsemés d'épingles, il est probable qu'il s'agit plutôt d'une pelote formée de bourre, et qui a été placée dans le vagin pour servir de pessaire.

M. Houel combat cette interprétation, et se propose de démontrer, avec la pièce en main, l'opinion émise par M. Cloquet.

— M. le docteur Plouviez (de Lille), membre correspondant, est présent à la séance.

CORRESPONDANCE.

M. Broca remet à la Société, au nom de M. le docteur Stilling (de Cassel), trois mémoires :

1° *Sur l'enlacement des artères ;*

2° *Sur la formation d'une pupille artificielle au niveau de la sclérotique ;*

3° *Sur le traitement des rétrécissements de l'urètre par l'incision.*

Des remercîments sont adressés à l'auteur de ces mémoires.

— M. Denonvilliers prend la parole pour exposer un nouveau mode de pansement des plaies ouvertes ou qui suppurent. Il s'agit de la glycérine. Ce corps a été depuis longtemps extrait des corps gras ; mais il avait été en quelque sorte oublié, quand il fut étudié de nouveau par M. Chevreul. Plus récemment, M. Cap s'est occupé à son tour de son mode de préparation, de ses usages pharmaceutiques et de ses propriétés dissolvantes. Restée jusqu'ici sans emploi, la glycérine est produite en grande quantité dans les fabriques de bougies stéariques et dans les savonneries. C'est un corps neutre, onctueux comme une solution de gomme, d'une saveur sucrée, inaltérable à l'air, soluble dans l'eau en toutes proportions, et dissolvant à son tour un grand nombre de substances, entre autres le tannin, l'iodure de potassium, etc. M. Cap a indiqué déjà un certain nombre d'applications de la glycérine à la médecine ; mais M. Denonvilliers ne s'en occupera pas, et ne parlera que de son usage dans le traitement des plaies.

Les pansements, en général, sont, en chirurgie, une chose fort importante ; il en existe un grand nombre qui tous ont leur utilité, soit pour diverses plaies, soit même dans les phases d'une même plaie ; car il est rare que pendant la cure il ne soit pas indiqué d'employer plusieurs modes de pansement. Il faut donc utiliser, suivant les cas, les bandelettes, les serres-fines, le pansement par occlusion, l'eau froide, l'eau chaude, le vin aromatique, la charpie sèche, les onguents divers, etc.

Indépendamment de ces pansements spéciaux, il en est un d'un usage très général qu'on applique à presque toutes les plaies, et qui est connu sous le nom de pansement simple ; il s'exécute lui-même de deux manières. Quand M. Denonvilliers a commencé ses études, il voyait Roux employer les plumasseaux enduits de cérat, tandis que Dupuytren couvrait les plaies d'un linge fenêtré recouvert du même corps, et sur lequel on place de la charpie sèche. Le cérat intervient toujours comme corps isolant. Or, la glycérine doit remplacer le cérat, qui a fini son temps.

Voici comment on emploie cette substance : on en verse une certaine quantité dans un plateau creux, puis on y trempe le linge fenêtré ou la charpie ; on peut en verser quelques gouttes sur la plaie, et le tout se fait très proprement, sans salir ni les doigts, ni le linge, ni les vêtements.

Lorsqu'on veut enlever l'appareil, les pièces n'adhèrent pas à la plaie plus que le linge cératé. Quand la suppuration est très abondante, tout est imbibé et s'enlève en une seule masse. La plaie et ses environs restent nets, et au bout d'un pansement quotidien continué pendant un mois, les bords sont aussi propres que le premier jour.

La guérison des plaies est-elle plus rapide par ce mode de pansement? Sans pouvoir le démontrer d'une façon péremptoire, M. Denonvilliers en est convaincu ; il lui semble que la cicatrisation marche plus vite. Dans tous les cas, les plaies ont un bien meilleur aspect, et cela est d'autant plus frappant, qu'à l'hôpital Saint-Louis elles ont en général une assez mauvaise apparence, qui fait croire à ceux qui n'en sont pas prévenus qu'elles sont toutes de mauvaise nature.

La glycérine a-t-elle par elle-même des propriétés spéciales, une action particulière sur les plaies? Cela n'est pas probable ; c'est une substance inerte, mais qui agit surtout grâce à l'extrême propreté qu'elle conserve aux solutions de continuité. Cette condition paraît à M. Denonvilliers de la plus haute importance ; il ne néglige aucun moyen de la remplir, et c'est aux soins minutieux qu'il observe que sont dûs, suivant lui, les remarquables succès qu'il obtient dans les amputations. Ces succès sont si marqués, qu'ayant fait des amputations dans tous les hôpitaux de Paris, il n'a pas perdu un seul opéré pendant une période de douze années.

Le cérat est aussi un corps mixte sans action spécifique sur les plaies, mais qui a le grand désavantage de salir leurs bords dans une grande étendue. Au bout de trois ou quatre jours il se fait une accumulation de cérat, de pus, d'épiderme, qui forme une croûte épaisse, adhérente, qui irrite singulièrement la peau et retarde la guérison. Si l'on veut obtenir dans ce cas cette propreté si nécessaire, il faut, avec une spatule, détacher laborieusement l'enduit gras, et, quelque précaution que l'on prenne, on enlève en même temps la mince pellicule épidermique cicatricielle qui recouvre les bords en voie de réparation.

Avec la glycérine, rien de semblable n'a lieu ; la peau voisine, restant saine et intègre, remplit toutes ses fonctions, et on ne saurait s'imaginer jusqu'à quel point cette intégrité fonctionnelle est favorable au travail de la cicatrisation ; jamais, depuis un mois et demi que l'usage de la glycérine a été généralisé à l'hôpital Saint-Louis, M. Denonvilliers n'a observé d'accidents au voisinage des plaies, dont le pansement est rendu d'ailleurs et plus simple et surtout plus expéditif.

Au point de vue économique comme au point de vue curatif, ce n'est pas une chose de minime importance que d'abréger la cure des plaies, ne fût-ce que de deux ou trois jours sur vingt ou trente. Si on additionnait sur une grande échelle le temps qu'on gagne ainsi, on serait frappé du résultat.

M. Demarquay a essayé la glycérine non-seulement dans les plaies simples, mais encore dans les plaies compliquées de pourriture d'hôpital, et après avoir épuisé en vain les moyens les plus énergiques, il a obtenu par cet agent des résultats très avantageux. Il a eu également à s'en louer dans le traitement des chancres du gland, du prépuce et du frein ; quelques brins de charpie trempés dans la glycérine constituent tout le pansement ; puis encore dans les bubons syphilitiques incisés ; enfin, des injections de glycérine dans des trajets fistuleux, des tampons appliqués sur la surface du col de l'utérus dans les cas d'ulcération, ont été regardés aussi comme fort utiles.

Restreignant sa communication et ses affirmations aux plaies simples exposées, M. Denonvilliers ne conclut rien relativement à ces dernières applications de la glycérine, qui lui paraissent d'une utilité beaucoup moins démontrée.

M. Cap, dans ses recherches, a enseigné encore l'usage utile de la glycérine dans quelques affections cutanées pour la cure desquelles elle a été déjà préconisée par MM. Trousseau et Bazin. Il a également démontré qu'on pouvait tirer parti de la propriété qu'a ce corps de dissoudre en toute proportion le tannin, l'iodure de potassium, etc., etc. Mais M. Denonvilliers laisse pour le moment ces faits de côté, aussi bien que les tentatives faites par M. Demarquay pour utiliser la substance en question dans la conservation des substances alimentaires.

M. Larrey. Notre savant collègue M. Denonvilliers, en proclamant les avantages de la glycérine d'après l'expérimentation qu'il en a faite, me ferait partager volontiers sa confiance, s'il ne me paraissait trop exclusif dans l'emploi de cette substance. Il veut la substituer d'une manière absolue et définitive au cérat, qui ne devrait pas cependant être abandonné tout à fait, ne fût-ce qu'en souvenir des longs services qu'il a rendus aux pansements.

J'essaye aussi la glycérine au Val-de-Grâce, depuis la communication adressée par M. Demarquay à l'Académie des sciences ; j'en ai même étendu l'application à tous les cas de mon service, plaies récentes ou anciennes, ulcérations, fistules, etc., afin d'en constater plus vite les résultats, et de les faire connaître au conseil de santé, qui me les a officiellement demandés.

Mais à part le cérat, qui pourrait, je n'en doute pas, être remplacé souvent et avec avantage par la glycérine, comme il le serait peut-être aussi par d'autres corps oléagineux, tels surtout que l'huile d'olives ou d'amandes douces, il est d'autres topiques dont les anciens chirurgiens faisaient plus d'usage que nous dans les pansements, et que pour ma part j'emploie beaucoup par tradition paternelle : je veux parler des onguents digestifs, et spécialement de l'onguent styrax, pour modifier favorablement les plaies dont la suppuration est de mauvaise nature.

Je dirai enfin, à propos des pansements, et comme question incidente, que M. Denonvilliers attribue à tort l'usage primitif du linge fenêtré à Dupuytren. Il me permettra de lui rappeler que mon père en avait fait l'application, dès 1792, aux blessés de l'armée du Rhin, dans le même temps qu'il organisait les ambulances volantes. C'est alors que se trouvant dépourvu d'une quantité suffisante d'objets de pansements, cérat, charpie et compresses, il fit trouer à jour des pièces de linge découpées ensuite en morceaux, puis imbibées d'huile, de vin, ou simplement d'eau, selon les cas, et recouvertes ainsi, sans inconvénient, de mousse, d'herbes, de feuilles ou d'étoffes diverses. Telle fut l'origine du linge fenêtré.

M. Cloquet a vu, vers 1806, le linge fenêtré s'introduire au Val-de-Grâce ; cette innovation venait des hôpitaux militaires du Nord. Souvent il a employé pour panser les plaies simples le styrax et l'huile d'amandes douces, qui se rapproche aussi de la glycérine. Quant aux inconvénients qu'on vient d'attribuer au cérat, ils ne sauraient être contestés.

M. Demarquay a observé à Saint-Louis une épidémie de pourriture d'hôpital très sérieuse. Un jeune homme affecté d'une brûlure de la jambe par de la fonte en fut le premier atteint, et bientôt le mal se propagea à la plupart des plaies du service. Le quinquina et un régime tonique à l'intérieur, le jus de citron, le vin aromatique, et jusqu'aux cautérisations énergiques avec l'acide nitrique monohydraté et le fer rouge tout fut mis en usage et sans succès. Déjà il avait vu Blandin chercher un succédané du cérat, accusé par lui de donner des érysipèles. Il songea donc à la glycérine. Il arrosa et recouvrit avec des plumasseaux imbibés de la même substance plusieurs des plaies affectées de pourriture ; au bout de deux ou trois jours, toutes ces plaies étaient guéries. Si c'est une simple coïncidence, il faut convenir qu'elle est au moins bien heureuse. Dès lors l'usage de ce topique fut étendu à des ulcérations de mauvais aspect dans la bouche, à des ulcères syphilitiques, à des bubons ouverts ; toutes ces plaies se détergèrent très vite, ce qui semble indiquer une certaine action locale qu'on comprend, du reste, quand on se rappelle la saveur astringente et piquante de cette substance et les légères sensations d'ardeur qu'elle excite momentanément dans les plaies.

La glycérine a peut-être une influence sur l'érysipèle, car avec elle cet accident est très rare ; il n'est survenu qu'une fois après une amputation du sein ; mais la rougeur ne s'est pas étendue, et a paru s'arrêter sous l'influence de la glycérine.

Cette substance modifie d'une façon incontestable la quantité de la suppuration. Dans le commencement des expériences, il est arrivé certains jours que la glycérine a manqué ; le lendemain toutes les plaies rendaient du pus, et avaient moins bon aspect sous l'influence du pansement au cérat.

M. Denonvilliers n'a pas voulu attribuer à Dupuytren l'invention du linge fenêtré, dont l'auteur, au reste, ne lui était pas connu ; il a seulement voulu dire que ce chirurgien, contrairement à Roux, employait toujours cette espèce de pansement.

Il ne veut proscrire ni le styrax ni l'onguent digestif ; il les emploie lui-même ; mais ce sont de véritables médicaments ayant une action déterminée, et qui sont trop actifs pour convenir à toutes les plaies. Il pose en principe que la cure des plaies simples doit, autant que possible, être confiée aux seules forces de la nature ; moins on y fait, et mieux cela vaut. Une simple compresse trempée dans l'eau fraîche est un excellent mode de pansement. C'est probablement à l'absence de toute propriété active que la glycérine doit ses bons effets.

M. Giraldès a vu employer à Londres la glycérine dans les maladies des yeux par M. Bowmann. Quand ce chirurgien veut cautériser quelques points de la cornée et garantir le reste de cette membrane contre l'action du nitrate d'argent, il le recouvre de glycérine. Les journaux étrangers mentionnent à chaque instant cette substance ; il faudrait rechercher si elle n'a pas été encore employée au pansement des plaies. Lui-même l'a essayée récemment à la Charité ; grâce à son emploi, les plaies restent très propres, la charpie se détache sans peine, l'épiderme de nouvelle formation n'est pas entraîné : tout cela est donc exact.

M. Debout. On semble oublier que depuis dix ans au moins la

(1) Rapport sur un pied artificiel de M. de Beaufort. (*Bulletin de l'Académie*, t. XVII, p. 66.)

glycérine est employée en médecine. Un professeur de clinique de maladies cutanées s'en est d'abord servi en 1842 ; puis elle a été encore utilisée dans la xérophthalmie, dans les affections granuleuses du pharynx pour soulager la sécheresse incommode de l'arrière-gorge. M. Debout s'en est servi pour panser des chancres et des balano-posthites récentes : les malades ont énormément souffert, et se sont refusés à continuer ce pansement. Cela ferait supposer que cette substance convient plus particulièrement dans la période terminale des plaies.

Depuis trois ans M. Aran l'a expérimentée en injections dans le vagin et l'utérus, mais il n'en a rien obtenu. Sa propriété la plus remarquable est de dissoudre le tannin, l'iodure de potassium en toutes proportions ; mais l'eau simple agit de même. Il ne faut pas oublier l'histoire de la glycérine, et faire dater son étude des travaux tout récents de M. Cap.

M. Chassaignac a injecté de la glycérine dans le canal de l'urètre; il l'a associée au borax pour faire des collutoires ; il a remarqué que cette substance s'altère facilement, car un de ses malades lui montra un jour un gargarisme à la glycérine destiné à traiter une stomatite, et qui avait l'odeur infecte de l'huile à quinquet.

Quant à tous les autres avantages de la glycérine, M. Chassaignac n'a pu en juger faute d'expérience ; par la raison que jusqu'à présent, et après douze ans d'usage, il les a toujours réalisés, grâce au pansement par occlusion. Les plaies ainsi traitées sont toujours vermeilles, recouvertes de bourgeons de bonne nature. Après l'avoir mis en usage dans tous les hôpitaux de Paris, y compris les plus insalubres, il n'a jamais une seule fois observé ni érysipèles, ni phlegmons, ni pourriture d'hôpital. Il semble donc que le diachylon, qui en bandelettes isolées amène parfois tous ces accidents, les prévienne au contraire quand il est disposé en cuirasse.

M. Larrey fait observer que les cas de *pourriture d'hôpital* dont la guérison est attribuée à la glycérine devraient être spécifiés dans leur forme et dans leur gravité ; car, sans rappeler la distinction essentielle établie à cet égard par quelques-uns de nos maîtres, et notamment par Delpech, s'il s'agit seulement de l'ulcération toute locale et superficielle des plaies constituant la forme légère et bénigne de la pourriture d'hôpital, elle peut être favorablement modifiée par la glycérine, comme par beaucoup d'autres topiques. Et c'est là, du reste, ou à peu près la seule espèce observée dans les conditions nosocomiales les plus ordinaires, dans les hôpitaux civils, par exemple, où cette affection se montre soit à l'état sporadique, soit à l'état endémique.

Mais la *pourriture d'hôpital* vraiment épidémique et même contagieuse, celle qui se développe sous l'influence de l'encombrement et des causes débilitantes, celle que l'on a aussi appelée *gangrène des hôpitaux, typhus traumatique*, etc., parce qu'elle envahit toutes les plaies et les ulcères profondément, à mesure qu'elle détruit tous les tissus, en entraînant la mort de la plupart des blessés ou des amputés, celle-là, de forme grave et maligne s'il en fut, ne s'observe en réalité que dans des conditions exceptionnelles, mais comparables à celles du typhus, surtout dans les hôpitaux militaires, comme on l'a vu récemment encore à Constantinople.

Or cette forme si redoutable de la pourriture d'hôpital résisterait certainement à la glycérine, comme à d'autres ressources de la thérapeutique et quelquefois même de l'hygiène.

M. Cullerier *glycérise* toutes les plaies, mais jusqu'à présent il ne peut rien dire de certain sur la valeur de cette pratique ; il demande donc formellement que la discussion soit remise à deux mois, afin que chacun puisse apporter ses faits et son expérience. Quoique appuyée par plusieurs membres, cette proposition n'est point acceptée par la Société, et la discussion continue.

M. Demarquay maintient tout ce qu'il a avancé ; il ajoute que les détails dans lesquels on vient d'entrer étaient nécessaires au point de vue même des expériences que chacun devra faire. M. Debout ne rend peut-être pas assez justice à M. Cap, qui a eu le mérite de résumer tout ce qu'on savait sur la glycérine.

M. Denonvilliers répète encore qu'il a mis de côté et à dessein tout ce qui était relatif aux applications déjà connues de la glycérine pour concentrer l'attention sur son usage dans les plaies simples qu'on panse ordinairement à plat. Pour toutes les autres lésions chirurgicales, il réserve complétement son jugement.

M. Cloquet. Il ne faudrait pas conclure de ce que la glycérine est neutre et paraît inerte qu'elle est sans action sur les plaies ; peut-être elle agit comme un vernis, comme un enduit isolant, et, s'il y a quelque chose de vrai dans l'opinion qui avance que l'air peut servir de véhicule à la contagion de la pourriture d'hôpital, cette substance favoriserait probablement la guérison en soustrayant les plaies au contact des molécules inoculables.

M. Broca, répondant d'abord à M. Chassaignac, déclare ne vouloir point nier les bons effets qu'on peut retirer dans certains cas des pansements par occlusion. Il a quelquefois recours à ce mode de pansement, mais il n'a pas en ce moyen une confiance aussi complète que son collègue. M. Chassaignac dit, entre autres choses, n'avoir jamais vu l'érysipèle se manifester autour des plaies pansées par occlusion ; or M. Broca, ayant eu l'occasion au mois d'août 1854 de remplacer M. Chassaignac dans son service à l'hôpital Lariboisière, a recueilli alors une observation qui prouve que l'application des cuirasses de sparadrap ne met pas à l'abri de l'érysipèle. M. Chassaignac avait enlevé quelques jours auparavant une volumineuse tumeur du sein, et avait pansé la plaie par occlusion. Un érysipèle se développa sous la cuirasse, que M. Broca dut enlever quelques jours plus tard. Cet érysipèle fit des progrès rapides, se propagea à la région dorsale et à la région lombaire, se compliqua de phlegmon diffus, et se termina par la mort. Ce fait est exceptionnel sans doute, mais il sera bon d'en tenir compte à l'avenir.

J'arrive maintenant, continue M. Broca, à la question de la glycérine. Je ne suis pas partisan de l'immobilité en matière de chirurgie, et j'accueille avec plaisir les innovations ; mais je me méfie des panacées. Si la glycérine ne se présentait que comme un topique inerte destiné à remplacer le cérat classique, elle serait la bienvenue. Il est reconnu aujourd'hui que les plaies guérissent toutes seules, que le cérat n'a aucune propriété spéciale, et qu'il est simplement destiné à permettre d'enlever aisément les pièces de pansement. Qu'on puisse remplacer le cérat par une autre substance, cela n'est pas douteux. Mayor pansait les plaies avec une mousseline fine imbibée d'huile ordinaire ; ce pansement est commode, parce qu'on trouve de l'huile partout. J'y ai quelquefois recours dans la pratique privée. L'huile a même l'avantage de tenir les bords des plaies plus propres en évitant les dépôts, que le cérat forme quelquefois en se desséchant sur l'épiderme. La glycérine a le même avantage, et, si elle n'avait pas d'autres prétentions, je n'aurais rien à dire. Mais elle ne s'annonce pas seulement comme une substance inerte à propriétés négatives. Elle guérit la surdité, certaines maladies des yeux, certaines affections de la peau ; les affections des gencives, les granulations du pharynx, les ulcérations et granulations du col de l'utérus, la balano-posthite, les chancres, les bubons suppurés, et les autres ulcères vénériens ; on l'injecte dans l'urètre et jusque dans l'utérus ; on l'administre à l'intérieur ; on lui accorde la propriété d'activer la cicatrisation des plaies, et même de guérir la pourriture d'hôpital. En un mot, cette substance devient une sorte de panacée, et il m'est impossible de croire tout ce qu'on en dit.

Relativement à la pourriture d'hôpital, je dirai que les faits de M. Demarquay ne me semblent pas démonstratifs. La pourriture d'hôpital que nous observons aujourd'hui n'a pas la gravité de celle que décrivent les auteurs classiques, et elle guérit très bien toute seule ; j'ai pu m'en assurer l'année dernière à l'Hôtel-Dieu lorsque je remplaçai M. Laugier. En quelques jours quatorze malades, couchés, Salle Sainte-Marthe, dans le rang qui donne sur la Seine, furent atteints de cette complication, qui m'inquiéta d'abord beaucoup. J'eus recours à divers moyens hygiéniques et à des toniques variés, tels que la poudre d'alun et le jus de citron. Le moyen qui me parut donner le meilleur résultat fut la cautérisation avec l'acide chlorhydrique, et je n'appliquai le feu que dans les cas qui me parurent rebelles. Au reste, les accidents ne furent réellement sérieux que dans trois cas, et tous les malades guérirent, à l'exception d'un seul, chez lequel la pourriture d'hôpital avait pénétré dans les articulations du pied.

Parmi ces nombreux malades, il y en eut deux qui gardèrent très longtemps la pourriture d'hôpital, malgré tout ce que je pus leur faire. L'un était un amputé de jambe ; j'avais pratiqué sur l'autre la résection du coude. J'eus recours vainement à plusieurs cautérisations de diverse nature, et même au fer rouge. La pourriture d'hôpital persistait toujours. Alors, voyant que la santé générale de ces deux malades était excellente et que leurs plaies ne se creusaient que très lentement, je pris le parti d'attendre. Je revins au pansement simple avec le cérat ; quelques jours après les plaies se détergèrent spontanément, et commencèrent à se cicatriser.

Je suis porté à croire que dans les cas de M. Demarquay la glycérine n'a eu, comme le cérat sur mes deux malades, d'autre avantage que de laisser en repos des plaies irritées par les cautérisations précédentes. Il est vrai que je n'ai pas eu l'occasion d'observer cette variété particulière de pourriture d'hôpital qui débute par des points noirs et dont il vient de nous parler.

M. Cloquet s'est demandé tout à l'heure comment la glycérine avait pu agir sur la pourriture d'hôpital, et il a paru disposé à croire que cette substance se bornait à soustraire les plaies au contact de l'air. Je pense comme lui que la pourriture d'hôpital se propage souvent par l'action qu'exercent sur les plaies les miasmes contenus dans l'air, et j'en ai même acquis la preuve l'année dernière. Dès que la pourriture d'hôpital parut dans la salle Sainte-Marthe, je fis appliquer sur toutes les plaies de la salle, suivant le procédé d'occlusion imaginé par M. Laugier, une baudruche recouverte d'une couche de gomme arabique. A partir de ce moment la pourriture d'hôpital cessa de se propager. Mais il y eut deux malades qui ne purent profiter de ce moyen préservatif. L'un avait été opéré quelques jours auparavant de la fistule à l'anus ; l'autre avait un vaste abcès de la région anale. L'application de la baudruche dans cette région n'étant point praticable, je fus obligé de faire continuer les pansements ordinaires, et bientôt ces deux malades furent atteints à leur tour de pourriture d'hôpital.

L'occlusion des plaies est donc un excellent moyen d'arrêter la propagation de la pourriture d'hôpital ; mais lorsqu'une fois cet accident existe sur une plaie, l'occlusion ne remplit aucune indication particulière, et quand même il serait démontré, chose au moins contestable, que la glycérine protége mieux que le cérat les plaies contre le contact de l'air, il n'en résulterait pas que cette substance eût la propriété de guérir la pourriture d'hôpital, comme M. Demarquay croit l'avoir observé.

En résumé, je suis disposé à admettre que la glycérine, en sa qualité de substance inerte, vaut autant que le cérat dans le pansement des plaies. L'usage de cette substance est une petite modification dont la valeur et la commodité pourront être appréciées plus tard ; mais plus les propriétés de cette substance sont négatives, et plus je me sens disposé à ne pas croire aux promesses multiples qu'on nous fait en son nom.

M. Boinet pense que la glycérine préserve les plaies à la manière des enduits imperméables, le collodion, les corps gras en général.

M. Debout. La glycérine n'est pas un corps gras ; mais elle possède au contraire à un très haut degré la propriété hygrométrique, c'est-à-dire la faculté d'absorber l'eau partout où elle la rencontre. Il n'a pas voulu déprécier les travaux de M. Cap, mais seulement faire observer que tout ce qu'on sait sur les applications de ce corps à la médecine nous vient d'Angleterre.

M. Chassaignac. M. Broca a cité un fait qui s'élève contre les assertions très absolues qu'il a formulées à l'égard du pansement par occlusion ; cependant ces assertions doivent être maintenues, mais expliquées. Le pansement par occlusion doit être surveillé avec soin, palpé, exploré tous les jours. Dès qu'on constate au-dessous de lui un peu de douleur à la pression ou un peu de rougeur sur ses bords, on l'enlève. Si on négligeait ces précautions, et si on laissait le bandage en place quand même, on pourrait certainement observer des abcès, des phlegmons, des érysipèles ; mais avec de l'attention, cela n'arrive pas. On est donc en droit de dire que jamais le pansement par occlusion n'entraîne de complications.

Quant au fait cité par M. Broca, il n'est pas assez présent à l'esprit de M. Chassaignac pour qu'il puisse le discuter.

M. Forget. La discussion a été entraînée bien loin de son point de départ. M. Denonvilliers a affirmé que la glycérine accélérait la cicatrisation des plaies ; c'est sur ce point qu'il faut concentrer l'attention et diriger l'expérimentation.

M. Guersant croit qu'il faut se mettre en garde contre les panacées ; depuis un mois il emploie la glycérine ; il a remarqué, en effet, que les plaies sont très propres, mais il est loin de reconnaître que le mauvais aspect en est toujours corrigé.

M. Denonvilliers. M. Broca a tort de croire qu'il soit facile de tenir les plaies propres avec l'emploi du cérat, et que le détergement de ces mêmes plaies soit court ; il faut au moins un quart d'heure pour nettoyer convenablement un moignon d'amputation ; ce qui fait que dans un service d'hôpital on ne peut donner à toutes les plaies les soins qu'elles exigent.

Quant aux cas que M. Broca a cités comme appartenant à la pourriture d'hôpital, c'est une erreur : il suffit d'avoir vu une seule fois cette affection pour ne pas s'y méprendre. On admet beaucoup trop facilement cette complication des plaies, qui est extrêmement rare, et on prend pour telle certaines apparences sans gravité et qui ne méritent nullement ce nom.

Si l'aspect blafard des solutions de continuité suffisait pour dire qu'elles sont atteintes de pourriture d'hôpital, tous les blessés de l'hôpital Saint-Louis en seraient affectés ; or, malgré l'opinion généralement admise, jamais M. Denonvilliers n'a observé à Saint-Louis de véritable pourriture d'hôpital.

— M. Chassaignac montre diverses fractures recueillies sur un sujet de cinquante ans, qui a fait une chute d'un troisième étage. Tous les os du tarse d'un côté sont broyés, écrasés, sans que le tibia ni le péroné aient subi la moindre atteinte ; à l'autre extrémité du membre, on trouve une fracture verticale du sacrum et une fracture de l'os coxal ; cet os est divisé en trois fragments qui se rencontrent dans la cavité cotyloïde en suivant les lignes qui correspondent à la réunion des trois pièces de l'os iliaque. Ceci est remarquable eu égard à l'âge du sujet.

M. Broca fait remarquer que c'est comme cela que se présentent d'ordinaire les fractures de la cavité cotyloïde et dû sacrum dans des chutes verticales. C'est la disposition contraire qui est l'exception.

— M. Debout présente, de la part de M. Ad. Richard, un couteau à cataracte à lame courbe sur le plat et à manche de plomb flexible. M. Ad. Richard se propose à l'aide de cet instrument, et il l'a déjà fait vingt-six fois, de pratiquer la kératotomie en commençant par le côté interne de l'œil.

Cette pratique a le double avantage :

1° De prévenir la fuite du globe en dedans ;

2° De profiter pour la contre-ponction et le cheminement du couteau de l'évasement externe de l'orbite.

— M. Bourguet (d'Aix) montre une pièce provenant d'un genou déformé depuis très longtemps. Il est difficile de décider s'il s'agit d'une luxation ancienne avec ankylose ou d'une fracture du rebord antérieur de l'extrémité supérieure du tibia avec subluxation et fusion des os. Cette dernière hypothèse présente plus de fondement.

— La séance est levée à six heures moins un quart.

Le secrétaire de la Société, Dr A. Verneuil.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Nos lecteurs apprendront avec une vive satisfaction qu'il est survenu une amélioration très sensible dans l'état de M. Bérard.

— MM. Roussel et Leconte, agrégé à la Faculté de médecine, viennent d'être nommés pharmaciens en chef des hôpitaux, à la suite du concours qui s'est terminé samedi.

— M. le docteur J. Regnauld, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, a été nommé à la place de pharmacien en chef de l'hôpital de la Charité, en remplacement de M. Quévenne, décédé.

— Par suite de la démission de M. Ricord, un décret impérial du 28 novembre a réorganisé comme suit le service de santé du 19e bataillon de la garde nationale de la Seine :

Chirurgien major : M. A. Foucart.

Chirurgiens aides-majors : MM. Poterin-Dumotel et Calvo.

— On mande de Téhéran, le 1er novembre, au *Moniteur :*

« M. le Dr Ernest Cloquet, médecin du palais du Shah depuis 1846, vient de mourir après des douleurs cruelles, victime d'une déplorable méprise. Il avait bu, en guise d'eau-de-vie pure, une forte dose de teinture de cantharides. M. Cloquet avait été demandé par le dernier roi, Mehmet-Shah, au gouvernement français, qui avait laissé à l'Académie de médecine le choix parmi tous les candidats. M. Cloquet recevait un traitement considérable, environ 35,000 fr. M. Cloquet s'était marié au mois de juillet dernier avec une Arménienne. Ses restes mortels ont été déposés provisoirement dans l'église de Vanek, petit village arménien aux environs de Téhéran. »

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM.

Durand, de Montpellier (Hérault) ; *Propositions sur l'érysipèle.*

Thomas, de Saint-Gervais (Hérault) ; *De la version considérée sous le point de vue de ses indications dans la pratique des accouchements.*

Sadde, de Faugères (Hérault) ; *Des maladies chirurgicales qu'on doit respecter.*

Huc, de Moux (Aude) ; *Essai sur l'utilité des injections iodées.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq ; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Eléments de pathologie médicale ou Précis de médecine théorique et pratique, écrit dans l'esprit du vitalisme hippocratique ; par le docteur A.-L.-J. Bayle, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris. Tome Ier. Un vol. in-8° de 604 pages. Prix des deux volumes : 14 fr. (Le tome second et dernier paraîtra fin février 1856.) — A Paris, chez Germer Baillière, libraire, 17, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 145. — JEUDI 13 DÉCEMBRE 1855. (28e ANNÉE.) N° 145. — JEUDI 13 DÉCEMBRE 1855.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Nous prions nos abonnés des départements et de l'étranger dont l'abonnement expire le 15 ou le 31 décembre d'envoyer le prix de leur renouvellement en mandats de poste ou en traites sur Paris.

PARIS, LE 12 DÉCEMBRE 1855.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie a tenu hier sa séance publique annuelle. Le programme se composait, comme d'habitude, de la lecture du rapport général sur les prix décernés pour l'année courante, de la proclamation des noms des lauréats et d'un éloge académique.

L'usage de la lecture d'un rapport sur les prix, usage général dans les académies, et qui, on ne sait trop pourquoi, était tombé en désuétude à l'Académie de médecine, y a été réintroduit il y a quelques années. M. Gibert l'a maintenu pendant la longue durée de ses fonctions de secrétaire, et son successeur, M. Depaul, paraît disposé à conserver cette bonne tradition. Nous ne saurions que l'en louer, mais non sans faire ici quelques observations sur la manière dont cette partie du programme nous paraîtrait devoir être remplie.

Cette tâche utile, il faut le reconnaître, ne laisse pas que d'être rendue quelque peu ingrate et difficile par les circonstances au milieu desquelles elle est accomplie. Résumer devant un public en partie composé de dames et d'hommes du monde les livres et les mémoires présentés au concours, offre des difficultés de plus d'un genre. Si le rapport est trop technique, le rapporteur pourra bien satisfaire la partie savante et compétente de son auditoire, mais il court grandement le risque de n'être pas compris du reste de ses auditeurs. Si, cherchant à se mettre à la portée de ces derniers, il omet les faits scientifiques et dissimule sous les fleurs du langage les détails qu'on ne saurait exposer dans toute leur nudité à des oreilles délicates sans les blesser, il sera nécessairement incomplet et insuffisant pour ses confrères. Dans cette alternative, le choix est embarrassant, et le moyen terme entre les deux inconvénients assez difficile à trouver. L'histoire des académies nous montre, il est vrai, d'illustres savants qui, grâce à un art infini de la parole, à une lucidité d'expression qu'ils puisaient dans leur connaissance profonde du sujet, et surtout à une étude assidue des moyens de vulgarisation, savaient captiver l'attention du public au point de lui faire suivre avec intérêt les développements des questions les plus ardues et les plus abstraites de la science. Mais que pourrait tout l'art des Fontenelle et des Arago sur des sujets pareils à ceux qu'avait à traiter le secrétaire annuel? Le moyen de rendre acceptable par un auditoire dans lequel dominaient des femmes et des ecclésiastiques attirés par une autre partie du programme, l'analyse de mémoires sur une question d'accouchement et de livres sur les maladies syphilitiques ! Ce qui pouvait leur arriver de plus heureux évidemment, c'était de ne pas comprendre. C'est certainement ce qu'ils ont dû faire. M. Depaul ne s'est pas dissimulé, sans doute, toute la difficulté de sa position ; mais il en a pris bravement son parti, et sans grand souci de ce qui pourrait en résulter pour les oreilles chastes et délicates qui l'écoutaient, il s'est adressé à ses confrères.

Pour ceux-ci assurément, le rapport était irréprochable de tous points. Ce n'est pas nous qui en contesterons le mérite et l'utilité ; mais nous n'avons pu nous empêcher, pendant tout le temps qu'a duré la lecture, de réfléchir au petit inconvénient que nous venons de signaler, et de nous demander si ces sortes de rapports ne gagneraient pas à être réservés pour l'une des séances ordinaires, où, en présence d'un auditoire exclusivement composé de médecins, le rapporteur pourrait se donner plus librement carrière. C'est un point que nous soumettons humblement à l'appréciation du conseil académique.

Ce que nous venons de dire du rapport sur les prix est loin de s'appliquer au discours qui l'a suivi. C'était pour l'éloge de Récamier qu'avait été conviée la société choisie qui garnissait l'enceinte réservée. C'est à elle surtout que s'est adressé le panégyriste, particulièrement dans cette partie de son discours où il a cherché à peindre le praticien éminent, l'homme à l'esprit ardent et passionné pour son art, au cœur charitable et dévoué pour ses semblables. Les sympathies de son auditoire lui étaient assurées d'avance, et son succès dans cette partie de son œuvre n'était point douteux.

Mais M. Dubois ne pouvait oublier qu'il parlait aussi à un public médical, et qu'il avait à lui rendre compte du savant et de ses œuvres. Il l'a fait avec non moins d'habileté dans la forme, s'adressant en même temps à toutes les parties de son auditoire et de manière à être compris de tous : rappelant aux uns, par de simples allusions, ce qu'il savait devoir être entendu à demi mot ; ne laissant apercevoir aux autres que les traits les plus généraux et l'ensemble de la physionomie qu'il avait à retracer. Cette face du tableau a dû sans doute flatter un peu moins les sentiments des parents et des amis de Récamier, qui, dans le religieux souvenir qu'ils conservent de cet homme de bien, doivent s'être habitués à confondre dans un même sentiment d'admiration les qualités de l'homme privé, l'habileté du praticien et le mérite du savant. Comme un de ses collègues, dans une circonstance semblable et toute récente, M. Dubois a pensé que « pour un tel homme les molles complaisances du panégyrique ne valaient pas la virile impartialité de l'histoire, » et il a jugé avec sévérité, peut-être même avec une sévérité un peu excessive la valeur scientifique de Récamier ; si bien qu'après l'avoir entendu qualifier au début de son discours d'homme de génie et d'esprit supérieur, on se demande avec étonnement à la fin, après le décompte fait de ce qui nous reste de Récamier, si ces épithètes étaient bien justifiées. Nous ne voulons pas motiver ici cette appréciation ; nous nous bornons à l'énoncer, non comme nous étant propre, mais comme nous ayant paru partagée par un grand nombre d'assistants. Nos lecteurs en jugeront du reste eux-mêmes, car nous mettons sous leurs yeux le discours entier de M. Dubois, qu'à ces réserves près, nous applaudissons sincèrement, comme nous avons applaudi tous ses aînés. — Dr Brochin.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU 11 DÉCEMBRE 1855.

Présidence de M. Jobert (de Lamballe).

M. Depaul, secrétaire annuel, lit le rapport général sur les prix décernés par l'Académie en 1855.

M. le président proclame ensuite les prix décernés, et lit le programme des prix proposés pour 1856, 1857 et 1858.

PRIX DE 1855.

Prix de l'Académie. — Déterminer par des faits précis le degré d'influence que les changements de lieux, tels que l'émigration dans des pays chauds et les voyages sur mer, exercent sur la marche de la tuberculisation pulmonaire.

Ce prix est de 1,000 fr. ; il a été obtenu par M. le docteur Rochard, chirurgien en chef de la marine impériale, à Brest.

Prix Portal. — Du goître endémique. Etiologie, anatomie pathologique, prophylaxie, rapports avec le crétinisme.

Ce prix est de 1,000 fr. L'Académie a accordé, à titre d'encouragements :

1° Une somme de 400 fr. à M. le docteur Bach (de Strasbourg) ;

2° Une somme de 400 fr. à M. le docteur Morétin de Baume-les-Messieurs (Jura) ;

3° Une somme de 200 fr. à M. le docteur Le Tertre Vallier, médecin militaire à Amiens (Somme).

Prix Civrieux. — De la catalepsie.

Ce prix est de 1,000 fr. L'Académie l'a partagé entre MM. les docteurs F. Sabouraud, médecin à la Châtaigneraie (Vendée), et M. T. Puel, médecin à Paris.

Prix Capuron. — Question relative à l'art des accouchements. Des morts subites dans l'état puerpéral.

Aucun des mémoires adressés à l'Académie n'ayant été jugé digne du prix, l'Académie a décidé que la même question serait remise au concours pour 1857.

Question relative aux eaux minérales. (Déterminer par l'observation médicale l'action physiologique et thérapeutique des eaux minérales *alcalines*, et préciser nettement les cas de leur application.)

Ce prix était de la valeur de 1,500 francs.

L'Académie a décerné le prix à MM. J.-E. Pétrequin, ex-chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, et Socquet, médecin du même établissement.

Elle a accordé une mention honorable à M. le docteur Willemin, inspecteur-adjont des eaux de Vichy.

Prix Itard. — Ce prix triennal était pour cette année de la valeur de 3,700 francs.

L'Académie l'a décerné à M. Vidal (de Cassis), chirurgien de l'hôpital du Midi, pour son *Traité des maladies vénériennes.*

Prix et médailles accordés à MM. les médecins vaccinateurs (pour le service de 1853) :

1° Un prix de 1,500 fr. est partagé entre MM. Massaloup, de Mèze (Hérault) ; Labesque, d'Agen (Lot-et-Garonne), et Carville, de Gaillon (Eure).

2° Quatre médailles d'or ont été accordées à MM. Descieux, de Montfort-l'Amaury (Seine-et-Oise) ; Verger, de la Gravelle (Mayenne) ; Maigne, de Cubzac (Dordogne) ; Charil, de Janzé (Ille-et-Vilaine).

3° Cent médailles d'argent ont été données à autant de vaccinateurs.

Médailles proposées pour MM. les médecins des épidémies et pour MM. les médecins inspecteurs des eaux minérales. — L'Académie propose à M. le ministre d'accorder pour le service des épidémies de 1854 :

1° Des médailles d'argent à MM. Kemmerer, de Saint-Martin ; Coutenot, de Besançon (Doubs) ; Houeix, de Ploermel (Morbihan) ; Vingtrinier et Duclos, de Rouen (Seine-Inférieure).

2° Des médailles de bronze à MM. Durand, de Chartres (Eure-et-Loir) ; Gestin, de Quimper (Finistère) ; Poulet, de Plancher-les-Mines (Haute-Saône) ; Pone, de Pontarlier (Doubs) ; Santon, de Montbéliard (Doubs).

3° Une mention très honorable, avec rappel de la médaille d'argent, à M. le docteur Lecadre, du Havre (Seine-Inférieure).

4° Une mention honorable, avec rappel de la même médaille, pour MM. les docteurs Jacquez, de Lure (Haute-Saône) ; Pagès, d'Alais (Gard).

5° Enfin, des mentions honorables à MM. les docteurs Vannaque, de Compiègne (Oise) ; Victor Guillemin, de Thionville (Moselle) ; Anthouard, du Vigan (Gard) ; Lemaire, de Dunkerque (Nord).

L'Académie propose en outre à M. le ministre d'accorder, pour le service des eaux minérales (1853) :

1° Des médailles d'argent aux médecins inspecteurs suivants : MM. Vernière, de Saint-Nectaire (Puy-de-Dôme) ; de Puisaye, des eaux d'Enghien (Seine-et-Oise) ; Lhéritier, des eaux de Plombières (Vosges) ; Richon des Brus et de Laurès, des eaux de Néris (Allier) ; Lebret et Pégot, des eaux de Balaruc (Hérault) ; Lefort, chimiste à Paris.

2° Des mentions honorables, avec rappel de médaille d'argent, à MM. Villaret, de Bourbonne (Haute-Marne) ; Bertrand fils, du mont Dore (Puy-de-Dôme) ; Dufresse de Chassaigne, de Chaudes-Aigues (Cantal).

3° Des médailles de bronze à MM. Magnin, des eaux de Bourbonne (Haute-Marne) ; Bouisson, des eaux de Lamotte (Gard) ; Isarié, des Eaux Chaudes (Basses-Pyrénées).

PRIX PROPOSÉS POUR 1856.

Prix de l'Académie. — Faire l'histoire des applications du microscope à l'étude de l'anatomie pathologique, au diagnostic et au traitement des maladies ; signaler les services que cet instrument peut avoir rendus à la médecine, faire pressentir ceux qu'il peut rendre encore, et prémunir contre les erreurs auxquelles il pourrait entraîner.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix Portal. — De l'anatomie pathologique des kystes.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix Civrieux. — Etablir par des faits les différences qui existent entre la névralgie et la névrite.

Ce prix sera de la valeur de 2,000 francs.

Prix Capuron. — De la saignée dans la grossesse.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix d'Argenteuil. — La valeur de ce prix, pour la troisième période (de 1850 à 1856), sera de 12,000 francs.

PRIX PROPOSÉS POUR 1857.

Prix de l'Académie. — Déterminer par des faits cliniques le degré d'utilité des exutoires permanents dans le traitement des maladies chroniques.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix Portal. — Exposer les altérations organiques produites par l'affection rhumatismale, et déterminer les caractères à l'aide desquels elles peuvent être distinguées des altérations dues à d'autres causes.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix Civrieux. — Du vertige nerveux. Tracer avec soin le diagnostic différentiel du vertige nerveux ; signaler les caractères qui le distinguent des vertiges produits par la pléthore, par l'anémie et par une

lésion organique cérébrale, et indiquer le traitement particulier qu'il réclame.

Ce prix sera de la valeur de 1,500 fr.

Prix Capuron. — 1° Question relative à l'art des accouchements : La question des morts subites dans l'état puerpéral, proposée pour 1855, est remise au concours pour l'année 1857. L'Académie fera remarquer aux concurrents que depuis longtemps on a observé des cas de mort subite chez les femmes enceintes, en travail ou accouchées, sans que ces cas de mort aient pu s'expliquer par les causes ordinaires et appréciables des morts subites.

Ce sont ces cas encore inexpliqués que l'Académie avait en vue quand elle a proposé la question des morts subites dans l'état puerpéral, et c'est dans ce sens exclusivement qu'elle désire que la question soit traitée.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

2° Question relative aux eaux minérales : Caractériser les eaux minérales salines, indiquer les sources qui peuvent être rangées dans cette classe; déterminer par l'observation médicale leurs effets physiologiques et thérapeutiques, et préciser les cas de leur application dans les maladies chroniques.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix Lefèvre. — De la mélancolie.

Ce prix, qui est triennal, sera de la valeur de 1,800 fr.

PRIX PROPOSÉS POUR 1858.

Prix Itard. — Ce prix sera de la valeur de 3,000 fr.

— Les mémoires pour les prix à décerner en 1856 devront être envoyés à l'Académie avant le 1er mars de la même année.

Eloge de Récamier. — Après la lecture de ce programme, M. le président donne la parole à M. Dubois (d'Amiens), pour la lecture de l'éloge de Récamier ; il s'exprime en ces termes :

Messieurs,

Ce n'est jamais sans émotion ni sans trouble qu'à chacune de nos solennités je me vois appelé à l'honneur de porter la parole devant vous ; mais si je ne puis me défendre de cette inquiétude alors même que j'ai à vous parler d'un de ces laborieux, de ces sages praticiens, qui, après s'être soumis à de longues études et s'être fortifiés par de continuelles et attentives observations, se sont élevés dans les hautes régions de la science pour y trouver une gloire modeste mais incontestée, de combien de difficultés et d'écueils ne dois-je pas me trouver environné, aujourd'hui que j'ai à vous entretenir d'un de ces rares génies qui, pour accomplir des choses tantôt grandes et tantôt étranges, ne s'inspirent que d'eux-mêmes, apôtres de vérités et quelquefois d'erreurs, qui semblent obéir à de puissants et mystérieux instincts, et arrivent ainsi à une gloire qui reste éblouissante pour quelques-uns, mais qui pour d'autres demeure incertaine, obscure et contestable !

Déjà peut-être vous avez compris, messieurs, que c'est de M. Récamier que je veux vous parler, de cet esprit supérieur et inégal, qui pendant près d'un demi-siècle sembla prendre à tâche d'étonner et de déconcerter ses contemporains par l'élévation et l'instabilité de ses théories, par l'éclat et le désordre de sa parole, par la singularité et l'audace de ses médications.

M. Récamier a laissé parmi nous des traces trop profondes et trop personnelles pour que son nom puisse tomber dans l'oubli ; il a droit au tribut de louanges qu'exige toute grande célébrité. Je vais donc rappeler quels ont été les fondements de la sienne ; je dirai par quelles vues soudaines et lumineuses, par quels savants et ingénieux procédés se révélait en lui cet heureux don du ciel qu'on appelle *invention ;* je montrerai quelle était la prodigieuse, l'inépuisable fécondité de son esprit ; mais en même temps je ne pourrai me dispenser de parler de cette *imagination* ardente et fougueuse, qui trop souvent dominait ce grand praticien et le poussait à d'inexprimables hardiesses.

Plus que personne peut-être j'aimais et j'admirais ce rare assemblage de brillantes facultés ; mais je ne puis oublier qu'ici je parle au nom d'un grand corps, gardien des saines doctrines, et qu'avant tout je dois maintenir les droits de la vérité, de la raison et de la science bien comprise.

M. Récamier, je le dis dès à présent, a été un homme *excessif ;* je me hâte d'ajouter qu'il ne l'a été que dans le bien, ou du moins dans ce qu'il croyait être le bien ; de sorte que s'il m'arrive d'avoir à déplorer quelques égarements, je pourrai toujours louer du moins la pureté et l'excellence de ses intentions. Aussi, messieurs, ai-je la conviction que rien de ce qui sortira de ma bouche ne pourra blesser les sentiments de ceux qui ont conservé pour la mémoire de M. Récamier une pieuse estime et une juste vénération.

Né à Cressin, petite commune située près de Belley, dans le département de l'Ain, le 6 novembre 1774, Joseph-Claude-Anthelme Récamier appartenait à l'une de ces familles qui sont l'honneur et l'orgueil d'une province.

Son père était un notaire d'un esprit distingué, d'un profond savoir et d'une haute probité.

Son grand-père, le docteur Grossi, proto-médecin des rois de Sardaigne, Victor-Amédée et Charles-Emmanuel, s'était fait en son temps une vaste réputation par l'étendue de ses connaissances et les succès de sa pratique.

L'Eglise avait eu ses représentants dans cette famille ; c'est un oncle paternel du futur médecin, l'abbé Récamier, curé de Villebois, qui fut son premier précepteur.

L'esprit et la beauté devaient aussi se mettre de cette parenté, comme pour en rehausser l'éclat ; on sait que le célèbre auteur de la *Physiologie du goût*, Brillat-Savarin, appartenait à la famille de M. Récamier, et que plus tard une alliance y fit entrer cette belle personne, qui dans sa retraite de l'Abbaye-aux-Bois était restée pour ses nombreux amis comme un type de grâce et de distinction, un symbole d'inaltérable douceur et d'inépuisable bonté.

Mais déjà j'aurais dû dire que c'est à sa mère que M. Récamier donnait la première place dans ses souvenirs d'enfance ; c'est sur ses genoux qu'il apprit à lire, et comme c'était une femme d'une grande piété, elle ne s'était point bornée à cultiver ce jeune esprit, elle avait aussi parlé à son cœur et jeté dans son âme les premières semences de ces sentiments religieux si vifs et si profonds qui ont marqué toute sa vie.

Des bras de cette tendre mère, le jeune Récamier avait passé sous la direction du respectable ecclésiastique dont nous venons de parler, et qu'on aurait pu appeler le Fénelon de la famille ; puis on l'avait envoyé au collége des Joséphistes, à Belley. Les études y étaient fortes et bien dirigées ; la bourgeoisie du Bugey et de la Bresse y envoyait presque tous ses enfants. Anthelme Récamier s'y lia d'une étroite amitié avec Anthelme Richerand, fils comme lui d'un notaire du pays, et qu'on citait parmi les élèves les plus distingués.

Richerand était de cinq ans plus jeune que Récamier. Celui-ci se montrait plus soumis et plus docile, grâce sans doute aux salutaires enseignements de sa jeunesse ; Richerand, doué d'une merveilleuse facilité, avait plus de goût pour les lettres, et donnait plus d'élégance à ses compositions. Ces deux jeunes gens devaient se retrouver plus tard à Paris.

En 1792, M. Récamier quitta le collége de Belley. Il rentrait dans sa famille avec une foi religieuse plus vive encore peut-être et plus ardente qu'aux jours de son enfance. Quand vint le moment de choisir une profession, comme il n'était guidé que par le désir d'être utile à ses semblables, il se décida pour l'art de guérir, et obtint de ses parents la permission d'aller faire de premières études à l'hôpital de Belley, sous un chirurgien estimé nommé M. Gonet, puis à l'hôpital de Bourg.

Je viens de dire qu'au collége de Belley le jeune Récamier avait rencontré le futur auteur des *Eléments de physiologie ;* à l'hôpital de Bourg il va trouver parmi ses condisciples un timide et gracieux jeune homme, qui devait être une des gloires de la France, Xavier Bichat, à peine âgé de vingt et un ans.

On était alors en pleine révolution ; Bichat dut se rendre à Lyon pour y suivre les leçons de Marc-Antoine Petit, en qualité d'élève de l'Hôtel-Dieu. Récamier, atteint par la réquisition, se fit attacher au service de santé de l'armée des Alpes comme chirurgien auxiliaire de troisième classe. Son corps d'armée devait garder la frontière et repousser les Piémontais ; mais la ville de Lyon s'étant mise en pleine révolte contre la Convention, sa division, commandée par le représentant Dubois-Crancé, fut dirigée sur la ville rebelle pour en faire le siége.

Notre jeune chirurgien se trouva ainsi dans les rangs des soldats républicains, pendant que Bichat, enfermé dans la ville, prêtait les secours de son art aux malheureux assiégés.

Mais après la reddition de la place, M. Récamier, pour ne pas être témoin des atroces vengeances que Collot-d'Herbois et Fouché allaient exercer contre ses infortunés habitants, se hâta de quitter sa division pour aller au port de Toulon prendre du service dans la marine militaire.

Cette nouvelle carrière semblait convenir de tous points à M. Récamier. Il n'était pas de ceux qui avaient pris les armes pour la cause de la liberté politique ou de l'égalité civile, mais il voulait l'indépendance de son pays, et il se sentait heureux d'échapper à la guerre civile pour aller au-devant des ennemis de la France ; son âme patriotique en était exaltée.

C'était par la voie du concours que les jeunes chirurgiens obtenaient de l'avancement dans l'armée de mer. Après quelques mois passés dans l'hôpital de Toulon, un concours s'étant ouvert, M. Récamier se mit sur les rangs, et fut nommé premier aide-major à bord du *Ça ira*, vaisseau de 80 canons.

Il semble que la mer et son rude métier était une école par laquelle devaient passer presque tous les hommes d'avenir ; c'est à la même époque et de la même manière que les deux plus grandes illustrations de la médecine et de la chirurgie militaire devaient commencer leur glorieuse carrière.

Larrey, à peine âgé de vingt et un ans, venait d'être admis à l'hôpital de Brest, et quelques mois de service après, il s'embarquait en qualité de chirurgien major à bord de la frégate *la Diligente.* Broussais passe également quelques mois dans ce même hôpital de Brest, puis il monte à bord de la corvette *l'Hirondelle* en qualité de chirurgien de seconde classe ; c'était sur l'Océan qu'ils allaient naviguer. M. Récamier, enfant des Alpes, allait faire ses premières campagnes sur la Méditerranée.

Les vaisseaux ennemis couvraient cette mer. Une lettre que M. Récamier écrivait à son père, en date du 23 vendémiaire an IV, fait connaître que le *Ça ira*, à peine sorti du port de Toulon, fut attaqué par cinq bâtiments. Le chirurgien major fut tué au milieu du combat. M. Récamier recevait à fond de cale les blessés, qui, dit-il, descendaient par vingtaines, et qui bientôt furent au nombre de trois cents ! C'était un spectacle affreux, ajoute le jeune chirurgien ; mais ce qui nous consolait, c'était de voir l'état dans lequel nous avions mis l'escadre de nos ennemis. On était près du golfe de Spezzia. La masse des blessés fut mise à terre ; M. Récamier, retenu prisonnier, dût rester avec eux et remplir les fonctions de chirurgien major. Transporté ensuite à Olmeta, en Corse, il y organisa tout un service de santé. Une grave épidémie s'était déclarée parmi les prisonniers ; lui-même était tombé sérieusement malade. A peine convalescent, on le vit reprendre son service. Jeune, plein de zèle, secourable comme il l'a toujours été, on venait de toutes parts le consulter. Quelques paroisses s'étaient même réunies et avaient offert de lui assurer un traitement fixe s'il voulait s'établir dans le pays. Mais M. Récamier avait d'autres devoirs à remplir ; il se devait à sa famille, et il songeait à la science. Témoin d'une épidémie meurtrière, il avait recueilli de nombreuses observations, et bientôt après, ayant été échangé contre un chirurgien major anglais, il soumit son travail au jugement du conseil de salubrité navale de Toulon. Ses services venaient de le faire passer de la troisième classe dans la seconde. Mais quatre années s'étaient écoulées depuis son départ. Il savait que la santé de son père était gravement altérée ; cette circonstance le décida à quitter définitivement le service, et en juillet 1796, il revoyait ses chères montagnes.

M. Récamier ne passa guère plus d'une année chez ses parents. Les Écoles de santé instituées par décret de la Convention, à la date du 14 frimaire an III, avaient acquis une grande célébrité. Celle de Paris jetait le plus vif éclat ; M. Récamier alla s'asseoir sur ses bancs et suivre les leçons de ses professeurs. L'enseignement y était distribué en douze cours, à chacun desquels étaient attachés un professeur titulaire et un professeur adjoint. Le nombre des élèves était limité à trois cents, désignés sous le nom d'*élèves de la patrie*, et divisés en trois classes : *les commençants, les commencés* et *les avancés.*

M. Récamier se fit inscrire au nombre des élèves vers la fin de frimaire an VI. Il s'était tout d'abord placé au premier rang des *avancés*, et il avait remporté les deux premiers prix décernés en l'an VIII. Ses progrès étaient rapides ; avant la fin de cette même année, le 18 frimaire, il soutenait avec éclat une excellente thèse pour le doctorat ; il est même à remarquer que ce premier travail sorti de sa plume était plein de connaissances pratiques et sobre d'explications ; c'était l'œuvre d'un esprit qui savait encore se garder des vaines hypothèses et ne se laissait aller à aucun écart d'imagination.

Le mérite de M. Récamier comme praticien était déjà, du reste, si bien apprécié, que dès l'année de sa réception au doctorat, le 14 pluviôse an VIII, il avait été nommé médecin *suppléant* à l'Hôtel-Dieu. Peu de temps après, le 19 octobre 1803, un arrêté du conseil général des hospices lui conféra le titre de médecin *expectant*, en remplacement de M. Bourdier, nommé médecin ordinaire. Enfin, après un stage de trois ans, un nouvel arrêté du conseil, sanctionné par le ministre de l'intérieur, lui conféra le titre définitif de médecin *ordinaire* en remplacement de M. Danié, décédé.

C'était à cette époque une très grande position que celle de chef d'un service médical à l'Hôtel-Dieu de Paris. M. Récamier l'a occupée pendant une période de quarante années, c'est-à-dire du 10 décembre 1806 au 1er janvier 1846, époque à laquelle il fut autorisé à prendre sa retraite, en conservant le titre de médecin *honoraire* de l'Hôtel-Dieu.

C'est donc sur ce grand théâtre que nous allons avoir maintenant à suivre M. Récamier ; c'est là véritablement que se sont passés les événements de sa vie médicale. Laissant donc de côté les anecdotes relatives à sa personne, nous allons le montrer aux prises avec les doctrines qui successivement ont régné dans l'École de Paris. Nous dirons quelles étaient ces doctrines, quel compte M. Récamier en a tenu, jusqu'à quel point il les a admises ou rejetées, comment enfin il s'est comporté en face de ces grands mouvements scientifiques.

M. Récamier ne s'est pas montré dès les premiers jours, ni même dès les premières années, avec cette vive originalité, cette puissance d'action et ces prodigieuses facultés que nous lui avons vu déployer ensuite ; mais déjà il voulait être un grand *guérisseur*, déjà il avait cette foi dans son art qui devait plus tard lui acquérir une si grande réputation ; or l'Ecole de Paris, dans ces premières années, professait une doctrine qui ne devait nullement s'accorder avec les idées du jeune médecin de l'Hôtel-Dieu.

On sait que presque tous les professeurs de l'École de santé avaient été choisis et institués par Fourcroy ; c'était la grande époque des sciences physiques et naturelles ; les savants régnaient dans les assemblées politiques et dans les écoles ; les philosophes s'étaient rangés sous leur bannière ; comme eux, ils ne voulurent plus reconnaître qu'une seule méthode, l'analyse, et, comme eux, ils proscrivaient la synthèse ; les médecins, de leur côté, n'avaient d'autres prétentions que celles de faire rentrer les sciences médicales dans l'ordre des sciences naturelles.

Le programme imposé officiellement à l'Ecole de santé de Paris est un document à citer : ce programme embrassait toutes les parties de l'enseignement ; il en déterminait les limites et en indiquait l'esprit. Ainsi, pour le cours de clinique médicale ou de médecine proprement dite, il rappelait au professeur que dans ses leçons « il devait d'abord *diviser* les maladies en un certain nombre de *classes ;* puis qu'après avoir établi les caractères de chaque *classe* de maladies et de ses principales divisions, il devait répéter le même examen sur les *genres* et sur les *espèces*, et ce n'est qu'après avoir ainsi présenté l'*histoire naturelle* de chaque maladie, ajoutait le programme, que le professeur pourrait se mettre à considérer les *changements* que les remèdes peuvent apporter dans la marche des maladies. »

On voit qu'il était impossible de se placer dans des conditions de plus parfait désintéressement ; seulement le professeur n'était plus un médecin : c'était un curieux, un naturaliste, dont la première et la plus importante affaire était de *définir* et de *diviser* les maladies en classes, en genres et en espèces, sauf à établir des *variétés* si cela était nécessaire ; puis subsidiairement, et pour agrandir le champ de ses observations, il pouvait se mettre à administrer ce qu'on est convenu d'appeler des remèdes, non pas précisément pour obtenir la guérison des malades, mais, suivant les expressions du programme, pour voir quels *changements* pourraient survenir dans la marche des maladies !

Voilà quel esprit présidait à l'enseignement de la médecine dans l'École de Paris à la fin du dernier siècle et au commencement de celui-ci. Aussi avait-on trouvé toute naturelle et fort simple la réponse faite par le célèbre auteur de la *Nosographie philosophique* à l'étrange prétention de Pitcairn, qui, un peu plus soucieux de la santé des hommes, s'était avisé de poser à la médecine contemporaine le problème suivant : « Une maladie étant donnée, trouver le remède ; » Pinel, on le sait, s'étonnait qu'un problème aussi secondaire, aussi peu important eût pu séduire jusqu'à Fontenelle ; pour lui, il trouvait la question sinon tout à fait déraisonnable, du moins prématurée, et il ajoutait qu'il fallait lui substituer le problème suivant : « Une maladie étant donnée, » trouver sa place dans un cadre nosologique. »

Heureusement, messieurs, tout cela se passait entre nous et n'est point sorti de nos écoles ; le monde railleur n'en a rien su. Heureusement, dis-je ; qui sait ? quelque Aristophane de l'époque se serait peut-être cru en droit de reprendre l'insidieuse question de Molière : « Mais les médecins ne savent donc rien à votre compte ? » Et cela pour répondre avec une légère variante : « Si fait, mon frère ; ils savent, » pour la plupart, de belles humanités, savent parler en grec et en » latin, définir et *diviser* les maladies ; mais, pour ce qui est de les » guérir, c'est.... chose pour eux prématurée ! »

Diviser et classer les maladies, telle était donc l'unique pensée de l'École de Paris à cette première époque de la pratique de M. Récamier dans les hôpitaux ; or on comprend que, tourmenté comme il l'était par un besoin continuel d'action et par le désir de soulager ses malades, il n'aurait jamais pu se résoudre à considérer des êtres souffrants avec la curiosité impassible du botaniste ou du zoologiste. Son compatriote Bichat avait défini la vie : l'*ensemble des phénomènes qui résistent à la mort ;* lui semblait considérer la maladie comme une des scènes de ce

drame où la vie a pour un moment le dessous, et où le médecin a pour unique office de prêter aide et assistance au malade. C'était à ses yeux comme un duel imprévu et fatal dans lequel intervient l'homme de l'art, non comme un témoin impassible réduit au rôle d'observateur, mais comme un noble et courageux soutenant, qui, pour sa part, tient tête à l'ennemi, et avec d'autant plus de succès que la science a dû l'armer de toutes pièces.

Mais sur ce terrain difficile, obscur et glissant, de quelle prudence, de quelle circonspection ne doit pas user le médecin s'il ne veut pas que son intervention devienne plus nuisible qu'utile à ses malades!

M. Récamier, confiant dans son art, fertile en expédients, plein de ressources, n'était jamais pris au dépourvu; il était près de ses malades comme cette fidèle et dernière espérance qui d'une main soutient ces infortunés au moment où ils descendent dans le tombeau, et qui de l'autre fait briller à leurs yeux sa lampe consolatrice; mais déjà peut-être avait-il trop de goût pour cette médecine active et pour ainsi dire militante que l'on a nommée de nos jours *médecine perturbatrice*.

Il semblait qu'une mission guerrière lui avait été dévolue; les salles de l'Hôtel-Dieu étaient devenues pour lui comme un vaste champ de bataille; c'était, à l'entendre, des combats journaliers qu'il avait à soutenir, combats qui avaient leurs alternatives de craintes et d'espérances, de succès et de revers; s'était-il épris de quelque remède nouveau, d'un de ces agents qu'il appelait *héroïques*, chaque malade en avait une dose, et cela bon gré mal gré, d'un bout de la salle à l'autre. Je demande pardon de l'expression, elle lui appartient; c'était ce qu'il appelait faire feu sur toute la ligne!

Mais si le jeu réel des batailles est, de l'aveu de tout le monde, un jeu plein de hasards et de dangers, de combien de déceptions et de catastrophes ne peut pas être suivie cette autre stratégie qui se fait ainsi au lit des malades, c'est-à-dire dans une sphère à nous presque entièrement inconnue, et dont la pauvre humanité est encore, après tout, l'inévitable enjeu?

N'est-ce point là ce que la plupart des praticiens finissent par reconnaître quand l'âge les a mûris? Et ne reviennent-ils point presque tous à une sage expectation? Mais M. Récamier ne se sentait nullement propre à ce rôle de Fabius; son génie hasardeux et inventif lui faisait au contraire rechercher de préférence les maladies les plus graves et les plus opiniâtres comme pour lutter avec elles. L'agonie elle-même, suprême effort de la nature, n'arrêtait point cet esprit entreprenant; tant qu'il restait un souffle de vie, il soutenait, c'étaient ses propres paroles, que la partie n'était pas encore perdue! Et c'est alors qu'on le voyait recourir à cette médecine désespérée, à cette thérapeutique d'inspiration et de hasards qui lui faisaient opposer la violence du remède à la violence du mal.

Mais je reviens aux doctrines qui se succédaient dans l'enseignement et dans la pratique de la médecine.

L'école de Paris, paisiblement gouvernée par Pinel, ne voyait rien au delà de son pentateuque médical; les cinq grandes classes de maladies, bien groupées et bien définies, étaient pour elle comme le dernier mot de la science, lorsqu'un simple médecin militaire, laborieux praticien, longtemps confiné au fond du Frioul, dans le petit hôpital d'Udine, s'en vint porter le trouble dans nos écoles et y susciter une véritable révolution. C'était Broussais, qui, après s'être timidement essayé dans un obscur amphithéâtre de la rue du Foin, osa élever autel contre autel, doctrine contre doctrine.

Celle qu'il préconisait n'était cependant rien moins que nouvelle; professée dès la plus haute antiquité, sous le nom de *méthodisme*, par Thémison de Laodicée, Tessalus de Tralles et Soranus d'Éphèse, clairement exposée dans les écrits de Cœlius Aurélianus, elle avait été reprise en des temps plus rapprochés de nous par Baglivi, Frédéric Hoffmann et Brown.

Broussais lui donna le nom de *doctrine physiologique*; mais c'était bien ce dualisme qu'on voit revenir d'âge en âge dans l'histoire de la médecine, ce système tellement simplifié qu'il n'y a plus que deux sortes de maladies et deux sortes de remèdes; des maladies par excès de ton ou de forces, des maladies par défaut de ton ou par faiblesse, des remèdes réputés débilitants et des remèdes dits fortifiants.

Restait toutefois une difficulté, un grave sujet de dissidence qui, se reproduisant à chaque époque, plaçait les adeptes dans deux camps opposés; je veux parler de la proportion dans laquelle se trouvent les malades qu'il faut affaiblir, eu égard à ceux qu'il faut fortifier et *vice versâ*; c'est là qu'était le schisme; les uns prétendant, avec Brown, qu'il faut presque toujours fortifier; les autres soutenant, avec Broussais, qu'il faut presque toujours affaiblir. 97 fois sur 100, disait Broussais, il faut affaiblir les malades!

M. Récamier, on doit le prévoir, n'était nullement disposé à accepter les idées des prétendus novateurs. Son imagination toujours en travail ne lui aurait jamais permis de s'emprisonner dans les limites d'un pareil système. C'était, on se le rappelle, une sorte de fanatisme: le nouvel enseignement avait pris la forme d'une ardente opposition, et le maître les allures d'un tribun. La jeunesse séduite l'entourait de ses sympathies, et M. Récamier eut à lutter contre ses propres élèves; internes et externes engageaient avec lui de vives discussions. M. Récamier s'y prêtait volontiers et souriait de leur engouement; mais d'un autre côté ne semblait-il pas lui-même prendre plaisir à se perdre dans l'infinie variété de ses individualités morbides? Pour ne parler que des fièvres, qu'on voulait alors supprimer, ne l'avons-nous pas vu, non content des six ordres de Pinel, en imaginer qu'il appelait *biosiques* ou *vitales*, *pepsiques* ou saburrales, *névrosiques* ou nerveuses, et tant d'autres qui étaient loin de lui suffire, puisque, de son propre aveu, la médecine recommence non-seulement pour chaque homme qui l'étudie, mais encore à chaque malade qu'il est appelé à traiter?

On comprend qu'avec de pareilles doctrines, M. Récamier ne pouvait rien trouver de fixe et de stable dans la science, et c'est à cela sans doute qu'il faut attribuer ses perpétuelles improvisations, ses étranges méthodes thérapeutiques et les bizarres méditations qu'on lui voyait prôner avec enthousiasme et presque aussitôt abandonner.

Sa lutte cependant avec les fougueux partisans de la doctrine physiologique ne fut point de longue durée; ceux-ci, en appelant l'attention des praticiens sur l'état des organes, avaient fini par jeter quelques esprits dans un autre excès, celui de ne plus tenir compte des manifestations vitales dans le cours des maladies, et de s'attacher exclusivement à la recherche des lésions dites organiques. De là cette autre doctrine qui voulut aussi se donner comme nouvelle, et qui reçut le nom de *doctrine organique*. Elle différait, du reste, essentiellement de la doctrine physiologique. Celle-ci, en effet, avait toujours eu pour principe que dans l'étude des maladies il faut avant tout s'enquérir de la nature du mal, et secondairement de son siége. La doctrine organique soutenait, au contraire, qu'il faut d'abord se mettre à la recherche du siége et s'occuper ensuite de sa nature.

Dans la pratique, la différence était encore plus marquée entre les deux écoles: rechercher la nature du mal c'est remonter à ses causes, or la connaissance des causes conduit à celle du traitement; aussi les partisans de la doctrine physiologique avaient-ils la prétention d'être avant tout des praticiens, des guérisseurs; les médecins, au contraire, qui avaient embrassé les principes de la doctrine organique semblaient avoir repris le rôle de simples observateurs, et quelques-uns raisonnaient absolument comme l'avaient fait en d'autres temps les disciples de Pinel; eux aussi trouvaient secondaire et prématuré le fameux problème de Pitcairn: *Une maladie étant donnée, trouver le remède*; et ils en avaient également un autre à lui substituer, c'était celui-ci: *Une maladie étant donnée, déterminer pendant la vie ses vrais caractères anatomiques, et vérifier à l'ouverture du cadavre si l'on n'a pas commis d'erreur!*

De sorte que ces délibérations posthumes, ces consultations pour un malade qui mourut hier n'auraient plus même eu pour objet de savoir ce qu'on aurait dû faire pour le guérir. C'est là, messieurs, ce que l'on a appelé l'*anatomisme* de l'école de Paris; mais hâtons-nous de dire que cette préoccupation n'a véritablement égaré qu'un petit nombre d'esprits. Loin de faire de ses recherches et de toutes ses inspections nécroscopiques une stérile contemplation de la mort, l'école de Paris y a cherché de nouvelles lumières pour le salut des malades; tous ses travaux attestent cette tendance pratique, et je suis heureux de montrer ici que M. Récamier, entré l'un des premiers dans cette voie féconde, en a donné les plus éclatants exemples.

Au lieu de se réfugier, en effet, comme tant d'autres, dans un vitalisme dédaigneux, incompréhensible et stationnaire, M. Récamier a prouvé, par les applications les plus nombreuses et les plus variées, combien sont importantes et fructueuses les recherches d'anatomie pathologique.

On me pardonnera d'entrer ici dans quelques détails. Et d'abord personne n'ignore que dès 1806 M. Récamier avait perfectionné et rendu usuel un instrument qui permet à l'œil du médecin de pénétrer jusque dans la profondeur des organes et à la main du chirurgien d'y porter des secours inespérés; mais ceci n'était qu'un simple moyen d'investigation. On va voir comment M. Récamier s'y prenait pour reconnaître la nature du mal et pour en arrêter les progrès: aucun des organes de l'économie n'échappait à ses recherches. Les dégénérescences du foie avaient particulièrement attiré son attention; on sait que parfois il se forme dans l'épaisseur de ce viscère des cavités remplies d'un liquide clair comme de l'eau de roche, que certains animalcules peuvent se développer dans ces poches; mais comment attaquer une semblable maladie? quel remède porter sur un mal de cette nature, et par quelle voie l'atteindre? M. Récamier, par une opération hardie, qu'il qualifiait de simple acupuncture, s'assurait d'abord de l'existence de ces kystes ou sacs accidentels, il en mesurait l'étendue, il en appréciait la structure; puis, s'appuyant sur cette belle et lumineuse découverte des propriétés adhésives des inflammations, il ouvrait une large issue au liquide, il enflammait les parois du sac qui le contenait, il empêchait l'air d'y pénétrer, et il amenait ainsi une prompte et radicale guérison.

Mais dans le voisinage du foie, dans les profondeurs de l'abdomen, des inflammations sourdes, latentes et presque toujours méconnues peuvent donner lieu à de vastes collections purulentes; c'est ce qu'on nomme des *abcès* profonds du ventre. Ici encore, par de savantes explorations, M. Récamier remonte à la source du mal, il en éclaire le diagnostic, et en fixe le véritable traitement.

Si maintenant nous passons dans la double cavité qui constitue la poitrine, nous y trouvons encore tout un ordre de lésions dont M. Récamier s'est occupé avec le plus grand succès; je veux parler de ces épanchements qui peuvent se former dans les parties les plus déclives, et que la nature est impuissante à résorber. Il faut encore ici, par une ouverture artificielle, donner issue au liquide, c'est l'opération qu'on appelle *empyème*; mais de combien de dangers n'est-elle pas entourée? Si l'air pénètre dans ces cavités, la mort du malade n'en est que plus certaine, et cet air est aspiré par les propres mouvements de la poitrine. M. Récamier conjure encore ici tous les dangers; associant en quelque sorte les manœuvres du physicien à celles du chirurgien, c'est sous l'eau qu'il pratique son ouverture; puis donnant à la poitrine le temps de s'affaisser et de revenir sur elle-même, il amène peu à peu l'effacement des cavités anormales, et les poumons ne se dilatent plus que pour recevoir l'air qui doit les vivifier.

Voilà certainement de beaux travaux, d'heureux résultats; mais, nous l'avons déjà dit, à côté de vues droites et saines, d'expériences hardies mais permises, il faut nous attendre à trouver les inspirations les plus étranges et les pratiques les plus hasardées.

Qui ne se rappelle les vaines tentatives, et, il faut le dire, les longues illusions de M. Récamier au sujet d'un mal resté pour lui, comme pour tout le monde, incompréhensible dans ses causes, incoercible dans ses envahissements, indomptable dans ses récidives, le cancer? Ici du moins M. Récamier attendait tout d'une lente et inoffensive compression. Mais que dire de ce qu'il appelait lui-même ses derniers arguments? Que dire de tant d'opérations que nul n'aurait osé entreprendre ni même imaginer, et qui montraient qu'en chirurgie M. Récamier était un *oseur*, aussi bien qu'en médecine?

Je sais que des succès inespérés, que des merveilles, si l'on veut, ont parfois couronné ces hardiesses; mais pour ma part, je l'avoue, je ne pouvais me défendre d'un certain effroi quand je voyais cette main inexorable s'armer de pinces, de crochets, de curettes et pénétrer dans la profondeur des entrailles pour y exercer des dilatations forcées, des énucléations, des raclures, et jusqu'à d'effrayantes extirpations d'organes, comme pour prouver qu'il était bien de ces médecins dont saint Chrysostome a dit qu'ils enfonçaient les bras jusqu'au coude dans les plaies saignantes pour les guérir!

Mais je m'aperçois, messieurs, que je n'ai encore considéré dans M. Récamier que le grand et hardi praticien; il est temps de parler du professeur à la Faculté de médecine de Paris et au collége de France.

M. Récamier, membre de l'Académie de médecine depuis sa fondation, médecin de l'Hôtel-Dieu depuis le commencement du siècle, avait une réputation déjà considérable quand la mort de Corvisart, survenue en septembre 1821, laissa vacante à la Faculté de médecine la chaire de clinique médicale. M. Récamier se mit au nombre des aspirants; mais une permutation ayant eu lieu, ce fut M. Fouquier qui passa à cette place, laissant vacante celle dite *de perfectionnement*. M. Récamier n'en persista pas moins dans sa candidature. Ses compétiteurs étaient nombreux; MM. Husson et Lherminier se trouvaient sur les rangs. En décembre, la Faculté fit sa présentation; deux candidats seulement furent mis sur la liste: M. Récamier en première ligne, M. Husson en seconde. Le gouvernement approuva la nomination de M. Récamier, qui resta attaché à son service de l'Hôtel-Dieu.

Cette chaire de clinique de perfectionnement avait été dans l'origine occupée par Cabanis.

Le programme en était vague, indéterminé; le célèbre auteur des *Rapports du physique et du moral de l'homme* y avait exposé les doctrines d'Hippocrate et de Galien. Le professeur pouvait à son gré y disserter sur les maladies les plus rares et les plus obscures; il pouvait s'y livrer à toutes sortes d'essais thérapeutiques. C'était donc une chaire créée en quelque sorte tout exprès pour M. Récamier. Mais pour qu'un enseignement, même exceptionnel, ait quelque succès; pour qu'il se soutienne dans une école d'application comme l'est une faculté de médecine, il faut que cet enseignement reste essentiellement élémentaire et didactique; il faut que le professeur tienne compte des connaissances acquises, qu'il expose avant tout l'état de la science. Or ce sont là des conditions auxquelles M. Récamier n'a jamais pu se soumettre.

Ses leçons étaient une suite d'improvisations sur toutes sortes de sujets. Des idées tumultueuses, nées pour ainsi dire d'elles-mêmes, dominaient sans cesse son esprit et précipitaient sa parole. Sa diction était vive, ardente, toujours colorée et comme frémissante. Il semblait qu'on pouvait puiser à pleines mains dans cette nature si riche, si exubérante; mais bientôt on reconnaissait que cette belle intelligence se perdait presque toujours en distinctions et en subtilités insaisissables. A plusieurs reprises on a essayé de rédiger les leçons de M. Récamier, de leur donner quelque chose de fixe et de durable: c'était tenter l'impossible. Ses admirateurs les plus dévoués, ses interprètes les plus fidèles n'ont pu rien reproduire de ces brillantes allocutions, qui d'ailleurs n'allaient jamais au delà d'un petit nombre de séances.

Mais ce n'est point tout. Comme dans les Facultés les professeurs ne sont pas seulement chargés de dispenser l'enseignement, comme ils doivent encore en constater les résultats dans des actes probatoires, M. Récamier prenait part aux examens de l'École. Or là, comme dans ses leçons, incapable de descendre aux notions élémentaires de la science, à ces principes reconnus de tous et qui doivent former la base de toute instruction médicale, M. Récamier posait des questions qui frappaient de stupeur les récipiendaires les plus instruits et qui auraient embarrassé ses propres collègues; mais la bonté de son cœur et son extrême bienveillance finissaient bientôt par rassurer les candidats.

Je viens de dire, messieurs, que dans les Facultés de médecine l'enseignement, pour être fructueux, doit rester didactique; que si les professeurs veulent être utiles et suivis, ils ne doivent pas sortir des routes connues et fréquentées. Mais la France possède un établissement où le génie peut en quelque sorte se donner carrière, où toutes les idées peuvent se faire jour; je veux parler du *Collége de France*. Libre de tout programme et de tout contrôle, le Collége de France ne repousse aucune doctrine. Là se sont fait entendre tour à tour d'opiniâtres retardataires et de hardis novateurs: c'est Vidus-Vidius qui y enseigne d'abord la chirurgie; puis c'est Sylvius, qui vient y faire des démonstrations anatomiques, et qui, en haine de Vésale, y défend jusqu'aux erreurs de Galien. On y vit ensuite Riolan attaquer les belles découvertes de Harvey et de Pecquet; Guy-Patin tonner contre l'antimoine. Puis vinrent Astruc, Ferrein, Bouvart et tant d'autres, sans compter Bosquillon, qui, dans des temps plus rapprochés de nous, y professait la langue grecque en même temps que la chirurgie latine à la Faculté.

C'est dans ce grand et libéral établissement qu'une place étant devenue vacante en 1826 par le décès de Laennec, une ordonnance royale institua M. Récamier professeur, sur la simple présentation du ministre de l'intérieur, et cela sans tenir compte, je dois le dire, d'une présentation régulièrement faite par le collége et par l'Académie des sciences.

C'est à peine s'il reste quelques traces de l'enseignement que fit M. Récamier au Collége de France de 1827 à 1830. Sauf quelques lignes perdues dans les notes de son *Traité du cancer*, il n'a rien écrit à ce sujet; ces quelques lignes ne peuvent donner qu'un faible aperçu du programme de ses leçons, et seulement en ce qui concerne les fonctions des sens dans leurs rapports avec l'entendement humain.

Une fois le tumulte des premières leçons apaisé, il ne lui restait qu'un petit groupe d'auditeurs qui ne s'étaient laissé effrayer ni par le désordre apparent de ses idées, ni par l'imprévu de ses digressions, émerveillés qu'ils étaient des éclairs de génie qui de temps à autre semblaient percer les nuages et les obscurités de cet enseignement.

Ici encore, M. Récamier se plaçant sur un terrain à lui, eut à combattre des idées et des croyances qui répugnaient à ses principes.

Une grande révolution s'était accomplie, il est vrai, dans l'enseignement de la philosophie: des hommes éminents, au sein de l'Université, avaient substitué aux doctrines de Locke, de Condillac, d'Helvétius et de Destutt de Tracy les doctrines spiritualistes du XVII[e] siècle. Cette rénovation était alors dans tout son éclat; mais l'opinion n'avait pas marché aussi vite parmi les médecins, la plupart en étaient encore aux doctrines que nous avait léguées le XVIII[e] siècle. Pour eux, il n'y avait encore d'autre idéologie que celle qui avait pour point de départ les phénomènes physiologiques, et bon nombre d'entre eux étaient encore disposés à admettre ce que Cabanis a textuellement écrit, à savoir: que le cerveau produit la pensée, de même que l'estomac et les intestins opèrent la digestion, de même que le foie filtre la bile! Pour d'autres, enfin, les questions de pure psychologie étaient des questions

toutes spéculatives proposées et agitées par des esprits rêveurs, et de leur nature essentiellement insolubles. On voit qu'au moment où M. Récamier se proposait d'aborder ces hautes questions il avait à lutter, sinon contre le matérialisme, du moins contre le scepticisme le plus complet.

Son dessein était de faire à la fois des leçons de psychologie et de physiologie, ce qui montre déjà que M. Récamier n'était point de ceux qui, à l'exemple de M. Jouffroy, voulaient qu'on établît une ligne de démarcation infranchissable entre les études des philosophes et celles des médecins; il maintenait l'existence distincte de l'âme et du corps, de l'esprit et de la matière; mais il trouvait une telle communauté d'action et de réaction entre ces deux termes, une telle intimité de relations, qu'à son sens leur histoire ne pouvait être séparée; il ne séparait donc pas les deux domaines qu'on avait voulu leur assigner.

Je pourrais me dispenser d'ajouter que, si M. Récamier ramenait ainsi dans la compétence des médecins les faits de pure psychologie, c'est qu'il en reconnaissait l'existence et qu'il était disposé à leur faire la plus large part; tandis que si, à la même époque, M. Broussais niait aussi cette distinction de la psychologie et de la physiologie, c'est que des deux termes du dualisme cartésien il en supprimait un, l'âme; d'où il résultait que, tout se réduisant pour lui à un corps, les médecins seuls devaient avoir la parole.

M. Récamier, au contraire, faisait tout dériver de cette étroite association de l'esprit et de la matière, de l'âme et du corps, qui constitue véritablement l'homme. Mais distinguait-il aussi, comme l'ont voulu quelques médecins, deux principes immatériels dans l'économie : l'un qui, sous le nom de principe vital, présiderait à toutes les fonctions organiques; l'autre qui, sous le nom d'âme, présiderait à tous les actes intellectuels. M. Récamier ne reconnaissait qu'un seul et même principe, qui, suivant lui, donnerait naissance aux phénomènes physiologiques et aux phénomènes psychologiques. D'où l'on voit qu'en cela il se rattachait à cette grande école de Stahl, qui enseigne que le principe de l'âme est en même temps le principe de la vie, ou, en d'autres termes, que l'âme est indivisiblement le principe de la pensée et celui du sentiment, qu'elle est la maîtresse et la directrice du corps qu'elle habite.

M. Récamier n'était donc pas en physiologie un médecin simplement vitaliste; il ne l'était point surtout à la manière d'Hippocrate ou de Galien; Hippocrate et Galien croyaient l'âme mortelle aussi bien que le corps; leur πνεῦμα et leur ψυχή s'évaporaient au moment de la mort, opinion du reste que partageait presque toute l'antiquité, que Pline enseignait dans ses ouvrages, que Cicéron consignait dans ses livres, que César proclamait en plein sénat, que maintenait Sénèque le Philosophe, et que Sénèque le Tragique, s'il est distinct du premier portait sur le théâtre. M. Récamier était donc un médecin essentiellement *spiritualiste*, mais il n'était pas exempt d'un certain mysticisme; il admettait l'immatérialité et l'immortalité du principe de l'âme, mais il affectait de chercher ses définitions dans des images, dans des comparaisons plutôt étranges que justes. Tant que l'association de l'âme et du corps persiste, disait-il, les organes ne sont que les conducteurs ou les *supports* auxquels la lumière interne prête les couleurs de la vie, tout comme la lumière rayonnante extérieure prête aux différents corps des couleurs que ceux-ci perdent dans l'obscurité.

Ainsi, ajoutait M. Récamier, un œil *voyant* cesse de voir tantôt parce que des lésions physiques ont altéré son organisation, tantôt parce qu'il y a privation ou retrait de la lumière vitale, comme en physique un corps coloré devient noir, tantôt parce qu'il a éprouvé des altérations dans sa structure, et tantôt parce qu'il est privé de lumière. De sorte que, pour lui, l'âme humaine était comme un flambeau allumé par la main de Dieu et destiné à illuminer les organes! Mais quelle était cette lumière interne, cette lampe mystérieuse qui entretient la vie? Quelle est sa nature, son essence? Est-ce le flambeau de Lucrèce qui passe de générations en générations, semblable à celui que les coureurs des Panathénées se transmettaient de main en main?

Et quasi cursores vitai lampada tradunt.

Ce ne pouvait être là ce qu'entendait M. Récamier; l'âme ainsi comprise n'eût plus été pour lui une force libre, simple, identique à elle-même; c'eût été, comme le veut le poëte latin, une lumière empruntée, vacillante et fugitive, qui, à l'heure de la mort, fumerait et s'éteindrait dans l'ombre :

Ceu fumus in altas aeris auras.

Fatale et désolante éclipse que Voltaire lui-même ne pouvait accepter.

Mais ce rayon divin, est-il vrai, après tout, qu'il naisse avec nos sens, qu'il croisse et s'affaiblisse comme eux? Question délicate, obscure, difficile, disait M. Récamier, et qui tombe néanmoins dans la compétence des médecins. Ici, ajoutait-il, commence la physiologie, et c'est à elle qu'il appartient de prendre en main cette noble cause, de réfuter cette éternelle objection du matérialisme, ce

Præterea gigni pariter cum corpore, et una
Crescere sentimus pariterque senescere mentem.

La science bien comprise ne démontre-t-elle pas, en effet, que, loin d'être un produit de l'exercice des fonctions cérébrales, l'esprit est une force qui préside à l'arrangement primordial des organes, qui a le sentiment de leurs altérations et la conscience de leur inévitable destruction? Les plus grands médecins ne se sont-ils pas accordés à reconnaître que l'âme est une force libre, indépendante, indivisible et immortelle? Un principe conservateur, sensible et actif, qui intervient dans toutes nos opérations, qui agit sur tous les rouages de l'organisme, qui semble, dans l'état de maladie, en apercevoir les moindres altérations, qui, sous le nom de nature médicatrice, s'attache à en prévenir comme à en réparer les ruines, et qui par cela même ne peut être entraîné dans la dissolution des éléments matériels de l'économie?

Telles étaient les idées jetées comme de verve, et un peu au hasard, par M. Récamier; heureux si dans cet ordre de faits encore il avait su mettre quelque borne à son imagination! s'il avait pu se garder de tomber dans de nouveaux excès! Mais il n'était point dans la nature de ce puissant esprit de savoir s'arrêter. Après avoir longtemps médité sur les propriétés et les effets de ce qu'il appelait la lumière interne ou vitale, après avoir rêvé le rôle de Newton en physiologie, il conçut l'idée de faire une application de ce même système non plus seulement à l'organisme humain, mais au monde extérieur, à l'univers tout entier, et de là les hypothèses les plus étranges et les plus erronées sur les effets de la lumière solaire dans les espaces célestes.

Idées étranges, je le répète, qui ne pouvaient prendre de consistance que dans un esprit privé de tout contrôle! M. Récamier, en effet, devenu étranger au mouvement réel de la science, vivant comme au sein d'une petite église, au milieu d'amis fidèles et dévoués, mais trop timorés sans doute pour contester ses suppositions, pouvait croire qu'il est aussi facile de faire des révolutions dans les sciences physiques que dans les sciences médicales; aussi n'avait-il pas hésité à soumettre son système au jugement de l'Académie des sciences. Mais je ne dois pas insister davantage sur des questions qui ne résultaient plus de son enseignement médical.

Les événements de 1830 avaient depuis longtemps mis fin au double professorat de M. Récamier. Ayant refusé de prêter serment au gouvernement de juillet, il avait été déclaré démissionnaire de sa place de professeur au collége de France et à la Faculté de médecine.

M. Récamier, comme praticien, ne perdit rien à ce changement de fortune; sa célébrité était acquise quand il fut promu à ces deux places; il la conserva, si même il ne l'augmenta point après sa sortie de l'enseignement officiel.

Cette célébrité avait été un peu mêlée et confondue avec les passions politiques de l'époque, mais en la restreignant à ce qu'elle avait de scientifique et de médical, elle demeura considérable, pure et digne. M. Récamier resta ce qu'il avait été pendant de longues années, un célèbre médecin de l'Hôtel-Dieu de Paris, un praticien éminent et surtout un homme de bien.

N'étant plus retenu par les devoirs du professorat, il put se livrer plus que jamais à ses sentiments de profonde charité et d'inépuisable bienfaisance : levé avant le jour, il était dès le matin dans son cabinet, prêt à répondre aux malades riches ou pauvres qui le faisaient demander, ou aux jeunes médecins qui voulaient conférer avec lui; il allait ensuite à l'Hôtel-Dieu visiter les malades et faire de temps à autre quelques leçons de clinique médicale. Le reste de la journée était divisé en deux parties, l'une consacrée aux malades de la ville, l'autre aux consultations données dans son cabinet.

Dans la ville c'était moins des visites journalières que des consultations avec des confrères pour des cas très-obscurs ou d'une extrême gravité; M. Récamier ne se piquait pas d'une grande exactitude, mais c'est qu'en véritable artiste, il oubliait le monde entier quand il se trouvait en face de quelque belle rareté pathologique; il s'était arrangé, du reste, pour ne point perdre un seul instant; prenant sans cesse des notes sur chacun de ses malades, et rédigeant ses observations jusque sur la voie publique. Il n'y a pas encore longtemps qu'on voyait circuler dans le noble faubourg un véhicule beaucoup plus remarquable par l'originalité de sa construction que par son élégance: en avant se tenait un sage cocher qui, placé à l'abri du vent et de la pluie, ne quittait jamais son siége, et s'occupait de quelque lecture en attendant son maître à la porte des clients. Dans le corps même de la voiture était un vieillard qui paraissait supporter merveilleusement le poids des années, il avait l'œil vif et bienveillant presque toujours caché sous d'épais sourcils, le teint ardent et fortement coloré par un riche système sanguin, le front proéminent et sillonné de rides profondes, les mains croisées et appuyées sur la pomme de sa canne; c'était M. Récamier, en face duquel était ordinairement un jeune secrétaire, qui l'accompagnait dans ses visites; celui-ci semblait attendre qu'il plût au maître de lui dicter quelques-unes de ses inspirations.

Chez M. Récamier l'affluence des malades était si grande, que plusieurs pièces pouvaient à peine les contenir. Un profond silence y régnait, on s'y tenait comme dans une sorte de recueillement à la fois scientifique et religieux. Il y avait encore là un jeune homme qui se disait élève et secrétaire de M. Récamier, il paraissait occupé de quelque rédaction médicale, et donnait des renseignements, à voix basse, soit aux nouveaux arrivants, soit à ceux que fatiguait une trop longue attente.

Là, comme partout, il y avait des préférés, des privilégiés; tel arrivait directement dans le sanctuaire et pouvait immédiatement consulter l'oracle, tel autre n'y pénétrait qu'après de longs détours, si même après une attente de plusieurs heures il n'était pas remis au lendemain. Je m'empresse de dire que ce n'était pas la fortune qui établissait ces différences. Les confrères étaient immédiatement reçus avec leurs clients, puis c'étaient parfois de pauvres prêtres, ou de bonnes et charitables sœurs qui, n'ayant rien à donner, passaient avant les autres.

L'intérêt personnel n'a jamais guidé M. Récamier, il était d'un rare désintéressement; l'amour de son art et le désir de bien faire occupaient seuls son esprit; une constitution robuste soutint pendant de longues années cette âme de feu; on le voyait mettre au service de ses malades non-seulement toutes ses facultés morales, mais jusqu'à ses forces physiques quand il en était besoin.

Toujours plein de zèle, toujours agissant pendant sa longue carrière, sa santé n'avait jamais trahi ce cœur secourable; c'est à peine si dans sa belle et verte vieillesse il avait éprouvé quelques indispositions; lui-même sentait que pour sortir de ce monde, il n'aurait point à passer par quelque grave maladie: « Vous ne me verrez pas malade, disait-il à ses amis, je serai frappé, et voilà tout. » Il mourut en effet comme un soldat sur la brèche, dans le plein exercice de toutes ses facultés.

Le 28 juin 1852, après avoir visité comme de coutume de nombreux malades dans la journée, après avoir reçu quelques amis dans la soirée, et s'être longuement entretenu avec son confrère et ami M. Cruveilhier, il fut pris tout à coup d'une mortelle suffocation, et succomba en quelques minutes à une foudroyante attaque d'apoplexie pulmonaire, ayant eu à peine le temps de s'écrier: Ah! mon Dieu, ayez pitié de moi!

Telle a été, Messieurs, la fin d'un homme qu'on pourrait appeler extraordinaire; ses talents, je l'ai montré, étaient incontestables et de premier ordre, mais l'usage qu'il en a fait n'a pas toujours été réglé par une sage et froide raison : on a dû voir que c'était une de ces natures ardentes et généreuses qui ne peuvent ni se contenir ni se modérer, mais son caractère était au-dessus de tout éloge. sa foi religieuse était restée profonde et éclairée, sa piété douce, tolérante et sincère; elles réglaient toutes ses actions dans la vie privée et le soutenaient dans l'exercice de sa profession; il savait que les lumières de la science sont distinctes de celles de la foi, et il se gardait bien de les confondre; quand il avait enfin reconnu l'impuissance de l'art, et force lui était bien parfois de le faire, il tournait ses regards et ses pensées vers le ciel; on l'a vu plus d'une fois, après avoir tout tenté, tout épuisé, se jeter à genoux près d'un moribond, et joindre ses prières à celles de la famille.

La mort de M. Récamier a laissé un grand vide non dans la science, mais dans la pratique médicale; on était habitué à le considérer, dans les cas désespérés, comme une suprême ressource, comme un dernier instrument de salut; c'était une de ces vocations qu'on ne saurait continuer; tout s'est éteint, tout est descendu avec lui dans la tombe!

Je sais que quelques pieux jeunes gens se disent ses élèves, qu'ils prétendent continuer ses doctrines dans de petits écrits; mais M. Récamier n'a pas laissé, ne pouvait pas laisser d'élèves; pour se dire son élève, pour avoir le droit de porter son manteau, il faudrait tenir de lui ce qui ne se donne pas, ce qui ne s'acquiert pas, à savoir : cette incomparable vivacité d'esprit (*celeritas ingenii*), cette prescience si soudaine et si hardie qui lui faisait deviner et dénoncer les accidents les plus imprévus, cet esprit toujours armé en face du danger, ce glaive de l'invention qui semblait son principal attribut.

Jusque-là, Messieurs, nous maintiendrons que M. Récamier, ne s'étant rallié à aucun corps de doctrine, n'ayant établi de son vivant aucune école distincte, n'a laissé dans le monde aucune postérité médicale.

Faut-il le regretter? faut-il s'en applaudir? Nous oserons dire qu'il faut s'en féliciter : M. Récamier était un de ces maîtres dont la parole éblouit et fascine les esprits, plutôt encore qu'elle ne les éclaire et ne les guide; et si aujourd'hui quelques-uns, séduits par les souvenirs de ce grand praticien, nous semblaient disposés à le prendre pour modèle, nous leur dirions volontiers : Admirez ce génie si prompt, si résolu; dites quelles étaient son adresse et sa fermeté d'âme, racontez ses hardis coups de main; mais ne comptez pas sur ces soudaines et heureuses inspirations, sur ces voix intérieures qui pourraient vous manquer, sur ce tact qu'on dit inné et qui vous ferait défaut. Honorez le beau caractère de M. Récamier, célébrez sa haute renommée d'honneur et de délicatesse; mais pour les enseignements de la science, allez les demander à des sources toujours vraies, toujours pures, et qui ne tarissent jamais, à la rigoureuse observation des faits présents et aux saines traditions des siècles passés.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

On annonce qu'un nouveau concours pour des médecins sous-aides-majors aura lieu au Val-de-Grâce à la fin du mois de janvier 1856.

Le concours pour les stagiaires s'ouvrira dans les derniers jours de février.

— Par arrêté de M. le président du conseil d'Etat, MM. les docteurs Ambroise Tardieu et Demarquay viennent d'être nommés médecin et chirurgien du conseil d'Etat.

— Le concours ouvert pour deux places de pharmacien en chef des hôpitaux s'est terminé samedi dernier par la nomination de MM. Leconte, agrégé de la Faculté de médecine, et Roussel.

— Dans sa séance du 6 décembre, la Société des médecins des bureaux de bienfaisance de Paris, qui a pour président honoraire M. Davenne, directeur général de l'assistance publique, a renouvelé son bureau et nommé pour 1856 :

MM. Janin, président; — Labarraque et Collomb, vice-présidents; — Thibault, secrétaire général; — J. Gimelle, secrétaire; — Perrin, vice-secrétaire; — Ameuilhe, secrétaire trésorier; — Machelard, secrétaire archiviste.

Conseil d'administration : MM. Nicolas, Dufour, Payen.

— M. de Chaumont, directeur de l'hôpital des Enfants-Malades, a succombé jeudi dernier à une courte maladie. Dans le cours de ses fonctions, M. de Chaumont avait toujours, par sa capacité pour les affaires et son dévouement à ses devoirs, mérité l'estime de l'administration, en même temps qu'il s'était concilié l'amitié des médecins, qui avaient avec lui les plus cordiales relations.

— M. le professeur Rostan a ouvert son cours de clinique le mardi 27 novembre, et le continuera les jeudis et samedis. Le dimanche et le mercredi, le docteur de Beauvais, chef de clinique, récapitulera le diagnostic général du service.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Julbien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

De la surdi-mutité; par Auguste Houdin, professeur démissionnaire de l'Institution impériale des sourds-muets de Bordeaux, etc. In-8°. Prix : 3 fr. — A Paris, chez Labé, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8

N° 146. — SAMEDI 15 DÉCEMBRE 1855 (28e ANNÉE.) N° 146. — SAMEDI 15 DÉCEMBRE 1855.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. La colique sèche des pays chauds et la colique de plomb sont-elles deux maladies différentes ou identiques ? — Du traitement des varices par les injections. Résultats comparatifs des injections de liqueur iodo-tannique, de tannin et de perchlorure de fer. — Sur ce qu'on peut attendre en chirurgie de l'emploi de la glycérine. — CLINIQUE NAVALE. Typhus des vaisseaux en 1855. — ACADÉMIE DES SCIENCES, séance du 3 décembre. — Chronique et nouvelles. — FEUILLETON. Recherches sur les maladies des enfants nouveau-nés.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

La colique sèche des pays chauds et la colique de plomb sont-elles deux maladies différentes ou identiques?

Nous avons déjà soulevé cette question, il y a bientôt deux ans, à l'occasion d'un cas de colique sèche des pays chauds, que nous observions, à cette époque, chez un malade du service de M. Rayer, et qui présentait tous les reliquats paralytiques propres à la colique de plomb. Cette question n'est pas plus avancée aujourd'hui, bien que les faits de ce genre se soient multipliés, et nous pouvons nous demander encore, comme il y a deux ans : la colique sèche des pays chauds et la colique de plomb sont-elles deux maladies différentes ou identiques? On verra que la question subsiste toujours après les faits tout nouvellement observés que nous allons rapporter, et la discussion à laquelle ils ont été soumis.

Dans l'une des dernières séances de la Société médicale des hôpitaux, M. Vigla a appelé l'attention de ses collègues sur le fait suivant :

Il a eu à donner ses soins tout récemment à un malade atteint des suites de la colique sèche des pays chauds : anémie, paralysie complète des extenseurs de l'avant-bras ; et, bien que cet homme fût malade depuis déjà cinq mois, M. Vigla a trouvé chez lui un symptôme que l'on s'accorde à considérer comme d'une grande valeur dans l'espèce, au point de vue du diagnostic, le liséré ardoisé des gencives. Cependant, ayant cherché par un interrogatoire des plus minutieux à connaître comment ce malade aurait subi l'influence du plomb, il n'a pu découvrir le moindre indice qui pût faire admettre une semblable influence. Cet homme était maître timonier; ses fonctions n'avaient par conséquent rien qui pût l'exposer plus que tout autre à une intoxication saturnine. Le vin que l'on buvait à bord était du vin du Midi, conservé dans des tonneaux de bois; l'eau était également conservée dans des tonneaux de bois.

Cet homme avait présenté pourtant, à ne pas s'y méprendre, tous les symptômes de la colique saturnine, jusqu'au liséré caractéristique des gencives, et ceux qu'il offrait encore étaient parfaitement semblables aux symptômes de la colique de plomb au troisième degré.

Que devait-on conclure de ce fait ? Que ce malade était réellement atteint d'une intoxication saturnine, bien qu'il fût impossible de remonter à l'origine de cette affection, ou qu'il n'avait eu et n'avait autre chose encore, en ce moment, qu'une colique sèche des pays chauds? Admettre cette dernière hypothèse, ce serait admettre que deux maladies étiologiquement différentes peuvent présenter identiquement les mêmes symptômes et la même série de phénomènes morbides. Cette conclusion répugne quelque peu à l'esprit.

Plus les faits se multiplient, et plus la question semble devenir embarrassante, si l'on persiste à l'envisager sous ce point de vue. En effet, deux malades, observés l'un par M. Moutard-Martin à l'hôpital Necker, l'autre par M. Woillez à l'Hôtel-Dieu, tous deux cuisiniers à bord de bâtiments marchands (il est très remarquable que le plus grand nombre de sujets atteints de cette affection sont des cuisiniers de bord), ont présenté les mêmes phénomènes que celui de M. Vigla : paralysie des extenseurs des avant-bras et liséré ardoisé des gencives. En rapprochant ces trois faits de celui que nous venons de rappeler tout à l'heure et de quelques autres complétement analogues, il est difficile de ne pas se laisser entraîner à croire que la colique sèche des pays chauds n'est en réalité autre chose que la colique de plomb, peut-être avec des modifications dues au concours de la température et à diverses conditions inhérentes à la vie de bord, qui ne feraient que rendre plus actifs les effets de l'intoxication saturnine.

On est surtout plus enclin à admettre cette dernière hypothèse après les explications données par M. Guérard, qui a rappelé à cette occasion que les coliques étaient devenues beaucoup plus communes à bord des bâtiments marchands depuis qu'on y a introduit l'usage des appareils distillatoires destinés à fournir de l'eau pour la consommation de l'équipage, cette eau passant par des conduits faits avec de l'étain à bas titre et qui contient une grande proportion de plomb. Or, a fait remarquer M. Guérard, si compétent en cette matière, si l'on réfléchit à la petite quantité de plomb nécessaire, lorsqu'il est dans un grand état de division, pour déterminer la colique saturnine, quand on songe surtout qu'un courant d'air passant dans une boîte enduite de peinture fraîche enlève suffisamment de plomb pour donner lieu à un précipité lorsqu'il est reçu dans une solution d'acide sulfhydrique, on comprendra que l'eau qui a traversé les conduits en question ou qui a séjourné dans des vases du même métal puisse entraîner une quantité suffisante de plomb pour empoisonner les hommes de l'équipage.

Reste à concilier cette opinion avec celle du plus grand nombre des chirurgiens de marine, qui repoussent l'identité des deux maladies. C'est ce que nous ne saurions faire. Une observation attentive faite sur les lieux, avec les données que nous venons de rappeler, parviendra sans doute à résoudre complétement cette question.

Du traitement des varices par les injections. — Résultats comparatifs des injections de liqueur iodo-tannique, de tannin et de perchlorure de fer.

Nous avons annoncé dans notre dernière *Revue* que nous reviendrions sur les usages thérapeutiques de la liqueur iodo-tannique, et en particulier sur son application au traitement des varices. Mais avant de réaliser cette dernière partie du programme que nous nous sommes tracé, nous avons à revenir sur quelques points de l'histoire de cette liqueur,

Nous tenons d'abord à rectifier un fait historique très involontairement altéré par nous. Voici comment : nous avons dit, dans notre précédent article, sans avoir nullement la prétention de faire l'histoire de cette substance, que c'était « dans l'officine de M. Guilliermond, à Lyon, que la liqueur iodo-tannique avait pris naissance », tandis que nous aurions dû dire que c'était de cette pharmacie qu'était sortie la liqueur qui a servi aux nombreuses expériences thérapeutiques faites dans ces derniers temps à Lyon. De là la réclamation que nous a adressée un de nos confrères en faveur de M. Debauque, pharmacien belge. Suivant lui, ce serait à M. Debauque qu'appartient la composition de la liqueur iodo-tannique, fondée sur la découverte de la propriété que possèdent le tannin et tous les corps qui contiennent ce principe dans certaines proportions, de dissoudre l'iode. On lit à ce sujet dans un ouvrage récemment publié par M. Boinet, qu'en 1851, M. Debauque publia une notice intitulée *Iode rendu soluble par le tannin*, dans laquelle il racontait comment, après de nombreux essais tentés dans le but de rendre solubles dans l'eau, sans le secours de l'iodure de potassium, les petites quantités d'iode qui s'administrent d'habitude sous forme de teinture dans les potions, il avait été amené à découvrir que l'addition de 30 grammes de sirop d'écorce d'orange dans une potion de 125 à 150 grammes, rend parfaitement solubles 25 à 30 centigrammes de ce métalloïde. Recherchant ensuite quel était le principe qui, dans le sirop d'écorce d'orange, pouvait favoriser la solubilité de ce corps, il reconnut que c'était à la faveur du tannin que l'iode était rendu soluble. Il recommandait aussi d'ajouter quelques grains d'acide tannique dans la proportion des injections iodées. Profitant des remarques de M. Debauque, M. Boinet, à son tour, a pensé obtenir le même résultat, c'est-à-dire la solubilité de l'iode, en administrant ce métalloïde dans tous les sirops qui contiennent de l'acide tannique, et l'expérience a prouvé qu'il avait eu raison.

Ce point d'histoire éclairci, nous reprenons la série d'essais thérapeutiques dont nous nous sommes proposé de rendre compte.

La liqueur iodo-tannique *normale* — c'est-à-dire celle qui renferme 5 grammes d'iode et 45 grammes de tannin pour 50 grammes d'eau — est la seule que M. Desgranges conseille pour le traitement des varices, et il en fixe la dose de 5 à 7 gouttes, équivalant en force à 2 ou 5 gouttes de perchlorure de fer à 30 degrés.

La solution iodo-tannique injectée à cette dose dans une veine, n'amène point aussi rapidement que le perchlorure de fer à 30 degrés la formation du caillot. On ne le sent presque jamais, dit M. Desgranges, au bout d'un quart d'heure; à peine devient-il perceptible après six ou huit heures. Mais le lendemain il est dur, plus apparent, bien que masqué par un certain degré de congestion dans les tissus voisins. Si la veine est droite ou à peu près, le

BIBLIOGRAPHIE.

Recherches sur les maladies des enfants nouveau-nés, par M. le docteur SEUX (de Marseille).

Quelle que soit l'époque de la vie à laquelle se présente une maladie chez l'être humain, elle est toujours identique quant à sa nature, à son siége et à ses principaux phénomènes, souvent même, pourrions-nous ajouter, quant à son traitement. S'il est vrai de dire que dans l'ordre moral les hommes sont de grands enfants, il n'est pas moins exact de soutenir que le plus ordinairement, dans l'ordre physique, les enfants ne sont que de petits hommes, et que les mêmes médications devront être employées chez eux que chez les adultes, sauf les quelques modifications nécessitées par la force moindre des sujets. Mais si l'on administre un médicament à dose moins élevée, comme on doit la modifier chez un sujet adulte de constitution délicate ou détériorée, il ne s'ensuit pas pour cela que la thérapeutique soit changée en principe; conséquemment il n'est nullement besoin de recourir à des ouvrages spéciaux consacrés aux maladies des enfants pour savoir ce que l'on doit faire en pareille circonstance. Ces modifications des doses sont des affaires de sens commun. Je le répète, dans la plupart des cas il n'y a pas plus de médecine spéciale des enfants qu'il n'y a de médecine des individus faibles ou délicats. La plupart des maladies de l'adulte se trouvent donc dans l'enfance, comme la plupart des maladies de l'enfant se retrouvent dans l'âge adulte et dans la vieillesse; et pour n'en citer que deux exemples, il est certain aujourd'hui, malgré les prétentieuses assertions de quelques médecins, qui probablement n'ont pas tout vu, que la fièvre typhoïde sévit dans l'enfance, comme il est hors de toute contestation que le croup peut faire périr des sujets qui ont dépassé leur vingtième année.

Mais si ce que nous venons de dire est vrai dans la plupart des cas, il faut cependant avouer qu'il est un petit nombre d'affections tout à fait particulières à la première période de la vie, dont la symptomatologie ne peut être étudiée qu'à ce moment, et qui réclament une thérapeutique spéciale. Aussi comprenons-nous mieux des recherches sur quelques points limités de la pathologie de l'enfance que des traités didactiques et complets, sans que néanmoins on doive conclure de là que nous blâmions en aucune manière les auteurs de ces traités; mais il est facile de comprendre que dans ces derniers il est beaucoup de chapitres qui feront double emploi avec les traités généraux de pathologie, tandis que dans les premiers tout sera spécial à l'enfance, et présentera un cachet d'originalité.

C'est ce qu'a compris M. Seux, qui ne se présente à nous qu'avec un modeste volume, auquel il a donné ce titre sans prétention : *Recherches sur les maladies des enfants nouveau-nés*, et dans lequel il ne veut étudier qu'une dixaine de maladies, dont quelques-unes sont tout à fait particulières à cet âge, le muguet, le céphalœmatôme, le sclérème; les autres présentent des caractères spéciaux, sans constituer pour cela des affections différentes par leur nature, l'entérite, l'ictère, la pneumonie, etc. Le muguet, l'entérite et l'ictère forment, avec quelques considérations sur le pouls du nouveau-né à l'état normal, le sujet de ce volume, première partie des recherches que comportera l'ouvrage entier.

On sait combien il existe de divergence entre les auteurs relativement au nombre de pulsations chez le nouveau-né; sur neuf auteurs que cite M. Seux, depuis Haller jusqu'à M. Trousseau, il n'en est pas deux qui soient complétement d'accord; on s'en convaincra facilement en comparant le chiffre minimum trouvé par M. Valleix au maximum 208, constaté par M. Lediberder. La raison de ces énormes différences est tout entière dans la manière dont a été faite l'exploration, pour laquelle il est nécessaire de prendre en considération une foule de circonstances qui paraissent au premier abord sans grande valeur. Ainsi il faut tenir compte du temps qui s'est écoulé depuis que l'enfant a teté pour la dernière fois, du lieu qu'il habite, de son degré de force, de son état de veille ou de sommeil, etc.

M. Seux a trouvé que le pouls du nouveau-né pouvait varier, sans qu'il y eût aucun état morbide, de 80 à 164 par minute. Cependant, c'est entre 120 et 140 que l'on trouve le plus fréquemment le chiffre des pulsations du nouveau-né ; le pouls du nouveau-né est le plus ordinairement régulier, de même fréquence le matin que le soir, un peu plus vite pendant le quart d'heure qui suit le moment où il a teté, pendant la veille que pendant le sommeil. Tel est, en peu de mots, le résumé des observations que l'auteur a faites sur le pouls, observations qu'il est bon de connaître, mais dont il faudrait cependant se garder d'exagérer la valeur. Ce qui constitue la fièvre, en effet, ce n'est pas toujours tant la fréquence du pouls qu'un ensemble de phénomènes particuliers, un état général caractéristique, auquel il est presque impossible de se méprendre lorsque l'on a tant soit peu l'habitude de voir des malades.

L'histoire du muguet, qui ouvre la série des histoires pathologiques que s'est proposée M. Seux, est fort étendue et, nous pouvons le dire, fort complète; cependant nous ne croyons pas utile d'en donner une analyse extrêmement détaillée, car, sauf quelques points particuliers, elle est assez semblable à toutes les descriptions que l'on rencontre de cette maladie dans les ouvrages où il est question des maladies des enfants. Mais il est quelques points sur lesquels nous nous arrête-

caillot s'étend et peut avoir déjà, à cette époque, plusieurs centimètres de long. Si la veine est flexueuse, au contraire, il reste globuleux, olivaire. En même temps, ce caillot devient le centre d'une inflammation légère, avec chaleur, douleur à la pression, sensibilité à l'état de repos. Au troisième jour, l'inflammation locale peut encore augmenter; mais le plus ordinairement elle reste stationnaire; souvent aussi elle commence à diminuer. Dans tous les cas, elle disparaît généralement du quatrième au sixième jour. A mesure que tombe l'inflammation, la douleur se calme, l'engorgement périphérique se résout, laissant plus isolé le caillot, qui se resserre et se durcit tous les jours. La rougeur seule persiste davantage; elle passe successivement du rouge brun au rose gris, jusqu'à ce que la peau reprenne son aspect naturel.

En définitive, le résultat local, d'après M. Desgranges, est un caillot qui s'allonge de plusieurs centimètres dans les veines rectilignes, et qui reste globuleux dans les flexuosités veineuses. Ce caillot se durcit, se resserre jusqu'à n'être plus qu'un petit cordon noueux dans le premier cas, et un nodule ellipsoïde dans le second, ayant, dans un cas comme dans l'autre, une consistance dure analogue à celle du tissu fibreux.

Les phénomènes généraux sont ceux d'une fièvre inflammatoire légère : un peu de malaise, de chaleur à la peau; langue blanche, soif, inappétence, pouls fort et plus fréquent; le tout disparaissant au bout du premier septenaire.

M. Desgranges a pratiqué onze fois (sur huit sujets) l'injection iodo-tannique dans les veines variqueuses, et dans ces onze cas les choses se sont passées comme il vient d'être dit, sauf dans un seul, où il survint un petit abcès au niveau de la ponction, lequel s'ouvrit spontanément, et mit quelques jours à se déterger.

Nous ne nous arrêtons pas sur le manuel opératoire que M. Desgranges a suivi dans ses opérations, et qui est en tous points le même que pour l'injection de perchlorure de fer. Nos lecteurs, par conséquent, le connaissent dans tous ses détails; un seul cependant mérite d'être mentionné, parce qu'il est très importan pour la pratique, et créerait des embarras à l'opérateur qui n'en serait pas prévenu. Ce détail est relatif au nettoyement de la canule après l'usage de la liqueur iodo-tannique. Tandis que l'eau bouillante dissout les restes du caillot du perchlorure, il arrive que cette même eau bouillante durcit le coagulum iodo-tannique et s'oppose à sa sortie, au point d'obstruer le calibre. Il faut se servir d'eau aiguisée de potasse caustique; les parcelles de caillot tannique se détachent alors d'elles-mêmes, et l'instrument reste parfaitement propre. Mêmes précautions d'ailleurs, dans l'une comme dans l'autre injection, pour pénétrer dans la veine, et même attention de n'injecter que lorsqu'il sort une goutte de sang.

De ces observations comparées aux expériences d'injection de perchlorure de fer qu'il a précédemment instituées, M. Desgranges s'est cru fondé à conclure :

1° Que l'injection iodo-tannique et l'injection de perchlorure de fer sont d'une égale innocuité, à la condition toutefois d'opérer dans les deux cas avec la prudence voulue et suivant les règles prescrites;

2° Que l'inflammation consécutive est un peu moins intense avec la liqueur iodo-tannique qu'avec le perchlorure de fer dans des proportions équivalentes (de 5 à 7 gouttes de liqueur iodo-tannique et 2 gouttes de perchlorure à 30°);

3° Que le coagulum tannique semble se resserrer plus vite, plus fort, et finalement se réduire à un moindre volume;

4° Que le caillot iodo-tannique a plus de tendance à se propager dans les veines droites que le caillot de perchlorure (M. Desgranges a constaté qu'on obtenait ordinairement par la liqueur iodo-tannique ce résultat remarquable d'une oblitération de la veine sur une longueur de plusieurs centimètres. Dans les huit observations qu'il rapporte, elle a été une fois de 9 centimètres, une fois de 30, une fois de 32, une fois de 42, une fois de 52, et enfin une fois de 72 centimètres). Dans les flexuosités variqueuses, il n'y a pas de différence tranchée à cet égard.

Enfin, comme dernière conclusion, M. Desgranges déduit de ce parallèle que, pour le traitement des varices, la liqueur iodo-tannique normale lui paraît devoir être préférée au perchlorure de fer.

Des doutes se sont élevés depuis dans l'esprit de plusieurs chirurgiens sur l'utilité d'associer, pour les injections, deux agents de solubilité différente, et très inégaux par la manière dont ils se comportent dans l'absorption. M. Debout, entre autres, qui s'est livré à d'intéressantes recherches sur la puissance coagulante d'un grand nombre d'agents, en a signalé quelques-uns, qui, employés seuls, pourraient produire au moins aussi heureusement le résultat désiré. M. Gosselin, partant sans doute de cette idée, a essayé d'injecter une solution simple de tannin. Mais afin d'avoir un terme de comparaison exact, il a employé concurremment chez le même sujet l'injection de perchlorure de fer, dont il avait déjà dans plusieurs circonstances semblables obtenu de très bons effets.

Chez un sujet atteint de varices volumineuses aux deux membres inférieurs, et chez lequel il avait déjà pratiqué, le 24 juillet, une injection de perchlorure de fer dans les veines du membre gauche, il injecta, le 2 août suivant, dans la veine saphène interne du côté droit une injection de 15 gouttes d'une solution composée comme suit :

Tannin. . . . . 4 grammes
Eau. . . . . 5 —

Cette injection fut suivie dans la journée de douleurs assez vives, puis de rougeur et de sensibilité à la pression. Les jours suivants, il se forma deux petits abcès sur le trajet de la veine. Celle-ci était du reste oblitérée dans une grande partie de son étendue, à plus de cinq travers de doigt au-dessus et au-dessous de la piqûre. Dans le côté injecté au perchlorure, rien de semblable n'avait eu lieu; l'oblitération s'était faite sans abcès ni aucun autre accident consécutif. Ce dernier agent a paru en conséquence préférable à M. Gosselin.

Nous tiendrons nos lecteurs au courant des tentatives nouvelles qui pourraient être faites en ce genre.

En ce qui concerne les applications générales de la liqueur iodo-tannique au traitement des plaies, on s'est demandé si c'est le tannin qui agit ou si c'est purement et simplement l'iode. M. Boinet, en particulier, incline dans ce dernier sens. Il a démontré dans son ouvrage, et par des observations nombreuses consignées depuis plus de dix ans dans plusieurs journaux de médecine, que la teinture d'iode plus ou moins concentrée avait la propriété remarquable de modifier les sécrétions purulentes; de raviver les plaies blafardes, les vieux ulcères, de les exciter, de provoquer la formation de bourgeons charnus de bonne nature, etc.; en un mot, de favoriser et de hâter la cicatrisation des plaies de mauvaise nature. Il est même allé plus loin; il a démontré qu'on pouvait, avec la teinture d'iode, annihiler certaines sécrétions virulentes, et même prévenir et guérir la pourriture d'hôpital. Il considère, en conséquence, comme très probable que l'iode est le principal agent dans ces circonstances, et que la teinture d'iode plus ou moins concentrée, suivant les cas, guérirait aussi bien que la liqueur iodo-tannique.

La conclusion n'est peut-être pas très rigoureuse; mais ce n'est point par des *à priori* que cette question peut être jugée, c'est par des applications comparatives bien faites.

Sur ce qu'on peut attendre en chirurgie de l'emploi de la glycérine.

La glycérine est-elle douée de propriétés spéciales susceptibles de modifier les surfaces morbides avec lesquelles elle est mise en contact, et partant capable de remplir certaines indications thérapeutiques? ou bien n'est-ce qu'une substance inerte, un simple vernis bon à recouvrir les plaies et à remplir l'office du cérat? Telle est la question qui est en ce moment posée aux chirurgiens. Les deux opinions ont été soutenues tout récemment à la Société de chirurgie, la première avec des preuves qui ont paru insuffisantes ou tout au moins prématurées; la seconde, il faut le dire, sans preuve aucune à l'appui, et sous la seule garantie de la déduction tirée de l'apparence physique de cette substance. Nos lecteurs n'ont pas oublié sans doute les faits que nous avons mis il y a quelque temps sous leurs yeux. Que ces faits ne soient pas complètement décisifs, notamment en ce qui concerne l'influence attribuée à la glycérine sur la pourriture d'hôpital, nous sommes tout prêt à le concéder; mais nous ne saurions provisoirement accorder qu'ils soient sans valeur réelle et qu'ils n'aient d'autre portée que celle à laquelle on a cherché à les réduire. L'expérience ultérieure d'ailleurs prononcera. En attendant, nous croyons devoir reproduire des documents qui viennent de nous être communiqués sur ce sujet, et qui sont de nature, ainsi qu'on en jugera, à nous confirmer dans les espérances que nous ont fait concevoir les faits en question sur le parti utile que la pratique de la médecine et de la chirurgie pourra tirer de cet agent encore peu connu.

M. le docteur Dallas, médecin en chef de l'hospice des Sœurs de charité à Odessa, que nous avons déjà cité précisément à l'occasion de la glycérine, nous écrit que depuis 1851 (ce n'est pas tout récent, comme on voit) il a non-seulement fait un usage journalier de la glycérine dans le pansement des plaies et pour le traitement de diverses affections, mais qu'il a vulgarisé l'emploi de ce moyen dans la population d'Odessa et dans plusieurs parties de la Russie, où il est devenu un remède populaire.

M. Dallas assure avoir constaté par un grand nombre d'observations que la glycérine est d'un emploi avantageux dans les cas de surdité non accompagnée d'écoulement considérable de matière et non compliquée de bourdonnements intenses. Elle est le remède le plus facile, le plus commode contre la plupart des maladies de la peau, et particulièrement contre la gale, ainsi que contre toutes les éruptions qui la simulent, et qui se font surtout remarquer par la démangeaison. Elle lui a donné des succès remarquables dans plusieurs cas d'ophthalmie. Enfin, notre confrère rapporte le fait suivant, qui rentre plus directement dans le sujet de la discussion.

Un cultivateur allemand, qui avait eu les mains et les pieds gelés, il y a cinq ans, conservait depuis cette époque, malgré les traitements les plus divers, ces parties tuméfiées et douloureuses. Il se présenta il y a quelques mois à M. Dallas avec une plaie profonde, gangréneuse, occupant presque tout le dessus de la main droite, et exhalant l'odeur caractéristique de la gangrène. Le gonflement était tel, que les doigts ne pouvaient plus être fléchis. Ce malade fut soumis aux bains, aux frictions et applications topiques de glycérine. Après dix jours de traitement, l'eschare noire tomba et laissa à nu une large plaie grisâtre d'un aspect d'autant plus effrayant que tous les doigts semblaient détachés; mais les douleurs étaient déjà moindres. Peu à peu la tuméfaction diminua, la plaie se modifia et montra des dispositions à se cicatriser. Enfin, au moment où notre correspondant écrivait ces lignes, le malade n'éprouvait plus aucune douleur, il pliait les doigts avec facilité, et il n'avait plus qu'une petite plaie de bonne nature qui marchait rapidement à une cicatrisation complète.

Nous citerons en dernier lieu, parmi les nombreuses applications que M. Dallas a faites de la glycérine, l'usage qu'il dit en avoir fait avec succès dans un cas de blennorrhagie négligée accompagnée d'hématurie et de douleurs d'une violence extrême.

Nous avons reçu d'autre part, de notre savant confrère M. le docteur Ch. Robin, une lettre sur l'action de la glycérine, que nous publierons incessamment. En attendant, nous en extrairons ici quelques passages qu'on ne lira pas sans un vif intérêt.

---

rons un instant; la question de la contagion, par exemple, qui a longtemps divisé et divise encore les auteurs. Pour M. Seux, et nous avons été heureux de trouver chez un praticien aussi distingué une opinion en tous points conforme à celle que nous avons eu souvent l'occasion d'exprimer à propos d'autres maladies, il n'y a que deux espèces de contagion, celle qui s'exerce au moyen de l'air ambiant, *infection miasmatique*, et celle qui s'opère par le contact direct, ou *véritable contagion*.

Le muguet ne se transmet évidemment pas par infection miasmatique; s'il se communique, ce ne peut être que par contact direct. On a dit que le sein de la nourrice, continuellement en contact avec la bouche malade de l'enfant, se recouvrait quelquefois d'une exsudation semblable à celle qui revêt l'intérieur de la bouche. Si quelques auteurs ont vu cette transmission locale, M. Seux l'a constamment cherchée et ne l'a jamais pu constater; il serait plus disposé, sans cependant affirmer péremptoirement qu'elle existe, à admettre celle qui pourrait avoir lieu d'un enfant à un autre par l'intermédiaire du mamelon d'une nourrice qui les allaiterait tous les deux successivement, ce mamelon servant de véhicule pour la maladie sans être infecté lui-même.

Quant à une autre cause, celle qui résulterait de l'influence épidémique puerpérale qui règne souvent dans les salles et hôpitaux d'accouchement, M. Seux ne l'a jamais pu constater non plus, et cependant plus d'une fois la fièvre a régné à la Maternité de Marseille, dont il est un des médecins.

Pour lui, les causes du muguet sont de deux ordres; celles qui, agissant sur l'organisme entier, déterminent un état général d'une nature particulière sous l'influence duquel se développe la maladie, et celles qui facilitent ou hâtent ce développement. Dans les deux cas, le premier soin du médecin doit être de faire disparaître ces causes, et leur éloignement est un des plus puissants moyens de hâter ou de déterminer la guérison.

Un point fort intéressant de l'histoire du muguet est le suivant, sur lequel M. Seux cherche à attirer l'attention en terminant ses études sur ce sujet.

Il croit avoir remarqué que dans beaucoup de maladies la différence des climats, des lieux, détermine des différences dans la marche, les symptômes, la gravité de l'affection. Ainsi, par exemple, il a remarqué que le muguet est plus fréquent à Marseille qu'à Paris; tandis que les relevés de Billard, de Valleix donnent une proportion de 24 ou 25 pour 100, à Marseille elle a varié de 58 à 73 pour 100. A quelles circonstances tient cette différence? Nous n'en savons rien, et M. Seux non plus, absolument rien. C'est un fait qu'il faut constater, et dont on ne peut prétendre à connaître l'origine.

Quant aux différences dans les symptômes, dans les phénomènes concomitants, elles sont des plus faciles à apprécier, suivant l'auteur. Jamais il n'a vu dans le muguet ces ulcérations profondes de la bouche signalées dans les hôpitaux de Paris; mais, en revanche, il a observé une mortification, inconnue ici ou du moins non signalée, de la muqueuse du pharynx et de l'œsophage.

Le muguet sans entérite semble être plus fréquent à Marseille qu'à Paris; tandis que l'érythème, si souvent observé ici, n'a été constaté que dans la moitié des cas environ dans le Midi.

Mais ce qui est beaucoup plus important que tout cela, c'est que la mortalité des enfants atteints de muguet est bien plus grande à Paris qu'à Marseille; à Paris, elle est des huit ou neuf dixièmes; à Marseille, de cinq à six pour cent seulement. La raison de cette grande disproportion avait semblé d'abord à M. Seux tenir à la différence des latitudes. Nous avouons que, pour notre part, cette seule circonstance nous étonnait un peu. Une note jointe au chapitre depuis un voyage de l'auteur à Paris en fait connaître une autre beaucoup plus puissante et plus digne de confiance, et à l'appréciation de laquelle nous nous associons pleinement.

A Paris, dans certains hôpitaux, aux Enfants-Trouvés, par exemple, dès qu'un enfant est atteint de muguet, on l'enlève à sa nourrice et on le nourrit au biberon. Il n'est pas besoin d'avoir beaucoup d'expérience pour comprendre combien est nuisible et meurtrière cette pratique, qui n'a d'autre résultat que d'augmenter l'entérite, cause première du muguet, et d'entraîner rapidement la mort. A Marseille, les enfants conservent leur nourrice pendant toute la durée du traitement, et pas n'est besoin d'insister sur l'heureuse influence exercée par le lait de la femme sur la marche de la maladie. Ce qui prouve encore mieux la vérité de ce fait, c'est qu'à l'hôpital Necker les enfants conservent leur nourrice, comme à Marseille, et que la mortalité y est extrêmement peu considérable.

L'entérite simple, c'est-à-dire non accompagnée de muguet, maladie qui a été révoquée en doute par quelques auteurs et que M. Seux regarde comme certaine, et l'ictère des nouveau-nés terminent ce premier fascicule, dans lequel l'auteur a su rassembler des matériaux intéressants, les comparer avec ceux que contiennent les ouvrages qui l'ont précédé, et faire sortir de ce rapprochement des considérations aussi curieuses au point de vue de la science qu'utiles sous le rapport de l'art. . . . . Dr A. FOUCART.

Ce n'est, dit M. Robin, que trompé par de fausses apparences qu'on a rapproché la glycérine des huiles dont elle a un peu la couleur et la consistance, et qu'on l'a considérée comme un corps inerte préservant les plaies à la manière des corps gras neutres.

La glycérine est, suivant cet habile chimiste, un *corps analogue à l'alcool*. Comme lui, elle est un des corps les plus pénétrants qu'on possède. Se mêlant à l'eau en toutes proportions, elle dissout nombre de corps sur lesquels les graisses, les huiles sont sans action... Loin d'être inerte à l'égard des tissus organiques sur lesquels on l'applique, elle les pénètre, les imbibe molécule à molécule plus rapidement que ne le fait l'eau; elle les rend transparents et met en évidence des éléments de leur structure, qu'auparavant on n'aurait pu voir; elle attaque et dissout quelques-uns de ceux qui étaient visibles. Les fibres des tissus musculaire et cellulaire, les substances amorphes des bourgeons charnus sont rendues transparentes par la glycérine. Si on la met en grande proportion au contact des globules sanguins, elle les resserre un peu, les rend plus minces, sans les déformer, puis peu à peu les pâlit et les dissout, mais lentement. Mise en contact avec les globules de pus, elle les resserre d'abord, les rend plus résistants et en diminue de moitié environ le diamètre; peu à peu elle les pâlit et les réduit à une trame déliée et transparente. Elle agit, en un mot, d'une manière spéciale sur la plupart de nos tissus; elle modifie en particulier les caractères physiques et autres des cellules épithéliales, etc.

Nous laissons à M. Robin le droit et le soin de déduire de ces faits les conséquences et les applications pratiques qu'ils renferment. Nous nous bornons à ces citations comme suffisantes en ce moment pour ce que nous voulions établir. — Dr Brochin.

CLINIQUE NAVALE.

Typhus des vaisseaux en 1855.

Par M. E. Mongrand, chirurgien de la marine de 1re classe.

A la suite de plusieurs transports de troupes et de malades fiévreux et blessés, les vaisseaux le *Prince-Jérôme* et le *Fleurus*, et la frégate à vapeur le *Canada*, se sont trouvés dans de fâcheuses conditions sanitaires. Sous l'influence de l'encombrement, le typhus s'est développé à bord de ces bâtiments pendant leur traversée de retour; et à leur arrivée à Toulon le 2 avril 1855, les malades ont été transportés au lazaret, où on les a mis en quarantaine. Envoyé dans cet établissement pour y établir un hôpital et soigner les nombreux malades apportés par ces navires, j'ai eu l'occasion d'observer un grand nombre de cas de typhus. Je vais décrire brièvement la physionomie de l'épidémie, les lésions anatomiques que j'ai rencontrées dans les autopsies et le traitement que j'ai jugé convenable d'employer; enfin, je ferai ressortir les analogies et les différences qui existent entre le typhus et la fièvre typhoïde.

Les hommes atteints par le typhus provenaient de diverses sources :

Le *Prince-Jérôme* en a fourni.	50
Le *Fleurus*.	72
Les soldats passagers.	10
Le *Canada*.	18
Les infirmiers militaires.	10
Les forçats attachés au service du lazaret.	2
Total.	162

28 hommes ont succombé à cette maladie.

Les premiers symptômes du typhus ont été un frisson suivi de fièvre intense, inappétence, lassitude générale, céphalalgie constante plus ou moins forte.

Dans les premiers jours, le malade avait la face rouge, les yeux injectés, la peau chaude, le pouls plein, variant de 96 à 108 pulsations, s'élevant rarement à 120. La langue était humide, plus ou moins saburrale; les vomissements étaient très rares. Il y a eu constamment quelques symptômes du côté des voies respiratoires; sensation d'oppression, respiration accélérée, toux assez fréquente, expectoration catarrhale. L'auscultation faisait entendre, particulièrement en arrière, quelques râles sonores peu abondants. Dès les premiers jours, dans la grande majorité des cas, les malades avaient des selles diarrhéiques jaunâtres. La céphalalgie qui avait paru dès le début s'était accrue au point de devenir presque toujours très intense.

Du sixième au neuvième jour, la langue, jusqu'à ce moment sale, se desséchait peu à peu et devenait croûteuse et noire. Les dents se couvraient de fuliginosités; la céphalalgie persistait, la face était toujours injectée et la fièvre très forte. Les malades tombaient dans une somnolence et une stupeur plus ou moins profondes, et affectaient le décubitus dorsal. Sous l'influence d'une stimulation, ils répondaient plus ou moins bien aux questions, tiraient hors de la bouche une langue rôtie, tremblante, qu'ils oubliaient souvent de rentrer. Le ventre, parfois insensible dans les quatre ou cinq premiers jours, devenait vers cette époque presque toujours très douloureux à la pression. En palpant la région iliaque droite, on sentait des gargouillements prononcés. C'est alors que commençaient à apparaître des épistaxis peu abondantes, qui dans cinq cas cependant le devinrent assez pour nécessiter le tamponnement antérieur.

C'est aussi vers le neuvième jour que commençaient à se montrer les taches lenticulaires, qui, apparaissant en premier lieu sur le ventre et la poitrine, s'étendaient aux membres supérieurs et inférieurs. Généralement de petite dimension, dans quatre cas elles acquirent la largeur d'une pièce de 20 centimes. Elles se sont souvent montrées avec une telle abondance qu'elles paraissaient confluentes; d'une couleur rosée dans les typhus moyennement graves, elles prenaient dans les typhus graves une teinte foncée, livide, et ne disparaissaient plus sous la pression du doigt. La durée de cette éruption était généralement d'une dizaine de jours.

Pendant que ces symptômes se manifestaient, le malade ne pouvait goûter un sommeil paisible; aux rêves pénibles et aux cauchemars des premiers jours succédaient des rêvasseries, un délire quelquefois tranquille, souvent bruyant. Dans tous les cas très graves, le délire n'a jamais manqué; il s'est quelquefois prolongé pendant huit jours. Dans la majorité des cas, il se montrait de préférence la nuit; le jour, le malade, plus calme, répondait aux questions, puis retombait dans la somnolence ou la stupeur. Les malades se plaignaient souvent de bourdonnements d'oreille; chez presque tous, l'ouïe devenait dure, et dans deux cas une surdité absolue a persisté jusqu'au milieu de la convalescence.

Les symptômes que je viens d'énumérer se prolongeaient, diversement modifiés, jusque vers le douzième ou treizième jour. Vers cette époque, les symptômes étaient arrivés à leur summum. Dans les cas graves, les spasmes, les mouvements convulsifs des muscles de la face, les soubresauts des tendons du poignet se montraient souvent. Le ventre, dans la majorité des cas, était ballonné; les selles involontaires. La langue, à peine nettoyée de son enduit noirâtre et sec, laissait perspirer du sang, et ne tardait pas à reprendre le même aspect.

D'après le relevé de cent observations, j'ai pu constater que la convalescence a commencé, en moyenne, le quinzième jour de la maladie; jamais avant le douzième, ni après le dix-neuvième. Peu avant cette époque, la rougeur de la face se dissipait; en disparaissant, cette congestion cutanée laissait apercevoir l'amaigrissement qui s'était effectué, et qui jusqu'à ce moment n'avait pas été sensible à la seule inspection de la physionomie. On voyait apparaître avec plaisir cet amaigrissement presque subit qui annonçait à coup sûr le début de la convalescence. En même temps la langue commençait à devenir humide; puis les croûtes noirâtres se détachaient pour faire place à un enduit jaunâtre qui ne tardait pas lui-même à disparaître. Le pouls, qui en moyenne était resté à 100, tombait à 72 ou 76 pulsations; dans deux cas, il est tombé à 48 et à 52.

En résumé, le quinzième jour, en moyenne, les malades étaient assez bien pour être mis à la soupe. En considérant comme rétablis les hommes arrivés à manger les trois quarts de la ration, les typhiques, d'après le relevé des observations, ont été guéris en vingt-six jours; mais si l'on tient compte que depuis plusieurs jours, sans être en état de santé parfaite, les hommes n'étaient cependant plus en état de maladie, on verra que le typhus que j'ai observé a eu une durée moyenne de vingt et un jours.

Lorsque la maladie a pris une marche funeste, la mort a eu lieu, en défalquant les cas exceptionnels, du neuvième au vingtième jour.

Il est certains symptômes qui se sont montrés rarement, ou qui n'ont apparu que pendant la convalescence. Je dois les mentionner ici, en indiquant leur valeur au point de vue du pronostic. Trois fois j'ai observé un hoquet très pénible qui s'est prolongé cinq ou six jours sans interruption, malgré les opiacés, les vésicatoires morphinés, etc.; dans un cas, la mort a eu lieu. Deux malades ont vomi du sang, l'un en médiocre quantité, l'autre en grande abondance; ces deux malades ont succombé.

Un autre a eu des selles sanglantes répétées, il est mort promptement. Chez trois hommes plongés dans une adynamie profonde, il est survenu chez le premier une gangrène des amygdales, chez le deuxième des ulcérations aux amygdales et au voile du palais, enfin chez le troisième une angine diphthéritique du pharynx qui s'est prolongée dans le larynx; ces trois hommes sont morts. D'énormes parotidites doubles ont encore enlevé deux malades; l'inflammation était arrivée à la période de suppuration diffuse. Quatre hommes ont montré une cyanose extrêmement prononcée de la face et des extrémités; la peau était en même temps très froide et le pouls presque insensible: deux ont pu être ranimés, les deux autres ont péri.

Les autres symptômes ou accidents survenus pendant la convalescence se sont terminés plus favorablement. Ainsi, trois hommes ont eu des eschares de position au sacrum, quatre des parotidites qui se sont terminées par résolution; chez cinq autres la suppuration a eu lieu; chez un sixième il est survenu une gangrène de tout le tissu cellulaire qui entoure la glande. Cet homme s'est rétabli à grand'peine.

Deux malades ont eu des abcès critiques à la joue, un autre un vaste phlegmon diffus du coude. Un matelot a été atteint d'ophthalmie du côté gauche; des ulcérations ont envahi la cornée; l'œil a été perdu. Un autre, au début de la convalescence, a été atteint de chorée très prononcée. Un troisième a éprouvé un dérangement notable dans les facultés intellectuelles. Enfin, dans douze cas, au milieu de la convalescence, il est survenu de la douleur dans une oreille, et bientôt un écoulement purulent, qui a duré sept ou huit jours. Vers la même époque aussi, une quinzaine d'hommes ont eu des accès de fièvre intermittente qui ont cédé à l'emploi du sulfate de quinine. Quatre phthisiques ont été légèrement atteints par le typhus; au commencement de la convalescence, la phthisie a commencé à marcher avec une rapidité effrayante.

Je classerai ainsi, suivant leur degré de gravité, les cas de typhus que j'ai observés :

Typhus très graves.	69 cas
Typhus graves.	56
Typhus légers.	27
Typhiques entrés convalescents.	10
	162

J'ai placé dans la catégorie des typhus graves tous les malades chez lesquels les symptômes ont été très prononcés, mais qui n'ont jamais présenté de délire violent et continu. Quant aux cas légers, ils sont venus confirmer ce que disent beaucoup d'auteurs, à savoir que dans les épidémies, tous les malades sont loin d'être frappés au même degré; qu'il en est qui ne sont atteints que très légèrement, et chez lesquels la maladie se réduit à très peu de chose. Dans vingt-sept cas, le typhus s'est présenté sous la forme d'un embarras gastrique avec fièvre intense, céphalalgie et un peu de diarrhée. Au bout de cinq ou six jours tous les symptômes avaient disparu, et le malade paraissait en pleine convalescence. Mais ce qui prouve qu'il s'agissait bien du typhus, c'est que chez ces hommes la maladie n'était point terminée; beaucoup d'entre eux ayant commencé à prendre des aliments à une époque où leur état semblait le permettre, il est survenu des rechutes. Sur seize rechutes, onze ont eu lieu dans ces cas légers, et toujours à cause d'une alimentation trop prompte. L'expérience m'a montré que dans ces cas légers et même quelquefois insignifiants, la maladie n'en avait pas moins une durée d'environ trois septenaires, et je me suis convaincu que ce n'était que vers le quinzième jour qu'il était prudent de commencer à alimenter les malades.

Dans le traitement de cette épidémie, je me suis guidé sur ces principes :

1° Que le typhus est une affection d'une nature particulière, très semblable à la fièvre typhoïde, si ce n'est pas la même maladie;

2° Que le typhus doit nécessairement suivre, pour arriver à la guérison, l'évolution complète de périodes distinctes;

3° Que dans les cas simples la guérison arrive naturellement par le seul bénéfice de la nature, et qu'il suffit de maintenir le malade dans de bonnes conditions hygiéniques;

4° Que dans les cas graves ou compliqués il est impossible de songer à arrêter la maladie, à la faire avorter; qu'il faut se borner à diriger le typhus et à combattre les complications.

Je me suis bien trouvé de cette manière de voir, et à l'appui de ces opinions, je puis dire que sur 69 cas très graves, je n'ai perdu que 27 hommes, tandis que j'en ai sauvé un grand nombre qui, pendant bien des jours, avaient été dans l'état le plus inquiétant.

Voici les moyens thérapeutiques que j'ai employés :

Emissions sanguines. — Toutes les fois que les malades n'étaient encore arrivés qu'aux quatre ou cinq premiers jours de l'affection, que la face, la conjonctive étaient fortement congestionnées, que le pouls était plein, dur, à 108 ou 120, la céphalalgie intense, j'ai fait pratiquer une saignée de 3 à 400 grammes, qui m'a toujours paru exercer une heureuse influence sur la marche ultérieure du typhus. La saignée n'a jamais été renouvelée. Les sangsues ont été fréquemment employées. Je les ai fait appliquer à la base de la poitrine lorsque les symptômes de bronchite étaient très prononcés et qu'il semblait y avoir une forte congestion pulmonaire. Ces cas étaient, en général, très graves. Je ne pense pas avoir retiré un grand bénéfice de ce genre d'émission sanguine. Appliquées, au contraire, aux mastoïdes au début de la maladie, alors que la céphalalgie était extrêmement intense, les sangsues ont constamment eu l'heureux résultat de faire cesser ou de diminuer très notablement les douleurs de tête. Dans les premiers jours, j'en prescrivais 20 ou 25; mais l'écoulement était toujours très abondant, souvent extrêmement difficile à arrêter; aussi, plus tard, je me suis borné à des applications de 10 à 12 sangsues, qui ont produit le même résultat avantageux, sans présenter l'inconvénient d'une déperdition considérable de sang.

Chez tous les malades, j'ai employé un vomitif au début (3 gr. d'ipéca), puis le sulfate de soude à petite dose (20 gr.). L'administration du sulfate de soude a été répétée un grand nombre de fois. Quand les selles étaient trop fréquentes, on le supprimait pour le reprendre quand elles devenaient plus rares. Chez quelques malades, le sulfate de soude a été insuffisant pour provoquer des selles; j'ai eu recours à l'huile de ricin.

J'ai combattu le délire sans avantage par les juleps avec teinture de musc; mais j'ai eu à me louer un grand nombre de fois de l'administration de juleps laudanisés à la dose de 2 et 3 gr. à prendre dans l'espace de quatre à cinq heures. Sous l'influence de l'opium, j'ai vu bien souvent des délires extrêmement violents cesser avec rapidité. Le malade était jeté dans une sorte de narcotisme, et le lendemain le délire avait fait place à la stupeur ou à la somnolence. Les bienfaits de cette pratique sont devenus tellement évidents pour moi dès le commencement de l'épidémie, que je n'ai jamais manqué de combattre les symptômes ataxiques par le laudanum à haute dose; je m'en suis toujours félicité.

Dans les cas où l'adynamie était plus ou moins prononcée, j'ai prescrit l'eau vineuse, le vin chaud, le vin et la décoction de quinquina, les juleps avec acétate d'ammoniaque, camphre, éther, laudanum, etc., etc.

J'ai, dans les cas graves, fréquemment employé les sinapismes, les vésicatoires sur les extrémités inférieures et la poitrine; je ne pense pas qu'ils aient jamais eu une heureuse influence. Dans la convalescence, j'ai prescrit avec avantage le sulfate de quinine

contre des accès de fièvre qui prenaient un caractère intermittent. Tous les convalescents ont abondamment usé du vin et de la décoction de quinquina.

Telle est la médication que j'ai employée dans la généralité des cas. Les autres prescriptions que j'ai pu faire ont été dirigées contre certains symptômes exceptionnels ou contre les accidents variés qui se sont montrés dans la convalescence.

(Dans un prochain numéro, nous donnerons l'anatomie pathologique du typhus et le parallèle de cette affection avec la fièvre typhoïde.)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 3 décembre 1855. — Présidence de M. REGNAULT.

Paralysie musculaire atrophique. — M. Cruveilhier lit un travail intitulé *Recherches sur la paralysie musculaire atrophique*, dont voici un extrait :

Cette paralysie musculaire, dit M. Cruveilhier, tantôt partielle, tantôt générale, est caractérisée cliniquement par la paralysie progressive avec atrophie correspondante des muscles soumis à la volonté, paralysie et atrophie qui coïncident avec l'intégrité parfaite du sentiment, l'intégrité parfaite des facultés intellectuelles et affectives, et l'intégrité parfaite des fonctions nutritives autres que la nutrition musculaire. Il n'y a donc dans cette maladie qu'une fonction lésée, la myotilité volontaire.

Elle est caractérisée anatomiquement par l'atrophie du système musculaire de la vie de relation, l'atrophie des racines antérieures des nerfs spinaux avec intégrité parfaite des racines postérieures des mêmes nerfs, intégrité parfaite de l'encéphale de la moelle épinière. Il n'y a donc de lésés que les organes de la myotilité volontaire, muscles et nerfs. Aucune maladie n'est plus nettement localisée.

Le hasard a voulu que j'aie été le premier à qui il ait été donné de faire l'anatomie pathologique de cette maladie. C'est là tout le secret de la part que j'ai prise à sa détermination, dont, je ne crains pas de le dire hautement parce que c'est la vérité, la priorité ne saurait m'être contestée. Un grand nombre de faits cliniques qui étaient demeurés stériles faute d'anatomie pathologique, et quatre autopsies, ont servi de base à mon travail.

La première observation remonte à 1832, et a pour sujet une femme de quarante ans. Tout l'appareil musculaire a été successivement paralysé, en commençant par les membres supérieurs. La paralysie finit par s'étendre aux muscles de la déglutition, de l'articulation des sons et de la phonation; et au milieu de cette abolition générale de la myotilité, la sensibilité générale et spéciale conserva jusqu'au dernier moment toute son intégrité. L'intelligence et les facultés affectives furent respectées. Les fonctions nutritives s'exécutèrent avec la plus grande régularité. La malade fut trouvée morte dans son lit. A l'autopsie, je m'attendais à trouver une lésion profonde de la moelle épinière; mais cet organe était parfaitement sain, ainsi que le cerveau, le cervelet, l'isthme de l'encéphale.

Dans une deuxième observation, qui a été faite en mars 1848, le malade, âgé de dix-huit ans, qui présentait traits pour traits les caractères de la paralysie musculaire atrophiée, ayant succombé à la variole, l'autopsie démontra l'intégrité parfaite de la masse encéphalique et de la moelle, comme dans l'observation précédente, et, en outre, l'atrophie à des degrés divers de tous les muscles, depuis l'amaigrissement simple jusqu'à la transformation graisseuse. Qu'il me soit permis de faire remarquer que c'est de cette époque seulement (avril 1848) que date la détermination de cette espèce de paralysie, que je désigne provisoirement sous le titre d'*atrophie musculaire primitive* ou *idiopathique*.

Mais une lacune grave existait dans l'anatomie pathologique de cette maladie, c'était la connaissance de l'état anatomique de la portion périphérique du système nerveux. C'est cette lacune que deux observations avec autopsie ont parfaitement comblée.

Dans les troisième et quatrième observations, l'autopsie de deux sujets morts avec tous les symptômes de la paralysie musculaire atrophique au plus haut degré a présenté :

1° Comme dans les deux observations précédentes, l'intégrité parfaite de la masse encéphalique et de la moelle;

2° Comme dans la deuxième observation, tous les degrés de l'atrophie musculaire;

3° En outre, l'*atrophie des racines antérieures des nerfs spinaux*, et à côté de cette exténuation des racines antérieures de ces nerfs, les racines postérieures respectées conservaient tous les caractères de l'état le plus normal.

Conclusion. — 1° Il existe une paralysie musculaire tantôt partielle, tantôt générale, avec intégrité de toutes les autres fonctions, dont le caractère anatomique est l'atrophie des racines spinales antérieures et l'atrophie de tous les muscles correspondants.

2° Cette paralysie musculaire atrophique doit être rapprochée non de la paralysie, qui a son point de départ aux centres nerveux, mais de celle qui résulte de la section des nerfs affectés aux mouvements; telle est la section du nerf radial, du nerf cubital ou du nerf médian par rapport aux muscles auxquels ils se distribuent.

3° Les faits relatifs à la paralysie musculaire atrophique sont pleinement confirmatifs du grand théorème de Ch. Bell en ce qui touche la distinction des racines des nerfs spinaux en racines antérieures ou motrices et en racines postérieures ou sensitives. Ces faits pathologiques peuvent être considérés comme la démonstration la plus complète et la plus péremptoire.

4° Ces faits établissent une influence, non soupçonnée par les physiologistes, des racines antérieures des nerfs spinaux sur la nutrition musculaire.

5° Ces observations établissent en outre que les racines spinales antérieures sont indépendantes des cordons antéro-latéraux de la moelle; car aux racines atrophiées correspondaient des cordons antéro-latéraux parfaitement sains.

6° Donc l'origine réelle des racines antérieures des nerfs spinaux n'est pas aux cordons antéro-latéraux; donc elle est dans la substance grise centrale de la moelle.

7° C'est donc dans la substance grise qu'il faudra chercher le point de départ de l'atrophie des racines antérieures des nerfs spinaux. (Renvoi à l'examen de la section de médecine et de chirurgie.)

De la mensuration de l'angle facial et des goniomètres faciaux. — M. Jacquart lit sur ce sujet un mémoire qui n'est pas susceptible d'analyse.

Coléoptères vésicants des environs de Montevideo. — M. A. Courbon présente un mémoire sur les coléoptères vésicants des environs de Montevideo.

On y trouve, dit l'auteur, trois espèces de cantharides : la cantharide pointillée (*Lytta adspersa*, Klug; *Epicauta adspersa*, Dejean); la cantharide à points enfoncés (*Epicauta cavernosa*, Reiche) et la cantharide veuve (*Lytta vidua*, Klug; *Causima vidua*, Dejean). Ces trois espèces de cantharides sont vésicantes d'une manière marquée, quoiqu'à des degrés différents, et chacune d'elles a sa plante sur laquelle elle vit exclusivement. La première, la cantharide pointillée, qui est de beaucoup la plus commune, est aussi de beaucoup la plus active; son énergie est même plus grande que celle de notre cantharide officinale. Mais à cette activité plus grande elle joint une autre particularité fort intéressante, tant au point de vue de la science que de la thérapeutique, et qui la met bien au-dessus de la cantharide des boutiques : elle ne détermine jamais la moindre irritation sur les organes génito-urinaires.

La *cantharide pointillée* est très commune aux environs mêmes de la ville de Montevideo. Elle vit sur le *Beta vulgaris*, herbe qui est également très commune dans ces lieux. On la trouve dans les mois de décembre, janvier, février et mars; mais c'est surtout dans les mois de janvier et de février qu'elle pullule, et quelquefois elle est si abondante que l'on voit la plante qui la nourrit disparaître entièrement sous l'immense quantité de ces coléoptères.

Voici comment M. Courbon a été conduit à découvrir la précieuse propriété qu'a cette espèce de cantharide de ne produire aucune irritation sur les organes génito-urinaires.

Durant les années 1853, 1854 et 1855, dit-il, j'eus à traiter, à bord du brick *le Chasseur*, un homme atteint d'hépatite chronique bien caractérisée, qui, à des intervalles plus ou moins longs, passait à l'état aigu. Alors il y avait fièvre revenant quelquefois par accès le soir; gonflement de l'hypocondre droit et douleur atroce dans cette région, douleur qui arrachait des cris au malade et le forçait à se tenir en double. Ce symptôme de douleur cédait toujours comme par enchantement à l'application d'un ou de deux larges vésicatoires volants *loco dolenti*, tellement qu'à la fin le malade réclamait l'emploi de ce moyen aussitôt qu'il sentait le retour de ses souffrances. Or, sur ce même malade, j'opérai le plus souvent la vésication au moyen de la cantharide pointillée. A chaque fois, l'action fut produite sans qu'il y eût aucune irritation du côté des organes génitaux. Mais deux fois, à défaut de cantharide pointillée, j'employai la cantharide officinale; le malade eut à souffrir de l'action du médicament sur les organes urinaires.

Depuis que j'eus reconnu l'intéressante propriété de la cantharide pointillée de Montevideo, je l'employai toutes les fois que j'ordonnai un vésicatoire. Ainsi j'en fis usage six fois dans le cas de sciatiques rebelles siégeant soit d'un côté seulement, soit des deux côtés, et qui ne cédèrent qu'à l'emploi de vésicatoires appliqués au niveau de l'endroit où le nerf sciatique sort du bassin; quatre fois dans le cas de pleurésie, trois fois dans le cas de bronchite chronique, deux fois à la fin de la pneumonie, et dans tous ces cas je ne vis jamais aucune irritation ni de la vessie ni du canal de l'urètre.

La *cantharide à points enfoncés*, beaucoup plus rare que la précédente, est à peu près aussi vésicante que la cantharide officinale.

La *cantharide veuve* est commune, quoique beaucoup moins que la cantharide pointillée. Elle vit sur deux légumineuses, l'*adesmia pendula* et l'*adesmia punctata* (*Prodr.*, pars II, p. 319, sp. 6 et 7), mais surtout sur l'*adesmia pendula*. Ses propriétés vésicantes sont au moins aussi énergiques que celles de notre cantharide officinale. Quoique moins commune que la cantharide de la bette, elle pourrait encore être employée avec assez d'avantage à cause de ses grandes dimensions.

Ne considérant que la vertu vésicante des trois cantharides des environs de Montevideo, on voit que la cantharide pointillée est plus énergique que la cantharide officinale; que les cantharides veuve et à points enfoncés le sont à peu près au même degré. Dans ces trois cantharides, le principe vésicant réside exclusivement dans les parties molles ou internes; les parties extérieures, c'est-à-dire les parties dures, cornées, qui forment le squelette de ces insectes, ne jouissent d'aucune propriété épispastique. (Commissaires : MM. Duméril, Milne Edwards et Valenciennes.)

— M. le ministre de l'instruction publique invite l'Académie à lui présenter, conformément au décret du 9 mars 1852, deux candidats pour la chaire de médecine vacante au collége de France par suite du décès de M. Magendie.

La commission de médecine est invitée à préparer le plus promptement qu'il se pourra une liste de candidats.

— M. Longet prie l'Académie de vouloir bien le comprendre dans le nombre des candidats pour la place vacante dans la section de médecine et de chirurgie par suite du décès de M. Magendie.

M. Cruveilhier adresse une semblable demande.

M. Brown-Séquard également.

Les trois lettres sont renvoyées à l'examen de la section de médecine et de chirurgie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Les concours pour les médecins militaires que nous avons annoncés dans notre dernier numéro, auront lieu aux époques ci-dessous indiquées :

Le premier, pour un nombre indéterminé d'emplois de médecins et de pharmaciens sous-aides, commencera le 28 janvier 1856, simultanément à Paris, Lille, Metz, Strasbourg, Besançon, Lyon, Marseille, Montpellier, Toulouse, Bordeaux et Rennes.

Le second, pour un nombre indéterminé d'emplois de médecins et de pharmaciens stagiaires, aura lieu le 4 février 1856 à Strasbourg, le 18 à Montpellier, et le 3 mars à Paris.

— Par décret en date du 23 novembre, M. le docteur Cullerier, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, a été nommé membre du conseil de surveillance de l'administration de l'assistance publique.

— Par arrêté du 29 novembre, M. Philipeaux est nommé préparateur du cours d'histoire naturelle des corps organisés au collége de France, en remplacement de M. Focillon.

— On écrit de Constantinople : « Les hôpitaux sont presque vides depuis deux mois; la santé publique est parfaite ici, comme en Crimée. Les Turcs établissent un nouvel hôpital à Trébizonde, pour recevoir les malades de l'armée d'Omer-Pacha.

» Le choléra s'est de nouveau montré à Constantinople, mais *il n'a fait que passer*.

» M. le docteur Rigler, professeur de clinique interne à l'Ecole impériale de médecine de Constantinople, nommé récemment, par décret de S. M. l'Empereur d'Autriche, à la même chaire à l'Ecole de Gratz, se prépare à quitter notre ville. S. M. le Sultan lui a accordé une pension viagère de 3,000 piastres turques par mois, ainsi que son ordre du Medjidié de 4e classe. »

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Jallaguier, de l'Hérault; *De la version dans la présentation des extrémités supérieures.*

Brun, de Toulouse (Haute-Garonne); *Considérations sur la métrorrhagie chez la femme enceinte avant, pendant et après l'accouchement.*

Brunel, d'Orcival (Puy-de-Dôme); *Quelques considérations sur les maladies héréditaires au point de vue de leur prophylaxie.*

Boiron, de Saint-Maurice-sur-Dargoire (Rhône), *Considérations sur la folie; du siége, de la nature et du traitement de cette affection.*

Blanc, de Poussan (Hérault); *De la fistule à l'anus et de son traitement par l'injection iodée.*

Delpech, de Molières (Tarn-et-Garonne); *Des bubons vénériens.*

Privat, de Lodève (Hérault); *De la leucorrhée.*

Ronzier-Joly (Washington); *Des méthodes analytiques appliquées au classement des indications thérapeutiques.*

Pellet, d'Eclose (Isère); *Des différentes espèces de fluxion de poitrine.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Agenda-Formulaire des Médecins-Praticiens pour 1856, où l'on trouve : 1° PETIT DICTIONNAIRE de médecine, de matière médicale et de posologie, dans lequel sont intercalées, suivant l'ordre des matières auxquelles elles appartiennent, **450** formules magistrales empruntées aux meilleurs auteurs, et une foule de préparations officinales; 2° PRÉCIS D'OBSTÉTRIQUE, ou mécanisme et manœuvres des accouchements naturels et contre nature; 3° GUIDE AUX EAUX, ou désignation des sources minérales les plus fréquentées pour chacune des affections qui en réclament l'emploi; 4° ANNUAIRE DE THÉRAPEUTIQUE pour 1856, ou Revue de tout ce que les divers recueils de médecine ont publié de plus pratique dans l'année expirée; 5° RENSEIGNEMENTS sur les Facultés de médecine, les Ecoles préparatoires, les services médicaux, hôpitaux, prisons, bureaux de bienfaisance, eaux minérales, les sociétés savantes, les journaux scientifiques et de médecine. Modèles de rapports et de certificats, ministères, mairies, voitures publiques, itinéraires des omnibus, etc.; 6° ADRESSES des docteurs, officiers de santé et dentistes de la ville de Paris; 7° PRIX COURANTS des substances médicamenteuses; 8° CHEMINS DE FER, bulletin indicateur des embarcadères, stations, distances et prix; 9° TABLEAU DES RUES, quais, places, boulevards, etc., du nouveau Paris, avec les tenants et aboutissants en regard : publié par le Dr A. BOSSU. — Paris, au bureau de l'AGENDA-FORMULAIRE, 31, rue de Seine, et dans les librairies.

PRIX DE L'AGENDA AU BUREAU ET PAR LA POSTE, SOUS ENVELOPPE.

	Au bureau. fr. c.	Poste. fr. c.
N° 1. Reliure en mouton, doré sur tr., fermant au crayon.	3 »	4 »
N° 2. Reliure — — fermant à patte.	3 75	4 50
N° 3. Reliure chagrin — doublé de soie, à patte.	5 »	5 50
N° 4. Reliure — — doublé, avec trousse.	6 »	6 50
N° 5. Reliure — avec deux poches en peau, trousse, trimestres séparés et enveloppe de soie aux cahiers de renseignements.	8 »	8 »
N° 6. Même reliure, mais l'une des poches fermant en portefeuille, trousse, renseignements recouverts en soie, tourniquet en maillechort fermant l'agenda.	9 »	9 »

N. B. — Toutes les trousses sont munies des PASSETTES ÉLASTIQUES brevetées de M. Charrière, qui a autorisé l'auteur seul à les employer.

LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8

N° 147. — MARDI 18 DÉCEMBRE 1855. (28e ANNÉE.) N° 147. — MARDI 18 DÉCEMBRE 1855.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 17 DÉCEMBRE 1855.

Séance de l'Académie des Sciences.

La candidature ouverte à l'Académie par suite du décès de M. Magendie, commence à faire affluer les communications et les travaux de médecine et de chirurgie. Dans la précédente séance, c'était M. Cruveilhier qui faisait acte de candidature par la lecture d'un mémoire sur l'atrophie musculaire; dans celle-ci, c'est M. Laugier qui, dans une courte note, a exposé le procédé qu'il vient de mettre en usage pour remédier à un symblépharon. On sait combien l'adhérence anormale des paupières au globe oculaire est, en général, difficile à détruire, et combien surtout il est difficile de prévenir la reproduction de la difformité. L'opération pratiquée par M. Laugier a pour double objet de faire cesser la difformité et d'en rendre du même coup la reproduction impossible. C'était bien le but qu'on se proposait dans les différentes opérations que l'on a imaginées; mais, ou il n'était qu'incomplètement atteint, ou s'il l'était, c'était par des opérations d'une complication excessive et d'une extrême difficulté d'exécution.

L'opération de M. Laugier repose sur ce principe : mettre en contact le globe oculaire séparé des brides cicatricielles avec la face muqueuse et non saignante de lambeaux formés de ces mêmes brides. Pour obtenir ce résultat, après avoir disséqué et détaché les brides restées adhérentes seulement par leur base aux paupières, l'opérateur renverse leur sommet, ou partie libre, en dedans, vers le sinus de la conjonctive, où elles sont maintenues dans cette position par des anses de fil dont les chefs traversent les paupières de dedans en dehors.

L'application de ce procédé chez une femme atteinte d'un symblépharon qui unissait près de la moitié de la face interne et des bords des paupières à la demi-circonférence de la cornée transparente, a donné un résultat qui est de nature à justifier les espérances que M. Laugier a fondées sur cette opération.

Les vapeurs d'essence de térébenthine sont-elles susceptibles de produire l'empoisonnement? Lorsqu'une personne exposée aux émanations d'un appartement fraîchement peint éprouve des accidents, est-ce à la céruse qu'il faut l'attribuer; est-ce à l'essence de térébenthine ou à ces deux agents à la fois? Telles sont les questions que M. Marchal (de Calvi) a cherché à résoudre à l'occasion d'un fait de ce genre. Considérant, d'une part, avec M. Mialhe, que la céruse est fixe dans la peinture dont elle fait la base, et d'autre part, que des expériences directes ont démontré l'action toxique de l'essence de térébenthine, M. Marchal en a conclu que dans ce fait particulier c'était à ce dernier agent qu'étaient dus les accidents observés. L'empoisonnement par l'essence de térébenthine serait, de sa nature, hyposthénisant, et nécessiterait l'emploi d'un traitement stimulant.

La brièveté de l'extrait contenu dans le *Compte rendu* ne nous permet pas d'apprécier jusqu'à quel point sont fondées les conclusions du travail de M. Marchal. Nous ne pouvons nous empêcher, toutefois, de faire remarquer la contradiction qui existe entre l'argument que M. Marchal emprunte à la fixité de la céruse et les expériences que nous rappelions récemment à l'occasion de l'histoire de la colique sèche, et qui montrent combien le plomb, dans ses divers états de combinaison, est divisible et volatile.

M. Boinet a communiqué une nouvelle observation d'empyème pulmonaire guérie par les injections iodées répétées, qui lui a paru fournir une preuve nouvelle des avantages qu'il attribue à cette méthode dans le traitement des épanchements pleurétiques purulents, ainsi que les kystes de l'ovaire et des abcès par congestion. Ce fait nous paraît mériter une sérieuse attention. Nous le publierons incessamment.

Enfin, M. Commaille a fait connaître à l'Académie un phénomène curieux qu'il a eu l'occasion de constater en faisant des recherches auxquelles il est d'ailleurs complètement étranger : c'est la persistance, chez un animal mort depuis plusieurs heures, des contractions partielles du cœur dans l'état complet de vacuité, mais sans la moindre trace de mouvement général, c'est-à-dire sans battement. Ce fait, ainsi que l'auteur l'a fait remarquer avec raison, vient donner un nouvel appui à la théorie des battements du cœur, que M. Hiffelsheim a formulée par ces mots : « Le cœur bat parce qu'il recule. » — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GENDRIN.

De la dyspepsie muqueuse.

Les cryptes mucipares sécrètent le long du tube digestif un produit muqueux qui sert au glissement du bol alimentaire. L'exagération et l'altération de cette sécrétion mucipare gastro-intestinale constituent la lésion essentielle de la dyspepsie muqueuse ou nidoreuse.

Cette maladie se manifeste rarement d'une manière subite avec une certaine intensité; le plus souvent elle survient progressivement, en sorte qu'il est peu ordinaire que l'invasion de l'affection qui nous occupe soit tout à fait confirmée avant plusieurs jours et même quelquefois plusieurs semaines. Jusque-là les symptômes fugaces que présente le malade indiquent plutôt un état valétudinaire produit par un trouble passager des fonctions digestives qu'une dyspepsie muqueuse nettement caractérisée; c'est l'état avant-coureur ou le premier degré de cette maladie.

Les individus qui sont sous l'imminence d'une dyspepsie muqueuse sont le plus souvent pris d'abord d'une anorexie peu marquée, qui même ne se prononce fréquemment que pour des aliments d'une certaine espèce, comme des aliments gras et sucrés; cette anorexie est souvent irrégulière; elle se montre à certains repas et non à d'autres; elle alterne quelquefois avec un appétit exagéré, souvent en même temps dépravé; elle coïncide presque toujours avec la perception d'une saveur fade ou amarescente et comme visqueuse à la bouche. La langue est large, molle, le plus souvent comme lanugineuse et jaunâtre à sa base. L'ingestion des aliments, même quand elle est désirée, est bientôt suivie de la satiété, de sécheresse à la bouche avec viscosité de la salive et quelquefois d'un sentiment de constriction à la gorge.

Quelques instants après qu'ils ont pris des aliments ou des boissons, même en petite quantité, les malades éprouvent de l'anxiété précordiale, de l'oppression ou plutôt de la tension à la partie supérieure de l'abdomen et vers les flancs; ils ont des borborygmes, des éructations; ils sont pris ensuite de coliques obtuses qui précèdent les déjections alvines. Les selles deviennent plus fréquentes que d'habitude et à demi-liquides, ou alternativement dures et molles, ordinairement supprimées pendant deux ou trois jours pour se montrer ensuite liquides et trop abondantes pendant un ou deux jours, puis se supprimer de nouveau. Les urines rendues peu après l'ingestion des boissons sont aqueuses et peu copieuses; celles de la digestion sont aussi en petite quantité, mais elles sont rouges, âcres, ammoniacales et d'une odeur pénétrante; elles occasionnent souvent de l'ardeur à l'urètre, comme les selles en provoquent à l'anus.

A ces phénomènes, qui proviennent immédiatement du tube digestif, se joignent toujours dans une certaine mesure quelques-uns des symptômes suivants, qui sont surtout prononcés pendant les digestions : douleur céphalalgique sus-orbitaire, temporale ou occipitale, obtuse ou lancinante et térébrante; sentiment de malaise général et de faiblesse dans tous les membres; douleurs comme contusives aux articulations. Pour peu que le malade se livre à un certain exercice, il a des sueurs faciles et passagères; il contracte aisément des frissons, même dans les saisons les plus chaudes; son sommeil est agité, peu réparateur, souvent troublé par des rêves pénibles; il quitte le lit avec la tête pesante et embarrassée, ses traits portent l'empreinte d'un certain degré d'abattement; les yeux sont cernés, excavés; le regard est languissant; les fonctions intellectuelles s'accomplissent avec une sorte de langueur, de difficulté; le malade est triste et quelquefois tourmenté de pressentiments sinistres; il se sent facilement défaillir; il a même quelquefois des lypothymies. Le pouls est mou, les battements du cœur deviennent quelquefois par instants irréguliers en force et en fréquence, et occasionnent ainsi des attaques de palpitations. La respiration est parfois anxieuse, surtout au commencement de la digestion; les malades ont souvent alors quelques secousses de toux sèche et irrégulière.

Dans un grand nombre de cas, les dyspepsies muqueuses ont encore des symptômes moins prononcés que ceux que nous venons de décrire; ils ne consistent qu'en un état de malaise général avec quelques horripilations vagues; un sentiment obscur de tension ou de douleur gravative légère et souvent même fugace à l'épigastre, un état de courbature générale, une sécheresse habituelle à la peau. La langue est légèrement blanche, large et molle; le malade n'a pas d'appétit, sans avoir de dégoût prononcé; les masses musculaires, principalement celles des membres abdominaux, sont douloureuses à la pression.

Les symptômes dominants dans la plupart de ces cas de dyspepsie légère sont des vertiges qui rendent la marche et la station peu sûres, et qui sont joints à une douleur céphalalgique sinon intense, du moins habituelle, ou revenant dès que le malade fixe son attention et qu'il se livre à quelque travail intellectuel.

Tous ces accidents dyspepsiques n'ont point une marche continue; ils reviennent et disparaissent plusieurs fois à des intervalles irréguliers, souvent pendant des semaines, quelquefois pendant deux ou trois jours seulement, sans perdre l'état permanent et continu qui les convertit en une dyspepsie muqueuse d'une certaine intensité; ils ne se terminent même pas nécessairement de cette manière. Cet état valétudinaire se dissipe parfois progressivement et sans phénomènes critiques prononcés.

La dyspepsie muqueuse, sous la forme peu intense que nous venons de décrire, se voit sur le plus grand nombre des individus affectés de dyspepsie pendant les saisons et durant les constitutions épidémiques, qui multiplient ces affections morbides. Il arrive même que tous les malades n'éprouvent pas de plus graves accidents. Beaucoup cependant sont pris pendant la durée de la dyspepsie légère, presque toujours à l'occasion de quelques causes occasionnelles, d'accidents du côté du tube digestif, plus prononcés, et néanmoins aussi passagers. Telles sont les indigestions après l'ingestion d'aliments quelquefois peu abondants ou d'une coction facile.

Alors les malades ont une douleur gravative à l'épigastre, survenant depuis deux ou trois, jusqu'à huit à dix heures après le repas; une sécheresse à la bouche, salive visqueuse, éructations nidoreuses, nausées, et enfin vomissements de matières alimentaires plus ou moins altérées par la digestion. Ces vomissements se renouvellent deux ou trois fois, et finissent par expulser une petite quantité de matière muqueuse jaunie par la bile et de saveur amère. Des évacuations alvines formées de matières fécales molles, fétides, et précédées de douleurs tormineuses sous-ombilicales, surviennent ordinairement quelques heures après. Dans beaucoup de cas les vomissements n'arrivent pas; l'indisposition se borne, du côté de l'estomac, à quelques douleurs épigastriques profondes, des nausées, de la soif, de la sécheresse à la bouche; mais les accidents de matières fécales liquides surviennent et se renouvellent quatre à cinq fois dans le jour, et quelquefois la nuit suivante.

Dans le plus grand nombre des dyspepsies muqueuses, la bouche est tapissée de mucosités abondantes qui envisquent les dents et les gencives, et qui provoquent même la sputation; l'haleine est habituellement d'une odeur acide et quelquefois comme stercorale: quelques malades en sont même incommodés.

La durée des dyspepsies muqueuses n'est point fixe; elle est, au contraire, très variable. Toutefois elle est rarement très courte. Ces maladies durent presque toujours au moins huit à dix jours; elles ne se terminent même presque jamais avant deux ou trois semaines, et souvent elles se prolongent jusqu'à cinq ou six.

Il est incontestable que la surcharge des organes digestifs et l'état saburral gastro-intestinal prédisposent aux apoplexies, mais à ces apoplexies réelles dans lesquelles le cerveau éprouve toutes les lésions véritablement propres aux hémorrhagies cérébrales, ne différant de toutes les autres que par cette circonstance qu'elles sont occasionnées plus ou moins directement par l'embarras gastro-intestinal, dont les symptômes sont évidents. Il importe de les distinguer des affections cérébrales vertigineuses secondaires aux maladies des voies digestives; ces affections vertigineuses simulent plus ou moins l'apoplexie imminente ou déclarée, mais elles restent sous l'influence de la maladie des premières voies.

La toux sèche quinteuse est un épiphénomène fréquent des dys-

pepsies muqueuses : c'est cet accident que l'on a appelé toux gastrique et toux abdominale ; il augmente le plus souvent après l'ingestion des aliments et quelquefois après celle des boissons. Dans la plupart des cas, la toux gastrique est peu fatigante et assez faible.

Dans les dyspepsies qui s'élèvent jusqu'à l'état fébrile, la toux s'observe souvent pendant les exacerbations pyrétiques, et elle cesse tout à fait ou du moins diminue beaucoup d'intensité dans leurs intervalles.

Lorsqu'un individu a succombé des suites d'une dyspepsie muqueuse, on trouve constamment dans le tube digestif une quantité plus ou moins grande de liquide trouble, visqueux, tantôt grisâtre, tantôt jaunâtre, dans lequel se remarquent des flocons de mucus le plus souvent coloré en jaune, parfois en jaune verdâtre. Ce fluide est quelquefois en assez grande quantité pour tenir le canal digestif dans un état de demi-réplétion ; il n'occupe pas toujours, au moins en quantité partout également considérable, toute la longueur du tube digestif ; ce n'est même que dans les cas exceptionnels qu'il en remplit la plus grande partie. Il est rare que l'estomac contienne une grande quantité de ce liquide, qui se trouve au contraire fréquemment avec assez d'abondance dans le duodénum et le jéjunum ; dans quelques cas, il remplit en même temps tous les intestins grêles, du pylore au cœcum ; il est plus ordinaire de le trouver seulement dans l'iléon.

Le liquide qui se trouve dans les intestins après les dyspepsies muqueuses laisse à nu, quand on le fait écouler par l'incision des parois du tube digestif, une couche de mucus plus ou moins visqueux, adhérente aux parois intestinales, comme de la glu étendue à leur surface. Cette couche s'enlève ordinairement avec facilité par la percussion d'un filet d'eau ; son adhérence est variable comme sa viscosité. Il n'est pas très rare qu'elle ait une solidité et une adhésion si grandes qu'elle ressemble jusqu'à un certain point à une couche pseudo-membraneuse d'un blanc grisâtre ou jaunâtre. Le plus ordinairement cependant cette couche visqueuse n'offre qu'une faible adhérence ; on peut se faire une idée exacte de sa viscosité en la comparant à une couche de blanc d'œuf étendue sur la muqueuse ; souvent elle a exactement l'aspect du mucus expectoré dans la bronchite chronique. Sur les parois de l'estomac, la viscosité de la couche muqueuse et son adhérence à la membrane adjacente sont plus considérables que sur toutes les autres parties du tube digestif ; on en peut juger par les cas dans lesquels la lésion morbide occupe à la fois la muqueuse gastrique et la surface intestinale.

Le mucus déposé et comme agglutiné sur la surface de la muqueuse gastro-intestinale acquiert quelquefois une assez grande densité pour former des concrétions d'apparence pseudo-membraneuse qui sont excrétées avec les selles, et que l'on rencontre dans les intestins après la mort.

Ces concrétions muqueuses sont le plus souvent moulées sur la surface interne de l'intestin et ont la forme tuberculeuse.

Des vers lombrics se trouvent assez souvent dans le mucus altéré, épanché dans le tube digestif ; leur siége le plus ordinaire au milieu de la couche muqueuse qui invisque les parois de l'appareil gastro-intestinal est dans le jéjunum ou l'iléon. Il n'est pas rare d'en rencontrer sur les cadavres dans l'estomac, quelquefois même dans l'œsophage. Les gros intestins en contiennent aussi dans quelques cas. Il arrive assez souvent qu'on en reconnaît dans toutes ces parties à la fois. C'est surtout après les dyspepsies qui ont présenté les symptômes de l'état saburral muqueux que ces vers se rencontrent ; ils s'observent plus rarement après les dyspepsies qui ont offert les symptômes tranchés de l'embarras gastrique bilieux.

Les cryptes mucipares tuméfiées et développées se montrent à l'œil nu comme des grains sphériques ou lenticulaires, d'un blanc mat ou d'un blanc rosé, d'une demi-ligne au plus de diamètre. Ces grains n'ont pas tous le même aspect : les uns sont plongés dans l'épaisseur de la muqueuse de manière à ne se montrer que par le point grisâtre qui marque leur orifice excréteur, et tout au plus par un très petit segment de leur corps apparent sous ce point grisâtre ; les autres se dégagent de la muqueuse par une grande partie de leur corps et dépassent son niveau, ayant l'aspect de grains de millet ou de chenevis, qui seraient comme scellés sur la muqueuse par un tiers ou la moitié de leur circonférence. L'indice grisâtre du canal excréteur ne se voit plus aussi facilement au moins sur la plupart des granulations cryptenses qui ont cette dernière disposition. On parvient cependant d'ordinaire à l'y rencontrer sur un des côtés du segment saillant qu'elles présentent. La couche muqueuse qui revêt la surface de la tunique interne gastro-intestinale adhère toujours davantage sur les parties de la tunique villeuse, où se trouve une grande quantité de cryptes développés, et surtout des plaques crypteuses. Il n'est pas rare de trouver dans cette couche muqueuse une matière noire disséminée par points, par stries, et correspondant aux cryptes tuméfiées, et surtout aux plaques crypteuses.

Les cryptes mucipares tuméfiées se rencontrent quelquefois sous la forme de plaques seulement occupant le plus souvent le dernier tiers de l'iléon ; plus fréquemment, on ne trouve que des cryptes disséminées dans l'intestin grêle, et même dans l'estomac et les gros intestins.

Le ramollissement de la muqueuse gastro-intestinale, que nous avons souvent rencontré avec les autres altérations qui se rapportent à la présence des dyspepsies muqueuses, consiste dans une perte de densité de la membrane muqueuse, reconnaissable au plus léger degré par la facilité avec laquelle cette membrane s'enlève avec l'ongle, comme une pulpe d'un blanc ou d'un jaune grisâtre, et au plus haut degré par sa conversion en une couche gélatineuse d'un gris rosé ou d'un gris bleuâtre, si molle qu'elle ne semble plus être que la couche profonde de la nappe de mucus visqueux étendue à sa surface.

Le ramollissement gastro-intestinal que nous venons de décrire occupe toujours les points les plus déclives de la portion du tube digestif affectée, relativement à la supination du cadavre. Ainsi, à l'estomac, son siége le plus fréquent c'est sur la paroi postérieure et inférieure du grand cul-de-sac que cette altération se trouve ; dans les intestins, c'est sur le segment postérieur des circonvolutions et sur le fond des replis intestinaux.

Les traces de phlogose plus ou moins circonscrites de quelques points de la muqueuse gastro-intestinale se trouvent presque sur tous les cadavres, de quelque manière que la mort soit survenue.

Les ganglions lymphatiques du mésentère ne présentent jamais la moindre apparence de maladie.

Les vaisseaux mésentériques artériels et veineux sont souvent dans un état de congestion assez prononcé, principalement dans les parties qui se trouvent déclives, eu égard aux circonvolutions intestinales, pendant la supination. Cette congestion vasculaire est, dans beaucoup de maladies où le tube digestif n'a été le siége d'aucun état morbide, plus prononcée qu'après les dyspepsies muqueuses ; elle coïncide presque toujours avec les suffusions sanguines qui se trouvent si fréquemment par taches disséminées sur la membrane muqueuse intestinale après des maladies aiguës.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CLINIQUE NAVALE.

Typhus des vaisseaux en 1855 (1).

Par M. E. Mongrand, chirurgien de la marine de 1re classe.

Altérations anatomiques. — J'ai pratiqué l'autopsie de quatorze cadavres de typhiques ; voici quels ont été les résultats de mes observations :

Habitude extérieure. — Les cadavres ont présenté une grande tendance à la putréfaction ; les téguments, particulièrement ceux de la partie postérieure du tronc et des membres, ont promptement pris une teinte rouge livide, qui dans trois cas s'est étendue à la face et au cou. On remarquait les traces de pétéchies, beaucoup moins apparentes que pendant la vie. Les taches lenticulaires avaient disparu.

Cavité pectorale. — Les poumons ont été trouvés huit fois sains et presque exsangues ; quatre fois ils ont offert un engouement hypostatique plus ou moins étendu ; deux fois des altérations. Dans un cas tout le poumon droit, dans l'autre le lobe supérieur du même poumon étaient complétement hépatisés ; leur tissu, rouge, dense, n'était plus perméable à l'air ; en même temps que l'hépatisation, le poumon droit offrait à sa surface des fausses membranes récentes, et la plèvre renfermait une abondante quantité de sérosité sanguinolente.

Les autres altérations du cadavre étaient celles du typhus qui pendant la vie avait été des mieux caractérisé. Une pneumonie au premier degré et une pleurésie étaient donc venues compliquer la maladie principale. Dans un autre cas, j'ai trouvé dans la plèvre un épanchement sanguin peu abondant.

Le cœur a toujours été trouvé sain, généralement flasque, affaissé, vide de sang ou en contenant à peine quelques cuillerées ; jamais de caillots noirâtres. Deux fois des caillots de fibrine décolorés, qui dans un cas étaient très volumineux ; trois fois on a trouvé dans le péricarde une quantité de sérosité beaucoup plus abondante qu'à l'état normal, et dans deux circonstances cette sérosité était fortement sanguinolente. Les veines caves, la veine porte, l'azygos, les grosses veines des membres ont toujours été trouvées gorgées de sang noir.

Cavité abdominale. — 1° A l'extérieur, le tube digestif, généralement peu coloré, offrait quelquefois des plaques d'une coloration rouge livide, particulièrement sur l'estomac et la fin de l'intestin grêle. Jamais je n'ai trouvé d'engorgements des ganglions mésentériques.

2° A l'intérieur, l'estomac, dans presque tous les cas, a offert des lividités en plaques plus ou moins étendues ou en bandes irrégulières. Ces colorations avaient généralement leur siége dans le grand cul-de-sac. La muqueuse, souvent explorée, n'a jamais présenté de ramollissement.

L'intestin grêle a offert aussi de ces colorations livides, des arborisations plus ou moins prononcées ; mais généralement la muqueuse était pâle ou colorée en jaune plus ou moins foncé, surtout vers le duodénum.

Jamais le duodénum n'a présenté d'altérations notables. Dans trois cas, au voisinage du pylore, et dans un espace de deux ou trois travers de doigt, il existait un pointillé noirâtre, comme si la muqueuse avait été saupoudrée de charbon en poudre. Un léger grattage faisait disparaître ce pointillé, et la muqueuse n'était point altérée. Une seule fois le pointillé s'est montré au commencement du gros intestin ; mais les points noirs étaient moins nombreux et plus isolés.

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

Le gros intestin n'a jamais offert que des lividités et des arborisations.

Dans aucune partie de l'intestin grêle je n'ai jamais rencontré de ces plaques solides, élastiques, renfermant une substance jaunâtre, et désignées sous le nom de plaques gaufrées ; mais neuf fois sur quatorze, j'ai trouvé dans cet intestin des plaques de dimension variable, ayant quelquefois 8 ou 9 centimètres de long sur 4 ou 5 de large, affectant une forme ovalaire, et siégeant de préférence sur la partie de l'intestin opposée au mésentère. Leur nombre était très variable : j'en ai compté quelquefois jusqu'à cinquante et soixante. Commençant parfois à se montrer dès le commencement du jéjunum, elles devenaient plus larges et plus nombreuses à mesure que l'on se rapprochait du cœcum, qui, dans plusieurs cas, en était complétement tapissé. Ces plaques offraient une foule de petits plis séparés par des vacuités qui leur donnaient l'aspect réticulé. Au fond de chaque enfoncement on voyait un grand nombre de petits points, quelquefois noirs, généralement gris. Ces plaques, réticulées et ponctuées, ne présentaient aucune saillie à la surface de l'intestin ; il fallait cependant qu'il y eût une certaine hypertrophie de la muqueuse pour que leurs contours fussent aussi distincts. Du reste, la muqueuse de ces plaques n'était ni ulcérée ni ramollie, et sa coloration était normale.

Ces plaques pointillées sont évidemment un premier degré d'altération des plaques de Peyer. Malgré le soin que nous avons mis à les rechercher dans toutes les autopsies, nous ne les avons pas rencontrées cinq fois sur quatorze.

Le foie a toujours paru sain, un peu affaissé sur lui-même, ce qui tenait au peu de sang contenu dans les vaisseaux hépatiques. Sa consistance et sa coloration étaient naturelles. Huit fois sur quatorze la vésicule biliaire contenait du sang noirâtre mélangé à la bile ; dans deux cas la vésicule, très volumineuse, contenait des caillots grumeleux.

La rate n'a présenté que de rares altérations. Dans neuf cas, son volume et sa consistance n'offraient aucune différence avec l'état sain ; dans deux autres, son volume était naturel, mais sa consistance diminuée. Enfin elle a été trouvée une fois volumineuse, une autre doublée, et une troisième triplée de volume ; dans ces trois cas elle était notablement ramollie.

Les reins n'ont jamais offert d'altération ; ils étaient presque toujours gorgés de sang noir.

Cavité crânienne. — Le crâne n'a été ouvert que deux fois. Les vaisseaux de la surface du cerveau étaient fortement injectés. Cette injection s'étendait à la substance cérébrale, mais à un médiocre degré. Enfin les ventricules contenaient un peu de sérosité.

— Depuis quelques années des occasions se sont offertes d'observer le typhus ; on en a profité pour étudier cette affection, en la comparant à la fièvre typhoïde. M. le professeur Forget, après avoir traité un certain nombre de cas de typhus carcéraire, a publié sur cette maladie un excellent mémoire ; il est arrivé à cette conclusion que le typhus et la fièvre typhoïde, loin d'être une seule et même affection, comme le pense M. Gaultier de Claubry, sont au contraire deux maladies parfaitement distinctes. Dans un autre mémoire, dont les journaux de médecine ont récemment rendu compte, M. Jacquot, médecin militaire qui a observé le typhus à Constantinople, admet aussi la même opinion. Bien que l'épidémie de typhus que je viens d'observer présente une grande ressemblance avec celles de MM. Forget et Jacquot, je ne puis cependant admettre des idées aussi absolues, et je conserve encore une certaine tendance à pencher du côté de l'identité.

Au point de vue des symptômes, aucune différence ne saurait être admise entre le typhus et la fièvre typhoïde ; c'est plus que de la ressemblance, c'est une identité parfaite, et je ne crois pas possible d'établir un diagnostic différentiel de ces deux affections. Chez les typhiques que M. le professeur Forget a traités, il n'a pas observé d'épistaxis et de taches lenticulaires ; quant à moi, j'ai noté ces symptômes dans l'immense majorité des cas. Chez chaque malade les épistaxis se sont renouvelées fréquemment, et dans plusieurs circonstances elles ont été fort abondantes. Quant aux taches lenticulaires, chez plus de la moitié des typhiques, elles étaient semées sur l'abdomen, la poitrine et les membres avec une telle profusion que j'ai qualifié l'éruption de confluente.

Relativement à la marche, rien encore ne peut différencier ces deux affections ; les symptômes se succèdent dans le typhus comme dans la fièvre typhoïde. Mais au point de vue de la durée de la maladie, on commence à apercevoir quelques dissemblances. En effet, d'après le relevé de cent observations complètes, j'ai établi que pour le typhus elle était de 21 jours en moyenne. Le typhus aurait donc une durée moindre que la fièvre typhoïde, ce qu'il faut attribuer à ce que l'altération des plaques de Peyer est beaucoup plus légère, et que le malade, pour se rétablir, n'a pas besoin d'attendre l'élimination de la matière contenue dans les plaques dures et la cicatrisation toujours longue des vastes ulcérations des plaques molles.

Maintenant, en considérant les résultats des autopsies, il serait difficile de soutenir qu'il y a une identité parfaite au point de vue de l'anatomie pathologique. Parmi les différences, les unes sont légères, d'autres importantes. Au nombre des premières, je noterai dans le typhus l'absence d'engorgement des ganglions abdominaux, l'état de la rate que j'ai trouvée saine, bien plus fréquemment que cela n'a lieu dans la fièvre typhoïde ; enfin la présence 8 fois sur 14 de sang noir liquide ou en caillots, mélangé à la bile. La différence importante, la seule qui à mes yeux puisse faire sé-

parer le typhus de la fièvre typhoïde, c'est l'absence dans la première de ces maladies des plaques dures ou plaques gaufrées, et l'absence de ramollissement et d'ulcération des plaques molles ou réticulées. Toutefois, s'il est positif que généralement dans la fièvre typhoïde on trouve simultanément des plaques molles et des plaques dures, il n'en est pas moins avéré que dans certains cas les altérations sont exclusivement bornées aux follicules isolés ou aux follicules agminés, et le médecin qui aura traité un malade pour une fièvre typhoïde, sera parfaitement fondé à croire son diagnostic exact s'il ne rencontre à l'autopsie que des plaques molles à surfaces réticulées. Eh bien, y a-t-il donc une grande différence entre cette altération et celle que l'on rencontre chez les typhiques? Je ne le pense pas. Cette altération des glandes de Peyer, que j'ai notée dans les autopsies, doit-elle être considérée comme banale, d'un ordre secondaire, insignifiante, comme semble le penser M. Forget? Non, certes. Dans les autopsies, ce n'est pas *une ou deux plaques* ou *quelques plaques* au voisinage du cœcum que j'ai observées, c'étaient des plaques toujours nombreuses, quarante, cinquante quelquefois, atteignant souvent de grandes dimensions, et qui, dans le cœcum, étaient tellement rapprochées, qu'il en était littéralement tapissé. Elles n'étaient point ulcérées, la muqueuse n'était point ramollie, il est vrai, mais l'ulcération n'est point une terminaison nécessaire de l'engorgement et de la maladie des glandules intestinales. La situation, le nombre, l'étendue de ces plaques me portent à penser qu'il s'agit d'une lésion importante, et qui est identique à celle que présentent les follicules agminés dans la fièvre typhoïde. Maintenant, pourquoi cette altération ne continue-t-elle pas sa marche et n'arrive-t-elle pas au ramollissement, à l'ulcération? Je l'ignore.

Aujourd'hui, on révoquerait en doute la réalité d'une fièvre typhoïde chez un sujet à l'autopsie duquel on ne rencontrerait pas les lésions caractéristiques; cependant je ne puis douter de l'existence du typhus chez des sujets qui ne m'ont offert aucune trace d'altération des glandes de Peyer. Cinq fois sur quatorze je n'ai rien rencontré. Je regrette de ne pas avoir pratiqué l'autopsie de tous les typhiques; mais à cette époque, outre les hommes atteints de typhus, j'avais encore à donner des soins à trois cents autres malades atteints d'affections internes et externes, et le temps me manquait. Les symptômes notés chez ceux qui ne m'ont pas présenté de plaques étaient tellement identiques, que je n'ai jamais un instant douté qu'ils ne fussent morts de la même maladie. Il faudrait donc conclure de cela qu'il y a un certain nombre de cas de typhus dans lesquels on trouve, au point de vue de l'anatomie pathologique, une différence tranchée avec la fièvre typhoïde.

J'ai encore une différence à signaler entre ces deux maladies. Si la plupart des médecins, surtout à Paris, ne croient pas à la contagion de la fièvre typhoïde, il faut dire toutefois qu'un certain nombre de praticiens éclairés admettent cette contagion et appuient cette opinion sur des faits qu'il est difficile de révoquer en doute. Quoi qu'il en soit, la contagion de la fièvre typhoïde serait bornée à d'étroites limites. Il n'en est pas de même du typhus; c'est une affection éminemment contagieuse. Lors de l'établissement de l'hôpital du lazaret de Toulon, un détachement de vingt-sept infirmiers fut mis à ma disposition. Ces hommes avaient un logement séparé de l'hôpital, leur nourriture était excellente, et j'avais pris des mesures pour qu'un repas supplémentaire de café leur fût délivré le matin avant leur entrée dans les salles. Malgré cela, sur vingt-sept, dix ont contracté le typhus en soignant les malades, et trois ont succombé. 12 forçats étaient employés à des travaux qui les mettaient peu en relation avec les malades; deux ont été atteints. Enfin, un de nos collègues, jeune homme plein d'avenir, a été victime de son dévouement; il a succombé à une forme de typhus qui a offert une grande analogie avec la fièvre jaune.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 10 décembre 1855.—Présidence de M. Regnault.

Opération du symblépharon. — M. Laugier soumet au jugement de l'Académie une note sur une opération nouvelle qu'il a pratiquée avec succès le 11 octobre dernier pour corriger une des cicatrices vicieuses les plus difficiles à guérir, celle qui réunit la face interne et le bord des paupières au globe de l'œil en prenant insertion sur la cornée transparente elle-même. Cette adhérence, connue sous le nom de *symblépharon*, dit-il, résiste ordinairement aux diverses opérations jusqu'ici pratiquées, ainsi qu'aux moyens mécaniques mis en usage pour en assurer le résultat. On divise les brides cicatricielles avec plus ou moins de facilité, mais on ne connaît aucun moyen sûr de les empêcher de se reproduire, et, en dépit de cautérisations répétées et de l'interposition de plaques d'ivoire ou d'un œil artificiel entre les paupières et l'œil, ces organes, temporairement devenus libres, sont bientôt aussi intimement unis qu'avant l'opération.

De ces difficultés sont nées plusieurs opérations; les unes simples, mais peu efficaces, telles que la section des brides par deux ligatures inégalement serrées, la réunion immédiate par glissement de la tranche oculaire du tissu cicatriciel; les autres très sérieuses et compliquées, sans que le succès en soit plus assuré. Je citerai la résection triangulaire de la partie de la paupière qui répond à un symblépharon partiel, inapplicable par conséquent si celui-ci a quelque étendue, et enfin l'opération si grave et si compliquée de Dieffenbach, qui détache toute la paupière et la renverse en dedans, après avoir rasé les cils, la maintient dans cette position jusqu'à cicatrisation de l'excision préalable des brides, et dédouble ensuite la paupière par une nouvelle opération pour lui rendre par de nouvelles sutures sa première position.

L'opération que je viens de mettre en usage, non-seulement est très simple, mais elle convient au symblépharon dans tous les cas. Son principe est de mettre en contact le globe oculaire séparé des brides cicatricielles avec la face muqueuse et non saignante de lambeaux formés de ces mêmes brides, adhérents par leur base aux paupières et renversés en dedans vers les sinus de la conjonctive, où les maintiennent dans cette position des anses de fil dont les chefs traversent les paupières de dedans en dehors et sont noués en dehors sur un petit rouleau de diachylon gommé.

Les brides doivent être détachées le plus près possible de leur insertion au globe oculaire, afin que les lambeaux aient plus de hauteur; elles doivent être disséquées profondément dans la direction des sinus de la conjonctive où le sommet des lambeaux devra être plongé.

Telle est l'opération que j'ai pratiquée le 11 octobre sur la nommée Victoire Toupanse, âgée de vingt ans, couchée à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Charles, 12, atteinte d'un symblépharon qui unissait près de la moitié externe de la face interne et des bords des paupières droites à la demi-circonférence de la cornée transparente, et qui s'opposait aux mouvements de l'œil en dedans. Tout mouvement dans ce sens était douloureux, et produisait une céphalalgie qui a disparu par l'opération.

Le tissu cicatriciel, constituant une sorte de large pannus, a été partagé en deux lambeaux, dont l'un, le supérieur, fut renversé à la face interne de la paupière supérieure; l'autre renversé à la face interne de la paupière inférieure. Au bout de six jours, les fils ont pu être retirés; la cicatrisation était complète, et l'œil avait repris ses mouvements, qu'il a conservés depuis.

Empoisonnement par les vapeurs d'essence de térébenthine. — M. Marchal (de Calvi) communique sur ce sujet un mémoire dont voici un extrait suffisamment explicatif.

Un cas d'empoisonnement par les vapeurs d'essence de térébenthine s'est présenté chez une femme qui habitait depuis plusieurs jours un appartement fraîchement peint. Le premier symptôme consista dans des coliques; mais bientôt survinrent subitement les accidents les plus alarmants: la malade était comme anéantie, le visage d'une pâleur mortelle; le tour des yeux cyanosé, le globe enfoncé; les lèvres à peine mobiles, l'haleine froide, la voix éteinte, les membres froids et dans la résolution; le pouls presque insensible, sans fréquence; la vue affaiblie, troublée; l'intelligence était intacte, et la malade se sentait mourir. L'usage énergique des stimulants *intus et extra* la ranima, et après quelques retours, aussitôt réprimés, de la crise hyposthénique, elle se rétablit, mais seulement au bout d'un mois.

L'empoisonnement est indubitable. Mais quel empoisonnement? Faut-il accuser la céruse; faut-il accuser la térébenthine?

Une première série d'expériences faites par M. Marchal, en conformité d'autres expériences précédemment instituées par M. Mialhe, sont destinées à prouver que la céruse est fixe dans la peinture, dont elle forme la base, et que par conséquent ce n'est pas au composé saturnin que l'on peut attribuer les accidents produits par les peintures fraîches. D'autres expériences ont pour objet de prouver que les vapeurs de térébenthine produisent des effets toxiques sur les animaux et sur l'homme.

Le mémoire contient encore des remarques générales dans lesquelles, après avoir rapporté différents exemples d'empoisonnement par les vapeurs de térébenthine, l'auteur cherche à déterminer le mode d'action de ces vapeurs sur l'économie; il y voit un poison hyposthénisant, et est conduit à recommander le traitement stimulant contre les accidents qu'elles peuvent produire.

Les conclusions du mémoire sont:

1° La céruse est fixe dans la peinture, dont elle forme la base, et n'est pour rien dans les accidents qui peuvent résulter du séjour dans un appartement fraîchement peint;

2° Ces accidents sont dus aux vapeurs de térébenthine;

3° Le danger est le même dans un appartement fraîchement peint, quel que soit le composé, blanc de plomb, ou blanc de zinc, qui forme la base de la peinture;

4° Il y a danger d'empoisonnement par la térébenthine tant que la peinture n'est point parfaitement sèche, et le plus sûr est de n'habiter un appartement que lorsque toute odeur d'essence a disparu;

5° L'empoisonnement par la térébenthine rentre dans la même catégorie que l'empoisonnement par les émanations des fleurs;

6° Les émanations des fleurs agissent de deux manières sur l'économie: idiosyncrasiquement ou toxiquement;

7° Le mode d'action des vapeurs de térébenthine consiste principalement dans une hyposthénisation plus ou moins profonde;

8° Le traitement stimulant énergiquement administré est celui qui convient contre cet empoisonnement. Il ne faut pas négliger d'exciter l'action péristaltique de l'intestin par les moyens appropriés.

Ces deux dernières conclusions ne sont pas absolues, attendu qu'elles ne se fondent que sur un fait. (Commissaires: MM. Rayer, Dumas, Balard.)

Théorie du battement du cœur. — M. Commaille adresse la relation d'un fait qui se rattache à cette proposition: « Le cœur bat, parce qu'il recule. »

En poursuivant ses recherches sur l'action toxique de l'*atractylis gummifera*, il eut occasion d'observer un phénomène qu'il ne chercha pas à rattacher à l'action spéciale du toxique, car il ne se présenta pas une seconde fois dans des circonstances en apparence identiques, mais qui lui sembla devoir être pris en considération dans les recherches sur les causes des battements du cœur.

Voici le fait:

« Voulant examiner, dit l'auteur, les viscères d'un chat empoisonné avec l'*atractylis*, mort déjà depuis plusieurs heures et qui offrait au plus haut degré la rigidité cadavérique, je fus extrêmement surpris de voir le cœur à nu se contracter avec une énergie à peine inférieure à celle qu'il devait avoir pendant la vie. La systole et la diastole auriculaire et ventriculaire étaient des plus nettes et des plus tranchées; l'animal était sur le dos, les pattes fixées sur une planche, et toutes les parois thoraco-abdominales étant enlevées, il m'était extrêmement facile d'examiner les mouvements partiels et les mouvements généraux du cœur. Et, comme je viens de le dire, le cœur, quoique vide de sang, conservait les mouvements alternatifs propres aux oreillettes et aux ventricules. Quant aux *mouvements généraux*, il n'y en avait pas la moindre apparence; le cœur était immobile à sa place; il n'était pas soulevé; il n'y avait ni pour sa pointe ni pour sa base aucun changement de position. Ce cœur se contractait comme dans l'acte physiologique, mais ce cœur ne battait plus, et la paroi thoraco-abdominale rabattue n'éprouvait pas le moindre choc. Un cœur vide de sang peut donc encore se contracter, mais il ne peut plus battre.

— M. Laugier prie l'Académie de vouloir bien le comprendre dans le nombre des candidats pour la place vacante dans la section de médecine et de chirurgie par suite du décès de M. Magendie.

MM. Malgaigne et Piorry adressent chacun une semblable demande. (Renvoi à l'examen de la section de médecine et de chirurgie.)

— La section de médecine, par l'organe de son doyen M. Serres, a présenté comme candidats pour la chaire de médecine vacante au collége de France par suite du décès de M. Magendie:

Au premier rang.	M. C. Bernard.
Au deuxième rang. . . .	M. Longet.
Au troisième rang. . . .	M. Brown-Séquard.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 5 décembre 1855. — Présidence de M. Gosselin.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Al. Guérin présente un enfant de treize ans qui porte des enchondromes multiples aux deux mains et aux deux avant-bras. La maladie a débuté il y a six ans. Il demande l'avis de la Société sur l'opportunité d'une opération.

M. Giraldès. La main ressemble à celle de l'enfant dont parle Marc-Aurèle Séverin. Ces tumeurs se développeront, et il est à craindre qu'elles ne se ramollissent, n'ulcèrent la peau, etc. M. Giraldès n'hésiterait pas à enlever trois doigts.

— M. Guersant présente une tumeur de la voûte du crâne développée chez un très jeune enfant. Elle siége sur la bosse pariétale gauche, n'est pas réductible, ne communique point avec la cavité crânienne.

M. Morel-Lavallée. Le siége de la tumeur, l'irréductibilité, la mollesse, la fluctuation, l'existence d'un bourrelet dur périphérique indiquent clairement qu'il s'agit d'un céphalœmatome. Ces tumeurs guérissent très bien par les incisions grandes ou petites, par la compression, mais elles disparaissent aussi quand on les abandonne à elles-mêmes. Ce qu'il y a de mieux à faire, c'est de s'abstenir.

— M. Giraldès, à propos du procès-verbal, annonce qu'il a lu dans un journal anglais que la glycérine avait été employée contre les crevasses des mains; puis en 1848, par M. Whately, contre les ulcérations du conduit auditif et des narines; qu'enfin on l'avait opposée aux écoulements des organes génito-urinaires; on y a songé également pour la conservation des préparations anatomiques, car on l'a mise en usage pour conserver quelques préparations microscopiques susceptibles de se dessécher, tels que les globules de sang.

— M. Chassaignac se propose dans une des séances suivantes d'exposer dogmatiquement les principes du pansement par occlusion.

CORRESPONDANCE.

M. le professeur W. Sands Cox (de Birmingham) adresse une lettre pour obtenir le titre de membre correspondant. (Commission: MM. Lenoir, Richet, Larrey.)

— M. le docteur Brulé (de Dijon) adresse une série de travaux manuscrits et imprimés à l'appui de sa candidature comme membre correspondant. (Commission: MM. Monod, Chassaignac, Demarquay.)

— M. le docteur Monceaux adresse pour le prix Duval deux exemplaires de sa thèse sur le cancer de la matrice.

— M. Demarquay fait hommage à la Société d'une notice sur la gangrène blanche.

— M. Larrey présente à la Société, de la part de M. le professeur Alexandre Riberi (de Turin), un ouvrage italien en deux volumes intitulé: *Raccolta delle opere minori, con annotazioni e con la giunta d'argomenti inediti*.

Une commission, composée de MM. Denonvilliers, Marjolin et Larrey, rendra compte de cet ouvrage pour la candidature de M. Riberi au titre de membre correspondant étranger.

— La Société charge M. Deguise de lui fournir des nouvelles officielles de la maladie de M. Bérard.

LECTURE.

M. Gosselin donne lecture de son travail sur les fractures en V et les infections auxquelles elles donnent lieu. Dans ce travail, l'auteur, après avoir rappelé les dispositions anatomiques dont il avait été question dans plusieurs des séances précédentes, appelle l'attention sur la gravité spéciale de ces fractures cunéennes en V, dans les cas où il y a complication de plaie, et même dans ceux où cette complication n'existe pas. Laissant de côté pour le moment l'infection putride, qui peut être une conséquence tardive de la blessure, il montre que les sujets atteints de fractures qu'il a présentés à la Société sont morts les uns peu de jours après l'accident, les autres un peu plus tard, après avoir eu les symptômes d'une fièvre grave. Rapprochant les accidents et cette mort, tantôt rapprochée, tantôt un peu plus éloignée de l'accident, de ce que l'on observe à la suite des amputations de jambe ou de cuisse, ou de blessures par armes à feu de ces mêmes parties, il se demande quelle est dans ces cas la cause de la mort. Comparant alors les symptômes observés chez tous ces blessés à ceux qui ont lieu dans la fièvre typhoïde, la fièvre pernicieuse, ou à la suite des plaies envenimées de toutes sortes, il est conduit, par l'analogie et le raisonnement, à cette première conclusion: que la maladie et la mort sont dues à une intoxication par des matières organiques putrides, comme on l'a admis déjà pour l'infection purulente et l'infection putride.

Arrivant ensuite à l'examen de la source et de la nature du poison, M. Gosselin arrive, par la comparaison des plaies des parties molles avec celles dans lesquelles les grands os sont intéressés, à cette se-

conde opinion : que sans doute les os fournissent l'élément dont la décomposition ou l'altération au contact de l'air donne lieu à la matière toxique, et que cet élément est la substance médullaire. En effet, dans les fractures en V, par le mécanisme de la pénétration du fragment supérieur, de l'inférieur, ou de la pression violente qui au moment de la torsion est exercée par le premier sur le second, la substance médullaire est plus écrasée, plus meurtrie, et par suite plus disposée à s'altérer consécutivement que dans les fractures transversales et obliques.

M. Larrey. Le travail de M. Gosselin semble devoir soulever une discussion non pas sur la nature et l'anatomie pathologique des fractures en V ou en coin, mais d'abord sur la comparaison qu'il établit entre les conséquences graves de ces fractures et les lésions traumatiques des os par des coups de feu, ainsi que les amputations des membres.

Un second point à examiner, c'est l'explication ou l'interprétation donnée par notre collègue au mécanisme des accidents mortels de ces sortes de fractures, accidents qu'il attribue à des altérations profondes de la moelle.

Mais avant que la discussion s'engage, je ferai observer qu'une grande analogie me semble exister, sous ce second point de vue, entre les opinions émises par M. Gosselin et les recherches faites par M. Tharsile Valette (notre correspondant actuel à Constantinople) dans le travail que j'ai déposé dernièrement en son nom sur le bureau, et dont M. le secrétaire général doit nous rendre compte aujourd'hui même.

Reste à savoir si le mémoire de M. Valette sur *l'Ostéo-myélite des amputés* doit être apprécié avant que la communication de M. Gosselin soit discutée.

M. Gosselin n'a pu prendre encore connaissance du travail de M. Tharsile Valette; il ignore par conséquent si ce chirurgien a établi une relation directe entre les altérations du tissu médullaire et les accidents très graves qui suivent les plaies des os; rapprochement qui n'a pas encore été fait par les auteurs classiques.

M. Larrey répond par l'affirmative.

M. Marjolin, qui se proposait de donner lecture du mémoire de M. Valette, s'en acquittera dans la séance prochaine.

M. Boinet fait une objection à M. Gosselin. Ce ne sont pas les plaies les plus larges qui sont le plus exposées à développer les accidents de la résorption purulente, et les plaies étroites ne sont pas à l'abri de cette complication. La gravité des plaies, sous ce point de vue, ne dépend pas de leur étendue, mais bien plutôt de la présence d'anfractuosités qui entraîne la stagnation, puis la viciation du pus. L'accès de l'air extérieur n'a pas lui-même d'autre effet fâcheux que de favoriser cette viciation.

L'observation démontre que lorsque le pus séjourne et s'altère, il devient de mauvaise nature, et réellement virulent. C'est ce qui se voit, en effet, dans la cavité de la poitrine, dans les abcès profonds avec clapiers et ouvertures étroites et sinueuses. Il suffit, pour faire évanouir les accidents, soit de donner aux liquides un écoulement facile, soit de les entraîner par de fréquents lavages, soit de modifier les surfaces par des injections diverses, et entre autres par les injections iodées.

M. Giraldès. M. Gosselin a observé plusieurs cas de fractures de la jambe qui ont amené des accidents graves auxquels les malades ont succombé au bout de deux ou trois jours. Il a cherché une explication de ce fait, et n'a formulé qu'une hypothèse, qui consiste à attribuer à la lésion du tissu médullaire la production d'une matière virulente susceptible de causer un véritable empoisonnement. Cette manière de voir suscite plusieurs objections :

1° M. Gosselin a comparé ses faits aux blessures par armes à feu avec fracas des os. Or, l'exemple est mal choisi; car s'il y a des cas où la destruction, l'attrition, l'altération de la moelle soient portées très loin, c'est à coup sûr dans ces fractures par les projectiles; et cependant les accidents signalés par M. Gosselin s'y observent rarement. De plus encore, étant données plusieurs plaies de ce genre, on verra se développer des complications très différentes, ce qui ne devrait pas avoir lieu si une même cause, l'altération de la moelle, constituait précisément leur gravité.

C'est qu'en effet ce qui fait le pronostic grave des plaies, c'est moins leur étendue, la nature des tissus lésés, qu'une circonstance inconnue dans son essence et qui vient de l'individu lui-même. On ne peut en douter quand on voit les plaies les plus graves avoir des suites très simples, tandis que les blessures les plus légères s'accompagnent de symptômes formidables. En un mot, l'hypothèse de la décomposition et de la virulence de la moelle est impossible à démontrer; c'est une vue de l'esprit, une conviction personnelle, mais qui, jusqu'à présent, faute de preuve, reste à l'état de préjugé scientifique.

2° M. Gosselin n'a pas tenu compte de toutes les causes d'accidents; il attribue à l'empoisonnement la mort qui survient au bout de deux jours, sans tenir compte de l'ébranlement nerveux qui a été invoqué comme cause de cet empoisonnement dans un mémoire inséré dans l'*Association britannique provinciale*, ce qui prouve, par parenthèse, que l'hypothèse de l'empoisonnement a déjà été formulée.

Lorsque l'on reconnaît une fracture en V, ajoute M. Gosselin, il faut proposer l'amputation immédiate; et si celle-ci est refusée par le malade, il faut employer l'irrigation continue, pour balayer, entraîner le principe toxique. Mais pourquoi ne pas commencer plutôt par là, et proposer d'emblée le sacrifice du membre? Quand l'irrigation est bien faite et continuée pendant un mois, on sauve six malades sur dix dans des cas très graves; cela vaut la peine de l'essayer tout d'abord. Pour établir son impuissance et la nécessité de l'amputation, il faudrait de nombreux cas établissant l'inefficacité de la première méthode et le succès plus constant de la seconde.

3° Enfin, M. Gosselin a touché à la question de la transmission de principes virulents, et il a cité les affections puerpérales, les érysipèles, etc. M. Giraldès ne le suivra pas sur ce terrain; il fera seulement remarquer que ces faits sont aujourd'hui bien connus, et que d'un commun accord la phlébite n'est pas capable d'expliquer tous les cas funestes.

M. Morel-Lavallée a écouté avec beaucoup d'intérêt toute la partie du travail de M. Gosselin qui est relative aux fractures; mais il a entendu avec étonnement celle qui a trait à sa doctrine. L'hypothèse n'a pas de base solide; le virus ne peut être mis en évidence; personne ne l'a vu; nulle expérience, nulle inoculation, même sur les animaux, ne constate son existence. On ne peut avancer que les os sont susceptibles de fournir un poison. On ne peut pas décider si c'est la moelle, ou les phosphates, ou la trame organique; car sur tous les points l'ignorance est complète. La surprise de M. Morel a été d'autant plus grande que la théorie de M. Gosselin n'a aucun des caractères de précision et de rigueur que donnent les recherches chirurgicales modernes, et que l'auteur a d'ailleurs l'habitude de mettre dans tous les travaux qu'il a publiés jusqu'à ce jour.

M. Gosselin répond d'abord à M. Boinet qu'il n'a nullement eu l'intention de comparer les plaies longues ou profondes aux plaies étroites. Sous ce rapport, il partage entièrement l'opinion de M. Boinet, et ne considère pas ses réflexions comme des objections à son travail.

Il répond à M. Giraldès qu'il n'accepte pas l'objection tirée des plaies d'armes à feu qui guérissent malgré l'attrition du canal médullaire.

Pour éviter de trop longues digressions, M. Gosselin n'a eu en vue que les blessures par armes à feu et autres des os volumineux, tels que le tibia ou le fémur. Or, personne ne peut contester que ces blessures ne soient très graves dans les conditions où nous les observons le plus souvent, c'est-à-dire dans les hôpitaux et dans les camps. Sans doute quelques malades guérissent; mais en parlant d'une manière aussi générale qu'il l'a fait, M. Giraldès a eu peut-être en vue des os moins volumineux, tels que ceux de l'avant-bras, du pied et de la main, dont les fractures, en effet, guérissent beaucoup plus habituellement. Depuis les observations qu'il a faites après février et juin 1848, M. Gosselin a souvent insisté sur la différence de gravité entre les fractures par armes à feu des plus gros os et celles des os moins volumineux; et ne pouvant expliquer ces différences par l'ébranlement nerveux ou par aucune des théories établies par les auteurs, il les attribue aux différences dans la quantité de la substance médullaire, qui, en se décomposant, fournit dans les premiers plus de matériaux toxiques que dans les seconds.

Quant à l'objection que le passage du pus de la phlébite dans le sang n'est pas admis par tout le monde pour expliquer l'infection purulente, M. Gosselin ne le nie pas; mais beaucoup de chirurgiens professent cependant encore cette théorie, et ceux qui la rejettent ne lui en substituent pas une qui lui soit plus satisfaisante. Pour M. Gosselin, l'infection purulente est due le plus souvent, non pas au passage du pus lui-même, mais au passage dans les veines de matériaux toxiques provenant de la décomposition des liquides organiques, et, dans les cas de fractures ou d'amputations, provenant de la substance médullaire. Quant aux irrigations continues, M. Gosselin en est grand partisan, et il les emploie non pas seulement pour modérer l'action inflammatoire, mais surtout pour entraîner les matières toxiques à mesure qu'elles se forment, et les remplacer par une substance dont l'absorption soit moins nuisible. Mais cependant l'irrigation ne peut pas toujours suffire, et dans les fractures avec plaie de la jambe, la question d'amputation primitive doit quelquefois être posée. Dans ces cas, où nous avons tous de l'hésitation, un document de plus a son utilité, et la direction en V de la solution de continuité est une raison de plus en faveur de l'amputation.

A M. Morel, M. Gosselin répond qu'il faut bien admettre quelquefois en pathologie et en clinique d'autres preuves que les preuves matérielles, et qu'il est permis de rechercher l'explication des phénomènes morbides à l'aide de l'analogie et du raisonnement quand l'autre démonstration ne peut pas être donnée. On ne nie pas l'empoisonnement par le virus morveux, charbonneux ou par les miasmes paludéens, quoiqu'on ne voie pas la matière toxique. De même, parce qu'on ne voit pas le poison qui infecte et tue après les grandes plaies des os, ce n'est pas une raison pour le nier, si le raisonnement autorise à l'admettre, et si l'on n'a pas, comme c'est le cas, de théorie plus solide à lui opposer. Les expériences que demande M. Morel sont en projet et quelques-unes en voie d'exécution; mais elles demandent des mois et même des années avant de conduire à une solution, et la question a assez d'importance pour que des recherches soient entreprises dans cette direction par plusieurs personnes. C'est pour cette raison, et aussi parce qu'il y a été amené par la communication de M. Chassaignac, que M. Gosselin s'est décidé à communiquer dès à présent ses opinions.

M. Larrey. Je ne regrette point d'avoir provoqué une discussion qui ne semblait pas devoir s'élever, puisqu'elle devait nous offrir un si grand intérêt; mais je regrette que M. Gosselin ait transformé une question nette et bien définie par son observation pratique en une question complexe et multiple par ses vues théoriques.

En effet, si la fracture en V ou en coin est désormais une lésion osseuse bien distincte des autres par ses caractères anatomiques; si même son mécanisme est bien appréciable, non peut-être encore dans ses causes, mais dans ses effets; si son pronostic est grave, si sa thérapeutique est incertaine ou difficile, est-il rationnel de comparer cette variété des fractures aux lésions traumatiques des os par des coups de feu et aux amputations pour expliquer leur léthalité! Je ne le pense pas.

Et d'abord les fractures par des projectiles sont si diverses, si simples dans certains cas, si compliquées dans d'autres, que l'on choisirait même assez difficilement des exemples en tout semblables aux fractures en coin pour leur assigner des résultats identiques, sans parler de l'ébranlement des membres ou de la commotion locale, ni des conditions de la plaie ou des plaies, qui dans les coups de feu offrent une spécificité distincte.

Ensuite, sous le même point de vue, l'assimilation de ces fractures aux amputations ne me semble pas exacte non plus, puisque la surface tronquée d'un membre représente à elle seule, et à tant d'égards, des conditions multiples si différentes et des chances d'accidents si complexes.

Comment reconnaître d'ailleurs les fractures en question si elles ne sont pas accompagnées de plaie, de chevauchement ou de saillie du fragment conique, ou bien si un gonflement plus ou moins considérable ou un épanchement sanguin masquent le foyer de la fracture? Et il faut bien croire qu'il doit en être souvent ainsi, car plus d'un chirurgien a sans doute eu affaire à l'espèce de fracture décrite par M. Gosselin sans en apprécier, comme lui, l'espèce et la gravité faute d'un examen anatomique, le seul qui nous offre une démonstration précise.

De là par conséquent la difficulté réelle du diagnostic. Or, si cette difficulté elle-même est reconnue, il n'est plus possible de prétendre que les fractures en coin soient à peu près incurables par les divers moyens de traitement usités pour la consolidation des fractures en général. De là aussi sans doute des cas de guérison méconnus dans l'espèce.

C'est pourquoi, loin de recourir d'emblée à l'amputation du membre, comme le conseille trop hardiment notre collègue dans les cas de fracture qu'il nous a fait connaître, j'essayerai toujours d'obtenir la guérison en combattant d'abord les accidents primitifs. Je ne connais pas non plus de meilleur moyen d'y réussir que l'emploi des réfrigérants sous forme d'irrigation continue pendant la première période du traitement.

Mais ces irrigations froides n'ont d'avantages qu'à une condition essentielle, trop souvent négligée, c'est d'immobiliser absolument le membre dans l'attitude la plus convenable, tout en le laissant à découvert.

Je pourrai soumettre à la Société le moyen simple dont je me sers à cet effet dans mes salles du Val-de-Grâce, et peut-être même, parmi une dizaine de fractures de jambe qui s'y trouvent en ce moment, pourrai-je faire constater à nos collègues une fracture en V ou en coin parvenue à une consolidation régulière par le *traitement composé* que j'emploie dans les cas graves.

Le secrétaire, Dr Arist. Verneuil.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le concours pour l'internat et pour les prix des externes est terminé. La liste officielle ne nous est pas encore parvenue au moment où nous mettons sous presse. Nous la publierons dans notre prochain numéro.

— Par décret du 5 décembre, ont été promus dans le corps des officiers de santé de la marine : au grade de second médecin en chef, M. Barallier, médecin professeur; au grade de second pharmacien en chef, M. Fontaine.

— M. le professeur Bonnet, président de la Société de médecine de Lyon, a été élu président de la section des sciences de l'Académie de cette ville.

— M. le docteur Guichanet est mort il y a peu de jours à Lyon, à la suite d'une affection catarrhale, à l'âge de soixante-cinq ans. Cet honorable praticien était depuis quarante ans médecin du bureau de bienfaisance du quartier de Vaise, le plus malheureux de tous ceux qui composent l'agglomération lyonnaise. Notre confrère a rempli ces fonctions avec tant d'assiduité et d'abnégation, qu'il a vécu et qu'il est mort pauvre. Il s'était particulièrement distingué à l'époque de l'inondation qui causa tant de désastres à Vaise.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Henry, né à Paris (Seine); *Essai sur l'emploi médical et hygiénique des bains.*

Pignard, né à Callac (Côtes-du-Nord); *Des ulcérations et des granulations inflammatoires de l'utérus.*

Forest, né à Seuil (Ardennes); *Du croup.*

Legendre, né à Boisville-le-Saint-Père (Eure-et-Loir); *De la morve et du farcin chez l'homme.*

Martinez, né à la Havane (Cuba); *Essai sur la syphilis héréditaire.*

Thomas, né à Saint-Masmes (Marne); *Inflammation des parties molles de la paume de la main.*

Picard, né à Silly (Orne); *De la suette miliaire.*

Rouby, né à Beauvoir (Aube); *De l'albuminurie comme symptôme dans les maladies.*

Bron, né à Bourg-du-Péage (Drôme); *Du traitement des rétrécissements de l'urètre, spécialement dans les cas graves et difficiles.*

Ledru, né à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme); *De la membrane appelée hymen.*

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 148. — JEUDI 20 DÉCEMBRE 1855 (28e ANNÉE.) N° 148. — JEUDI 20 DÉCEMBRE 1855.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 » | POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 19 DÉCEMBRE 1855.

Séance de l'Académie de Médecine.

Cette séance a été exclusivement consacrée au renouvellement du bureau. L'honorable M. Bussy, vice-président pour l'année présente, est nommé président pour l'année prochaine. M. Michel Lévy a été élu vice-président. Ce choix prévu a été accueilli avec un sentiment général de satisfaction, comme l'expression d'un hommage rendu à la médecine militaire dans la personne de l'un de ses plus dignes représentants. M. Depaul a été maintenu dans les fonctions de secrétaire annuel. On trouvera au *compte rendu* le nom des trois membres qui complètent le conseil académique.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. GUERSANT.

Leçons cliniques sur les maladies chirurgicales de l'enfance.

M. Guersant vient de recommencer les leçons cliniques qu'il fait chaque année sur les maladies chirurgicales de l'enfance. Deux séances d'introduction ont été consacrées, l'une à exposer aux élèves les raisons qui rendent indispensables, comme complément de leurs connaissances en chirurgie, l'étude au lit du malade de ce que la pathologie de l'enfance présente de particulier; l'autre, à démontrer l'importance d'un interrogatoire minutieux près des parents sur les causes et les antécédents d'affections au sujet desquelles le petit malade ne peut, le plus souvent, donner aucun renseignement.

Les motifs qui militent en faveur d'une étude spéciale de la chirurgie de l'enfance peuvent se résumer ainsi qu'il suit :

1° On observe pendant les années de l'enfance les mêmes affections qu'à l'âge adulte et pendant la vieillesse, mais avec une marche et des conséquences particulières ;

2° De plus, l'enfance offre des maladies qu'on ne retrouve plus chez les adultes;

3° Dans tous les cas, le traitement doit subir des modifications importantes ou bien est entièrement différent de celui mis en usage chez les individus arrivés à leur complet développement.

La médecine opératoire est d'une pratique infiniment plus délicate, en raison de l'indocilité du sujet, du peu d'étendue des régions. Cette dernière considération est d'une importance qui ne peut être bien appréciée que par ceux qui, n'ayant opéré jusqu'alors que sur l'adulte, viennent à pratiquer une opération sur un jeune enfant.

La vérité de chacune de ces propositions est mise en lumière à l'aide d'exemples. Passant en revue les différents systèmes, M. Guersant y montre les affections communes et les modifications qu'y apporte l'âge. Le mouvement rapide de composition et de décomposition à cette période de la vie imprime aux actes pathologiques une marche plus rapide et crée des ressources imprévues ; les lésions traumatiques du système osseux se réparent et se consolident plus vite qu'à tout autre âge dans les limites que la clinique enseigne. Dans d'autres affections, telles que la nécrose, on voit les séquestres s'éliminer et l'os nouveau se reformer avec plus de bonheur que chez l'adulte. Les phlegmasies, quel que soit leur siége, car on les observe dans tous les tissus, ont aussi des allures à elles dépendantes de cette puissance d'action vitale dont nous parlions et de la diathèse propre au sujet quand il en existe une. D'autres maladies, au lieu de cette marche accélérée que nous venons d'indiquer, ont, au contraire, la plus grande analogie avec certaines affections des vieillards. Ainsi, la gangrène dite sénile, que l'on voit presque aussi souvent à l'Enfant-Jésus que dans les hospices de la vieillesse. Enfin, d'autres affections qui ne relèvent pour ainsi dire que de leur nature, telles que le cancer, ne laissent pourtant pas d'être modifiées par l'âge, et méritent, au point de vue clinique, des considérations spéciales.

Si nous passons aux affections plus particulières à l'enfance, c'est un champ d'études tout à fait différentes de celles que l'on peut faire dans les autres hôpitaux.

Les divers vices de conformation, tels que le bec-de-lièvre avec ses complications, l'imperforation de l'anus, de l'urètre, les conformations vicieuses des doigts, des orteils, pour ne parler que des plus fréquentes de ces anomalies, se prêtent à des considérations pratiques minutieuses qui mettent seules à même d'en tirer le meilleur parti possible. Outre cette classe de faits, les salles de l'Enfant-Jésus reçoivent un grand nombre d'états pathologiques spéciaux, tels que les tumeurs érectiles, des cas de syphilis héréditaire, et d'autres affections; ainsi le rachitisme, le ramollissement des os, les déviations, les rétractions de tendons, les introductions de corps étrangers dans divers orifices naturels, tels que le nez, l'oreille, le larynx, etc.

Nous ne suivrons pas M. Guersant plus avant dans cette énumération, qui n'a pour but que de montrer à son auditoire l'ample moisson de connaissances qu'il y a à faire dans ses salles. Dans la leçon suivante, consacrée par le professeur à l'examen des causes et à la manière dont les parents doivent être interrogés, nous trouvons surtout à noter cette considération, que la question héréditaire joue ici le plus grand rôle, qu'il ne suffit pas de s'informer de la santé antérieure du sujet; les antécédents, en ce qui le concerne, vont plus loin : ils s'étendent toujours jusqu'à ses parents, dans lesquels il vivait déjà avant de naître, recevant comme premier héritage l'influence bonne ou mauvaise de la constitution paternelle.

Entrant dans le domaine proprement dit de la clinique, M. Guersant a traité dans un troisième entretien des diverses formes de l'adénite ; cette affection, commune chez l'adulte, l'est beaucoup plus encore chez l'enfant, chez lequel le système lymphatique est prédominant et jouit d'une plus grande activité; la moindre affection locale à cet âge exerce une influence sur les ganglions de la région ; souvent même on voit ces corps s'enflammer spontanément; plus souvent encore on les voit être le siége d'une tuméfaction, qui, si elle ne doit pas être admise comme le résultat d'une véritable phlogose, dans tous les cas doit être regardée comme une congestion très voisine des phlegmasies : ainsi les ganglions hypertrophiés de la scrofule, outre leur augmentation de volume, présentent l'injection, la coloration rosée et la sensibilité du premier degré de l'adénite.

L'adénite aiguë est le plus souvent symptomatique d'une autre affection locale, dont elle devient un signe extérieur et dont elle révèle souvent l'importance. Pour peu qu'un enfant soit doué du tempérament lymphatique, il ne peut avoir le mal de gorge le plus simple sans engorgement des ganglions sous-maxillaires, et si l'affection pharyngienne a un caractère spécial, on voit survenir une tuméfaction énorme ou de véritables bubons, comme dans l'angine couenneuse et la scarlatine; les plaies suppurantes des membres s'accompagnent presque toujours d'un degré plus ou moins considérable d'inflammation des glandes lymphatiques, auxquelles aboutissent les vaisseaux blancs de la région.

Comme chez l'adulte, les adénites s'accompagnent des signes connus de l'inflammation ; seulement ici ils apparaissent plus rapidement et sont plus aigus, particulièrement la douleur et la rougeur. Le retentissement sur l'organisme se traduit par un appareil fébrile plus prononcé que chez l'adulte, et pour peu que l'enfant soit excitable, il n'est pas rare de voir survenir des convulsions. Sous cette forme, l'adénite se termine souvent par suppuration en quatre, six ou huit jours.

Ces considérations sur la marche de l'affection sont suffisantes pour montrer que le traitement doit être actif dès les premiers jours si les symptômes sont prononcés. Outre la terminaison par suppuration, il en existe deux autres, la résolution et le passage à l'état chronique. Cette dernière forme n'est pas, du reste, seulement consécutive ; elle existe bien plus fréquemment d'une manière primitive chez les sujets lymphatiques, et sous son influence les ganglions peuvent se remplir de matière tuberculeuse ou passer

DE L'ÉLÉMENT DIATHÈSE DANS LES MALADIES (1).

Discours d'ouverture, par M. le professeur FORGET (de Strasbourg).

L'angine couenneuse ne guérit pas toujours par l'alun, le nitrate d'argent, les vomitifs, et l'on a tout récemment tenté de proscrire des moyens si directs, si rationnels pour glorifier les alcalins, qui n'ont pas, tant s'en faut, le mérite de la nouveauté, et dont le résultat le plus certain sera de laisser périr le malade en attendant l'effet problématique du médicament. Cherchez à fluidifier le sang, je le veux bien; mais, pour Dieu! hâtez-vous de détruire la membrane qui va produire l'asphyxie.

La diarrhée simple, dyssentérique, typhoïde, cholérique, ne guérit pas toujours par les tempérants et l'opium. Est-ce une raison suffisante pour vilipender et proscrire des moyens si rationnels, et pour leur substituer les purgatifs, la strychnine et tant d'autres médications au moins très hasardeuses? Réservez celles-ci, je le veux bien, pour les cas décidément réfractaires, pour les éventualités de la diathèse.

L'apoplexie, l'hémoptysie et autres hémorrhagies actives ne guérissent pas toujours par la saignée. Faut-il pour cela représenter les saignées comme toujours dangereuses dans ces hémorrhagies, et leur substituer je ne sais quels moyens qui répugnent à la raison médicale, soit par leur étrangeté, soit par leur insuffisance?

L'hydropisie résiste souvent aux diurétiques divers, aux évacuants intestinaux. Cela vous autorise-t-il à l'attaquer d'emblée par ces spécifiques de toute couleur et par ces opérations dangereuses tant vantées récemment, la paracentèse du thorax, les injections iodées, qui doivent représenter tout au plus l'*ultima ratio* de l'art de guérir ces maladies?

Les névroses ne guérissent pas toujours par les sédatifs directs. Leur opiniâtreté, dans bien des cas, justifie-t-elle tous ces stimulants décorés du titre tant usurpé d'antispasmodiques qu'on s'efforce de faire prévaloir dans tous les cas?

La plupart des lésions organiques inaccessibles aux moyens chirurgicaux sont le plus souvent rebelles à toutes nos médications. Presque toutes correspondent à quelqu'une de nos diathèses classiques, cela est vrai; mais, indépendamment de la diathèse, il y a la désorganisation matérielle, insoluble de sa nature. Or que peuvent, dans ces cas, les altérants les plus énergiques et les remèdes antidiathésiques les mieux avérés, si ce n'est, trop souvent, de créer des complications ou d'exaspérer quelques éléments accessoires et de hâter ainsi la catastrophe? Ici l'aphorisme décevant : *Melius anceps quam nullum*, fait oublier cet autre axiome bien plus sage : « Mieux vaut que le malade périsse de sa maladie que de nos remèdes » (J. Franck). Hippocrate conseille de décliner honnêtement la curation de ce genre de maladies.

C'en est assez pour faire comprendre l'importance et le rôle de l'élément diathèse au point de vue thérapeutique, et pour faire ressortir les déplorables excentricités qui naissent journellement de l'ignorance ou de l'oubli de ce grave élément, dont on s'autorise pour discréditer les moyens les plus puissants et pour substituer l'exception à la règle.

En répartissant par innovation la diathèse dans les divers compartiments du cadre de la maladie, je suis, en réalité, moins révolutionnaire qu'on ne pourrait le supposer. Car la diathèse ne cesse pas pour cela d'appartenir à l'étiologie où l'ont confinée les classiques; seulement j'envisage l'étiologie d'un point de vue plus étendu. Ainsi la diathèse est pour moi, comme pour les auteurs, *cause* de certaines maladies; mais elle est, en outre, *cause* du siége déterminé, *cause* des symptômes particuliers, *cause* de la marche, de la durée insolites, *cause* des terminaisons, du pronostic individuel, *cause* enfin de l'effet spécial des médications. Vous voyez que c'est toujours de l'étiologie.

Après avoir démontré la réalité et l'universalité de l'élément diathèse dans les maladies, abordons l'examen de quelques problèmes qui la concernent.

Etymologiquement, le mot diathèse signifie *disposition*. On a fait des efforts d'esprit inouis pour la distinguer de la *prédisposition*, qui est évidemment synonyme, et de l'*idiosyncrasie*, phénomène physiologique étudié chez l'individu sain, mais qui devient manifestement pathologique, c'est-à-dire une vraie diathèse, alors qu'on l'envisage comme prédisposant à certaines maladies. Avec plus de raison, peut-être, on a cherché à distinguer la diathèse de la *cachexie*, qui n'est souvent que la diathèse exagérée, matérialisée, passée à l'état d'altération constitutionnelle, organique, patente; état qui, au lieu de se substituer à la diathèse, ne fait que la confirmer.

Toutes ces distinctions, purement conventionnelles, comme on vient de le voir, sont d'ailleurs si difficiles à préciser, à délimiter, que quelques auteurs, notamment ceux du *Compendium de médecine*, ont renoncé à définir la diathèse, et pourtant l'ont acceptée comme essence distincte des autres états limitrophes, se bornant à décrire quelques-unes des diathèses généralement acceptées, sans oser néanmoins préciser leur nombre absolu. D'autres auteurs, notamment ceux du grand *Dictionnaire des sciences médicales*, se sont rapprochés de notre interprétation généralisatrice, sans pourtant se résigner à l'accepter dans toute sa compréhension.

De cette petite discussion philologique et pathologique il résulte non-seulement que nous avons eu raison de nous en tenir à la signification grammaticale du mot, mais encore qu'en bonne logique médicale il est impossible de faire autrement, sous peine de perpétuer la confusion, les embarras, les ténèbres. A cela l'on se récrie, comme on l'a fait à l'occasion de notre système des *éléments* morbides, et l'on dit : Mais c'est à n'en plus finir, il n'y a plus ni nombre ni limites... — Pardon! il y a les limites de chaque fait considéré en particulier, et ce n'est pas notre faute si le fait se reproduit à l'occasion de chaque maladie, de chaque détail de maladie. Nous avons prouvé que dans toutes les

(1) Suite. — Voir le numéro du 6 décembre.

à l'état cartilagineux; dans le plus grand nombre des cas pourtant, ils ne subissent aucune transformation, et finissent par se résoudre sous l'influence du temps et du traitement convenable.

Traitement. — La partie la plus efficace du traitement est celle qui consiste à éloigner la cause dont l'adénite est le résultat. Mais ceci exécuté, il reste souvent au chirurgien à intervenir, et voici les moyens dont M. Guersant s'est le mieux trouvé :

Quoique la phlegmasie soit aiguë, il n'est pas disposé aux applications de sangsues; elles ne font que reculer le moment de la suppuration, si elle doit arriver. Il préfère les moyens résolutifs aidés par l'emploi des cataplasmes ou des applications de laine ou de ouate. Les onctions avec l'onguent napolitain ou les pommades iodurées sont les moyens qu'il regarde comme les plus puissants pour obtenir la résolution de la tumeur.

M. Guersant n'a pas reconnu une grande valeur aux vésicatoires, qui ont quelquefois de bons résultats chez les adultes; ils déterminent de l'excitation et une fièvre plus aiguë, et vont contre le but qu'on se propose d'atteindre.

Si, malgré les moyens ci-dessus, la suppuration se produit, il reste plusieurs questions à résoudre. Faut-il laisser l'ouverture aux soins de la nature? Si on se décide à ouvrir, comme il est généralement admis de le faire, quel procédé faut-il employer?

M. Guersant reproche à tous ceux mis en usage généralement d'exposer à des cicatrices plus ou moins laides, mais toujours très apparentes, et voici celui qu'il a emprunté à M. Bonnafont. Il consiste dans un séton filiforme que l'on passe à travers le foyer à l'aide d'une aiguille dont la longueur est suffisante pour entrer par un des points des parois et aller sortir à l'autre extrémité du diamètre choisi, dont une des extrémités doit toujours occuper une position déclive. Le fil ainsi introduit est dégagé de son aiguille et noué en anse lâche sur la tumeur, de façon qu'on puisse le mouvoir pour faciliter l'écoulement. Celui-ci se fait du reste très aisément et d'une manière continue dans les pièces de l'appareil de pansement; la tumeur diminue de volume chaque jour; le foyer se rétrécit, et au bout d'un temps plus ou moins long, souvent quelques jours seulement, on peut le retirer, et les parois sont complétement recollées. L'avantage de ce procédé d'évacuation du pus est très important, surtout dans les régions exposées à la vue, en ce qu'il ne laisse pour trace que deux petites cicatrices qui ressemblent plus à des piqûres de sangsues qu'à toute autre chose.

Dans les cas d'adénite chronique, il faut surtout avoir recours au traitement général médical et hygiénique. Sous son influence, l'enfant se développe, et avec le temps de volumineux engorgements disparaissent. Si la santé s'améliore et qu'on n'obtienne pas d'amendement dans l'état des ganglions, on peut entreprendre de les ramener à l'état de suppuration, ce que l'on obtient surtout à l'aide du séton. Enfin, s'ils ont subi des dégénérescences, on peut dans certains cas les enlever, soit avec le bistouri, soit avec les caustiques; mais on doit toujours faire ces opérations tardivement, après avoir donné longtemps les moyens internes.

A la suite des abcès ouverts seuls ou par le bistouri, lorsqu'il y a des décollements de la peau, les cicatrices se font attendre; alors les pansements avec le vin aromatique, l'eau chlorurée, les applications de teinture d'iode, les pommades au calomel ou le calomel pur doivent être mis en usage successivement, et réussissent quelquefois.

NOTE

sur l'action de la glycérine et de l'acide chromique sur les tissus.

Par M. le docteur Charles Robin.

Je n'ai pas l'intention de vous entretenir ici du sentiment qu'éprouvent ceux qui, du fond du laboratoire, cherchant à rendre la connaissance de l'organisation utile à la pratique, voient formuler hardiment pour toutes les questions une solution donnée comme bonne, sans qu'on se soit même préoccupé de ce qui devrait lui servir de base. J'aborderai directement un des sujets traités dans la Société de chirurgie, et dont le numéro de votre journal du 11 décembre rend compte.

C'est sans doute par un reste de l'habitude acquise de classer les choses d'après leur aspect extérieur, et non d'après leur nature réelle (ce dont les classifications anatomo-pathologiques nous fournissent un remarquable exemple), que la glycérine se trouve, dans ce procès-verbal, rapprochée des huiles, dont elle a un peu la couleur et la consistance, puis considérée comme corps inerte préservant les plaies à la manière des corps gras neutres. Mais, *nimium ne crede colori*; la glycérine est un *corps analogue à l'alcool*. Comme lui elle est un des corps les plus pénétrants qu'on possède; comme lui elle se mêle à l'eau en toutes proportions; elle dissout nombre de corps sur lesquels les graisses, les huiles sont inertes, etc., etc. Son goût seul eût suffi pour empêcher une pareille comparaison. Son origine, et les restes de corps gras dans ce liquide quand il est mal purifié, eussent dû empêcher de lui attribuer le rancissement d'un gargarisme, car la propriété de rancir n'appartient qu'aux graisses neutres, et ce phénomène consiste précisément en leur dédoublement avec production d'amas de gras d'odeur forte ou rance.

En général, quand on emploie un médicament, il est bon de connaître les propriétés et la nature chimique du corps considéré comme médicamenteux, puis sa nature anatomique et les propriétés des tissus ou des humeurs qu'il doit rencontrer chemin faisant dans l'économie.

La glycérine ne mérite pas qu'on fasse exception pour elle sous ce rapport.

J'ai déjà dit dans ce journal que l'anatomie générale normale et pathologique actuelle ne peut, ni sous le rapport des faits ni sous celui des interprétations, établir d'accommodement, forme de compromis avec celle qui l'a précédée. L'anatomie générale, en effet, opère à notre époque une analyse laborieuse, qui porte de bien plus près sur la matière réellement altérée que celle qui consistait à ne tenir compte que des changements de forme, de volume, de couleur et de consistance des organes ou de leurs parties visibles à l'œil nu. Elle opère sur les parties élémentaires mêmes aux modifications desquelles sont dues ces modifications de volume, de couleur, etc.; elle opère même à l'aide des réactifs sur les principes immédiats qui par leur réunion en nombre considérable constituent la substance organisée de ces éléments. Cette analyse montre très souvent qu'une description seule et unique et un même nom sont couramment appliqués à des lésions diverses. Il en résulte qu'elle mine peu à peu les systèmes pathologiques actuels, auxquels il suffira de toucher très légèrement bientôt pour en montrer le néant et les faire crouler. Mais si elle détruit, elle ne le fait qu'en amassant des matériaux nombreux et solides à la place de ce qu'elle annule. Aussi lorsque l'analyse dont je parle aura suffisamment été poussée des éléments anatomiques jusqu'aux substances organiques coagulables qui composent essentiellement la substance de ceux-ci et des humeurs, une nouvelle synthèse se fera jour facilement; elle jettera dans le chaos pathologique actuel une lumière que ne soupçonnent pas ceux qui en sont encore au seul genre d'observation anatomo-pathologique et même clinique d'il y a dix ans.

Or ces remarques s'appliquent aux plus petites questions de faits et d'interprétation telle que celle-ci comme aux plus grandes. Pourquoi, avant de mettre en avant des explications hypothétiques, ne pas voir par expérience directe quelle est l'action de la glycérine, dont la nature est supposée connue, sur les tissus, dont les éléments anatomiques sont supposés non moins connus?

Loin d'être inerte sur les éléments anatomiques des tissus, la glycérine les pénètre, les imbibe molécule à molécule et intimement au moins aussi rapidement que l'eau. Elle les rend transparents, et met en évidence des parties de leur structure qui auparavant étaient difficiles à voir, ou en attaque et en dissout qui auparavant étaient visibles. Cette action est plus ou moins prononcée, suivant la quantité de glycérine employée; mais il suffit d'une quantité très minime de cet agent par rapport à la masse du tissu pour la voir se manifester. Déjà j'ai indiqué à l'article Véhicule du *Dictionnaire de médecine* de Nysten (10e édition, par Littré et Robin) quelques-uns des tissus dont elle facilite l'étude. Je citerai, en outre, ici, spécialement les suivants, sur lesquels son action est des plus marquées.

Les fibres des tissus musculaire et cellulaire, les substances amorphes des bourgeons charnus, etc., sont rendues remarquablement transparentes par la glycérine.

Or de cette action intime, portant sur la substance même des éléments anatomiques, comment ne pas conclure qu'elle influe sur les phénomènes qui se passent dans les tissus?

Reste à savoir si cette influence est favorable; c'est à l'expérience directe sur le vivant, faite dans des conditions variées, à résoudre la question. Tout porte à croire jusqu'à présent qu'elle est plus utile que nuisible.

Si elle est mise en grande proportion en contact avec des globules sanguins, elle les resserre, les rend plus minces sans les déformer, puis peu à peu les pâlit et les dissout, mais lentement. Mise au contact des globules de pus, elle les resserre d'abord, les rend plus résistants, et en diminue de moitié environ le diamètre; elle les rend un peu irréguliers, puis peu à peu les pâlit beaucoup, et les réduit à une trame déliée et transparente. Pourquoi dès lors s'étonner si une action de ce genre sur les tissus apporte quelque modification sur la production du pus qui en provient? Il est au moins certain que la glycérine ne reste pas inerte, et qu'en les pénétrant molécule à molécule dans une profondeur proportionnée à la quantité employée, mais qui n'a pas besoin d'être grande, elle ne peut qu'apporter quelques changements dans les phénomènes de nutrition et autres qui se passent dans les tissus.

Je pourrais passer successivement en revue de la sorte tous les éléments anatomiques, car elle agit sur la plupart d'entre eux d'une façon spéciale et souvent fort remarquable. Ceux, entre autres, qui auront vu comment elle modifie les caractères physiques et autres des cellules épithéliales ne s'étonneront pas de voir qu'elle influe de la manière la plus favorable sur l'état de sécheresse et de tension douloureuse de l'épiderme et du derme si pénible dans l'érysipèle. On savait déjà qu'elle agit d'une manière analogue dans diverses maladies de la peau, qui amènent des modifications dans l'état de l'épiderme.

Quant à dire que la glycérine guérit une foule de maladies, on doit répondre que la glycérine ne guérit rien. Seulement, par son action sur la substance même des tissus, il se peut qu'elle les place dans des conditions telles que par suite des phénomènes de rénovation continue, de développement et de reproduction qui s'y passent, ces tissus lésés reviennent plus vite à leur état normal que s'ils restaient dans telle ou telle autre condition. Tous les médicaments en sont là. Reste à voir les circonstances dans lesquelles la glycérine agit d'une manière favorable, celles dans lesquelles elle est nuisible ou agit moins bien qu'un autre corps.

Dans tous les cas, rien de moins fondé en fait, que de dire qu'elle est inerte.

Ce qu'il reste, au contraire, à déterminer, c'est la manière dont elle modifie sur le vivant les phénomènes normaux et morbides qui se passent dans les divers tissus sur lesquels on peut l'appliquer; car les recherches d'anatomie générale montrent que dans les conditions les plus diverses elle agit sur eux d'une manière très prononcée.

Permettez-moi, en terminant, de dire un mot sur l'emploi de la solution d'acide chromique en chirurgie. C'est encore une très petite question; mais rien ne dit qu'elle ne puisse avoir quelque intérêt lorsqu'elle aura été étudiée.

Depuis qu'en 1840, Hannover (1) a recommandé l'usage de la solution d'acide chromique comme moyen de durcir les tissus sans les déformer ni changer notablement leur volume, ce réactif est mis communément en usage en anatomie générale. Rien de mieux déterminé et de plus facile à limiter que l'action de cet agent, qui est un antiseptique par excellence pour les tissus, et dont on parviendra sans doute à faire un bon moyen de conservation pour les cadavres. Rien de plus varié et de mieux gradué que les degrés de son action sur les tissus, selon les gradations des proportions d'eau qu'on lui ajoute, depuis l'état de solution concentrée jusqu'à 99 0/0 et plus.

(1) Hannover. Die Chromsäure, ein vorzügliches Mittel bei mikroskpischen Untersuchungen. (*Arch. fuer Anat. und Physiol.* Von J. Mueller, 1840, p. 547-558.)

situations morbides il peut y avoir, il y a presque toujours intervention de la diathèse. C'est à vous maintenant de prouver que cela n'existe pas. Notre observation est conforme à la nature; tant pis pour vous si la nature brise les liens artificiels dont vous prétendez la garrotter, la comprimer, pour la réduire à la mesure de vos étroites conceptions.

En résumé, la diathèse c'est l'inconnu, c'est l'expression de ce *quid desideratum* qui reste au fond du plus grand nombre des problèmes médicaux; c'est un grand hiéroglyphe, une x algébrique apposée par la nature au fronton de l'édifice médical. Habitués que nous sommes à nous payer de mots, nous acceptons celui-ci comme une solution, sans nous apercevoir que nous réalisons ainsi l'argument vicieux de l'ancienne scolastique : *Obscurum per obscurius*. Mais en fait, ce mot est une grande vérité philosophique, car il constitue comme le symbole de l'ubiquité de notre ignorance, en même temps qu'il implique virtuellement l'idée d'un état positif, d'une condition organique réelle chez le malade, et non pas une simple négation; condition organique mystérieuse dont la détermination est offerte comme un but ineffable à l'ardeur, à la sagacité de nos disquisitions.

Je viens de proférer une expression assez malsonnante pour la généralité des oreilles modernes : celle de condition organique. En effet, dans ce seul mot gît toute une doctrine assez mal accueillie de nos jours, celle de l'organisme appliqué à la théorie des diathèses, par opposition à la doctrine du vitalisme, qui s'est emparé de ces mêmes diathèses comme d'un argument vainqueur. Tâchons de justifier notre opinion en éclaircissant notre pensée.

Dans l'esprit d'une grande école moderne, la diathèse est quelque chose de très obscur, de très confus, que l'on résout par une affirmation magistrale. Dans les cas où la diathèse se révèle par des caractères matériels, extérieurs, comme dans les scrofules chez les individus lymphatiques, on veut bien reconnaître, en partie du moins, son essence organique; mais lorsque les signes sensibles font complétement défaut, comme dans la grande majorité des cas où la diathèse ne se révèle que par l'explosion même de la maladie, alors on en fait carrément une essence occulte, ce qui est vrai, mais en outre une essence vitale, dynamique, *sine materiâ*; et dans certains cas même on a de la tendance à y voir l'influence d'un principe en dehors des lois ordinaires de la nature, s'autorisant, à défaut d'arguments plus positifs, de certaines expressions échappées à de grands législateurs médicaux, tels qu'Hippocrate et Sydenham. Cette interprétation mystique se produit surtout à l'occasion de certaines épidémies dont l'étrangeté apparente ainsi que les ravages étonnent et confondent l'imagination; c'est alors qu'on invoque le *quid divinum*, les émanations telluriques, voire même les influences astrales, sans parler de ces infiniment petits, de ces animalcules ultra-microscopiques qui sont assez en faveur aujourd'hui.

Mais qu'entendait le père de la médecine par son *quid divinum?* Si dans son traité du *Pronostic*, que l'on suppose être une œuvre de compilation de sa jeunesse, Hippocrate recommande en passant de tenir compte de l'*élément divin*, il y revient avec plus de détail dans la plus belle de ses œuvres originales, le *Traité des airs, des lieux et des eaux*, où il dit explicitement que le *quid divinum* est une sorte de métaphore sans réalité, que toutes les maladies procèdent de *causes naturelles*; c'est-à-dire qu'elles dérivent des lois générales et immuables de la nature. Les autres théories extranaturelles sont des assertions gratuites qui ne méritent pas d'être discutées.

D'autres théoriciens, reculant devant le vitalisme abstrait et la pure théocratie, ont en quelque sorte matérialisé leur mysticisme, et admis dans certains cas des principes occultes toujours, mais du moins moléculaires, se traduisant par des effets spéciaux, des virus, en un mot. La virulence manifeste de certaines maladies contagieuses, syphilis, variole, etc., a été pour beaucoup sans doute dans cette création par analogie. De là les virus ou vices scrofuleux, dartreux, rhumatismaux, etc., ayant cours aujourd'hui; plus d'autres vices ou virus plus ou moins contestés, tels que les virus ou vices tuberculeux, cancéreux, typhoïdes, etc. Nous ne pouvons ni ne voulons aborder ici tant de sujets litigieux; il nous suffit de prendre acte de cette matérialisation rudimentaire de la diathèse, et de la revendiquer au profit de l'organicisme, dont elle est bel et bien une émanation.

Pour nous et pour les organiciens qui veulent bien se rendre compte de leurs opinions, la diathèse doit toujours être un état matériel, organique, plus ou moins latent et palpable, voilà tout. Partant des faits où la diathèse se révèle par les caractères les plus ostensibles, on pourrait établir une échelle décroissante ayant pour termes opposés la diathèse la plus obscure. Nous ne nous arrêterons pas à construire cette échelle, dont les échelons seraient du reste très mobiles, car les diverses diathèses peuvent, chacune en particulier, se produire sous des traits plus ou moins vivement accusés. Mais procédant par analogie, nous dirons que si la diathèse patente est matérielle, il y a de grandes probabilités pour que la diathèse latente le soit aussi.

Que la diathèse soit héréditaire, congéniale ou acquise, nous ne saurions nous la représenter autrement que comme une modification moléculaire des solides ou des liquides de l'économie; peu nous importe la part relative que l'on voudra faire aux organes ou aux humeurs. Cette matérialité de la diathèse nous paraît telle, d'abord parce qu'elle est inhérente à l'économie, puis parce qu'elle se dessine en caractères matériels dans la constitution même de beaucoup de maladies; et lors même qu'elle n'engendre ostensiblement que des symptômes fonctionnels, nous ne saurions nous affranchir de l'idée que ce sont les organes fonctionnels qui en sont le *substratum*. Enfin, comme la diathèse peut être modifiée par le régime et par les médicaments, objets exerçant une action nécessairement matérielle, nous y trouvons une nouvelle présomption en faveur de notre thèse. Voilà qui est bien comme principe, mais cela nous éclaire peu sur la nature de chacune des diathèses.

(*La fin à un prochain numéro.*)

Or, à l'état de solution concentrée, placé sur un tissu mis à nu ou sur une muqueuse, il durcit et mortifie un volume de substance qui, en largeur et en profondeur, ne dépasse guère le volume de la goutte de liquide employé. La portion mortifiée reste dure et sèche, complétement morte et ne causant pas de douleur jusqu'à ce qu'elle s'élimine, sans beaucoup d'inflammation ni de suppuration, comme une partie atteinte de *gangrène sèche*. Je ne sais si, pour la cautérisation de vastes surfaces, il sera facile de l'employer; si, étendu suffisamment, il ne modifiera pas mieux certaines plaies que la teinture d'iode; mais il m'a réussi parfaitement dans la circonstance suivante :

Un homme de trente ans, la veille d'un départ pour un voyage, se présenta chez moi avec un chancre unique, à bords taillés à pic, à fond grisâtre, large de 5 millimètres au plus, placé sur le prépuce près du repli balano-préputial. Sept jours auparavant, il avait pratiqué un coït d'une pureté fort suspecte, et venait demander à l'art un moyen de se livrer à de nouveaux rapprochements sans danger de communiquer sa maladie. Après de longues instances auxquelles je n'avais pu répondre qu'en déclinant mon impuissance pour arriver à ce but, la vue du flacon rempli d'une solution concentrée d'acide chromique me fit souvenir de son action sur les tissus, et aussitôt j'en pris une goutte dont je remplis la cavité du chancre. Elle se resserra aussitôt un peu; l'épiderme qui était au bord de la plaie jaunit circulairement dans une largeur d'un demi-millimètre. Le malade ne ressentit qu'un peu de chatouillement, puis un léger sentiment de tension non douloureux. Au bout de dix minutes, la goutte ayant à peu près complétement disparu, j'en appliquai une seconde, et un quart d'heure après le malade sortit après avoir placé un peu de charpie sur la plaie, qui avait diminué de largeur de plus du tiers par resserrement de sa circonférence.

Dix-huit jours plus tard, le malade (le lendemain de son arrivée de voyage) vint me dire qu'au bout d'une heure la plaie s'était trouvée remplacée par une petite masse dure comme du bois, entourant la cavité du chancre et lui formant une sorte de paroi épaisse d'un millimètre au bord et un peu plus vers le fond. A partir de l'application et de l'imbibition de l'acide, la plaie n'avait plus donné de liquide; le coït avait eu lieu à plusieurs reprises la nuit suivante, et le jour où il me parlait, la femme avec laquelle avaient eu lieu les rapprochements sexuels n'avait éprouvé aucun accident. Ce n'est qu'au bout de huit jours, sans qu'il ait été obligé d'interrompre les occupations commerciales qui nécessitaient ce voyage, qu'il vit survenir de la rougeur et un peu de suppuration autour de la masse dure qui avait remplacé le chancre. Au douzième jour, voyant la masse détachée à peu près à toute la périphérie, il l'arracha, malgré une douleur assez vive. Un peu de sang coula du fond de la plaie pendant dix minutes, et à partir de ce moment elle se cicatrisa régulièrement. Elle n'avait pas la largeur d'une lentille lorsque je vis le malade; sa base et sa circonférence n'étaient point indurées, et elle était en bonne voie de cicatrisation, malgré le coït répété deux fois dans la nuit précédente. Les ganglions inguinaux, engorgés lorsque je vis cet homme pour la première fois, avaient presque repris leur volume normal.

Ce malade étant fréquemment en voyage, je prescrivis un traitement par le proto-iodure de mercure, pour le cas où les ganglions cervicaux s'engorgeraient. Je ne l'ai pas revu depuis le mois d'août, pendant lequel eut lieu l'action du caustique.

J'ai vu survenir la même série de phénomènes dans un cas plus récent, où j'appliquai une seule goutte très grosse de la même solution chromique sur une large ulcération superficielle du prépuce; elle était manifestement consécutive à un *herpes preputialis*, dont il existait de petites vésicules dans le voisinage; mais le patient était tellement effrayé et exigeait si obstinément une cautérisation, que je ne pus faire autrement que de lui céder. La chute de la petite eschare, dure, grise, non suppurante, commença par un peu de rougeur, qui se manifesta vers le septième jour; elle eut lieu le quatorzième jour par fragments, que je détachai avec des pinces. La cicatrisation ne fut achevée qu'au vingt-cinquième jour.

Ce dernier fait importe peu dans la question; mais indépendamment de lui, l'acide chromique me paraît un caustique liquide préférable à ceux que nous possédons actuellement pour modifier la surface d'une plaie, pour faire cesser la production du liquide virulent lorsqu'elle est de nature spécifique. La rapidité de son action, et l'étendue toujours bien limitée de celle-ci, la nature de l'eschare et la manière dont elle s'élimine, me portent à croire qu'il peut devenir le meilleur moyen pour le traitement abortif du chancre au début.

EXPÉRIENCES SUR LES EFFETS DE LA COMPRESSION DES NERFS,

Par MM. Bastien et Vulpian.

(Extrait d'un mémoire présenté à l'Académie des sciences.)

Dans un mémoire qu'ils ont communiqué à l'Académie des sciences dans la séance du 3 décembre dernier, MM. Bastien et Vulpian ont étudié les effets de la compression des nerfs, à l'aide d'un grand nombre d'expériences faites sur eux-mêmes.

Voici en quels termes ils exposent les résultats principaux de ces expériences :

I. Nos expériences ont été faites, pour les membres inférieurs, sur le tronc du nerf sciatique, sur le nerf sciatique poplité externe; pour les membres supérieurs, sur les nerfs radial, cubital et médian réunis, et isolément sur chacun de ces nerfs.

II. Les effets de la compression des nerfs se divisent naturellement en deux périodes. La première commence au moment où l'on a établi la compression et se termine à l'instant où on la cesse; nous la nommons *période d'aller* ou *d'augment*; la seconde débute au moment où on a cessé la compression, et finit lorsque les parties qui sont sous la dépendance des nerfs comprimés reviennent définitivement à leur état normal; nous la nommons *période de retour* ou *de déclin*.

A. *Période d'augment.* — Cette période se subdivise en quatre stades :

1° Un stade de fourmillements;

2° Un stade intermédiaire ou de rétablissement momentané de l'état normal;

3° Un stade d'hyperesthésie;

4° Un stade d'anesthésie et de paralysie musculaire.

1° *Stade de fourmillements.* — Ce stade est caractérisé par différents phénomènes, tels que fourmillements, picotements, sensation de vibrations, fausses crampes quelquefois, et souvent sensation de chaleur, qui se continue pendant toute la période d'augment. La sensibilité tactile et la motilité sont intactes. Ce stade commence quelquefois dès que l'on a comprimé les nerfs; il dure de deux à dix minutes et au delà.

2° *Stade intermédiaire.* — Les fourmillements, vibrations, etc., s'évanouissent, et tout semble rentrer dans l'état normal. Durée : de quelques secondes à un quart d'heure.

3° *Stade d'hyperesthésie.* — Les sensibilités de tact, de chatouillement, de température s'exaltent; tous les autres modes de la sensibilité cutanée participent plus ou moins à cette hyperesthésie. Il n'y a encore rien dans les muscles. Il est impossible d'assigner une durée quelconque à ce stade, qui n'est pas limité d'une façon précise, et qui se mêle nécessairement sur sa fin avec le dernier stade.

4° *Stade d'anesthésie et de paralysie musculaire.* — L'hyperesthésie passe peu à peu des parties superficielles aux parties profondes, et en même temps les diverses sensibilités qui étaient exagérées se pervertissent les unes après les autres et disparaissent peu à peu; leur disparition est de même successive. Cette marche propre, successive et pour ainsi dire isolée que suit chaque mode de la sensibilité dans sa disparition explique comment, dans ce stade, au moment où la sensibilité tactile est paralysée, la sensibilité à la douleur est pervertie et exagérée souvent à un degré extrême. Cependant les parties profondes sont encore hyperesthésiées; on éprouve dans les muscles de la courbature, des douleurs plus ou moins vagues, quelquefois des crampes; un peu plus tard, les mouvements deviennent moins faciles et arrivent progressivement à être impossibles. Nous cessons la compression au moment où la paralysie musculaire est devenue complète. Durée variable de quelques minutes à un quart d'heure.

B. *Période de déclin.* — Cette période se divise naturellement, comme la première, en quatre stades, dont les deux premiers, comme les deux derniers de la période d'augment, empiètent l'un sur l'autre et sont peu distincts.

1° *Stade de paralysie de la sensibilité et du mouvement.* — Ce stade n'est que la continuation du dernier stade de la première période. Les douleurs profondes disparaissent; les paralysies cutanées et musculaires sont encore complètes pendant quelque temps. Durée de quelques secondes à une, deux minutes au plus.

2° *Stade d'hyperesthésie de retour.* — On peut exécuter quelques mouvements volontaires peu étendus; les différentes sensibilités renaissent. Elles sont d'abord perverties; elles s'exagèrent ensuite, et, pendant que la motilité devient à peu près normale, la sensibilité, dans tous ses modes, sauf celui relatif à la température, rentre complétement dans son état physiologique. Durée de quelques secondes à une minute le plus souvent.

3° *Stade intermédiaire de retour.* — État normal de la motilité et de la sensibilité. La sensibilité à la température est seule encore obtuse dans ce stade, qui, de même que les précédents, a une courte durée.

4° *Dernier stade.* — Il est difficile de donner un nom à ce stade, qui est très complexe. Une invasion rapide et centrifuge de froid marque le début. A ce froid succède une pesanteur extrême qui immobilise le membre pendant quelques instants. A ce moment, on éprouve un malaise inexprimable, lipothymique chez certaines personnes, et une sorte d'agacement qui semble remonter du membre jusqu'aux centres nerveux. Des contractions spontanées, quelquefois de vraies crampes se montrent dans les muscles; la volonté, d'abord gênée dans son exercice, reprend son pouvoir, mais incomplétement. Les mouvements sont indécis et mal réglés. En même temps se montrent des fourmillements très prononcés; on sent des vibrations très fortes, tout le membre semble composé de cordes vibrantes. Puis les mouvements se régularisent; les fourmillements et les vibrations diminuent, disparaissent peu à peu, et tout rentre dans l'état normal. La sensibilité à la température renaît après toutes les autres. Durée variable de quelques minutes à un quart d'heure.

III. La période d'aller et celle de retour offrent l'une avec l'autre une ressemblance frappante; mais l'ordre des phénomènes est renversé. Lorsque, par des circonstances que nous avons cherché à apprécier, quelques phénomènes manquent dans la période d'aller, ils manquent presque toujours aussi dans la période de retour. On peut lever la compression à chacun des stades de la première période, et la seconde période commence par le stade correspondant.

IV. Nos expériences offrent un tableau auquel on peut comparer les diverses paralysies pathologiques, et cette comparaison pourrait faire avancer l'étude de la marche des paralysies. Nous avons déjà recueilli plusieurs cas dans lesquels la marche était, à peu de chose près, la même que dans nos expériences.

On peut arriver aussi, au moyen de ces expériences, à acquérir quelques notions sur la nature et la valeur des phénomènes si variés que présente l'étude de la sensibilité dans les maladies nerveuses, et principalement dans l'hystérie. Le pronostic des paralysies pourra peut-être tirer quelque lumière de nos observations. Il serait possible de savoir si une paralysie est dans sa période ascendante ou dans celle de déclin, si elle touche à sa fin, etc... Il ressort de notre travail que la sensibilité est altérée plus rapidement que le mouvement, et que l'anesthésie semble indiquer une atteinte moins profonde du système nerveux que la paralysie du mouvement.

V. Ces expériences présentent un moyen aisé d'étudier physiologiquement sur soi-même la distribution des nerfs des membres, soit dans la peau, soit dans les muscles; de reconnaître l'effet de la paralysie de certains groupes de muscles sur les mouvements des muscles congénères ou antagonistes, sur les attitudes du membre.

Plusieurs physiologistes ont établi que la sensibilité cutanée a des modes spéciaux et distincts qui peuvent être altérés et même abolis isolément. Telles sont les sensibilités de toucher, de chatouillement, de température, de douleur, etc. Nos expériences confirment plusieurs de ces distinctions, en montrant que ces diverses sensibilités s'hyperesthésient, se pervertissent et s'anesthésient séparément et successivement.

L'étude de la sensibilité musculaire peut être faite, par des expériences de cette nature, dans toutes ses modifications : dans sa perversion, dans son hyperesthésie et dans son anesthésie; dans son influence sur les contractions des muscles; car les altérations qu'elle subit sont plus ou moins liées aux lésions de la motilité volontaire, et ont une marche qui leur est souvent propre.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 18 décembre 1855. — Présidence de M. Jobert (de Lamballe).

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

Épidémies. — 1° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département du Tarn en 1854;

2° Trois rapports de MM. les médecins des épidémies de Montbard et Vittaux (Côte-d'Or) sur les épidémies de dyssenteries qui ont régné dans les communes de Saint-Remy, Saint-Hault-et-Bain;

3° Un rapport final de M. d'Hellezem sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Regniyelle (Vosges) [commission des épidémies];

Eaux minérales. — 4° Un rapport de M. le docteur Racle, médecin inspecteur des eaux minérales de Saint-Honoré (Nièvre), pour le service de cet établissement pendant l'année 1855;

5° Les relevés de M. le docteur Campmas, médecin en chef de l'hôpital militaire de Barèges, relatifs aux maladies qui ont été traitées dans cet établissement pendant l'année 1854;

6° Un rapport de M. le docteur Barthez, médecin principal de l'hôpital militaire de Vichy, sur les maladies au traitement desquelles les eaux minérales de cet établissement ont été appliquées pendant l'année 1855. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Surdi-mutité. — Mlle Joséphine Brouland fait hommage à l'Académie d'un de ses tableaux destinés à l'instruction des sourds-muets. (Commissaire : M. Gueneau de Mussy.)

Traitement de la bronchopneumonie. — M. le docteur Timothée Riboli (de Turin) adresse quelques observations de bronchopneumonie puerpérale avec miliaire et pityriasis, traitée au moyen de la saignée, du citrate de quinine et de la gomme ammoniaque. (M. Grisolle, commissaire.)

Barégine et glairine. — M. le docteur Aufaguier, médecin militaire, adresse une note annexe aux recherches sur la barégine ou la glairine des eaux minérales. (Commissaire : M. Isid. Bourdon.)

Choléra. — M. S. Samuël (de Berlin) adresse un mémoire intitulé *De pathologiâ et therapiâ cholera asiaticæ*. (Commission du choléra de 1854).

M. le docteur Martin adresse un mémoire sur diverses épidémies, et en particulier sur l'épidémie de choléra observée à l'Hôtel-Dieu d'Arles en 1855. (Même commission.)

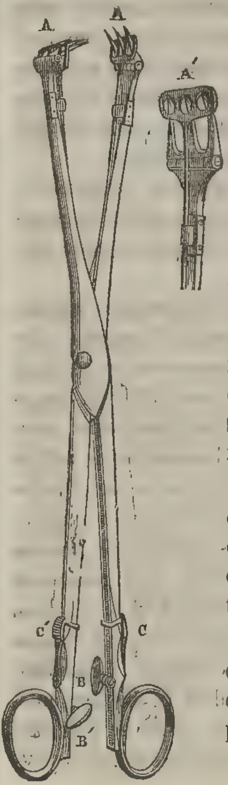
— M. V. Masson, libraire à Paris, fait hommage à l'Académie d'un certain nombre d'ouvrages qu'il a récemment édités, et il annonce qu'il lui enverra à l'avenir pour sa bibliothèque un exemplaire de chacun des ouvrages qu'il publiera. Une lettre de remercîments sera adressée à M. Masson.

Ceinture herniaire inguinale pour les enfants. — MM. H. Galante et Ce présentent, à l'Académie un appareil destiné à maintenir réduites les hernies inguinales chez les enfants; ils lui donnent le nom de *ceinture herniaire inguinale*.



Cet appareil, en caoutchouc vulcanisé, se compose d'une ceinture qui se place sur l'hypogastre, et qui porte à sa partie antérieure un coussin rempli d'air, assez allongé pour s'appliquer exactement devant les orifices des canaux inguinaux. Une échancrure est ménagée au milieu pour la verge; des sous-cuisses maintiennent l'appareil dans une position invariable.

Les principaux avantages attribués à la *ceinture herniaire inguinale* sont de maintenir parfaitement, sans jamais causer ni gêne, ni douleur, grâce aux qualités de la matière employée; de pouvoir être portée longtemps sans inconvénient, soit pour guérir, soit pour prévenir les hernies chez les enfants, en hâtant l'occlusion de la tunique vaginale. (M. Blache, rapporteur.)



Érigne mobile. — M. Mathieu présente un instrument qu'il appelle érigne mobile; cet instrument est destiné à extraire les gros polypes de l'utérus et de toute autre partie profonde. Les branches de cette pince sont articulées en forceps et peuvent s'introduire isolément. Au moment de l'introduire l'instrument est mousse, les dards sont redressés et leur pointe est abritée par une espèce de cadre métallique. Après avoir saisi la tumeur entre les branches, il suffit de faire exécuter un mouvement de rotation aux clefs qui sont placées sur la partie inférieure des branches pour que les dards basculent et forment des crochets longs et aigus sur lesquels le chirurgien peut opérer la plus forte traction.

Si dans la manœuvre il se présente quelques difficultés, le même mécanisme permet de redresser les dards et de rendre l'instrument droit et mousse pour le changer de position ou le retirer complétement.

Cet instrument, que M. Mathieu a fabriqué d'après les indications de M. Robert, chirurgien de l'hôpital Beaujon, a été mis en pratique plusieurs fois avec succès par son auteur.

— M. Peixoto (de Rio-Janeiro) écrit à l'Aca-

démie pour lui signaler diverses manœuvres qu'aurait employées un de ses confrères du Brésil pour fixer l'attention sur lui, après son retour d'un voyage récent à Paris, et en particulier l'abus qu'il aurait fait du titre de correspondant de l'Académie, alors que son nom a seulement été classé sur la liste des candidats à ce titre.

M. le secrétaire perpétuel fait remarquer à cette occasion qu'il est arrivé déjà plusieurs fois que des médecins étrangers et même des médecins nationaux se sont mépris sur la signification de l'inscription de leur nom sur la liste des candidats au titre de correspondant, et qu'ils ont pu de bonne foi se croire correspondants, quand ils n'étaient simplement que candidats. M. le secrétaire pense qu'il y aurait quelque mesure à prendre pour prévenir ces erreurs à l'avenir.

M. Velpeau ne voit aucun avantage à dresser ainsi d'avance une liste de candidats au titre de correspondant. Est candidat qui veut; ce n'est pas un titre qu'on puisse conférer; et lorsque l'Académie a à élire des correspondants, elle est à même d'apprécier le mérite des médecins qui prétendent à ce titre, sans avoir besoin de faire d'avance une catégorie de candidats. On voit quels inconvénients entraîne cet usage. On devrait engager les rapporteurs à renoncer à cette formule dans leurs conclusions.

M. Gibert ne partage pas l'avis de M. Velpeau. Il croit utile, au contraire, que l'Académie ait sous les yeux les noms des médecins qui ont été jugés dignes de figurer sur une liste de candidats, afin de faciliter ses choix lorsqu'elle a des nominations à faire. C'est là d'ailleurs une conclusion flatteuse pour les auteurs qui communiquent des travaux à l'Académie, et dont il est bon de conserver l'usage, pourvu qu'on n'en abuse pas.

Cet incident n'a aucune suite.

— M. le président informe l'Académie que M. E. Gaultier de Claubry est très souffrant. Il pense qu'il serait convenable qu'un de ses collègues allât lui exprimer les sympathies de l'Académie.

— L'ordre du jour appelle le renouvellement du bureau.

Est nommé président pour l'année 1856, M. Bussy, qui a obtenu 52 voix sur 56 votants;

Vice-président, M. Michel Lévy, qui a obtenu 45 voix sur 49 votants;

Secrétaire annuel, M. Depaul, réélu par 43 voix sur 46.

Ont été nommés membres du conseil d'administration : MM. Michel Lévy (nouveau vice-président), Roche et Ségalas.

— La séance est levée à quatre heures et demie.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 2 août. — Présidence de M. Caron.

Lecture et adoption du procès-verbal.

— La correspondance comprend :

1° Un travail de M. le docteur L.-X Bourgeois (de Tourcoing), *sur les douches utérines dans la pratique des accouchements*, et des *Etudes inédites sur l'inanition*. M. Bourgeois demande le titre de membre correspondant. (M. Perrin, rapporteur.)

2° Rapport sur une brochure de M. Chargé, relative à l'homœopathie, par le docteur Sauver, de la Société impériale de Marseille. (M. Ramon.)

3° Une brochure de M. Thore fils, membre correspondant, intitulée *Etudes sur la fièvre typhoïde, à propos d'une épidémie observée dans les environs de Paris en 1851.* (Remercîments. — M. Josias fera un compte rendu de ce travail.)

4° Le n° 24 des *Bulletins de la Société de médecine de Poitiers.*

5° Le n° 7 (juillet 1855, tome XXVI) du *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* du docteur Lucas Championnière.

Soulèvement du lambeau dans la kératotomie supérieure. Hernie de l'iris. — M. Coursserant demande à communiquer à la Société une observation qui lui a paru mériter quelque attention. Il s'agit du soulèvement du lambeau dans la kératotomie supérieure, avec hernie de l'iris et fausses membranes dans la pupille.

M. R..., âgé de quatre-vingt-deux ans, a été opéré il y a deux ans d'une cataracte de l'œil droit. L'opération, faite par abaissement par un de nos confrères de Paris, fut suivie des accidents inflammatoires les plus intenses, et contre lesquels il fallut déployer toutes les ressources du traitement antiphlogistique le plus énergique. Après un an de souffrances le calme revint; mais l'œil opéré est resté frappé d'une amaurose complète.

La vue était excessivement faible du côté gauche; et quoique le cristallin présentât une opacité légère occupant la moitié inférieure interne de la pupille, il était évident que cette opacité ne pouvait seule rendre compte de la diminution si considérable de la vision dans l'œil affecté — le malade ne voyait pas même à se conduire dans sa chambre; cependant, après avoir combattu par des applications de sangsues au siége et quelques laxatifs légers des symptômes assez marqués de congestion cérébro-oculaire, je fis l'extraction du cristallin.

Malgré le peu d'intégrité fonctionnelle que présentait l'appareil visuel, je crus devoir extraire le cristallin, en m'appuyant sur quelques données pratiques dont l'exposé donnerait trop d'étendue à cette simple note.

La saillie excessive de l'œil m'avait fait concevoir quelques craintes sur les complications qui pourraient survenir pendant l'opération. Cependant la section du lambeau supérieur s'opéra sans accident, et quoique ce lambeau eût été renversé trois fois dans les différents temps que comporte le manuel opératoire, les lèvres de la plaie furent exactement affrontées au moment du pansement. Des bandelettes de taffetas d'Angleterre, destinées à maintenir les paupières dans un état d'occlusion complète et permanente, composaient tout le traitement consécutif. Huit jours s'étaient écoulés sans phénomènes généraux de réaction inflammatoire, sans manifestation de douleur locale, sans gonflement des paupières. Aucune augmentation n'était survenue dans la sécrétion des humeurs de l'œil; tout devait donc me faire croire à une réunion parfaite, linéaire des lèvres de la solution de continuité. Cependant, au lever de l'appareil, un épanchement sanguin dans la chambre antérieure, des fausses membranes dans la pupille, une hernie de l'iris dans toute l'étendue du contour du lambeau sclérotique, une coloration verdâtre de la face antérieure de l'iris, ne me laissèrent aucun doute sur les accidents phlegmasiques qui avaient éclaté et sourdement suivi leur marche sans que rien, dans l'évolution de la maladie, eût pu me permettre d'en soupçonner l'existence, et par conséquent d'en combattre les effets.

Quoique le soulèvement du lambeau soit loin d'avoir entraîné, pour le résultat définitif, des conséquences irrémédiables, je crois utile de le signaler à l'attention des praticiens par la seule raison qu'il s'est produit sans être accompagné d'aucun signe après lesquels il se manifeste ordinairement.

Puisque je traite d'un des accidents qui peuvent survenir dans l'opération de la cataracte par extraction, j'ajouterai, comme simple note, que j'ai vu, dans le courant du mois de juillet, une rupture partielle se faire dans la cicatrice le quatorzième jour de l'opération. Cette rupture, arrivée chez Mme P..., demeurant aux Batignolles, cité Lafontaine, n° 11, peut trouver son explication dans les contractures spasmodiques fréquentes auxquelles la malade est sujette depuis fort longtemps, et dans l'obstination qu'elle a mise à fermer et à ouvrir alternativement à chaque instant l'œil gauche, du neuvième au quatorzième jour, pour voir seulement de l'œil non opéré.

Comme ce fait est arrivé à une des époques les plus éloignées que puissent mentionner les auteurs, j'ai cru devoir le faire connaître en peu de mots.

M. Guersant. L'observation de M. Coursserant comporte, selon moi, de sérieuses réflexions. Son malade était évidemment dans des conditions fâcheuses; il était mal disposé, puisque l'extraction, comme l'abaissement, est suivie d'accidents d'une gravité particulière. Dans tous les cas, cette observation ne me semble pas prouver en faveur de l'extraction.

M. Coursserant. Je n'ai pas cherché à établir de comparaison entre l'extraction et l'abaissement; dans ce cas l'avantage de la première méthode eût été trop marqué.

Ainsi le premier œil est opéré par abaissement, et cette opération cause des douleurs atroces. A la suite de ces douleurs, le malade reste amaurotique. Lorsque je me suis décidé à l'opération sur l'autre œil, je n'ai pu y consentir qu'à la condition d'opérer par extraction, et aujourd'hui, malgré le peu de succès de cette opération et les accidents qui en ont été la suite, cet homme a l'espoir et la possibilité de recouvrer la vue, du moins jusqu'à un certain point, à l'aide de la pupille artificielle.

M. Guersant se félicite d'avoir provoqué ces explications de la part de M. Coursserant, et il revient à ses accusations contre l'extraction, qui n'a pas permis de suivre les progrès de l'opération, et de voir aussi fréquemment qu'il eût été nécessaire l'état de l'œil opéré.

Choléra. — M. Foucart signale trois cas de choléra qui se sont présentés dans sa pratique, et qui s'accompagnaient des symptômes les plus graves. Deux ont été suivis de mort, le troisième est guéri.

M. Vergne ajoute un nouveau cas à ceux rapportés par M. Foucart. Il s'agit d'un employé du chemin de fer de l'Ouest, demeurant boulevard Montparnasse.

M. Ch..., âgé de trente-cinq ans, était souffrant depuis quelques jours, lorsque le 8 juillet, vers le milieu de la journée, il fut pris subitement de nausées, de vomissements composés d'abord de substances alimentaires ingérées la veille, puis de matières jaunes et blanchâtres en grande quantité. Presque en même temps, il survint des coliques et une diarrhée blanchâtre tellement abondante, me dit le malade, qu'il lui avait été absolument impossible de compter le nombre de selles qu'il avait eues depuis midi jusqu'à mon arrivée, c'est-à-dire dans l'espace de sept heures.

En arrivant auprès de M. Ch..., je le trouvai en proie à des douleurs atroces causées par des crampes, qui, disait-il, lui labouraient et déchiraient les membres, principalement les mollets. Les traits du visage étaient crispés, les yeux profondément excavés, la langue d'une froideur glaciale, la voix cassée, la peau légèrement cyanosée et couverte d'une sueur visqueuse; pas d'excrétion urinaire depuis le matin, respiration anxieuse, pouls presque insensible et d'une extrême rapidité.

Un confrère, appelé en attendant mon arrivée, avait prescrit l'usage du thé au rhum et la potion de Rivière, dont quelques cuillerées avaient déjà été données sans succès. Un vomissement et deux selles rizacées ont lieu en ma présence; le malade est dans un abattement et un découragement des plus profonds.

Je prescris immédiatement l'ipéca en poudre à la dose de 12 décigrammes divisés en trois prises, chaque prise devant être donnée de cinq minutes en cinq minutes dans un quart de verre d'eau tiède.

Une heure plus tard, il s'opère un changement complet dans la nature des sueurs; de froides qu'elles étaient, elles deviennent chaudes et plus abondantes; la diarrhée cesse, les vomissements ont disparu. Le malade annonce qu'il se sent dégagé.

Je prescris une potion avec eau de mélisse, chloroforme et sirop de morphine.

Vers dix heures, le sommeil s'empare du malade, qui dort pendant cinq à six heures, et le lendemain matin il ne reste plus qu'un grand abattement, qu'une faiblesse remarquables.

Le vendredi, c'est-à-dire le cinquième jour, M. Ch., reprenait ses occupations.

M. Bossu rapporte un cas à peu près de même nature, mais survenu sans prodromes.

Le malade a guéri.

M. Caron a également constaté un cas de choléra avec contracture violente, peu de cyanose. La guérison a eu lieu. Il n'y avait pas eu non plus de diarrhée prodromique.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Suette. — M. Vergne fait passer sous les yeux de la Société plusieurs ongles entiers de doigts et d'orteils et de nombreux fragments résultant d'une desquammation complète survenue chez la femme d'un confrère de province à la suite de la suette miliaire.

Voici l'observation :

Mme L..., âgée de quarante-quatre ans, d'une constitution essentiellement nerveuse, ayant eu en 1832 une fille, qui a hérité de la constitution de sa mère, avait joui d'une bonne santé, lorsqu'en 1842 elle fut atteinte d'une affection typhoïde. Au vingt-cinquième jour, elle entrait en convalescence, lorsque survinrent tous les symptômes d'une suette miliaire, qui suivit rapidement son cours, et se termina le neuvième jour par une desquammation complète de tout le corps. Il se forma une peau neuve, qui longtemps resta d'une sensibilité extrême.

En 1847, nouvelle suette miliaire avec accès de fièvre intermittente manifeste. L'éruption fut plus prononcée qu'en 1842; l'affection miliaire marcha avec la même régularité, la même rapidité, et se termina par une desquammation aussi complète.

En 1849, sans cause aucune, ou du moins sans cause appréciable, Mme L... fut prise subitement d'une fièvre intermittente; bientôt la suette survint; mais cette fois il n'y eut pas d'éruption. Cependant elle n'en fut pas moins suivie d'une desquammation semblable aux précédentes.

Enfin, le 15 juillet 1854, nouvelle suette, qui, elle encore, ne présente pas d'éruption. Mme L... était convalescente, lorsque le 28 août, sous l'influence d'une impression morale vive, un accès de fièvre survint, puis une éruption miliaire prononcée, qui subsistait encore le 31 août, au moment de ma visite.

Déjà la peau des mains, des avant-bras, etc., commence à se mortifier. Mme L... accuse dans ces parties un fourmillement continuel; les objets qu'elle touche lui semblent recouverts d'un tissu particulier, ou bien il lui semble qu'elle les touche avec des gants aux mains. Ce sont là, ajoute-t-elle, les symptômes qui ont toujours annoncé une desquammation prochaine.

Cette malade a été soumise, depuis sa première affection, à une foule de médications. M. L..., qui est un praticien aussi modeste qu'habile et expérimenté, a eu recours aux ferrugineux, aux antispasmodiques, puis aux sulfate et tannate de quinine, vin de quinquina, vin de gentiane, amers de toute espèce, bains de toute nature; tout a échoué, rien n'a pu arrêter les progrès de cette infection générale, qui aujourd'hui domine d'une manière absolue cette pauvre femme, dont la maigreur et la faiblesse sont extrêmes.

Dans le cours de novembre 1854, je reçus de notre honorable confrère de province une lettre qui m'annonçait que la quatrième suette miliaire dont j'avais vu sa femme atteinte vers la fin du mois d'août, avait suivi la même marche que celles qui l'avaient précédée et avait eu la même terminaison, c'est-à-dire qu'elle avait été suivie d'une nouvelle desquammation.

Le secrétaire annuel : Vergne.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

A la suite du dernier concours pour l'internat, ont été nommés :

Internes. — MM. Blondet, Péan, Despaignet, Silvestre, Siredey, Maugin, Dumont, Michel, Garnier, Gibert, Tillot, Jaccout, Heurtaux, Martin (François), Brongniart, Devers, Dayot, Metivier, Dubois, Gellé, Féron (Constant), Ball, Londe, De Saint-Germain (Philippe), Collin (Philippe), Allaux, Mauvais.

Internes provisoires. — MM. Durante, Brullé, Paul, Royer (Anatole), Viaud-Grand-Marais, Dezanneau, Duboué, Mercier (Edmond), Brunet, Raux, Royet, Hardy (Charles), Chatillon, Bonnemaison, Poreau, Alcantara, Meynier, De Saint-Germain (Louis), Lancereau, Schloss, Pasteur, Leven, Fauvel.

La séance publique pour la proclamation des nouveaux internes et externes et pour la distribution des prix aura lieu le 24. A la suite, on procédera au classement des internes de première année.

— Par suite de la démission de M. Bouchardat et du décès de M. Quévenne, les mutations suivantes ont eu lieu parmi les pharmaciens en chef des hôpitaux :

M. Grassi passe de Lariboisière à l'Hôtel-Dieu;

M. Ducom passe de la Maison municipale de santé à Lariboisière;

M. J. Régnault passe de l'hôpital des Cliniques à la Charité;

M. O. Réveil passe de Lourcine à l'hôpital des Cliniques;

M. Leconte (concours terminé le 8 décembre) est nommé à la Maison municipale de santé;

M. Roussel (même concours) est nommé à Lourcine.

— M. le professeur Duportal, directeur de l'Ecole de pharmacie de Montpellier, vient de se démettre de la chaire de botanique qu'il occupait dans cette Ecole.

— Dans sa séance du 10 décembre dernier, la Société médico-pratique de Paris a décidé :

1° Qu'il n'y a pas lieu de décerner cette année de prix sur la question : « Du mode d'action des principaux purgatifs employés en médecine, et des indications tirées de la spécialité d'action propre à chacun d'eux; »

2° Qu'elle maintient cette même question pour sujet de prix, et proroge jusqu'au 1er juillet 1857 l'époque à laquelle devront être remis les mémoires adressés par les concurrents;

3° Enfin qu'elle élève à 500 fr., au lieu de 300, le chiffre du prix à décerner.

Nota. Les mémoires, écrits en français ou en latin, devront être adressés, dans les formes académiques, à M. Martin, agent de la Société, à l'hôtel de ville.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

De l'épilepsie. Leçons cliniques faites à l'Hôtel-Dieu par M. Trousseau; recueillies, rédigées et publiées par M. H. Legrand du Saulle. 2e édition. — Paris, chez Viat, cour du Commerce, 12.

Lettres sur l'homœopathie, ou Réfutation complète de cette méthode curative, par M. le docteur Manec jeune. Un vol. in-8°. Prix : 4 fr. — Paris, chez Victor Masson, place de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Études sur les bases de la science médicale, et Exposition sommaire de la doctrine traditionnelle, par M. le Dr J.-C. Faget (de la Nouvelle-Orléans). Ouvrage couronné par l'Académie de médecine de Caen, deuxième prix exceptionnel (médaille d'or). Un volume grand in-8° de XXIII-444 pages. Prix : 7 fr. — Paris, chez Victor Masson.

Le Gérant.
Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 149. — SAMEDI 22 DÉCEMBRE 1855. (28e ANNÉE.) N° 149. — SAMEDI 22 DÉCEMBRE 1855.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, en face de l'Académie de médecine.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Les bureaux et les ateliers étant fermés le jour de Noel, la *Gazette* ne paraîtra pas mardi.

Nous prions nos souscripteurs des départements dont l'abonnement expire le 31 décembre d'envoyer le prix de leur renouvellement en mandats de poste ou en traites sur Paris.

Nos abonnés de l'étranger voudront bien, comme à l'ordinaire, nous faire parvenir le prix de l'abonnement par les libraires ou les directeurs de poste de leur résidence.

Ceux de la Belgique sont priés de s'adresser, pour leur renouvellement ou leurs réclamations, à M. DECQ, *libraire, à Bruxelles; ceux de la Suisse, à MM.* JULLIEN frères, *libraires, à Genève.*

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Des dangers de l'état anémique produit par des pertes répétées pendant le travail de l'accouchement, et de la gravité des manœuvres obstétricales pratiquées dans cette condition.

Le service des femmes en couches, dont M. Legroux est spécialement chargé à l'Hôtel-Dieu, est fécond en enseignements cliniques. Nous nous empressons, à ce titre, de porter à la connaissance de nos lecteurs les faits suivants, que nous extrayons d'un mémoire que M. Legroux vient de publier dans les *Archives générales de médecine* sur les hémorrhagies par décollement du placenta inséré sur le col de la matrice, mémoire sur lequel nous aurons à revenir incessamment sous un autre point de vue. Les faits sur lesquels nous appelons particulièrement l'attention en ce moment sont relatifs aux dangers de l'état anémique qui résulte des pertes répétées auxquelles cette disposition anormale donne lieu, et à la gravité des manœuvres obstétricales pratiquées dans cette circonstance.

Une femme en travail depuis plusieurs jours fut amenée à l'Hôtel-Dieu, dans la salle des femmes en couches, à l'heure même de la visite. Cette femme avait été rendue exsangue par des hémorrhagies incessantes, qui étaient arrêtées pour le moment. Le toucher indiquait une dilatation de 6 centimètres; une substance spongieuse remplissait l'ouverture du col : c'était le placenta. La faiblesse de cette femme faisait craindre qu'elle ne pût résister à une hémorrhagie nouvelle. Le cas étant urgent, M. Legroux se décida à tenter la délivrance. Contre son attente, il trouva le col tellement résistant, qu'on ne pouvait le dilater en y introduisant l'extrémité des doigts. A peine ces légères tentatives venaient-elles d'être faites, que cette femme éprouva une défaillance profonde, et parut sur le point d'expirer. Toute manœuvre fut à l'instant suspendue, et la malade fut mise à l'usage des boissons toniques, du vin, du bouillon à petites doses répétées, des sinapismes, avec recommandation de recourir au tamponnement à la première menace de perte nouvelle. Malgré l'emploi de ces moyens, et sans qu'il y eût eu retour de l'hémorrhagie, la faiblesse allant croissant, cette femme succomba quelques heures après.

L'autopsie montra le placenta inséré sur le col. Il n'existait entre la paroi utérine et le placenta aucun caillot auquel on pût attribuer l'hémostase.

M. Legroux avait observé un fait semblable quelque temps auparavant chez une dame des environs de Paris. Cette femme était épuisée par des pertes répétées pendant un travail qui durait depuis plusieurs jours. Lorsqu'il arriva auprès d'elle, l'hémorrhagie avait cessé. A travers le col largement dilaté, on sentait une masse spongieuse. La dilatation, l'amincissement du col, une grande laxité de tous les tissus rendaient faciles l'extraction du placenta, la version et l'extraction de l'enfant. Cette opération paraissant parfaitement indiquée, fut pratiquée immédiatement sans la moindre difficulté : elle dura une minute à peine. Pendant l'extraction de l'enfant, la femme accusa un sentiment d'angoisse et de défaillance; il ne s'écoula point de sang après la délivrance. Malgré cela, et nonobstant les soins dont elle fut entourée, elle succomba peu d'heures après.

Dans une autre circonstance, M. Danyau ayant été appelé à l'Hôtel-Dieu pour un cas de dystocie, fut invité par M. Legroux à faire deux délivrances artificielles dans son service de femmes en couches, pour des cas d'insertion du placenta sur le col. Le lendemain, on trouva ces deux femmes dans un état de faiblesse et d'anémie extrêmes, auxquelles elles succombèrent deux ou trois jours après l'opération.

Enfin un matin, pendant sa visite, M. Legroux trouva une jeune accouchée presque exsangue, par suite d'une hémorrhagie due sans doute à l'inertie de la matrice après l'expulsion de l'enfant; le placenta était resté dans l'utérus. Il lui parut urgent de l'extraire, et en conséquence il introduisit la main, comptant sur les contractions que cette manœuvre devait solliciter; mais cette petite opération, aussi prompte que facile, fut accompagnée, au moment de la sortie du placenta, d'un sentiment de défaillance profond, terminé par la mort peu d'instants après.

De ces faits et de quelques autres semblables qu'il nous paraît superflu de rapporter, M. Legroux déduit avec raison cette double conséquence :

1° Que l'anémie, même modérée, succédant à des hémorrhagies répétées, laisse les malades sous l'imminence d'une mort instantanée, inopinée; qu'elle appelle par conséquent toute la sollicitude de l'accoucheur;

2° Que les moindres manœuvres obstétricales peuvent ajouter à cette débilitation une perturbation funeste, circonstance dont il faut tenir compte dans la détermination des indications.

Nous ajouterons aux conclusions parfaitement fondées de notre honorable confrère cette troisième : c'est qu'on préviendrait souvent les accidents funestes qui viennent d'être signalés, si l'on pratiquait le tamponnement dès le début de l'hémorrhagie causée par insertion anormale du placenta. Le tamponnement opéré par une vessie de caoutchouc, ainsi que cela nous a si bien réussi dans un fait de ce genre que nous avons rapporté dans ce journal (*voir* le numéro du 18 mars 1854), a dans ce cas le double avantage d'arrêter l'hémorrhagie et de provoquer les contractions utérines, agissant ainsi à la fois comme hémostatique et comme excitateur de l'organe utérin.

Ramollissement aigu du cervelet.

M. le docteur Woillez a observé récemment à l'Hôtel-Dieu, pendant qu'il y faisait par intérim le service de M. Grisolle, un cas extrêmement intéressant de ramollissement aigu du cervelet, dont il n'existe dans la science que de très rares exemples, ou du moins des observations très incomplètes. Voici les principaux détails de ce fait, que M. Woillez a communiqué à la dernière séance de la Société médicale des hôpitaux.

Un homme âgé de cinquante-six ans entra à l'Hôtel-Dieu dans les premiers jours du mois de septembre dernier, présentant les symptômes suivants : position assise dans le lit, avec liberté apparente des mouvements. Face pâle, symétrique; regard étrange dû à une contraction extrême des pupilles; vue et ouïe intactes; point de céphalalgie; facultés intellectuelles conservées; point d'agitation, ni douleurs, ni secousses, ni crampes dans les membres; mouvements du membre supérieur gauche plus faibles que ceux du membre opposé. Les membres inférieurs paraissent libres de leurs mouvements dans cette position. Mais dès qu'on fait lever le malade, on s'aperçoit qu'il descend difficilement de son lit, auquel il se retient pour faire quelques pas en chancelant, à la manière d'un homme ivre; puis il est pris d'un vertige, et ce n'est que soutenu qu'il peut, avec beaucoup de peine, retourner sur ses pas et regagner son lit. Enfin, on remarque que le malade s'appuyait de préférence sur le membre inférieur droit, rasant un peu le sol de la pointe du pied gauche. La sensibilité est obtuse, mais non abolie. La langue est tirée droite; elle est molle, humide. Le pouls est sans fréquence; point de chaleur à la peau.

Voici quels avaient été les prodromes et le début de cet état :

Le malade avait ressenti dans ces derniers temps quelques douleurs passagères dans les membres inférieurs, sans fourmillements ni crampes, et quelques vertiges sans céphalalgie, sans perte de connaissance ni trouble des sens. Quatre jours avant son entrée à l'hôpital, il avait été pris brusquement de vertige avec faiblesse générale, immédiatement suivie de chute, mais sans perte de connaissance. Il put se relever et boire; mais à peine quelques gouttes d'eau eurent-elles atteint le pharynx, qu'il éprouva une suffocation suivie du rejet immédiat du liquide par la bouche et par le nez. En même temps il survint une aphonie complète.

Aidé de ces renseignements, M. Woillez se livra à une exploration minutieuse qui lui fit constater les phénomènes suivants :

L'isthme du gosier et le pharynx étaient en apparence normaux; mais la luette et le reste du voile du palais étaient immobiles, et l'action de souffler impossible sans que l'air sortît par les fosses nasales en même temps que par la bouche. La voix, à moitié

DE L'ÉLÉMENT DIATHÈSE DANS LES MALADIES (1).

Discours d'ouverture, par M. le professeur Forget (de Strasbourg.)

Que faire donc pour arriver à dégager tant d'inconnues ? Le voici :

1° Faire ce qu'on a toujours fait depuis les écoles de Gnide et de Cos, et surtout depuis Bonnet et Morgagni : *étudier avec ardeur et pénétration les conditions matérielles et fonctionnelles les plus minutieuses de l'économie saine et morbide.* C'est en procédant ainsi que nous sommes arrivés à déterminer avec assez de précision les caractères des diathèses inflammatoire, bilieuse, nerveuse, lymphatique, scrofuleuse, tuberculeuse, rachitique, arthritique, apoplectique, etc., qui se révèlent souvent par des signes extérieurs devenus classiques;

2° *Examiner avec soin les antécédents et la situation actuelle des sujets.* Bon nombre d'états diathésiques réputés occultes peuvent s'illuminer de certaines considérations relatives au régime, aux habitudes, aux commémoratifs, etc. Ainsi, nous savons que le régime stimulant crée la diathèse inflammatoire; que le régime relâchant crée la diathèse séreuse, muqueuse, scrofuleuse; que les habitudes oisives et molles créent la diathèse nerveuse; que l'excès d'action naturelle ou artificielle de certains organes, tels que le cerveau, les poumons, le cœur, le tube digestif, constitue ces organes en état de diathèse ou de prédisposition morbide; que les climats, les saisons, les habitations influent sur le caractère des maladies, même après la cessation de la cause; c'est ainsi que des fièvres intermittentes contractées en Afrique, par exemple, peuvent se reproduire longtemps après le retour en Europe. Personne n'ignore que les maladies antécédentes d'un organe placent cet organe sous l'imminence du retour de la même maladie, témoin l'avortement, le rhumatisme, l'apoplexie, etc.

L'appareil phénoménal particulier d'une maladie, sa physionomie, sa marche, sa durée, ses terminaisons peuvent quelquefois se déduire *à priori* des mêmes circonstances constitutionnelles et anamnestiques. Ainsi les maladies sont généralement plus franches, plus aiguës, plus promptes dans leurs évolutions chez les individus sanguins, vigoureux et sains que chez les sujets lymphatiques, débiles et valétudinaires. Le pronostic est généralement plus favorable chez les premiers que chez les seconds. La solution heureuse d'une maladie antécédente est une présomption en faveur de la même maladie actuelle. Il n'est pas jusqu'aux complications que ne puissent faire prévoir les données commémoratives : ainsi, chez les individus irritables, à prédominance céphalique, on devra prévoir le délire, les spasmes, l'ataxie; chez les individus affaiblis, pâles, méticuleux, on devra s'attendre à l'abattement, aux syncopes, à l'adynamie, etc.

Les particularités individuelles influent considérablement sur la diathèse thérapeutique, c'est-à-dire sur le mode d'action et le résultat des médicaments. Ainsi, il est de notoriété vulgaire que les débilitants sont souvent mal supportés par les sujets lymphatiques, nerveux, épuisés; que les toniques ne doivent être administrés qu'avec beaucoup de prudence aux individus vigoureux, à circulation active et mobile. Les prédilections et surtout les répugnances doivent être toujours écoutées, sinon satisfaites. L'appétence du malade pour tel breuvage ou pour tel aliment peut être une indication instinctive et salutaire, lorsqu'elle n'est pas le produit factice des préjugés populaires; distinction essentielle à établir, alors qu'il s'agit des spiritueux et des aliments substantiels, que la plupart des malades s'imaginent devoir les relever de leur état de faiblesse. Les antipathies donnent lieu aux mêmes considérations. Certaines odeurs ou saveurs sont pour beaucoup de malades, surtout parmi les femmes, un objet de répulsion invincible, indépendamment des incompatibilités organiques latentes qui peuvent exister. C'est ici le lieu de rappeler cette fine observation d'Hippocrate, qui dit qu'un remède peu actif mais agréable est plus salutaire qu'un remède plus puissant pris avec répugnance. Mais ici encore il faut éviter l'excès de condescendance, et d'obtempérer à de puériles et capricieuses oppositions, surtout lorsque la gravité du cas exige impérieusement l'emploi ou la continuation du remède : soit le tartre stibié dans la pneumonie, le quinquina dans la fièvre intermittente, l'opium dans les névralgies, le copahu dans la blennorrhagie, et surtout l'emploi du fer ou du feu dans les cas chirurgicaux; mais ici nous sortons de la diathèse pour entrer dans le domaine des répulsions communes à tous.

(1) Fin. — Voir les numéros des 6 et 20 décembre.

éteinte, était nasonnée, la phonation pénible et incomplète, bien que les mouvements respiratoires costaux et diaphragmatiques fussent normaux. Le doigt de l'explorateur arrivait facilement au larynx, dont l'épiglotte était relevée et l'orifice supérieur intact. Après avoir fait boire le malade en sa présence, ce qui fut suivi immédiatement de la même scène que nous avons décrite plus haut, M. Woillez introduisit une sonde dans l'œsophage. Cette opération s'exécuta facilement, mais non sans provoquer quelques contractions. Du bouillon injecté dans l'estomac fut supporté sans produire la moindre nausée. Rien de particulier d'ailleurs du côté des organes pectoraux ni de l'abdomen.

Le lendemain de son admission à l'hôpital, l'état du malade était à peu près le même. Le troisième jour il se montrait plus abattu; il eut quelques vertiges sans céphalalgie; même état de la motilité et de la sensibilité; sommeil interrompu la nuit, mais sans agitation ni délire. Pouls plus fréquent, irrégulier, faible, parfois insensible sous le doigt. Le quatrième jour la situation s'aggrave; pour la première fois il survient la nuit du délire et de l'agitation. Prostration marquée; quelques hallucinations de la vue, d'ailleurs intacte; paroles incohérentes, prononcées d'une voix plus faible. Même état des pupilles, de la motilité et de la sensibilité générale. Face pâle, lèvres violacées, pouls innombrable. Dans le courant de la journée, le malade tombe dans le coma et meurt.

A l'autopsie, voici ce que l'on constate :

Congestion générale des membranes du cerveau avec effusion sanguine sous-arachnoïdienne à la partie antérieure, surtout à droite. Tissu des hémisphères également congestionné, assez consistant et exempt partout de ramollissement et d'épanchement sanguin.

La moitié inférieure du lobe gauche du cervelet jusqu'au centre de l'arbre de vie est réduite en un détritus pulpeux de couleur homogène qu'entraîne facilement un filet d'eau. Le lobe droit et les autres parties du cervelet sont sains. Le mésocéphale et la moelle allongée ne présentent rien d'anormal; les origines apparentes des nerfs crâniens sont trouvées intactes. Rien à noter dans les autres organes.

Sans nous arrêter ici aux difficultés nombreuses de diagnostic que présentait ce cas, et qui étaient de nature à faire hésiter les plus hardis diagnosticiens, nous nous bornerons à faire ressortir ce que ce fait peut renfermer d'enseignement pour l'avenir. Les symptômes variés que ce sujet a présentés peuvent être divisés en deux ordres: les uns qui se rattachent directement à la lésion du cervelet, et qui confirment quelques-unes des attributions que les physiologistes et les anatomo-pathologistes ont assignées à cet organe; les autres qui lui sont étrangers ou qui n'en dépendent du moins que d'une manière indirecte et médiate, et à l'égard desquels il subsiste encore du doute. Les premiers sont l'hémiplégie incomplète du même côté que la lésion, mais surtout le défaut de coordination et d'équilibration des mouvements, et comme symptômes négatifs l'intégrité de l'intelligence. Les seconds sont les phénomènes observés du côté du pharynx et du larynx; la paralysie du voile du palais accusée par l'immobilité de cet organe, par la voix nasonnée et le passage des liquides dans les fosses nasales au moment de la déglutition, et la paralysie des muscles constricteurs de la glotte, d'où l'aphonie et l'anhélation quand le malade parlait.

Jusqu'à quel point la paralysie de ces divers organes, dont les fonctions sont placées sous la dépendance du nerf spinal, peut-elle avoir des rapports avec la lésion principale? Comment les origines de ce nerf au bulbe rachidien étaient-elles influencées par le ramollissement du cervelet? C'est ce que M. Woillez s'est sagement abstenu de décider d'après ce seul fait; nous l'imiterons en cela, laissant au temps et à d'autres faits observés avec le même soin et la même intelligence d'éclairer ce point difficile.

Quant aux résultats positifs de cette observation, ils concordent, ainsi qu'on a pu le voir, avec les résultats des expériences sur lesquelles M. Flourens a fondé cette proposition : Que le cervelet est l'organe de coordination et d'équilibration des mouvements.

Fracture insolite de l'extrémité inférieure de l'humérus prise pour une luxation.

On voyait, il y a quelque temps, dans les salles de chirurgie de l'hôpital des Cliniques, un jeune garçon qui présentait une déformation de l'articulation du coude avec perte partielle des mouvements du membre. Cette observation pouvant être utile au double point de vue de l'histoire des fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus et de l'étude des signes diagnostiques propres à les différencier d'avec les luxations de l'articulation huméro-cubitale, nos lecteurs nous sauront d'autant plus de gré de la mettre sous leurs yeux que la nature de la lésion avait été méconnue, et que cette erreur de diagnostic avait eu les conséquences fâcheuses que nous allons examiner.

Voici cette observation, dont nous devons la communication à M. P. L'Huillier :

Le 16 janvier 1855, le malade tomba sur la glace. A la suite de cette chute, de vives douleurs survinrent dans le coude gauche. Le médecin appelé pratiqua des tractions en sens contraires sur le bras et l'avant-bras, puis couvrit ces parties de compresses imbibées d'eau blanche; la douleur céda peu à peu, mais l'articulation resta déformée et les mouvements très restreints. Six semaines après l'accident, on renouvela les tractions en sens contraires, ainsi que l'application des compresses d'eau blanche, sans aucun résultat.

C'est alors que l'enfant entra à l'hôpital des Cliniques, dans le service de M. Nélaton. Il présentait l'état suivant :

Les mouvements volontaires de l'avant-bras ne sont pas complétement abolis, mais très limités; l'extension est incomplète, la flexion ne peut dépasser un angle droit. L'axe de l'avant-bras a changé de position relativement à celui du bras; de sorte que ces deux segments du membre supérieur font un angle obtus très sensible ouvert en dedans et saillant en dehors, c'est-à-dire tourné précisément en sens inverse de l'angle normal qu'on observe au niveau du coude.

En regardant l'articulation par sa partie postérieure, on est frappé de la largeur considérable qu'elle présente (8 centimètres entre les deux saillies osseuses latérales), et de l'absence de la saillie osseuse médiane ou olécrânienne. Si, pour retrouver cet olécrane disparu, on applique la pulpe du doigt sur toutes les saillies osseuses de la partie postérieure du coude, pendant qu'on fléchit et qu'on étend alternativement l'avant-bras, on le reconnaît à la partie la plus interne de l'articulation, au point où l'on voit l'épitrochlée sur un bras ordinaire. On peut vérifier l'exactitude de cette position en suivant du doigt la continuité de la saillie interne avec le cubitus. L'olécrane est donc à la place de l'épitrochlée; mais, dans ce cas, qu'est devenue cette dernière tubérosité? Par le toucher on la reconnaît au-dessus, en avant et en dehors de l'olécrane.

A la partie externe et toujours postérieure de l'articulation, on voit et on sent une saillie osseuse considérable et aiguë; il est facile de constater qu'elle appartient à l'humérus par sa continuité avec le corps de cet os et par son immobilité dans les mouvements de l'avant-bras. Rien de plus simple alors que de penser à l'épicondyle, puisque cette saillie termine inférieurement le bord externe de l'humérus.

L'épitrochlée est plus antérieure d'un centimètre et plus élevée de deux que l'épicondyle. Normalement ces deux tubérosités se trouvent sur une ligne droite transversale perpendiculaire à l'axe de l'humérus. Il y a donc fracture de l'extrémité inférieure de cet os. Y aurait-il en même temps luxation?

M. Nélaton indique un moyen facile de s'en assurer : Si la cupule du radius a conservé ses rapports avec la petite tête humérale, on peut toujours enfoncer l'extrémité du pouce dans la rainure qui sépare les surfaces articulaires et sentir la tête du radius rouler sous la pulpe du doigt, dans les mouvements de pronation et de supination. Chez notre malade, on arrive sans difficulté dans la rainure en question en suivant le corps du radius de bas en haut, et l'on trouve intacte l'articulation huméro-radiale; mais elle a changé de situation : au lieu d'être à la partie externe, elle est au milieu du coude, à la place de l'olécrane. Or, d'après la position assignée précédemment à l'épicondyle, il faut admettre que la fracture tombe entre cet épicondyle et la petite tête de l'humérus.

La singularité de ce fait, l'angle *tranchant* de la saillie externe du coude considérée d'abord comme l'épicondyle, suffisent pour faire douter de cette singulière direction de la fracture. En mesurant sur les deux bras la distance qui sépare cette saillie externe de l'extrémité de l'acromion, on la trouve plus courte de 2 centimètres du côté malade. Par conséquent, la fracture arrive au-dessus de l'épicondyle. On peut, en effet, sentir cette tubérosité profondément à la partie postérieure du coude, un peu en dehors de l'articulation huméro-radiale, et reconnaître son immobilité dans les mouvements de l'avant-bras. Ce n'est donc pas à deux centimètres au-dessus de l'épicondyle que se trouve l'épitrochlée, mais à deux centimètres au-dessus de l'extrémité inférieure du bord externe de l'humérus. Le déplacement du fragment inférieur n'en est par suite que plus considérable.

En résumé, l'extrémité inférieure du fragment supérieur est oblique de haut en bas et de dedans en dehors; le fragment inférieur a subi un déplacement absolu, qu'on peut regarder comme le résultat des trois mouvements partiels suivants :

1° Glissement en dedans;

2° Rotation en haut de la partie interne autour d'un axe horizontal antéro-postérieur passant par le centre de ce fragment inférieur;

3° Rotation en avant de la partie interne autour de l'axe vertical de l'humérus.

La fracture est consolidée; mais on peut espérer d'étendre les mouvements de l'avant-bras, en partie restreints par suite d'une longue immobilité.

ANALYSE D'UN TRAVAIL SUR L'OSTÉOMYÉLITE CHEZ LES AMPUTÉS,

Par M. le docteur Tharsile VALETTE,

Faite par M. MANJOLIN et lue à la Société de chirurgie dans la séance du 12 décembre.

La communication qui vous a été faite dans l'une des dernières séances, par notre président, devait m'amener tout naturellement à vous communiquer aujourd'hui l'analyse d'un travail sur l'ostéomyélite chez les amputés.

Ce mémoire, qui vous a été adressé par un de nos correspondants les plus laborieux, par M. le docteur T. Valette, chirurgien adjoint à l'armée d'Orient, a été fait dans le but d'établir une différence entre la résorption purulente et l'ostéomyélite proprement dite, et pour attirer l'attention des praticiens sur tout ce que cette complication a de funeste.

Les faits consignés dans ce travail ont été recueillis dans les hôpitaux militaires de Constantinople, pendant les mois d'octobre, novembre et décembre 1854, sur des blessés amputés à la suite des batailles d'Alma et d'Inkermann.

Je me bornerai, dans cette analyse, à vous retracer aussi fidèlement que possible, les opinions de notre honorable collègue, sans chercher aucunement à les discuter.

Pour M. Tharsile Valette, il y a ceci à noter, c'est que l'ostéomyélite, qu'il regarde comme une affection toute spéciale, débute habituellement par des symptômes généraux ayant la plus grande analogie avec ceux de l'infection purulente, et qu'elle se manifeste constamment dans le moignon par les trois phénomènes suivants :

1° Hernie de la moelle osseuse sous forme d'un champignon de couleur grisâtre;

2° Décollement du périoste autour de la section de l'os;

3° Issue de l'os entre les lèvres de la plaie.

On reconnaît, dit-il, facilement à ces signes l'affection décrite pour la première fois en 1831 par le docteur Reynaud sous le titre d'inflammation médullaire des os longs, et plus tard par M. le professeur Cruveilhier. Comme elle est essentiellement mortelle, et qu'elle règne parfois d'une manière épidémique, ce qui est arrivé à Constantinople, et que dès lors il en résulte une grande influence sur le choix du lieu de l'amputation, il importe que les chirurgiens apportent une grande attention dans l'étude de cette maladie.

Tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, l'ostéomyélite a une marche aiguë; tantôt, au contraire, elle a une marche chronique.

Malgré tant de circonstances propres à rétrécir le champ des diathèses occultes, il en reste encore un nombre infini où le flambeau de l'analyse organique et physiologique nous fait complétement défaut. Mais d'autres ressources nous restent encore, non moins fécondes, non moins sûres que les précédentes : ce sont celles empruntées à la méthode expérimentale fécondée par une induction sobre et sévère. Les antécédents constituant les procédés *à priori*, l'expérimentation thérapeutique constituerait la méthode *à posteriori*. Donc nous posons comme troisième règle de l'art de constater les diathèses occultes.

3° *Observer attentivement les effets des modificateurs de l'économie, et varier ceux-ci selon l'occurrence.* Les probabilités, dans un cas donné, étant rationnellement en faveur de telle médication, de tel remède, c'est par celui-ci que vous devrez débuter. Cette règle est la base et le palladium de la science et de l'art; s'inscrire contre elle, comme il est de bon ton de le faire aujourd'hui, et comme ne rougissent pas de le faire même de graves professeurs officiels, c'est faire acte d'obscurantisme et de barbarie. Mais enfin il arrive trop souvent que, malgré l'observation rigoureuse des indications patentes, la maladie se montre rebelle. Point ne faut alors s'obstiner dans une voie malheureuse, et force nous est de recourir à d'autres modificateurs, de tâter, comme on dit, la diathèse inconnue; et lorsque nous sommes assez heureux pour l'avoir trouvée, nous devons la combattre par les moyens qu'elle requiert. Est-ce à dire qu'en agissant ainsi nous abandonnons tout à l'empirisme et au hasard? Non, sans doute, car nous savons par expérience qu'une maladie peut être avantageusement combattue par des moyens différents, par des remèdes directs et par des agents indirects. Nous savons aussi que parmi les éléments constitutifs d'une maladie il existe une certaine hiérarchie, un ordre d'importance relative et décroissante, dans lequel on doit méthodiquement attaquer ces divers éléments; de sorte que, même en déviant des indications principales mais réfractaires, en recourant à des remèdes exceptionnels, nous ne sortons pas des voies rationnelles de la science et de l'art. Ici encore nous n'avons qu'à choisir entre mille exemples.

Il est des médications exceptionnelles en principe que l'expérience a pour ainsi dire changées en procédés réguliers : ainsi, en tant qu'inflammations avérées, l'urétrite, l'ophthalmie, la dyssenterie, la pneumonie réclament fondamentalement et toujours les antiphlogistiques directs; eh bien, la pratique démontre que, dans la plupart des cas, c'est aux baumes-résines, au nitrate d'argent, à l'opium et au tartre stibié que revient l'honneur de la guérison. Ces exemples nous fournissent précisément l'occasion de vous faire voir que l'énigme des diathèses n'est pas toujours indéchiffrable et que l'efficacité des remèdes susdits n'a rien de merveilleux; du moins ne manquons-nous pas d'explications rationnelles à leur égard. Le copahu, dit-on, agit par astringence et par substitution, le nitrate d'argent par astriction ou par coagulation, l'opium comme sédatif contre ce grave élément de la dyssenterie, le spasme intestinal, le tartre stibié comme hyposthénisant; vous voyez que ce n'est pas là de l'empirisme et que la diathèse ici dépouille son voile mystérieux.

Autre exemple :

Une névrose, la gastralgie, je suppose, étant donnée, la médication normale est celle empruntée aux sédatifs directs; mais l'opium, la belladone, qui soulagent presque toujours, n'opèrent pas constamment la cure radicale. Nous recourons alors aux sédatifs indirects, aux excitants dits antispasmodiques, valériane, laurier-cerise, camphre, musc, éther, chloroforme, qui réussissent quelquefois. Enfin, en cas d'insuccès encore, nous recourons aux ferrugineux, et le mal est guéri. Pourquoi cela? c'est que notre gastralgie comportait un élément majeur, la diathèse chlorotique, dont le fer est le remède par excellence.

Supposons un cas plus obscur encore, la diathèse constituée par l'influence épidémique. Comment peut agir l'élément épidémique, si ce n'est en créant chez les individus une diathèse spéciale? En quoi consiste cette diathèse, si ce n'est en états organiques ou fonctionnels patents ou occultes? Si ces états sont patents, vous les constatez et les combattez, ou devez les combattre, par les moyens généralement usités contre ces états organiques ou fonctionnels. S'ils sont occultes, vous cherchez à les mettre en lumière par cette sorte de docimasie thérapeutique dont nous parlons ici. Mais il n'y a là rien de spécial aux épidémies; ces tâtonnements, nous y sommes contraints tous les jours à l'endroit des affections sporadiques, où la diathèse nous est également cachée. C'est dans ce sens que l'on peut soutenir que les maladies épidémiques ne diffèrent pas fondamentalement des maladies sporadiques, car il est presque toujours possible de rencontrer parmi les unes et parmi les autres des types semblables ou du moins très analogues. Ces considérations si simples, si frappantes de vérité, pour ceux qui ne se

Dans la première forme, elle se montre habituellement du cinquième au dixième jour. Elle prélude par des frissons irréguliers, une fièvre intense, des sueurs abondantes; bientôt il survient du délire; la peau devient terreuse, ictérique; le malade ne peut goûter aucun repos; l'opium ne triomphe qu'avec peine de l'insomnie.

Parfois aussi, dès le début, il y a des nausées, des vomissements ou des symptômes typhoïdes. Enfin, jusqu'à la terminaison fatale, tout l'ensemble des symptômes généraux présente la plus grande analogie avec ce qui s'observe dans les résorptions purulentes.

Comme phénomènes locaux, M. T. Valette signale la sensibilité du moignon, l'écartement des lèvres de la plaie, une suppuration liquide abondante, et la hernie de la membrane médullaire formant une sorte de champignon au niveau de la section de l'os dépouillé de son périoste dans une étendue variable et faisant saillie entre les lambeaux rétractés.

Quelquefois la marche de la maladie a été tellement rapide que les amputés ont succombé trois ou quatre jours après l'apparition des premiers symptômes: c'est la forme suraiguë.

Anatomie pathologique. — Dans quelques cas il est arrivé que, sauf la plus grande fluidité du sang veineux, M. Valette, malgré des recherches attentives, n'a rencontré aucune altération pathologique. Mais le plus habituellement il a rencontré toutes les lésions organiques consécutives à l'infection purulente: ainsi des noyaux ecchymotiques ou des abcès dans les poumons, le foie; du pus dans les muscles, les veines ou les articulations plus ou moins éloignées. Il en a rencontré aussi dans les urines et dans les épanchements qui distendaient les cavités pleurales.

Étudiant ensuite les altérations locales, il a établi deux degrés dans l'ostéomyélite aiguë, sans toutefois en déduire de conséquence pratique, attendu que durant la vie il est impossible de reconnaître cette différence.

Le premier degré est caractérisé par une violente injection sanguine de la moelle qui se colore en rouge brun, perd son aspect graisseux, acquiert plus de densité que dans l'état normal, et se détache assez facilement en demi-cylindre dès que l'on a scié l'os dans sa longueur.

Dans le second degré, outre ces caractères, on trouve une infiltration purulente du tissu spongieux de l'extrémité articulaire de l'os, tandis que le canal médullaire présente de petites collections de pus séparées les unes des autres.

Lorsque l'affection a eu une marche suraiguë, le pus se montre dans la moelle dès le troisième jour sous forme d'infiltration.

Étiologie. — M. Valette ne pouvant considérer l'épidémie d'ostéomyélite dont il a été témoin comme une maladie locale, dépendant de l'action directe de la scie sur la substance médullaire, a dû rechercher la cause dans les influences générales auxquelles ont été soumis les amputés reçus dans les hôpitaux de Constantinople. Ces établissements étaient-ils aussi salubres qu'on devait le désirer? C'est là la question. N'ayant pas été construits, dans l'origine, pour cette destination, mais pour des casernes, ils étaient loin de présenter toutes les conditions hygiéniques nécessaires, même après tous les soins apportés pour remédier à ce qu'ils présentaient de défectueux. Ainsi, pour notre collègue, il ne faut pas chercher d'autre cause à cette épidémie que l'encombrement des blessés et la mauvaise disposition des bâtiments dans lesquels on fut obligé de les placer.

Nature de l'affection. — M. Valette reconnaît que l'ostéomyélite a de nombreux caractères de parenté avec l'infection purulente; et, s'étayant sur les faits observés par lui ou consignés dans le travail de M. Reynaud, il en conclut que l'ostéomyélite ne saurait exister sans elle; seulement il établit cette différence, que l'ostéomyélite est beaucoup plus grave, attendu qu'il a vu guérir, sous l'influence du sulfate de quinine, trois amputés qui présentaient évidemment les symptômes de l'infection purulente, tandis qu'aucun des amputés dans la continuité atteint d'ostéomyélite n'a échappé à la mort.

Où serait donc la raison de la gravité de l'ostéomyélite?

Voici comment notre collègue l'explique: « La réaction générale qui » accompagne l'inflammation des parties molles bridées par de fortes » aponévroses doit évidemment se présenter dans l'inflammation de la » moelle, qui est logée dans un étui bien plus inextensible que des » lames aponévrotiques. En second lieu, le décollement du périoste et » la formation de petits foyers purulents dans l'intérieur du canal médullaire dépouillent une partie de l'os de ses moyens de nutrition et » le transforment ainsi en un corps étranger qui, placé au centre d'une » plaie récente, doit donner lieu à des efforts d'élimination et détermi» ner une fièvre très vive. Enfin, en admettant que le malade échappe » à ces premiers dangers, la présence du pus dans l'épaisseur de la » moelle, et au contact des parois du canal médullaire, constitue une » menace incessante de pyohémie. Bien que l'ostéomyélite suppurée » soit évidemment une cause d'infection purulente, je crois néanmoins » que c'est dans des circonstances étiologiques générales qu'il faut » chercher la raison de la coïncidence de ces deux accidents chez les » amputés des batailles d'Alma et d'Inkermann. »

M. Valette conclut de ce qui précède que dans l'ostéomyélite épidémique il faut renoncer aux résections et aux amputations dans la continuité en faveur des désarticulations, afin de mettre la moelle à l'abri du contact de l'air et du pus; et, dans le cas où l'on serait obligé de recourir à une amputation dans la continuité, il faudrait préférer au procédé circulaire le procédé à lambeau, comme permettant de recouvrir exactement le canal médullaire. De plus, il faut chercher autant que possible à soustraire les blessés à la viciation de l'air en les dispersant sous des tentes.

Comme traitement local, l'auteur du mémoire a successivement employé, et sans avantage, les évacuations sanguines, la cautérisation, soit avec le fer rouge, soit avec la pâte de Vienne, et la résection, qu'il blâme, car elle replace le blessé dans le même danger. En présence de tant d'insuccès, il arrive alors à une détermination extrême, et propose une nouvelle amputation dans l'article; il ne fait d'exception à cette règle de conduite que pour la désarticulation coxo-fémorale à cause de son peu de chances.

Sa conviction est telle, qu'il ajoute un peu plus loin: « Je ne crois » pas que la coexistence de l'infection purulente doive faire repousser » la pratique d'une seconde amputation. L'infection purulente n'est pas » un accident nécessairement mortel, tandis que l'ostéomyélite a tué » tous les amputés qu'elle a atteints. Une fois qu'on aura débarrassé » le malade de cette dernière complication, on aura les coudées fran» ches pour s'attaquer à la pyohémie, et l'on pourra espérer qu'un » nouveau succès viendra s'ajouter à ceux qui existent déjà dans les » annales de la chirurgie. »

A l'appui de cette opinion, qui vous étonnera beaucoup, M. T. Valette cite le fait d'un blessé chez lequel notre collègue M. Legouest avait dû pratiquer la résection de la tête de l'humérus à la suite d'un coup de feu, et qui dut subir plus tard l'amputation du bras assez long temps après la première opération.

Pour le traitement général, il indique le même que pour l'infection purulente, et insiste principalement sur les bons effets du sulfate de quinine, en citant les observations de trois blessés, qui après des désarticulations avaient présenté des symptômes de résorption.

Je viens de vous retracer ce que ce mémoire renferme sur l'ostéomyélite aiguë. Pour ce qui est de la forme chronique, elle diffère de la première par la marche insidieuse des désordres locaux et la lenteur de leur manifestation; on est tenté de confondre cette affection avec l'infection purulente à cause de l'analogie des symptômes généraux. Ce qui la caractérise surtout, ce sont les désordres locaux, la dénudation lente de l'os, l'altération de la suppuration, et l'arrêt de tout travail de cicatrisation.

A l'autopsie, tantôt on n'a trouvé aucune altération générale, tantôt on a rencontré les lésions de l'infection purulente.

Quant aux altérations locales, tantôt elles sont les mêmes que celles du second degré de l'ostéomyélite aiguë, seulement le pus qu'on trouve dans le canal médullaire est plus fluide; de plus, le moignon présente cela à noter, c'est que les bourgeons charnus fournis par les parties molles voisines enveloppent comme un étui jusqu'au voisinage de la section de l'os. La portion de cet organe qui est dénudée de son périoste et les couches internes de cet étui sont dans une épaisseur variable incrustées de phosphate calcaire. De telle sorte qu'au premier abord on croit trouver l'os ancien invaginé, comme dans la nécrose, et que pour roséquer cet os il faut pratiquer une sorte d'énucléation. L'incrustation calcaire existe aussi parfois à la surface de la moelle, qui se détache alors du canal médullaire de manière à laisser un espace vide entre elle et les parois internes de cette cavité.

Ce travail, qui renferme huit observations très détaillées, se termine par les conclusions suivantes:

1° L'ostéomyélite des amputés peut se présenter sous la forme aiguë et sous la forme chronique.

2° Dans les deux cas, elle s'accompagne presque toujours de l'infection purulente, sans qu'on puisse admettre que l'un de ces deux accidents a occasionné l'autre; ils semblent naître simultanément sous l'influence des mêmes causes générales, et si cette coïncidence jette du trouble sur la netteté du diagnostic, du moins n'est-il pas impossible de déterminer la part que chacun d'eux prend à la manifestation des phénomènes morbides.

3° Sous la forme aiguë, l'ostéomyélite des amputés reconnaît pour cause prédisposante la viciation de l'air, soit par une ventilation insuffisante, soit par l'afflux des gaz des fosses d'aisance, soit par l'encombrement des malades. La cause déterminante est évidemment l'ouverture du canal médullaire d'un os long.

4° Les symptômes généraux peuvent imposer facilement pour une infection purulente; mais le diagnostic est aussitôt éclairé par les symptômes locaux que présente le moignon, et qui consistent dans la hernie de la moelle, le décollement du périoste à l'extrémité de l'os, l'issue de celui-ci entre les lèvres de la plaie, et l'écoulement d'un pus fétide et liquide dont l'abondance est en disproportion avec l'étendue de la solution de continuité.

5° La durée de l'affection varie de trois à quinze jours, et sa terminaison est toujours funeste.

6° Les caractères anatomiques généraux, quand il en existe, sont ceux de l'infection purulente. Les caractères anatomiques locaux consistent dans le décollement du périoste, le ramollissement et l'infiltration purulente de la moelle dans la forme suraiguë; son augmentation de densité et son aspect rouge brun dans le premier degré de la forme aiguë; enfin la formation de petits abcès en plusieurs points de sa longueur dans le deuxième degré.

7° Le traitement local est inefficace s'il n'enlève par la désarticulation de l'os la totalité de la moelle affectée.

Le traitement général doit être dominé par une indication, celle de combattre l'adynamie, en nourrissant le malade autant que le permet l'état des voies digestives, en lui donnant un vin généreux, et en lui prescrivant du sulfate de quinine qui modère le mouvement fébrile tout en combattant l'infection purulente.

8° L'ostéomyélite chronique est caractérisée par la lenteur des manifestations locales. Ces manifestations sont identiques à celles de la forme aiguë, avec cette différence que la moelle ne fait pas hernie par la coupe du canal médullaire.

9° Le début de la forme chronique est parfaitement masqué par les symptômes généraux de la pyohémie; mais on devra soupçonner que l'ostéomyélite chronique se cache sous ces manifestations morbides, quand on constatera, avec une augmentation notable de la suppuration, l'absence de traînées rougeâtres, de gonflement et de dureté du moignon. Pendant les jours suivants, l'examen attentif de l'extrémité de l'os aura bientôt fixé le diagnostic.

10° L'ostéomyélite chronique, quand elle siége ailleurs qu'à la cuisse, ne menace pas prochainement l'existence, comme le fait la forme aiguë, mais elle constitue un état morbide qui place l'amputé sous le coup d'une pyohémie imminente, et lui rend la vie insupportable par les douleurs physiques et morales qu'occasionnent la longueur de la maladie et la formation successive d'abcès et de trajets fistuleux.

11° L'étiologie de cet accident est fort obscure, quant aux causes prédisposantes. La cause déterminante se trouve, comme pour la forme aiguë, dans l'ouverture du canal médullaire ou des aréoles de l'extrémité articulaire d'un os long. Peut-être l'ébranlement imprimé à la moelle par le projectile qui vient fracasser un membre n'est-il pas étranger au développement de l'ostéomyélite après l'amputation.

12° Les caractères généraux, quand il en existe, sont ceux de l'infection purulente. Les caractères anatomiques locaux consistent dans la transformation de la moelle en pus jaunâtre, dans le décollement du périoste et dans la présence d'une couche de pus fétide à la surface de l'os.

13° Le traitement général de l'ostéomyélite chronique doit s'adresser aux symptômes de l'infection purulente et à la diarrhée. Le traitement local doit consister dans la résection de la partie de l'os dépouillée du périoste, et s'il y a récidive dans la désarticulation de l'os malade, à moins qu'il ne s'agisse du fémur ou du péroné.

14° Les propositions précédentes s'appliquent à l'ostéomyélite qui succède aux résections.

GOITRE CYSTIQUE

guéri par la ponction et l'injection iodée.

Par M. ARTHAUD.

Le sujet de cette observation est un crétin sourd-muet, âgé de trente-trois ans, dont le goître s'est développé lentement, longtemps après la naissance.

Lorsque ce malade entra à l'hospice, le 28 décembre 1846, le goître formait en avant du cou, un peu plus à droite qu'à gauche, une saillie du volume du poing d'un adulte au moins; elle était lisse, arrondie, sans douleur, sans changement de couleur à la peau, avec laquelle elle

---

complaisent pas dans les ténèbres, ne devraient-elles pas mettre un frein à cette manie d'excentricités dont les graves épidémies sont l'objet et le prétexte?

Vous voyez que le traitement est la pierre de touche de bon nombre de diathèses censées occultes, et que la thérapeutique met en évidence de manière à en faire des éléments presque aussi positifs et lucides que ceux empruntés aux caractères organiques et fonctionnels.

Cette conclusion sommaire a pour but de prévenir les conséquences que certains esprits pourraient tirer de nos doctrines en faveur du nombre infini des spécificités. C'est étrangement abuser du raisonnement que de faire des maladies spécifiques de celles qui par un point quelconque diffèrent de leurs congénères. Des variations de nombre et d'intensité ne sauraient, en bonne logique, constituer des différences essentielles, spécifiques. Des éléments qui, ensemble ou séparément, doivent être combattus par les mêmes moyens dans les divers cas ne sauraient être des éléments spécifiques. Cette qualification doit être réservée aux affections dont la cause et la physionomie sont manifestement en dehors de la règle commune. Et, quant aux méthodes de traitement, il en est si peu de spécifiques que nous en sommes réduits à traiter par les moyens ordinaires même les maladies réputées spécifiques par excellence: peste, fièvre jaune, choléra, typhus, rage, variole, scarlatine et même la syphilis primitive.

Ces longues disquisitions au sujet de l'élément diathèse ne sont, vous l'avez pressenti, qu'une dérivation, une dépendance de cette grande doctrine des éléments positifs que nous professons depuis longues années, et qui, grâce à Dieu, commence à faire son chemin dans le monde médical. La diathèse patente ne diffère en rien de l'élément symptôme. La diathèse occulte semble faire exception aux éléments positifs; mais, quoique problématique, elle ne s'en révèle pas moins positivement par le fait de son existence, elle-même constatée par des phénomènes positifs. Quoi de plus positif que la variété des symptômes chez deux sujets affectés de la même maladie? Quoi de plus positif que la variété des effets thérapeutiques dans la même maladie? Et, quoique nous ignorions assez souvent pourquoi les symptômes varient, pourquoi les effets thérapeutiques varient, force nous est bien d'admettre cette variabilité comme fait positif. Or, cette variabilité, nous l'appelons diathèse. Nous avons fait voir qu'il était possible de ranger bon nombre de diathèses sous la discipline de l'organicisme; quant aux autres, nous nous bornons à les accepter comme faits de simple observation, dont l'explication est dévolue à l'avenir de la science.

Ces études, ce me semble, devront avoir pour effet de soulager, sinon de dissiper ce malaise qu'éprouvent les praticiens, aussi bien que les néophytes, en face de cette foule d'inconnues dont est semée la carrière de l'observation; car ils pourront relier ces inconnues à un élément commun, l'élément diathèse, qu'ils rattacheront lui-même à cette féconde et lumineuse doctrine des éléments positifs.

Par arrêté du 15 décembre, M. Kœberlé est nommé chef des travaux anatomiques à la Faculté de médecine de Strasbourg.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM.:

Coutagne, né à Vienne (Isère); *De la persistance de l'étranglement et des symptômes de l'étranglement dans certaines hernies après leur réduction.*

Tresfort de Guindrecourt, né à Soultz (Haut-Rhin); *Des fièvres intermittentes, de leur cause et de leur traitement.*

Hulin, né à Tours (Indre-et-Loire); *Du favus, et particulièrement des différentes espèces végétales que l'on y rencontre.*

Remoneau, né à Tours (Indre-et-Loire); *Des abcès du foie.*

Dufau, né à Villeneuve-sur-Lot (Lot-et-Garonne); *Des signes de la grossesse.*

Moussette, né à Montdidier (Somme); *De l'albuminurrhée.*

— Une part importante de l'un de nos journaux de médecine les plus répandus va être très prochainement vendue. Nous apprenons que trois huitièmes dans la propriété de l'*Abeille médicale*, indivis entre M. Comet et ses enfants, seront vendus le 26 de ce mois, sur la mise à prix de 15,000 fr., en l'étude de Me Roquebert. Cette vente a été ordonnée par jugement, à la suite du décès de Mme Comet.

n'avait contracté aucune adhérence. La tumeur donnait, dans la plus grande partie de son étendue, la sensation d'une fluctuation profonde, mais évidente. Un point dur existait à sa partie inférieure. En haut et à droite, elle se portait jusque sous l'angle de la mâchoire. Là, une sorte de sillon ou de dépression semblait la séparer d'une espèce d'appendice charnu, moins saillant mais plus allongé, se prolongeant jusque sous le lobule de l'oreille. A gauche, elle s'étendait jusqu'à une ligne tirée du côté gauche du menton à l'union du tiers interne et du tiers moyen de la clavicule. En bas, elle retombait sur le sternum, à peu près à la hauteur de la quatrième côte.

L'examen de la tumeur porta l'auteur à la considérer comme formée, dans sa plus grande partie, par un kyste, probablement multiloculaire, développé, soit en avant, soit aux dépens du tissu de la glande thyroïde, et tout à fait à droite, par un état hypertrophique d'un des lobes de cette glande. Cette tumeur, qui était stationnaire depuis très longtemps, prit tout à coup, au commencement de 1851, et sans cesser d'être indolente, un accroissement rapide d'où résultèrent des symptômes sérieux, dus à la compression de la trachée-artère et des gros vaisseaux veineux du cou. L'asphyxie étant imminente, il fallut recourir à la ponction, suivie d'une injection de teinture d'iode.

L'opération fut pratiquée le 24 janvier 1851. On ne put extraire, avec beaucoup de peine, qu'environ 60 grammes de liquide; après quoi on poussa une injection composée de :

Teinture d'iode.	8 grammes
Iodure de potassium.	2 —
Alcool camphré.	60 —

Aucun effet sensible ne parut résulter de cette opération, si ce n'est que la respiration fut plus libre et que la face prit un meilleur aspect.

Le 26, la tumeur devint plus dure et plus volumineuse.

Le 27, elle augmenta encore et devint douloureuse; il y eut de la fièvre.

Le 28 et le 29, ces symptômes diminuèrent; la tumeur était toujours volumineuse sans que la respiration fût gênée.

Les jours suivants, l'amélioration se prononça de plus en plus. La guérison ne fut entravée par aucun accident, et trois mois après l'opération la tumeur enkystée était réduite à un noyau induré de la grosseur d'une noisette, appréciable seulement au toucher. Quant à l'engorgement hypertrophique, il était réduit à la moitié de son volume primitif et caché sous le sterno-mastoïdien. (*Gaz. méd. de Lyon.*)

FIÈVRE INTERMITTENTE. — LIMONADE FÉBRIFUGE.

Après avoir obtenu des résultats suffisamment satisfaisants, surtout dans les cas où il y avait engorgement de la rate, M. Gamberini, dans le but d'agir plus directement sur la moelle épinière, qui, selon sa doctrine, joue un rôle important dans la fièvre intermittente, eut recours à la formule suivante :

Sulfate de fer.	60 centigrammes.
Acide oxalique..	30 —
Eau distillée.	1,500 grammes.
Sucre blanc..	45 —

Cette limonade, ainsi que l'auteur l'appelle, est prise et continuée plusieurs jours pendant l'apyrexie, en ayant soin de la bien secouer chaque fois. Elle a été administrée contre les types les plus variés de la fièvre intermittente, et avec ce résultat, dit la note que nous avons sous les yeux, qu'ordinairement après un très court espace de temps les accès diminuent aussi bien de fréquence que d'intensité. (*Bull. delle Scienze med.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 12 décembre 1855. — Présidence de M. GOSSELIN.

M. DEGUISE donne des nouvelles de M. Bérard, dont l'état continue à être satisfaisant.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Fracture en coin de la jambe. — M. LARREY, à propos du procès-verbal, présente à la Société un malade atteint de fracture de la jambe en voie de consolidation, permettant de constater la forme en V ou en coin de cette fracture. Voici le résumé de cette observation :

Le nommé A..., sergent au 30e de ligne, en voulant franchir le mur de la caserne, le 7 septembre dernier, glisse et tombe du haut de cette muraille, de telle façon que dans sa chute il conserve la position verticale. Tout le poids du corps est supporté par la jambe droite, le pied se redresse et le talon seul frappe violemment contre la dalle du trottoir. Ce sous-officier éprouve aussitôt une sensation de craquement avec vive douleur; il tombe à la renverse, et ne peut se relever. On le transporte à l'infirmerie régimentaire. Une fracture grave de la jambe est constatée; un appareil provisoire de Scultet est mis en place, et le blessé entre le lendemain au Val-de-Grâce, dans notre service de clinique.

L'appareil enlevé met à découvert un gonflement assez considérable de la jambe, avec infiltration sanguine vers le tiers inférieur, où siége la fracture, appréciable par la mobilité, par la crépitation des deux os. Le tibia, rompu à 4 centimètres à peu près de la malléole, soulève les téguments par son fragment supérieur, mais sans les perforer et sans que sa forme ou celle de la fracture soit appréciable. Le péroné se trouve brisé à quelques centimètres au-dessus, et le pied, s'il n'est soutenu méthodiquement, s'abaisse et détermine une déformation marquée par son renversement en bas. La douleur augmente par la moindre pression sur le foyer de la fracture, et plus encore par les manœuvres de la réduction, qui exige même des efforts assez considérables.

Le membre enfin ayant repris sa direction, sinon sa forme normale, à cause du gonflement et de la tension de la peau, est soumis au traitement que j'emploie depuis plusieurs années au Val-de-Grâce pour la première période des fractures compliquées de la jambe. La jambe est placée dans une flexion légère sur la cuisse, et posée directement sur des coussins recouverts d'une toile cirée; trois lacs très larges (coupés sur une bande) passent à égale distance sous la jambe, pour la soutenir sans la soulever; deux autres lacs placés en sens inverse des précédents, peuvent, au besoin, exercer une pression antérieure sur le membre si les fragments ont de la tendance à se déplacer en avant. Un dernier lac est croisé sur le pied pour maintenir sa direction. Quant aux moyens de fixité, ils sont très simples; il suffit d'attacher les chefs de chacun des lacs au montants et aux traverses d'un cerceau étroit et élevé en fer, qui permet ainsi d'immobiliser le membre, en laissant la jambe à découvert, pour soumettre le foyer de la fracture à une irrigation continue.

Cet appareil est établi ainsi chez le malade; des accidents inflammatoires apparaissent, se développent avec assez d'intensité pendant cinq ou six jours, mais cèdent enfin à l'action hyposténique de l'eau froide.

L'irrigation, prolongée jusqu'au dixième jour, est remplacée par des fomentations froides pendant cinq jours. Le membre est entièrement dégorgé; mais la peau, trop tendue, s'est perforée au niveau du fragment supérieur du tibia, qui présente bien alors une forme conique.

L'appareil de Scultet avec un pansement simple de la plaie est substitué à l'appareil de contention à nu, et renouvelé deux ou trois fois en vingt jours. La fracture ne présente plus que des conditions simples, la saillie du tibia s'est affaissée; la consolidation commence.

Pour l'assurer d'une manière définitive et inamovible, l'appareil plâtré de MM. Mathysen et Van de Loo, dont je fais un fréquent usage au Val-de-Grâce, est maintenu à demeure pendant un mois.

Nous constatons enfin, à la levée de ce dernier appareil, ainsi que l'on peut s'en assurer maintenant, une consolidation régulière, sans la moindre déformation du membre. Le cal cependant est encore assez perceptible au toucher, pour que la forme en V ou en coin du fragment supérieur soit parfaitement reconnaissable. On peut même, en pressant le doigt sur ses cotés, sentir au-dessous les deux lignes obliques formées par l'angle rentrant du fragment inférieur. Celui-ci a été fendu vers la malléole, comme dans certaines fractures longitudinales si bien décrites par MM. Campaignac et Bouisson, ou bien comme dans des fractures articulaires dont nous avons tous observé des exemples? C'est ce que je ne saurais dire. Mais toujours est-il que les mouvements du pied sont devenus libres comme la consolidation du membre est devenue complète.

En communiquant ce fait à la Société, ajoute M. Larrey, je désire démontrer la curabilité des fractures graves dont M. Gosselin nous a si bien fait connaître les caractères anatomiques.

C'est d'ailleurs le onzième cas de fracture de jambe de diverses formes et à diverses périodes de consolidation existant aujourd'hui au Val-de-Grâce. J'ai employé pour plusieurs les mêmes moyens indiqués, dont la combinaison forme ce que j'appelle le *traitement composé des fractures*.

M. GOSSELIN répète qu'il n'a nullement songé à poser la question d'amputation préventive pour les fractures sans plaies, mais seulement pour celles qui sont accompagnées de déchirures de la peau, d'issue de fragments, d'esquilles; en un mot, pour les fractures dites compliquées.

— M. MARJOLIN donne lecture d'une analyse du mémoire de M. Tharsile Valette sur l'ostéomyélite des amputés. (Voir plus haut cette analyse.)

M. LEGOUEST a assisté au développement des idées de M. Valette; mais dès le début il y a eu dissidence relativement au traitement. Faire une seconde opération pour prévenir les suites fâcheuses de la première, lui semblait un principe dangereux. Il doit d'ailleurs modifier le récit relatif au zouave auquel la résection de l'épaule a été pratiquée. A la suite de cette opération survinrent des hémorrhagies graves. La ligature de la sous-clavière fut faite, mais l'hémorrhagie reparut dans la place même de la ligature: on fit alors la compression avec succès.

Cependant le membre, qui ne recevait presque plus de sang, s'ulcéra au niveau du coude, dont les os se carièrent; on eut alors recours à l'amputation, qui fit cesser les accidents. Malgré ce résultat, ce fait est accompagné de circonstances trop particulières pour servir de base aux préceptes formulés par M. Tharsile Valette.

M. Legouest a fait soixante autopsies de blessés ayant succombé à des opérations, toujours il a rencontré les lésions de l'infection purulente, c'est-à-dire des collections de pus dans le poumon ou le foie, les méninges, les muscles, les séreuses, les synoviales et jusque dans les bourses séreuses sous-cutanées. Une fois, il y avait une infiltration purulente dans la première pièce du sternum; et cela se rencontrait alors même que l'os amputé ne présentait pas la moindre trace d'ostéomyélite. Dans d'autres cas, les veines du membre étaient le siége d'une phlébite suppurée.

Il n'y a donc pas de raisons péremptoires pour séparer l'ostéomyélyte de l'infection purulente. Quant à l'efficacité du sulfate de quinine contre cette dernière affection, elle est acceptable; car M. Legouest croit avoir obtenu un succès avec son aide, à moins qu'il ne se soit trompé dans son diagnostic.

M. MICHON se demande sur quels caractères l'auteur se fonde pour admettre que l'ostéomyélite s'est montrée sous la forme épidémique. Il ne voit dans la description qui précède rien de plus que ce qui a été signalé déjà par M. Reynaud et M. Monod. Dans les cas sporadiques, tels qu'on les rencontre journellement dans les hôpitaux, n'a-t-on pas pris pour une épidémie le simple résultat d'un grand nombre de faits semblables, s'expliquant lui-même par le grand nombre des opérés? Si c'est une épidémie réelle, quelles conséquences y a-t-il à en tirer pour la pratique?

M. Michon demande à quels caractères précis on a reconnu les trois cas d'infection purulente qui ont été guéris. Cette guérison est possible, à la vérité, et la Société de chirurgie en connaît des exemples; mais elle n'a guère lieu que quand les collections purulentes sont tout à fait externes, c'est-à-dire siégent soit dans les membres, soit dans le tissu cellulaire sous-cutané. On ne l'observe point, au contraire, quand il existe des abcès viscéraux.

Quant à la résection du bout de l'os amputé, que M. Valette conseille sans hésitation, c'est une opération qu'on s'accorde à considérer comme très sérieuse, et qui semble à M. Michon une pratique très hardie.

M. GIRALDÈS se demande si l'inflammation du tissu médullaire ne doit pas sa propagation et son étendue à des fissures longitudinales sillonnant l'os parallèlement à son axe. Cette complication, très commune dans les fractures des diaphyses par armes à feu, amène souvent la formation de séquestres très longs, qui vont parfois jusqu'à l'articulation. Dans ce cas, la résection du bout de l'os serait encore une pratique incertaine, car on ne serait pas même certain d'atteindre la limite de ces fissures.

M. LEGOUEST ne croit pas devoir attribuer les accidents à ces fissures. Il a pratiqué sept fois la résection de la tête humérale: trois opérés ont guéri, et sur ce nombre on observa précisément deux fois les fissures en question. Il persiste encore à affirmer que l'ostéomyélite de M. Valette n'est pas autre chose que l'infection purulente.

M. LARREY pense que l'on concilierait les opinions contradictoires sur cette question, en reconnaissant que l'infection purulente peut procéder de diverses sources. On ne saurait contester d'abord que chez les amputés l'ostéomyélite n'en soit souvent le point de départ, comme l'a observé M. Tharsile Valette, qui semble attribuer à la cause des phénomènes dépendant plutôt de ses effets. On admet bien aussi, par exemple, qu'une saignée donnant lieu à une phlébite peut être suivie de résorption purulente, et c'est là une des théories les plus soutenues. Comment, dans d'autres cas, ne pas attribuer le même rôle aux vaisseaux absorbants? Et si on suppose qu'une vaste surface en suppuration soit soumise à diverses influences délétères, comme il arrive souvent aussi sur le point circonscrit d'une lésion traumatique, n'est-ce pas alors une sorte d'intoxication qui pénètre les tissus, altère le sang, et détermine l'infection purulente?

C'est donc au point de vue de son origine que cette redoutable maladie mériterait peut-être d'être appréciée, comme elle l'a si bien été dans ses symptômes et dans ses caractères anatomiques. Là semble résider l'explication des théories différentes émises à ce sujet.

M. CHASSAIGNAC pense que M. Valette a eu tort de considérer l'ostéomyélite comme épidémique. Il croit également qu'au point de vue de l'anatomie pathologique, il n'a rien ajouté aux descriptions de M. Reynaud. On a tort, du reste, de n'étudier cette maladie qu'après les amputations, car M. Valette dit que cette maladie est toujours mortelle; et cependant on en guérit quelquefois. L'ictère a été donné comme un symptôme de l'ostéomyélite, mais on sait bien qu'il appartient aussi à l'infection purulente; et, d'un autre côté, quand cette dernière maladie se développe à la suite d'une amputation, on sait encore que le tissu médullaire du bout amputé est toujours suppuré, le périoste décollé, etc.

M. GOSSELIN. M. Valette s'est d'abord occupé de l'ostéomyélite chez les amputés, puis il a fait ressortir la relation qui existe entre cette lésion et l'infection purulente. Ce rapprochement paraît exact, comme le croyait déjà Blandin. M. Gosselin ne considère pas, en effet, l'infection purulente comme une fièvre, comme une maladie vague, sans localisation, et sévissant sans qu'on sache pourquoi sur les opérés; il pense, au contraire, qu'il lui faut un point de départ, et, suivant lui, c'est précisément l'inflammation du tissu médullaire qui le fournit. Lorsque les malades succombent, on ne trouve pas toujours du pus dans les grosses veines, mais souvent on en trouve dans la cavité médullaire.

Tous les cas d'ostéomyélite, suivant M. Valette, sont extrêmement graves, et se terminent par la mort. L'auteur a-t-il tenu compte des os atteints? En effet, tout en tenant compte et des circonstances hygiéniques et des circonstances individuelles, M. Gosselin ne peut admettre que le volume des os n'apporte pas quelques restrictions, et que la même lésion soit moins grave quand elle siége sur le cubitus, le radius, l'humérus même, que lorsqu'elle atteint le fémur ou le tibia.

Admettant que l'infection purulente exige toujours un point de départ, M. Gosselin cherche s'il réside dans les veines du moignon ou dans le tissu médullaire. Comme on recherche parfois vainement la phlébite du membre amputé, l'ostéomyélite reste comme cause. Or, on peut encore comprendre de deux manières l'influence de cette maladie; elle pourrait engendrer l'infection purulente, soit par le passage dans le sang du pus formé dans les petites veines osseuses, soit par l'absorption d'une matière toxique. M. Gosselin est peu porté à admettre la première hypothèse; il se rattache dès lors à la seconde, car il est évident pour lui que l'infection purulente peut se développer sans qu'aucune parcelle de pus soit versée dans le torrent circulatoire, tandis qu'il est probable que le tissu médullaire, si spécial, est susceptible de renfermer un principe virulent.

M. GIRALDÈS. M. Gosselin revient à ses idées générales dans le but d'expliquer les infections purulentes sans phlébite, et il invoque alors le poison fourni par le tissu médullaire. Mais s'il en est ainsi, comment explique-t-il précisément cette différence de gravité entre les plaies des os du membre supérieur et celles du membre inférieur, différences sur lesquelles il insiste tant? L'humérus, le radius, le cubitus ont de la moelle tout aussi bien que le fémur, et peuvent aussi bien fournir cette matière toxique, ce poison morbide déjà admis par Adams. M. Gosselin va certainement trop loin, et ferait mieux ou de s'abstenir de théorie, ou d'en formuler une plus satisfaisante.

Deux membres demandent encore quelques explications à M. Marjolin. Ce dernier, qui pourrait lui-même critiquer le mémoire de M. Valette, et qui n'adopte pas, entre autres, la distinction entre l'ostéomyélite et l'infection purulente, s'est restreint, dans sa lecture, au rôle de rapporteur. Il renvoie donc les membres au travail original.

— M. PLOUVIEZ (de Lille) présente un petit appareil élastique destiné à remédier à l'incontinence d'urine nocturne des enfants. C'est un anneau en caoutchouc qui ne comprime la verge qu'en deux points opposés.

— La séance est levée à cinq heures et un quart.

Le secrétaire de la Société : A. VERNEUIL.

A M. B. M., à G. (Drôme). — Le seul engagement que vous ayez à prendre consiste à dire, dans votre lettre de demande, que vous payerez exactement les mandats de 25 et de 30 francs qui vous seront présentés tous les trois mois par les soins des propriétaires du *Moyen Age* et de l'*Ancien Moniteur*. Votre qualité d'abonné à la GAZETTE et de médecin bien établi leur semble une suffisante garantie d'honorabilité et de solvabilité. — Votre commande d'instruments est faite chez M. Charrière.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 150. — MARDI 25 ET JEUDI 27 DÉCEMBRE 1855. (28e ANNÉE.) N° 150. — MARDI 25 ET JEUDI 27 DÉCEMBRE 1855.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 26 DÉCEMBRE 1855.

Séance de l'Académie des Sciences.

Dans un mémoire sur les phénomènes de la respiration, M. Poiseuille s'est proposé d'exposer le mécanisme des deux temps de la respiration, et d'expliquer en particulier pourquoi l'expiration succède immédiatement à l'inspiration ; fait dont les physiologistes n'ont donné jusqu'ici aucune interprétation acceptable. Il assigne pour cause à ce fait de la succession immédiate de l'expiration les changements de longueur et de diamètre des capillaires pulmonaires pendant les deux temps de la respiration, et les différences considérables qui en résultent dans les quantités de sang qui traversent le poumon pendant ces deux temps. Les capillaires pulmonaires s'allongeant et diminuant de calibre pendant l'inspiration, il en résulte une entrave, un ralentissement de la circulation ; tandis que l'expiration, au contraire, favorise l'activité circulatoire par des dispositions inverses.

Ce dernier temps de la respiration serait donc sollicité par le besoin qu'éprouve l'économie de faire cesser les changements physiques défavorables au cours du sang que subissent, dans l'inspiration, les capillaires des poumons.

Cette vue spéculative de l'esprit, fondée d'ailleurs sur la constatation d'un fait physique, s'est trouvée confirmée par les expériences que M. Poiseuille a instituées à l'effet d'en faire la démonstration. On trouvera un résumé de ces intéressantes expériences dans le *compte rendu* de la séance.

Les chirurgiens de notre armée, en accomplissant leurs nobles devoirs, ont eu l'occasion de faire en même temps des observations utiles pour la science. Nulle part peut-être, et dans aucune autre circonstance, on n'avait été à même de constater sur une aussi vaste échelle les effets de l'emploi du chloroforme dans les opérations chirurgicales.

Dans une communication précédente, M. Baudens avait déjà fait connaître les nombreuses et bienfaisantes applications qui en avaient été faites. Sa nouvelle note sur ce sujet a pour but d'exposer quelques-uns des résultats heureux qui ont été obtenus dans des cas de blessures graves, et qui eussent été impossibles sans le secours de cet agent.

Dans une autre note, M. Baudens a cherché à résoudre, à l'aide de faits recueillis pendant sa mission à l'armée d'Orient, la question de la valeur relative de la désarticulation du genou et de l'amputation de la cuisse, et il l'a résolue en faveur de la désarticulation, à la condition toutefois d'être faite immédiatement. Comme opération consécutive, il maintient la préférence à l'amputation de la cuisse. C'est à l'application de son procédé — procédé à lambeau semi-lunaire antérieur —, adopté généralement par les chirurgiens de l'armée d'Orient, que M. Baudens croit devoir attribuer les résultats heureux qu'a donnés cette opération.

Nous terminerons cette rapide revue en signalant deux mémoires de physiologie communiqués dans cette même séance à l'Académie : l'un de M. Dubrunfaut, sur la vision ; le second de M. Remak, sur les contractions toniques des muscles pendant la galvanisation des nerfs antagonistes. Le premier nous a paru renfermer des propositions contestables au point de vue physiologique, bien qu'il les ait étayées de tout l'appareil d'une démonstration mathématique. Nous les soumettons donc sous toute réserve à l'appréciation de nos lecteurs. Le second mémoire renferme des expériences qui tendraient à remettre en question la théorie de l'irritabilité propre des muscles et de l'électrisation immédiate. La rédaction un peu confuse de ce travail ne nous permet pas de porter en ce moment un jugement sur les questions qu'il soulève.

Deux nouveaux candidats se sont fait inscrire pour la vacance de la section de médecine et de chirurgie, MM. Jules Guérin et Baudens.

Enfin, l'Académie a procédé, dans cette séance, à la nomination des candidats pour la chaire de médecine du Collége de France. Le résultat aujourd'hui connu de cette candidature enlève à cette présentation tout son intérêt. — Dr Brochin.

HOPITAL DE PÉRA (CONSTANTINOPLE). — M. LEGOUEST.

Amputation de la partie inférieure de la jambe dans la région intra-malléolaire.

M. le professeur Nélaton, dans l'une de ses dernières leçons cliniques, a appelé l'attention de son auditoire sur une opération nouvelle et insolite qu'il a pratiquée à un jeune malade de son service, l'amputation de la jambe à sa partie inférieure, dans l'épaisseur même des malléoles. L'idée de cette opération et le procédé d'exécution lui ont été inspirés par le succès remarquable qu'en a obtenu récemment un chirurgien distingué de l'armée, M. le docteur Legouest, médecin et agrégé du Val-de-Grâce, et qui était, à cette époque, chargé d'un des services chirurgicaux de l'hôpital de Péra, à Constantinople. Nous reviendrons plus tard, lorsque le résultat sera acquis, sur l'opéré de M. Nélaton, qui présente, sous divers rapports, un intérêt particulier. Nous tenons, pour le moment, à mettre sous les yeux de nos lecteurs l'intéressante relation de l'opération pratiquée par M. Legouest, qui a bien voulu la rédiger sur notre demande. Nous la reproduisons textuellement, avec les courtes réflexions dont il l'a fait suivre, certain que nos lecteurs feront à M. Legouest la part que sa modestie ne lui a pas permis de se faire lui-même.

Gardeow Gardey, prisonnier russe, soldat au 6e de ligne, âgé de trente ans, né dans le gouvernement de Requiski, près Moscou ; bonne constitution ; blessé le 20 septembre 1854 à la bataille de l'Alma, entré à l'hôpital de Péra le 24 septembre, passé dans mon service le 2 octobre.

Ce militaire a reçu un coup de feu, qui, pénétrant de bas en haut, de dehors en dedans et d'avant en arrière, à la hauteur de l'articulation du calcanéum avec le cuboïde, a brisé ces deux os et la tête de l'astragale, du côté droit. Le pied et l'extrémité inférieure de la jambe présentent un gonflement considérable ; du pus sanieux s'écoule en assez grande quantité des plaies faites par le projectile ; les douleurs sont des plus vives, et le blessé, privé de sommeil depuis huit jours, est en proie à une fièvre intense.

Je crus devoir pratiquer sur ce militaire la désarticulation tibio-tarsienne, et je résolus d'employer le procédé de Syme. J'y procédai le lendemain, 3 octobre.

Je fis directement, de l'extrémité d'une malléole à l'autre, une incision intéressant toutes les parties jusqu'aux os. De l'extrémité interne à l'extrémité externe de cette première incision, j'en conduisis une autre en sous-pied, intéressant toutes les parties molles de la plante, et présentant en avant une convexité dont l'extrême limite antérieure répondait à la hauteur de l'articulation du scaphoïde avec le premier cunéiforme.

Je disséquai avec soin ce lambeau plantaire, ménageant l'artère tibiale postérieure, et rasant le plus près possible le calcanéum jusqu'au delà des tubérosités de sa face inférieure.

J'ouvris alors, par la partie antérieure, dans l'intention d'abattre les deux malléoles d'un trait de scie, comme l'indique M. Baudens, l'articulation tibio-tarsienne. Y ayant trouvé du pus, je ne crus pas devoir conserver la surface articulaire-tibiale altérée. Je désarticulai complétement l'astragale, coupai le tendon d'Achille, disséquai les parties molles qui retenaient encore le calcanéum, et détachai le pied en totalité.

Faisant alors relever postérieurement le lambeau plantaire, et attirer fortement la peau en arrière sur la partie antérieure du tibia, je pus facilement mettre à découvert l'extrémité inférieure des os de la jambe, que je circonscrivis d'un coup de couteau, et porter la scie perpendiculairement à leur direction, à un centimètre ou un centimètre et demi au-dessus de l'articulation.

L'opération ne présenta aucune difficulté, mais exigea, comme la plupart des opérations faites secondairement, un grand nombre de ligatures.

Afin d'ouvrir une voie facile à l'écoulement du pus, une contre-ouverture fut faite à la partie moyenne et postérieure du lambeau, qui fut relevé et maintenu en place par quelques points de suture et des bandelettes agglutinatives.

Je pourrais terminer ici cette observation en consignant les résultats définitifs de l'opération ; mais les détails qui vont suivre ne seront peut-être pas dénués d'intérêt : mon malade fut atteint, en effet, d'infection purulente, et fut avec un autre le seul que je vis y survivre.

Le 5, je fis le premier pansement et enlevai quelques points de suture ; jusqu'au 9, tout marcha régulièrement, mais ce jour-là même le blessé fut pris d'accès de fièvre avec sueurs abondantes ; je trouvai la jambe chaude, tuméfiée, empâtée, et je découvris derrière l'extrémité inférieure du tibia, le long du jambier postérieur, un foyer purulent, que j'ouvris largement. Malgré tous mes efforts pour la maintenir ouverte, la boutonnière faite dans la partie postérieure du lambeau s'était fermée, et du pus en assez grande abondance, mais louable, stagnait dans la poche formée par la peau du talon.

Les accès de fièvre, quelquefois doubles, et les sueurs profuses apparaissent irrégulièrement tous les jours jusqu'au 12 ; la peau prend une teinte ictérique très prononcée ; la langue se sèche et se couvre, ainsi que les dents, de fuliginosités ; l'abdomen ne trahit aucun phénomène morbide ; le pouls est petit et fréquent. Le malade prend 5 grammes de sulfate de quinine en quatre jours.

Le 12, une parotidite énorme survint à gauche ; je fis sur la tumeur des incisions multiples, qui ne donnèrent que peu de pus d'abord, mais qui le lendemain et les jours suivants en laissèrent écouler une quantité considérable.

A partir du 13, l'état du blessé, qui a continué à prendre du sulfate de quinine à haute dose, semble s'améliorer ; le moignon n'a cessé de donner une abondante suppuration ; toutes les ligatures et tous les points de suture ont été enlevés.

Le 15, l'état général est manifestement meilleur ; la teinte jaune de la peau persiste, mais les accès de fièvre ont diminué de fréquence et d'intensité ; les sueurs ont disparu, la langue est à peu près normale. La plaie est réunie dans la moitié de son côté interne ; le côté externe reste désuni, et c'est par l'angle externe de la plaie que le pus s'écoule ; pour favoriser l'écoulement de ce liquide et ne pas solliciter la contraction des muscles du tendon d'Achille, qui semblent tendre à provoquer le renversement du lambeau, la jambe est placée demi-fléchie sur son côté externe.

Le sulfate de quinine a été remplacé par la décoction de quinquina acidulée ; on donne un peu de vin au malade, quelques aliments légers et du thé sur sa demande.

Le 28, l'état général est satisfaisant ; la teinte jaune persiste, mais il n'y a plus de fièvre, et la langue est naturelle. La parotide marche vers la guérison ; le moignon est en bon état ; la cicatrisation s'opère par l'intermédiaire d'une large bande de bourgeons charnus développés entre les lèvres de la plaie ; le lambeau se resserre, diminue de volume, semble s'accoler aux os sous l'influence de pansements méthodiquement dirigés, et le pus, moins abondant, séjourne moins dans la profondeur du moignon.

Un mois après l'opération, le blessé est parfaitement rétabli ; le moignon ne présente plus que deux points fistuleux, l'un sur la partie moyenne et antérieure de la cicatrice, l'autre à son angle externe, laissant écouler une petite quantité de liquide séreux ; il faut appuyer assez fortement sur la face plantaire du moignon pour provoquer quelques douleurs.

Le malade se leva avec des béquilles le 1er décembre ; je lui fis faire une bottine appropriée, et il sortit le 10 janvier 1855, sur sa demande, marchant tantôt avec ses béquilles, tantôt avec un béquillon pour aller rejoindre ses camarades sur les vaisseaux turcs de la Corne-d'Or, qui leur servent de caserne.

J'avais conservé à l'opération que subit cet homme le nom d'opération de Syme, lorsqu'il y a quelques jours M. le professeur Nélaton, se proposant de faire sur un de ses malades une opération semblable, la différentia avec raison de l'opération de Syme. Ses paroles pourraient ne pas gagner à être reproduites par moi, et je me bornerai à rappeler que le chirurgien qui, le premier, fait une opération nouvelle n'en est pas toujours pour cela le créateur, amené qu'il peut être, dans le cours d'une opération décrite, connue et souvent pratiquée, à des modifications imprévues que lui impose l'état des parties malades. Mais celui qui, de propos délibéré, pose l'indication, décrit et prévoit tous les temps d'une opération non encore mentionnée, celui-là en est le véritable créateur : le premier a fait de la *prose sans le savoir*, trop heureux s'il a fait de la bonne chirurgie.

DU PEMPHIGUS DANS LA PREMIÈRE ENFANCE.

Bien que le pemphigus se présente assez rarement dans la pratique, il est à peu près universellement connu. Depuis que Sauvages a accordé à cette maladie une place à part dans le cadre nosologique, on désigne sous le nom de *pemphigus* un exanthème non contagieux, avec ou sans pyrexie, caractérisé par l'éruption simultanée ou successive, sur une ou plusieurs parties du tégument, de bulles assez volumineuses, se développant sur des plaques érythémateuses remplies d'un liquide d'abord transparent, puis opaque, donnant lieu à des croûtes plus ou moins épaisses, et rarement à des ulcérations.

Une grande confusion et une divergence complète d'opinions

règnent parmi les auteurs qui ont écrit sur le pemphigus. Aussi, pour trouver élucidés des points jusque-là obscurs de la question, ne devons-nous remonter qu'à quelques années seulement. En effet, M. P. Dubois a appelé sérieusement l'attention des praticiens sur une forme de pemphigus, la plus caractéristique de toutes, presque inconnue avant lui, mais sur laquelle les travaux de MM. Cruveilhier, Depaul, Gubler et Laborie sont venus jeter un tel jour encore, qu'il a été permis à un jeune et distingué médecin, M. le docteur J.-F. Fèvre, de décrire l'histoire du pemphigus dans un travail assez remarquable présenté comme thèse inaugurale à la Faculté de médecine de Paris (1).

M. Fèvre reconnaît deux espèces ou variétés de pemphigus. La première, le pemphigus simple, idiopathique, essentiel ou primitif, qu'il appelle *pemphigus infantilis*; la seconde, le pemphigus symptomatique, consécutif ou *congénital*.

1° *Pemphigus infantilis*. — L'éruption est ordinairement précédée d'un mouvement fébrile plus ou moins intense, semblable à celui qui précède ou accompagne la plupart des exanthèmes aigus. On remarque de l'abattement, de l'insomnie, des frissons, de la chaleur et de la sécheresse à la peau, un peu de constipation et de la sueur. Mais ces symptômes, qui peuvent durer de un à trois jours, sont quelquefois si légers, qu'ils passent inaperçus.

L'évolution bulleuse passe successivement par quatre états différents : elle s'annonce par une rubéfaction plus ou moins prononcée, suivie de tuméfaction, puis de vésication, qui se termine elle-même par une croûte. La rubéfaction commence à se manifester dans le réseau vasculaire qui forme la couche la plus superficielle du derme, et elle augmente avec assez de rapidité. L'espace de temps que met à se former cette injection morbide est assez variable : sa formation peut être presque instantanée, ou avoir lieu d'une manière lente et progressive. Elle se montre généralement sous forme de plaques rouges, arrondies ou ovales; sa pointe ressemble à peu près à celle de l'érysipèle, et les taches, d'un rouge clair à leur naissance, deviennent peu à peu d'un rouge vineux. Entre ces plaques, la peau conserve sa couleur naturelle, mais elle est sèche, tendue, prurigineuse et légèrement plus chaude que le reste du corps. Quand l'éruption a acquis tout son développement, la rubéfaction commence à diminuer; elle pâlit à mesure que la bulle se dessèche. La tuméfaction commence en même temps que la rubéfaction, se fait dans le réseau vasculaire sous-épidermoïde. Elle ne s'étend pas au delà du disque érythématique qui doit servir plus tard de base à chaque vésicule.

Le premier degré de la vésication se décèle par l'interposition d'une couche mince d'un fluide séreux entre l'épiderme et le corps réticulaire. Le liquide s'accroît bientôt; la lame épidermique se soulève de plus en plus, s'arrondit, se gonfle, et la bulle se présente sous l'apparence d'une ampoule de la grosseur d'un pois, d'une noisette, d'une noix ou d'un œuf. Diaphane et transparente au début, fauve ou jaunâtre plus tard, elle devient opaque, d'un blanc laiteux et quelquefois verdâtre; elle varie, en un mot, suivant la couleur du liquide qu'elle contient. Vers le troisième ou le quatrième jour, l'épanchement sous-épidermique se trouble; des flocons de pus en ont altéré la limpidité. Les phlyctènes se terminent ou par dessiccation ou par rupture. Dans le premier cas, l'absorption reprend une partie du liquide qui distendait l'épiderme; l'évaporation lui en enlève une autre, et les parties susceptibles de se coaguler se solidifient. Dans le second, l'ampoule s'ouvre spontanément ou est artificiellement détruite. Lorsque le liquide a été évacué sans que l'épiderme ait cessé de recouvrir le derme, il ne reste plus bientôt qu'une tache d'un rouge sombre sur laquelle s'établit une légère exfoliation. Mais quand la sérosité reste contenue dans son enveloppe, l'humeur exhalée se coagule aussi bien sur la membrane qui l'emprisonne qu'au devant du corps muqueux; elle se dessèche, une croûte se forme, ordinairement mince, squammeuse, entourée parfois à sa circonférence d'un petit cercle croûteux de sérosité concrétée et d'autres fois rugueuse. Au bout de quelques jours un nouvel épiderme s'établit sous la croûte, puis celle-ci tombe, ne laissant à la place occupée par la bulle qu'une tache lisse, brillante et d'une couleur lie-de-vin.

M. le docteur Fèvre, dont l'esprit est éminemment observateur, estime que la période d'invasion, caractérisée par le mouvement successif de la rubéfaction, de la tuméfaction, de la vésication, dure de six à douze heures, que l'ampoule ne s'accroît pas en moins de deux ou de trois jours, que la bulle met de vingt-quatre à trente-six heures pour s'affaisser et se rompre, et qu'il faut enfin de deux à trois jours pour la dessiccation, la formation des écailles et la disparition de la tuméfaction et de la rougeur. En somme, d'après lui, la durée moyenne totale serait de six à huit jours, tandis que celle de l'éruption tout entière varierait de un à trois septénaires.

Les bulles du pemphigus affectent le plus ordinairement la poitrine, le ventre, les membres, le cou, la face, les parties génitales; rarement la plante des pieds, la paume des mains, le cuir chevelu.

Sans parler de l'état de la peau, on trouve, comme lésions anatomiques, des plaques violacées dans la bouche, sur la langue, à la face interne des joues, à la voûte palatine. La muqueuse gastro-intestinale est fréquemment ramollie dans toute son étendue, et s'enlève en grattant avec le dos du scalpel comme une couche de mucus. Çà et là on observe des traces d'inflammation, de la rougeur, de l'épaississement, un léger boursouflement des plaques de Peyer, une hypertrophie *constante* du foie, un volumineux développement de la rate et des reins, etc. Ainsi que le fait remarquer très judicieusement M. Fèvre, ces lésions peuvent rendre compte de la mort, mais elles ne l'expliquent pas; car il est difficile de décider où se trouve le foyer du mal, c'est-à-dire quelle est la partie lésée primitivement, et d'après quelles conditions ces lésions ont pris ou donné naissance aux formes extérieures de la maladie.

On sait fort peu de choses sur l'étiologie du pemphigus; aussi n'a-t-elle été fondée, le plus souvent, que sur des idées chimériques ou des observations imparfaites.

M. Fèvre, qui a apporté beaucoup de soin dans cette partie de son travail, divise les causes en externes et en internes. Parmi les causes externes, on trouve comprise l'influence du climat et des saisons. Or il paraît que le pemphigus se rencontre surtout en France et en Allemagne, dans les habitations basses, humides et malsaines durant les plus gros froids de l'hiver ou les plus accablantes chaleurs de l'été. Les causes internes relatives à la diversité des tempéraments et à la fréquence chez l'un ou l'autre sexe ne nous semblent pas solidement établies.

Le mode particulier d'évolution du pemphigus, le caractère de ses bulles, l'aspect des croûtes qui les terminent, facilitent le diagnostic, et font éviter de le confondre avec l'ecthyma, le zona, l'impétigo, la miliaire, la variole, la rougeole et la scarlatine.

Dégagé de toutes complications étrangères et réduit à sa forme simple, le *pemphigus infantilis* offre constamment une terminaison rapide et heureuse.

Traitement. — Quand les bulles sont encore entières, il faut les piquer avec une épingle ou la pointe d'une lancette pour donner issue à la sérosité, puis laisser avec grand soin l'épiderme appliqué sur le derme dénudé; mais si la rupture s'est déjà opérée, il faut préserver du frottement les parties douloureuses. Les bains tièdes sont assez généralement administrés dans cette affection, surtout les bains émollients, gélatineux, d'eau de son; on a même conseillé les bains sulfureux et alcalins.

Le traitement général se bornera dans la grande majorité des cas à soumettre le petit malade à une diète légère.

Des boissons délayantes, mucilagineuses ou faiblement aromatiques, des décoctions d'orge, des infusions de mauve, de tilleul tièdes et édulcorées avec le sirop de violettes lui seront données de préférence.

Les complications du reste réclament des indications spéciales. Si la fièvre était le symptôme dominant, que l'enfant fût agité, qu'il y eût de l'insomnie, on emploierait à l'intérieur les potions opiacées. Si la diarrhée survenait, la diète serait un peu plus sévère; on ne laisserait l'enfant prendre le sein qu'une ou deux fois dans la journée.

Malgré l'emploi de ces moyens, M. Fèvre a vu l'éruption continuer à se reproduire, et une diarrhée abondante affaiblir de plus en plus la constitution du sujet. Il faut alors avoir recours à un régime fortifiant et à une médication tonique; le changement de nourriture et de climat, le choix d'un bon lait quand il s'agit de l'allaitement artificiel, l'air de la campagne, l'insolation renouvelée chaque jour, et en même temps à l'intérieur le vin et le sirop de quinquina et peut-être l'huile de foie de morue matin et soir par petites cuillerées à café doivent être mis en usage.

2° *Pemphigus congénital*. — En réunissant les caractères du pemphigus congénital, ses symptômes généraux, aussi bien que l'aspect extérieur de son exanthème, ce qu'on peut appeler, avec Alibert, le pittoresque de sa physionomie, il semble impossible de ne voir là qu'une phlegmasie locale; une cause interne générale a présidé certainement à son développement et lui a imprimé ce caractère pathogénique tout particulier qui le distingue.

Quelle est cette cause ?

Les observations et l'opinion de M. le professeur P. Dubois ont éclairé ce point de pathologie. Frappé par l'aspect de ce pemphigus, et guidé par les antécédents et les phénomènes concomitants, il ne tarda pas à l'attribuer à la syphilis. Dans la brillante discussion qui eut lieu à ce sujet au sein de l'Académie de médecine, M. Dubois, s'appuyant sur les recherches récentes de M. Danyau, après avoir prouvé que le pemphigus syphilitique existe chez l'adulte, constata que des bulles semblables se montraient chez des enfants bien portants d'ailleurs, loin des influences débilitantes de la misère, et chez les parents desquels on remontait à la syphilis soit par des preuves évidentes, soit par des renseignements probants; qu'en outre plusieurs de ces enfants portaient également d'autres manifestations syphilitiques.

La gravité du pemphigus est aussi un argument bien puissant en faveur de sa nature vénérienne. Cette mort si constante, si prompte dans une affection en apparence si bénigne, comment l'expliquer si, indépendamment de l'éruption cutanée, l'organisme n'était profondément altéré par une maladie générale ?

Mais, comme le dit fort bien M. Fèvre, ce qui domine toute cette question, c'est cette uniformité dans les renseignements rétrospectifs, c'est cette concomitance du pemphigus chez l'enfant avec la cause vérolique chez les parents. L'assemblage constant de ces lésions suspectes, s'accumulant uniquement toujours sur le nouveau-né qui se trouve avoir des parents infectés, peut-il être autre chose qu'une révélation de sa nature intime, et peut-on encore douter qu'au-dessus de ces lésions n'existe une cause spécifique qui les engendre ?

Le mode d'infection varie. Il peut résulter :

1° De la fécondation impure du germe par le père;

2° De la formation d'un germe infecté par le fait de la mère;

3° De l'empoisonnement par le sang maternel, après la conception, alors que la mère, durant le cours de sa grossesse, contracte la syphilis. Mais, suivant l'opinion générale, il faut, pour que la transmission ait lieu, que la mère soit encore dans la période des accidents secondaires; car au milieu des phénomènes tertiaires elle cesse de s'effectuer. Pour le père, l'infection du germe peut avoir lieu dans le cours de deux périodes. C'est donc une syphilis secondaire qui est transmise.

L'anatomie pathologique fournit de nouvelles preuves en faveur de l'origine syphilitique du pemphigus. Sans revenir sur les lésions qu'il a décrites à propos du *pemphigus infantilis*, M. Fèvre appelle sérieusement l'attention sur une altération spéciale et spécifique du foie. La glande a pris un développement souvent énorme; on l'a vu descendre jusque dans la fosse iliaque. Elle est dure, élastique, de couleur jaune verdâtre, pâle, ne graissant pas la lame qui l'incise. L'apparence et la distinction des substances ont disparu; le tissu du foie est formé de grains isolés qui se dessinent en relief au travers de l'enveloppe séro-fibreuse. Ces granulations sont molles et comme imbibées d'une substance demi-fluide; elles sont séparées les unes des autres par des intervalles d'un tissu blanc, demi-transparent, constituant des masses nodulaires parfois considérables, qui sont parcourues par des vaisseaux de nouvelle formation.

Le plus souvent l'induration est partielle, circonscrite, en forme d'un noyau jaunâtre, demi-transparent, étalé à la surface, plus ou moins volumineux, très distinct par sa couleur des autres parties brunes du foie, présentant les caractères physiques de l'induration plastique générale. D'autres fois, elles pénètrent dans son tissu, et envoient des embranchements qui se confondent avec les cloisons fibreuses. Ainsi, il y a en même temps dissociation des lobules sécréteurs amenés par l'épanchement interstitiel d'une lymphe plastique, et surcharge graisseuse des cellules propres de l'organe.

On trouve dans les poumons des foyers partiels de suppuration et des nodosités entourées de congestions; M. le professeur P. Dubois les a également rencontrées au thymus. Enfin, M. le docteur Laborie a remarqué qu'au lieu de ce tissu osseux mou, spongieux, gorgé de liquides, se coupant facilement avec le scalpel, qui compose la diaphyse des os longs, on trouve la partie moyenne de ces os solide, compacte, éburnée, indiquant dans l'évolution osseuse un degré d'activité anormale et hâtive en rapport avec les sécrétions plastiques des autres organes.

La coïncidence constante de ces altérations avec le pemphigus d'une part, et avec d'autres symptômes évidemment syphilitiques de l'autre, ne devait-elle pas faire considérer les premières, aussi bien que les secondes, comme les signes certains d'une affection préalable.

Des travaux récents ont fort bien fait ressortir les autres points qui se rattachent à cette importante question du pemphigus; nous, avons seulement voulu entretenir nos lecteurs des considérations ingénieuses que M. le docteur Fèvre a développées dans sa thèse, et leur mettre sous les yeux les résultats curieux fournis par l'anatomie pathologique. C'est, en effet, en répandant le plus possible les découvertes et les idées nouvelles, que la presse médicale est appelée à pousser en avant le char de la science.

MUGUET COMPLEXE, ERRANT ET CONFLUENT

chez un adulte,

Par M. le docteur Jobert (de Guyonvelle).

Mme V... relevait à peine d'une fièvre muqueuse simple mais prolongée, quand elle devint enceinte pour la troisième fois.

Pendant toute la durée de sa grossesse elle éprouva de fréquents malaises, et notamment divers accidents du côté des mamelles; ainsi, des crevasses au mamelon et plusieurs abcès partiels de la glande mamaire elle-même.

Cependant, les dernières semaines de la gestation se passèrent d'une façon tout à fait rassurante; elle reprit confiance, arriva au terme de sa grossesse, et accoucha sans accidents.

La fièvre de lait eut lieu sans nulle complication. L'enfant tetait très bien, et la malade avait déjà, depuis plus de deux mois, repris la direction de son ménage, quand tout à coup, et sans cause appréciable, elle sentit ses seins s'engorger et devenir douloureux. Quelques jours plus tard il y survint des crevasses multiples et profondes; la fièvre survint à son tour, accompagnée de selles liquides, verdâtres, assez fréquentes.

Cet état durait depuis quatre à cinq jours, quand Mme V... s'aperçut que les mamelons étaient recouverts d'une *épaisse peau blanchâtre*; le lendemain, l'enfant lui-même avait toute la bouche tapissée de ces mêmes membranes. Quelques commères ayant donné leur avis, la malade se lava le mamelon, et lava aussi la bouche de son enfant avec du *vinaigre miellé*.

De ce moment, l'enfant ne voulut plus accepter ni prendre le sein; on le sevra, et son muguet disparut aussitôt.

Quant à la mère, il n'en fut pas ainsi. La fièvre augmenta avec les douleurs des seins. Elle jetait des cris perçants chaque fois qu'on lui lavait le mamelon avec le vinaigre miellé.

Depuis quelques jours déjà, le ventre était devenu sensible et douloureux, même à une faible pression, et la diarrhée augmentait, plus fréquente et plus abondante chaque fois. C'est ainsi qu'elle avait pris tous les caractères d'une véritable colliquation.

Bientôt la malade se plaignit de douleurs tellement vives au pourtour de l'anus, qu'une voisine y ayant regardé, reconnut les mêmes *peaux blanchâtres* qui existaient vers les seins. Dans la nuit, de semblables membranes envahirent la vulve. La cavité buccale entière s'en recouvrit également.

(1) *Du pemphigus dans la première enfance*, par J.-F. Fèvre (de Beaune). 64 pages. 1855.

Telle était la position de la malade quand je lui fis ma première visite.

Les parties ci-dessus décrites ne furent pas les seules que le mal envahit ; l'entre-fesses, les aines, les aisselles, le pourtour des oreilles et jusqu'aux paupières elles-mêmes, devenus successivement le siége d'une rougeur érythémateuse, furent bientôt surchargés de nombreuses et épaisses pseudo-membranes.

Renseignements. — La malade se souvient qu'à plusieurs reprises, dans les premiers jours qui suivirent son accouchement, elle avait éprouvé un peu de chaleur, de sécheresse et de douleur à la bouche ; elle avait remarqué que sa langue était sensiblement rouge et comme boutonneuse ; quand elle buvait un peu d'eau vineuse, elle ressentait de la cuisson à la langue. Le ventre était plus libre et plus facile que par le passé, et bien qu'en apparence il ne fût ni douloureux ni embarrassé, elle avait pourtant jusqu'à cinq ou six garde-robes dans la journée.

Elle se rappelle enfin que dans ces mêmes premiers jours encore, et quand elle donnait le sein à son enfant, elle éprouvait immédiatement après un sentiment de cuisson au bout du mamelon ; pareille sensation, dit-elle, à celle qu'elle ressentit dans la bouche quelques semaines plus tard.

Néanmoins, et sans qu'elle eût pris aucune précaution, tout cela avait disparu depuis longtemps, quand surgirent les accidents que je viens d'énumérer.

Traitement local. — Cautérisations de la bouche, répétées trois ou quatre fois par jour, avec une dissolution de nitrate d'argent portée sur les surfaces malades au moyen d'un pinceau de charpie ; gargarisme avec une infusion de tannin concentrée et miellée.

Sur les parties où l'érythème s'est montré, c'est-à-dire au pourtour de l'ouverture anale, aux aines, aux aisselles et autour des oreilles, des pansements répétés avec le cérat tannique opiacé. Après la disparition de l'érythème, quelques lavages avec l'eau blanche ont suffi.

Quant aux paupières, il m'a fallu recourir aux cautérisations avec le nitrate d'argent ; ces cautérisations ont été continuées pendant un temps assez long, les pseudo-membranes reparaissant chaque fois avec une opiniâtreté des plus tenaces.

Traitement général. — Demi-lavements de guimauve avec addition de quelques gouttes de laudanum ; bains généraux d'eau de son avec 75 à 100 grammes seulement de sous-carbonate de soude pour chaque bain ; tisane de riz gommeuse avec le sirop de pavots blancs.

Ce traitement a duré dix-sept jours ; après ce temps, la guérison était complète.

FRACTURE CONSOLIDÉE EN TRENTE JOURS.

Emploi du phosphate de chaux.

Le 5 novembre est sorti de l'hôpital Cochin, service de M. Gosselin, un homme qui était entré pour une fracture du bras, fracture simple du corps de l'humérus située à la partie inférieure du tiers moyen environ. Cette fracture ne présentait rien d'insolite quant au siége ; elle était oblique de dehors en dedans et de haut en bas ; sous le rapport de la direction, des symptômes observés, de la cause qui l'avait produite, elle n'offrait rien de particulier. Les points sur lesquels le chirurgien a voulu fixer l'attention ç'a été le traitement mis en usage, et le peu de durée de la maladie comparativement à celle qu'ont souvent les fractures de la partie moyenne de l'humérus.

Cet homme était entré le 24 septembre ; pendant plusieurs jours, on se borna à appliquer des cataplasmes avec le bandage de Scultet.

Au bout de ce temps, on mit en usage l'appareil à attelles, celui de Boyer ; sous ce rapport encore, rien de bien digne de remarque. Tout le monde est bien d'accord sur la nécessité d'immobiliser bien exactement les fractures de cette espèce, parce que ce sont elles qui le plus souvent sont de consolidation difficile.

Or, chez le malade actuel, au vingt-septième jour M. Gosselin s'aperçut que la consolidation était déjà résistante, et le 23 octobre, vingt-neuf jours après l'accident, elle était bien complète.

Cependant, M. Gosselin ne voulut pas encore laisser sortir le malade, et il le garda quelques jours pour assurer définitivement la guérison.

Chez cet homme, il a suffi de trente jours pour obtenir la consolidation complète d'une fracture, ce qui prouve que, même chez les sujets adultes, il n'est pas besoin, comme on le croyait autrefois, de quarante ou quarante-cinq jours dans tous les cas.

M. Velpeau avait déjà fait cette observation, et depuis lors l'expérience journalière vient en confirmer la justesse. Au premier abord, il peut paraître assez indifférent qu'un membre fracturé reste huit ou dix jours de plus ou de moins dans un appareil. Et cependant la chose n'est pas sans importance au point de vue physiologique.

A la suite du séjour du bras dans un appareil où il est fixé dans l'immobilité la plus absolue, des contractions prolongées des muscles peuvent survenir. Il est facile de comprendre que des muscles privés d'exercice perdent de leur ressort, de leur activité ; chez celui-ci à peine observe-t-on un peu de roideur.

A quoi peut-on dans le cas actuel attribuer la rapidité de la consolidation ? Il faut d'abord faire entrer en ligne de compte, et la bonne constitution du sujet, qui est fort, robuste, d'une santé parfaite, et la complète immobilité dans laquelle a été maintenu le membre dans un appareil bien disposé ; mais M. Gosselin s'est encore demandé s'il ne fallait pas aussi faire la part d'un moyen nouveau qu'il expérimente depuis quelque temps, c'est-à-dire de l'administration à l'intérieur du phosphate de chaux.

A vrai dire, la chose n'est pas absolument nouvelle, et, en faisant prendre à leurs malades de la corne de cerf, les anciens chirurgiens employaient la même indication, mais son usage était tombé en désuétude. M. Gosselin administre le phosphate de chaux à la dose minime de 0,30 à 0,50 par jour, dose qui ne peut occasionner aucun accident.

Les faits ne sont pas encore assez nombreux pour permettre d'en tirer des conclusions absolues ; mais il nous a semblé qu'il était bon de les mettre en lumière pour engager les chirurgiens à répéter ces expériences dans des cas analogues.

(*France méd. et pharmac.*)

CANCER DE L'ARTÈRE PULMONAIRE.

Par M. le professeur A. Wernher (de Giessen).

Sous ce titre, l'auteur de cette observation publie un fait très remarquable de transport de la matière cancéreuse dans les veines. Ce phénomène est déjà connu, et a été parfaitement exposé par M. Broca dans son remarquable *Mémoire sur l'anatomie pathologique du cancer*. Néanmoins, nous croyons devoir publier ce fait, qui prouve une fois de plus que le cancer peut se présenter loin du siége primitif du mal, non-seulement sous l'influence de la cachexie cancéreuse, mais encore par le transport direct de la masse cancéreuse par le courant sanguin.

Ch..., domestique, âgé de vingt-deux ans, vint se faire soigner par M. Wernher, le 22 janvier 1853. Il avait eu dans son enfance plusieurs affections cérébrales. Sa maladie actuelle remonte à trois mois ; cependant il dit avoir éprouvé plusieurs fois, depuis un an, des sensations douloureuses dans la cuisse et dans le genou, surtout en dansant, ce qu'il attribue à des refroidissements.

L'automne dernier, il eut une angine et un gonflement du mollet gauche. Après la disparition de ces accidents, il survint au côté interne du tibia, immédiatement au-dessous du genou, une petite tumeur dure et peu douloureuse à laquelle il fit peu d'attention. La tumeur s'étant accrue rapidement, le malade fit usage de pommades et de divers autres topiques, mais sans succès, car elle atteignit dans l'espace de trois mois un volume considérable. Deux ponctions avaient été pratiquées sans donner issue à autre chose qu'à du sang. Bientôt la tumeur devint douloureuse, le malade perdit ses forces et maigrit à vue d'œil.

A son entrée à l'hôpital, la peau est chaude et sèche, le pouls petit (de 120 à 140 pulsations) ; sommeil agité, interrompu par les douleurs. Appétit bon. Langue un peu chargée ; légère constipation. Aucune tumeur dans le foie ; fréquentes épistaxis. Un peu de toux depuis son entrée, avec point douloureux au côté gauche et dyspnée. Le genou gauche est fléchi sous un angle presque droit et à peu près immobile. La région au-dessous des condyles du fémur et de la rotule est envahie par une tumeur bosselée dont la plus grande dimension est de 99 centimètres de contour, et qui s'étend jusqu'au tiers moyen du tibia. La peau qui recouvre la tumeur est luisante, tendue, couverte de taches d'un jaune rougeâtre, et laisse apercevoir çà et là des veines variqueuses et des réseaux de vaisseaux plus fins ; la température de cette région est sensiblement élevée. La tumeur est molle, élastique, dure en certains endroits, molle dans d'autres, surtout là où les vaisseaux sont développés, mais sans fluctuation. Elle est le siége de douleurs spontanées, lancinantes, surtout la nuit, et la pression provoque aussi de la douleur. Les glandes inguinales sont à peine tuméfiées ; on ne perçoit aucune tumeur dans l'abdomen.

On regarde cette tumeur comme un fongus médullaire du tibia qui doit promptement se terminer par la mort, et l'on propose l'amputation, qui est d'abord refusée. Cependant la maladie continuant à faire des progrès, Ch... se soumet à l'amputation, qui fut pratiquée le 7 février, dans la région supérieure de la cuisse.

Quelques jours auparavant, le malade avait éprouvé subitement une vive douleur dans la région du cœur, avec dyspnée et accélération des mouvements respiratoires ; plus tard, de la toux et des crachats sanguinolents ; pouls très fréquent, etc.

La fréquence du pouls diminue après l'opération, ainsi que la plupart des accidents ; mais bientôt la poitrine se prit davantage : toux, dyspnée, crachats sanguins et purulents, infects ; éruption miliaire, collapsus, etc.

Le malade mourut le 24 février.

L'examen de la tumeur de la jambe fit reconnaître, comme on l'avait diagnostiqué, un fongus médullaire du tibia.

L'auteur donne la description des éléments de la tumeur, avec des figures représentant leur forme et leur disposition.

L'autopsie fut faite sept heures après la mort.

Les veines du moignon étaient parfaitement saines, et n'offraient pas la moindre trace de phlébite.

Le poumon droit présente, dans sa région moyenne, un énorme abcès gangréneux rempli d'une matière ichoreuse fétide ; un autre abcès analogue, mais plus petit, se trouve à sa partie inférieure.

Le reste du parenchyme paraît sain ; mais, en l'incisant, on voit sortir de la lumière des vaisseaux de petits cordons noueux qui ont l'apparence de matière cancéreuse.

Une préparation des vaisseaux du poumon, faite avec le plus grand soin, fit voir que ces cordons n'existaient que dans les ramifications pulmonaires ; rien de semblable ne se trouvait dans les veines. Les cordons en question, qui obstruaient la lumière des vaisseaux sans adhérer à leurs parois, étaient d'un blanc mat, à peu près comme du riz à moitié cuit, noueux, contournés, transparents sur les bords. Chaque cordon un peu fort se composait de plusieurs autres ; ces petits cordons étaient tordus, mais se séparaient facilement sans l'aide d'aucun instrument.

Dans le poumon droit, toutes les ramifications de l'artère, à peu d'exceptions près, sont obstruées par ces masses cancéreuses ; il y en a moins dans les artères du poumon gauche.

C'est surtout dans le voisinage du grand abcès que les plus petites ramifications vasculaires sont complétement bouchées.

On a pu voir les points où la matière cancéreuse a commencé à se déposer ; les vaisseaux les plus petits qui contenaient ces matières avaient un tiers à une demi-ligne de diamètre ; au delà de ce point, ils étaient gorgés de sang ; ils offraient en cet endroit une dilatation subite, et celle-ci, jointe à leur dureté, indiquait la présence du dépôt.

Les capillaires sont entièrement libres ; il en est de même du parenchyme du poumon en dehors des ramifications vasculaires ; on n'y trouve aucune espèce de tubercules.

L'examen microscopique fit voir que les cordons se composaient exclusivement de cellules analogues, par leur forme et leurs dimensions, aux cellules du cancer à son origine, cellules grandes, ovales, avec noyau simple ou double ; à la surface des cordons se trouvent des cellules caudiformes, disposées sur plusieurs couches, et formant encore un épithélium.

On retrouva les mêmes éléments du cancer dans le sang de la veine cave inférieure, et cela en grande quantité (cellules ovales ou terminées en queue, isolées ou agglomérées).

Dans tout le reste du corps, malgré l'examen le plus attentif, on ne trouva aucun dépôt purulent ou cancéreux, ni aucun abcès.

(*Zeitschrift fur rationnelle medizin et Gaz. méd.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 17 décembre 1855. — Présidence de M. Regnault.

Recherches sur la respiration. — M. Poiseuille présente un mémoire sur la respiration, dont voici l'extrait :

Les changements de volume que présente le poumon lors de l'inspiration et de l'expiration apportent dans l'état fonctionnel de cet organe des différences qui jettent un nouveau jour sur l'étude de la respiration.

Une expiration vient d'avoir lieu ; trois ou quatre secondes se sont écoulées, et le besoin d'une inspiration se fait sentir. Tous les auteurs sont d'accord sur la cause de cette sensation. En effet, l'air contenu dans la poitrine a abandonné une partie de son oxygène et reçu une certaine quantité d'acide carbonique ; il est devenu irrespirable, c'est-à-dire impropre à convertir le sang veineux en sang artériel. Cet air n'est point expulsé pour être entièrement remplacé par de l'air ambiant ; l'inspiration se produit, et de l'air pur vient se mêler à l'air vicié. Néanmoins toute la masse de ce mélange ne va pas servir à l'hématose, comme on pourrait le penser : un besoin nouveau naît aussitôt, celui d'une expiration succédant *immédiatement* à l'inspiration.

Les physiologistes n'ont donné de ce fait aucune interprétation sérieuse. C'est ce point de la respiration que je me propose d'examiner.

Lorsque dans l'inspiration l'air est appelé dans la poitrine, le poumon augmente de volume, il se dilate. Cette dilatation porte particulièrement sur les vésicules pulmonaires : leur capacité s'accroît, et par conséquent leur surface augmente d'étendue. Le contraire a lieu dans l'expiration, puisque le volume du poumon diminue. Or, le fond de chaque vésicule, ainsi que des parois latérales, contiennent dans leur épaisseur un réseau de capillaires sanguins très abondants, qui obéissent à l'ampliation ou au retrait de la cavité de la vésicule, de telle sorte que l'air de la vésicule augmentant dans l'inspiration, les capillaires s'allongent, et leur diamètre est en même temps diminué. Au contraire, dans l'expiration, eu égard au retrait de la vésicule, sa surface diminuant, le diamètre des capillaires augmente, et leur longueur diminue. Ces changements dans la longueur et le diamètre des capillaires pulmonaires coïncidant les uns avec l'inspiration, les autres avec l'expiration, doivent nécessairement amener des différences considérables dans les quantités de sang qui traversent le poumon dans ces deux temps de la respiration, si l'on a présentes à l'esprit les lois qui président à l'écoulement des liquides dans les tubes de très petits diamètres (lois en vertu desquelles la longueur du tube devenant, par exemple, double, il passe *deux fois* moins de liquide ; le diamètre devenant moitié, il en passe *seize fois* moins). Ainsi dans l'inspiration, les capillaires allongés et rétrécis ne donneront passage qu'à une quantité de sang moins considérable que celle qui les parcourt après l'expiration.

De ces considérations, il résulte donc que l'inspiration entrave la circulation des capillaires du poumon, lorsque l'expiration la favorise. Or, personne n'ignore la perturbation qu'éprouvent nos organes et surtout le cerveau, lorsqu'ils reçoivent une quantité de sang moindre que celle qui leur arrive ordinairement ; ainsi le temps d'une inspiration étant prolongé, il passera moins de sang du cœur droit au cœur gauche, et la quantité de sang lancée par le cœur aortique à toutes les parties du corps, et par conséquent au cerveau, sera diminuée : de là, suivant nous, la sensation de gêne qu'on ressent lorsque l'expiration ne succède pas immédiatement à l'inspiration.

D'où l'on peut conclure que, si d'un côté l'inspiration est indispensable pour subvenir aux changements chimiques qu'éprouve l'air dans les poumons, d'un autre côté l'expiration fait cesser les changements physiques défavorables au cours du sang qu'éprouvent dans l'inspiration les capillaires de cet organe.

Nous avons cru utile de rechercher les faits qui peuvent confirmer *à posteriori* cette manière de voir, et de démontrer directement que dans l'inspiration, le poumon étant dilaté, ses capillaires s'allongent et diminuent de diamètre ; qu'ils donnent passage dans cet état à une quantité moindre de liquide ; enfin que la vitesse du sang qui les parcourt est en même temps diminuée.

Le premier point a été constaté par les injections. Une masse est préparée de telle sorte qu'elle conserve sa liquidité au-dessus de 40 degrés, et devienne solide au-dessous. Un poumon non insufflé, convenablement chauffé dans de l'eau à 55 degrés, est injecté avec cette masse par l'artère pulmonaire : le poumon étant toujours dans l'eau chaude, on insuffle une bronche se rendant à l'un des lobes, et, continuant avec la bouche cette insufflation, on plonge tout le poumon dans l'eau froide ; au bout d'un certain temps, la masse est refroidie dans tous les vaisseaux. Les uns appartenant à un lobe insufflé, les autres à un lobe non insufflé, des portions de l'un et de l'autre lobe sont examinées au microscope ; dans le premier, c'est-à-dire celui qui a été insufflé, les vaisseaux capillaires sont plus allongés et d'un diamètre plus petit que dans le lobe qui n'a pas été insufflé.

Ainsi se trouve établi anatomiquement que, le poumon étant insufflé, c'est-à-dire dans l'inspiration, les capillaires pulmonaires s'allongent, et leur diamètre diminue.

Nous avons cherché le temps que mettait à s'écouler, en passant par les capillaires du poumon, une même quantité de liquide n'imbibant que difficilement les tissus, l'organe étant *insufflé* et *non insufflé*, sous la pression de 14 à 15 millimètres de mercure, qui est celle du cœur droit; et nous avons constaté, sur un poumon de lapin mort d'hémorrhagie, que la durée de l'écoulement de 3 centimètres cubes environ, le poumon non insufflé était de 1' 20"; et l'organe insufflé de 1' 59"; dans une insufflation plus grande que la précédente, le temps a été de 2' 19".

Cette expérience, répétée sur des poumons de chats et de chiens tués par l'hémorrhagie, nous a donné des résultats analogues.

Nous pouvons donc dire que l'insufflation retarde le passage des liquides dans les capillaires du poumon.

Quelques animaux de la classe des reptiles nous ont servi à établir la vérité du troisième point, à savoir, que l'inspiration, dilatant le poumon, entrave la circulation dans les capillaires pulmonaires.

Une grenouille est épinglée sur une lame de liége, on fait une incision à la peau et aux muscles, sur l'un des côtés de la poitrine; le poumon sort par l'ouverture, et le volume qu'il acquiert est en raison de l'air qui y est poussé par l'animal: si la grenouille est très vivace, son ampliation pourra varier dans des limites qui permettront d'examiner au microscope la circulation à travers ses parois devenues transparentes par la dilatation de l'organe, en saisissant les moments où il est plus ou moins dilaté.

Ainsi se trouve établi un nouveau lien entre la circulation du sang dans les capillaires des animaux vivants, eu égard aux variations de leur longueur et de leur diamètre, et l'écoulement des liquides dans les tubes inertes de très petits diamètres.

Des faits qui précèdent, nous pouvons donc conclure qu'en effet l'inspiration entrave la circulation capillaire des poumons, tandis que l'expiration la favorise.

Un corollaire découle naturellement de cette proposition: le médecin est appelé dans certaines circonstances à pratiquer la *respiration artificielle*, par exemple dans l'asphyxie par submersion chez les noyés, dans la mort apparente des nouveau-nés; si l'opérateur, tout entier à l'idée d'introduire de l'air dans la poitrine à l'aide du tube laryngien, fait des insufflations pulmonaires *prolongées* au lieu d'être *instantanées*, il agira évidemment au profit de l'asphyxie qu'il se propose de combattre.

Emploi du chloroforme dans la chirurgie militaire. — M. Baudens communique la note suivante:

Les bienfaits du chloroforme ont été mis en doute, à ce point que l'armée sarde n'ose pas en faire usage. Dans l'armée française, au contraire, ce précieux agent anesthésique a été employé en Crimée sur plus de 25,000 blessés. Le médecin en chef, M. Scrive, de qui je tiens ce document, m'a affirmé qu'il n'a donné lieu à aucun accident.

Il est vrai qu'il a été administré par nos médecins d'armée avec une grande prudence, et en ayant soin, selon les conseils que j'ai donnés et que j'ai fini par faire prévaloir, de ne jamais dépasser avec intention la période d'insensibilité, précepte qui repose sur les belles expériences de M. Flourens.

Un grand avantage de l'emploi du chloroforme, c'est qu'il permet de régulariser des plaies qui, d'apparence fatalement mortelles, auraient réduit le chirurgien à l'impuissance dans la crainte de provoquer de nouvelles et inutiles souffrances. D'une part, les blessures ainsi régularisées ont toujours eu pour résultat de diminuer la somme des douleurs, et de l'autre de procurer quelquefois des cures inespérées. Ainsi, l'éclat d'obus de 2kil,450 que j'envoie avec ma lettre, a été retiré sous mes yeux, à l'ambulance de Sébastopol, par M. le chirurgien major Mercier au soldat Etienne, du 57e régiment. Le projectile était logé en entier au tiers supérieur et externe de la cuisse droite; il était caché si bien qu'on n'en voyait aucune portion saillante au dehors. Le fémur était brisé en éclats; la commotion générale était extrême. On comprend, à la vue de cet énorme morceau de fer, toute la gravité de la lésion. Le chloroforme permit l'extraction du corps étranger et l'amputation ensuite, sans que le malade ait éprouvé la moindre souffrance, et avec des chances de guérison qui se continuent.

De tels faits parlent plus haut que la critique. Il restait au chloroforme à faire ses preuves sur le champ de bataille; son triomphe a été complet.

De la valeur relative de la désarticulation du genou et de l'amputation de la cuisse. — M. Baudens présente un autre travail sur cette question, qu'il résume ainsi:

Parmi les grandes questions de la chirurgie des champs de bataille encore controversées, et qui, pendant ma mission à l'armée d'Orient ont fixé mon attention, se trouve celle-ci:

1° Quelle est la valeur relative de la désarticulation du genou et de l'amputation de la cuisse?

L'opinion de tous les médecins chefs d'ambulance, et cette opinion a été confirmée parce que j'ai vu dans les hôpitaux depuis Marseille et Toulon jusqu'à Constantinople et la Crimée, est que la désarticulation du genou doit être préférée à l'amputation de la cuisse toutes les fois qu'il n'est pas possible d'amputer la jambe au-dessous de la rotule. Il est en effet incontestable que la désarticulation du genou a réussi dans un nombre de cas donnés, plus souvent que l'amputation de la cuisse, même au tiers inférieur. Mais l'amputation du genou doit être préférée à celle de la cuisse, à une condition expresse, à savoir qu'elle sera faite immédiatement, c'est-à-dire dans les premiers moments qui suivent la blessure. Consécutivement, l'amputation de la cuisse devrait avoir la préférence. Cette seconde opinion concorde encore de tous points avec ce que j'ai observé, écrit et professé au Val-de-Grâce pendant les dix années que j'ai été à la tête de ce grand hôpital. Les beaux résultats de désarticulation du genou, consignés spécialement dans ma *Clinique des plaies d'armes à feu*, ont été obtenus en campagne sur des militaires qui venaient d'être atteints par le plomb ennemi.

La différence des succès dus à la désarticulation du genou immédiate ou consécutive tient à ce que, même dans l'état de santé, le volume des os n'est pas en harmonie parfaite avec la quantité des parties molles; et la disproportion devient plus grande encore quand le malade a perdu de son embonpoint par suite de souffrances prolongées et d'abondantes suppurations.

Le procédé opératoire qui en Crimée a donné de si beaux résultats a toujours été le même. Tous les chirurgiens ont eu recours à celui que j'ai créé, et qui m'a si bien réussi, au procédé à lambeau semi-lunaire antérieur, avec conservation d'un gros trousseau de muscles pour masquer en arrière l'échancrure intercondylienne du fémur. Ce procédé opératoire, devenu classique, a été hautement approuvé par les auteurs.

Physiologie de la vision. — M. Dubrunfaut adresse une note sur la vision conçue en ces termes:

On sait que les pupilles se contractent ou se dilatent dans diverses conditions de la vision normale, et que ces mouvements des muscles de l'iris ont en général une liaison intime avec les variations d'intensité du stimulus lumineux. Ces mouvements, en effet, sont consécutifs au changement de convergence des axes visuels, et leur sens est bien tel que l'exigerait une explication qui les ferait dériver de l'action d'un même stimulus fonctionnant à des distances différentes. Nulle expérience décisive ne permet d'ailleurs d'attribuer aux iris la faculté de subir des mouvements purement volontaires, comme ceux de la locomotion, ni même des mouvements mixtes, comme ceux qu'on reconnaît aux sphincters.

On admet que dans la vision binoculaire les images formées sur les parties centrales ou correspondantes des rétines se superposent le plus souvent dans le sensorium pour produire une sensation simple, et qu'alors la sensation lumineuse perçue par chaque œil est moindre que celle qui est perçue par les deux yeux.

Si l'on regarde successivement une image, une surface blanche, par exemple, placée sur un fond noir, avec un œil, puis avec les deux yeux, on ne peut reconnaître aucune différence dans la sensation perçue, et l'éclat de la surface se montre le même dans les deux cas. Cette simple observation, rapprochée des faits connus, pourrait à défaut d'autres observations justifier l'énoncé suivant, savoir: que la quantité de lumière qui arrive au sensorium est la même pour un même stimulus, soit que la sensation lui arrive par l'intermédiaire d'un œil fonctionnant seul, ou par l'intermédiaire des deux yeux fonctionnant simultanément.

En poussant plus loin cet examen, c'est-à-dire en observant ce qui se passe dans l'état de la pupille dans les deux cas que nous venons de spécifier, on remarque qu'elle est inégalement dilatée: elle l'est moins dans la vision binoculaire, et elle l'est plus dans la vision monoculaire. Si l'on accompagne ces observations de la mensuration du diamètre de la pupille dans les deux cas mentionnés, on y trouve la démonstration mathématique du théorème que nous venons d'énoncer.

Ce fait se vérifie dans tous les cas où la vision s'exerce sans malaise et sans contrainte, c'est-à-dire dans les limites moyennes de contraction et de dilatation des pupilles. Il se vérifie sur des vues myopes comme sur des vues presbytes, nonobstant l'impressionnabilité différente de ces vues par un même stimulus. Il se vérifie encore avec la lumière artificielle comme avec la lumière naturelle.

Si l'on rapproche ces faits de ceux qui sont connus sur l'inégalité des faisceaux lumineux que les pupilles admettent quand nos sens sont impressionnés par des stimulus d'intensités inégales, on pourra être disposé à donner à notre théorème une forme plus générale, et à attribuer ainsi à la pupille une sorte de fonction photométrique dont on pourrait au besoin tirer parti. Cette fonction existe dans certaines limites qu'on pourra déterminer, et elle peut se déduire rigoureusement de nos expériences.

Nous ne terminerons pas cette note sans faire ressortir une conséquence remarquable qui en découle spontanément.

La fonction régulatrice que les centres nerveux accomplissent automatiquement avec les pupilles pour n'admettre qu'une quantité constante d'un même stimulus lumineux, soit que la perception s'opère par les deux séries d'organes doubles de la vision, soit qu'elle s'opère par une seule série, prouve que chaque organe considéré individuellement, ou chaque série d'organes doubles considérée collectivement, n'a aucune sensibilité propre pour le stimulus lumineux, puisqu'ils peuvent indifféremment dans les mêmes conditions et sans gêne apparente livrer passage aux agents promoteurs d'une sensation simple ou double. Elle prouve que le conflit ne peut se produire ni dans chaque rétine, ni dans chaque nerf optique, ni dans chaque tubercule, ni dans chaque hémisphère cérébral, ni dans chacune de ces séries d'organes doubles, intermédiaires de perception visuelle. Elle prouve encore qu'il y a au delà de ces deux séries d'organes ou dans leurs derniers termes quelque chose qui fonctionne comme organe simple et unique de perception, qui palpe les faisceaux lumineux et les mesure avec une précision admirable pour en régler l'admission conformément à son impressionnabilité et à ses besoins. Ce quelque chose, si nos connaissances nous permettent de le matérialiser comme Descartes, Lapeyronie et Willis, ne peut être autre que le *cerveau proprement dit*. M. Flourens a en effet démontré que les lobes cérébraux, outre la fonction individuelle qui les met au service des deux yeux, fonctionnent collectivement comme organe unique des perceptions des volitions et de l'intelligence.

Contractions toniques des muscles pendant la galvanisation des nerfs antagonistes. — M. Remak (de Berlin) adresse sur ce sujet la note suivante:

D'après les observations de Nobili, de M. Matteucci, et notamment de M. Eckhard, sur l'influence paralysante que dans la grenouille le courant galvanique constant exerce sur un nerf moteur faisant partie de la chaîne, il me semblait probable que la galvanisation des nerfs moteurs dans l'homme devait mettre en jeu les propriétés toniques des nerfs et des muscles antagonistes. Partant de ce point de vue, j'ai entrepris sur des hommes sains des expériences qui ont donné les résultats suivants:

Quand on conduit le courant de 15 à 30 éléments de Daniell par le nerf médian, soit par sa partie brachiale, soit par sa partie antibrachiale ou par le long du nerf, les muscles extenseurs de la main se contractent et lèvent la main. Cette contraction dure jusqu'à l'interruption du courant, sans empêcher tout à fait l'influence volontaire sur les muscles fléchisseurs qui se trouvent sous l'impression paralysante du courant galvanique. La contraction des muscles extenseurs est plus forte pendant la galvanisation des deux nerfs fléchisseurs, c'est-à-dire du nerf médian et du nerf cubital. De l'autre côté, la galvanisation du nerf radial est suivie d'une contraction combinée de deux nerfs fléchisseurs.

On peut même démontrer une opposition analogue entre ces deux nerfs fléchisseurs eux-mêmes en galvanisant seulement le nerf cubital. En général donc, la galvanisation d'un des trois nerfs moteurs de l'avant-bras provoque la contraction des deux autres nerfs.

L'effet du courant ascendant est évidemment plus fort que celui du courant descendant; pourtant, après avoir galvanisé un nerf pendant quelque temps par le courant ascendant, on observera des effets plus prononcés en changeant les électrodes. Quand le courant n'est pas assez fort, la galvanisation d'un nerf est suivie d'une lutte entre les contractions toniques des muscles antagonistes, dans laquelle quelquefois le nerf galvanisé reste supérieur. Notamment le courant descendant laisse souvent intactes ou augmente même les forces toniques des rameaux du nerf galvanisé qui partent au-dessous de l'électrode négative. Dans tous ces cas, on fera vaincre les nerfs antagonistes en renforçant le courant ou en changeant sa direction.

Cette propriété des nerfs moteurs d'être paralysés ou affaiblis par le courant galvanique offre des différences plus grandes encore que leur excitabilité.

Il semble, du reste, impossible d'apaiser les forces toniques d'un muscle par galvanisation immédiate. Sous ce rapport, mes expériences sont d'accord avec les résultats décrits dans ma brochure *sur l'électrisation méthodique des muscles paralysés*, qui démontrent, à ce que je crois, sur l'homme vivant que l'irritabilité des muscles n'existe pas, et, par cette raison, l'électrisation nommée *immédiate* n'agit que par excitation des nerfs intra-musculaires.

— M. J. Guérin prie l'Académie de vouloir bien le comprendre dans le nombre des candidats pour la place vacante dans la section de médecine et de chirurgie par suite du décès de M. Magendie.

M. Baudens adresse une semblable demande.

Les deux lettres sont renvoyées à l'examen de la section de médecine et de chirurgie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret impérial, M. le docteur Cl. Bernard, membre de l'Institut, est nommé professeur de médecine au Collége impérial de France, en remplacement de M. Magendie.

— M. le docteur Olliffe vient d'être nommé officier de la Légion d'honneur.

— Le corps médical vient de faire une perte regrettable: M. le docteur E. Gaultier de Claubry a succombé samedi dernier à une courte maladie à l'âge de soixante-dix ans. M. Gaultier de Claubry, ancien chirurgien major de la garde impériale, agrégé libre de la Faculté de médecine, était membre de l'Académie impériale de médecine, médecin consultant de l'Empereur, chevalier de la Légion d'honneur, etc. Il était auteur d'un grand nombre de mémoires de médecine et de chirurgie publiés dans les différents journaux et d'un livre très estimé sur les analogies et les différences qui existent entre le typhus et la fièvre typhoïde. M. Gaultier de Claubry était un des membres les plus zélés et les plus actifs de l'Académie; mais c'est surtout comme praticien qu'il s'était acquis une réputation d'honorabilité et de probité qui lui avaient mérité l'estime de tous ses confrères.

— La part de propriété de l'*Abeille médicale*, dont nous avons annoncé la mise en vente dans notre précédent numéro, a été adjugée aujourd'hui à M. le docteur Comet, qui reste ainsi directeur et rédacteur de ce journal.

— Le nombre des inscriptions prises à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse, pour le premier trimestre de l'année scolaire 1855-56, est de 135. Ces inscriptions se trouvent réparties de la manière suivante: aspirants au doctorat, 46; aspirants au titre d'officier de santé, en y comprenant les aspirants au doctorat non encore pourvus du diplôme de bachelier ès sciences, 65; aspirants au titre de pharmacien de 1re classe, 3; aspirants au titre de pharmacien de 2e classe, 21. (*Gaz. méd. de Toulouse.*)

— Le docteur Wenzel Linhart, professeur particulier à la Faculté de médecine de Vienne, est appelé à succéder au professeur Morawek dans la chaire de chirurgie de la Faculté de Wurtzbourg.

— Aucun cas de choléra ne s'étant manifesté à Madrid depuis le commencement de novembre, un *Te Deum* y a été chanté en actions de grâces de la disparition du fléau.

Le *Semanario* fixe ainsi le nombre total des malades atteints de l'épidémie, et ceux qui sont morts durant cette dernière récidive:

Atteints. 5,501
Morts. 3,697

La reine d'Espagne voulant récompenser, autant que le permet l'état du trésor public, les sacrifices des hommes de l'art qui ont « compromis leur vie avec une abnégation et un civisme inestimables, fidèles à la charité chrétienne et à l'amour de leur honorable profession, » a résolu qu'une somme de 4,000 réaux (250 fr.) serait accordée aux veuves des médecins et chirurgiens morts du choléra dans l'exercice de leur profession et en remplissant leur mission.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent:
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Annuaire médical et pharmaceutique de la France (8e année, 1856), par le docteur Félix Roubaud. Un fort volume in-12. — Pour Paris, 4 fr.; et pour les départements, 5 fr. 50 c. — Au bureau, 26, rue de Trévise; et chez J.-B. Baillière, rue Hautefeuille, 19.

Clinique chirurgicale de l'hôpital Lariboisière, par E. Chassaignac, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Leçons sur l'hypertrophie des amygdales et sur une nouvelle méthode opératoire pour leur ablation, in-8°, avec 8 figures intercalées dans le texte.

Leçons sur la trachéotomie, in-8°, avec 8 figures intercalées dans le texte. Prix de chaque partie, 2 fr.

Sous presse: *Leçons sur l'écrasement linéaire*. Paris, J.-B. Baillière, éditeur, 19, rue Hautefeuille.

Le Gérant.
Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 151. — SAMEDI 29 DÉCEMBRE 1855. (28e ANNÉE.) N° 151. — SAMEDI 29 DÉCEMBRE 1855.

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Nous prions nos souscripteurs des départements dont l'abonnement expire le 31 décembre d'envoyer le prix de leur renouvellement en mandats de poste ou en traites sur Paris.

Nos abonnés de l'étranger voudront bien, comme à l'ordinaire, nous faire parvenir le prix de l'abonnement par les libraires ou les directeurs de poste de leur résidence.

Ceux de la Belgique sont priés de s'adresser, pour leur renouvellement ou leurs réclamations, à M. DECQ, *libraire, à Bruxelles; ceux de la Suisse, à MM.* JULLIEN *frères, libraires, à Genève.*

PARIS, LE 28 DÉCEMBRE 1855.

Séance de l'Académie de Médecine.

Après une interruption de deux séances, consacrées à d'autres devoirs, l'Académie a repris la suite de la discussion sur la révulsion et les exutoires. MM. Piorry et Leblanc ont successivement occupé la tribune.

Il était aisé de prévoir l'attitude qu'allait prendre M. Piorry dans cette discussion ; elle devait être la conséquence naturelle de sa manière de voir en pathologie générale.

M. Piorry, après avoir reconnu qu'étymologiquement et en principe la révulsion et la dérivation diffèrent, n'en conclut pas moins qu'elles se confondent en fait dans une action ou un résultat commun, et qu'il faut faire disparaître du langage médical une distinction arbitraire à ses yeux. D'accord en cela avec la plupart des écrivains de l'école de Paris, qui ont confondu la révulsion et la dérivation, pour n'en faire qu'une sorte d'adjuvant commun de la méthode antiphlogistique, il s'en sépare bientôt, semblant ne faire cette concession que pour la retirer aussitôt; car, après avoir analysé les divers agents dits révulsifs, tels que les émissions sanguines locales, ventouses, purgatifs, exutoires, excitants nerveux, etc., il arrive en définitive à cette conclusion : que la doctrine de la dérivation et de la révulsion est fausse. La saignée, par quelque voie qu'elle soit faite, générale ou locale, pratiquée dans une région ou dans une autre, n'est jamais pour lui qu'une soustraction, un dégorgement du système circulatoire général; les purgatifs et les vomitifs n'agissent eux-mêmes qu'en déterminant dans les vaisseaux un vide suivi de résorption, et dans quelques cas en produisant directement une désobstruction des voies collatérales, par suite des contractions énergiques qu'ils provoquent, ou bien enfin en éliminant une partie du sérum contenant de la fibrine en suspension.

Quant aux révulsifs et aux dérivatifs cutanés qui sont plus spécialement en cause, ils diffèrent trop dans leur action, d'après M. Piorry, pour pouvoir être assimilés et confondus dans un groupe commun. Les uns n'agissent, suivant l'aphorisme d'Hippocrate interprété dans le même sens qu'il l'a été par M. Malgaigne et par M. Littré, qu'en obscurcissant une douleur par une douleur plus forte ; ceux-là par des phénomènes d'endosmoses ; d'autres, « en donnant lieu à des troubles consécutifs dans l'action circulatoire de la partie sur laquelle le médicament est appliqué, et qui, par des communications anastomotiques, sont susceptibles de modifier, d'engourdir les sensations pénibles existant dans les nerfs voisins », etc., etc. On voit jusque-là que l'argumentation de M. Piorry consiste plutôt à interpréter autrement qu'on ne l'a fait les phénomènes de révulsion et de dérivation, qu'à en nier la réalité.

Mais c'est surtout aux exutoires, aux suppurations persistantes que s'en prend M. Piorry. Non-seulement il en conteste l'utilité, mais ces moyens lui paraissent barbares, inhumains, attentatoires au respect que l'on doit avoir pour la sensibilité et pour les formes humaines. On a pu croire un instant qu'il allait appeler les foudres de la justice sur les médecins qui ont encore recours à de semblables agents de torture et de mutilation ; mais il s'est borné à faire un appel à la pitié et à la prudence de ses confrères, leur reprochant, non sans quelque amertume, les traces de sinapisme, de ventouses scarifiées, de cantharides et de tartre stibié dont il a été sillonné lui-même.

En un mot, M. Piorry veut qu'on bannisse du langage médical, à cause de leur vague et de leur obscurité, les mots dérivation et révulsion, et qu'on n'use qu'avec une grande circonspection des agents thérapeutiques douloureux et des agents suppuratifs.

Sur cette dernière partie de sa conclusion, nous sommes parfaitement d'accord avec l'honorable professeur. Mais où est la limite de l'usage et celle de l'abus ? C'est ce qu'il eût été important de faire connaître. Quant aux objections qu'il a opposées à la révulsion et à la dérivation, et qui s'appliquent plutôt à la doctrine des modernes qu'à celle des anciens, elles sont très discutables ; il en est que nous ne saurions nullement accepter. Mais nous ne dissimulerons pas non plus que quelques-unes d'entre elles sont très sérieuses et très dignes d'attention.

En somme, le discours de M. Piorry, écrit et dit avec un ton parfait de modération et de bonne discussion académique, est un de ceux que nous aurons à prendre le plus sérieusement en considération.

M. Leblanc s'est déclaré hautement partisan du séton dans la médecine vétérinaire, mais à la condition de l'appliquer de bonne heure, c'est-à-dire le plus près possible du début de l'affection que l'on veut combattre, son action diminuant d'autant plus que celle-ci est plus ancienne et plus invétérée. Les preuves de l'efficacité des sétons ne résultent pas seulement à ses yeux de l'effet direct, c'est-à-dire de la guérison ; elles résultent encore du danger inhérent à leur suppression brusque et intempestive : d'où le précepte de ne les faire sécher que l'un après l'autre, et jamais simultanément, lorsqu'on en a appliqué un certain nombre à la fois, ainsi que cela se pratique assez souvent en médecine vétérinaire.

Les affections dans lesquelles M. Leblanc a retiré les meilleurs effets du séton, sont la fluxion périodique des yeux chez les chevaux, certaines formes d'ophthalmies graves chez les chiens; le coryza chronique, l'otorrhée purulente, les engorgements froids des membres, etc. Comparant ces résultats avec ceux qu'il a obtenus de divers moyens, et notamment de l'usage de la large saignée dans les mêmes affections, il déclare que c'est le séton qui lui a procuré les plus grands et les plus nombreux succès.

Aussi chaud partisan du séton que son collègue M. Bouley, mais plus hardi que lui dans ses conclusions, il n'hésite pas enfin à dire que si les données de la médecine comparée sont exactes, ce moyen si utile et si précieux en vétérinaire ne saurait être proscrit trop légèrement de la thérapeutique de l'homme.

Trois orateurs sont inscrits pour mardi prochain : MM. Bousquet, Malgaigne et Parchappe. On voit que la discussion n'est pas près de finir. — Dr Brochin.

Le *Moniteur* publie ce matin un décret sur l'agrégation des Facultés. Nous en reproduisons les dispositions générales et ce qui a trait aux Facultés de médecine.

TITRE Ier. — *Dispositions générales.*

Art. 1er. Les agrégés près des Facultés de droit, de médecine, des sciences, des lettres et des écoles supérieures de pharmacie sont divisés en deux classes : 1° agrégés en activité pour un temps qui sera déterminé ci-après, lesquels ont seuls droit à un traitement ; 2° agrégés libres dont les fonctions sont expirées.

Art. 2. Le ministre peut, par un arrêté spécial, maintenir un agrégé dans son titre ou dans ses fonctions après l'expiration de son temps légal d'exercice, ou même le rappeler temporairement à l'activité, si les besoins du service l'exigent.

Art. 3. Nul ne peut être admis à concourir pour l'agrégation des Facultés, s'il n'est Français ou naturalisé Français, âgé de vingt-cinq ans accomplis, et pourvu du diplôme de docteur correspondant à l'ordre d'agrégation pour lequel il se présente. Des dispenses d'âge peuvent être accordées par le ministre.

Art 4. Les concours ont lieu aux époques déterminées par le ministre ; ils sont annoncés par un avis inséré au *Moniteur*, six mois au moins avant l'ouverture des épreuves. Le siége du concours est déterminé par le ministre.

Art. 5. Les candidats se font inscrire au secrétariat des diverses Académies, deux mois au moins avant l'ouverture du concours. Ils joignent aux pièces qui constatent l'accomplissement des conditions prescrites par l'article 3, l'indication de leurs services et de leurs travaux, et déposent un exemplaire de chacun des ouvrages ou mémoires qu'ils ont publiés. La liste des concurrents est arrêtée par le ministre, après avis des Facultés et du recteur de l'Académie où résident les candidats.

Art. 6. Les juges des concours d'agrégation sont désignés par le ministre, parmi les membres du Conseil impérial de l'instruction publique, les inspecteurs généraux de l'enseignement supérieur, les professeurs et agrégés des Facultés ou des écoles supérieures de pharmacie, et parmi les membres de l'Institut, les professeurs du Collége de France et du Muséum d'histoire naturelle. Les juges peuvent être choisis, en outre, pour l'agrégation des Facultés de médecine, parmi les membres de l'Académie impériale de médecine.

Art. 7. Le nombre des juges, pour chaque concours, est de sept au moins et de neuf au plus, y compris le président. Les professeurs et agrégés de l'ordre des Facultés pour lesquelles le concours est ouvert sont toujours en majorité dans le jury. En cas de récusation ou de tout autre empêchement d'un ou de plusieurs de ses membres, le jury se complète, lors de sa première séance, au moyen d'un tirage au sort fait parmi quatre membres supplémentaires désignés par le ministre. Dès que le jury est constitué, ceux de ces quatre membres que le sort n'a pas désignés se retirent.

Art. 8. Ne peuvent siéger dans un même concours deux parents ou alliés, jusqu'au degré de cousin germain inclusivement. Doit se récuser tout parent ou allié, au même degré, de l'un des candidats.

Art. 9. Cesse de faire partie du jury tout membre qui a été empêché d'assister à une des opérations du concours.

Art. 10. Le jugement du jury peut être valablement rendu par cinq juges.

Art. 11. Le président est nommé par le ministre de l'instruction publique. La direction et la police du concours lui appartiennent. Il désigne, de concert avec les membres du jury, les sujets de composition, d'argumentation, de leçons et d'épreuves pratiques destinés à être tirés au sort entre les candidats.

Art. 12. Le président prononce sur toutes les difficultés qui peuvent s'élever pendant la durée du concours. Il fixe les jours et heures auxquels ont lieu les diverses séances.

Art. 13. Dans sa première séance, le jury désigne son secrétaire, soit dans son sein, soit parmi les secrétaires des Facultés.

Art. 14. Aux jour et heure fixés pour cette première séance, après la constitution définitive du jury, il est fait un appel de tous les candidats admis au concours. Chaque candidat écrit lui-même, sur un registre, son nom et son adresse. Le registre est clos aussitôt par le président. Tout candidat qui ne s'est pas présenté à cette séance est exclu du concours.

Art. 15. Les concurrents sont tenus, sous peine d'exclusion, de subir toutes les épreuves aux jours et heures indiqués. Aucune excuse n'est reçue, si elle n'est jugée valable par le jury.

Art. 16. Le sort détermine les sujets à traiter par chaque candidat dans les différentes épreuves. Il détermine également l'ordre dans lequel les candidats doivent subir chaque épreuve.

Art. 17. Pour l'épreuve de la composition, chaque candidat, après avoir achevé son travail sous la surveillance d'un membre du jury, le dépose, signé de lui et visé par le président, dans une boîte qui est scellée du sceau du président.

Art. 18. Il peut être ouvert un concours spécial pour chacune des sections entre lesquelles se subdivise l'agrégation de chaque ordre de Faculté.

Art. 19. Dans chaque concours, il y a deux sortes d'épreuves : épreuves préparatoires ; épreuves définitives.

Art. 20. Le jury, après le résultat des épreuves préparatoires, dresse la liste des candidats admis aux épreuves définitives. Ils sont rangés par ordre alphabétique. Cette liste comprend trois candidats, au plus, pour chaque place mise au concours.

Art. 21. L'admission des candidats aux épreuves définitives a lieu par la voie du scrutin secret. Il est ouvert un scrutin pour chaque candidat à nommer. Si les deux premiers tours de scrutin ne donnent pas la majorité absolue, il est procédé au ballotage entre les candidats qui ont obtenu le plus de voix au second tour. Dans le scrutin de ballotage, la voix du président, en cas de partage, est prépondérante.

Art. 22. Le jugement définitif du jury est rendu dans les mêmes formes.

Art. 23. Le jugement rendu par le jury à la suite des épreuves définitives est soumis à la ratification du ministre. La liste arrêtée par le jury ne peut comprendre plus de noms qu'il n'y a de places mises au concours ; mais elle peut en comprendre moins si le résultat des épreuves l'exige. Elle est dressée par ordre de mérite.

Art. 24. Un délai de dix jours est accordé à tout concurrent qui a pris part à tous les actes du concours pour se pourvoir devant le mi-

nistre contre les résultats dudit concours, mais seulement à raison de violation des formes prescrites.

Art. 25. Si le pourvoi est admis, il est procédé entre les mêmes candidats à un nouveau concours, dont l'époque est fixée par le ministre.

Art. 26. Les agrégés participent aux examens suivant les besoins du service, et dirigent, sous l'autorité du doyen, les conférences instituées par l'article 5 du décret du 22 août 1854. Le ministre peut les autoriser, sur l'avis du doyen et le rapport du recteur, à ouvrir des cours complémentaires dans le local de la Faculté dont ils font partie. Ces cours sont annoncés à la suite du programme des cours ordinaires de la Faculté.

Art. 27. Les agrégés sont membres de la Faculté à laquelle ils sont attachés. Ils prennent rang immédiatement après les professeurs. Ils peuvent être appelés aux délibérations de la Faculté avec voix consultative.

Art. 28. Tout agrégé qui à l'époque fixée ne s'est pas rendu au poste auquel il a été appelé perd son titre d'agrégé et les droits qui y sont attachés.

Titre III. — *Dispositions spéciales à l'agrégation des Facultés de médecine.*

Art. 37. Dans les Facultés de médecine, les agrégés institués après le concours font un stage de trois ans avant d'entrer en activité de service.

Art. 38. Les agrégés stagiaires n'ont pas de traitement fixe; ils peuvent être chargés des conférences instituées par le décret du 22 août 1854, et dans ce cas ils reçoivent à titre d'indemnité éventuelle le tiers du produit desdites conférences.

Art. 39. La durée des fonctions des agrégés admis après le stage à prendre part aux examens et au remplacement des professeurs absents ou empêchés est fixée à six ans pour la Faculté de médecine de Paris, à neuf ans pour les Facultés de médecine de Montpellier et de Strasbourg.

Art. 40. Sont attachés : à la Faculté de médecine de Paris, trente-neuf agrégés, dont un tiers en stage et deux tiers en exercice; à celle de Montpellier, vingt et un, dont six en stage et quinze en exercice; à celle de Strasbourg, dix-huit, dont quatre en stage et quatorze en exercice.

Art. 41. Tous les trois ans, les agrégés en exercice sont renouvelés : par moitié dans la Faculté de Paris, par tiers dans les Facultés de Montpellier et de Strasbourg.

Art. 42. Les agrégés en exercice sortants sont remplacés par les agrégés stagiaires qui ont accompli le temps du stage, et ceux-ci par des agrégés stagiaires nouveaux.

Art. 43. Il y a quatre sections d'agrégés. La première, pour les sciences anatomiques et physiologiques, comprend : l'anatomie, la physiologie et l'histoire naturelle; la deuxième, pour les sciences physiques, comprend : la physique, la chimie, la pharmacie et la toxicologie; la troisième, pour la médecine proprement dite et la médecine légale; la quatrième, pour la chirurgie et les accouchements.

Art. 44. Les épreuves préparatoires consistent : 1° dans l'appréciation des services et des travaux antérieurs des candidats; 2° dans une composition sur un sujet d'anatomie et de physiologie; 3° dans une leçon orale de trois quarts d'heure au plus, faite, après trois heures de préparation dans une salle fermée, sur une question empruntée à l'ordre d'enseignement pour lequel le candidat s'est inscrit.

Art. 45. Cinq heures sont accordées pour la composition. Elle a lieu dans une salle fermée, sous la surveillance d'un membre du jury. Les concurrents ne peuvent s'aider d'aucun ouvrage imprimé ou manuscrit. Les compositions sont lues en séance publique par les candidats qui les ont rédigées et sous le contrôle d'un des juges.

Art. 46. Les épreuves définitives consistent en une leçon orale, en épreuves pratiques et en une argumentation.

Art. 47. La leçon orale est faite, après vingt-quatre heures de préparation libre, sur un sujet emprunté à l'ordre d'enseignement pour lequel le candidat s'est inscrit. Elle dure une heure.

Art. 48. La nature et le nombre des épreuves pratiques imposées à chaque candidat sont déterminés par le président, de concert avec les membres du jury.

Art. 49. Chaque candidat soutient une thèse dont le sujet est choisi dans l'ordre d'enseignement pour lequel il s'est inscrit. Il a douze jours francs, à dater de celui où il connaît le sujet qui lui est échu, pour écrire, faire imprimer et déposer sa thèse. Le nombre d'exemplaires déposés est égal à celui des juges et des concurrents, indépendamment de ceux qu'exige le service de l'administration supérieure. Les exemplaires déposés sont déposés trois jours francs avant celui où la thèse doit être soutenue. L'argumentation sur chaque thèse dure une heure. Le soutenant est argumenté par deux concurrents.

Titre VI. — *Dispositions spéciales à l'agrégation des écoles supérieures de pharmacie.*

Art. 65. Les candidats au concours de l'agrégation pour les écoles supérieures de pharmacie doivent être pourvus du diplôme de docteur ès sciences physiques ou naturelles, et de celui de pharmacien de première classe.

Art. 66. Le nombre des agrégés en exercice dans chaque école supérieure de pharmacie est égal à celui des professeurs titulaires.

Art. 67. Les agrégés des écoles supérieures de pharmacie sont nommés pour dix ans, et renouvelés, par moitié, tous les cinq ans.

(Suivent des détails sur le mode suivant lequel doivent être subies les épreuves.)

Titre VIII. — *Dispositions particulières.*

Art. 74. Les agrégés institués antérieurement au présent statut continuent à jouir des avantages que leur assurent les anciens règlements.

Art. 75. Sont et demeurent abrogés les statuts, règlements et arrêtés antérieurs relatifs aux concours de l'agrégation des Facultés et des Écoles supérieures de pharmacie.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. Hervez de Chégoin.

Leucémie.

On désigne sous le nom de *leucémie*, *leukémie* ou *leucocythémie* une altération nouvellement étudiée, et consistant dans une augmentation considérable de la quantité des globules blancs qui donnent au sang une teinte gris rougeâtre. M. Virchow, qui a le premier décrit cette altération, dit l'avoir toujours vu coïncider avec un développement morbide des principales glandes, et plus particulièrement de la rate. D'après les auteurs de la nouvelle édition du *Dictionnaire* de Nysten, la leucémie serait un retour des *leucocytes* ou globules blancs du sang à l'état dans lequel ils se rencontrent chez le fœtus, quant à leur structure et quant au nombre. Mais cette transformation n'est évidemment que l'effet ou l'expression d'une cachexie dont il faut rechercher la filiation dans un état morbide antécédent.

L'observation suivante, qui nous est communiquée par M. E.-A. Bonfils, interne des hôpitaux, offre un double intérêt comme confirmant à plusieurs égards les faits avancés par les auteurs que nous venons de citer, et présentant sous quelques autres rapports, et en particulier sous le rapport de l'étiologie, des particularités qui la différencient des faits déjà connus et lui donnent une sorte de cachet à part. Peut-être pourra-t-elle contribuer, par cette particularité même, à jeter quelque jour sur les causes de cette cachexie. Dans tous les cas, elle ne peut manquer de servir utilement à l'histoire encore incomplète de la leucémie.

Le nommé Mathey (Joseph), âgé de quarante ans, garçon de restaurant, demeurant faubourg Saint-Denis, n° 61, est entré, le 30 octobre 1855, salle Saint-Jérôme, n° 34.

Voici quels sont les antécédents de ce malade :

Il est né à Mesnel (Jura); cette localité est très saine, située dans une contrée montagneuse, où jamais n'ont régné les fièvres intermittentes; le malade est très explicite sur ce point.

A sept ans, Mathey a eu une scarlatine fort grave, suivie d'anasarque, qui mit ses jours en danger et rendit la convalescence fort longue.

Il quitta son pays à treize ans, et vint à Paris. Là il contracta trois blennorrhagies et un chancre; il fut soumis à des traitements réguliers, qui amenèrent la guérison de ces accidents. Cet homme est resté constamment à Paris, où il a toujours servi dans des restaurants.

En 1836, pour la première fois, au mois de novembre, cet homme fut pris d'une fièvre intermittente quotidienne parfaitement caractérisée. Pendant huit jours consécutifs, il fut pris tous les soirs vers cinq heures de frissons, qui duraient plusieurs heures, et auxquels succédaient de la chaleur et des sueurs très abondantes. Les trois stades étaient parfaitement accusés, et l'accès se terminait le matin.

Mathey continua son service, ne fit aucun traitement, et vit ces accidents disparaître brusquement le huitième jour. Il demeurait alors rue du Vieux-Colombier, et habitait un logement sec et aéré.

En 1846, pour la seconde fois, il eut de nouveau les mêmes accidents; c'était en janvier, autant que le malade peut se le rappeler.

C'était encore une fièvre intermittente quotidienne avec ses trois stades bien franchement accusés; l'accès commençait le soir et se terminait le lendemain matin. Comme la première fois, les accidents intermittents durèrent huit jours; le malade n'y fit aucune attention, continua ses fonctions, et le huitième jour tout disparut encore comme par enchantement.

A cette époque, il habitait rue Saint-Martin, près du boulevard; sa chambre était également saine et parfaitement aérée.

Depuis 1846, le malade n'a plus éprouvé d'accès de fièvre intermittente bien francs; mais depuis cette époque, deux à trois fois par an, il était pris, toujours le soir, de petits frissons qui duraient quelques heures et se terminaient par des sueurs; le lendemain tout était terminé, et il vaquait à ses travaux comme d'habitude.

Il y a trois ans environ que Mathey s'est aperçu que son ventre enflait, mais il n'y fit aucune attention, car il ne souffrait nullement; les digestions étaient bonnes, l'appétit excellent et les forces conservées. Depuis cette époque, le gonflement a été toujours en augmentant, et il y a dix-huit mois seulement qu'en se palpant il reconnut pour la première fois qu'il portait une tumeur située dans la moitié gauche du ventre. A cette époque, cette tumeur arrivait déjà à l'ombilic.

Il se fit traiter alors; son médecin lui fit prendre du sulfate de quinine et de l'huile de foie de morue.

Ce traitement fut suivi quinze jours, puis délaissé.

Cependant à cette époque sa santé était altérée; depuis quelque temps, l'appétit avait diminué, les digestions étaient lentes, laborieuses; les forces étaient moindres. Il maigrissait, sa figure portait déjà l'empreinte de la souffrance; il s'essoufflait facilement, se fatiguait de même, et ne pouvait plus faire son service avec autant d'activité.

Cet état général a toujours été s'aggravant depuis cette époque jusqu'à présent, et la tumeur a augmenté très notablement de volume.

Il y a un an, il alla à la Charité; il passa quinze jours dans le service de M. Piorry. On lui fit prendre du fer, et on lui donna une alimentation substantielle.

Il sortit, cessa tout traitement et continua ses travaux.

Au mois de mai dernier, il entra dans le service de M. Pidoux, hôpital Lariboisière. On lui donna du fer, du sulfate de quinine, et on le soumit à un régime tonique. Il y resta quinze jours environ, et ne voyant survenir aucune amélioration dans sa position, il sortit, cessa encore tout traitement, et reprit ses occupations habituelles.

Enfin, bientôt abandonné par ses forces, il fut obligé de cesser tout travail, revint à Lariboisière, et fut admis dans le service de M. Hervez de Chégoin.

L'état du malade, à son entrée, est le suivant :

L'état général semble annoncer qu'il est sous l'influence d'une cachexie profonde. En effet, les chairs sont flasques, pâles, sans consistance aucune; les muqueuses sont décolorées; la figure est amaigrie, les traits sont tirés, les yeux sont cernés et sans expression; elle présente une teinte blafarde, terreuse, et porte l'empreinte d'une souffrance générale, d'une débilitation profonde de l'économie entière. Le corps est amaigri. Les pieds et les jambes sont œdématiés. Il paraît que les cuisses et les bourses s'infiltrent quelquefois, mais d'une façon passagère. Le ventre présente un développement anormal. Le malade a perdu l'appétit; il est en proie à une gastralgie caractérisée par un sentiment de brûlure à l'épigastre et par des rapports acides. Il est habituellement constipé. De plus, il s'essouffle facilement; la moindre fatigue l'abat rapidement. Il éprouve une sensation de froid sur toute l'étendue du corps. Il est très souvent sujet à la névralgie sus-orbitaire.

Quand on ausculte le cœur, on constate que les battements sont faibles, sans vigueur; le premier bruit est soufflant. Le pouls est petit, filiforme et sans consistance. Bruit de souffle dans les carotides. La respiration est normale; il n'y a rien au sommet des poumons. Le poumon gauche est refoulé en haut, comme nous allons le voir bientôt.

Cet homme n'a jamais eu d'hémorrhagie.

Examen du ventre. — Le ventre, avons-nous dit, présente un développement tout à fait anormal. Voici ce que nous avons trouvé de ce côté :

A la palpation, on constate la présence d'une tumeur très volumineuse, parfaitement lisse, dure, résistante, qui vous paraît de consistance solide. Cette tumeur est indolore; il est très facile de la délimiter inférieurement à l'aide de la pulsation, supérieurement à l'aide de la percussion. Elle occupe l'hypocondre gauche, le flanc gauche, et descend jusqu'à l'arcade crurale, sur laquelle repose, pour ainsi dire, son extrémité inférieure. Elle s'avance jusque sur la ligne médiane, et la dépasse même à quelques centimètres au-dessus de l'ombilic. A partir de ce point, jusqu'à l'arcade crurale, la tumeur présente un bord tranchant très appréciable au palper.

Mesurée de ce point à l'épine iliaque antéro-supérieure, la tumeur a une étendue de 23 centimètres.

La masse intestinale est déjetée à droite. A ce niveau, on obtient par la percussion un très beau son tympanique.

Cette tumeur remonte très haut dans l'hypocondre gauche. Elle repousse le poumon gauche en haut, et arrive presque jusqu'au mamelon en avant. En arrière et sur les côtés, elle remonte moins haut. Il est facile de la délimiter par la percussion. Mesurée antérieurement, du mamelon à son extrémité inférieure, elle donne 34 centimètres.

Cette tumeur siége évidemment dans la rate, et est constituée par une hypertrophie de cet organe. Le son est à l'état normal.

On porta d'abord le diagnostic suivant : cachexie paludéenne; hypertrophie considérable de la rate.

On traita le malade par les amers, les ferrugineux et les alcalins.

Mais bientôt, songeant à la marche singulière de la maladie, au petit nombre d'accès de fièvre intermittente survenus à des intervalles considérables, et ne voyant pas trop ce qui aurait pu déterminer ces accidents, surtout la cachexie paludéenne, puisque jamais le malade n'a été soumis à l'influence funeste des miasmes paludéens, on pensa à une leucémie.

Le malade fut de nouveau examiné, et on constata, outre les symptômes précédemment décrits, un engorgement indolent de tous les ganglions inguinaux et axillaires.

Les ganglions cervicaux et latéraux et sus-maxillaires ne présentent pas de développement anormal. Puis on examina le sang au microscope et à un fort grossissement, et on constata à deux reprises différentes que ce sang renfermait une énorme quantité de globules blancs.

Ce dernier signe ne pouvait plus laisser aucun doute dans l'esprit. Notre malade était bien évidemment atteint de cette affection de récente date, si curieuse, et à laquelle on a donné le nom de leucémie.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 26 décembre 1855. — Présidence de M. Jobert (de Lamballe).

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

Choléra. — 1° Une lettre de M. le docteur Cadet, de Maintenon (Eure-et-Loir), sur le mode de traitement du choléra. (Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

Causes de l'apoplexie. — 2° Une lettre de M. Maigné, contenant des observations sur les causes de l'apoplexie foudroyante. (M. Rostan, rapporteur.)

Vaccinations. — 3° L'état des vaccinations pratiquées en 1853 par Mme Leménager, institutrice communale à Lapeuty, dont le préfet de la Manche signale le zèle pour la propagation de la vaccine. (Commission de vaccine.)

Semoule ferrugineuse. — 4° Une note de M. Faure, pharmacien, relative à un produit alimentaire nouveau, dit semoule ferrugineuse. (Commission des remèdes.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le docteur Liégard, de Rambervillers (Vosges), prie l'Académie de le comprendre parmi les candidats au titre de membre correspondant. (Commission des futurs correspondants.)

Aphorismes d'Hippocrate. — M. le docteur Pons, de Bez, près le Vigan (Gard), adresse un second mémoire sur les aphorismes d'Hippocrate.

Traitement abortif de la fièvre typhoïde. — M. le docteur Ribard, chirurgien adjoint de l'Hôtel-Dieu de Pontoise (Seine-et-Oise), adresse un mémoire sur le traitement abortif de la fièvre typhoïde. (Commissaires : MM. Grisolle et Blache.)

Bain local permanent. — M. le docteur Langlebert, professeur de clinique chirurgicale à Berlin (Prusse), adresse un mémoire sur le bain local, chaud et permanent. (Commissaires : MM. Bégin et Larrey.)

Vaccine. — M. le docteur N. Homsolle, de Bayonne (Basses-Pyrénées), adresse l'état des vaccinations faites dans cette ville pendant l'année 1853.

Grossesses multiples. — M. le docteur J.-B. Boulenger, de Calais (Pas-de-Calais), adresse un *Essai de statistique sur les grossesses mul-*

tiples observées à Calais de 1800 à 1850. (Commissaire : M. Baillarger.)

Dynamomètre. — M. Charrière fils adresse un dynamomètre médical fabriqué d'après les indications de M. Duchenne (de Boulogne).

Compresseur à pression continue. — Le même adresse, de la part de M. Duval, chirurgien en chef et professeur à l'École de médecine navale de Brest, deux modèles de compresseurs à pression continue.

— M. Diday adresse un paquet cacheté contenant le résumé de ses observations sur le traitement de la syphilis constitutionnelle sans mercure. (Le dépôt est accepté.)

— M. le président fait part à l'Académie de la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. E. Gaultier de Claubry. M. Gaultier de Claubry appartenait à la section d'anatomie pathologique.

RAPPORT.

Eaux minérales. — M. O. Henry lit un rapport sur l'eau minérale de la Herse (Orne). L'Académie était consultée sur l'opportunité de régulariser l'usage qui a été fait jusqu'ici de l'eau de la fontaine de la Herse. La commission propose de répondre au ministre qu'il y a lieu d'accéder à la demande qui lui a été faite à cet égard. (Adopté.)

— M. O. Henry lit un deuxième rapport sur une semblable demande relative à l'eau de la Barthe de Nesle (Hautes-Pyrénées). La commission est d'avis qu'il y a lieu d'attendre, pour régulariser l'exploitation de cette source, qu'un travail complet fait sur les lieux mêmes et que des observations médicales nouvelles permettent de se prononcer avec conviction. (Adopté.)

DISCUSSION.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le séton. La parole est à M. Piorry.

M. Piorry. On se sert des expressions *révulsion* et *dérivation* sans avoir assez précisé ce qu'elles signifient.

Revulsio est dérivé de *revellere,* qui exprime cette idée de *tirer fortement à soi, arracher avec effort.* Il y a révulsion quand on arrache une épine, une flèche, un corps étranger quelconque du lieu où il se trouve.

Dérivation vient de *derivare,* détourner un ruisseau, une rivière, et au figuré, porter vers un lieu ou dans un sens ce qui se trouvait dans un autre.

Ces deux manières d'agir sont différentes en principe ; mais on ne peut dériver une chose vers un point sans ôter, sans enlever d'un autre lieu cette même chose.

Par conséquent, il n'y a pas de dérivation sans révulsion ; et comme on ne peut guère enlever la chose supposée d'un lieu sans la faire passer ailleurs, il en résulte que presque toute révulsion est en quelque sorte compliquée de dérivation.

Ainsi on voit que les distinctions entre la dérivation et la révulsion sont arbitraires, et qu'une science exacte et sévère doit éviter de les adopter dans son langage.

Sous le nom de révulsifs on a réuni la plupart des agents thérapeutiques connus.

La saignée ôte du sang, et à coup sûr elle est révulsive pour ce liquide. Les ventouses, les sangsues, qui font perdre peu ou beaucoup de sang, sont, au point de vue précédent, tout aussi révulsives ; et pour le moment où elles sont appliquées, les ventouses Junod, les stases sanguines obtenues par la pesanteur, les ligatures, les bains locaux très chauds, etc., sont dans le même cas.

Dans toutes ces médications, c'est tout simplement du sang que définitivement ou momentanément on enlève aux organes. On révulse donc le liquide qui se trouve dans les vaisseaux ; ainsi, tous les évacuants sanguins agiraient par révulsion.

Les purgatifs, soit qu'ils évacuent les fèces, les mucosités, la sérosité du sang, opèrent, dans tous ces cas, une révulsion, ici de matières stercorales, là de mucus, là de sérum ; et dans les deux dernières circonstances, comme les matériaux des sécrétions gastro-entériques proviennent des vaisseaux et du liquide qu'ils contiennent, évidemment ils agissent encore par une sorte de révulsion sur l'appareil circulatoire qu'ils désemplissent.

Les moyens portés vers la peau, les vésicatoires par exemple, qui opèrent une évacuation abondante de sérosité, déterminent encore de la même façon une action révulsive. On pourrait en dire autant des diurétiques, des sialagogues, de tous les moyens enfin qui font perdre des liquides contenus dans l'appareil circulatoire.

Ailleurs, une médication toute différente est produite. On applique un épispastique qui cause de la douleur ; on brûle la peau ; on y applique un sinapisme, on l'électrise, etc ; et dans tout ceci, on a pour but de produire une vive souffrance dont le résultat serait une action générale sur le système nerveux. On suppose que le sentiment pénible que l'on cause vers un point du corps va enlever, révulser le mal qui existe dans une autre partie. Mais, supposant la présence de pus, de virus, de vices spéciaux, de matières peccantes dans les liquides, voici qu'ailleurs on cherche à les enlever, à les extraire au moyen de l'écoulement du pus provoqué par des vésicatoires à demeure, par des cautères, des moxas, des sétons, etc., et l'on prétend révulser ainsi les agents morbides.

Or, je le demande, est-il convenable, est-il logique de comprendre sous une même dénomination l'action produite par des agents thérapeutiques si divers ? N'est-il pas évident qu'il y a entre ces médications de telles différences dans leur mode d'agir qu'il est dérisoire de les réunir dans un même groupe ?

Peut-être, pour sortir du vague où laisse ce mélange de *dérivation* et de *révulsion*, dira-t-on qu'il y a révulsion quand la perte de liquide est considérable et rapide et que l'action de dériver est faible ; tandis qu'il y aura dérivation alors que, la perte de matières liquides ou autres étant peu considérable, il y aura afflux marqué de cette matière vers une partie déterminée. Mais où placera-t-on alors la limite des actes révulsifs et dérivatifs qui se confondront si facilement entre eux, qu'en considérant les choses de cette dernière façon, il arrivera tel cas où un moyen qui d'abord agissait en révulsant, quelques moments après deviendra dérivatif ?

Les moyens douloureux employés en thérapeutique modifient le système nerveux, d'abord par la périphérie, puis par le centre commun ; quelquefois par des centres spéciaux, tels que des portions de la moelle rachidienne ou des ganglions ; puis enfin par les nerfs qui se portent aux organes. Ce sont des phénomènes d'action réflexe.

Mais il ne s'agit là ni de dérivation ni de révulsion ; ce sont des actes organiques très déterminés et qui rentrent dans les lois connues de l'organisation en exercice.

De même pour les phlegmasies, l'inflammation n'existe pas par elle-même ; elle subsiste tant que la lésion qui la cause persiste. L'organisme se répare, la nature guérit alors que ces circonstances matérielles qui produisaient le mal sont enlevées.

Ce n'est donc pas le trouble des propriétés vitales, l'irritation, l'inflammation, qu'il s'agit d'enlever, de dériver, si l'on veut ; c'est la lésion dont la phlegmasie est la conséquence qu'il est urgent de combattre et de faire avant tout dissiper.

Quand on tire du sang, que ce soit par la veine, que ce soit par les sangsues ou les ventouses, on désemplit les vaisseaux. C'est révulser, si l'on veut ; mais il est bien plus exact de dire que c'est désemplir. dégorger, ôter ce que l'on croit être de trop, faire, comme le pensait M. Magendie, un vide qui est suivi de la résorption des liquides contenus dans l'organisme sain ou malade ; en ce sens, c'est favoriser la résolution.

On a supposé que les saignées locales agissaient en attirant le sang vers un point déterminé, et que non-seulement elles étaient évacuatives, mais encore dérivatives ou mieux *attractives.* On a prétendu qu'il en était ainsi pour la saignée du pied, par exemple. Il était supportable d'écrire cela avant la découverte de la circulation harveyenne ; mais qu'en 1855 on prétende une chose pareille, en vérité il n'est pas possible qu'on le fasse sérieusement, car le sang tiré des veines ou du pied sort aussi bien de l'appareil circulatoire que celui qui sort de la basilique ou de la jugulaire, de la céphalique ou de la jugulaire externe, etc.

Le plus souvent, quand on prescrit des purgatifs dans l'intention de révulser ou de dériver, c'est de toute autre façon qu'ils agissent.

Lorsque dans une bronchorrhée menaçant de la mort par privation d'oxygène on donne le tartre stibié ou d'autres hydrarrhéiques, ce n'est pas en détournant un stimatus supposé vers l'intestin que l'effet désiré est obtenu ; c'est tantôt en sollicitant des vomissements qui coopèrent à l'expectoration, d'autres fois c'est en sollicitant les contractions des petites bronches, ailleurs c'est comme évacuant du sérum et en déterminant dans les vaisseaux un vide suivi de résorption, que ces précieux médicaments administrés dans de tels cas sont si utiles.

De ces considérations, également applicables à l'action des diurétiques, des sialalogues, etc., M. Piorry passe à l'examen des moyens dirigés sur la peau, auxquels on a attribué une action révulsive ou dérivative, et il résume le résultat de cet examen en ces termes :

Quand on donne le nom de dérivatifs, de révulsifs aux moyens de cautériser la peau, aux cautères, aux moxas, on réunit sous la même expression plusieurs actions fort différentes : d'abord à celle qui résulte de la douleur ; ensuite aux effets des troubles circulatoires consécutifs à l'application des caustiques ; puis à la conséquence directe de la mortification locale, et enfin à l'influence de la suppuration ultérieurement produite.

Ces agents suppuratifs, employés de temps immémorial, enlèvent-ils tel mal profond et obscur existant dans les liquides ou dans les solides ? Font-ils couler au dehors les virus, le pus contenu dans le sang, et par conséquent sont-ils vraiment dérivatifs ?

On emploie les agents suppuratifs dans la vue d'éliminer des matières contenues dans nos liquides ; et, par exemple, on suppose que dans la pyémie chronique un cautère à demeure donne lentement, successivement issue au pus et même à la matière tuberculeuse existant dans l'appareil circulatoire. Une telle explication est bien peu rationnelle, et elle devient tout à fait inadmissible alors qu'il s'agit de virus réels ou supposés que l'on admettrait altérer le sang.

Ailleurs on veut employer les exutoires, car c'est ainsi qu'on les appelle encore, pour remédier à des lésions organiques. Mais penserait-on qu'ils puissent modifier et guérir les tubercules, où l'on ne trouve pas de trace d'organisation ? Admettrait-on qu'ils pourraient transformer en un tissu normal et inoffensif des productions squirrheuses, encéphaloïdes, mélaniques, colloïdes, etc. ? S'imaginerait-on que du pus qui coule par un vésicatoire à demeure, un séton, un moxa, appliqués au bras, à la nuque, sur un côté du corps, à la cuisse, à la jambe, empêchent le poumon enflammé de former du pus, de devenir tuberculeux, ou remédieraient à un anévrisme, à un rétrécissement du cœur, à une dilatation des cellules pulmonaires par de l'air, ou à un ramollissement du cerveau ? Cela n'est pas plus possible que l'action d'un cautère que l'on appliquerait sur la jambe de bois proverbiale.

M. Leblanc commence par déclarer qu'il n'interviendra pas dans la question doctrinale de la révulsion et de la dérivation. Il n'a d'autre objet, en prenant la parole, que de dire ce qu'il sait, ce qu'il a vu touchant l'action du séton ; son mode d'application chez les animaux, la forme et l'étendue qu'il convient de donner à cet exutoire pour en assurer l'efficacité, etc.

M. Leblanc pense que, pour qu'un séton soit efficace, il faut qu'il provoque de la douleur, qu'il occasionne de la tuméfaction et qu'il produise une suppuration suffisamment abondante et prolongée. La durée de son application doit être en rapport avec la durée même de la maladie. En général on l'applique trop tard. Il faut se hâter d'appliquer le séton quand on veut en obtenir des effets certains. Son influence, le plus souvent assurée si la maladie est à l'état aigu, diminue d'autant plus que l'affection est plus ancienne, plus invétérée.

Le séton produit rarement chez les animaux ces symptômes de voisinage qui préoccupent tant M. Gerdy. La réaction générale qu'il provoque parfois est ordinairement légère, et se dissipe assez promptement. La brusque suppression d'un exutoire n'est pas sans danger. Des accidents graves ont été causés sans contredit par cette pratique téméraire. Ce danger de la suppression trop prompte des exutoires constitue précisément, d'après M. Leblanc, une preuve de leur puissance et de leur efficacité.

Aussi, comme, en vétérinaire, on applique à la fois un certain nombre de sétons, trois ou quatre, serait-il imprudent d'en faire tarir la suppuration simultanément ; il vaut mieux les faire sécher l'un après l'autre.

M. Leblanc croit fermement à l'efficacité du séton, car il a pour lui des preuves traditionnelles et l'autorité des faits actuels.

Il est constant que l'emploi du séton est de la plus grande efficacité dans la fluxion périodique des yeux chez les chevaux, dans certaines formes d'ophthalmies graves des chiens, dans le coryza chronique et l'inflammation concomitante des bronches chez les chevaux, dans l'otorrhée purulente, dans la gourme, dans les engorgements froids des membres ; dans ces claudications de cause inconnue qu'a signalées M. Bouley, etc. Ces faits sont incontestables : la tradition le démontre et l'expérience clinique le confirme.

M. Leblanc, au début de sa pratique, a largement usé de la méthode des saignées, qui était alors en honneur. Plus tard, il a moins saigné, et il a appliqué des sétons. Il les a appliqués tantôt seuls, tantôt concurremment avec d'autres moyens. Il n'a jamais eu qu'à se louer de leur emploi ; et c'est cet exutoire appliqué seul qui lui a procuré les plus grands et les plus nombreux succès. Il a été à même, en outre, de juger de l'action du séton sur une très grande échelle. Ayant eu pendant de longues années l'occasion de comparer les résultats de la pratique de deux grandes classes d'empiriques, les empiriques de la ville qui font un usage presque exclusif du séton et les empiriques des campagnes qui n'emploient que des remèdes intérieurs, il a vu que les premiers obtenaient beaucoup plus de succès que les seconds.

En résumé, de tout ce qu'il a lu et de tout ce qu'il a observé par lui-même, M. Leblanc conclut que chez les animaux le séton contribue à la guérison d'un grand nombre de maladies ; qu'il est tellement efficace contre certaines affections, qu'on ne saurait lui substituer un moyen plus avantageux ; qu'enfin, si les données de la médecine comparée sont exactes, le séton, si utile et si précieux en vétérinaire, ne saurait être proscrit trop légèrement de la thérapeutique de l'homme.

— L'Académie a procédé au renouvellement partiel des commissions permanentes.

Ont été nommés pour 1856, en remplacement des membres sortants :

Commission des épidémies. — MM. Chomel et Ferrus.

Commission de vaccine. — MM. Blache et Depaul.

Commission des eaux minérales. — MM. Chevallier et Mélier.

Commission des remèdes secrets. — MM. Robinet et Boullay.

Comité de publication. — MM. Rostan, Grisolle, Malgaigne et Henri Bouley.

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La Faculté de médecine est fermée aujourd'hui samedi, à cause de la fête de la rentrée à Paris de la garde impériale.

— *Liste des prix décernés aux internes des hôpitaux.* — 1re division, 3e et 4e années : Prix (médaille d'or), M. Henry ; — accessit (médaille d'argent), M. Marcé (Victor).

Mentions honorables : 1° M. Zambaco ; 2° MM. Dolbeau, Tarnier, *ex æquo.*

— 2e division, 1re et 2e année : Prix (médaille d'argent), M. Guyon (Félix) ; — accessit (livres), M. Peter.

Mentions honorables : 1° M. Bonfils (Adolphe) ; 2° M. Blachez.

— Par décret du 22 décembre, l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon a été réorganisée. L'enseignement comprendra huit chaires qui seront occupées par des professeurs titulaires et trois par des professeurs adjoints ; il y aura de plus quatre professeurs suppléants, un chef des travaux anatomiques, un prosecteur et un préparateur de pharmacie et de toxicologie. La nomination de ces divers fonctionnaires sera l'objet d'un nouveau décret.

— L'*Indépendance belge* raconte que depuis plus de quinze jours le docteur Oppolzen est arrivé de Vienne à Varsovie pour donner ses soins au maréchal Paskiéwitch. Ses honoraires sont de 2,400 fr. par jour ; il est, en outre, défrayé de toutes ses dépenses de voyage et de séjour. — 2,400 fr. à Varsovie ont environ deux fois la valeur de la même somme à Paris.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes viennent d'être soutenues par MM. :

Gouriet, né à Couché (Vienne) ; *Considérations pratiques sur la lithotritie et sur le diagnostic des calculs vésicaux.*

Moineau, né à Cosne (Nièvre) ; *La coqueluche.*

Londe, né à Paris (Seine) ; *Quelles sont les maladies contagieuses ?*

Remilly, né à Versailles (Seine-et-Oise) ; *Épidémie typhoïde de 1853.*

Perret, né à Gallardon (Eure-et-Loir) ; *Essai sur les rétrécissements du rectum.*

Renaut, né à Louroux-Béconnais (Maine-et-Loire) ; *Des fractures de l'olécrane.*

Toutes les thèses soutenues à la Faculté sont annoncées dans la *Gazette ;* celles qui sont remises à notre bureau sont analysées dans un des numéros qui suit la remise.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq ; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

De l'Hystéro-Epilepsie ; par H. Legrand du Saulle, ancien interne et lauréat. Brochure in-8° de 44 pages. Prix : 1 fr. 25 c. — Paris, 1855, librairie de J. Viat, 12, cour du Commerce.

Des Paralysies des membres inférieurs ou paraplégies ; Recherches sur leur nature, leur forme et leur traitement, par le docteur Raoul Leroy (d'Etiolles). Un vol. in-8° de VIII-326 pages. Prix : 3 fr. 50 c. — A Paris, chez Victor Masson, libraire.

De la Suette miliaire, de sa nature et de son traitement. Traité pratique suivi d'une analyse de toutes les épidémies de suette observées jusqu'à nos jours ; par le docteur A. Foucart, lauréat (médaille d'or) et ancien chef de clinique de la Faculté de Paris. — Un vol. in-8°. Prix : 6 fr. Chez Labé.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

TABLE DES MATIERES

DE LA GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES. — 1855.

A

B

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

Q

R

Le Scrud.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

NOMS DES AUTEURS

DONT LES TRAVAUX ONT ÉTÉ PUBLIÉS DANS LA GAZETTE DES HOPITAUX EN 1855.

NOMS DES AUTEURS DONT LES TRAVAUX ONT ÉTÉ PUBLIÉS DANS LA GAZETTE DES HOPITAUX EN 1855.

Paris. — Typographie Henri Plon, rue Garancière, 8.